

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PEDİATRİ HEMŞİRELERİ İÇİN
MORAL DİSTRES REVİZE-ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN
GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Mustafa Sabri KOVANCI

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteği sağlayan, çalışmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren ve destekleyen değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Lisans hayatımdan itibaren kişisel gelişimimde ve akademik hayatımda bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, desteğini ve emeğini her zaman hissettiğim kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a

Yüksek lisans eğitim süresince katkılarından dolayı bütün hocalarıma,

Tezimin uygulama aşamasının yürütülmesindeki katkılarından dolayı Türk Hemşireler Derneği ve Çocuk Hemşireler Derneği yönetimine,

Veri toplama aşamasında zamanlarını ayırarak bana destek olan ilgili bölümlerde çalışan değerli meslektaşlarıma,

Çalışmam süresince her zaman beni destekleyen roket takımına ve kıymetli arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen ve attığım her adımda arkamda olduklarını hissettiren aileme en içten dileklerle teşekkür ederim.

ÖZET

Kovancı, MS., Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020. Bu çalışma, pediatri hemşirelerindeki moral distres düzeyini ölçmek amacıyla Hamric ve ark. (2012) tarafından geliştirilen Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire (MDS-R) ölçeğinin Türkçe formunun, geçerlik ve güvenilirlik çalışması olarak metodolojik desende planlanmıştır. Araştırma, 15 Temmuz 2019 - 1 Ocak 2020 tarihleri arasında, Çocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği aracılığıyla ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 210 pediatri hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, “Hemşire bilgi formu” ve “Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği (PH-MDRÖ)” ile toplanmıştır. Ölçeğin, geçerliğinin değerlendirilmesinde, “dil”, “kapsam”, “görünüş” ve “yapı” geçerliği analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal yapısının doğrulanmasında kullanılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir sınırlar altında bulunduğu için, Türk dili ve kültüründeki faktör yapısının belirlenmesinde açıklayıcı faktör analizi kullanılmış ve beş faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. PH-MDRÖ’nün beş faktörlü yapısının, “geçerli” bir ölçek olduğu kabul edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan analizlerde, ölçek için hesaplanan Cronbach Alfa değeri, 0,865 bulunmuştur. Ayrıca, ölçek için, eş değer yarılar analizi sonucunda katsayılar 0,891 olarak hesaplanmış, korelasyona dayalı madde analizi sonucunda değerler kabul edilebilir aralıkta ve madde ayırt ediciliğinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; PH-MDRÖ’nün 21 madde ve beş alt boyuttan oluşan Türkçe formunun Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin, pediatri hemşirelerinde moral distres düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ahlaki sıkıntı, etik, pediatri, pediatri hemşireliği, geçerlik ve güvenilirlik

ABSTRACT

Kovanci, MS., Validity and Reliability Study of the Turkish Version of Moral Distress Scale-Revised for Pediatric Nurses, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Psychiatric Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2020. This study with a methodological design was structured as a validity and reliability study for the Turkish version of the Moral Distress Scale-Revised for Pediatric Nurses (MDS-R) developed by Hamric et al. (2012) in order to measure the level of moral distress in pediatric nurses. The research was carried out between July 15, 2019 - January 1, 2020 with the participation of 210 pediatric nurses who were reached through the Pediatric Nurses Association and the Turkish Nurses Association and agreed to participate in the research. The research data were collected through "Nurse information form", "Moral Distress Scale-Revised for Pediatric Nurses (MDSR-PN)". The scale's validity was evaluated in terms of "language", "scope", "face" and "construct" validity. As a result of the confirmatory factor analysis used to verify the original structure of the scale, the fit index values were determined to be within the acceptable limits. Thus, explanatory factor analysis was employed to identify the factor structure in the Turkish language and culture, and a five-factor structure emerged. The five-factor structure of MDSR-PN showed that the scale was "valid." In the analyses made to evaluate the reliability of the scale, the Cronbach's Alpha value calculated for the scale was found to be 0.865. In addition, as a result of the analysis of equivalent halves for the scale, the coefficients were calculated as 0.891, and the correlation-based item analysis showed that the values were within the acceptable range and the discrimination of the items was adequate. As a result, it was determined that the Turkish version of MDSR-PN, consisting of 21 items and five sub-dimensions, is a valid and reliable measurement tool suitable for the Turkish culture. The use of the scale to determine the level of moral distress in pediatric nurses is recommended.

Keywords: moral distress, ethics, pediatrics, pediatric nursing, validity and reliability

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Stres	5
2.1.1. İş Stresi	5
2.1.2. Hemşirelerde İş Stresi	6
2.2. Moral Distres (Ahlaki Sıkıntı) Tanımı	7
2.2.1. Moral Distres Süreci	11
2.2.2. Moral Distres Modelleri	13
2.2.3. Moral Distresin Etkileri	20
2.2.4. Moral Distresi Önleme	21
2.2.5. Moral Distresin Değerlendirilmesi	25
2.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH) ve Moral Distres	30
2.4. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik	31
2.4.1. Geçerlik	31
2.4.2. Güvenirlik	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.4. Veri Toplama Araçları	42

3.5.	Araştırmanın Uygulanması	43
3.5.1.	Araştırmanın Ön Uygulaması	43
3.5.2.	Araştırma Verilerinin Toplanması	43
3.6.	Araştırmanın Etik Boyutu	43
3.7.	Moral Distress Scale- Revised Pediatrics Nurses Ölçeği'nin Uyarlama Aşamaları	44
3.7.1.	MDS-R Geçerlik Aşamaları	44
3.7.2.	PH-MDRÖ'nün Güvenirlik Aşamaları	47
3.8.	Verilerin Analizi	48
3.9.	Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri	48
4.	BULGULAR	50
4.1.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	50
4.2.	PH-MDRÖ'nin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi	53
4.2.1.	PH-MDRÖ'nin Dil Geçerliği	53
4.2.2.	PH-MDRÖ Kapsam Geçerliği	54
4.2.3.	PH-MDRÖ Görünüş Geçerliği	56
4.2.4.	PH-MDRÖ Yapı Geçerliği	56
4.3.	PH-MDRÖ'nin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi	60
4.3.1.	PH-MDRÖ'nin İç Tutarlık Cronbach α Kat Sayısı Bulguları	60
4.3.2.	PH-MDRÖ'nün Eş Değer Yarılar Testi Bulguları	61
4.3.3.	Madde Analizi	62
4.4.	PH-MDRÖ'nin Ölçek Puanlarının Katılımcılara Ait Özelliklere Göre Dağılımı	65
5.	TARTIŞMA	70
5.1.	PH-MDRÖ'nün Geçerliği	70
5.2.	PH-MDRÖ'nün Güvenirliği	77
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	83
6.1.	Sonuç	83
6.2.	Öneriler	84
7.	KAYNAKÇA	86
8.	EKLER	98
EK-1.	Hemşire Bilgi Formu	

EK-2. Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği

EK-3. Araştırma Davet Formu

EK-4. Hacettepe Üniuersitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı

EK-5. Hacettepe Üniuersitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Protokol Revizyon Onayı 103

EK-6. Başvurulan Üniuersite Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Devlet Hastanelerinden Gelen Ret Yazıları

EK-7. Başvurulan Üniuersite Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Devlet Hastanelerinden Gelen İzin Yazıları

EK-8. ocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği izin yazıları

EK-9. Aydınlatılmış Onam

EK-10. MDS-R Ölçeğinin Yazarının Geçerlik ve Güvenirlik alışmasına Yapılmasına İlişkin Onay Yazısı

Ek-11. Turnitin Dijital Makbuz ve Orijinallik Raporu

9. ÖZGEçMİş

SİMGELER VE KISALTMALAR

AACN	American Association of Critical Care Nurses - Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AMOS	Analysis of Moment Structures
ANOVA	Analysis of Variance-Tek Yönlü Varyans Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Birliği
ILO	International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KLPH	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği
KMO	Kaiser-Mayer- Olkin Testi
MDS	Moral Distress Scale
MDS-R	Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire
PH-MDRÖ	Pediatric Hemşireleri İçin Moral Distress Revize-Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Moral distres kreşendo etkisi	12
2.2.	Moral distres ikilemi	13
2.3.	Moral distres teorisi modeli	19
4.1.	Faktörlere ilişkin yamaç birikinti grafiği	59

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. MDS-R'nin dil ve kapsam geçerliği uygulama aşamaları	45
4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	51
4.2. Katılımcıların mesleki özellikleri	52
4.3. PH-MDRÖ'nün KGO ve KGI değerleri	55
4.4. PH-MDRÖ'nün KMO ve Bartlett's küresellik test sonuçları	56
4.5. PH-MDRÖ'nün DFA bulguları	57
4.6. PH-MDRÖ madde faktör yükleri, özdeğerleri ve açıklanan varyans değerleri	58
4.7. PH-MDRÖ'nün ve alt boyutlarının Cronbach α değerleri	61
4.8. PH-MDRÖ'nün eş değer yarılar bulguları	62
4.9. PH-MDRÖ'nün madde analizlerine ait bulgular	63
4.10. PH-MDRÖ'nün madde ayırt ediciliği bulguları	64
4.11. PH-MDRÖ puan dağılımları	65
4.12. PH-MDRÖ'nün alt boyutlarının puan dağılımları	66
4.13. PH-MDRÖ puanının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı	67
4.14. PH-MDRÖ puanının katılımcıların mesleki özelliklerine göre dağılımı	68
4.15. Katılımcıların yaş ve mesleki özellikleri ile PH-MDRÖ puanı arasındaki korelasyonlar	68

1. GİRİŞ

İnsanoğlunun var oluşundan bu yana iç içe yaşadığı stres, modern yaşamla birlikte değişime uğramış, stres kaynakları farklılaşmış, değişim ve gelişimin kendisi bir stres kaynağı haline gelmiştir (1). Modern insanın stres kaynaklarının başında, kuşkusuz yaşamın büyük bir bölümünü geçirdiği iş hayatı gelmektedir. İş stresi tüm çalışma alanlarında farklı boyutlarda yaşanmakta ve istisnasız tüm çalışanların sağlığı için önem teşkil etmektedir (2-5). Sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlar iş stresinin yoğun bir şekilde yaşandığı yerlerin başında gelmektedir (3, 6, 7). Yapılan pek çok çalışmada ise sağlık çalışanları arasında en yoğun derecede strese maruz kalan grubun hemşireler olduğu bulunmuştur (4).

Uluslararası Çalışma Örgütü - (International Labour Organization) (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hazırladığı ortak raporda, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri, aşırı iş yükü, rol çatışması ve belirsizliği, vardiya ile çalışma, yöneticilerle, meslektaşlarla ve hizmet alıcılarla yaşanan çatışmalar, hasta bireylerle temas nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma olarak tanımlanmaktadır (8). Hemşirelerin stres kaynakları arasında, yıldırma (mobbing) ve iş ortamındaki fiziksel sorunlar da yer almaktadır (9-11). Ayrıca, literatürde son yıllarda yer almaya başlayan ve hemşirelerin stres kaynaklarından biri olarak tanımlanan durumlardan biri de moral distrestir. Güncel literatür moral distresin hemşireler tarafından son derece yaygın ve çok boyutlu bir şekilde deneyimlendiğini ortaya koymaktadır (12-15).

Moral distres ilk olarak, 1984 yılında Andrew Jameton tarafından; “Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru olduğuna inandığı şekilde hareket etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmıştır (16). Wilkinson (1987), moral distresi; “Bir kişi ahlaki bir karar verdiği ancak verdiği bu kararı ahlaki davranış olarak uygulayamadığında oluşan psikolojik dengesizlik ve olumsuz duygu hali” olarak tanımlamıştır (17). Hamric (2014), Jameton ve Wilkinson tarafından yapılan tanımlarını daha da genişleterek, kavramın en güncel ve en yaygın olarak kabul gören tanımını yapmıştır; “Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülüklerle göre hareket edememe ya da eylemlerinin

istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı” (18). Yapılan neredeyse tüm tanımlarda, çalışanların etik bir durum ile karşılaştıkları zaman, doğru olduğuna inandıkları girişimleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engeller vurgulanmaktadır.

Literatür incelendiğinde, moral distressin hemen hemen tüm sağlık çalışanları tarafından, sağlık bakım ortamlarının tümünde deneyimlendiği görülmektedir (19-25). Ancak, çalışmaların büyük kısmı hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir (26-30). Günlük uygulama içerisinde sık sık etik karar verme gereğinin ortaya çıktığı birimler, moral distress yaşanması açısından daha özellikli birimlerdir. Pediatri klinikleri ise bu birimler içinde yer almaktadır (19, 21, 22, 31). Pediatri kliniklerinde yürütülen bakımda ortaya çıkan etik konular, yetişkin bakımında görülen etik konulara göre farklılık göstermektedir (27-30, 32-34). Ailenin bakım ve karar verme sürecinde etkin rol alması, çocuğun, ailenin ve sağlık personellerinin bambaşka ihtiyaçlar ve kaygılar içinde olması, mevcut durumu değerlendirmelerinde farklılıklara yol açmaktadır. Ayrıca tanı, tedavi ve bakım uygulamalarının seçimi sırasında, ebeveyn talepleri, çocuğun talepleri ve sağlık çalışanının doğruları arasında denge oluşturulması kolay olmamaktadır (28, 30). Bu nedenle çocuklar, ebeveynlerinin ve sağlık personellerinin istekleri arasındaki fikir ayrılıklarının baskısını hissedebilmekte, kendileri ise bambaşka isteklere sahip olabilmektedir (28, 30).

Pediatri hizmeti alan grubun kendine özgü özellikleri, istismar ve ihmale açık olmaları, incinebilirliği yüksek bireylerden oluşması, karar verme sorumluluğunun muğlak olması ve sunulan hizmetin kendine özgü dinamikleri, etik konuları gündeme getirmektedir. Bu durumlarda doğru eyleme karar verme ve bu eylemi uygulayabilme ise hemşirelerde zorlanmaya yol açabilmektedir (26, 35). Literatür pediatri hemşirelerinin yaşamış oldukları bu zorlanmaya dikkat çekmekte, yaşadıkları moral distress düzeyini ise düşük, orta ve ortanın üzerinde olarak belirtmektedir (26, 28, 29, 35).

Moral distressin, sağlık kurumunu, sağlık çalışanlarını ve bakım alan bireyi olumsuz bir etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (36-38). Moral distressin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri fiziksel, psikolojik ve sosyal seviyelerde görülmektedir (39, 40). Bu etkiler, kavramının doğası gereği birdenbire ortaya çıkan

ya da kaybolan nitelikten ziyade, aşamalı olarak ilerleyen, moral distressi tetikleme potansiyeli olan durumlarda ise artarak patlak verir niteliktedir (41, 42). Çaresizlik hissi (43), tükenmişlik (44, 45), verimde azalma, iş tatminsizliği (39), ve işten ayrılma isteği (39, 46, 47) gibi durumlarla sonuçlanan moral distress, hem çalışana, hem hastaya, hem de kuruma zarar vermektedir (42, 48, 49).

Moral distressle mücadele etmenin ilk adımı, mevcut durumun değerlendirilmesidir. Güncel literatürde, hemşireler tarafından deneyimlenen moral distressi ölçmek amacıyla geliştirilmiş dört ölçüm aracı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Corley (2001) tarafından, yoğun bakım hemşireleri üzerinde geliştirilmiştir (50). İkinci ölçek Ohnishi ve ark. (2010) tarafından, Corley (2001) tarafından geliştirilen ölçeği temel alarak geliştirilmiş ve ölçek psikiyatri hemşirelerine özel olarak yapılandırılmıştır (25). Moral distress alanında geliştirilen üçüncü ölçek ise, “Moral distress Termometresi” dir (51). Bu ölçüm gereci analog skala şeklinde ve tek boyutlu olarak, son iki hafta içinde yaşanan moral distressin sıklığını ölçmektedir (51). Son ölçek ise, Corley tarafından geliştirilen moral distress ölçeğinin güncel olmadığı düşünülen maddeleri çıkartılarak, Hamric ve ark. (2012) tarafından çalışılmış ve altı paralel form olacak şekilde ölçeği revize etmiştir. Bu paralel formlar, yetişkin hemşire formu, yetişkin doktor formu ve yetişkin diğer sağlık çalışanları formu ile pediatri hemşire formu, pediatri doktor formu ve pediatri diğer sağlık çalışanı formudur (37). Ülkemizde, Karagözoğlu ve ark. (2017) tarafından Hamric ve ark. (2012) tarafından revize edilen ölçeğin, yetişkin hemşire formu Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52). Pediatri hemşirelerinin moral distress düzeyini ölçebilecek özellikteki tek ölçek, Hamric tarafından geliştirilen “Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire” dir.

Bu çalışma, pediatri hemşirelerine yönelik moral distress düzeylerini ölçmek için Hamric ve ark. (2012) tarafından geliştirilen “Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire” in (37) Türkçe uyarlamasını, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak alana özgü yeni bir ölçme aracı kazandırmak amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma sonucunda aşağıdaki soruların cevaplanması planlanmıştır.

Araştırma soruları;

1. Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire ölçeğinin Türkçe formu geçerli midir?
2. Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire ölçeğinin Türkçe formu güvenilir midir?
3. Türkiye'de çalışan pediatri hemşirelerinin moral distrese ilişkin durumları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stres

İçinde bulunduğumuz çağın en büyük sorunlarından biri olan stres; tıp, hemşirelik, psikoloji, mühendislik, örgütsel davranış vb. çalışma alanı ve bilim dalının ilgi odağı olmuştur. Literatürde, uzun yıllardır stresin kapsamı, sonuçları ve mücadele yolları tartışılmaktadır (10). Stres terimi, Latince “estrica”, eski Fransızca “estrece” sözcüklerinden gelmekte ve iki farklı anlamda kullanılmaktadır (53). Bu anlamlardan ilki insanın tehlike içinde bulunduğu etmen ve koşullara göre dengesinin bozulmasını ifade etmekte, diğeri ise bu dengenin bozulmasına yol açacak faktörleri işaret etmektedir (9). Stres genel olarak, “birey-çevre etkileşiminde, bireyin uyumunu tehlikeye atan ve mevcut kaynakları zorlayan veya aşan çevre talepleri “olarak tanımlanmaktadır (53).

Fransız fizyolog Claude Bernard, 19. yüzyılın ilk yarısında stresin tanımını yapmış ve her canlının dış çevredeki değişimlere karşı, iç çevresini sabit tutma çabasının olduğunu belirtmiştir (53, 54). Diğer bir araştırmacı olan Walter B. Cannon, insan organizmasının bu iç dengeyi koruma çabasını “homeostasis” olarak adlandırmış ve canlının iç dengesini bozacak her türlü dış tehdide karşı “savaşma ve kaçma” reaksiyonu gösterdiğini savunmuştur (9). Stres kavramı üzerinde öncü isimlerden biri olan Hans Selye ise stresi; “insan vücudunun herhangi bir isteme verdiği özgül olmayan karşılık” olarak tanımlamıştır. Ayrıca bazı tanımlarda stres, kişinin performansını etkileyen, kişi üzerinde fizyolojik ve psikolojik baskı oluşturan duygu, düşünce ve davranış olarak tanımlanmaktadır (9, 10, 53-55).

Bireyin fizyolojik ve psikolojik dengesini bozan her etken bir stres kaynağı olarak nitelendirilmekte ve yoğun yaşanan stres, kişilerin sağlık durumunda olumsuzluklarla sonuçlanmaktadır. Bu etkiler bireyde psikolojik, fizyolojik ve davranışsal olarak üçe ayrılmaktadır (9, 10, 53).

2.1.1. İş Stresi

İnsanoğlu var oluşundan bu yana stres ile iç içe yaşamıştır ve stres hayatta kalmasını ve çevresine uyum sağlamasını kolaylaştıran bir faktör olmuştur (9, 10, 54). Günümüzde hayat şartlarının sürekli değişiyor olmasının, insanların fiziksel ve ruhsal

yapıları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler karşısında insanların uyum gösterme çabası kaçınılmazdır. Ancak günümüz yaşam koşulları, stres yaşantısını artırmış ve stres kaynaklarını da çeşitlendirmiştir. Bu stres kaynaklarının başında kuşkusuz insanların genç yaşlardan başlayarak yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri iş ortamı ve iş hayatı gelmektedir (1, 10, 53, 54, 56).

İş, insanların hayatlarını devam ettirilebilmesi için bir araç ve amaç birlikteliğini içeren bir olgudur. Bu nedenle iş, günümüzde insanlar için önemli bir yere sahiptir. Araştırmalar, iş yerinde yaşanan stresin çalışanlar üzerinde psikolojik ve fizyolojik baskılar ve yıkımlar oluşturduğunu, onların sağlık ve başarılarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (2, 3, 57-63). İş stresinin tanımı genel olarak, bireyin çevre ile ilişkisi olarak tanımlanıp, bireysel farklardan ve psikolojik süreçlerden etkilenen, dış çevre, durum, olayın sonucuna bir yanıt olarak tanımlanabilir (5, 34, 56). Bir başka deyişle iş stresi, kişilerin işleri ile ilişkilerinden doğan ve işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (64).

Stres her meslek grubu için önem teşkil etmektedir. Çalışanlar strese maruz kaldıkları gibi, bunun sonuçlarını da yaşamak zorunda kalmaktadır. Bazı meslek grupları stresi yoğun bir şekilde yaşarken, bazı meslek grupları ise stresi görece daha az deneyimlemektedir. Stresin en yoğun yaşandığı iş yerlerinin başında gelen hastanelerde çalışan sağlık çalışanları stresin yoğun olarak yaşandığı gruplardandır (61).

2.1.2. Hemşirelerde İş Stresi

Sağlık hizmetleri ortamlarında işi gereği insanlarla iç içe ve yüz yüze çalışan hekim, hemşire gibi sağlık çalışanları genellikle stresin etkilerine yakından maruz kalmaktadır. (6). Bu durum da ister istemez sağlık bakım hizmetlerinde çalışma yaşamını olumsuz etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri arasında bakım alan birey ile en uzun süre temas halinde olan kuşkusuz hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler, yaşanan iş stresini en yoğun şekilde deneyimleyen meslek gruplarının başında gelmektedir. Belirli düzeyde yaşanan stres hemşirelerin görevlerini yerine getirmede onları motive ederken, sürekli ve aşırı yaşanan stres çalışanları olumsuz yönde etkilemektedir (7).

ILO ve DSÖ'nün hazırladığı ortak raporda, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri aşırı iş yükü, rol çatışması ve belirsizliği, vardiya ile çalışma, yöneticilerle yaşanan çatışmalar, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar olarak tanımlamaktadır (8). Bunlara ek olarak literatürde, örgütsel stres kaynakları arasında yıldırma (mobbing) ve iş ortamındaki fiziksel sorunlar da önemli stres faktörleri olarak görülmektedir (10, 54, 55, 65). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ise, hemşirelerde görülen iş stresi kaynaklarını çalışma şartları, çalışma ortamındaki ilişkiler, çatışma ve belirsiz rol, çevresel düzenleme ve iklim şartları, çalışma ortamı ile ev arasındaki engeller, mesleki gelişme, işin niteliği olarak sıralamıştır (66).

Uzun dönemli yaşanan iş stresi hemşirelerin kişisel ilişkilerini de etkilemekte, işe devamsızlıklarını arttırmakta, motivasyon düşüklüğüne, çatışmalar yaşanmasına neden olmakta, iş tatminsizliğine yol açmakta, tükenmişliğe neden olmakta, iş doyumunu azalmakta, iş bırakma oranını ve verimsizliği artırmaktadır (2, 57, 62, 63, 67-70). Böyle durumlarda daha olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması birey ve kurum açısından önemlidir.

Sağlık bakım hizmetlerindeki stres kaynakları kurum ya da birimlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde ölümcül hastaya bakım verme ve ölüm olgusu ile başa çıkmaya çalışma en önemli stres nedeni iken, cerrahi ve dahili birim gibi servislerde çalışan hemşirelerde çalışan yetersizliği ve aşırı iş yükü en önemli stres nedeni olarak görülmüştür (63, 71). Bu stres faktörleri ile birlikte hasta bireyin çocuk olması, girişimlerin ve bakımın çocuğa verilmesi de psikolojik ve duygusal yük oluşturan bir unsur olmakta, hemşirelerin stres düzeylerinin artırmaktadır (72). Bütün bu durumlar pediatri kliniklerinin ve pediatri hemşirelerinin diğer birimlerdeki hemşirelere göre daha özellikli bir hale gelmesine neden olmaktadır.

2.2. Moral Distres (Ahlaki Sıkıntı) Tanımı

Fransızca "Morale" kelimesinden köken alan moral terimi Türkçe'ye ahlaki, ahlakla ilgili olarak çevrilmektedir. Arapça kökenli olan ahlak kelimesini Türk Dil Kurumu (TDK) "bir toplum içinde kişilerin uymak zorunda oldukları davranış

biçimleri ve kuralları” olarak tanımlamaktadır (73). Ahlakın (moral), en genel tanımı, toplum içinde kişilerin uymak zorunda oldukları yazılı olmayan davranış biçimleri ve kurallardır. Ahlak pek çok bilim alanının ilgi odağı olmuştur. Deontolojide ahlak, doğru ve yanlış davranışlar konusundaki gelenek ve inanışları kapsarken (74), psikolojide, bireyin inançları, tutumları, duyguları, yetenekleri sonucu ortaya çıkan, iyi veya kötü olarak nitelendirilebilecek davranışların bütünü ifade edilmektedir (75). Sosyolojik açıdan ise, insan topluluklarınca zamanla benimsenen, bireylerin birbirleriyle ve diğer insanlarla ilişkilerini düzenleyen kurallar, ilkeler ve inançlar bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Ahlak, çok yönlü anlam içermekle beraber, özelde insan davranışlarının ve insanlar arasındaki ilişkilerin, genelde ise toplumun oluşturduğu birtakım kuralların iyi veya kötü olarak nitelendirilmesidir (75). Moral kelimesinin ahlak kelimesini tam olarak karşılamadığı düşünüldüğü için yazarlar çalışmada moral kelimesini kullanmayı tercih etmiştir.

Jameton ahlakı, toplum tarafından benimsenen önemli sosyal değerler veya normlarla bireyin kendisinin belirlediği doğru ve yanlışlar bütünü olarak tanımlamaktadır (16). Toplumsal değer ve normlarla, bireyin doğru ve yanlış algısı paralel olabildiği gibi nadiren komplike olmayan, çözülemeyen veya tanımlanamayan problemlere neden olabilecek şekilde çatışabilmektedir. Bu çatışma bireyler tarafından distres yaşantısı olarak deneyimlenmektedir.

Distres kavramı, güçsüzlük, hüznün, korku, depresyon, anksiyete, panik, endişe, üzüntü gibi çok çeşitli durumları kapsar. Distres terimi; korku, endişe, üzüntü gibi günlük deneyimlerden, depresyon, anksiyete bozuklukları, panik, izolasyon, ruhsal ve varoluşsal kriz gibi psikiyatrik ve psikososyal durumlara kadar giden geniş bir yelpazeyi tanımlamaktadır (76, 77). Distres terimi Türkçe’ye ruhsal, psikolojik sıkıntı olarak çevrilmektedir. TDK ise, sıkıntı sözcüğünü, bir bozukluğun, karışıklığın sebep olduğu etkili ve sürekli yorgunluk hali olarak tanımlamıştır (78). Distres kavramının anlamı ve sıkıntı kelimesinin tanımına bakıldığında tam olarak birbirlerinin anlamını karşılamadıkları görülmektedir. Distres, sıkıntıya göre daha geniş bir anlam içermektedir. Bu nedenle, çalışma boyunca distres kelimesinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Moral distres ise, bireyin yapılacak doğru davranışı bildiği halde engeller nedeniyle doğru davranışı gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı sıkıntı olarak ifade edilmektedir (40, 46, 52). Moral distres kavramı yaklaşık son 30 yıldır literatürde yer almakta ve kavram üzerine yapılan çalışmalar devam etmektedir. Dolayısıyla moral distresin tanımı konusunda da henüz bir uzlaşmaya varılmamış, pek çok bilim insanı kendi bakış açısına uygun olarak moral distresi tanımlamıştır. Kavramın literatürde yeni olması nedeniyle bu bölümde moral distres tanımına geniş bir yer ayrılmış ve literatürde karşılaştığımız tüm tanımlar bu bölüme dahil edilmiştir.

Moral distres ilk olarak, 1984 yılında Andrew Jameton tarafından “Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmıştır (16).

1987 yılında ise Wilkinson “Bir kişi ahlaki bir karar verdiğinde ancak verdiği bu kararı ahlaki davranış olarak uygulayamadığında oluşan psikolojik dengesizlik ve olumsuz duygu halidir.” şeklinde tanımlamıştır (17).

Corley’in aktardığına göre Webster ve Basliy (2000) Jameton’un tanımının genişletilmesini önermiş ve “doğru eylemi takip edememe durumuna” ek olarak “doğru eylemi takip etmek için başarısız olmak, yargılamada bir hata, bazı kişisel başarısızlıklar veya kişinin kontrolü dışındaki koşullar durumalar” şeklinde eklemelerde bulunmuşlardır (79).

Corley ise, moral distres kavramını daha çok hasta savunuculuğu bağlamında incelemiş ve “Ahlaki olarak uygun eylemin bilincinde olduğunda ancak kurumsal kısıtlamalar nedeniyle hasta için doğru olabilecek ahlaki kararları uygun bir şekilde gerçekleştiremediğinde ortaya çıkan psikolojik sıkıntı, ızdırıp” olarak tanımlamıştır (79).

Bir tanımda ise moral distres, “etik bir durum meydana geldiğinde ahlâkî açıdan doğru davranışı yapmak için harekete geçmede, içsel ve dışsal faktörler nedeni ile istenen davranışların uygulanmasının imkânsız olması sonucu meydana gelen sıkıntı” şeklinde tanımlanmıştır (80).

Nathaniel (2006) ise, daha önce yapılmış olan tanımları sentezleyerek moral distesi "kişi ahlaki bir sorunu fark ettiğinde ve ahlaki sorumluluk aldığı anda doğru

eylem hakkında yargıda bulunma sürecinde deneyimlediği zihinsel, fiziksel veya ilişkiyel etkileri sıkıntı ya da ızdıraptır" şeklinde tanımlamıştır (81).

Diğer bir araştırmacı olan Sporrong (2007) ise moral distres sürecini "ahlaki bir stres faktörü ile başlayan olası bir tepki" olarak nitelendirmiştir. Sporrong (2007)'a göre, sağlık hizmetlerinde verilen bir ahlaki kararın, ahlaki stres faktörü sayılabilmesi için hem verilen sağlık hizmeti ile hem de hastaya karşı yerine getirilmesi gereken görevlerle ilişkili olması gerekmektedir (82).

Pendry (2007) ve De Villers ve Devon (2012) ise Jameton'un yaptığı moral distres tanımına ek olarak, moral distresi "içsel veya dışsal kısıtlamaların neden olduğu fiziksel ya da duygusal acı, duygusal tepki" olarak tanımlamışlardır (83, 84).

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği (American Association of Critical-Care Nurses) (AACN) 2008 yılındaki yayınladığı bildirmede moral distres kavramına değinmiş ve "ahlaki açıdan doğru olduğunu bildiğiniz halde, bu eylemi gerçekleştirmediğinizde, kişisel ve profesyonel değerlerinize ters düşen eylemi yapmanız durumunda ortaya çıkan bir deneyim" şeklinde tanımlamıştır (85).

Hamric (2014) ise, Jameton ve Wilkinson tanımlarını daha da genişleterek, moral distresi; "Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülüklerle göre hareket edememe ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı" olarak tanımlamıştır (46).

Moral distres ile yapılan çalışmalar çoğaldıkça ve kavramla ilgilenen araştırmacı sayısı arttıkça çeşitli tanımlar yapılmaya devam edilmektedir. Tanımlar incelendiğinde, tamamına yakınında, sağlık çalışanlarının etik bir durum ile karşılaştıkları zaman, ahlaki açıdan doğru olduğuna inandıkları girişimleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engeller vurgulanmaktadır (17, 36, 46).

Literatürde, hemşirelik ve sağlık alanındaki moral distres son yıllarda incelenmeye başlansa da hemşirelerin moral distres deneyimlerinin modern hemşirelik başlangıcına kadar dayandığı söylenebilir. Winland Brown ve arkadaşları (2010)'nın aktardığına göre, Florence Nightingale'in Hemşirelik Notları adlı kitabında da moral distres kavramına değinilmiştir. Nightingale kitabında birey birtakım engellerle karşı

karşıya kaldığında ve vermek istediği bakımı sunamadığında yaşadığı hayal kırıklıklarını anlatmıştır (86). Bahsedilen bu durum, günümüzde moral distres tanımlarında temas edilen, bireyin etik olarak yapılması doğru olan şeyi bilmesine rağmen, algıladığı bu yükümlülükle hareket etmesi engellendiğinde, moral distresin ortaya çıkması savı ile paralellik göstermektedir.

Moral distres kavramı ilk olarak yetişkin yoğun bakım servislerinde (36, 50, 79) ve sağlık çalışanı olarak da hemşirelerle çalışılan bir kavramdır. Zaman içerisinde bu kavramın, sağlık hizmetlerinin pediatri (28, 33, 87, 88), acil servis (89), cerrahi (90), psikiyatri (25, 45, 91-93) ve onkoloji (38, 94) gibi pek çok farklı hemşirelik alanlarında çalışıldığı görülmektedir. Daha sonraları yapılan çalışmalarda ise, hekim (37, 93), eczacı (95), psikolog (96), veteriner (97) ve ebe (98) gibi farklı disiplinlere mensup sağlık çalışanlarını da etkilediği görülmüştür.

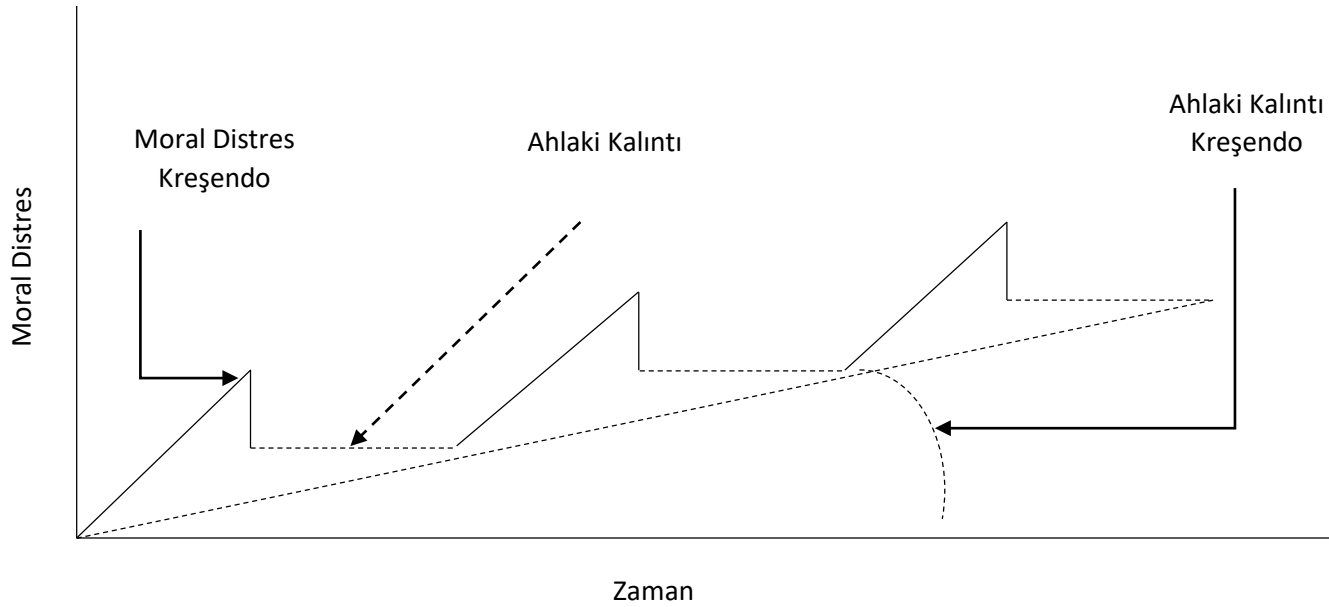
2.2.1. Moral Distres Süreci

Literatür incelendiğinde, moral distresin etik durumlara karşı verilen bir ani tepkiden ziyade bir süreç barındırdığı görülmektedir (41, 99, 100). Bu doğrultuda, Jameton (1993) moral distres sürecini “Öncül moral distres (initial)” ve “reaktif moral distres” adı altında iki bölümde incelemiştir. Öncül moral distres durumunda, birey kişisel değerleri ile çatışma yaşadığı ve kurumsal engellerle karşı karşıya kaldığı zaman sıkıntı, öfke ve kaygı vb. hissetmektedir. Birey bu duruma herhangi bir şekilde müdahale etmediğinde, moral distrese yol açan etken ortadan kalksa bile bu deneyim kişi üzerinde “reaktif moral distres” denilen bir etki bırakmaktadır. Bu durum, bireylerin öncül moral distresine neden olabilecek durumlarla karşılaşmadıklarında da hissettikleri distres olarak tanımlanmıştır (100). Bu bağlamda, moral distrese neden olan durumun üzerinden zaman geçse bile, bu etkinin kalıntısının devam etmektedir.

Yaşanan reaktif moral distres durumu, Webster ve Bayliss (2000) tarafından “moral residue (ahlâkî kalıntı)” olarak adlandırılmış ve Epstein ve Hamric tarafından moral distresle arasındaki ilişki incelenmiştir (46, 99). Bu inceleme doğrultusunda Epstein ve Hamric (2009), moral distres deneyiminin, üzerinden vakit geçtiğinde, bireyin öncül etkilerinin azaldığını hatta yok olduğunu düşündüğünü öne sürmüştür (99). Ancak ilerleyen zaman içinde, moral distrese neden olabilecek bir durumla tekrar karşılaşıldığı ahlaki kalıntı nedeniyle hızla ve ivme kazanan bir şekilde moral distres

belirtileri tekrar görülebilmektedir. Epstein ve Hamric (2009) bu durumu, “kreşendo etkisi” adı verilen bir modelde açıklamıştır (99). Moral distres kreşendo etkisi modeli Şekil 1’de gösterilmiştir.

Epstein ve Hamric (2009), moral distres ve ahlaki kalıntının potansiyel üç sonucu olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki, bakım sağlayıcıların etik açıdan zorlayıcı durumlara karşı ahlaki olarak duyarsız hale gelmeleridir. Bu doğrultuda bakım sağlayıcılar, ahlaki duyarlılık gerektiren klinik durumları fark edemeyebilir ya da görmezlikten gelebilir. İkincisi, bakım sağlayıcıların vicdani olarak kendini rahatsız hissetmeleri ve stres yaşamalarıdır. Üçüncü, en önemli ve en zarar verici sonuç ise bakım sağlayıcılarda tükenmişlik gelişmesidir(99, 101, 102).



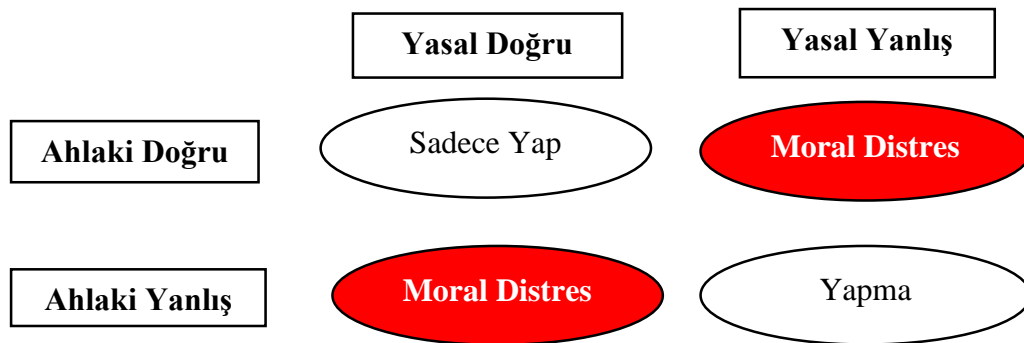
Şekil 2.1. Moral distres kreşendo etkisi (99)

Tiedje (2000) ise, Jameton’un moral distres tanımını aynı şekilde kullanmış, ancak moral distres sürecini farklı aşamalandırmıştır. Tiedje (2000)’ye göre moral distres sürecinin aşamaları;

- Bir kararın uygulanmasının zor olduğunu fark etmek,
- Duygusal sıkıntı yaşamak,
- Durum hakkında derinlemesine düşünmek,
- Çözüm için olası stratejilerden seçim yapmak,

- Harekete geçmek (103).

Kalvemark ve arkadaşları (2004) ise, moral distresin etik ikilemlerden kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. Bu doğrultuda, bireyin etik ikilemler karşısında sergiledikleri davranışları “ahlaki doğru” ve “ahlaki yanlış” olarak iki gruba ayırmışlar ve “yasal doğru” ve “yasal yanlış” ile bağdaştırarak moral distres oluşumunu açıklamaya çalışmışlardır. Kalvemark ve arkadaşlarının öne sürdüğü etik ikilem durumu Şekil 2.’de şematize edilmiştir. Öne sürülen “moral distres ikilemi” görüşü doğrultusunda bir davranış hem ahlaki olarak hem de yasal olarak doğruysa “sadece yap”, hem ahlaki olarak hem de yasal olarak yanlış ise “yapma” şeklinde bir davranış sergilenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Bu duruma ek olarak, eğer “ahlaki bir yanlış” ile “yasal bir doğrunun” veya “ahlaki bir doğru” ile “yasal bir yanlışın” ikileminin yaşandığı bir durum söz konusu olduğunda ise ortaya moral distresin çıkacağını belirtmişlerdir. Ayrıca, Jameton’a paralel olarak moral distresin yasa ve mevzuat kaynaklı engellerden kaynaklandığını belirtmişlerdir (80).



Şekil 2.2. Moral distres ikilemi (80)

2.2.2. Moral Distres Modelleri

Literatür incelendiğinde moral distres kavramına yönelik üç model olduğu görülmektedir. İlk model Wilkinson tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (17). Bu model hemşireliğin ahlaki yönleri ile kaliteli hasta bakımı konularından temel almaktadır. İkinci model, Wilkinson (1987)’un çalışmasından yararlanarak askeri hemşirelere özgü faktörlere adapte eden Fry ve arkadaşları (2002)’i tarafından geliştirilmiştir (104). Üçüncü model ise Jameton (1993) ve Wilkinson (1987)’un çalışmalarından yararlanılarak geliştirilen ve bir hemşirenin, bir hastaya savunuculuk

yapamadığında veya yapamayacağını algıladığında moral distresin ortaya çıktığını öne süren Corley (2002) tarafından geliştirilmiştir. Corley (2002)'in modelinde temel olarak hemşirelerin iş çevresi ile ilgili psikolojik tepkilerini içeren ahlaki yetkinliğin, moral distres deneyimine zemin hazırladığı görülmektedir. Ayrıca bu modelde ahlaki yetkinliğin gelişimi, ahlaki kavramların hemşirelerin değer sistemine dahil edilmesine bağlıdır (79). Bu bölümde her bir model ayrıntılı olarak incelenecektir.

Wilkinson'ın Moral Distres Modeli

Moral distresi, “Bir kişi ahlaki bir karar verdiğinde ancak verdiği bu kararı ahlaki davranış olarak uygulayamadığında oluşan psikolojik dengesizlik ve olumsuz duygu hali” olarak düşünen Wilkinson, moral distres sonucu ortaya çıkan deneyimin bireyin ahlaki olarak harekete geçememesinden kaynaklandığını öne sürmüştür (17). Wilkinson (1987), hemşirelerin hastalarının kritik yaşam olaylarına müdahil olduklarını, bilinçli ve bilinçsiz olarak etik karar vermeye devam ettiklerini ve hemşirelerin hastanın iyiliğini en önemli değer olarak gördüklerini belirtmiştir. Ayrıca Wilkinson, moral distresin iki ana bileşenin olduğunu öne sürmektedir. İlk bileşen, birey ahlaki açıdan rahatsız edici veya endişe uyandıran bir durum ile karşılaştığında doğru olduğuna inandığı eylem hakkında karar verme ve bu kararı eyleme geçirmeye çalıştığında deneyimlediği kısıtlamalardır. İkinci bileşen ise, bireyin ilk deneyimden hissettiği sıkıntı ve rahatsızlık duygularını azaltmak için kullandığı baş etme davranışlarıdır (17).

Bu modelde moral distresin, diğer sağlık çalışanları, hukuk sistemi veya yasal çekinceler, hemşirelik hizmetleri ve hastane idaresi, istihdam sorunları, hastalar ve ailelerin talepleri gibi dış kısıtlamalar ile birlikte işini kaybetmekten korkmak, kendinden şüphe etmek, cesaret eksikliği ve geçmiş eylemlerin yararsız kalması gibi iç kısıtlamalardan kaynaklanabileceği bildirilmektedir (17). Wilkinson'un (1987) moral distres modelinde, hemşirelerin ahlaki bir ikilem ile karşılaştıklarında, hangi eylemin ahlaki açıdan iyi olduğuna karar verirken, bilişsel ahlak ve empati duygularını kullandıkları belirtilmiştir. Ayrıca, Wilkinson hemşirelerin mesleki deneyim düzeyleri ile mevcut seçenekler hakkındaki bilgileri moral distres düzeyini etkileyeceğini öne sürmüştür ancak modelin geliştirildiği yıllarda bu duruma yönelik herhangi bir çalışma olmadığından bu görüşünü destekleyememiştir.

Hemşireler kendi ve hastanın ahlaki bütünlüğü koruma ve iyi bir bakım sunma eğilimindedirler. Ahlaki kararlar verirken kendi profesyonel ve bireysel değerleri yanında kararlarını yönlendiren veya engelleyen çevresel kısıtlamaları, görüşleri, yasa ve yönetmelikleri dikkate almalıdırlar. Ancak hemşireler ahlaki yükü fazla olan durumlara sık maruz kaldıklarında, mevcut durumla etkili bir şekilde başa çıkabilme yetenekleri azalır. Moral distrese bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz başa çıkma davranışları, hasta bakımını olumsuz yönde etkiler. Etkisiz başa çıkma ise hemşirelerin mesleklerini tamamen bırakmalarına ya da hasta bakımının bütünlüğüne ve kalitesine zarar vermelerine neden olabilir (17). Bu doğrultuda, eğer sağlık hizmetini ve bakım kalitesini tehdit eden bir durum varsa derhal incelenmelidir.

Askeri Hemşirelikte Moral Distres Modeli

Fry ve ark., (2002)'ı tarafından geliştirilen modelde, moral distres askeriyedeki hemşireleri etkileyen zorlu çevresel koşullar bağlamında incelenmiştir. Bu modelde moral distres, çatışan değerlerden kaynaklanan bir süreç olarak değerlendirilmiştir. Moral distres süreci hemşirenin ahlaki bir yargı, karar veya eylem ihtiyacını fark etmesi ile başlamaktadır. İlk olarak hemşire durumu değerlendirir ve eyleme geçme konusunda herhangi bir engel ile karşılaşmadığında harekete geçer. Eğer eyleme geçmede engeller varsa, öncül moral distres oluşur ve engeller aşılamadığında ise reaktif moral distres gelişir. Bu durum, Jameton (1993) tarafından tanımlanan moral distres süreci ile paralellik gösterse de, moral distrese neden olan faktörlerin, askeri hemşireler için farklı olduğu bilinmektedir (104).

Fry ve arkadaşları (2002) modeli geliştirirken, yarı yapılandırılmış bir görüşme rehberi kullanmışlardır. Çalışma sonunda askeri hemşirelerin, istenen ahlaki eyleme yönelik engel yaşadıklarında; genellikle bir iş arkadaşına danıştıkları, konuyu daha yüksek rütbeli bir görevlinin dikkatine sundukları ve hastaya en iyi bakımı sunmak için etkili bir şekilde bakımın savunuculuğunu yaptıkları saptanmıştır. Aynı zamanda bu girişimlerin etkili olmadığı bazı durumlarda, yoğun endişe yaşama, hayal kırıklığına uğrama, kızgın olma, uyuşukluk hissi ve üniformayı giymekte güçlük çekme gibi hem kısa hem de uzun vadeli sonuçlar geliştiği bildirilmiştir (104).

Corley'in Moral Distres Modeli

Corley (2002) modelinde, hemşireliğin ahlaki bir uğraş olduğunu ifade etmiş ve hasta savunuculuk rolünü yerine getiremediğinde hemşirede gelişebilecek durumları açıklamıştır. Corley (2002), Jameton (1993)'nin üzerinde durduğu bir kavram olan öncül moral distresi temel almıştır. Bu modelde, bireylerin kurumsal engellerle karşılaştığında ve değerler konusunda çatışma yaşadığında ortaya çıkan hayal kırıklığı, öfke ve kaygıya odaklanmıştır. Corley tarafından geliştirilen model, en fazla kabul gören moral distres modelidir. Literatür incelendiğinde Corley'in modelinin hala geliştirilmekte olduğu, güncel çalışmaların çoğunluğunun bu modeli temel aldığı ve farklı araştırmacılar tarafından da bu modele katkı sağlandığı görülmektedir (42, 105, 106).

Corley (2002)'in teorisi "hemşirelik ahlaki bir meslektir" ve "hemşireler ahlaki temsilcilerdir" olmak üzere iki önermeye dayanmaktadır. Bu önermelere göre bir hemşire karşılaştığı etik durumlarda moral distres deneyimleyebilir ve ahlaki etkinliğini ortaya koyamazsa, yaşadığı moral distrese karşı savunmasız hale gelir (79). Corley (2002), modelini açıklamak için gerekli olan bazı ahlaki kavramlar kullanmıştır. Corley'e göre ahlaki eylem ve ahlaki yetkinliğin gelişmesini etkileyen bu kavramlar moral distres kavramı ile ilişkili ve etkileşim içindedir. Corley'in modeli, kararlılık, duyarlılık, özerklik, anlamlandırma, muhakeme, çatışma, yetkinlik ve kesinlik olmak üzere sekiz ahlaki kavramdan oluşmaktadır. Bu kavramların birbirleri ile kurdukları etkileşim ve etki, ahlaki davranışa yönelmeye ya da moral distrese neden olabilir (79). Ahlaki kavramlar arasındaki ilişkiler Şekil 3'teki modelde gösterilmiştir.

Ahlaki Kararlılık: Hasta bakımında ahlaki bir durum ile ilgili değerlere sadakat ve risk almaya istekli olmaktır. Ahlaki kararlılık, ahlaki kesinliğin geliştirilmesinden önce veya ahlaki kesinliğin gerçekleşmesinden sonra eylemde görülebilir.

Ahlaki Duyarlılık: Ahlaki bir çatışmayı tanıma, mevcut durumu içeriksel ve sezgisel değerlendirme ve kararın birey adına etik sonuçları hakkında bilgi sahibi olma yeteneğidir.

Ahlaki Özerklik: Etik seçim yapma özgürlüğü, hakkı ve sorumluluğudur. Ahlaki özerkliğe sahip hemşirelerin, ahlaki kararlılıkları ve ahlaki yetkinlikleri olmadıkça moral distres yaşama olasılıkları daha yüksektir.

Ahlaki Anlamlandırma: Ahlaki anlamın yapılandırılmasıdır. Yüksek düzeyde ahlaki kararlılık ve ahlaki yetkinliğe sahip hemşirelerin, bir durumu ahlaki açıdan anlamlandırması daha kolay olabileceği için, daha az moral distres deneyimleme ihtimalleri bulunmaktadır.

Ahlaki Muhakeme: Belirli bir durumda ne yapılması gerektiğini belirlemek için bir eylem tarzına karşılık gelen davranışı ya da sayısız etik düşüncenin birleştirilmesini içerir. Yüksek düzeyde ahlaki kararlılık, ahlaki yetkinlik ve ahlaki anlamlandırma yeteneğine sahip hemşirelerin, uygun ahlaki muhakeme ile daha az moral distres yaşama olasılıkları yüksektir.

Ahlaki Çatışma: Ahlaki açıdan doğru eylemin ne olduğuna ilişkin ahlaki değerlerin çatışmasını içeren bir durumdur. Altı temel özelliği vardır: seçme, savunuculuk, özerklik, acı ve ıstırap, değerler ve ilişki. Seçme deneyimi, hemşirelerin deneyiminin birleştirici temel özelliği olarak kabul edilmektedir. Diğer özellikler ise seçilen kumaşa dokunmuştur. Hemşirelerin hasta savunuculuğu, harekete geçme özerkliklerinin belirsizliği, sınırlı seçeneklerin varlığı, değerlerin ihlali ve acı çeken hastalarla profesyonel bir ilişki varlığı nedeniyle ahlaki çatışmaya maruz kalmaları daha olasıdır.

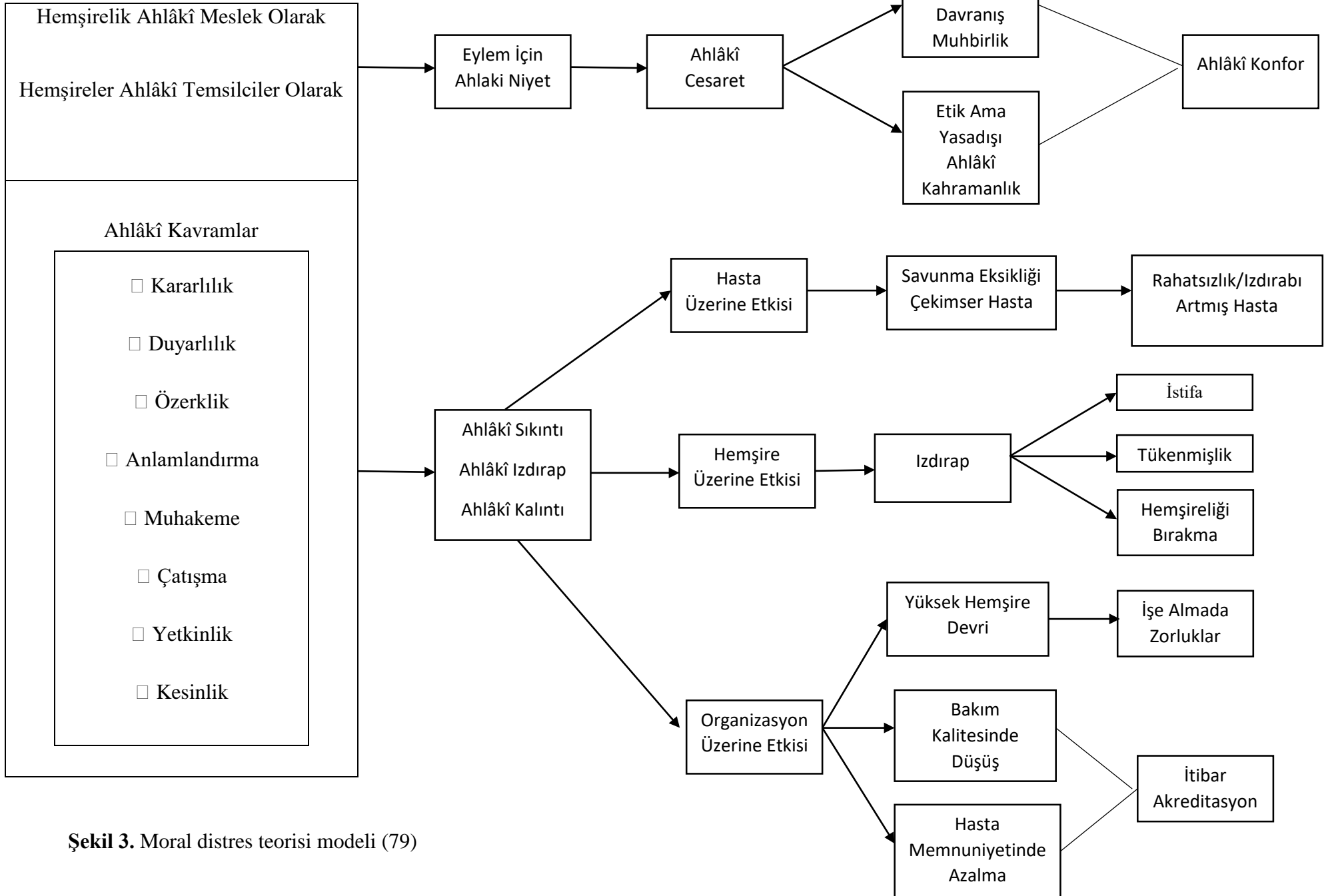
Ahlaki Yetkinlik: Ahlaki durumları anlama, ahlaki yargı ve iyi niyet kullanma ve ahlaki olarak uygun davranışlarda bulunma becerisidir. Ahlaki kararlılığı olan ancak ahlaki yetkinliği olmayan hemşirelerin moral distres yaşama olasılığı daha yüksektir. Hemşirelerin ahlaki yetkinliklere ilişkin kendi algıları doğru olmayabilir ve ahlaki açıdan uygunsuz eylemlere yol açabilir. Bu nedenle, ahlaki yetkinliğin çerçevesi iyi çizilmelidir.

Ahlaki Kesinlik: Hemşirelerin kişisel ve profesyonel olarak kendilerini bir inancın doğruluğu üzerinde hareket etme riskini almaya yol açan mutlak ahlaki bir inançtır. Yüksek düzeyde ahlaki kararlılık, ahlaki yetkinlik ve ahlaki özerkliğe sahip olan hemşirelerin ahlaki kesinlik hissetme ve daha az moral distres yaşama olasılıkları yüksektir (79).

Bireyin etik bir durum ile karşılaştığında ahlaki cesaret ve ahlaki bir tutumla harekete geçebilmesi, yukarıda bahsi geçen kavramların, birey üzerinde etkileşimlerinin ve ilişkilerinin varlığına veya yokluğuna bağlıdır. Eğer hemşire

harekete geçmeyi seçmezse ya da kurumsal kısıtlamalar nedeniyle harekete geçemeyeceğini hissederse moral distres yaşar. Bir hemşire ahlaki açıdan ne kadar yetkinse, bireyin etik durumlarda verdiği kararlar ve eylemlerde kendini rahat hissetmesi olarak tanımlanan (107) ahlaki rahatlık (moral comfort) düzeyi yüksek ve deneyimleyeceği moral distres düşük olacaktır (79). Ahlaki rahatlığın yüksek ve moral distresin düşük olması hemşirenin hasta savunuculuğu rolünü desteklemektedir. Ahlaki duyarlılık, hemşirenin etik karar verirken stratejiler kullanma yeteneği ile hastalara olan bağlılığını güçlendirmektedir. Ahlaki duyarlılıkları düşük olan bireyler moral distres yaşamazlar. Duyarlılık ve yetkinliklerini yüksek düzeyde koruyan hemşirelerin ise ahlaki cesaret gösterme olasılıkları oldukça yüksektir. Bu durumda hemşireler moral distresten ziyade ahlaki rahatlıkla sonuçlanan eylemlere yönelirler (79).

Corley (2002)'in ifade ettiğine göre moral distresin hasta, hemşire ve sağlık kurumu üzerinde çeşitli etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler “moral distresin etkileri” başlığı altında detaylı bir şekilde açıklanmıştır.



Şekil 3. Moral distres teorisi modeli (79)

2.2.3. Moral Distresin Etkileri

Sağlık hizmetleri, çalışanların zorlanmasına yol açan pek çok faktör barındırmaktadır. (82). Sağlık hizmeti sunumunu ve hemşirelik kültürünü dışsal ve içsel birçok faktör etkilemektedir (108). Bu faktörlerden biri olan moral distresi, AACN 2008’de ciddi bir sorun olarak göstermiştir. AACN’e göre hemşirelerin memnuniyetsizliği ve çalışma ortamında bütünlük olmaması, fiziksel ve duygusal stres yaşamalarına; hemşirelik bakımının niteliğinin, niceliğinin ve maliyetinin etkilenmesine, hatta hemşirelik mesleğini bırakma niyetine kadar gidebilen bir meslek sorunudur (85). Bu konudaki literatür incelendiğinde, moral distresin olumsuz etkisinin hasta, hemşire ve kurum olmak üzere üç düzeyde olduğu görülmektedir.

Hasta Üzerine Etkisi: Moral distres sağlık çalışanları üzerinde etki gösteren bir olgudur. Ancak, sağlık çalışanları üzerindeki etkisinden, hastalar da dolaylı olarak etkilenmektedir. Moral distres hasta boyutunda ele alındığında, hastalarda kendini savunmada eksiklik ve çekingenlik oluşturduğu, bunun sonucunda ise ızdırap seviyelerinde artış olduğu düşünülmektedir (79). Literatürde moral distresin, hastaların yaşadıkları ızdırabın artışına bağlı olarak, hastanede kalış süresinin uzamasına, hastaların özerkliğinin zedelenmesine, hastalara yetersiz ve uygun olmayan bir bakım verilmesine yol açtığı belirtilmektedir (46, 50, 79, 80, 109).

Hemşire Üzerine Etkisi: Moral distres hemşireleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bağlamda etkilemektedir. Corley, moral distresin hemşireler üzerindeki en büyük etkisinin her anlama ızdırap duymak olduğunu ifade etmiş ve sonucunda hemşirelerde kurumdan istifa, tükenmişlik ve hemşirelik mesleğini bırakma eğilimlerinin görüldüğünü belirtmiştir (108). Literatürde moral distresin etkileri üzerine yapılan bazı çalışmalarda, moral distres yaşayan bireylerin kalp çarpıntısı, ishal, baş ağrısı, mide ağrısı, kas ağrısı ve ağlama gibi fiziksel tükenmişlik belirtileri ile birlikte (25, 30, 48, 63, 110), hayal kırıklığı, sinirlilik, suçluluk, güçsüzlük, umutsuzluk, pişmanlık ve anksiyete ile karakterize psikolojik semptomlar yaşadıkları saptanmıştır (111-117). Hemşireler üzerinde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, moral distres yaşayan hemşirelerin acı çekme, gücenme, hayal kırıklığı, keder, anksiyete, çaresizlik, utanç, mahçubiyet, perişanlık, üzüntü, korku ve ızdırap duygularını deneyimledikleri (25, 30, 46, 108, 117-119), hatta bazı hemşirelerin

hastanın yaşadıklarına tanıklık etmelerinden dolayı kabus gördükleri belirtilmiştir (120). Diğer yandan bazı hemşirelerin deneyimledikleri moral distressi tanımlayamamaları nedeniyle stres, duygusal tükenme, iş doyumsuzluğu, yas, bozulmuş mesleki bütünlük ve öz değer kaybı yaşadıkları saptanmıştır (83, 121, 122).

Yapılan bazı çalışmalarda ise, moral distress nedeniyle pozisyonunu terk etmeyi düşünen hemşirelerde moral distress düzeyinin oldukça yüksek olduğu (26, 99, 112, 123), paralel olarak yapılan bir çalışmada hemşirelerin %6,6'nın bir önceki görevinden moral distress nedeniyle ayrıldığı (12, 28, 124-126), hemşirelerde görülen moral distressin tükenme, hasta bakımında hatalı uygulamalar, hastalardan uzaklaşma ve pozisyonu terk etme düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (30, 110, 127, 128).

Sağlık Kurumu Üzerine Etkisi: Moral distress hemşirelerin kişisel yaşamını etkilediği gibi mesleki yaşamını da etkileyebilir. Dolayısıyla, hasta ve hemşireler üzerindeki etkilerinin yanı sıra kurum üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Kurum içerisinde moral distress kaynaklı sorunlar yaşanması, buna bağlı olarak kurum içi işe alımlarda zorluklar oluşmasına zemin hazırlamaktadır (79). Ayrıca, Avrupa ve Amerika'da moral distressin hemşire üzerindeki etkilerine yönelik yapılan çalışmalarda, işe geç kalma, verimde azalma, iş tatminsizliği, bakım kalitesinde azalma, işten ayrılma niyeti ve istifa gibi sonuçlar kurumu olumsuz yönde etkilemektedir (111, 126, 129). Moral distressin bu etkileri sonucunda yüksek hemşire devrine neden olabilmekte, yoğun bakım, onkoloji, pediatri vb. özellikli birimlerdeki deneyimli hemşirelerin kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca, bakımın niteliğinde bozulması ile maliyetin artması ve hasta memnuniyetinin azalması da görülmektedir (80).

2.2.4. Moral Distresi Önleme

Son dönemde literatürde moral distressi azaltmaya ve önlemeye yönelik öneriler sunan çalışmalara rastlamak mümkündür. Bu çalışmalar sayı ve nitelik oldukça sınırlı olsa da moral distressin önlenmesine yönelik önerilen modellerin bireysel ve kurumsal boyutlar içerdikleri görülmektedir. Moral distressin tanımı ve neden olan faktörleri düşünüldüğünde, hem bireysel hem de kurumsal yaklaşımların önemi yadsınamaz (52, 99, 130).

Moral distres genellikle, konuşulmayan, hatta kişinin kendi kendine bile itiraf etmesi zor bir durum olduğu için moral distresi, açığa çıkarmak hatta konuşulabilir kılmak bile oldukça zordur. Bu nedenle moral distresin önlenmesinde ilk adım, yaşanan durumun ifade edilmesi ve konuşulabilir hale gelmesidir. Yaşanılan moral distresin ifade edilebilmesi için kurumsal boyutta bir zemin hazırlanması gerekmektedir. Bireylerin kendilerini ifade edebileceği bir ortam hazırlanmalı ve çözüm üretilebilecekleri multidisipliner bir yaklaşım önerilmektedir (41, 46, 125). bireysel mücadelede ise hemşireler, moral distresle ilişkili durumları çözümleyebilmeleri için mesleki yaşamlarında moral distres belirtilerini tanımları, moral distres kaynaklarını belirleyebilmeleri ve moral distresin istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri son derece önemlidir.

AACN, 2008 yılında, moral distresin önlenmesini öncelikli bir hedef kabul ederek, moral distresi ele alma konusunda öneriler sunmaktadır (85). AACN, moral distresi önleme ve azaltma için bakım ortamlarında uygulanmak üzere 4A yaklaşımını önermektedir ve Epstein ve Hamric bu yaklaşımı ilişkin tanımları bulunmaktadır:

Ask (Sor); Bu aşamada, moral distres ve etkilerinin farkına varılmaktadır. Moral distresin tanımını ve semptomlarını gözden geçirme ve hissedilen durumun moral distres olup olmadığını sorgulama aşamasıdır. Bu aşamanın amacı, moral distresin var olduğunun farkına varmaktır. Moral distres bireyin ahlaki bütünlüğünü ve benlik duygusunu tehdit ettiğinden dolayı bireyin fiziksel, duygusal, davranışsal ve ruhsal esenliğini etkiler ve ızdıraba neden olur. Bu nedenle yaşanan durumun sorgulanması ve fark edilmesi önemlidir.

Affirm (Doğrula); Yaşanan durumla ilgili hissedilen duyguyu, ızdırabı ve distresi doğrulayıp, bu durumun moral distres olarak kabul edilme aşamasıdır. Bu aşamanın amacı, moral distresin azaltılmasına yönelik bir girişimde bulunulacağına taahhüt edilmesidir. Bu doğrultuda, profesyonel destek alınması veya yakın çevre ile yaşanan distresin konuşulması önerilmektedir. Moral distresin tanımlanması duruma müdahale edilebilmesi açısından önemli bir adımdır. Bu açıdan, ilk olarak bireyin ahlaki bütünlüğünün hangi yönden tehdit altında olduğu sorgulanması gerekmektedir.

Assess (Değerlendir); Moral distresin kaynağının belirlendiği aşamadır. Hangi koşullar altında belirtiler ortaya çıkıyor? Diğer bireyler bu durumdan dolayı moral

distres yaşıyor mu? Kaynaklar çevresel mi, bireysel mi? Moral distres kaynağı ortadan kaldırılabiliyor mu? Yaşadığım moral distres hangi düzeyde? vb. gibi sorular aracılığıyla, birey kendinde var olan moral distresin kaynağını ve düzeyini belirler. Değerlendirme süreci, moral distresin azaltılmasına yönelik uygulanacak doğru eylemin seçilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Act (Harekete Geç); Bu aşamada, iç ve dış engeller ele alınarak, belirlenen riskler azaltılmaya ve hemşirenin güçlendirilmesi hedeflenir. Aynı zamanda geliştirebilecek ya da geliştirilebilen yeni stratejiler üzerinde düşünmelidir. Hemşirenin, kaynağı, türü ve düzeyi belirlenen moral distrese yönelik bir strateji oluşturduktan sonra, bu stratejinin mümkün olduğu düzeyde uygulamaya geçirmesi önerilmektedir. Bu aşamanın amacı bireyin güçlendirilmesi ve eksiklerin giderilerek mevcut durumla baş etmesini sağlamaktadır (37, 85).

Rushton ise, 4A modeli ile paralel bir görüş sunmuş ve bu modelde ye alan aşamaların sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için aşağıdaki sorular yardımcı olabileceğini öne sürmüştür. Bunlar:

- Sizce yapılması gereken “doğru” eylem nedir ve bu durum neden doğrudur?
- Şu anda ne yapılıyor ve neden yapılıyor?
- Bu olaydaki veya durumdaki kişiler kim?
- Bu durumla ilgili harekete geçmeye hazır mısınız?
- Uygulanacak doğru eylemi seçtin mi?
- Bir eylem planı hazırla ve uygula (131).

AACN'nin 4A yaklaşımı başlangıçta yoğun bakım ortamları için tasarlanmış olsa da, diğer bakım ortamlarına adapte edilebilir ve uygulanabilir bir özelliğe sahiptir. Bu modelde göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta, bulunan çözümün geçici bir çözüm olmamasıdır. Bu model, kurum temelli yeni politika ve uygulamalar geliştirerek, gelecekte moral distrese neden olabilecek, yaşanması muhtemel durumların önüne geçme potansiyeline sahiptir. Ancak elde edilen sonucun kalıcılığının ve genellenebilirliğinin sağlanabilmesi için yasal ve kurumsal düzenlemelerin yapılması da son derece önemlidir (30).

Her ne kadar moral distresi önlemede yasal düzenlemeler önerilse de geniş kapsamlı bir politika ve düzenleme geliştirmek her zaman mümkün olmamaktadır.

Mümkün olduğunda ise bu önlemlerin hayata geçirilmesi hem zaman almakta hem de bazı düzenlemeler bürokratik engellere takılabilmektedir. Bu nedenle, moral distressi önlemede, kurum temelli çözümler ön plana çıkmaktadır. Etik komisyonlar/merkez, kurum temelli çözümlerin en yaygın örneğidir ve moral distress çözümünde etkili olabilmektedir. Bu komisyonlar, özellikle gerekli politikaların geliştirilemediği ya da çözümün süreç gerektirdiği durumlarda işlevsel olması açısından önemlidir. Bu komisyonların/merkezin en iyi örneği Amerika Virginia'da bulunan Moral Distress Danışma Merkezi (Moral Distress Consult Service) dir. Merkez, etik merkez şeklinde çalışmakta fakat burada etik sorunlardan daha çok kişilerin yaşadığı moral distress üzerine odaklanılmaktadır. Merkez temel olarak moral distressin konuşulabilmesi ve çözümleri üzerine çalışmaktadır. Bu nedenle merkezde bireysel ve grup odaklı görüşmeler yapılmaktadır. Gerekli görüldüğü zaman ise konu, birim yöneticileri ile birlikte kurumun etik komisyonuna gönderilmekte ve çözüm yolu aranmaktadır (99). Bu merkez sayesinde moral distrese neden olan sorunlar açığa çıkmakta ve yaşanan sorunlar incelenmektedir. Bu şekilde bireylerde oluşan ve oluşabilecek moral distress sorunlarının önüne geçilebildiği düşünülmektedir (46).

Kurumsal boyutta gerçekleştirilen müdahaleler, moral distressin önlenmesi ve azaltılmasına önemli derece de katkı sağlar. Ancak kurumsal müdahalelerin, bireysel müdahalelerle desteklenmesi çok daha etkili sonuçlara yol açmaktadır. Bireysel müdahaleler, kendini tanıma, moral distrese neden olan olayı ve kendi üzerindeki etkilerini tanımlayabilmedir. Ayrıca duruma yönelik baş etme mekanizması geliştirilmeye odaklanılmalıdır (40, 132). Bireysel olarak, mesleki bilgi ve becerinin geliştirilmesi yoluyla yaşanan moral distressin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (38). Ayrıca çalışanların, moral distress ile ilgili eğitim alması ve etik konulara yönelik yeterliliklerinin artırılması da moral distress ile bireysel baş etmede önemli bir faktör olarak görülmektedir (38, 48). Konuyla ilgili olarak Beumer (2008), moral distressi azaltmaya yönelik yaptığı workshop çalışmasının sonucunda, katılımcıların moral distress seviyelerinde azalma olduğunu belirtmiştir (133). Hamaideh (2014), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, moral distress workshopuna ve eğitimlere katılan hemşirelerin, eğitim sonrası daha az moral distress yaşadıklarını bulmuştur (39).

Moral distrese neden olabilecek bireysel ve kurumsal pek çok faktörün ortadan kaldırılması ile moral distressin olumsuz sonuçları engellenebilir. Bununla birlikte kurumların oluşturduğu sağlıklı çalışma ortamlarının güçlendirilmesi, yöneticilerin bu konuda duyarlılıklarının artırılması, moral distrese neden olabilecek kurumsal faktörlere yönelik güvenilir çözüm önerilerinin getirilmesi ve politikaların geliştirilmesi sağlık çalışanlarının moral distress yaşamasını engelleyebilir. Ahlaki bir mesleğin üye ve ahlaki temsilciler olarak hemşireler, moral distressin tetikleyicilerini tanımlamayı, önleme stratejileri geliştirmeyi ve ahlaki ikilemlerle yüzleşmek için kendilerini güçlendirmeyi öğrenmelidirler. Moral distressin tanımı ve neden olan faktörleri düşünüldüğünde, mücadelede hem bireysel hem de kurumsal yaklaşımların bir arada yürütülmesi gerektiği görülmektedir (52, 79, 99, 130).

2.2.5. Moral Distressin Değerlendirilmesi

Moral distressin değerlendirilmesiyle ilgili uluslararası literatür incelendiğinde ölçme çalışmalarının neredeyse tamamının Corley'in çalışmalarını dayandığı görülmektedir. Moral distressi ölçmek için ilk çalışma Corley ve ark. tarafından 1994 yılında tek maddelik görsel bir analog ölçek kullanılmasıyla başlatılmıştır (50). Daha sonra bu görsel analog ölçek yine Corley tarafından 1995'te bir değerlendirme sonucunda Moral Distress Scale (Moral Distress Ölçeği) olarak geliştirilmiştir (130). Ancak bu ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı ilk gereç (MDS:moral distress scale) Corley (2001) tarafından yoğun bakım hemşireleri üzerinde çalışılmıştır. Bu ölçeğin yoğun bakım hemşirelerinde moral distress düzeylerini ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (50). MDS yine Corley tarafından 2005 yılında ağrı yönetimini, sağlık personelinin bakımını ve yetkinliğini içeren 6 madde daha eklenerek yeniden geliştirilmiştir (108).

MDS'nin hastanelerde farklı ünitelerde ve farklı ülkelerde olmak üzere geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Asker hemşirelerde, anestezi uzmanı hemşirelerde (134), yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinde (26), onkoloji ve hematoloji ünitesi hemşirelerinde (94) ve yoğun bakım ünitesi hemşirelerinde (52) farklı versiyonları değerlendirilmiştir. Ohnishi ve ark. (2010) ise, Corley (2005)

tarafından geliştirilen ölçeği temel alarak psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmiştir (25).

MDS, Hamric ve ark. (2012) tarafından, zamana uygun olmadığı düşünüldüğü için bazı maddeler çıkarılarak ve diğer maddelerde de düzenlemeler yapılarak yenilenmiştir (37). Ayrıca bu çalışma ile birlikte ölçeğin, hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları ve bunların pediatri uyarlamalarını içeren, altı paralel formu geliştirilmiştir. Hamric ve ark. (37) tarafından çşılan bu ölçek ve formları literatürde en yaygın kullanılan ölçüm gereçleridir.

Wocial ve Weaver (2012) ise “Moral Distres Termometresi”ni geliştirmişlerdir. Hemşirelerin son iki hafta içinde yaşadıkları moral distres seviyelerinin sıklığını, rahatsızlık düzeyini ve nedenlerini belirlemek için termometre üzerinde moral distresin seviyesine göre 0 ile 10 değer aralığında işaretleme yapmaları istenmiştir. Çalışma sonucunda bu termometrenin moral distresi ölçmek için destekleyici, uygulanması kolay, görsel analog tipte bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir (51). Ancak, katılımcıların bu ölçüm aracının moral distrese neden olan durumları tanımla konusunda işlevsel olmadığına yönelik eleştirileri bulunmaktadır (42).

Ülkemizde ise, Karagözoğlu ve ark. (2017) tarafından Hamric ve ark. (2012) tarafından revize edilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve geçerli bulunmuştur (52). Moral distresin ölçülmesini de içeren hemen hemen tüm çalışmalarda Corley ve ark. (2005) tarafından geliştirilen moral distres ölçeği ya da Hamric ve ark. tarafından oluşturulmuş sağlık profesyonelleri moral distres ölçekleri kullanılmaktadır.

2.2.6. Pediatri Hemşirelerinde Moral Distres

Moral distres kavramı ile ilgili ilk çalışmalar sağlık profesyonelleri arasında hemşirelerle yapılmıştır. İlk çalışma alanı ise, en sık etik durumlarla karşılaşılan kliniklerden biri olan yoğun bakım üniteleridir. Ancak zamanla günlük pratikte etik durumlarla sıkça karşılaşılan pediatri, onkoloji, psikiyatri ve acil servislerde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (89, 135-137). Literatür incelendiğinde yetişkin hasta bakımı veren hemşirelerde moral distres deneyimi daha çok çalışıldığı görülmektedir. Ancak

son yıllarda çocuk hastalara bakım veren pediatri hemşirelerinin deneyimlediği moral distres yönelik çalışmalar artmaktadır. Literatürde, pediatri alanında moral distrese yoğunlaşan çalışmalar, diğer sağlık hizmet alanlarında yapılan çalışmalara benzer şekilde, çoğunlukla tedavi edici hizmetler ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmalarda, nitel modelin sıklıkla tercih edildiği görülmektedir (28, 29, 34, 35, 88, 115, 138-140). Larson ve ark. (2017) Kanada’da pediatri ve neonatal hemşireler ile yaptığı çalışmada moral distres düzeyleri yüksek bulunmuştur (35). Yapılan bir diğer çalışmada ise pediatri hemşirelerinin moral distres skoru 63 iken, yetişkin hemşirelerinin moral distres skoru 47 olarak bulunmuştur (34).

Pediatri kliniklerinde karşılaşılan etik konuların yetişkin kliniklerinde karşılan etik durumlar ile ortaklaştığı alanları olması karşın farklılıkları bulunmaktadır. Pediatri kliniklerinde en sık karşılaşılan durumlar; çocuklardan bilgilendirilmiş onam almada özerklik etik sorunları; bakım ile ilgili kararlarda yaşanan etik sorunlar, pediatri yoğun bakımlarında yaşanan etik sorunlar ve zarar vermeme-yarar sağlama etik ilkesinde yaşanan etik sorunlar başlıkları altında toplamak mümkündür (141).

Bahsi geçen etik sorunların ortaya çıkmasının en temel nedenlerin biri, aşına olunan sağlık çalışanı-hasta-hasta yakını ilişkisinin çocuk hasta söz konusu olduğunda farklılaşması ve çocuğun ebeveynlerinin karar sürecindeki baskın varlığıdır. Tedavi ve bakım sürecinde sağlık çalışanlarının, çocuğun ve ailenin, tedavi ve hastalığa yönelik kaygı ve endişeleri tamamen birbirinden farklıdır. Bu nedenle çocuklar, ebeveynlerinin, sağlık personellerinin ve kendi isteklerinin arasındaki çatışmalara maruz kalabilmekte, bu da pediatri kliniklerindeki bakım alanında etik sorunlara neden olabilmektedir (28). Ayrıca, yetişkin hasta bakımında iletişim hasta birey ile sağlık ekibi arasındadır. Hasta birey tedavi sürecine doğrudan katılabilir veya en azından tedavi süreciyle ilgili kaygılarını dile getirebilir veya anlaşmazlıklarını ifade edebilir (28). Bununla birlikte, pediatri kliniklerinde çocuklara bakarken iletişim çocuk, ebeveynler ve sağlık ekibi arasındadır. Bazı durumlarda, ebeveynlere yalnızca terapötik stratejilerin belirlenmesinde danışılabilir ve çocuğun tercihleri dikkate alınmaz (30).

Literatür incelendiğinde, çocuklara yönelik bakımın farklı doğası göz önüne bulundurularak, yenidoğan ve pediatri kliniklerinde moral distrese yönelik

çalışmaların yapıldığı görülmektedir (28, 30, 33-35, 94, 139, 142). Bu çalışma sonuçlarına dayanarak pediatri kliniklerinde moral distrese yol açan etmenler, literatürde yer aldığı şekilde dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörler olmak üzere üç ana kategoride verilecektir (46, 50, 79). Dışsal faktörler moral distresin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan, politik, idari ve kurumsal faktörleri işaret ederken, klinik faktörler orada yürütülen sağlık hizmetlerinin doğası ile ilişkilidir. Bireysel faktörler ise, hizmet vericiler ve hizmet alıcılara yönelik bireysel, kültürel, değer ve kişilik farklılıklarını tarif etmektedir.

Dışsal faktörler: Dışsal faktörlerin moral distres ile ilişkisi, 1984 yılında, Jameton tarafından yapılmış olan tanımında açıkça ortaya konmuştur. Hatta Jameton moral distrese yol açan birincil faktörü “politik, idari ve kurumsal yapının, duruma uygun eylemin uygulanmasını engellemesi” olarak belirtmiştir (46, 50). Literatürde, moral distresin politik, idari ve kurumsal yapının, hasta ve çalışanların isteklerine yanıt vermediği, finansal kaygının ön planda olduğu, kurumun ihtiyaçlarının öncelikli olarak ele alındığı, güç dağılımının dengesiz ve görev tanımının belirsiz olduğu, yeterli sağlık çalışanının istihdamının yapılmadığı, dolayısıyla da bakımda niteliğin sağlanamadığı sağlık sistemlerinde yaşanma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (40, 80, 88, 143). Ayrıca, sağlık sistemi içinde bulunan hiyerarşi, meslek içi ve meslekler arası çatışmaların da moral distres nedeni olabileceği bilinmektedir (25, 37, 39, 48, 50, 138, 143, 144). Özetle, belirtilen bütün bu olumsuz durumlar sonucunda, bakımından sorumlu olduğu kişilerin gerekli bakımı alamadığını ve acı çektiğini görmek de sağlık çalışanlarının moral distres yaşamasına neden olmaktadır (40, 48, 145).

Klinik faktörler: Bakım alan hasta grubunun özellikleri, yürütülen sağlık bakım uygulamaları, uygulanan tedaviler ve kliniğin yapısı, sağlık çalışanlarındaki moral distres düzeyini etkilemektedir (37, 48). Özellikle pediatrik onkoloji ve pediatri yoğun bakım kliniklerinde hizmet veren sağlık çalışanları, diğer kliniklerde çalışanlara oranla daha yüksek moral distres yaşamaktadır (35, 87). Literatür incelendiğinde, agresif tedavi yöntemleri ile hayatı uzatmak (36, 52, 90, 143), ekip içi yetersiz iletişim (52, 143), gereksiz/faydasız tedavi (36, 37, 52, 143), bakım için yetkin olmayan kişiler ile çalışmak (52), hasta otonomisini göz ardı etme (25, 39, 143), ve hasta ve ailelere boş umut verme (138) durumlarının moral distresle ilişkili olduğu görülmektedir.

Bireysel faktörler: Moral distrese neden olan bireysel faktörlere yönelik araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmüştür (25, 39, 45, 48). Moral distres düzeyi ile sosyodemografik özellikleri inceleyen çalışma sonuçlarına göre, yaşlı hemşireler, daha fazla hemşirelik deneyimi olan hemşireler ve şu anki pozisyonlarında daha uzun süre çalışan hemşirelerin daha sık moral distres deneyimlediği görülmektedir. Rice ve ark. (146) yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada, yaşlı hemşirelerin daha yoğun moral distres yaşadığını, ayrıca, moral distres yoğunluğunun, yıllarca süren hemşirelik deneyimi ve mevcut pozisyonda kalma süreleri ile arttığını belirlemişlerdir (146). Cavaliere (2010) yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışma da yaş, hemşirelikteki çalışma yılları, yenidoğan yoğun bakımdaki çalışma yılları ile moral distres sıklığı veya yoğunluğu arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur (26). Moral distresin düzeyi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, hemşirelerin yaşlandıkça daha az yoğun moral distres yaşadıklarını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (33). Bununla birlikte, diğer çalışmalarda, moral distres sıklığı ile yaş, meslekte çalışma yılı, cinsiyet veya eğitim arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalarda mevcuttur (115, 125). Meltzer ve Huckabay, lisans derecesi veya daha yüksek dereceli hemşirelerin, tıp fakültesi durumlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, bir lisans derecesine sahip hemşirelere göre daha yüksek bir moral distres yaşadıklarını bulmuşlardır (147).

Moral distres ile ilgili bireysel özellikler sosyodemografik özellikler dışında subjektif özellikler olarak nitelendirilen, sağlık çalışanlarının değerleri, problem çözme becerileri, baş etme becerileri, kendilerini bir birey ve bir sağlık profesyoneli olarak algılama şekilleri bağlamlarında da incelenmiştir (148). Sağlık çalışanının dünya görüşü, bakım algısı, kültürü, ahlaki duyarlılık düzeyi, etik algısı gibi kişiden kişiye değişim gösteren faktörler moral distres seviyesini etkilemektedir (99, 148). Austin (2005), moral distresin öznel bir yaşantı olduğunu belirtmiştir. Moral distres yaşantısı kadar, moral distrese verilen tepkiler de kişiden kişiye farklılık göstermektedir.

2.3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH) ve Moral Distres

Moral distres hemşireleri fiziksel, psikolojik ve ruhsal anlamda olumsuz bir şekilde etkileyebilmekte ve hemşirelerde öfkeden depresyona gidebilen bir tabloya neden olabilmektedir (30, 128, 149). Sonuçta, hemşirelerde güçsüzlük, depresyon, iş verimin azalma, iş tatminsizliği ve işi bırakmaya neden olabilmektedir (46). Bu doğrultuda moral distresin tanınması, önlenmesi ve moral distrese yönelik farkındalığın artırılması, moral distresin önlenemediği durumlarda ise moral distresin etkilerini ile nasıl baş edilebileceğine yönelik çalışmalar yapılması, kısaca ifade etmek gerekirse, hemşirelerin ve kurumun profesyonel olarak desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık olanı olan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH)'ne büyük rol düşmektedir.

KLPH, temelde fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlamaktadır. Bunun yanı sıra liyezon hizmetleri ile sağlık ekibi içinde ve kurumda etkili iletişim ve işbirliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarına etkili baş etme becerilerinin kazandırılması ve psikososyal destek sağlanması da KLP hemşirelerinin çalışma alanlarındandır (150) Moral distres bağlamında, KLPH'nin klinik ve eğitim ve işbirliği rolleri önem kazanmaktadır. Bu roller içerisinde yer alan KLPH'nin spesifik alanlarda danışmanlık becerisi, problem çözme, destekleyici psikoterapi ve cesaretlendirme gibi becerilerini kullanarak, birey, ekip veya grup odaklı bir şekilde hemşirelerin yeni rollerine uyum sağlama, iş stresi ve psikolojik gereksinimlerini tespit ederek çeşitli müdahalelerde bulunabilmektedir. Bunun yanı sıra KLPH, sadece hemşire odaklı değil sistem odaklı da çalışabilmektedir (151). Bu doğrultuda, KLPH sağlık kurumu yöneticileri ile çalışarak, ruh sağlığı temelli sağlık çalışanlarının farkındalıklarını ve baş etme mekanizmalarını güçlendirebilecek çeşitli programlar planlayarak müdahalelerde bulunabilmektedir (152). KLPH'nin bu çalışma alanları 2011 yılında kabul edilen hemşirelik yönetmeliğinde de açıkça belirtilmiştir. Hemşirelik yönetmeliği (2011)'nde KLPH görevleri arasında; Bakımın etkinliğini azaltan, sistemin işlemesine engel olan

nedenleri ortaya çıkarmak, ortadan kaldırmak ya da değiştirmek için çaba göstermek, Genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur, sağlık elemanlarına destek olur, destek grupları oluşturur ve sürdürmek, Hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlamak, Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti vermek yer almaktadır (153).

KLPH, moral distressi önleme ve baş etmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. KLPH yardımıyla, bireysel ve kurumsal düzeyde sistem odaklı müdahaleler planlanarak, moral distressin ve olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi ve bu kazanımların sürekliliğinin sağlanması mümkün olabilir.

2.4. Ölçek Uyarlama Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik

Ölçekler tutum, davranış ve benzeri özellikler gibi doğrudan ölçülemeyen özelliklerin bazı teorik temellere dayandırarak dolaylı yoldan ölçülmesini sağlayan ölçüm araçlarıdır (154). Ölçek uyarlama çalışmaları, ölçeklerin farklı kültürden uyarlanmak istenen kültüre, dil, anlam ve psikometrik özellikler açısından ne kadar uyumlu olduğunun değerlendirildiği bir süreçtir. Ölçek uyarlaması çalışmalarında ölçeğin geçerli ve güvenilir özellikte olduğunun gösterilmesi gerekmektedir (155). Ölçeğin, geçerliği ve güvenirligi test edilirken, birçok uygulama ve analiz yapılmaktadır. Eğer bu analizler ve uygulamalar gerektiği şekilde yapılmaz ise ölçeğin kullanımı sırasında önemli hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle geçerlik ve güvenirlilik bir ölçme aracında bulunması gereken en önemli psikometrik özelliklerdir ve çalışmanın raporlanma aşamasında her iki özelliğin bir arada verilmesi gerekmektedir (156).

2.4.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği/değişkeni başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (154, 157). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, geçerliğin belirlenmesine yönelik çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler; dil geçerliği, kapsam geçerliği,

görünüş geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği olarak sınıflandırılmaktadır (157-159).

i. Dil Geçerliği

Ölçme aracı geliştirildiği mevcut dilden başka bir dilde kullanılacak ise öncelikle ölçeğin dil ve kültür uyumluluğunun sağlanabilmesi için çeviri yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, ölçek uyarlama çalışmalarında ilk aşama olarak yabancı dilde geliştirilen ölçeğin dil geçerliği sağlanır (160). Dil geçerliği aşamasında çeviriler yapılırken, yabancı dildeki ölçeğin maddelerinin anlam, yapı ve amaçlarının kaybolmaması için dikkatli bir şekilde yürütülmesine özen gösterilmelidir. Ek olarak, çevrilen dilin kültürel özellikleri, dil ve anlam özellikleri göz önünde bulundurularak, çeviri yapılan dilde karşılığı olmayan ifade ve maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (155). Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarında, çevirilere katkı sağlayacak uzmanların niteliğine önem verilmelidir (161). Dil geçerlik aşamasında çevirileri istenen uzmanların, hem ölçeğin orijinal diline ve kültürüne hem de çevrilen dile ve kültüre hakim olması, her iki dili de akıcı bir şekilde konuşabilmesi ve ölçeğin ölçtüğü özellik veya kavram hakkında belirli bir düzeyde bilgi sahibi olması gerekmektedir (157, 161).

Literatürde çeşitli dil geçerliği yöntemleri kullanılmakla birlikte, dil geçerliğinin sağlanmasında en sık kullanılan yöntem çeviri-geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde, öncelikle ölçeğin mevcut dilinden, çeviri yapılan dile çevirisi gerçekleştirilmeli, daha sonra tekrar ölçeğin mevcut dile çevirisi yapılmalıdır. Sonraki aşamada ise çevirisi tamamlanan ölçek, araştırmacı tarafından anlam ve yapı açısından incelendikten sonra hem mevcut dilin hem de çeviri yapılan dilin uzmanları tarafından dil bilgisi açısından gözden geçirilerek, gerekli düzeltmeler gerçekleştirilmelidir. Bu aşamalar sonucunda ölçeğin dil geçerliği tamamlanmış olmaktadır (162).

ii. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir ölçeğin bütününe ve ölçekte yer alan her bir maddenin, ölçme amacına hangi derecede hizmet ettiğini belirlemede kullanılmaktadır. Kapsam geçerliği mantık ve/veya istatistiksel olarak iki farklı uygulama ile değerlendirilebilmektedir (160). En sık kullanılan uygulama, kapsam geçerliği

değerlendirilmesinde ölçülmek istenen kavram hakkında ve ölçek geçerlik ve güvenilirliği konusunda bilgisi olan, alan uzmanlarının görüşlerine başvurulmasıdır. Görüşü istenen uzmanlardan, ölçekteki her bir madde için maddenin uygunluğunu değerlendirmesi ve gerekli önerilerde bulunması istenir. Aynı zamanda kapsam geçerliğinde, değerlendirilen maddelerin anlaşılma durumu ve kültüre uygunluğu uzmanlarca incelenmektedir (162). Maddelerin uygunluğunun hesaplanmasında ve değerlendirilmesinde farklı derecelendirme teknikleri kullanılmaktadır.

Davis Tekniği

Davis tekniği, kapsam geçerliğinin değerlendirmesinde en az beş en fazla 40 uzman görüşüne başvurulmasını önermektedir (163). Davis tekniğinde 4'lü derecelendirme kullanılmaktadır. Bu derecelendirme yöntemi ile uzmanlardan görüşlerini (1) “madde uygun değil”, (2) “maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor.”, (3) “uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor” ve (4) “madde uygun”, şeklinde belirtmeleri istenmektedir. Uzmanların gözden puanlama ve değerlendirme aşamaları tamamlandıktan sonra “madde uygun” ve “madde hafifçe gözden geçirilmeli” seçeneklerini işaretleyen uzman sayısı dikkate alınarak, kapsam geçerlik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değerleri analiz edilir (155).

Lawshe Tekniği

Lawshe tekniğinde ise, 3'lü derecelendirme; (1) “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, (2) “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ve (3) “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” biçiminde uzman görüşlerine sunulmaktadır. (Thorndike, 2017). KGO ve KGİ hesaplanmasında “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor” seçeneği işaretleyen uzman sayısı dikkate alınmaktadır (155).

Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)

Davis ve Lawshe tekniği sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde KGİ ve KGO kullanılmaktadır (157). KGO her bir madde için hesaplanırken, KGİ ölçeğin bütünü için hesaplanmaktadır. KGO hesaplanmasında dikkate alınan uzman sayısında farklılık olmakla birlikte hesaplama formülü sabittir. KGO hesaplanırken Davis tekniğinde “madde uygun” ve “madde hafifçe gözden

geçirilmeli” seçeneklerini işaretleyen uzman sayısı, Lawshe tekniğinde ise “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor” seçeneği işaretleyen uzman sayısının, toplam uzman sayısına oranının 1’den çıkarılması ile elde edilmektedir (164). KGO sınır değerleri uzman sayısına göre değişiklik göstermektedir. Sınır değerlerinin altında kalan maddelerin kapsam geçerliğini olumsuz etkileyeceği için bu maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (159). Davis tekniği; KGO düşük olan maddelerin çıkarılmasında KGİ değerini belirleyici olması gerektiğini ve KGİ değeri 0.80’nin üzerinde ise maddelerin çıkarılmamasını önermektedir (163).

KGİ ise, her bir madde için hesaplanan KGO oranlarının toplamının, toplam madde sayısına oranlanması ile elde edilmektedir. Literatürde, uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmede, uzmanların yaklaşık %80’ninin maddeyi uygun kabul etmesinin yeterli olduğu belirtilmektedir (165). Ancak en çok kabul gören yaklaşım, .80-1 arasında olması gerektiği yönündedir (157, 166).

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde diğer bir yol, aynı kapsamı ölçtüğü bilinen geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek ile arasındaki korelasyonunun hesaplanmasıdır. Ancak bu durumda aynı kapsamı ölçen bir ölçek bulunurken, yeni ölçek için farklı ya da üstün özellik taşıdığı düşünülüyorsa uygun bir yaklaşım olarak görülmemektedir (159).

iii. Görünüş Geçerliği

Görünüş geçerliği, literatürde yüzey geçerliği ve yüzeysel geçerlik isimleriyle de kullanılmaktadır. Literatürün bir kısmında kapsam geçerliğinin bir alt başlığı olarak kabul edilse de aslında ayrı bir geçerlik türüdür (158). Görünüş geçerliği, ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ölçüyor görünmesi olarak tanımlanabilmektedir (158). Bu açıdan, görünüş geçerliği, ölçeğin içeriğinden ve kapsamında ziyade neyi ölçüyor olarak görüldüğüyle ilgilenmektedir. Değerlendirilmesinde ise, sayısal ve istatistiksel bulgulardan çok mantıksal kanaatler doğrultusunda bir yorum yapılmaktadır.

Görünüş geçerliğinde, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı yapıyı ne düzeyde ölçüyor görünmesinin incelenmesi ile birlikte ölçme aracının şekilsel yönden düzgünlüğü de değerlendirilmektedir. Katılımcıların şekilsel anlamda iyi dizayn edilmemiş ölçeklerde cevaplama isteğinde düşüklüğe sebep olduğu belirtilmektedir

(155). Bu doğrultuda, ölçek maddelerinin yanı sıra ölçeğin ismi, açıklamaları, maddelerin ve ölçeğin düzeni gibi faktörler değerlendirilmektedir. Literatüre göre, görünüş geçerliğinin değerlendirilmesinde uzman görüşü ve/veya araştırma örneklemini temsil eden küçük bir gruba ön uygulama yapılması önerilmektedir (159).

iv. Ölçüt Geçerliği

Ölçüt geçerliği, ölçüm sonuçlarının belirlenen bir ölçeğe ait ölçüleri ne derecede yansıttığını belirlemede kullanılan bir geçerlik türüdür. Başka bir deyişle ölçüt geçerliği, bir ölçek aracılığıyla elde edilen sonuçlar ile başka bir ölçek ile elde edilmiş sonuçların karşılaştırılması esasına dayanmaktadır (158). İki yaygın kullanılan türü bulunmaktadır.

İlk türü uyum geçerliğidir. Bu geçerlik türünde daha önceden geçerli ve güvenilir olduğu bilenen bir ölçme aracı ile maliyet, zaman ve pratiklik açısından daha iyi olan yeni bir ölçme aracının sonuçlarının, korelasyon katsayılarından yararlanılarak, uyumunun değerlendirilmesidir (157).

Diğer türü ise kestirim (yordama) geçerliğidir. Kestirim geçerliği, standart ölçümü kestiren bir ölçme aracından elde edilen değerler yardımıyla ileriye dönük bir zamandaki değerleri tahmin etmek amacıyla kullanılmaktadır (157).

v. Yapı Geçerliği

Bir değişkenin diğer değişkenlerle olan kuramsal ilişkisi olarak tanımlanmaktadır. Amaç, ilgili yapıyı ve özelliği ölçeceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünü, öngörülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesidir (157). Yapı geçerliği, önceki bölümlerde bahsedilen geçerlik türleri ile yakından ilişkili hatta hepsini kapsadığı söylenebilmektedir (158). Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler; grup farklılıklarının karşılaştırılması, çoklu özellik-çoklu yöntem matrisi, ölçütler ve diğer testlerle arasındaki korelasyonun incelenmesi ve faktör analizidir (160).

Belirtilen yöntemlerin hepsinin kendine özgü kullanım alanları bulunmaktadır. Ancak, ölçek geliştirme ve uyarılama çalışmalarında sıklıkla faktör analizleri kullanılmaktadır. Faktör analizi yöntemi, ölçeğin ölçtüğü değişkenlerin sayısı ve

bunların her birinin bütününden elde edilen toplam puanlara katkısı, testin ölçtüğü yapı ve yapıları ortaya çıkarmada kullanılan bir diğer yöntemdir. Bu yöntem, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) bulguları ile değerlendirilmektedir (155). AFA bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliğin kavramsal yapısının ve bu yapıya ait alt boyutların belirlenmesinde kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (159). DFA ise, önceden belirlenmiş veya kurgulanmış bir yapının istatistiksel olarak doğrulanmasında kullanılan bir faktör analizi yöntemidir (158). Bir diğer deyişle, AFA mevcut verideki faktör yapısını belirlemeye çalışırken, DFA araştırmacı tarafından belirlenen ve daha önceden belirlenmiş olan kuramsal yapının veride var olup olmadığını test etmektedir (157). Bu doğrultuda, ölçek geliştirme çalışmalarında sıklıkla AFA kullanılırken, ölçek uyarlama çalışmalarında DFA tercih edilmektedir (159).

2.4.2. Güvenirlilik

Bir ölçme aracının sahip olması gereken önemli niteliklerden birisidir. Güvenirliği düşük olan ölçeğin geçerliğinin yüksek olması beklenmemektedir (154, 164, 167). Güvenirliğin literatürde çeşitli tanımları bulunmaktadır. Tanımlarda ortaklaşan ve güvenirliğin bir göstergesi olarak kabul edilen üç kavram bulunmaktadır.

Güvenirlilik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçlar elde edilmesi veya tekrarlardaki *tutarlılıktır* (157).

Güvenirlilik, bir ölçme aracının aynı şartlar altında farklı zamanlarda yapılan ölçümleri arasında aynı veya benzer sonuçlar vermesindeki zamana karşı *kararlılığıdır* (158).

Güvenirlilik, bir ölçme aracının ölçmesi amaçlanan yapıyı ölçme hassasiyetindeki *duyarlılığıdır* (159).

Güvenirlilik değerlendirilirken, ölçüm hatalarını engellemek için değişkenler arasındaki ilişki derecesi, korelasyon katsayısı yardımıyla hesaplanmaktadır. Güvenirliğin yüksek olması için elde edilen sonucun 1'e yakın olması gerekmektedir. Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesinde, paralel test yöntemi, test tekrar test yöntemi, iç tutarlılık katsayısı ve eş değer yarılar yöntemi kullanılmaktadır (155, 157, 158, 167).

i. Paralel Test Yöntemi

Bir ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde aynı kapsamı ve aynı özelliği ölçtüğü bilinen başka bir ölçekle arasındaki korelasyon değerinin hesaplanması yöntemidir. Ancak, bu yöntemde ölçeklerin birbirleri ile eşdeğer olması ve aynı özelliği ölçmesi konusunda sıkıntılar yaşanabilmektedir (157).

ii. Test-Tekrar Test Yöntemi

Aynı bireylere aynı koşullarda ancak belirli bir zaman aralığı ile ölçüm aracının tekrardan uygulanmasıdır. Bu iki uygulama arasında elde edilen skorların korelasyon katsayısı incelenerek güvenilirlik derecesi elde edilmektedir. Bu sayede ölçüm aracının kararlılık açısından güvenilirliği belirlenmektedir. Skorlar arası yapılan analiz sonucunda çıkan korelasyonun 0.8 üzeri olması ve 0.7'nin altında olmaması istenmektedir. Yapılacak olan ilk test ve geri test arasındaki süre literatüre göre, 7 gün-15 gün ve bazı özel durumlarda ise 3 ay kadar ara verilmesi gerektiği belirtilmektedir (158, 166).

iii. İç Tutarlılık Katsayısı

Bir ölçme aracı, tek bir grup ve uygulama gerektirdiğinde en sık kullanılan yöntemdir. Temelde iç tutarlılık; bir ölçüm aracında yer alan her bir maddenin ölçek yapısının tamamıyla hareket edip etmediğinin bir göstergesidir (159). İç tutarlılıkta sıklıkla kullanılan yöntemler; Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder Richardson 20-21 güvenilirlik katsayısı ve madde analizleridir (162, 164, 166, 167).

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı

Ölçme aracındaki maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin göstergesidir. Özellikle likert tipli ölçeklerde Cronbach alfa katsayısı hesaplanması ve belirli bir değere sahip olması gerektiği belirtilmektedir (166). Ölçüm aracının tüm alt boyutlarının birbirine göre ya da her bir alt boyutundaki soruların kendi içinde tutarlı olup olmadığının sınanmasında alfa katsayısı kullanılmaktadır (155).

Alfa katsayısı; ölçekte yer alan “k” maddenin ortalamalardaki değişimlerden kaynaklı varyansları göz ardı ederek, katılımcıların ölçek bütününden elde edilen skorlarının toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart

değişim ortalaması olarak tanımlanmaktadır (158). Literatüre göre, alfa katsayısının 0.70'den yüksek olması ölçek iç tutarlılığının yeterli olduğunu ve 0.60'dan büyük olması kabul edilebilir düzeyde ölçek iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir (157, 160, 167).

Kuder Richardson 20-21 yöntemi

Ölçeğin maddeleri ikili kategoriler (evet-hayır) halinde olduğunda uygulanabilmektedir. Yöntem, ölçeğin homojen dağıldığı durumda ve tek bir yapıyı ölçtüğü zaman kullanılmaktadır. Ölçek maddeleri benzer güçlükte olmadığında Kr-20, benzer güçlükte olduğu bilindiğinde ise Kr-21 kullanılmaktadır. Güvenirliği değerlendirilen ölçeğin madde sayısına göre kabul edilebilir değerleri 0.50-0.80 aralığında değişmektedir (157, 158).

Madde analizi

Madde analizin genel amacı, bir ölçekte yer alan maddelerin ölçeğin hedefleri doğrultusunda çalışıp çalışmadığını tespit etmektir (168). Madde analizinde çeşitli teknikler olmakla birlikte en sık kullanılan teknikler, madde- bütün korelasyona dayalı madde analizi ve madde ayırt ediciliği tekniğidir.

Madde-bütün korelasyona dayalı madde analizi, bir madde ile bütün arasındaki korelasyon ile maddenin ölçeğin geriye kalan maddelerinin tümünün ölçtüğü özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendiren bir yöntemdir (157). Ölçekte bulunan maddeler ile yapılan korelasyon analizi sonucu, bir maddenin ölçeğin bütünü ile yaptığı korelasyon katsayısı düşük ise o maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, maddenin ölçeğe olan katkısının kabul edilebilir olması için madde-bütün korelasyon katsayısının pozitif yönde ve en az 0.25 olması gerektiği belirtilmektedir. Madde, istenilen düzey olan +0.25'den düşük çıkmış ise ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğü gerekçesiyle maddenin ölçekten çıkartılması önerilmektedir (169).

Madde ayırt ediciliği ise, her bir maddenin ve ölçeğin tamamının, ölçmeyi amaçlanan değişken/tutum/davranışa sahip olan bireyler ile sahip olmayan bireyleri ayırt etme özelliğini test etmektedir (158). Bu analiz türünde, katılımcılar ölçekten aldıkları toplam puana göre büyükten küçüğe doğru sıralanmaktadır. Ardından toplam

katılımcı sayısının en yüksek puana sahip olan %27'lik dilimi "üst grup", en düşük puana sahip olan %27'lik dilimi ise "alt grup" olarak tanımlanmakta ve ortada kalan katılımcılar dikkate alınmamaktadır (157). Madde ayırt ediciliğinde %27'lik dilimlerin alınması işlemi literatürde genel kabul haline gelen bir kuraldır (158). Daha sonra her bir madde ve toplam puan için bu iki gruba ait ortalamaların anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine yönelik "bağımsız gruplar için t testi" uygulanarak, madde ayırt ediciliği değerlendirilmektedir (159).

iv. Eş Değer Yarılar Yöntemi (Split Half)

Ölçeğin birden çok kez uygulanamayacağı durumlarda güvenilirliğin belirlenmesinde en sık kullanılan güvenilirlik yöntemidir (157). Bu yöntemde, ölçme aracı iki eş yarıya bölünerek iki yarı ölçek arasındaki eşdeğerliliği incelenmektedir. Yarı ölçeklerin ölçüm sonuçlarını arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon ilişkisi varsa ölçeğin tamamının iç tutarlılık bağlamında güvenilirliğinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (155, 159, 167).

v. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, pediatri hemşirelerindeki moral distres düzeyini ölçmek amacıyla Hamric ve ark. (2012) tarafından geliştirilen Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire (MDS-R) ölçeğinin Türkçe formunun, geçerlik ve güvenilirlik çalışması olarak metodolojik türde planlanmıştır. Araştırma sonucunda aşağıdaki soruların cevaplanması planlanmıştır.

Araştırma soruları;

1. Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire ölçeğinin Türkçe formu geçerli midir?
2. Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire ölçeğinin Türkçe formu güvenilir midir?
3. Türkiye’de çalışan pediatri hemşirelerinin moral distrese ilişkin durumları nasıldır?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Çocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği’ne üye olan pediatri hemşirelerinin katkı ve katılımıyla, 15 Temmuz 2019 - 1 Ocak 2020 tarihleri arasında online formatta gerçekleştirilmiştir.

Çocuk Hemşireleri Derneği

Çocuk Hemşireleri Derneği, çocuk hemşireliğinin ülkemizde gelişmesi, dünya standartlarına ulaşması, çocuk hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesine katkıda bulunulması vb. konularda derneğin öncülük edebileceğine inanan bir grup meslektaşımız tarafından Pedyatri Hemşireliği Derneği adı ile 27 Ocak 1997 tarihinde İstanbul da, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda kurulmuştur. Merkezi İstanbul olan derneğin Ankara ve İzmir şubeleri bulunmaktadır.

Türk Hemşireleri Derneği

23.08.1933 yılında, hemşirelik mesleğinin toplum yararına üst düzeyde nitelikli ve güvenilir hizmet verecek özerk bir sağlık mesleği olması için çalışmak amacıyla gönüllü hemşireler tarafından İstanbul'da kurulan "Türk Hastabakıcılar Cemiyeti" adlı cemiyet, Cumhuriyet ile birlikte Hemşirelikte yaşanan gelişmeler ve örgün olarak, hemşirelik eğitimi almış hemşirelerin çabaları ile 3 Temmuz 1943 tarihinde yeniden düzenlenerek Türk Hemşireler Derneği adını almıştır. Türk Hemşireler Derneği'nin, 17 şubesi ve il temsilcilikleri bulunmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, ilk olarak Ankara ili sınırlarında bulunan üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde çalışan pediatri hemşirelerinden oluşması planlanmıştır. Ancak, başvuru alan 31 hastaneden altı hastaneden dönüş yapılmamış, 17 hastane çalışmayı reddetmiş ve sekiz hastane araştırma onayı vermiştir. Onay veren hastanelerde çalışan toplam pediatri hemşire sayısı 80-90 olduğundan, araştırma için yeterli örneklem büyüklüğü sağlanamayacağı gerekçesiyle araştırma evreni değiştirilmiştir. Sonuç olarak, araştırma evrenini Türkiye'de çalışan pediatri hemşireleri oluşturmuştur.

Araştırma örneklem büyüklüğü, ölçek geliştirme ve geçerlik-güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan Örnek sayısı= (Madde Sayısı) X (Gözlem/kişi sayısı) formül ile hesaplanmıştır (157). Literatüre göre, formülde belirtilen "gözlem/kişi sayısı" geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilecek olan ölçekte bulunan her madde için 5-40 kişi olması önerilmektedir (157, 158). Bu çalışmada, veri toplama aşamasından önce evrenin özelliği ve ulaşılabilirliği göz önünde bulundurularak, geçerliği ve güvenilirliği test edilecek olan ölçekteki her madde için en az 10 pediatri hemşiresi olacak şekilde örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve formül uyarınca 210 pediatri hemşiresine ulaşılması gerektiği belirlenmiştir (21 Madde X 10 = 210). Örneklem alınacak pediatri hemşirelerine Çocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği aracılığıyla e-posta yolu aracılığıyla ulaşılmış ve ulaşılan hemşirelerden aynı klinikte çalıştıkları pediatri hemşirelerine ulaşmada yardım alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri ve dışlanma kriterleri aşağıda verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- En az altı aydır çocuk hastalarla çalışıyor olmak
- Klinik hemşiresi olarak görev yapıyor olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Özel birim hemşiresi (eğitim hemşiresi, kalite birim çalışanı, enfeksiyon hemşiresi vb) olmak
- Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olmak
- Hemşire dışı sağlık çalışanı olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hemşire Bilgi Formu (EK-1) ve Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği (EK-2) kullanılmıştır.

Hemşire Bilgi Formu (EK-1)

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini ve etik konulara ilişkin eğitimlerine yönelik değişkenleri içermektedir. Bu form, araştırma alanındaki literatür bilgileri taranarak (37, 52, 170) ve alanda çalışan uzmanlardan görüş alınarak, araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Hemşirelerin, sosyodemografik özelliklerini, iş geçmişlerini, pediatri alanında çalışma deneyimlerini, çalıştıkları klinikleri, kliniklerindeki çocukların iletişime açık olma durumu ve etik alanda aldıkları eğitimler sorgulayan dokuz sorudan oluşmaktadır.

Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği (Moral Distress Scale- Revised Pediatrics Nurses) (EK-2)

Hamric ve ark. tarafından 2012 yılında, pediatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tek boyuttan ve 21 maddeden oluşmaktadır. Cronbach alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır. Ölçek iki sütun

şeklinde 5’li likert tipte olarak rahatsızlık (0: Hiç, 1: Düşük, 2: Orta, 3: Yoğun, 4: Çok Yoğun) ve 5’li likert tipte olarak sıklığı (0: Asla, 1: Az Sıklıkta, 2: Ara sıra, 3: Sıklıkla, 4: Çok Sık) ölçmektedir. Sıklık ve rahatsızlık boyutlarından her birinden 0-84 aralığında puan elde edilmektedir. Ölçekte her bir madde de bulunan sıklık ve rahatsızlık puanları çarpılarak 0-16 aralığında genel bir moral distres puanı elde edilmektedir. Bu durumda elde edilen toplam puan 0-336 aralığındadır. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakta, ölçekten alınan puan arttıkça moral distresin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, formların görünüş geçerliği ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 10 pediatri hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamaya katılan pediatri hemşireleri araştırma örneğine dahil edilmemiştir.

3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri online anket formatında toplanmıştır. Çocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği üyesi olan katılımcılara, dernek aracılığı ile araştırmaya davet mektubu gönderilmiş ve özel e-postalarında araştırmanın linki paylaşılmıştır (EK-3). Ulaşılan dernek üyesi katılımcıları aracılığı ile pediatri hemşiresi olan ve pediatri kliniklerinde çalıştığı bilenen katılımcıların özel e-posta ve telefonlarına araştırma davet linki iletilmiştir. Veri toplamada kullanılan formların doldurulması yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (GO 19/522) alınmıştır (EK-4). Araştırmanın yapıldığı yer, evren ve veri toplama yöntemi değişiklikleri, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’na yazılı olarak bildirilmiş ve değişiklik kurul tarafından onaylanmıştır (EK-5). Başvurulan üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve devlet

hastanelerinden ret (EK-6), izin yazıları (EK-7) ve Çocuk Hemşireleri Derneği ve Türk Hemşireler Derneği'nden izin yazıları alınmıştır (EK-8). Araştırmaya katılan katılımcılardan online forma eklenen aydınlatılmış onam onay tuşu vasıtasıyla onam alınmıştır (EK-9).

3.7. Moral Distress Scale- Revised Pediatrics Nurses Ölçeği'nin Uyarlama Aşamaları

MDS-R Kullanım İzninin Alınması

Araştırma konusu belirlendikten sonra, MDS-R ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi amacıyla, ölçeğin geliştirilmesinde sorumlu araştırmacı olan Professor Ann B. Hamric ile e posta aracılığıyla iletişime geçilmiştir. Prof. Hamric, ölçeğin bu araştırma kapsamında Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için e posta yoluyla izin vermiştir (EK-10). Araştırmanın dil geçerliği aşamasında faktörlerin isimlendirilmesinde ve analiz sonuçlarının yorumlanmasında Prof. Hamric'le iletişim halinde olunmuş ve görüşlerine başvurulmuştur.

3.7.1. MDS-R Geçerlik Aşamaları

MDS-R Geçerlik Aşamaları

Bu aşamada, MDS-R'nin geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği ve yapı geçerliği analizleri kullanılmıştır.

MDS-R'nin Dil Geçerliği

MDS-R'nin Türkçe formunun oluşturulması ve dil geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında sıklıkla kullanılan standart yöntem olan çeviri geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Tablo 3.1.'de dil geçerliği ve kapsam geçerliği sürecinde yapılan süreçler aşamalı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3.1. MDS-R'nin dil ve kapsam geçerliği uygulama aşamaları

Aşama	Amaç	Uygulama
Hazırlık	MDS-R'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için izin alınması	Sorumlu araştırmacı olan Professor Ann B. Hamric ile e-posta aracılığıyla iletişime geçildi ve izin alındı.
Orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi aşaması	Anlam ve yapının korunması	Ana dili Türkçe olan ve İngilizce'ye hakim olan üç farklı akademisyen hemşire tarafından çeviri işlemi yapıldı.
Türkçe çevirilere karar verilmesi	Sonraki aşamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için uygun olan çevirilere karar verilmesi	Sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından çeviriler tek bir form haline getirildi.
Çevirilerin Türkçe'ye uygunluğu	Türkçe dil bilgisi ve anlam açısından incelenmesi	Bir Türkçe dil bilim uzmanı tarafından değerlendirildi ve uygun bulundu.
Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi aşaması	Anlam ve yapının korunduğundan emin olunması	Ana dili Türkçe olan ve İngilizce'ye hakim olan üç farklı akademisyen hemşire tarafından çeviri işlemi yapıldı.
İngilizce çevirilere karar verilmesi	Sonraki aşamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için uygun olan çevirilere karar verilmesi	Sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından çeviriler tek bir form haline getirildi.
Çevirilerin İngilizce'ye uygunluğu	İngiliz dil bilgisi ve anlam açısından incelenmesi	Bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından değerlendirildi ve uygun bulundu.
Çevirinin orjinal yapıya göre değerlendirilmesi	Orjinal ölçek ile çeviri yapılan formu arasındaki anlam ve yapının korunması	Sorumlu araştırmacı olan Professor Ann B. Hamric tarafından değerlendirildi ve uygun bulundu.
Kapsam Geçerliği Aşaması	Ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar temsil ettiğini belirlenmesi	Bir tıp etiği uzmanı, bir pediatri uzman hekimi, iki pediatri akademisyen hemşire, beş psikiyatri akademisyen hemşireden oluşan, dokuz uzman görüşü alındı.

Tablo 3.1. MDS-R'nin dil ve kapsam geçerliği uygulama aşamaları (Devam)

Ölçeğin son halinin değerlendirilmesi	Dil ve kapsam geçerliği tamamlanan ölçeğin uygulanabilmesi için hazırlanması	Bir ölçme değerlendirme uzmanı, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelendi ve görünüş geçerliği öncesi son hali verildi.
Görünüş geçerliği aşaması	Güvenirlilik aşamasına geçmeden önce ölçek maddelerinde yaşanabilecek anlam ve yapı problemlerinin tespit edilmesi	Örnekleme dahil edilmeyen 10 pediatri hemşiresine veri toplama gereçleri uygulandı.

PH-MDRÖ'nün Yapı Geçerliği

PH-MDRÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde DFA ve AFA kullanılmıştır.

Faktör analizleri yapılmadan önce, verilerin örneklem büyüklüğünün analize uygunluğunun ve yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla Kaiser-Mayer- Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği, KMO değerinin 0,80'in üzerinde olması, ölçeğin faktörlenebilirliği ise Bartlett's küresellik testi p değerinin 0,05'ten küçük olması ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada, yapı geçerliğinin incelenmesinde, DFA için ağırlıklandırılmamış en küçük kareler tahmin yöntemi ve AFA için faktör çıkartma yöntemi Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır. Ölçeğin orjinal yapısı ile araştırma örnekleminde elde edilen veriler, DFA ile analiz edilmiştir. DFA değerlendirilmesinde χ^2/SD , GFI, IFI, CFI, RMSEA ve TLI uyum indekslerinin iyi uyum ve kabul edilebilir değerleri göz önüne alınarak yapı geçerliği hakkında karara varılmıştır.

Ülkemize uygun olan faktör yapısının belirlenmesi amacıyla, AFA uygulanmıştır. AFA'da temel amaç birden fazla faktör ortaya çıkartmak olduğundan, faktör yüklerinin doğru dağılımının belirlenebilmesi için eğik döndürme yöntemlerinden birisi olan varimax döndürmesi kullanılmıştır. AFA sonucunda, ölçeğin faktör yapısı değerlendirilirken, her bir faktör grubunda yer alan maddelerin en az "0,30" faktör yüküne sahip olması gereği göz önünde bulundurulmuştur.

3.7.2. PH-MDRÖ'nün Güvenirlik Aşamaları

Bu araştırmada, PH-MDRÖ'nün güvenirliliğinin değerlendirilmesi amacıyla iç tutarlık güvenirliliği, eş değer yarılar güvenirliliği ve madde analizleri kullanılmıştır.

İç tutarlık güvenirliliği

PH-MDRÖ'nün ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısının 0,60 ve üzeri olması iç tutarlılığı sağlanması için esas alınmıştır.

Eş değer yarılar (split half) güvenirliliği

Bu araştırmada, ölçeğe tek maddeler ve çift maddeler şeklinde yarıya bölme işlemi yapılmıştır. Veriler Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı ve Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. Eş değer yarılar güvenirlilik kat sayısının 0,70'den büyük olması kriter olarak kabul edilmiştir.

Madde analizi

Bu araştırmada, madde analizi kapsamında korelasyonlara dayalı madde analizi (madde-bütün korelasyon katsayıları) ve madde ayırt edicilik gücü indeksi kullanılmıştır. Ölçeğin her bir maddesinin ölçölmek istenen kavramı ölçme gücünü belirlemek ve bu bilgiden yararlanarak ölçeği daha güvenilir bir duruma getirebilmek amacıyla, PH-MDRÖ'nün madde toplam korelasyon katsayısı ve madde silindiğinde Cronbach α katsayısı değerleri incelenmiştir. Yapılan çalışmada, madde toplam korelasyon katsayısının negatif olması veya +0.25'den küçük olması ve maddenin ölçekten çıkartılması durumunda ölçek Cronbach Alfa katsayısının yükselmesi belirleyicileri doğrultusunda ölçek madde analizleri yapılmıştır (159, 171).

Ölçekte bulunan her bir maddenin madde ayırt ediciliğinin belirlenmesi amacıyla, alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde ortalamaları karşılaştırılmıştır. Alt-üst %27'lik gruplar arasındaki farkın incelenmesinde, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmış ve p değerinin 0,05'en küçük olması ile değerlendirilmiştir (158).

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 23.0 ve faktör analizi için IBM AMOS (Analysis of Moment Structures) Versiyon 23.0 istatistik programları kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımının belirlenmesinde Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve basıklık-çarpıklık (Skewness-Kurtosis) testleri ve homojen dağılımının belirlenmesinde varyans homojenite analizleri kullanılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikler olarak, sayı, yüzde, ortalama±standart sapma verilmiştir. PH-MDRÖ ile tanımlayıcı özelliklerin ilişkisinin incelenmesinde, Pearson korelasyon katsayısı, gruplar arası farkın incelenmesinde ise ikiden fazla gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ikili grup için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir. PH-MDRÖ'nün geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan analizler, araştırmanın uygulanması bölümünde ilgili başlıkların altında açıklanmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında, Ankara ilinde yer alan hastanelerin büyük bir bölümünden izin alınamaması nedeniyle, çalışmanın evreni ve veri toplama şekli değiştirilmiştir. Veriler, örnekleme belirtilen dernek üyelerinden ve bu üyeler tarafından yönlendirilen pediatri hemşirelerinden online olarak toplanmıştır. Bu durum, çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmekle birlikte farklı açılardan da çalışmayı güçlendirdiği düşünülebilir. Yapılan araştırma online ortamda yürütüldüğü için ve katılımcılarla kurumları içinde direk temasa geçilmediğinden, katılımcıların anket sorularına daha özgür cevap verdiği düşünülmektedir. Ayrıca, örnekleme Türkiye genelinde bulunan çeşitli pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturduğundan ve belirli bir hastane kültüründen etkilenme söz konusu olmadığından dolayı, cevapların daha objektif olabileceği düşünülebilir.

Araştırmanın dış geçerlik çalışmasının yapılmamış olması ve güvenilirlik aşamasında eş değer yarılar (split half) yöntemin kullanılmış olması çalışmanın sınırlılıkları arasında görülebilmektedir.

Dış geçerlik çalışmasının yapılmamış olması: Geçerlik güvenilirlik çalışmalarında dış geçerliğin değerlendirilmesi aynı özelliği ölçen ölçeklerin kullanılması önerilmektedir. Ancak, literatür incelendiğinde Türkiye’de pediatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini ölçebilecek ölçüm araçlarına rastlanmamış ve başka bir özellik barındıran ölçeklerle ile yapıldığında dış geçerliği olumsuz etkileyeceği düşünüldüğünden dolayı çalışmada dış geçerlik incelenmemiştir.

Eş değer yarılar yönteminin kullanılmış olması: Ölçekteki soruların hemşirelerin günlük uygulamaların belki hemen her gün karşılaştıkları durumlara etik ve ahlaki bir bakışla değerlendirmeleri katılımcıların daha önce fark etmediği sorunlar konusunda farkındalığının artmasına neden olacaktır. Bu nedenle çalışmanın güvenilirlik aşamasında test tekrar test kullanılmamıştır. Bunun yerine güvenirlüğün belirlenmesinde bir yöntem olan eş değer yarılar (split half) yöntemi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde katılımcılara ait değişkenlere yer verilmiştir. İkinci bölümde Pediatri Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği (PH-MDRÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise, PH-MDRÖ'nin ölçek puanlarının katılımcılara ait özelliklere göre dağılımı istatistiksel olarak incelenmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde, katılımcıların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) ve mesleki özelliklerine (meslekteki çalışmaya yılı ve pediatri kliniğinde çalışma yılı, çalıştığı klinik ve bakım verdikleri çocukların sözel iletişim kurma becerileri) ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular, Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=210)

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş				
20-29	127	60,5	30,1±6,6	22-51
30-39	54	25,6		
40-49	27	12,9		
50-59	2	1,0		
Cinsiyet				
Kadın	190	90,5		
Erkek	20	9,5		
Medeni Durum				
Evli	100	47,6		
Bekar	110	52,4		
Eğitim Durumu				
Lise	28	13,3		
Ön lisans	3	1,4		
Lisans	164	78,1		
Yüksek Lisans/Doktora	15	7,2		
Toplam	210	100		

Katılımcıların yaş ortalaması 30,1±6,6 yıl olup, %60,5'i 20-29 yaş aralığında bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,5) kadın; yarısından fazlası (%52,4) bekar ve %78,1'i lisans mezunudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki özelliklerine yönelik bulgular, Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların mesleki özellikleri (n=210)

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Meslekteki Çalışma Yılı				
1-5	94	44,8		
6-10	62	29,5	8,2±6,9	1-30
11+	54	25,7		
Pedatri Kliniğinde Çalışma Yılı				
1-5	128	61,0		
6-10	42	20,0	6,1±6,0	1-30
11+	40	19,0		
Çalışılan Klinik				
Acil	11	5,2		
Cerrahi	14	6,7		
Dahili	81	38,6		
Onkoloji	20	9,5		
Yoğun bakım	84	40,0		
Klinikte Çocukların İletişime Açık Olma Durumu				
Evet	142	67,6		
Hayır	68	32,4		
Etik Konulara İlişkin Eğitim Alma Durumu				
Mezuniyet öncesi	79	37,6		
Mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim	30	14,3		
Hizmet içi eğitim	37	17,6		
Mezuniyet sonrası	20	9,5		
Hepsi	44	21,0		
Toplam	210	100		

Katılımcıların meslekteki çalışma yılı ortalaması 8,2±6,9 yıl olup, %44,8'i 1-5 yıl aralığındadır. Pedatri kliniğinde çalışma yılı ortalaması 6,1±6,0 yıl olup, 1-5 yıldır bu klinikte çalışan hemşirelerin oranı %61'dir. Katılımcıların %40'ı pediatri yoğun

bakım ve %38,6'ı dahili kliniklerde çalışmakta, %67,6'sinin bakım verdiği çocuklar sözel olarak iletişim kurabilmektedir. Katılımcıların % 36,7'si sadece mezun olmadan önce etik konulara ilişkin eğitim alırken, % 21'i mezuniyet öncesine ek olarak mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim olarak etik konulara ilişkin eğitim almışlardır.

4.2. PH-MDRÖ'nin Geçerlik Bulgularının İncelenmesi

PH-MDRÖ'nin ölçeğinin Türk dili ve kültürüne adaptasyonu çalışmasında geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri uygulanmış ve bulguları sunulmuştur.

4.2.1. PH-MDRÖ'nin Dil Geçerliği

PH-MDRÖ'nin dil geçerliğinin incelenmesi amacıyla, çeviri – geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Çeviri aşamasında ilk olarak PH-MDRÖ'nin maddeleri orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Türkçe'ye çeviri aşamasında ana dili Türkçe olan ve İngilizce'ye hakim olan üç farklı akademisyen hemşire çeviri işlemi yapmıştır. Çeviri yapan kişiler, birbirinden bağımsız bir şekilde çevirilerini gerçekleştirmiştir. Elde edilen üç çeviri, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenerek, her bir madde için uygun olan Türkçe çevirilere karar verilmiştir. Türkçe çevirisi tamamlanan ölçek, Türk dil bilgisi ve anlam açısından incelenmesi amacıyla bir Türkçe dil bilim uzmanına gönderilmiştir. Uzmandan gelen öneriler doğrultusunda, PH-MDRÖ'nün nihai Türkçe çevirileri oluşmuştur.

Türkçe çevirisi yapılan PH-MDRÖ'nün, İngilizce'ye geri çeviri işlemi İngilizce'ye hakim olan üç farklı akademisyen hemşire çeviri işlemi yapmıştır. Çeviriyi yapan kişiler ölçeğin orijinal halini görmemiş ve birbirinden bağımsız bir şekilde çevirilerini gerçekleştirmiştir. Elde edilen çeviriler, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenerek bütün maddeler için uygun olan İngilizce çevirilere karar verilmiştir. İngilizce çevirisi tamamlanan ölçek, İngiliz dil bilgisi ve anlam açısından incelenmesi amacıyla, bir İngilizce dil bilim uzmanına gönderilmiştir. Uzmandan gelen öneriler doğrultusunda ölçeğin İngilizce son hali oluşturulmuştur.

Çeviri ve geri çeviri aşamaları tamamlanan PH-MDRÖ, uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla ölçeği geliştiren akademisyene e-posta aracılığıyla

gönderilmiştir. Akademisyen ölçeğin orijinal hali ile çeviri yapılan formu arasında değerlendirme yapmıştır. Değerlendirme sonucunda, 4, 9, 10, 12, 17, 20 ve 21. maddelere kelime anlam farklılıkları ve madde anlam yapısına ilişkin görüş ve önerilerde bulunmuştur. Öneriler, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenmiş 4, 10, 20 ve 21. maddelerde değişiklik yapılmamış ve gerekli açıklama yapılmıştır. Madde 12'ye "ızdırıp" kelimesi, madde 9 ve 17'ye "yetkin" kelimesi eklenmiştir. Böylece, PH-MDRÖ dil geçerliği aşaması tamamlanarak son halini almıştır.

4.2.2. PH-MDRÖ Kapsam Geçerliği

Dil geçerliği tamamlanan PH-MDRÖ'nün kapsam geçerliği, kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliği aşamasında, bir tıp etiği uzmanı, bir pediatri uzman hekimi, iki pediatri akademisyen hemşire, beş psikiyatri akademisyen hemşireden oluşan, dokuz uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Davis tekniği puanlama ölçütü olarak, uzmanlardan maddeleri 1-4 arasında, 1 puan "madde uygun değil", 2 puan "maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor.", 3 puan "uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor", 4 puan "madde uygun" şeklinde puanlamaları istenmiştir. Uzmanlar PH-MDRÖ'nün kültürel uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir.

PH-MDRÖ'nün maddelerinin kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değeri, Tablo 4.5.'te sunulmuştur. Uzman görüşleri incelenerek sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından, madde 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 ve 21 için önerilen uygun ufak değişiklik önerileri gerçekleştirilmiştir. Madde 1, 5, 8, 9, 12 ve 20 için maddenin uygun hale getirilmesi için istenen öneri ve değişiklikler sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından değerlendirildikten sonra maddelerde değişiklikler uygulanmıştır. Değişiklik yapılan maddeler uygunluğunun tekrar değerlendirilmesi için değişiklik talep eden uzmanlara tekrar gönderilerek, görüşleri alınmış ve uygun bulunmuştur. Ölçek son olarak bir ölçme değerlendirme uzmanı, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenmiştir. Bu aşamalar sonucunda PH-MDRÖ son şeklini almıştır.

Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliği değerlendirilen PH-MDRÖ'nün maddelerinin kapsam geçerlik oranları (KGO) 0.55-1.00 arasında değişmektedir. KGİ

değeri ise 0.925 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kapsam geçerliği incelenen PH-MDRÖ'nün geçerli olduğu belirlenmiş ve madde çıkarımı yapılmamıştır (157).

4.3. PH-MDRÖ'nün KGO ve KGI değerleri

	4	3	2	1	KGO Skoru
Madde 1	4	4	1	-	0,77
Madde 2	9	-	-	-	1
Madde 3	7	2	-	-	1
Madde 4	5	4	-	-	1
Madde 5	7	1	1	-	0,77
Madde 6	8	1	-	-	1
Madde 7	8	1	-	-	1
Madde 8	5	3	1	-	0,77
Madde 9	7	1	1	-	0,77
Madde 10	5	4	-	-	1
Madde 11	8	1	-	-	1
Madde 12	3	4	2	-	0,55
Madde 13	5	4	-	-	1
Madde 14	6	3	-	-	1
Madde 15	7	2	-	-	1
Madde 16	7	2	-	-	1
Madde 17	7	2	-	-	1
Madde 18	8	1	-	-	1
Madde 19	8	1	-	-	1
Madde 20	7	1	1	-	0,77
Madde 21	7	2	-	-	1
Kapsam Geçerlik İndeksi					0,925

4.2.3. PH-MDRÖ Görünüş Geçerliği

PH-MDRÖ araştırma örnekleme uygulananmadan önce, ölçek maddelerinde yaşanabilecek anlam ve yapı problemlerinin tespiti için örnekleme dahil edilmeyen 10 pediatri hemşiresine veri toplama gereçleri uygulanmıştır (167). Uygulama sonucunda katılımcılar ölçeğe anlam ve yapı açısından öneride bulunmamış ancak ölçeğin şekilsel görünümü ve ölçek açıklama metnine yönelik önerilerde bulunmuşlardır. Öneriler, araştırmacı ve danışmanı tarafından gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

4.2.4. PH-MDRÖ Yapı Geçerliği

Dil geçerliği ve kapsam geçerliği incelenen PH-MDRÖ'nün yapı açısından Türk dili ve kültürüne uygunluğunu değerlendirebilmek amacıyla, doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) ve açıklayıcı faktör analizleri (AFA) uygulanmıştır (155).

Faktör analiz aşamasına geçmeden önce araştırma örnekleminin faktör analizine uygunluğunun incelenmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testleri kullanılmıştır. (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. PH-MDRÖ'nin KMO ve Bartlett's küresellik test sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)	0,862
Bartlett's Küresellik Testi	$\chi^2=1301,892$, p<0.001

Analizler sonucunda, KMO değeri 0.862 olarak ve Bartlett's küresellik testi sonuçları $\chi^2=4008.269$, **p<0.001** hesaplanmıştır. Bulunan değerler, araştırma örnekleminin ve verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (152).

i. PH-MDRÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçek adaptasyon çalışmalarında, geçerliğin test edilme aşamasında ölçeğin orijinal faktör yapısına uyguladığını belirlemek amacıyla DFA analizleri uygulanmaktadır (157). MDS-R 21 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır (37). Ölçeğin orijinal formatı ile yapılan çeşitli DFA yöntemleri sonucunda, bulunan uyum indeks

değerlerinin kabul edilebilir sınırların (172) altında olduğunu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. PH-MDRÖ'nün DFA bulguları

	Model Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/SD	2,860	≤ 2 (2-5)
GFI	0,762	1 (0.90-0.99)
IFI	0,698	1 (0.95-0.99)
CFI	0,692	1 (0.90-0.99)
RMSEA	0,094	≤ 0.05 (0.05-0.09)
TLI	0,658	1 (0.95-0.99)

Ölçek maddelerinin hiçbiri madde standardize edilmiş regresyon kat sayısı değerleri 0.30'un altında bulunmamıştır. Literatürde, standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30 altında olan maddenin çıkartılması önerilmektedir (162). Bu nedenle, DFA aşamasında madde çıkarımı yapılmamıştır. DFA değerleri kabul edilebilir sınırların altında çıkması ancak yapılan diğer analizlerde madde çıkarılması gerektiren bir durum olmaması nedeniyle ölçeğin kültür ve dilimize uygun olan faktör yapısının tespit edilebilmesi amacıyla AFA uygulanmıştır (157).

ii. PH-MDRÖ Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

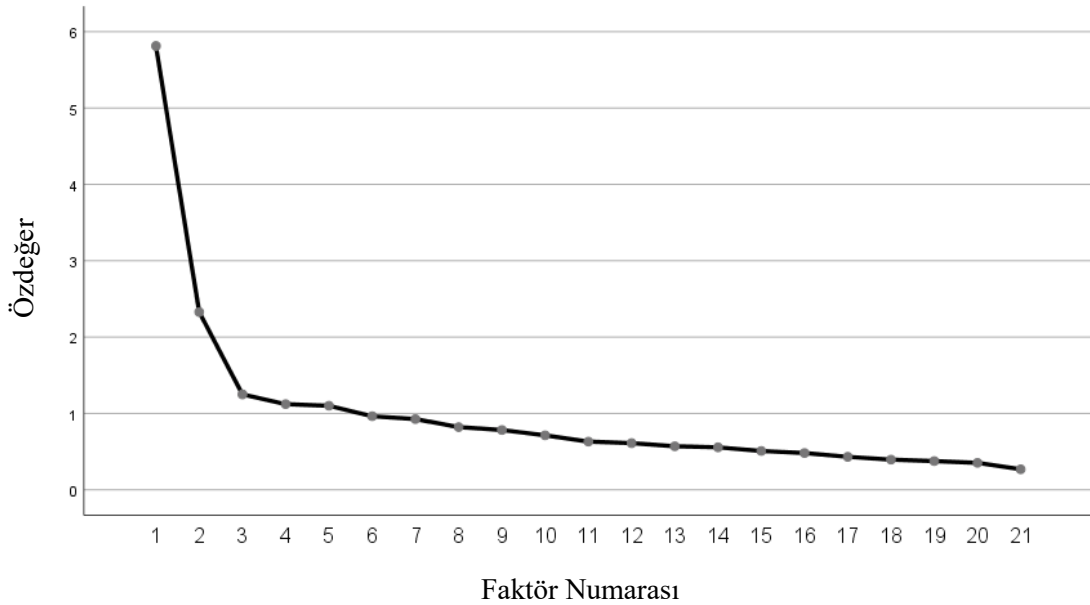
Açıklayıcı faktör analizi bir grup değişken içinde bir faktör modeli ya da yapısı belirlemek amacıyla kullanılan bir yapı geçerliği yöntemidir (157). Bu gerekçeyle, PH-MDRÖ'nün ülkemiz için oluşacak olan faktör yapısını belirlemede AFA kullanılmıştır. Tablo 4.6'da PH-MDRÖ madde faktör yükleri, faktör özdeğerleri ve açıklanan varyans değeri sunulmuştur.

Tablo 4.6. PH-MDRÖ madde faktör yükleri, özdeğerleri ve açıklanan varyans değerleri

	Yarar Sağlama- Zarar Vermeme	Hasta ve Ailenin Özerkliği	Mesleki Özerklik	Yönetmel Etik	Hasta Savunuculuğu
Madde 1				0,819	
Madde 2			0,329		
Madde 3		0,627			
Madde 4		0,858			
Madde 5		0,559			
Madde 6	0,535				
Madde 7		0,799			
Madde 8	0,405				
Madde 9					0,813
Madde 10				0,410	0,414
Madde 11					0,515
Madde 12			0,661		
Madde 13			0,693		
Madde 14			0,604		
Madde 15				0,535	
Madde 16				0,461	
Madde 17	0,714				
Madde 18	0,772				
Madde 19	0,620				
Madde 20	0,677				
Madde 21	0,681				
Özdeğer	5,812	2,328	1,249	1,121	1,101
Açıklanan					
Varyans	27,678	11,087	5,950	5,340	5,243
%					
Açıklanan Toplam Varyans %			55,298		

Ölçeğin orijinal yapısı tek faktörlü olduğundan herhangi bir faktör isimlendirmesi bulunmamaktadır. Ancak, ülkemizde yapılan AFA analizi sonucunda beş faktörlü bir yapı ortaya çıkmaktadır. Bu faktörlerin isimlendirilmesi yapılırken araştırmacı, danışmanı, bir tıp etiği uzmanı ve ölçeği geliştiren akademisyenden görüş alınmış ve bu doğrultuda faktör isimlendirmesi yapılmıştır.

Faktör analizine alınan maddelerin kaç faktörde toplandığını belirlemek amacıyla faktörlerin özdeğerleri incelenmiştir. Literatüre göre faktörlerin özdeğeri 1'den büyük olması gerekmektedir (167). Bu doğrultuda da özdeğeri 1'den büyük olan beş faktör bulunmuştur. PH-MDRÖ'nün beş boyutlu yapısı, Şekil 4.1'de verilen yamaç-birikinti grafiğinde de görülmektedir.



Şekil 4.1. Faktörlere ilişkin yamaç birikinti grafiği

Temel bileşen analizi metodu ve varimax döndürme tekniği kullanılarak yapılan PH-MDRÖ'nün AFA analizi sonucunda belirlenen beş boyutlu yapıda; yarar sağlama- zarar vermeme alt boyutu yedi maddeden oluşmakta (6, 8, 17, 18,19, 20 ve 21) ve açıklanan varyans değeri % 27,678'dir. Hasta ve ailenin özerkliği alt boyutu dört maddeden oluşmakta (3, 4, 5 ve 7) ve açıklanan varyans değeri % 11,087'dir. Mesleki özerlik alt boyutu dört maddeden oluşmakta (2, 12, 13 ve 14) ve açıklanan varyans değeri % 5,950'dir. Yönetmelik etik alt boyutu üç maddeden oluşmakta (1, 15

ve 16) ve açıklanan varyans değeri % 5,340, hasta savunuculuğu alt boyutu ise üç maddeden oluşmakta (9, 10 ve 11) ve açıklanan varyans değeri % 5,243 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin açıklanan toplam varyans değeri % 55,298 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. incelendiğinde 10 numaralı maddenin birden fazla faktöre yüklenebildiği görülmektedir. Literatürde, bu şekilde birden fazla faktörle ilişkili olan değişkenler karışık değişken (complexity variable), binişik değişken ya da çapraz yükler (cross-loadings, split loadings) olarak adlandırılmaktadır (167). Bu çalışmada, binişik değişken ifadesinin kullanılması tercih edilmiştir. Bir faktörde binişik değişkenlerin olması o faktörün adlandırılmasını ve yorumlanmasını zorlaştıracaktır. Bu nedenle binişik değişkenlerin olması istenen bir durum değildir (167, 173, 174). Ancak, madde çıkarılması durumunda geçerlik bulgularında kayda değer bir iyileşme olmaması durumunda, ilgili maddenin korunması önerilmektedir. Çalışmamızda madde 10 çıkartılarak analiz tekrarlandığında, geçerlik bulgularında önemli bir değişim görülmemesi nedeniyle literatüründe önerdiği şekilde maddenin çıkarılmamasına karar verilmiştir.

4.3. PH-MDRÖ'nin Güvenirlik Bulgularının İncelenmesi

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (160). PH-MDRÖ'nün güvenirlik bulgularının test edilebilmesi amacıyla, iç tutarlık Cronbach α kat sayısı, eş değer yarılar yöntemi (split half) ve madde analizleri kullanılmıştır.

4.3.1. PH-MDRÖ'nin İç Tutarlık Cronbach α Kat Sayısı Bulguları

Tablo 4.7'da PH-MDRÖ'nün ve alt boyutlarının Cronbach α değerleri sunulmuştur.

Tablo 4.7. PH-MDRÖ'nün ve alt boyutlarının Cronbach α değerleri

Faktör	Cronbach α değeri
Yarar sağlama-zarar vermeme	0,815
Hasta ve Ailenin Özerkliği	0,758
Mesleki Özerklik	0,660
Yönetmel Etik	0,584
Hasta Savunuculuğu	0,602
PH-MDRÖ Cronbach α	0,865

Tablo 4.7.'de görüldüğü üzere PH-MDRÖ'nün Cronbach α katsayısı 0,865 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların Cronbach alpha kat sayıları; “Yarar sağlama-zarar vermeme” alt boyutu için 0,815, “Hasta ve Ailenin Özerkliği” alt boyutu için 0,758, “Mesleki Özerklik” alt boyutu için 0,660, “Yönetmel Etik” alt boyutu için 0,584 ve “Hasta Savunuculuğu” alt boyutu için 0,602 olarak belirlenmiştir.

4.3.2. PH-MDRÖ'nün Eş Değer Yarılar Testi Bulguları

PH-MDRÖ'nün güvenilirliğin değerlendirilmesinde kullanılan bir diğer yöntem eş değer yarılar analizleridir. Bu analizde, ölçek iki eş parçaya bölerek, iki yarının katılımcılara aynı anda uygulanması sonrası, katılımcıların yarıllardan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlamaktadır. Literatürde genellikle ölçek eş iki yarıya bölünürken tek ve çift maddeler arasında bir gruplama yapılmaktadır. Bu doğrultuda, 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 maddeleri bir yarı, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 maddeleri ikinci bir yarı olarak eş değer yarılar analizleri uygulanmıştır.

Tablo 4.8. PH-MDRÖ'nün eş değer yarılar bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.8. PH-MDRÖ'nün eş değer yarılar bulguları

Toplam madde sayısı	21 Madde
Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı	0,891
Guttman Eş Değer Yarılar Korelasyon Katsayısı	0,891

PH-MDRÖ'nün güvenilirliğinin değerlendirilmesinde kullanılan eş değer yarılar analizi sonucunda Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı 0,891 ve Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı 0,891 olarak hesaplanmıştır. Bulunan bulgular doğrultusunda, PH-MDRÖ'nün yapılan eş değer yarılar doğrultusunda güvenilir olduğu belirlenmiştir (157).

4.3.3. Madde Analizi

Tablo 4.9.'da PH-MDRÖ'nün madde ortalamaları, standart sapmaları, madde ve toplam korelasyon değerleri ve madde silindiğinde Cronbach α katsayısı değerleri sunulmuştur.

Tablo 4.9. PH-MDRÖ'nün madde analizlerine ait bulgular

	n	\bar{X}	SS	Madde-Toplam korelasyonları	Madde silindiğinde Cronbach α
Madde 1	210	5,13	5,18	0,308	0,862
Madde 2	210	3,80	4,51	0,418	0,858
Madde 3	210	4,35	4,36	0,419	0,858
Madde 4	210	5,78	5,55	0,373	0,860
Madde 5	210	2,94	4,12	0,344	0,860
Madde 6	210	8,10	5,80	0,574	0,852
Madde 7	210	4,83	5,52	0,345	0,861
Madde 8	210	4,79	4,60	0,532	0,854
Madde 9	210	5,71	5,35	0,307	0,862
Madde 10	210	4,40	4,80	0,449	0,857
Madde 11	210	5,63	5,56	0,454	0,857
Madde 12	210	4,30	4,98	0,536	0,854
Madde 13	210	4,29	4,86	0,463	0,856
Madde 14	210	2,14	3,80	0,451	0,857
Madde 15	210	4,00	4,74	0,544	0,854
Madde 16	210	3,40	4,53	0,427	0,858
Madde 17	210	7,21	5,52	0,510	0,855
Madde 18	210	7,12	5,51	0,560	0,853
Madde 19	210	5,66	5,73	0,468	0,856
Madde 20	210	3,90	4,47	0,512	0,855
Madde 21	210	8,68	6,17	0,419	0,859

PH-MDRÖ'nün tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları Tablo 4.9.' da görüldüğü üzere pozitif değerli ve +25'den büyüktür. Ayrıca, ölçekten herhangi bir madde silindiğinde Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmadığı görülmektedir. Bu nedenle herhangi bir madde çıkarımı yapılamamıştır.

i. PH-MDRÖ'nün Madde Ayırt Ediciliği Bulguları

Tablo 4.10.'da PH-MDRÖ'nün madde ayırt ediciliği bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.10. PH-MDRÖ'nün madde ayırt ediciliği bulguları

	İstatistiksel Analiz (t)	p
Madde 1	12,660	0,001
Madde 2	63,661	0,000
Madde 3	28,583	0,000
Madde 4	16,352	0,013
Madde 5	36,795	0,000
Madde 6	11,400	0,039
Madde 7	17,540	0,000
Madde 8	23,773	0,000
Madde 9	26,100	0,000
Madde 10	41,714	0,000
Madde 11	28,864	0,000
Madde 12	18,945	0,000
Madde 13	25,006	0,000
Madde 14	80,593	0,000
Madde 15	57,871	0,000
Madde 16	33,632	0,000
Madde 17	12,151	0,025
Madde 18	13,947	0,000
Madde 19	33,427	0,000
Madde 20	74,459	0,000
Madde 21	10,053	0,048

PH-MDRÖ'nün maddelerinin alt ve üst %27'lik grupların aralarındaki fark bağımsız gruplar arası t test ile değerlendirilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuç, PH-MDRÖ'nün madde ayırt ediciliğinin yeterli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

4.4. PH-MDRÖ'nin Ölçek Puanlarının Katılımcılara Ait Özelliklere Göre Dağılımı

Bu bölümde, katılımcıların PH-MDRÖ'den almış oldukları puanlar incelenmiştir. Ayrıca, PH-MDRÖ'nin ölçek puanlarının katılımcılara ait değişkenlere göre dağılımı incelenmiş ve sosyodemografik ve mesleki özelliklere göre alınan puanlar arasında fark olup olmadığı analiz edilmiştir.

PH-MDRÖ puan dağılımları Tablo 4.11.'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. PH-MDRÖ puan dağılımları

	Sıklık			Rahatsızlık		Ölçek Toplam Puanı	
	n	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Madde 1	210	1,6	1,3	2,5	1,4	5,1	5,1
Madde 2	210	1,2	1,2	2,4	1,5	3,8	4,5
Madde 3	210	2,2	1,4	1,8	1,3	4,3	4,3
Madde 4	210	2,8	1,3	1,8	1,5	5,7	5,5
Madde 5	210	1,3	1,3	1,7	1,4	2,9	4,1
Madde 6	210	2,5	1,3	2,7	1,3	8,1	5,8
Madde 7	210	2,6	1,5	1,5	1,4	4,8	5,5
Madde 8	210	1,5	1,2	2,6	1,4	4,7	4,6
Madde 9	210	2,6	1,2	2,0	1,4	5,7	5,3
Madde 10	210	1,6	1,3	2,1	1,4	4,4	4,8
Madde 11	210	1,7	1,4	2,5	1,4	5,6	5,5
Madde 12	210	1,3	1,3	2,2	1,5	5,6	5,5
Madde 13	210	1,6	1,4	2,0	1,4	5,2	4,8
Madde 14	210	0,8	1,1	2,0	1,6	2,1	3,8
Madde 15	210	1,2	1,2	2,2	1,5	4,0	4,7
Madde 16	210	1,0	1,2	2,3	1,5	3,4	4,5
Madde 17	210	2,2	1,3	2,7	1,3	7,2	5,5
Madde 18	210	2,0	1,3	2,9	1,3	7,1	5,5
Madde 19	210	1,8	1,4	2,4	1,5	5,6	5,7
Madde 20	210	1,2	1,2	2,3	1,5	3,9	4,4
Madde 21	210	2,4	1,4	2,9	1,3	8,6	6,1

Tablo 4.11. PH-MDRÖ puan dağılımları (Devam)

	n	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Toplam Puan (Sıklık+Rahatsızlık)	210	38,1	16,0	48,5	17,7	106,2	55,0
Toplam Puan/Madde Sayısı	210	1,8	0,7	2,3	0,9	5,0	2,6

PH-MDRÖ genel puanları incelendiğinde en yüksek puanların madde 21, 6, 17 ve 18 alındığı görülmüştür. PH-MDRÖ, sıklık, rahatsızlık ve ölçeğin toplam puanları ile değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, katılımcıların sıklık boyut toplam puan ortalamaları $38,1 \pm 16,0$, rahatsızlık boyut toplam puan ortalamaları $48,5 \pm 16,0$ ve ölçek toplam puan ortalamaları $106,2 \pm 55,0$ olarak bulunmuştur.

PH-MDRÖ'nün alt boyutlarının puan dağılımları Tablo 4.12.'de sunulmuştur.

Tablo 4.12. PH-MDRÖ'nün alt boyutlarının puan dağılımları

Alt Boyut	\bar{X} (0-16)	SS	Min-Max
Yarar Sağlama-Zarar Vermeme	6,5	5,5	0-15,4
Hasta ve Ailenin Özerkliği	4,4	4,8	0-16
Mesleki Özerklik	3,6	3,2	0-14
Yönetmelik Etik	4,1	3,5	0-16
Hasta Savunuculuğu	5,2	3,7	0-16

PH-MDRÖ'nün alt boyutlarının genel puanları ortalamaları incelendiğinde “Yarar Sağlama-Zarar Vermeme” alt boyutunun en yüksek puan aldığı, “Hasta savunuculuğu” ve “Hasta ve Ailenin Özerkliği” alt boyutlarının ise diğer alt boyutlara göre görece daha yüksek puan alındığı, en düşük puanı ise “Mesleki Özerklik” boyutunun aldığı görülmektedir.

PH-MDRÖ'nün ölçek puanının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.13.'de sunulmuştur.

Tablo 4.13. PH-MDRÖ puanının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

		n	\bar{X}	SS	İstatistiksel Analiz (F-t)	p
Cinsiyet						
Toplam	Kadın	190	5,0	2,6	-0,198	0.868
	Erkek	20	5,1	2,8		
Medeni Durum						
Toplam	Evli	100	5,0	2,7	-0,314	0.420
	Bekar	110	5,1	2,5		
Eğitim Durumu						
Toplam	Lise	31	4,3	2,9	1,548	0,215
	Lisans	164	5,1	2,5		
	Yüksek Lisans/Doktora	15	5,7	2,6		

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve eğitim alma durumuna göre PH-MDRÖ'nün puanları arasında istatistiksel açıdan bir anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

PH-MDRÖ'nün ölçek puanının katılımcıların mesleki özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.14.'de sunulmuştur.

4.14. PH-MDRÖ puanının katılımcıların mesleki özelliklerine göre dağılımı

		n	\bar{X}	SS	İstatistiksel Analiz (F-t)	p
Çalışılan Klinik						
	Acil	11	5,9	2,6		
	Cerrahi	14	5,3	3,5		
Toplam	Dâhiliye	81	4,7	2,6	0,886	0.473
	Onkoloji	20	5,6	2,0		
	Yoğun bakım	84	5,0	2,5		
Klinikte Çocukların İletişime Açık Olma Durumu						
Toplam	Evet	142	5,1	2,5	0,867	0.441
	Hayır	68	4,8	2,7		
Etik Konulara İlişkin Eğitim Alma Durumu						
	Mezuniyet öncesi	79	5,1	2,8		
	Mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim	30	5,0	2,7		
Toplam	Hizmet içi eğitim	37	5,3	2,2	0,401	0.808
	Mezuniyet sonrası	20	4,5	2,2		
	Hepsi	44	4,8	2,6		

Katılımcıların çalıştıkları klinik, bakım verdiği çocukların sözel olarak iletişim kurabilme durumu ve etik konulara ilişkin eğitim alma durumuna göre PH-MDRÖ puanları arasında istatistiksel açıdan bir anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların yaş ve mesleki özellikleri ile PH-MDRÖ puanı arasındaki ilişki 4.15. 'de sunulmuştur.

Tablo 4.15. Katılımcıların yaş ve mesleki özellikleri ile PH-MDRÖ puanı arasındaki korelasyonlar

Değişkenler	PH-MDRÖ puanı	
	r	p
Yaş	0,068	0.324
Meslek Çalışma Yılı	0,096	0.167
Pediyatri Çalışma Yılı	0,148*	0.033

Katılımcıların yaşı ve meslekteki çalışma yılı ile PH-MDRÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Pediatri kliniklerinde çalışma yılı ile PH-MDRÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Pediatri kliniklerinde çalışma yılı arttıkça PH-MDRÖ puanı artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, pediatri hemşirelerinde deneyimlenen moral distresin, sıklığını ve yoğunluğunu belirlemek amacıyla geliştirilen MDS-R ölçeğinin Türkçe geçerliğinin ve güvenilirliğine yönelik bulgular tartışılmıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik analizleri, ölçüm araçlarının olabildiğince gerçeğe yakın ve objektif sonuçlar vermesini ve ölçme sonucunda doğru değerlendirilmeler yapılabilmesini sağlayan temel iki bileşendir (157, 169). Bu nedenle ölçme araçlarının “geçerlik” ve “güvenirlik” özelliklerine sahip olması beklenmektedir (157). Bu bölümde MDS-R ölçeğinin Türkçe formunun uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla uygulanan geçerlik ve güvenilirlik analizleri, uygulanma aşamasına göre sırayla tartışılmıştır.

5.1. PH-MDRÖ'nün Geçerliği

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmesi istenilen özelliği ne derecede doğru ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır (167). Bir başka deyişle, ölçme aracının ölçtüğü değişkeni başka hiçbir değişken karışmaksızın ölçebilme derecesidir (169). Ölçeklerin ve verilerin tipi ve türüne göre çeşitli geçerlik analiz yöntemleri üretilmiştir (157).

Likert tipli ölçeklerde kullanılması önerilen geçerlik analizleri; dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği, ölçüt (uyum) geçerliği, kestirim geçerliği ve yapı geçerliği analizleridir (155, 157, 167, 168). Kullanılan yöntemler, ölçeğe, örneklemin yapısı ve mevcut sınırlılıklara göre tercih edilmektedir (158). PH-MDRÖ'nün geçerlik bulgularının değerlendirilmesinde, “dil geçerliği”, “kapsam geçerliği”, “görünüş geçerliği” ve “yapı geçerliği” analizleri kullanılmıştır.

Dil Geçerliği

Dil geçerliğinin tespitinde ölçek uyarlama çalışmalarında sıklıkla kullanılan bir yöntem olan çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Bu teknik kapsamında ölçeğin orijinal dili ile çevrilen dile hakim en az bir çevirmen ve en az bir geri çevirmen kullanılması önerilmektedir (157, 175). Ancak, Türkçe dilinin yapısı göz önüne alınarak, mecaz, yan ve eş anlamlı kelimelerin yoğunluğu nedeniyle, üç çevirmen ve üç geri çevirmen ile İngilizce ve Türkçe dil bilimcilerin görüşlerine başvurulmuştur.

Yapılan çeviri ve geri çeviriler araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenerek en uygun olduğu dūřünölen çeviriler kabul edilmiştir. Bu süreçler sonucunda, çeviriden kaynaklanabilecek hataların en aza indirilmesi ve maddenin orijinal anlam kaybının azaltılması amacıyla, ölçeği geliştiren akademisyene e-posta aracılığı ile ulaşılarak fikir alış verişinde bulunmuştur.

Dil geğerliği aşamaları sonucunda gerekli düzeltilmeler yapılarak, ölçeğin dil geğerliğinin sağlandığı ve PH-MDRÖ'nün Türkçe formunun anlaşılabilir ve uygulanabilir olduğu kararı alınmıştır.

Kapsam Geğerliği

Ölçeği oluşturan maddelerin, ölçölmek istenen özelliği ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir (167, 169). Kapsam geğerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. En etkili yaklaşımlardan biri, araştırma konusu hakkında bilgi ve birikimi bulunan, tercihen akademisyenlerden oluşan uzmanların görüşlerine başvurmaktır (154, 157, 166). Literatüre göre, kapsam geğerliğinin sağlıklı değerlendirilebilmesi için en az beş, en fazla 40 uzman görüşüne sunulması gerekmektedir (157, 167). Bu doğrultuda, yapılan araştırmanın kapsam geğerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, bir tıp etiği uzmanı, bir pediatri uzman hekimi, iki pediatri akademisyen hemşire, beş psikiyatri akademisyen hemşireden oluşan, dokuz uzman görüşüne başvurulmuştur.

Literatür incelendiğinde kapsam geğerliğinin istatistiksel anlamda yorumlanabilmesi için Lawshe ve Davis teknikleri gibi bazı derecelendirme ve yorumlama ölçütlerinin kullanıldığı görölmektedir (158, 159, 166). Araştırma kapsamında ölçeğin kapsam geğerliği sıklıkla kullanılan bir yöntem olan Davis tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Davis (1992) tarafından geliştirilen tekniğe göre, görüşlerine başvurulan uzmanların, ölçekte yer alan her bir madde için 1-4 puan (1-uygun değil, 2-maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3-uygun ama ufak değişiklikler gerekiyor, 4-çok uygun) arası değerlendirme yapmaları istenmektedir (157, 163). Deđerlendirme sırasında, maddede değişiklik gerektiğini dūřünen uzmanlardan öneri ve görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Kapsam geğerliği analizi sonucu madde 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 ve 21' de uygun ufak değişiklikler, madde 1, 5, 8, 9, 12 ve 20 için maddenin uygun hale getirilebilmesi için

gerekli değişikler yapılmıştır. Yapılan değişiklerin değerlendirilmesi için maddenin uygun hale getirilmesini talep eden uzmanların görüşüne tekrar sunulmuştur ve uygun bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde, dokuz uzman görüşüne başvurulduğunda her bir madde için en küçük KGO'nun "0.75" ve üzeri olması gerekmekte ve düşük olan maddelerin çıkarılması önerilmektedir (157, 162). Bu doğrultuda, Tablo 4.3. incelendiğinde madde 12'nin KGO'nun "0.55" olduğu görülmektedir. Ancak, Davis tekniğine göre, en küçük KGO değerinin altında olan maddeler, KGİ değerinin 0.80'den büyük olduğu durumlarda çıkarılmasının gerekli olmadığı belirtilmektedir (157, 160, 163). PH-MDRÖ'nn KGİ değeri "0.925" olduğu için madde 12 ölçekten çıkarılmamıştır.

PH-MDRÖ son olarak bir lçme değerlendirme uzmanı, sorumlu araştırmacı ve danışmanı tarafından değerlendirilmiştir. Davis tekniği ile kapsam geçerliği analiz edilen PH-MDRÖ'nn maddelerinin KGO skorları, 0.55-1.00 arasında ve KGİ skoru 0.925 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, PH-MDRÖ'nn kapsam geçerliğine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Görünüş Geçerliği

Ölçeğin ismi, açıklamaları, maddelerin ve ölçeğin düzeni gibi faktörler ile beraber, ölçek maddelerinde ölçmesi amaçlanan yapıyı ölüyor görünmesini değerlendiren bir geçerlik türüdür (167). Bir ölçeğin görünüş geçerliğinin yüksek olmasının, yanıt verme eğilimlerini pozitif yönde etkilediği bilinmektedir (155). Literatüre göre, görünüş geçerliğinin değerlendirilmesinde, uzman görüşü ve/veya kkk bir katılımcı grubuna n uygulama yapılması önerilmektedir (158, 176). Bu doğrultuda, bir lçme değerlendirme uzmanının görüşü ve rneklemeye dahil edilmeyen 10 pediatri hemşiresine ölçeğin uygulanmasıyla, görünüş geçerliği değerlendirilmiştir. Katılımcılar ve lçme değerlendirme uzmanı, ölçek açıklamalarına ve ölçeğin düzenine yönelik önerilerde bulunmuş ve gerekli düzenlemelerin yapılmasının ardından PH-MDRÖ'nn görünüş geçerliği uygun bulunmuş ve ölçeğin uygulanabilir olduğu kararı alınmıştır.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, bir ölçeğin ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini göstermektedir (167). Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde farklı araştırmacılar, farklı yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (159). Bu araştırmada, ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde “faktör analizi” yöntemleri kullanılmıştır.

Faktör analizi, temelde birbiri ile bağlantılı olan değişkenleri belli bir faktör altında bir araya getirmede kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (157, 159). Faktör analizi genel olarak, çok sayıdaki değişkenden az sayıda, anlamlı ve özet bir biçimde yeni değişkenlerin (boyutların) elde edilmesidir (158). Literatürde genel olarak AFA ve DFA olarak iki temel faktör analizi kullanılmaktadır (157, 159).

AFA, değişkenler yardımıyla araştırma örnekleminde toplanan veriler doğrultusunda faktör yapısının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bu analiz yöntemi belirli bir kuramsal yapı veya belirli faktör yapılarının bilinmediği durumlarda kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (158). DFA ise, araştırmacı tarafından belirlenen kuramsal faktör yapısının veya AFA ile belirlenen faktör yapılarının uygulununun test edilmesinde kullanılmaktadır (157). Bu bilgiler doğrultusunda genellikle ölçek uyarlama çalışmalarında DFA, ölçek geliştirme çalışmalarında ise AFA kullanılmaktadır (160, 164, 166).

Faktör analizine her veri seti uygun olmayabilir. Bu nedenle, araştırmanın uygulandığı örneklemin faktör analizine uygunluğu ve yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (159, 164). Bu doğrultuda, örneklem yeterliliğinin istatistiksel olarak hesaplanmasında çeşitli kural ve yöntemler bulunmaktadır. Bu kurallardan en çok kullanılanı “10 kuralı”dır. Bu kurala göre, ölçekte bu her madde için en az 10 katılımcı olacak şekilde araştırma grubuna dahil edilerek değerlendirilmektedir (157). Bir diğer kural ise “100 kuralı”dır. Araştırma örnekleminde faktör analizinin uygulanabilmesi için en az 100 katılımcı gerekmektedir (156, 159). Bahsedilen kurallar dışında araştırma örnekleminin faktör analizine uygunluğunun istatistiksel olarak hesaplanmasında iki varsayım bulunmaktadır. Bu varsayımlar KMO ve Bartlett testleridir. Literatürde KMO değerinin 0.90-1 arasında olması mükemmel; 0.80-0.89 arasında olması “çok iyi” 0.70-0.79 arasında olması “iyi” 0.60-0.69 arasında olması

“orta” 0.59-0.50 arasında olması “zayıf” ve 0.50’nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (167). Yeterli örnekleme bir faktör analizinin yapılabilmesi için KMO değerinin en az 0.60 olması ve Bartlett’s küresellik testinin ise anlamlı çıkması gerekmektedir (157).

Bu çalışma kapsamında, geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan PH-MDRÖ’nün örneklem büyüklüğü 210 kişi olarak belirlenmiştir. Bu durumun literatürde belirtilen “10 kuralı” ve “100 kuralı” uyum sağladığı görülmektedir. PH-MDRÖ’nün örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluk ve yeterliliğinin hesaplanması için KMO ve Bartlett’s küresellik istatistik yöntemleri uygulanmıştır. Yapılan testler sonucunda, KMO değeri 0,862 ve Bartlett’s küresellik testi sonucu da $\chi^2=1301,892$, $p=0.000$ bulunmuştur (Tablo 4.4). Bulgular doğrultusunda araştırmanın yapıldığı 210 pediatri hemşiresinin oluşturduğu örneklem faktör analizi için uygun ve yeterli olduğu görülmektedir

PH-MDRÖ’nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, DFA ve AFA kullanılmıştır. Öncelikle yapılan çalışmanın ölçek uyarlama çalışması olması ve mevcut bir faktör yapısının orijinal ölçekte var olması nedeniyle ölçeğin orijinal yapısının Türk dil ve kültürüne uygulununun analiz edilmesi amacıyla DFA kullanılmıştır. DFA’nın değerlendirilmesinde χ^2/SD , GFI, IFI, CFI, RMSEA ve TLI uyum indeks değerleri kullanılmıştır. DFA sonucunda, bu indekslerden yalnız χ^2/SD kabul edilebilir değer aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Literatüre göre DFA elde edilen standardize edilmiş regresyon kat sayısı 0.30 altında olan maddenin çıkartılması önerilmektedir (167). Ancak yapılan analizler incelendiğinde bütün maddelerin 0.30’un üstünde olduğu bulunmuştur. Dil, kapsam ve görünüş geçerliğinde madde çıkarılması yapılmayan PH-MDRÖ’nün yapı geçerliği aşamasında da herhangi bir maddenin çıkarımı yapılmamıştır. Ölçeğin orijinal yapısı ile yapılan DFA sonucunda kabul edilebilir değerlerin altında olması nedeniyle ülkemizde oluşacak olan faktör yapısının belirlenmesi amacıyla AFA uygulanmasına (177, 178) karar verilmiştir.

AFA uygulanırken sıklıkla kullanılan temel bileşenler analiz metodu (179) ve maddelerin faktörlere yüklenmelerinin daha net tespit edilmesinde genellikle tercih edilen eğik döndürme yöntemlerinden birisi olan varimax döndürmesi (157)

kullanılmıştır. Faktör sayısı açıklanan toplam varyans değeri, faktör özdeğerleri ve faktörlere ilişkin yamaç birikinti grafiği göz önüne alınarak karar verilmiştir. Açıklanan toplama varyans değerlerinin %40-%60 olması, faktör özdeğerlerinin 1'den büyük olması ve yamaç birikinti grafiğinin düzleştiği noktaya kadar oluşan yer doğrultusunda faktör sayısı belirlenmektedir (157, 158). Bu doğrultuda yapılan araştırmada, açıklanan varyans değeri % 55,298 olarak hesaplanmış, beş faktörün özdeğerinin 1'den büyük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Yamaç birikinti grafiği incelendiğinde ise grafiğin beşinci faktörden sonra düzleştiği görülmektedir (Şekil 4.1). Bulgular göz önüne alındığında PH-MDÖ'nün ülkemizde beş faktörlü yapısının geçerli olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

AFA analizi sonucunda PH-MDRÖ'nün ülkemizde beş alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal yapısının tek alt boyutlu olması nedeniyle ölçek alt boyutlarının isimlendirmesine ihtiyaç duyulmuştur. İsimlendirme aşamasında araştırmacı, danışmanı ve bir tıp etiği uzmanının görüşleri doğrultusunda hemşirelik ve tıp etik ilkeleri ile moral distres modellerini temel alınarak isimlendirmeyi yapmıştır. İsimlendirme işlemleri tamamlandıktan sonra ölçek Profesör Hamric ile e-posta aracılığıyla iletişim kurularak isimlendirmeler hakkındaki görüşü alınmış ve isimlendirmeler; “hasta ve ailenin özerkliği”, “yarar sağlama-zarar vermeme”, “mesleki özerklik”, “yönetmelik etik” ve “hasta savunuculuğu” olarak son halini almıştır.

Özerklik, hemşirelik etiği ve başta Corley (2002)'in moral distres modeli olmak üzere moral distres kavramına yönelik çalışmalarda sıklıkla söz edilen bir kavramdır. PH-MDRÖ'nün AFA analizleri sonucunda, aynı faktör altında toplanan, madde 3, 4, 5 ve 7 incelendiğinde, bu maddeler özerklik ile ilgili yaşanabilecek etik konular olarak yorumlanmıştır. Alt boyutun ortak temasına bakıldığında ise özerkliğin özel bir alanı olan, aile ve hastanın özerkliği (180, 181) ile ilgili durumların maddelerin ortak noktası olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle madde 3, 4, 5 ve 7'nin bulunduğu alt boyut “aile ve hastanın özerkliği” olarak isimlendirilmiştir.

Madde 2, 12, 13 ve 14 incelendiğinde ise, maddelerin özerklik alt kavramı altında ortaklaştığı ancak “aile ve hastanın özerkliği” alt boyutundan farklı olarak bahsi geçen maddelerin, hemşirelerin bir meslek mensubu olarak yaşadığı özerklik sorunlarını içerdiği düşünülmektedir. Sonuç olarak hem hemşirelik etiğinde yer alan

hem de moral distres kavram çalışmalarında yer verilen bir kavram olan mesleki özerkliğin bu alt boyutun ismi olmasına karar verilmiştir (182, 183).

Bir diğer faktör altında toplanan 1, 15 ve 16. maddeler, literatürde moral distres nedeni olarak yer alan, yöneticilerin yaptırımı, yasal yaptırımlar ve sağlık politikaları ile ilişkili olarak yorumlanmıştır. Bahsi geçen maddeler, moral distres kavramının ilk tanımından beri değişmeden varlığını koruyan ve moral distres nedeni olarak karşımıza çıkan, yasal, kurumsal ve politik engellere vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda, bahsi geçen alt boyut için, etiğin yönetim süreçleri düzleminde ele alınmasını vurgulayan (184) “yönetmelik” başlığı uygun bulunmuştur.

Dördüncü faktör, tıp ve hemşirelik etiğinin geçmişten günümüze kadar geçerliliğini koruyan en temel dört ilkesinin başında yer alan, yarar sağlama-zarar vermeme ilkesine göre isimlendirilmiştir. Başta hemşireler olmak üzere bütün sağlık profesyonellerinden, bu etik ilke doğrultusunda hizmet vermeleri beklenmektedir (185). Bu doğrultuda, madde 6, 8, 17, 18, 19, 20 ve 21 incelendiğinde hastanın yararının tehlikeye girdiği durumları içerdiği görülmektedir. Bu maddelerin, Corley’in modelinin ana önermelerinden biri olan, hemşireliğin ahlaki bir meslek olması ile doğrudan bağlantılı olduğu düşünülebilir. Bu nedenle bahsi geçen maddelerin bulunduğu alt boyutun isminin “yarar sağlama-zarar vermeme” olmasına karar verilmiştir.

Son faktöre yüklenen maddeler, 9, 10 ve 11. maddedir. Bu maddeler incelendiğinde, maddelerin Corley’in modelinde bahsettiği ve moral distresin en temel nedenlerinden biri olarak kabul ettiği hemşirenin hasta savunuculuğu rolünü yerine getirememesi bağlamını yansıttığı düşünülmektedir. Bu nedenle bahsi geçen alt boyutun isimlendirmesi “hasta savunuculuğu” olarak yapılmıştır (79, 186).

PH-MDRÖ’nün faktör yük dağılımı incelendiğinde 10. maddenin hem yönetmelik hem hasta savunuculuğu alt boyutuna neredeyse eşit yüklendiği görülmektedir (Tablo 4.6). Bu durum literatürde, karışık, binişik madde ya da çapraz yükler olarak adlandırılmaktadır (158, 159, 172). Faktör analizinde maddelerin ait oldukları faktörde yüksek yük, diğer faktörlerde ise düşük yük değerine sahip olması beklenmektedir. Bu durum sağlanmazsa maddelerin bağımsızlığı ve yorumlanması zorlaşmaktadır. Binişik maddelerin belirlenmesine yönelik kesin bir ölçüt olmamakla

birlikte farklı iki faktöre ait yük değerleri arasındaki farkın 0.1'den küçük olması bir kriter olarak kabul edilmektedir (167, 187). Literatürde, binişik maddelerde araştırmacı tercihi vurgulanmaktadır. Ayrıca, madde çıkarıldıktan sonra yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde önemli ölçüde iyileşme olmaması durumunda madde çıkarımı önerilmemektedir (173, 188). Literatüre göre binişik madde olarak kabul edilen madde 10, bu kapsamda değerlendirilmiş ve madde çıkarılarak yapılan DFA analizinde indeks değerlerinde önemli bir değişim olmadığı görülmüştür. Sonrasında tekrarlanan AFA analizinde ise beş faktörlü yapıyı, faktör yüklerini, özdeğerleri ve açıklanan varyans değerini 0,01-0,02 oranlarında etkilediği tespit edilmiştir. Ek olarak, Tablo 4.9. incelendiğinde 10. maddenin madde-toplam korelasyonun kabul edilebilir değerin (+0.25) (157) üstünde olduğu ve madde silindiğinde ölçeğin Cronbach α değerinin düştüğü görülmektedir. Tüm belirtilen bulgular doğrultusunda, madde çıkarıldığında ölçeğin geçerliğinin önemli ölçüde etkilememesi ve ölçeğin iç tutarlılık değerini dolayısıyla güvenirliliğinin olumsuz etkilemesi nedeniyle, maddenin ölçekten çıkarılmaması uygun bulunmuştur. Maddelerin faktör dağılımları incelenirken faktör yükleri göz önünde bulundurulduğu için madde 10'nun ait olduğu alt boyutun belirlenmesinde görece faktör yükü yüksek olan ve teorik olarak daha uygun (79) olduğu düşünülen alt boyut tercih edilmiştir.

5.2. PH-MDRÖ'nün Güvenirliliği

Literatürde güvenilirlik kavramının birçok tanımı bulunmaktadır. Genel anlamda güvenilirlik bir ölçeğin tutarlılık, kararlılık ve duyarlılık ölçüsüdür (157). Bu tanım doğrultusunda, bir ölçme aracı aynı gruba aynı şartlar altında tekrarlı bir şekilde uygulandığında, sonuçların birbiri ile tutarlı, belirli zaman aralıklarıyla tekrar uygulandığında sonuçların kararlı ve ölçülecek olan özelliği olabildiğince hassas ölçebilecek düzeyde duyarlılığa sahip olması, ölçme aracının güvenilir olduğu göstermektedir (158, 169). Bir ölçeğin güvenirliliğinin belirlenmesinde paralel testler yöntemi, test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık Cronbach α katsayısı, eş değer yarılar yöntemi ve madde analizi kullanılmaktadır (154, 157-159). Kullanılan yöntemler, ölçeğin özelliklerine, örneklemin yapısına ve mevcut sınırlılıklara göre tercih edilmektedir. PH-MDRÖ'nün güvenirliliğinin belirlenmesinde, "iç tutarlılık Cronbach α katsayısı", "eş değer yarılar yöntemi" ve "madde analizi" kullanılmıştır.

İç Tutarlılık-Cronbach α Katsayısı

İç tutarlılık, ölçekte yer alan her bir maddenin ölçek yapısının tamamıyla aynı yönde hareket edip etmediğinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer deyişle, ölçekte yer alan her maddenin ölçeğin bütünüyle arasındaki ilişkinin incelenmesidir (158, 159). Literatürde, bu ilişkinin derecesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ve kabul gören yöntem ise Cronbach α katsayısıdır (154, 157, 168). Analizler sonucu ortaya çıkan katsayı değeri; “0,80-1,00: ölçek yüksek güvenilirliğe sahip”, “0.60-0.79: ölçek oldukça güvenilir”, “0.40-0.59: ölçeğin güvenirligi düşük” ve “0.00-0.39: ölçek güvenilir değil” şeklinde yorumlanmaktadır (157). Bu doğrultuda yapılan araştırmanın Cronbach α katsayısı değeri incelendiğinde PH-MDRÖ'nün yüksek güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Ayrıca, PH-MDRÖ'nün belirlenen alt boyutlarının Cronbach α katsayısı değerleri incelendiğinde yüksek güvenilirliğe ve oldukça güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir.

Eşdeğer yarılar yöntemi

Ölçeğin maddelerinin eş iki yarıya bölünmesi ile güvenirlığın belirlenmesinde kullanılan bir yöntemdir (157). Eş değer yarılar yöntem analizi yapılırken öncelikle ölçek iki gruba ayrılmaktadır. Grup ayrılmasında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. En çok kabul gören yaklaşım ise ölçek maddelerinin tek maddeler ve çift maddeler olarak gruplandırılmasıdır (159). Eş değer yarılar yöntemi değerlendirilirken Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı ve Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı dikkate alınmakta ve çıkan değerlerin yorumlanması korelasyon katsayı değeri yorumlanması ile paralellik göstermektedir (157). Yapılan çalışmada, PH-MDRÖ'nün eş değer yarılar yöntemi kullanılarak yapılan güvenirlilik analizi sonucunda ölçeğin güvenirlığının yüksek olduğu bulunmuştur.

Madde analizi

Madde analizi, ölçekteki yer alan maddelerin ölçeğin amacına hizmet edip etmediğini incelemek amacıyla kullanılmaktadır (158). Bu doğrultuda, ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla madde analizi yöntemlerinden

korelasyonlara dayalı madde analizi, madde silindiğinde Cronbach α ve madde ayırt edicilik gücü indeksi kullanılmıştır.

Korelasyona dayalı madde analizi, bir madde ile bütün arasındaki korelasyon o maddenin geriye kalan maddelerin tümünün ölçtüğü özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendiren bir yöntemdir (159, 167). Ölçekte bulunan maddeler ile yapılan korelasyon analizi sonucu bir maddenin ölçeğin bütünü ile yaptığı korelasyon katsayısı düşük ise o maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğu düşünülmektedir (157, 158). Bu doğrultuda, maddenin ölçeğe olan katkısının kabul edilebilir olması için, madde-bütün korelasyon katsayısı pozitif yönde ve en az $+0.25$ olmalıdır (157). Madde istenilen düzey olan $+0.25$ 'den düşük çıkmış ise ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğü gerekçesiyle maddenin ölçekten çıkartılması önerilmektedir (155, 169). PH-MDRÖ'nün madde-toplam korelasyon katsayıları 0.308-0.574 arasında değişmektedir (Tablo 4.9). Bulgular doğrultusunda ölçek maddelerinin istenilen düzeyde korelasyon katsayılarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu nedenle analizi yapılan maddelerin ölçeğin amacına hizmet ettiği saptanmıştır.

Cronbach α katsayısı ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini gösteren bir bulgudur. Bu nedenle, madde silindiğinde Cronbach α değerleri önemli ölçüde yükseldiğinde o maddenin ölçekteki varlığı ölçeğin güvenilirliğini düşürdüğü şeklinde yorumlanmakta ve maddenin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (158, 165). Yapılan çalışmanın, madde silindiğinde Cronbach α değerleri incelendiğinde, herhangi bir madde silindiğinde Cronbach α değerinin önemli ölçüde artmadığı görülmektedir.

Madde ayırt ediciliği

Madde ayırt ediciliği, iç tutarlılığının belirlenmesinde kullanılan diğer yöntemlerden biridir. Bir ölçekteki maddelerin, madde ile ölçülmesi beklenen özelliğe sahip olan ve olmayanları birbirinden ayırt edebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tüm örneklem içinde yüksek puan alanların yer aldığı üst grubun ve düşük puan alanların yer aldığı grubun oluşturmasına ve bu iki grubun almış olduğu puanın analizine dayanan bir yöntemdir. Alt ve üst grupların belirlenmesine yönelik farklı yöntemler bulunmaktadır. Literatürde en yaygın kullanılan yöntem, yüksek puan alan %27 ve düşük puan alan yüzde %27'lik grubun kullanımına bağlı yöntemdir (171). Alt ve üst gruplar arasındaki farkların anlamlı çıkması, testin iç tutarlılığının göstergesi olarak

değerlendirilir. PH-MDRÖ'nün madde puan ortalamalarının, alt %27 ve üst %27'deki gruplarda karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir, (Tablo 4.10). Bu sonuç, ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu ve ölçülmek istenen özelliği ölçmeye yönelik maddeler olduğunu göstermektedir (158, 171).

Ülkemizde moral distress ölçüm gereçlerine literatür incelendiğinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunan tek ölçeğim bu çalışmada incelenen moral distress ölçeğinin paralel formlarından biri olan yetişkin hastalara bakım veren hemşirelere yönelik moral distress scale revised adult scale (MDS-R) olduğu görülmektedir. Kargözoğlu ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışma yoğun bakım hemşireleri üzerinde gerçekleştirilmiştir (52) . “Yoğun Bakım Ahlaki Sıkıntı Ölçeği” şeklinde isimlendirilen ölçeğin yapı geçerliği analizleri incelendiğinde dört faktörlü yapının açıklanan varyans yüzdesinin %53.1 olduğunu görülmüş ancak yazarlar tarafından ölçeğin orijinalinde olduğu gibi tek faktörlü yapının kullanımı önerilmiştir. Kızıltepe Keskin tarafından yapılan yayımlanmamış doktora tezi çalışmasında ise, moral distress scale revised adult scale (MDS-R) ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması acil hemşireleri örnekleminde çalışılmıştır. Ölçekte AFA analizi sonucunda faktör yükü değerleri 0.30'un altında kalan beş madde çıkartılmış, geriye kalan 16 madde tek faktörlü bir yapı oluşturmuştur (189). Aynı dil ve kültürde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının arasındaki bu farklılıkların moral distress modelinde de yer alan klinik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uluslararası literatür incelendiğinde ise ulusal literatüre benzer şekilde, MDS-R'nin pediatrik formlarının değil, yetişkin formlarının çalışıldığı görülmektedir. İran'da Sharif ve ark. (2017) ile Soleimani ve ark. (2016) tarafından yapılan bir yıl ara ile yapılan, MDS-R geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, bizim çalışmamızla benzer şekilde beş faktörlü bir yapı bulunmuştur. Ancak çalışma bulguları ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde, nafile tedavi, hekim kararlarını sorgulamadan uygulama ve organizasyonel sorunlara yönelik üç faktörde benzer isimlendirmeleri olmakla birlikte, bu faktörlere yüklenen maddelerde ciddi farklılıklar olduğu görülmektedir. (190, 191). Klinik ayırt etmeksizin, hastanede çalışan tüm hemşirelerin örneklemini oluşturduğu bu iki çalışmada faktör isimlendirmelerindeki ve benzer isimlerde olan faktörlerdeki farklı madde yüklenmeleri, moral distress yaşantısının ve bu yaşantıya yönelik yazarların yorumlarının oldukça bireysel olabildiği şeklinde yorumlanabilir.

Aynı dinin ve benzer bir kültürün paylaşıldığı, coğrafi olarak da yakınlık içinde olunan bir bölgede ve oldukça yakın zaman aralığında gerçekleştirilen çalışmamızda da bu iki çalışma ile benzer şekilde beş faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Her üç çalışmada da 17., 18.,19.,20. ve 21. Madde 1. faktöre yüklenmiştir. Sharif ve ark. (2017) bu faktörü, “mesleki yeterlilikte eksiklik” olarak isimlendirirken, Soleimeni ve ark. (2016)’ 11. Maddenin eklendiği faktörün sağlık çalışanlarının rollerini gösterdiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise ortak maddelere ek olarak, 6,7,8 ve 21. Maddeler 1. Faktöre yüklenmiş ve bu faktör, etik ilkeler bağlamında “Yarar Sağlama – Zarar Vermeme” olarak adlandırılmıştır.

Diğer alt boyutlara yüklenen maddelerde farklılıklar olmakla birlikte benzerlikler de söz konusudur. Ancak çalışmalar bir arada değerlendirildiğine ilk göze çarpan konu, araştırmacıların maddeleri yorumlama ve faktör isimlendirmelerinde farklılık olduğudur. Hem Sharif ve ark. (2017) hem de Soleimeni ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada “nafile tedavi” başlıklı bir faktör bulunmaktadır. Ancak 5.ve 10. Madde her iki çalışmada da bu başlık altında yer almaktadır. Diğer üç madde ise birbirinden tamamen farklıdır. Her üç çalışmada kurumsal ve yasal kısıtlamalara işaret eden bir faktör bulunmuştur. Bu faktör de benzer şekilde her üç araştırmacı tarafından farklı şekilde isimlendirilmiştir. Sharif ve ark. (2017) tarafından, hem de Soleimeni ve ark. (2016) “kişisel ve organiasyonel baskı altında bakım sağlama” olarak isimlendirilen faktör, Soleimeni ve ark. (2016) tarafından “kurumsal sınırlamalar” olarak adlandırılmıştır. Bizim çalışmamızda ise hem kurum hem de mevzuta vurgu yapması bakımından “yönetmelik etik” bu faktörün isimlendirilmesinde uygun bulunmuştur.

Lamiani ve ark. (2017) tarafından yapılan hemşire, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının örnekleme dahil edildiği çalışmada ise, ölçekten yedi madde çıkarılmıştır (192). Çıkarılan maddelerden, madde 11 sadece eğitim hastanelerinde geçerli olması, madde 10, 12 ve 21 tam anlaşılmasında ve madde 1, 13 ve 17 yapılan AFA analizi sonucunda faktörlere minimum değerden daha az yüklemesi nedeniyle ölçekten dahil edilmemiştir. Kalan 14 madde yapılan analizler sonucunda 4 faktörlü bir yapı oluşturduğu bulunmuştur. İran’da yapılan çalışmalara paralel olarak “nafile tedavi” başlıklı bir faktör bulunmaktadır. Belirtilen alt boyut ile yapılan çalışmada bulunan “Hasta ve Ailenin Özerkliği” alt boyutu ile üç madde ortaklaşmaktadır.

Sadece bir madde farklı bir boyuta yüklenmiştir. Diğer faktörler belirgin bir paralellik görülmemiştir. Yapılan çalışmalardan farklı olarak, Lamiani ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada kurum ve mevzuata yönelik bir alt boyut bulunmamaktadır. Bu farkın nedeni ölçekten yedi madde çıkarılması nedeniyle ölçeğin ana yapısında önemli bir değişiklik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde MDS-R geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında ortaya çıkan farklılıklar, moral distres yaşantısının, pek çok faktörden etkilendiği, bireysel özelliklerin de oldukça belirleyici olabildiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, moral distres alanında kavramların kullanılması ve MDR-S ölçeğinde yer alan maddelerin yorumlanmasında yazarlar arasında ciddi farklılıklar olduğu da göze çarpmaktadır. Moral distresin, etik gibi felsefi boyutu oldukça güçlü ve farklı bakış açıları ile zenginleşen bir alanla yakın ilişki içinde oluşunun bu farklılıklara yol açtığı düşünülebilir. Ancak, moral distres ve ilişkili kavramlara ve alanın çok büyük bir bölümü tarafından kabul edilip aktif olarak kullanılan MDS-R'nin maddelerinin neye işaret ettiğine yönelik bir uzlaşma noktasının bulunması da kanımızca faydalı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Hamric ve ark (2012) tarafından düzenlenen orijinal dili İngilizce olan Moral Distress Scale-Revised Pediatric Nurse Questionnaire (MDS-R)'ın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak, Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığı incelendi. Bu amaca yönelik olarak, dil geçerliği, kapsam geçerliği, görünüş geçerliği, yapı geçerliği, iç tutarlık analizleri, eş değer yarılar yöntemi ve madde analizleri yapılarak, PH-MDRÖ'nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği değerlendirildi.

6.1. Sonuç

- PH-MDRÖ'nün dil geçerliği için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak, dil geçerliği sağlanmıştır.
- Uzman görüşleri sonucunda, PH-MDRÖ'nün maddelerinin tümünde KGİ değeri 0.925 olarak belirlenmiş ve kapsam geçerliği olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.).
- Ölçeğin KMO değeri (0.862) ve Bartlett's testi ($\chi^2=1301,892$, $p<0.001$) sonuçlarına göre verilerin birbiri ile ilişkili olduğu ve faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).
- PH-MDRÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde öncelikle DFA kullanılmış, ölçeğin orijinal formatı ile yapılan DFA sonucunda, bulunan uyum indeks değerleri kabul edilebilir sınırların altında olması nedeniyle, Türk dili ve kültürüne uygun yapının belirlenmesinde AFA kullanılmıştır (Tablo 4.5.).
- Yapılan AFA sonucunda, Türk dili ve kültüründe PH-MDRÖ'nün 21 madde ve beş alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. PH-MDRÖ'nün faktör yüklerinin 0.329-0.858 arasında değiştiği ve açıklanan toplam varyansın %55,298 olduğu ve varyans değerinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.).
- AFA sonucunda PH-MDRÖ, orijinal formuna uygun olarak “Yarar sağlama-Zarar vermeme”, “Hasta ve Ailenin özerkliği”, “Mesleki özerklik”, “Yönetmelik” ve “Hasta savunuculuğu” beş alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir.
- PH-MDRÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, ölçeğin tamamı için 0.865, “Yarar sağlama-zarar vermeme” alt boyutu için 0.815, “Hasta ve Ailenin Özerkliği” alt boyutu için 0.758, “Mesleki Özerklik” alt boyutu için 0.660,

“Yönetmelik Etik” alt boyutu için 0.584 ve “Hasta Savunuculuğu” alt boyutu için 0.602 olarak belirlemiş ve yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7.).

- PH-MDRÖ'nün eş değer yarılar analizi sonucunda, Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı 0,891 ve Guttman Eş Değer Yarılar Katsayısı 0,891 olarak hesaplanmış ve güvenilir olduğu görülmüştür (Tablo 4.8.).
- Korelasyona dayalı madde analizi için “madde-toplam puan korelasyon katsayıları” hesaplanmış, korelasyon değerlerinin 0.308-0.574 değerleri arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.9.).
- PH-MDRÖ'nün maddelerinin alt-üst %27'lik dilim puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p < 0.05$), ölçeğin ayırt ediciliğinin yeterli olduğu görülmüştür (Tablo 4.10.).
- PH-MDRÖ'nün katılımcıların sıklık boyut toplam puan ortalamaları $38,17 \pm 16,03$, rahatsızlık boyut toplam puan ortalamaları $48,5 \pm 16,0$ ve ölçek toplam puan ortalamaları $106,2 \pm 55,0$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.11.).

Sonuç olarak; PH-MDRÖ'nün 21 madde ve beş alt boyuttan oluşan Türkçe formunun Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

PH-MDRÖ'nün;

- Pediatri hemşirelerinin moral distres düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi,
- Pediatri hemşirelerinde moral distrese yol açan durumların ortaya çıkartılması amacıyla yürütülecek çalışmalarda PH-MDRÖ'nün kullanılması,
- Pediatri hemşirelerindeki moral distresin dinamiklerinin incelenmesi için, moral distresin tükenmişlik, iş doyumunu vb ve bunun gibi faktörlerle ilişki durumunu değerlendiren çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- PH-MDRÖ'nün moral distresin önlenmesi ve azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalarda ölçüm aracı olarak kullanılması,

- PH-MDRÖ'nün ölçeğın orjinalinden farklı olarak belirlenen beş alt boyutlu yapının Türk kùltürü ve sağlık sistemi bağlamında daha yakından incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Erdilek M. Sağlık personelinin iş stresi, iş-aile çatışması ve iş-aile-hayat tatminlerine yönelik algılarının işten ayrılma niyeti üzerindeki etkilerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2015;13(26):113-34.
2. Hsu HY, Chen SH, Yu HY, Lou JH. Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(7):1592-601.
3. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(1):652-66.
4. Rujnan T. Onkoloji Hemşirelerinde İş stresi ve etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013;21(2):92-100.
5. Wu H, Chi TS, Chen L, Wang L, Jin YP. Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(3):627-34.
6. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*. 2011;19(4).
7. Tarhan M, Dalar L. Vardiyalı çalışma ve algılanan çalışma ortamının hemşirelerin ruh sağlığı durumları üzerine etkisi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;2(1 Cilt: 2):25-39.
8. ILO/WHO. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health - Report. 2003.
9. Acar-Baltaş ZB. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2015.
10. Aytaç S. İş stresi oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, yöntemleri. iş stresi yönetimi el kitabı. Ankara: Labour Ministry- CASGEM; 2009.
11. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014;21(3):359-73.
12. Lazzari T, Terzoni S, Destrebecq A, Meani L, Bonetti L, Ferrara P. Moral distress in correctional nurses: A national survey. *Nursing Ethics*. 2020;27(1):40-52.
13. Saeedi S, Jouybari L, Sanagoo A, Vakili MA. The effectiveness of narrative writing on the moral distress of intensive care nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(7-8):2195-2203.
14. Awosoga O, Pijl EM, Hagen B, Hall B, Sajobi T, Spenceley S. Development and validation of the moral distress in dementia care survey instrument. *J Adv Nurs*. 2018;74(11):2685-700.
15. Ramos AM, Barlem ELD, Barlem JGT, Rocha LP, Dalmolin GL, Figueira AB. Cross-cultural adaptation and validation of the moral distress scale-revised for nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1011-7.
16. Jameton A. *Nursing practice: The ethical issues*. 1984. New Jersey: Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall; 1984.

17. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1987; 23(1):16-29.
18. Hamric AB. A case study of moral distress. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2014;16(8):457-63.
19. Ghasemi E, Negarandeh R, Janani L. Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(3):663-73.
20. Bordignon SS, Lunardi VL, Barlem ELD, Dalmolin GdL, da Silveira RS, Ramos FRS, et al. Moral distress in undergraduate nursing students. *Nursing Ethics*. 2019;26(7-8):2325-39.
21. Pergert P, Bartholdson C, Blomgren K, af Sandeberg M. Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing Ethics*. 2018;26(7-8):2351-63.
22. Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S. Moral distress among Iranian nurses. *Iranian journal of psychiatry*. 2015;10(1):32-36.
23. DeKeyser Ganz F, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1516-25.
24. Silen M, Svantesson M, Kjellstrom S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3483-93.
25. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*. 2010;17(6):726-40.
26. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care*. 2010;10(3):145-56.
27. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*. 2016;31(1):178-82.
28. Ghasemi E, Negarandeh R, Janani L. Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nursing Ethics*. 2017;26(3):663-73.
29. Lee KJ, Dupree CY. Staff experiences with end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2008;11(7):986-90.
30. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):15-31.
31. Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral Distress in pediatric healthcare providers. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(6):908-14.
32. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PGJAodic. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2016;101(8):701-8.
33. Sannino P, Gianni M, Re L, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology*. 2015;35(3):214-21.

34. Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral distress in pediatric healthcare providers. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;30(6):908-14.
35. Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CSJPCCM. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2017;18(8):318-26.
36. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*. 2007;35(2):422-9.
37. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3(2):1-9.
38. Lievrouw A, Van Belle M, Benoit DD, editors. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Forum*. 2016;43(4):505-12.
39. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in J ordan. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23(1):33-41.
40. Özbaş AA. Onkoloji hemşireliğinde etik ikilem ve moral Distres. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2017;3(1):19-26.
41. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA Journal of Ethics*. 2017;19(6):617.
42. Wilson MA, editor Analysis and evaluation of the moral distress theory. *Nursing Forum*. 2018;53(2):259-66.
43. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010;46(3):209-20.
44. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, et al. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *La Medicina Del Lavoro*. 2018;109(2):97.
45. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nursing Ethics*. 2018;26(5):1473-83.
46. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*. 2012;24(1):39-49.
47. Morley G. What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it? *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(19-20):3443-45.
48. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):131-52.
49. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical care nursing*. 2007;23(5):256-63.

50. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-6.
51. Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(1):167-74.
52. Karagözoğlu S, Yıldırım G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing Ethics*. 2017;24(2):209-24.
53. Şahin LA. Sağlık Çalışanının İş Güvenliği ve İş Stresi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2017.
54. Eren E. Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. İstanbul: Beta Yayıncılık; 2015.
55. Denizsever S. Hemşirelerde Karar Verme ile İş Stresi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Okan Üniversitesi; 2017.
56. Perrewé PL, Ganster DC. New developments in theoretical and conceptual approaches to job stress. England: Emerald Group Publishing Limited; 2010.
57. Kaçmaz N. Hemşirelerde iş stresi ve tükenmişlik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2005;13(54):65-76.
58. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2011;11(2):59-67.
59. Harnois, G., Gabriel, P., & World Health Organization. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization; 2000.
60. Sönmez S, Ursavaş A, Uzaslan E, Ediger D, Karadağ M, Gözü RO, et al. Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları. *Türk Toraks Der*. 2010;11:105-8.
61. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile başetme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;2(1):13-23.
62. Tetik F. Çalışma Yaşamında İş Stresinin Verimlilik Üzerine Etkileri: Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Uygulama [Yüksek lisans tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2014.
63. Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-based Healthcare*. 2012;10(2):126-41.
64. Baron RA, Greenberg J. Behavior in organizations: Understanding and managing the human side of work: Color transparencies. England: Prentice Hall; 1997.
65. Işıklı B. Çatışma ve stres yönetimi-II Ç. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2013.

66. Miller H SA. ICN stress source [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2020] Erişim adresi: <http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx>
67. Çalık KY, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EÖ. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(1):33-45.
68. Lin SH, Liao WC, Chen MY, Fan JY. The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. Journal of Nursing Management. 2014;22(5):604-12.
69. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010;5(15):17-30.
70. Tarrant T, Sabo CE. Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. Nursing Administration Quarterly. 2010;34(1):72-82.
71. Yaşar BA. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Stresinin Çalışan Performansına Etkileri (Bir Kamu Hastanesi Uygulaması) [Yüksek Lisans]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2014.
72. Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. Journal of Pediatric Nursing. 2012;27(4):357-65.
73. Türk Dil Kurumu. Ahlak [Internet]. 2019. [Erişim Tarihi 18 Aralık 2019] Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=>.
74. Childress JF, Beauchamp TL. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2001.
75. Aydın E. Tıp Etiği. İstanbul: Güneş Kitapevi; 2006.
76. WS, Holland JC Andersen B. Breitbart. NCCN clinical practice guidelines in oncology: distress management. New York: NCCN; 2013.
77. Bultz BD, Holland JC. Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. Community Oncology. 2006;5(3):311-4.
78. TDK. Sıkıntı [Internet]. 2019. [Erişim Tarihi 18 Aralık 2019] Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c64822a03f933.86554206.
79. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics. 2002;9(6):636-50.
80. Kälvmemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Social Science & Medicine. 2004;58(6):1075-84.
81. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. Western Journal of Nursing Research. 2006;28(4):419-38.
82. Kälvmemark Sporrang S. Ethical competence and moral distress in the health care sector: A prospective evaluation of ethics rounds. Brno: Acta Universitatis Upsaliensis; 2007.

83. Pendry PS. Moral distress: Recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics*. 2007;25(4):217-26.
84. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics*. 2013;20(5):589-603.
85. AACN. Moral distress [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 28 Aralık 2019] Erişim adresi: <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>.
86. Winland-Brown JE, Chiarenza D, Dobrin A, editors. Nurse-physician perspectives on moral distress support the need to create a caring ethical work environment. *Forum Public Policy*. 2010;48(5): 172-8.
87. Sweeney CD. A DAISY Nurse: Moral Distress and End-of-Life Decisions in the Pediatric Setting. *Journal of Nursing Administration*. 2017;47(2):82-4.
88. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016;36:42-8.
89. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*. 2016;42(1):37-46.
90. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*. 2017;25(6):477-85.
91. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*. 2003;10(3):177-83.
92. Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2003;9(1):17-23.
93. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008;11(1):89-98.
94. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*. 2012;19(2):183-95.
95. Sporrang SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*. 2006;13(4):416-27.
96. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lemermeyer G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*. 2005;15(3):197-212.
97. Moses L, Malowney MJ, Wesley Boyd J. Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: A survey of North American veterinarians. *Journal of Veterinary Internal Medicine*. 2018;32(6):2115-22.

98. Oelhafen S, Monteverde S, Cignacco E. Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 2018;26(5):1373-1386.
99. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(4):330.
100. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal And Women's Health Nursing*. 1993;4(4):542-51.
101. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs*. 2010;15(3).
102. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10(2):113-24.
103. Tiedje LB. Moral distress in perinatal nursing. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2000;14(2):36-43.
104. Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*. 2002;9(4):373-87.
105. Howe EG. Fourteen important concepts regarding moral distress. *The Journal of Clinical Ethics*. 2017;28(1):3-14.
106. Peter E. Advancing the concept of moral distress. *Journal of bioethical inquiry*. 2013;10(3):293-5.
107. Corley MC, Minick P. Moral distress or moral comfort. *Bioethics Forum*. 2002;18(1-2):7-15.
108. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
109. Watt K, Kirschen MP, Friedlander JA. Evaluating the Inpatient Pediatric Ethical Consultation Service. *Hospital Pediatrics*. 2018;8(3):157-61.
110. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2016;101(8):701-8.
111. Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma*. 2017;9(4):399-406.
112. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(6):523-30.
113. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2005;24(5):229-41.
114. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007;35(2):422-9.

115. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*. 2009;16(5):561-73.
116. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA journal*. 2011;79(1):39-47.
117. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16(3):360-73.
118. Penny NH, Bires SJ, Bonn EA, Dockery AN, Pettit NL. Moral Distress Scale for Occupational Therapists: Part 1. Instrument Development and Content Validity. *Am J Occup Ther*. 2016;70(4):73-81.
119. Resnik DB. Moral Distress in Scientific Research. *Am J Bioeth*. 2016;16(12):13-5.
120. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 2007;14(3):344-59.
121. Powell SB, Engelke MK, Swanson MS. Moral Distress Among School Nurses. *J Sch Nurs*. 2018;34(5):390-7.
122. Rushton CH. Principled moral outrage: an antidote to moral distress? *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(1):82-9.
123. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(1):80 e7-13.
124. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2013;39(6):547-52.
125. Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(3):245-54.
126. Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses. Chicago: Loyola University; 2007.
127. Kada O, Lesnik T. Facets of moral distress in nursing homes : A qualitative study with examined registered nurses. *Z Gerontol Geriatr*. 2019;52(8):743-50.
128. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*. 2017;22(1):51-67.
129. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):64-76.
130. Ulrich CM, Grady C. *Moral Distress in the Health Professions*. New York: Springer; 2018.
131. Rushton CH. Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care*. 2006;17(2):161-8.

132. Green MM, Wicclair MR, Wocial LD, Kondrat A, Mukherjee D. Moral Distress in Rehabilitation. *PM&R*. 2017;9(7):720-6.
133. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2008;27(6):263-7.
134. Radzvin LC. The occurrence of moral distress in certified registered nurse anesthetists. ProQuest; 2008.
135. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(1):33-41.
136. Ameri M, Safavibayatneed Z, Kavousi A. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2016;33(3):6-12.
137. Brandon D, Ryan D, Sloane R, Docherty SL. Impact of a pediatric quality of life program on providers' moral distress. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2014;39(3):189-97.
138. Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lützn K, Pergert P. To change or not to change-translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). *BMC Medical Ethics*. 2017;18(1):14-23.
139. Thomas TA, Thammasitboon S, Balmer DF, Roy K, McCullough LB. A Qualitative study exploring moral distress among pediatric resuscitation team clinicians: challenges to professional integrity. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal Of The Society Of Critical Care Medicine And The World Federation Of Pediatric Intensive And Critical Care Societies*. 2016;17(7): 303-8.
140. Janvier A, Nadeau S, Deschenes M, Couture E, Barrington K. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *Journal of Perinatology*. 2007;27(4):203-12.
141. Çavuşoğlu H. Pediatri Hemşireliğinde Karşılaşılan Etik Sorunlar ve Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History-Special Topics*. 2017;3(1):47-52.
142. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2016;101(8):701-8.
143. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. *Nursing Ethics*. 2012;19(4):464-78.
144. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*. 2013;20(3):312-24.
145. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*. 2017;26(7):646-62.
146. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(3):360-73.

147. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 2004;13(3):202-8.
148. Wallis L. Moral distress in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*. 2015;115(3):19-20.
149. Karakachian A, Colbert A. Nurses' Moral Distress, Burnout, and Intentions to Leave: An Integrative Review. *J Forensic Nurs*. 2019;15(3):133-42.
150. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;8(3):107-18.
151. Dawber C. Reflective practice groups for nurses: a consultation liaison psychiatry nursing initiative: part 2—the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(3):241-8.
152. Sharpe M. Liaison psychiatry-defining needs and planning services. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995;39(1):103-13.
153. Mevzuat. KLP hemşireliği [Internet]. 2012. [Erişim Tarihi 23 Nisan 2020] Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.html>.
154. Atılgan H. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık; 2017.
155. Thorndike R, Christ, T. Psikolojide ve eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Nobel Kitabevi; 2017.
156. Adnan Kan BA. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayınları; 2000.
157. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2018.
158. Kartal M, Bardakçı S. Spss ve amos uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlilik analizleri. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2018.
159. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006.
160. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6.
161. Pnueli A, Siegel M, Singerman E, editors. Translation validation. *International Conference on Tools and Algorithms for the Construction and Analysis of Systems*. New York: Springer; 1998.
162. Erkan S, Gömleksiz M. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık; 2014.
163. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*. 1992;5(4):194-7.
164. Karakoç AG, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39-49.
165. Arıkan S, Demirlitaş N, Gültekin S. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık; 2017.

166. Erefe İ. Hemşirelik Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara:HEMAR-GE; 2004.
167. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2007.
168. Erkuş A, Sünbül Ö, Sünbül SÖ, Yormaz S, Aşiret S. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II ölçme araçlarının psikometrik nitelikleri ve ölçme kuramları. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2017.
169. Güler N. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2017.
170. Fruet IMA, Dalmolin GL, Bresolin JZ, Andolhe R, Barlem ELD. Moral distress assessment in the nursing team of a hematology-oncology sector. Rev Bras Enferm. 2019;72(1):58-65.
171. Çetin B. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık; 2017.
172. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33(1):210-23.
173. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston: Pearson; 2007.
174. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
175. Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2015;22(4):195-01.
176. Holden RR. Face validity. The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010:1-2.
177. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.17(3).
178. Orçan F. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı? Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology. 2018;9(4):413-21.
179. Karaman H, Burcu A, Aktan DÇ. Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;37(3):1173-93.
180. Aydın E. Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. Aydın E. Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. 2003;25(2):92-97.
181. Mutlu MS. Hasta-Hekim İlişkisinde Temel Yaklaşımlar: Paternalizm ve Hasta Özerkliği. [Konu İncelemesi]. Kayseri: Kadir Has Üniversitesi; 2018.
182. Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2008;10(3):41-52.
183. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2012;14(3):66-76.

184. Aydın İP. Yönetmel mesleki ve örgütsel etik. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2014.
185. Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş hemşirelikte etik. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
186. Şermet E. Hemşireler İçin Hasta Savunuculuk Ölçeğinin Geliştirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.
187. Auerswald M, Moshagen M. How to determine the number of factors to retain in exploratory factor analysis: A comparison of extraction methods under realistic conditions. *Psychological Methods*. 2019; 24(4):468–491.
188. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: Guilford Publications; 2015.
189. Kızıltepe SK. Acil Servis Hemşirelerinde Ahlaki Sıkıntı ve Başa Çıkma Yollarını Etkileyen Faktörler [Doktora Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
190. Sharif Nia H, Shafipour V, Allen K-A, Heidari MR, Yazdani-Charati J, Zareiyan A. A Second-order confirmatory factor analysis of the moral distress scale-revised for nurses. *Nursing Ethics*. 2017;26(4):1199-1210.
191. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Panarello B. Psychometric evaluation of the moral distress scale-revised among Iranian nurses. *Nursing Ethics*. 2016;26(4):1226-1242.
192. Lamiani G, Setti I, Barlascini L, Vegni E, Argentero P. Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians: Validation and psychometric properties of the Italian moral distress scale-revised. *Crit Care Med*. 2017;45(3):430-7.