

PAPER DETAILS

TITLE: Yenidogan Yogun Bakim Hemsirelerinde Karsilanamayan Bakim Nedenleri ve Vicdan:
Kalitatif ve Kantitatif Bir Arastirma

AUTHORS: Serap Özdemir,Erhan Elmaoglu

PAGES: 113-126

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2649031>

Araştırma Makalesi/ Research Article

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Karşılanamayan Bakım Nedenleri ve Vicdan: Kalitatif ve Kantitatif Bir Araştırma

Reasons for Missed Care and Conscience in Neonatal Intensive Care Nurses: A Qualitative and Quantitative Study

Serap Özdemir¹  Erhan Elmaoğlu¹ 

¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kilis, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 14/09/2022

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 09/08/2023

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Türkiye, Published online: 31/10/2023

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde karşılanamayan bakım nedenlerinin ve vicdan deneyimlerinin kalitatif ve kantitatif olarak incelenmesini amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmanın tipi tanımlayıcı ve fenomenolojiktir. Araştırmanın evrenini; 15 Şubat-15 Mart 2022 tarihleri arasında bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde çalışan yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısı gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 106 hemşireden oluşmaktadır. Nitel verilerin örneklemini ise 106 hemşire içerisinden rastgele kura yöntemi seçilen 15 hemşireden oluşmaktadır. Veri toplama araçları; yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özelliklere ilişkin bir soru formu, Pediatri hemşireliğinde karşılanamayan bakım ve nedenleri-pediyatrik versiyon anketi, Vicdan Algısı Ölçeği ve 6 maddeli yarı yapılandırılmış görüşme formundan oluşmaktadır.

Bulgular: Vicdan algısı ölçeğinin toplam puan ortalaması ile karşılanamayan bakım nedenleri arasında negatif yönde anlamlı olmayan ilişki olduğu belirlendi. Görüşmelerin sonucunda elde edilen veri analizleri hemşirelerin karşılayamadıkları bakım nedenlerinin vicdan deneyimlerine yönelik 4 ana tema ve bunların alt temaları belirlendi.

Sonuç: Araştırmada karşılanamayan bakım nedenleri ile vicdan arasında anlamlı olmayan ilişki bulunmasına rağmen, hemşirelerin bakımdaki vicdan deneyimlerinin çarpıcı olduğu ve yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin bebek bakımı esnasındaki vicdan deneyimlerinin neler olduğu bulundu.

Anahtar kelimeler: Hemşire, karşılanamayan bakım, vicdan, yenidoğan yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine qualitatively and quantitatively the reasons for unmet care and experiences of conscience in neonatal intensive care nurses.

Method: The type of research is descriptive and phenomenological. The universe of the research; Neonatal intensive care nurses working at a gynecology and pediatrics hospital between 15 February and 15 March 2022 were formed. The sample size of the study consists of 106 nurses with the random sampling method. The sample of qualitative data consisted of 15 randomly selected nurses from among 106 nurses. Data collection tools; A questionnaire about socio-demographic characteristics and professional characteristics of neonatal intensive care nurses, missed care in pediatric nursing and its causes-pediatric version questionnaire, Conscience Perception Scale, and a 6-item semi-structured interview form were used.

Results: It was determined that there was a negative and insignificant relationship between the total mean score of the sense of conscience scale and the reasons for missed care. The data analysis obtained as a result of the interviews identified 4 main themes and their sub-themes regarding the conscience experiences of the reasons for the care that the nurses could not meet.

Conclusion: Although there was insignificant relationship between the reasons for missed care and conscience in the study, it was found that nurses' experiences of conscience in care were striking and what were the experiences of conscience of neonatal intensive care nurses during newborn care.

Keywords: Nurse, missed care, conscience, neonatal intensive care

ORCID IDs of the authors: SÖ:0000-0003-4589-7264; EE:0000-0002-4830-1625

Sorumlu yazar/Corresponding author: Serap Özdemir

Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kilis, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: serapozdemir@kilis.edu.tr, serap8685@hotmail.com

Atıf/Citation: Özdemir S, Elmaoğlu E. (2024). Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde karşılanamayan bakım nedenleri ve vicdan: Kalitatif ve kantitatif bir araştırma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 7(1), 113-126. DOI:10.38108/ouhcd.1236074



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Giriş

Karşılanamayan hemşirelik bakımı; belirli veya belirsiz bir nedenden dolayı hastaya verilmesi gereken hemşirelik bakımının eksik veya hiç verilmemesi ya da göz ardı edilmesi olarak tanımlanmakla birlikte, hasta güvenliğini tehlikeye atan ihmal ya da atlama hatası olarak da nitelendirilmektedir (Kalisch ve Williams, 2009). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YDYB) de karşılanamayan hemşirelik bakımlarının olduğu bilinmektedir (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019; Tubbs-Cooley ve ark., 2019). Bu alanlarda karşılanamayan bakım oranlarının yetişkin bakım hizmeti verilen ünitelere göre %55 ile %98 daha düşük (Jones ve ark., 2020) olduğu ancak, hassas ve kırılgan olan bu hasta gruplarının tedavi/bakım ihtiyaçlarının karşılanamamasının hem bakım maliyeti hem de bakım kalitesi açısından hasta sonuçlarını önemli derecede olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir (Kalisch ve ark., 2009). Yoğun bakımdaki uzun kalış süreleri ve bakım gereksinimlerinin karmaşıklığı, yenidoğan hasta gruplarını hatalara karşı daha hassas hale getirmektedir. Bakımda karşılaşılan ihmal/atlama hataları bu hastaların aile, klinik durum ve güvenlik sonuçları üzerinde güçlü ve anlamlı etkilere neden olabilmektedir (Purdy ve ark., 2015). Karşılanamayan hemşirelik bakımları çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin karşılanamayan bakım nedenleri arasında; iş yoğunluğu/yükü (Blackman ve ark., 2015; Tubbs-Cooley ve ark., 2019), çalışılan çevre koşulları (Lake ve ark., 2020), hemşire kişilik özellikleri (Castner ve ark., 2015), vicdan (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019), personel sayısı ve hasta oranlarının (Oriqué ve ark., 2016) etkili olduğu bildirilmektedir.

Vicdan; bir bireyin davranışları esnasında kendi ahlaki değerlerini yargılayabilme yeteneğine sahip güç olarak nitelendirilir (Aksoy ve ark., 2019). Aynı zamanda kişiye neyin yapıp neyin yapılmayacağı ile ilgili rehberlik eden bir davranış biçimini de ifade etmektedir (Yıldız ve ark., 2021). Temel olarak ahlaki kurallara sahip olma ve bu ölçüde hareket etme, vicdanın önemli unsurları arasındadır. Birey davranışlarını bu temel ahlaki değerlere uygun olup olmama durumuna göre sergilemektedir (Sulmasy, 2019). Hemşirelikte vicdan ise, kişinin içinden gelen bir ses, otorite olarak algılanan, bakımı olumlu yöne doğru etkileyebilen bir kavramdır. Vicdan, hemşirelikte hem kişisel hem de mesleki profesyonelliğin göstergesi olarak da nitelendirilmektedir (Cleary ve Lees, 2019; Lamb ve

ark. 2019). Hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamalarını eksiksiz olarak yerine getirebilmesi için yüksek kaliteli bilgiye, kararlılığa, duyarlılığa ve ek olarak vicdana da sahip olmaları beklenmektedir (Cleary ve Lees, 2019; Mohammadi ve ark., 2020). Vicdani bakım gerektiren hasta gruplarının en önemlileri şüphesiz ki yenidoğan bebeklerdir. İletişim ve davranış biçimlerinin yalnızca ağlama (Özdemir ve ark., 2021) ve fizyolojik tepkiler (Yılmaz ve Özdemir, 2022) olduğu düşünüldüğünde, yenidoğan bebeklere bakım vermenin diğer hasta gruplarına bakım vermede akademik bilgi ve becerinin yanı sıra, vicdan gibi manevi değerlerinde önemli olduğu düşünülmektedir (Ford ve Austin, 2018). Yapılan çalışmada hemşirelerin vicdani onları iyi hasta bakımı için olumlu yönlendiren ve yanlış eylemlerden uzaklaştıran önemli bir duygu olarak gördükleri belirtilmektedir (Alipour Hamze Kandi ve Zeinali, 2017). Yenidoğan hemşireleri daha önce YYBÜ'de ağrı ve ıstırap durduramadıklarında “çaresiz” ve “güçsüz” kelimelerini kullanmışlardır. Bebeklerin acı ve ıstırap anlarında müdahale edememe sıklıkla ahlaki ve vicdani bir sıkıntı kaynağı olarak anılır (Ford ve Austin, 2018). Hemşire bakımda birçok farklı problem ile karşılaşabilmektedir (Eagen-Torkko ve Levi, 2020). Bu problemlerin hemşirelerin vicdani karar verme sürecini etkilediği bildirilmektedir (Aksoy ve ark., 2019).

Doğrudan insana hizmet sunan ve çoğu zaman kolay incinebilir ve hassas topluluklarla çalışan hemşireler için vicdan önemli bir değerdir (Aksoy ve ark., 2019; Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019). Sağlık bakım hizmeti sunucularının hastaya uyguladıkları her türlü tedavi ve yaklaşımda bilgi, beceri ve empatik düşünmenin yanı sıra vicdani sorumlulukları da olduğu düşünülmektedir (Ozcan, 2022). Bu hassas ünitelerin başında şüphesiz yenidoğan üniteleri gelmektedir, bu birimde çalışan hemşirelerin tek iletişim yöntemlerini ağlama yoluyla ifade eden bebeklerin sağlık bakım hizmetini eksiksiz karşılamasının hemşirelerin bireysel özelliklerinden de etkilendiği düşünülmektedir. Buradan yola çıkılarak, YDYB'da çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakımları ile vicdan algıları arasında nasıl bir ilişki olduğu ve bakım hatalarının/eksikliklerindeki vicdani deneyimlerinin ne olduğu merak konusudur. Bu nedenle; bu çalışma da yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde karşılanamayan bakım nedenlerinin ve vicdan deneyimlerinin kalitatif ve kantitatif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma nitel ve nicel veriler toplanarak karma yöntem ile gerçekleştirildi. Bu yöntemin seçimindeki amaç; araştırma sorularına yanıt ararken çoklu yaklaşımların kullanılmasıdır. Hem nitel hem nicel verilerden elde edilen sonuçların birbirini desteklemesi, yakınlığı ve tamamlaması ile yeni hipotez veya araştırma sorularının ortaya çıkması ya da araştırmanın sınırlarının genişletilmesi hedeflenebilir. Baki ve Gökçek'in (2012) belirttiğine göre; bir araştırma içerisinde incelenen durumların çeşitliliği nicel ve nitel olarak belirlenebilir, bu iki yaklaşımla belirlenen soruna bütünsel bakış açıları kazandırabilir. Nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla hem teorik hem uygulamalara yönelik tam ve eksiksiz bilgiler üretilebilir (Baki ve Gökçek, 2012).

Araştırma Soruları

1. YDYB hemşirelerinin karşılayamadıkları bakım ve nedenleri ile vicdan algıları arasındaki ilişki nasıldır?

2. YDYB hemşirelerinin karşılayamadıkları bakımlardaki vicdan deneyimleri nelerdir?

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve zaman

Bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapıldı. Araştırmanın evrenini; 15 Şubat-15 Mart 2022 tarihleri arasında belirlenen hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler oluşturdu. Bu ünite toplam 117 hemşire çalışmakta idi. Araştırmanın örneklem sayısı gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 106 hemşire ile yürütüldü. Bu sayı aynı zamanda evrenin % 90'ını oluşturmaktadır. Nitel çalışmanın örneklemini ise, nicel örnekleme içinden rastgele kura yöntemi ile çekilen 15 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi oluşturmuştur. Dahil edilme kriterlerinde; en az bir aydan beri yenidoğan yoğun bakım servislerinde hemşire olarak çalışan, hasta bakımına aktif katılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden yenidoğan yoğun bakım hemşireleri yer almaktadır. Sorumlu hemşire olarak çalışanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Verileri Toplama Araçları

Araştırmada; veri toplama aşaması 2 farklı şekilde gerçekleştirildi. Birinci bölümde yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özelliklere ilişkin bir soru formu, Pediatri hemşireliğinde karşılanamayan bakım ve nedenleri-pediyatrik versiyon anketi ile Vicdan algısı ölçeği kullanılarak nicel veriler toplandı. İkinci bölümde ise 10 çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanındaki uzmanlardan

görüşleri alınarak hazırlanan 6 maddeli yarı yapılandırılmış görüşme formu ile nitel veriler toplandı. Görüşme formunun güvenilirliğini test etmek amacıyla 5 hemşire ile görüşülerek pilot çalışma yapıldı ve daha sonra görüşme formunda gereken düzeltmeler yapıldı. Pilot testten elde edilen veriler analize dahil edilmedi ve hemşire bilgilerinin gizliliği ve isimlerinin kullanılmayacağı hakkında güvence verildi. Sosyo-demografik veri formu ile ölçekler hemşireler tarafından yanıtlanması istendi ve ortalama 10 dakika sürdü. Nitel verilerin toplanması yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yüz yüze gerçekleştirildi. Görüşmeler sırasında tüm konuşmaların ses kayıt cihazı ile kaydedileceği hemşirelere açıklandı. Duygu, düşünce ve deneyimlerini içten bir şekilde ifade etmeleri için fırsat verildi. Bu ifadeler ile ilgili herhangi bir geri bildirimde bulunulmadı. Tüm görüşmeler hemşire-eğitimi olan ilk araştırmacı tarafından kaydedildi ve yürütüldü, görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika sürdü.

Sosyo-demografik Verilere İlişkin Soru Formu

Araştırmacılar tarafından literatür (Calikus Incekar ve ark., 2020; Tubbs-Cooley ve ark., 2019) taranarak hazırlanan soru formu; Hemşirelerin sosyo-demografik; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumunun yer aldığı 7 soru ve mesleki özelliklere ilişkin; mesleğini isteyerek seçme durumu, hemşirelik mesleğinde çalışma yılı, yenidoğan yoğun bakımda çalışma yılı, bu biriminde çalışmaktan memnuniyet durumu ve bu birimi isteyerek mi tercih ettiği, çalışma temposu, haftalık çalışma saati ve şekli ile yenidoğan yoğun bakım alanında herhangi bir sertifikaya sahip olma durumu, en son çalıştığı vardiyadaki hemşire başına düşen hasta sayısı, bakımda vicdani değerleri önemseme durumu ve hasta bakımında sorun/hata yaşandığında vicdani olarak etkilenme durumunun yer aldığı 13 soru ile toplamda 20 soruluk bir formdur.

Karşılanamayan Bakım Anketi-Pediyatrik Versiyon

Kalisch ve Williams (2009) tarafından ilk kez hemşirelerin karşılanamayan bakım ve nedenlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bagnasco ve ark., (2018) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması İtalyan hastanelerinde yapılmıştır (Bagnasco ve ark., 2018). Tubbs-Cooley ve ark., (2015) ise anketin yenidoğan yoğun bakım versiyonunun geliştirilmesinde bu İtalyan versiyonunu kullanmıştır (Tubbs-Cooley ve ark.,

2015). Türkçe uyarlaması Calikusu Incekar ve ark., (2020) tarafından yapılmıştır ve tüm pediatrik alanlarda kullanılabilmektedir (Calikusu Incekar ve ark., 2020). Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Bölüm A; Karşılanamayan Bakım Anketi-Pediatric Versiyon, 5 li likert tipte (5=Her zaman, 4=Sıklıkla 3=Bazen 2=Nadiren 1= Asla ve 1=Uygun Değil) olup, toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde her bir madde ayrı ayrı değerlendirilmekte ve tüm pediatri hemşirelerinin verdiği yanıtların madde özelindeki ortalaması (en küçük 1 en çok 5 puan) alınmaktadır. Puan ne kadar yüksek ise ilgili hemşirelik uygulamasının o oranda yapıldığı anlamına gelmektedir. Bölüm B; 4 lü likert tipte (4=Önemli ölçüde, 3=Kısmen, 2=Çok az, 1=Hiç) olup, 16 madde ve 3 alt boyutta (çalışan kaynaklı, iletişim ve materyal kaynaklı) karşılanamayan hemşirelik bakımının muhtemel nedenlerini içermektedir. Alt boyutların puanı toplanarak hesaplanmaktadır. Anketten alınan yüksek puan karşılanamayan bakımın ilgili alt boyuta ilişkin nedenin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Anketin sınıf içi korelasyon katsayısı 0.75. Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada karşılanamayan bakım bölümünün Cronbach alfa katsayısı 0.93 iken, karşılanamayan bakım nedenleri bölümünün Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutları için ise çalışan, iletişim ve materyal kaynaklı nedenlerde sırasıyla; 0.84, 0.89 ve 0.88 olarak saptandı.

Vicdan Algısı Ölçeği

Dahlquist ve ark., (2007) tarafından geliştirilen ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması Aksoy ve ark., (2019) tarafından gerçekleştirilmiştir (Aksoy ve ark., 2019). Ölçek 6 lı likert tiptedir ve ters madde puanlaması yoktur. Duyarlılık ve otorite boyutu olmak üzere iki faktörden oluşmakla birlikte ölçekten alınabilecek en düşük puan 13 ve en yüksek puan 78 olarak belirtilmiştir. Yüksek puan vicdan algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.84'tür. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

Kalitatif Veriler İçin Oluşturulan Görüşme Soruları;

1. Vicdanlı biri olduğunuzu düşünüyor musunuz?
2. Hemşirelik bakımı için vicdanın önemi sizce nedir?
3. Yenidoğan bebeklere bakım verme ile diğer hasta gruplarına bakım vermek farklı mı? Eğer farklı ise ikisini ayıran farklılıklar sizce nelerdir?

4. Yenidoğan bakımı esnasında hasta ile baş başa kaldığınızda vicdanınız sizi nasıl etkiliyor?

5. Yenidoğanın tedavi/bakım ihtiyacını yeterince veremediğinizde/veremediğinizde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

6. Hemşirelik bakımındaki hataların/eksikliklerin önüne geçilebilmesi için vicdani duyarlılığın artırılabilmesi adına neler yapılmasını istersiniz?

Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizleri iki aşamada gerçekleştirildi. Nicel veriler için, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 paket programı kullanıldı. Normallik varsayımına 'Kolmogorov-Smirnov' testi ile bakıldı. Araştırmada katılımcıların tanıtıcı özellikleri için tanımlayıcı istatistikler olan yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler hesaplanmıştır. Bağımsız üç ve daha fazla parametre karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenlerde Anova, göstermeyenlerde Kruskal Wallis, bağımsız iki parametre karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenlerde Student-t testi, göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Araştırmada değişkenlerin istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

Nitel veriler ise, içerik analizi yöntemi ile değerlendirildi (Yi, 2021). İçerik analizi 5 adımda gerçekleştirildi. İlk olarak, araştırmacı tarafından görüşme kayıtları kelime kelime değiştirilmeden yazıya aktarıldı. Daha sonra hemşirelere ve ses kayıtlarına kod numaraları verildi. Yazılı doküman oluşturulduktan sonra araştırmacılar bağımsız olarak her bir cümleden elde edilebilecek kodları oluşturdu. Ardından, kodlama sürecinde ilk kodları oluşturmak ve bulguların güvenilirliğini değerlendirmek için hemşirelerin ifadelerinin anahtar kısımları belirlenmiştir. Üçüncü olarak, araştırmacılar bir araya gelerek kodlar arasındaki temaları aradılar. Kategorizasyon öncesi veriler ve metinler benzerliklerin boyutuna ve farklılığına göre analiz edilmiştir. Dördüncü ve beşinci aşamada, yarı yapılandırılmış görüşmede hemşirelerin her soruya verdiği yanıtlar incelenirken temalar belirlenmiş ve isimlendirilmiştir (Tong ve ark., 2007).

Nitel Çalışmanın Güvenirliği

Gruba, nitel çalışmaların güvenilirliği için araştırmacılar tarafından yapılması gereken 5 kritere dikkat çekmiştir: İnanılabilirlik (iç geçerliğe göre), aktarılabilirlik (dış geçerliliğe/genelleştirilebilirliğe göre), savunulabilirlik (güvenilirliğe göre) ve doğrulanabilirlik (nesnellığe göre), refleksivite

(önyargı ile ilgili) (Shenton, 2004). Bu çalışmada, iki yazar birbirinden bağımsız olarak kodlama tema oluşturma, veri analizinin doğruluğunu ve geçerliliğini sağlamak için sürekli tartışma ile birlikte verileri analiz etmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan YDYB hemşirelerinin %44.3'ünün 26-33 yaş aralığında, %51.9'unun bekâr, %67.9'unun çocuk sahip olmadığı, %64.2'sinin Lisans mezunu, %61.3'ünün YDYB'da 1-5 yıl arasında çalıştığı, %67.9'unun bu birimde çalışmaktan memnun olduğu, %89.6'sının haftalık 40 saatten daha fazla ve %77.4'ünün vardiyalı çalıştığı, %71.7'sinin YDYB sertifikasının olmadığı, %95.3'ünün hasta ile ilgili bir sorun/hata yaşandığında vicdani olarak etkilendiği bulundu. Ayrıca, hemşirelerin en son vardiyada ortalama 4.66 ± 2.15 hasta ve çalıştıkları birimde kişi başına ortalama 4.21 ± 1.24 hasta baktığı belirlendi (Tablo 1).

Araştırmada YDYB hemşirelerinin son vardiyada en çok karşılayamadıkları 3 bakımın sırasıyla; %7.5 Günlük yatak başı vizitlere katılamamak, %23.6 ebeveynleri çocuğun bakımına dahil etme ve %24.5 ile ilaçla belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör: belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması) iken, en az karşılayamadıkları 3 bakım ise sırasıyla; %81.1 El yıkama, % 70.8 Vücut hijyeni ve cilt bakımı, % 65.1 Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletmeye olduğu belirlendi (Tablo 2).

Araştırma sonuçlarına göre; vicdan algısı ölçeğinin toplam puan ortalamasının 64.58 ± 9.90 , karşılanamayan bakım nedenleri alt boyutlarının puan ortalamasının sırasıyla çalışan kaynaklı 15.94 ± 3.40 , iletişim kaynaklı 18.28 ± 5.37 ve materyal kaynaklı 10.82 ± 3.41 olduğu saptandı. Araştırmada YDYB hemşirelerinin literatüre (Özdemir ve ark., 2021) göre ortalamanın üstünde vicdani duyarlılığa sahip olduğu bulundu.

Hemşirelerin YDYB'da çalışmaktan memnun olmayan ve hastalar ile ilgili sorun/hata yaşandığında vicdani olarak etkilenirim şeklinde ifade edenler ile vicdan algısı ölçeğinden yüksek puan aldıkları ve farkın anlamlı olduğu bulundu. Karşılanamayan bakım nedenlerine bakıldığında; medeni durumu bekar olan, çocuk sahibi olmayan, YDYB'da çalışmayı tercih etmediğini ifade eden, 40 saat ve üstünde mesai yapan ve çalışma şekli sürekli gece olan hemşirelerin çalışan kaynaklı

bakım puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, yani çalışan kaynaklı nedenlerle bakımı karşılayamadıkları saptandı. YDYB'da çalışmaktan memnun olmayan ve çalışmayı tercih etmeyen hemşirelerin iletişim kaynaklı puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu yani iletişim kaynaklı nedenlerle bakımı karşılayamadıkları belirlendi. Son olarak çalışma yılının, saatinin ve şeklinin materyal kaynaklı puan ortalamaları arasında fark olduğu, yani çalışma yılı 6-10 yıl olan, 40 saat ve daha fazla çalışanların, sürekli gece mesaisi yapan hemşirelerin materyal kaynaklı nedenlerde bakımı karşılayamadıkları belirlendi (Tablo 3).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri (n=106)

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Yaş	18-25	32	30.2
	26-33	47	44.3
	34-41	18	17.0
	42 ve üstü	9	8.5
Medeni durumu	Evli	51	48.1
	Bekar	55	51.9
Çocuğunuz sahip olma durumu	Evet	34	32.1
	Hayır	72	67.9
Öğrenim durumu	Lise	7	6.6
	Ön Lisans	11	10.4
	Lisans	68	64.2
	Lisansüstü	20	18.9
Yenidoğan Yoğun Bakımda çalışma yıllı	1-5 yıl	65	61.3
	6-10 yıl	23	21.7
	11 yıl ve üzeri	18	17.0
Yenidoğan yoğununda çalışmaktan memnuniyet durumu	Memnun	72	67.9
	Kısmen	30	28.3
	Değil	4	3.8
Yenidoğan yoğununda çalışmayı tercih etme durumu	Evet	73	68.9
	Hayır	33	31.1
Haftalık çalışma saati	40 ve altı	11	10.4
	40 ve üstü	95	89.6
Çalışma şekli	Sürekli	18	17.0
	Gündüz		
	Sürekli Gece	6	5.7
	Vardiyalı	82	77.4
Yenidoğan yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumu	Evet	30	28.3
	Hayır	76	71.7
Hastalar ile ilgili bir sorun/hata yaşandığında vicdani olarak etkilene durumu	Evet	101	95.3
	Hayır	5	4.7
		Mean $\pm$SD	Min-Max
En son vardiyada kaç hasta baktınız		4,66 $\pm$ 2.15	2.0-12.0
Çalıştığınız birimde kişi başı hasta sayısı		4,21 $\pm$ 1.24	2.0-12.0

Tablo 2. YDYB hemşirelerinin son vardiyada karşılayamadıkları bakımların dağılımı (n=106)

	Asla %(n)	Bazen %(n)	Her zaman %(n)	Nadiren %(n)	Sıklıkla %(n)	Uygun değil %(n)
1. Günlük yatak başı vizitlere katılma	8.5(9)	65.1(69)	7.5(8)	17.9(19)	0.9(1)	-
2. Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme	8.5(9)	11.3(12)	17.9(19)	7.5(8)	20.8(22)	34.0(36)
3. Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme	1.9(2)	1.9(2)	50.9(54)	10.4(11)	34.9(37)	-
4. Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu	1.9(2)	8.5(9)	43.4(46)	3.8(4)	36.8(39)	5.7(6)
5. Ağız bakımı verme	0.9(1)	17.0(18)	43.4(46)	1.9(2)	35.8(38)	0.9(1)
6. Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme	2.8(3)	17.9(19)	23.6(25)	17.0(18)	27.4(29)	11.3(12)
7. Hasta ve aile eğitimi	1.9(2)	7.5(8)	48.1(51)	6.6(7)	34.0(36)	1.9(2)
8. Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme	2.8(3)	12.3(13)	51.9(55)	6.6(7)	24.5(26)	1.9(2)
9. Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör. yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme	1.9(2)	15.1(16)	39.6(42)	3.8(4)	35.8(38)	3.8(4)
10. Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme	3.8(4)	14.2(15)	44.3(47)	2.8(3)	33.0(35)	1.9(2)
11. İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması	2.8(3)	17.9(19)	32.1(34)	7.5(8)	37.7(40)	1.9(2)
12. Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi	1.9(2)	7.5(8)	57.5(61)	5.7(6)	27.4(29)	-
13. Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme	1.9(2)	7.5(8)	65.1(69)	2.8(3)	22.6(24)	
14. Çocuğun klinik durumlarına (ör. Yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama	3.8(4)	5.7(6)	59.4(63)	1.9(2)	28.3(30)	0.9(1)
15. İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör. belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması)	4.7(5)	32.1(34)	24.5(26)	9.4(10)	27.4(29)	1.9(2)
16. Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör. bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)	4.7(5)	5.7(6)	27.4(29)	5.7(6)	26.4(28)	30.2(32)
17. Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarmı beş dakika içinde yanıt verme (ör. monitör, infüzyon pompası, ventilatör)	1.9(2)	7.5(8)	51.9(55)	1.9(2)	23.6(25)	13.2(14)
18. Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama	0.9(1)	13.2(14)	37.7(40)	7.5(8)	35.8(38)	4.7(5)
19. Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma	3.8(4)	4.7(5)	68.9(73)	3.8(4)	17.9(19)	0.9(1)
20. Vücut hijyeni ve cilt bakımı	2.8(3)	2.8(3)	70.8(75)	3.8(4)	18.9(20)	0.9(1)
21. Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme	3.8(4)	8.5(9)	66.0(70)	2.8(3)	18.9(20)	-
22. Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı	4.7(5)	7.5(8)	66.0(70)	3.8(4)	17.9(19)	-
23. Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (Kişisel Koruyucu Ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)	3.8(4)	8.5(9)	67.9(72)	3.8(4)	14.2(15)	1.9(2)
24. Katı ve sıvı aldığı-çıkardığı takibi	2.8(3)	13.2(14)	55.7(59)	5.7(6)	21.7(23)	0.9(1)
25. Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme	2.8(3)	5.7(6)	66.0(70)	3.8(4)	20.8(22)	0.9(1)
26. Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma	2.8(3)	7.5(8)	61.3(65)	4.7(5)	23.6(25)	-
27. El yıkama	3.8(4)	4.7(5)	81.1(86)	3.8(4)	6.6(7)	-
28. Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme	3.8(4)	8.5(9)	42.5(45)	12.3(13)	19.8(21)	13.2(14)
29. Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör. yatak, komodin, cihazlar)	0.9(1)	9.4(10)	58.5(62)	10.4(11)	20.8(22)	

Tablo 3. YDYB hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ile vicdan algısı ölçeği ve karşılanamayan bakım nedenlerinin karşılaştırılması (n=106)

		Vicdan Algısı Ölçeği	Çalışan Kaynaklı	İletişim Kaynaklı	Materyal Kaynaklı
Yaş	18-25	65.125±9.657	16.468±2.565	18.375±3.833	10.625±3.200
	26-33	64.276±8.808	15.617±3.674	18.319±5.568	11.148±3.303
	34-41	64.000±9.791	15.611±4.045	18.666±6.305	11.055±3.605
	42 ve üstü	65.444±16.538	16.444±3.503	17.000±7.566	9.333±4.387
		F:,.088 p:0.966	F:,.512 p:0.675	F:,.201 p:0.896	F:,.774 p:0.511
Medeni durumu	Evli	64.215±10.802	15.254±3.814	18.294±5.855	10.568±3.634
	Bekar	64.927±9.085	16.581±2.871	18.272±4.942	11.054±3.205
		t:,-.368 p:0.714	t:2.032 p:0.045	t:,.020 p:0.984	t:,-.731 p:0.468
Çocuğa sahip olma durumu	Evet	64.882±10.394	14.617±4.257	17.764±6.509	10.147±3.838
	Hayır	64.444±9.740	16.569±2.741	18.527±4.779	11.138±3.168
		t:,.211 p:0.833	t:2.843 p:0.005	t:,-.680 p:0.544	t:,-1.404 p:0.195
Öğrenim durumu	Lise	62.285±10.796	17.428±1.511	19.714±4.785	11.571±4.076
	Ön Lisans	70.090±6.579	16.000±3.847	16.727±3.608	10.272±3.797
	Lisans	64.250±10.397	15.764±3.081	18.588±5.367	10.808±3.238
	Lisansüstü	63.500±8.970	16.000±4.611	17.600±6.402	10.900±3.754
		F:1.379 p:0.254	F:,.501 p:0.682	F:,.647 p:0.587	F:,.207 p:0.892
YDYB çalışma yıllı	1-5 yıl	64.523±9.719	16.000±3.297	17.846±4.055	10.538±3.274
	6-10 yıl	64.608±9.451	15.956±3.323	20.478±5.417	12.304±2.867
	11 yıl ve üzeri	64.777±11.614	15.722±4.055	17.055±7.058	9.944±4.094
		F:,.005 p:0.995	F:,.046 p:0.955	F:2.686 p:0.073	F:3.113 p:0.049
YDYB çalışmaktan memnuniyet durumu	Memnun	63.819±10.077	15.652±3.588	17.375±5.597	10.416±3.567
	Kısmen	64.866±9.227	16.233±2.955	20.100±4.373	11.633±2.894
	Değil	76.250±3.500	19.000±1.414	21.000±4.690	12.000±3.559
		KW:7.218 p:0.027	KW:5.107 p:0.078	KW:6.815 p:0.033	KW:3.277 p:0.194
YDYB çalışmayı tercih etme durumu	Evet	64.260±9.758	15.520±3.567	17.602±5.547	10.712±3.486
	Hayır	65.303±10.345	16.878±2.858	19.787±4.708	11.060±3.278
		t:,-.500 p:0.618	t:,-2.091 p:0.040	t:,-2.090 p:0.040	t:,-.485 p:0.621
Haftalık çalışma saati	40 ve altı	67.545±11.500	12.909±4.109	15.363±5.277	8.272±2.901
	40 ve üstü	64.242±9.716	16.294±3.158	18.621±5.309	11.115±3.354
		Z:,-1.281 p:0.200	Z:,-2.736 p:0.006	Z:,-1.920 p:0.055	Z:,-2.636 p:0.008
Çalışma şekli	Sürekli				
	Gündüz	63.722±10.542	14.222±3.622	15.944±5.329	9.000±2.910
	Sürekli Gece	71.000±8.786	18.666±.816	19.166±4.622	11.000±2.966
	Vardiyalı	64.304±9.790	16.122±3.319	18.731±5.356	11.207±3.445
		F:1.368 p:0.259	F:4.621 p:0.012	F:2.114 p:0.126	F:3.231 p:0.044
YDYB sertifikasına sahip olma durumu	Evet	63.566±9.629	15.566±4.174	17.533±6.441	10.466±3.559
	Hayır	64.986±10.048	16.092±3.073	18.578±4.907	10.960±3.364
		t:,-.663 p:0.509	t:,-.713 p:0.535	t:,-.901 p:0.369	t:,-.670 p:0.505
Hastalar ile ilgili bir sorun/hata yaşandığında vicdani olarak etkilenme durumu	Evet	65.178±9.470	15.920±3.454	18.108±5.401	10.762±3.435
	Hayır	52.600±12.074	16.400±2.509	21.800±3.563	12.000±2.915
		t:2.865 p:0.005	t:,-.306 p:,-.408	t:,-1.508 p:0.135	t:,-.791 p:0.404

Vicdan algısı ölçeğinin toplam puan ortalaması ile karşılanamayan bakım nedenleri (çalışan, iletişim ve materyal kaynaklı nedenler) arasında negatif yönde anlamlı olmayan ilişki olduğu

bulundu. Bu durumda vicdan algısı yüksek olan hemşirelerin daha az çalışan, iletişim ve materyal kaynaklı nedenlerle bakımı karşılayamadıkları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Vicdan algısı ölçeği ile karşılanamayan bakım nedenleri arasındaki korelasyon (n=106)

		Çalışan Kaynaklı	İletişim Kaynaklı	Materyal Kaynaklı
Vicdan Algısı Ölçeği	r	-.093	-.092	-.113
	p	.345	.349	.250

Nitel Verilerin Bulguları

Araştırmaya katılarak yüz yüze görüşme yapılan 15 hemşirenin tamamı kadındı. Görüşmelerin sonucunda elde edilen veri analizleri hemşirelerin

karşılayamadıkları bakım nedenlerinin vicdan deneyimlerine yönelik 4 ana tema, bunların alt temaları ve kodlar belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin bakımda vicdan deneyimlerine ait ana temalar, alt temalar ve kodlar

Tema	Alt Tema	Kodlar
Empati	Vicdan algısı ve bakım ilişkisi	Fedakârlık
Tam bağımlılık	Bebek bakımının önemi	Anne olma, Kişilik
Vicdan azabı	Karşılanamayan bakımın sonuçları	Üzüntü
Zorluk	Bakım hataları ve vicdan	İş yükü, Hasta sayısı, İletişim, Malzeme, Çalışma ortamı, Eğitim, Kişilik

Tema 1: Empati

Hemşirelerin empati yaklaşımında vicdan algısı ve bakım ilişkisine ait görüşlerine yönelik bir alt tema oluştu: Vicdan algısı ve bakım ilişkisi

Alt tema bilgi kaynağı

Hemşirelerin çoğu vicdani olarak kişiliklerini tanımlarken fedakârlık ve kendilerinden ödün vermenin önemli olduğunu ve vicdanın öneminin sorumluluk bilincinden ve empatiden geçtiğini ifade ettiler. İfadeleri şöyleydi:

(...) vicdan, işin gücün arasında bile bu işi yapmak için kendinden ödün vermektir. Gerektiğinde hiç oturmadan fedakârlık etmektir (Hemşire 1, Yaş 36).

Düşünüyorum kendimden çok ödün veren biriyim tuvalete gitmeyi unutuyorum bazen sadece hastaya odaklanıyorum (...) (Hemşire 7, Yaş 25).

(...) tedavi, beslenme, bakımı atlamamaya çalışıyorsun dinlenme saatimizi atlayıp vicdanımla bakımı sürdürüyorum. Saatlerce aç kaldım ama hastaların ihtiyaçlarını karşıladım (...)

Hemşire bir insanı ölüme de götürebilir iyileştir edebilir bu kadar önemli bence (...) Şeker kontrolü yapıyorum sınırda çıktı normal olmasına rağmen doktor demese bile kontrol etmem vicdani bir sorumluluktur. Sınırda müdahaleye gerek

olmadığını düşünebilirsin ama erken müdahale için erken bakmak önemli (Hemşire 2, Yaş 28).

Bu meslek için vicdan ön planda, bu meslek bu duygu olmadan yapılamaz. Empati önemli bu yeteneğe sahip olunmalı (Hemşire 12, Yaş 43).

Tema 2: Tam bağımlılık

Hemşirelerin çoğu yenidoğan bebeklere bakım verirken onları diğer hasta gruplarından ayırdıklarını ve baş başa kaldıklarında nelerin önemli olduğuna ilişkin görüşlerinde bebek bakımının önemi ile ilişkili alt tema oluştu: Bebek bakımının önemi

Alt tema bilgi kaynağı

Hemşirelerin çoğu yenidoğan bebeklerin diğer hasta gruplarından ayıran en önemli şeylerin onların tam bağımlı olma ve tek iletişim şekillerinin ağlamak olduğunu, ayrıca yenidoğan bakımı esnasında hasta ile baş başa kaldığında vicdanını önemsediklerini, anne olmanın ve kişiliğinde önemli olduğunu ifade ettiler.

İfadeleri şöyleydi:

(...) Ağrısını ateşini söyler diğer hastalar, ama yenidoğan bakımında tamamen gözlem ve tecrübeyle farkını ortaya koyabiliyorsun iyi bir takip önemli, gözlem çok önemli burada ve dili yok

ağlayarak kendini ifade ediyor bana tam bağımlı (Hemşire 10, Yaş 42).

Onlar sana daha çok muhtaçlar tam bağımlılar. Sadece ağlamak ile tepki veriyorlar. Diğer birimlerinden çok daha değerli eğer vicdanın yoksa burada kesinlikle çalışmamalısın. Büyük insanlar derdini anlatabiliyorlar ama bunlar anlatamaz, yenidoğanda özveri daha fazla (Hemşire 12, Yaş 43).

(...) Yetişkin kendini sözel ifade eder bebekler ağlama ve davranış işaretleri ile sözel iletişim şekilleri yalnızca bu şekilde. Bebekler bize tam bağımlı. Bebekler bize davranışsal olarak ipuçları veriyor elbette ama tek ihtiyacını hemşire karşılayabiliyor (...) (Hemşire 15, Yaş 34).

Anne olmakla ilgili olduğunu söylerler, bebek dilini anne olanlar anlar derler ben böyle düşünmüyorum, bekârken de böyleyim evliyim çocuğum yok yine de aynıyım, hep aynı şekilde çalıştım. Evli olup anne olup da ishal olan çocuğa bakımını atlayan oluyor, yapmayan insana hiçbir şey yaptırılmazsın dört çocuk anneleri var çocuğun tıbbi durumunu doktora kendisine iş yükü olur diye bildirmiyor bunun vicdan ve kişilik ile ilgili olduğunu düşünüyorum (Hemşire 4, Yaş 35).

(...) Ben anne olmanın bakış acısını değiştireceğini düşünüyorum. Bekâr olanların daha katı olduğunu düşünüyorum anne olanlar daha vicdanlı çocuğum yok ama böyle düşünüyorum (Hemşire 13, Yaş 27).

(...) Anne olmak hassasiyeti arttırabilir bir gösterge, hızlı cevap vermeyi gerektirebilir ama yüzde yüzüne bakıyorum tamamen kişisel olduğunu düşünüyorum (Hemşire 15, Yaş 34).

Tema 3: Vicdan azabı

Hemşirelerin çoğu yenidoğanın tedavi/bakım ihtiyacını yeterince karşılayamadığını ifade etmesi sonucunda bir alt tema oluştu: Karşılanamayan bakımın sonucu

Hemşireler yetersiz tedavi/bakım yaptıklarında kendilerini kötü hissettikleri ve vicdan azabı çektikleri ile ilgili ifadeler yer almaktaydı. İfadeler şöyleydi:

Kötü hissediyorum o an hastaya yetemediğimi hissediyorum bunun sebebi en çok yoğunluk iş yükü benim bunu yapmama engel oluyor (...). Bakımı eksiksiz yapmak istiyorum ama elimde olmayan nedenlerle hastaya yetişemediğim, tam bakamadığım zamanlar oluyor vicdanım sızlıyor (Hemşire 7, Yaş 25).

Vicdan azabı duyuyorum çok rahatsız oluyorum aşırı yorgunluk aşırı iş yükü bazı şeylerde yetersiz

kalmaya neden oluyor insanım, ama bazen hata yapabiliyorum (Hemşire 9, Yaş 42).

Yetişmeye çalışıyorum ancak yarım kalan işler oluyor (...) önemli bir bebeğe odaklanıyorsun onun hayatı riske girmiş, önceliğimiz değişmiş oluyor. (...) Eksiklikler hatalar beni çok yıpratıyor en basitinden bir infüzyon pompası için kendimi paralıyorum uygulamak basit ama öncelik o malzemenin temin edilmesi hastada kötüyse malzemeyi ona veriyorum öncelik yine değişmiş oluyor (Hemşire 10, 42).

Tema 4: Zorluk

Hemşirelerin çoğu bakımda yaşanan hata/eksikliklerin nedenlerini tanımlarken ve vicdani duyarlılığı arttırmak için bir alt tema oluştu: Bakım hataları ve vicdan

Hata/eksiklikleri azaltmak için iş yükünün azaltılması, çalışma ortamının düzeltilmesi, malzeme eksikliklerinin giderilmesi, hasta sayısının azaltılması ve iletişim problemlerinin çözülmesi gerektiği, vicdani duyarlılığın nasıl geliştirileceği konusunda ise iki farklı görüş öne çıkmaktaydı. Birincisi eğitim ile geliştirilebilir olduğunu düşünenlerdi. İkincisi ise aslında doğuştan gelen bir duygu olduğu ve bunun değiştirilemeyeceğine inanıldığı yönünde ifadeler yer almaktaydı. Bu ifadeler şöyleydi:

İş yükü azalmalı, hiç oturmadan kendi ihtiyaçlarımı karşılamadan çalıştığım zamanlar oluyor (...) iş ortamındaki iletişimde servis sorumlusu ve doktorların tutumu bunlar motivasyonu yükseltebiliyor, düşüre de biliyor. Hizmet içi eğitimlerin önemli olduğunu düşünüyorum (Hemşire 1, Yaş 36).

(...) Kişi başına düşen hasta sayısı azaltılmalı, ortam koşulları iyileştirilebilir, malzeme problemleri giderilebilir ve iş yükü çok fazla. Eğitim çok önemli. Hem genel hem de klinik önceliği olan konularda eğitim verilmeli (Hemşire 2, Yaş 28).

(...)Vicdani duyarlılıkta eğitim ile artar, farkındalık ile artar (Hemşire 1, Yaş 36).

Vicdani duyarlılık bence artırılmaz. Yıllardır aynı insanım ve başkalarının da bunu değiştirebileceğini sanmıyorum. Yenidoğan hemşireleri özenli ve dikkatli seçilmeli, vicdani sorumluluk sahibi olmayanlar, yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olmamalı (Hemşire 2, Yaş 28).

Vicdan kişinin doğuştan gelir, bunun değişmeyeceğini inanıyorum (Hemşire 4, Yaş 35).

Kimseye vicdan yüklenemez vicdan insanların doğasında vardır. Bu hata eksiklik de eğitimler verilebilir ama vicdani duyarlılıkları bence

artırılamaz çünkü kişilik ile alakalı (Hemşire 9, Yaş 42).

Eğitim şart. farkındalıklar artırılabilir (...) vicdani duyarlılığın eğitimler ile artabileceğini düşünüyorum (Hemşire 15, Yaş 34).

Tartışma

Nicel verilere ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmada, YDYB hemşirelerinin karşılayamadıkları bakımların sırasıyla yüksek oranda, günlük yatak başı vizitlere katılamama, ebeveynleri çocuğun bakımına dahil etme ve ilacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama olduğu bulundu (Tablo 2). Literatürde örneğin; Tubbs-Cooley ve ark., (2019) çalışmasında, intravenöz katater bölgesinin bakımının kaçırıldığını bildirmektedir (Tubbs-Cooley ve ark., 2019). Lake ve ark., (2020) çalışmasında en çok karşılanamayan bakımın, hastanın ailesine verilmesi gereken eğitimlerin verilemediği ve hastanın sakinleştirilemediği olduğu bildirilmiştir (Lake ve ark., 2020). Srulovici ve Drach-Zahavy, (2019) çalışmasında yenidoğan yoğun bakımda en çok ağız bakımının karşılanamadığı belirlenmiştir (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin karşılayamadıkları bakımların farklılığı dikkat çekicidir. Bunun nedenin bölgesel, kültürel ve küresel farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin YDYB'da çalışmaktan memnun olmayan ve hastalar ile ilgili sorun/hata yaşadığında vicdani olarak etkilenirim şeklinde ifade edenler ile vicdan algısı ölçeğinden yüksek puan aldıkları ve farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 3). Hemşirelik bakım uygulamalarında vicdan nedenli yaklaşım hastaların gereksinimlerinin benimsenmesine, kültürel farklılıklarının anlaşılmasına, etik karar verme ilkelerinde somut adımlar gibi holistik ve hümanistik davranışlara destek olabilmektedir (Gorbanzadeh ve ark., 2015; Mojarad ve ark., 2018). Vicdani duygularını görmezden gelen hemşirelerin suçluluk, umutsuzluk, güçsüzlük ve üzüntü yaşayabileceği bildirilmektedir (Ford ve Austin, 2018). Çalışmada yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin vicdanlarını bakım ile bütünleştirdikleri ve bu durumun çalışma memnuniyetlerini etkilediği yorumu yapılabilir.

Araştırma sonuçlarına göre; medeni durumu bekar olan, çocuk sahibi olmayan, YDYB'da çalışmayı tercih etmediğini ifade eden, 40 saat ve üstünde mesai yapan ve çalışma şekli sürekli gece olan hemşirelerin çalışılan kaynaklı nedenlerle

bakımı karşılayamadıkları saptandı. YDYB'da çalışmaktan memnun olmayan ve çalışmayı tercih etmeyen hemşirelerin iletişim kaynaklı nedenlerle bakımı karşılayamadıkları belirlendi. Son olarak, çalışma yılı 6-10 yıl olan, 40 saat ve daha fazla çalışanların, sürekli gece mesaisi yapan hemşirelerin materyal kaynaklı nedenlerde bakımı karşılayamadıkları belirlendi (Tablo 3). Elmaoğlu ve Özdemir (2022) çalışmasında çalıştığı birimden memnun olan pediatri hemşirelerinin çalışan ve iletişim kaynaklı bakım puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunduğunu bildirmektedir (Elmaoğlu ve Özdemir, 2022). Orique ve ark., (2016) çalışmasında çalıştığı pozisyonundan memnun olmanın karşılanamayan bakım nedenlerini azalttığını bildirmiştir (Orique ve ark., 2016). Blackman ve ark., (2020) çalışmasında fazla mesai ile çalışan hemşirelerin karşılayamadıkları bakım oranlarının daha fazla olduğunu bildirmiştir (Blackman ve ark., 2020). Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerliklerin hemşirelerin karşılayamadıkları bakımların nedenlerinin çalışma ortamlarından ve koşullarından etkilendiği düşünülmektedir.

Nitel verilere ilişkin bulguların tartışılması

1. Vicdan algısı ve bakım ilişkisi

Araştırmada hemşirelerin kişilik özelliklerini vicdani olarak tanımladıklarında kendilerinden ödün veren ve fedakâr kişiler olarak ifade etmişlerdir. Ek olarak bakım ile vicdan arasındaki ilişkiyi tanımlarken sorumluluk sahibi olmak ve empati duygusunun öneminden bahsettiler. Jasemi ve ark. (2019) çalışmasında vicdanın hemşirelere mesleki sorumluluk kazandırdığı, becerilerini geliştirdiği, etik ilkelere bağlı kalarak onlara mutluluk, iç huzur ve memnuniyet duygusu verdiği bildirilmiştir (Jasemi ve ark., 2019). Kişisel sorumluluk, vicdanlılık ve uyumluluk gibi hemşire özellikleri de karşılanamayan hemşirelik bakımı ile ilişkilendirilmiştir (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019). Hemşirelerin kişisel özelliklerinin bakım davranışlarına rehberlik eden ve güvenli bakım uygulamalarını destekleyen önemli bir değer olduğu düşünülmektedir. Bu durumun karşılanamayan hemşirelik bakımına olan eğilimini sınırlayabileceği bildirilmektedir (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019). Hemşirelerin çalışmadaki deneyimleri ile yapılan çalışma bulguları ve literatürün benzerlik gösterdiği, bu benzerliğin farklı kültür ve coğrafyalarda da yenidoğan hemşirelerinin vicdani duyarlılıklarının bebek bakımına yansıdığı, kendilerinden ödün verebilecek kadar sorumluluk aldıkları ve empatik yaklaşım benimsedikleri düşünülmektedir.

2. *Bebek bakımının önemi*

Araştırmada hemşirelerin yenidoğan bebeklere bakım vermenin yetişkin hasta gruplarından ayıran en önemli özelliklerinin *'tam bağımlılık'* olduğunu ve onlara davranışsal tepkilerini, ihtiyaçlarını yalnızca *'ağlayarak'* iletişim kurduklarını ifade etmişlerdir. Ek olarak bu bebeklere bakım verirken vicdanlarını önemsemelerinin kişilik ve *'anne olmak'* ile ilgili olduğunu ifade etmişlerdir. Yıldırım ve ark., (2021) çalışmasında, bakım uygulamaları esnasında hemşirelerin vicdanlarını oldukça önemsedikleri ve ayrıca vicdanı, hem sosyal hem de manevi değerlerin ifadesi olarak gördüklerini belirlemiştir (Yi, 2021). Ford ve Austin (2018) çalışmasında yenidoğan hemşireleri bir görevi veya bakımın bir yönünü reddetme eylemi ile karşı karşıya kaldıklarında "bakımı reddetmelerine izin verilmediğini" hissettikleri bildirilmektedir. Ayrıca bir hemşirenin sağlık ekibiyle önemli bir çatışma yaşadığı zaman uzlaşamadığında, başka bir birimde yeniden görevlendirildiği bildirilmektedir (Ford ve Austin, 2018). Çalışma koşullarının elverişsizliği bu duygunun hissedilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonucuna göre hemşirelerin anne olmanın yenidoğan hemşiresi olmada önemli bir katkısı olduğunu düşünmesine rağmen birçoğunun ise kişilik ile ilgili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun bakımda kişiye bireysel sorumluluk getirdiği, anne olmanın bu durumu farklılaştırıp farklılaştırmaması ile ilgili yeterli bilginin daha çok araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

3. *Karşılanamayan bakımın sonuçları*

Hemşirelerin çoğu yenidoğanın tedavi/bakım ihtiyacını yeterince karşılayamadığında kendilerini kötü hissettiklerini ve *'vicdan azabı'* çektiklerini ifade ettikleri belirlendi. Özcan (2022) çalışmasında, hemşirelerin vicdani zekâ düzeyleri ile bakım davranışları arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptamıştır. Hemşirelerin vicdani zekâları yüksek ise daha iyi bakım verdiklerini ortaya koymuştur (Özcan, 2022). Ford ve Austin (2018) çalışmasında bir hemşire, yaşamın sonunda bebeğe rahatlık sağlamak yerine "işkence" yaptığını hissettiğini ifade etmiştir ve bazı hemşireler deneyimleri sırasında kendilerini "çaresiz" ve "güçsüz" hissettiklerini ifade etmişlerdir (Ford ve Austin, 2018). "İşkence" kelimesi, hastalarına acı ve ıstırap çektiklerini hisseden diğer yenidoğan hemşireleri tarafından kullanılmıştır. Catlin ve ark. (2008) çalışmasında vicdana aykırı davranan yenidoğan hemşirelerinin 'öfke, suçluluk, üzüntü ve rahatsızlık' hissettikleri ifade edilmiştir. Vicdanları

ile çelişen bir bakım uygulaması yaptıklarında 'kızgın, hüsrana uğramış ve üzgün' hissettiklerini bildirmişlerdir (Catlin ve ark., 2008). Hemşirelerin bakımın ellerinde olmayan nedenler ile karşılanamaması durumunun yaşandığı, çalışma koşullarındaki farklılıkların işin gerekliliğinin yapılmasına engel olmakla birlikte, hemşireleri vicdan gibi kişisel duygularını da olumsuz yönde etkilediği yorumu yapılabilir.

4. *Bakım hataları ve vicdan*

Hemşireler hata/eksiklikleri azaltmak için iş yükünün azaltılması, çalışma ortamının düzeltilmesi, malzeme eksikliklerinin giderilmesi, hasta sayısının azaltılması ve iletişim problemlerinin çözülmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Literatürde hemşire bakımının güçleşmesi, bakımda iş yükü ve hasta sayısı fazlalığı gibi nedenlerle yeterince zamanın ayrılamaması ile çalışma ortamındaki elverişsizlik gibi problemler ile karşılaşabilmektedir (Eagen-Torkko ve Levi, 2020). Bu problemlerin hemşirelerin vicdani karar verme sürecini etkilediği bildirilmektedir (Aksoy ve ark., 2019). Lake ve ark., (2020) çalışma ortamlarının elverişsizliğinin bakımın karşılanamamasında önemli bir neden olduğunu ve hasta sonuçları üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu, ek olarak ciddi iş yükü olan hemşirelerin hasta bakımına yeterince zaman ayıramadığına ve bunun bakımın niteliğini etkilediğine dikkat çekmiştir (Lake ve ark., 2020). Srulovici ve Drach-Zahavy, (2019) benzer şekilde yenidoğan yoğun bakımda karşılanamayan hemşirelik bakımlarının iş yükünden etkilendiğini bildirmektedir (Drach-Zahavy ve Srulovici, 2019). Hemşireler vicdani duyarlılığın nasıl geliştirileceği konusunda iki farklı görüş öne çıkmaktaydı. Birincisi *'eğitim'* ile geliştirilebilir olduğunu düşünenlerdi. İkincisi ise aslında doğuştan gelen bir duygu olduğu ve bunun değiştirilemeyeceğine inanılıyordu. Vicdan, insanda var olduğu düşünülen ve bireyin ahlaki olarak çıkarımlarda bulunulmasını sağlayan içten gelen his/güç veya ahlaki bilinç/farkındalık olarak nitelendirilmektedir. Özdemir ve ark., (2021) çalışmasında ebelerin vicdanlarının sesini dinleyerek etik kararlar verebileceği konusunda ebelerin öz-saygısını ve doyumunu arttıracaklarını bildirmektedir. Hemşirenin ahlaki veya dini inançları ile çelişen bir uygulama ya da prosedür nedeniyle bakımdan kaçınmalarının vicdani olarak rahatsız edici olabileceği ve bu durumda hemşirenin vicdani ret kriterlerinin ne olması gerektiğinin bilinmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (Shaw ve Downie, 2014).

Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma, çalışmanın yürütüldüğü merkezde çalışan yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine özeldir. Tüm YDYB hemşirelerine genellenemez.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, YDYB hemşirelerinin son vardiyada en az bir bakımı karşılayamadığı, karşılayamadığı bakım nedenlerinin ve vicdan algılarının ortalamanın üzerinde olduğu, bu değişkenlerin sosyo-demografik özelliklerden ve mesleki durumlardan etkilendiği saptandı. Ayrıca hemşirelerin karşılanamayan bakım nedenleri ile vicdan algıları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulundu. Hemşirelerin karşılayamadıkları bakım ile vicdan algılarına ilişkin görüşleri, temalarda ve alt temalardaki kavramlar da dikkat çekici bulgular saptandı. Hemşirelerin karşılayamadıkları bakımların önüne geçilebilmesi için çalışma koşullarının iyileştirilmesi, YDYB’da çalışan hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyime ek olarak kişisel değerler taşıyan vicdanlı hemşireler olması gerektiği görüşü çalışmada bulundu. Yöneticiler; eğitim, sosyal aktiviteler ile karşılanamayan hemşirelik bakım ihmallerini azaltabileceği, bakım kalitesinin yükselmesine ve hasta sonuçlarına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hassas ünitelerde çalışan hemşirelerin seçiminde, birim yöneticilerine daha fazla sorumluluk düşmektedir. Çalışma bulgularının farklılığının ya da benzerliklerinin test edilebilmesi için farklı bölge ve kurumlarda ulusal/uluslararası karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilir.

Teşekkür

Çalışmaya en içten duyguları ile katılım sağlayan değerli yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine teşekkür ederiz.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırmaya başlamadan önce fakülte yönetiminden yazılı izin ve Kilis 7 Aralık Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (2021/31) ile araştırmanın yapılacağı kurumdan izin (E-48230018-774.99) alındı. Katılımcılara araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda onayları alındı. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapan yazarlardan elektronik ortamda gerekli izinler alındı.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: SÖ, EE ;Tasarım: SÖ, EE; Danışmanlık: SÖ, EE; Veri toplama ve/veya Veri İşleme EE, SÖ,; Analiz ve/veya

Yorum: SÖ, EE; Kaynak tarama: SÖ, EE; Makalenin Yazımı: SÖ, EE; Eleştirel inceleme: SÖ, EE.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- YDYB hemşirelerinin karşılayamadıkları bakım ile vicdan arasındaki ilişkinin boyutu nicel ve nitel olarak ortaya kondu.
- YDYB hemşirelerinde vicdan, karşılanamayan bakımın belirleyicisi olmamasına rağmen insani bir boyut olarak önemli bir kavram olduğu ortaya kondu.
- YDYB ünitelerinde karşılanamayan bakımın vicdani boyutu hemşireler gözüyle tespit edilmiştir.

Kaynaklar

- Aksoy SD, Mert K, Çetin İ. (2019). Vicdan algısı ölçeği’nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 148–153. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.599744>
- Alipour Hamze Kandi N, Zeinali A. (2017). Relationship between personality characteristics, internal locus of control, psychological hardiness and nurses’ quality of life. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery, 14(1), 8–15. <https://doi.org/10.29252/jgbfnm.14.1.8>
- Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L. (2018). Development and validation of the MISSCARE survey-pediatric version. Journal of Advanced Nursing, 74(12), 2922–2934. <https://doi.org/10.1111/jan.13837>
- Baki A, Gökçek T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 11(42), 1–21.
- Blackman I, Henderson J, Weger K, Willis E. (2020). Causal links associated with missed residential aged care. Journal of Nursing Management, 28(8), 1909–1917. <https://doi.org/10.1111/jonm.12889>
- Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, ve ark. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. Journal of Clinical Nursing, 24(1–2), 47–56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688>
- Calikusu Incekar M, İspir Ö, Sönmez B, Selalmaz M, Kartal Erdost Ş. (2020). Turkish validation of the MISSCARE survey—pediatric version. Journal of Pediatric Nursing, 53, e156–e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.012>
- Castner J, Wu YWB, Dean-Baar S. (2015). Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. Western Journal of Nursing Research, 37(4), 441–461. <https://doi.org/10.1177/0193945914535670>
- Catlin A, Armigo C, Volat D, Vale E, Hadley MA, Gong W, ve ark. (2008). Conscientious objection: A potential neonatal nursing response to care orders that

- cause suffering at the end of life? Study of a concept. *Neonatal Network: NN*, 27(2), 101–108. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.27.2.101>
- Cleary M, Lees D. (2019). The Role of conscience in nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(3), 281–283. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1548852>
- Drach-Zahavy A, Srulovici E. (2019). The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 368–379. <https://doi.org/10.1111/jan.13849>
- Eagen-Torkko M, Levi AJ. (2020). The Ethical justification for conscience clauses in nurse-midwifery practice: context, power, and a changing landscape. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(6), 759–766. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13170>
- Elmaoğlu E, Özdemir S. (2022). Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 175–185. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.971502>
- Ford NJ, Austin W. (2018). Conflicts of conscience in the neonatal intensive care unit: Perspectives of Alberta. *Nursing Ethics*, 25(8), 992–1003. <https://doi.org/10.1177/0969733016684547>
- Gorbanzadeh B, Rahmani A, Mogadassian S, Behshid M, Azadi A, Taghavy S. (2015). Levels of conscience and related factors among Iranian oncology nurses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 16(18), 8211–8214. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.18.8211>
- Jasemi M, Purteimor S, Zabihi RE, Pak MHM, Eghtedar S. (2019). Nurses' strategies for conscience-based care delivery: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(4), 517–522. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_65_19
- Jones JW, Whiting ZG, Gabay EM, Rana MS, Rutter MJ, Reilly BK. (2020). Novel use of lip balm under tracheostomy ties to prevent skin irritation in the pediatric patient. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 138, 110280. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110280>
- Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kalisch BJ, Williams RA. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Lake ET, Staiger DO, Cramer E, Hatfield LA, Smith JG, Kalisch BJ, ve ark. (2020). Association of patient acuity and missed nursing care in u.s. neonatal intensive care units. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 77(5), 451–460. <https://doi.org/10.1177/1077558718806743>
- Lamb C, Evans M, Babenko-Mould Y, Wong CA, Kirkwood KW. (2019). Conscience, conscientious objection, and nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 26(1), 37–49. <https://doi.org/10.1177/0969733017700236>
- Mohammadi A, Hanifi N, Varjoshani NJ. (2020). The relationship amongst nurses' perceived organizational justice, work consciousness, and responsibility. *Nursing Ethics*, 27(3), 701–713. <https://doi.org/10.1177/0969733019897768>
- Mojarad FA, Jouybari L, Sanagoo A. (2018). Rocky road ahead of nursing presence in the oncology care unit: a qualitative study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(11), 2221–2227. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.426>
- Orique SB, Patty CM, Woods E. (2016). Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 84–89. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000140>
- Ozcan S. (2022). The relationship between nurses' conscientious intelligence levels and care behaviors: A cross-sectional study. *Clinical Ethics*, 17(2), 136–143. <https://doi.org/10.1177/1477750921994286>
- Özdemir S, Çömezoğlu E, Sayiner F. (2021). Ebelerin kültürlerarası duyarlılıklarının vicdan algılarına etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1–11. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esbder/issue/62134/870504>
- Purdy IB, Craig JW, Zeanah P. (2015). NICU discharge planning and beyond: Recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology*, 35(1), S24–S28. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.146>
- Shaw J, Downie J. (2014). Welcome to the wild, wild north: Conscientious objection policies governing Canada's medical, nursing, pharmacy, and dental professions. *Bioethics*, 28(1), 33–46. <https://doi.org/10.1111/bioe.12057>
- Shenton AK. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Sulmasy DP. (2019). Conscience, tolerance, and pluralism in health care. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 40(6), 507–521. <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09509-5>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tubbs-Coolley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. (2019). Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatrics*, 173(1), 44–51. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619>

- Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Meinen-Derr JK. (2015). Missed oral feeding opportunities and preterm infants' time to achieve full oral feedings and neonatal intensive care unit discharge. *American Journal of Perinatology*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1372426>
- Yi L. (2021). Erratum to “research on china academic social sciences and humanities library” [Voice of the Publisher 3 (2020) 110-115]. *Voice of the Publisher*, 07(04), 117–122. <https://doi.org/10.4236/vp.2021.74010>
- Yıldız A, Karadağ A, Yıldız A, Çakar V. (2021). Determination of the effect of prophylactic dressing on the prevention of skin injuries associated with personal protective equipments in health care workers during COVID-19 pandemic. *Journal of Tissue Viability*, 30(1), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.10.005>
- Yılmaz EÇ, Ozdemir S. (2022). Baby crying analyzing and solution using matlab graphical user interface; interdisciplinary collaboration between engineering and nursing. *Biomedical and Biotechnology Research Journal*, 6(3), 410. https://doi.org/10.4103/bbrj.bbrj_173_22