

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İHH-2019-0005

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK
DURUMLARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

GÖZDE KILIÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

AYDIN - 2019

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İHH-2019-0005

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK
DURUMLARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

GÖZDE KILIÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

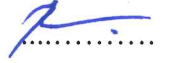
AYDIN - 2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gözde KILIÇ tarafından hazırlanan “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/04/2019

Üye (T.D.) : Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL ADÜ



Üye : Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN EÜ



Üye : Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ADÜ



ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM
Enstitü Müdür V.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yardım ve desteklerini benden esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve bu tezin ortaya çıkmasında büyük emeği olan değerli danışman hocam Sayın Doç.Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan ve desteklerini benden esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. Sakine BOYRAZ ve Sayın Prof.Dr. Zeynep GÜNEŞ'e,

Yüksek lisans eğitim sürecinde birlikte yola çıktığım ve her aşamada bana elinden gelen tüm desteği sunan değerli arkadaşım ve meslektaşım Aysel UYSAL'a,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında gönüllü olarak çalışmaya katılan tüm yoğun bakım hemşirelerine,

Moral ve desteğe ihtiyaç duyduğumda bana varlığını hissettiren ve motive eden ismini sayamayacağım tüm değerli arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde ve yaptığım her şeyde beni sonuna kadar destekleyerek bugünlere gelmemi sağlayan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, varlıklarıyla bile bana güç veren ve hayatıma anlam katan başta canım annem Nurten KILIÇ'a, babam Ali KILIÇ'a ve kardeşim Alişan KILIÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gözde KILIÇ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Etik.....	3
2.2. Hemşirelikte Etik İlkeler.....	3
2.2.1. Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi.....	4
2.2.2. Özerklik/Bireye Saygı İlkesi.....	5
2.2.3. Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi.....	5
2.2.4. Adalet ve Eşitlik İlkesi.....	6
2.3. Etik (Ahlaki) Duyarlılık.....	6
2.4. Etik İnkilem ve Etik Karar Verme.....	9
2.5. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Etik İle İlgili Sorunlar.....	10
2.5.1. Ötenazi.....	11
2.5.2. Resüsite Etmeme Kararı (Do Not Resuscitate).....	11
2.5.3. Tedaviyi Başlatmama ve Sona Erdirme.....	12
2.5.4. Aydınlatma ve Onam Alma.....	13
2.5.5. Beyin Ölümü ve Organ Donörü Olma Önerisi.....	14
2.5.6. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Ekip İçi Çatışmalar.....	15

2.5.7. Tıbbi Kaynakların Adil Paylaşımı	16
2.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Önemi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	19
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Bireysel Bilgi Formu (Ek-1).....	20
3.6.2. Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ (Ahlaki Duyarlılık Anketi - ADA) (Ek-2) .	20
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	22
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.9. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirmesi	23
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR.....	45
EKLER	53
ÖZGEÇMİŞ.....	64

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
ADA	: Ahlaki Duyarlılık Anketi
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
ark.	: Arkadaşları
DNR	: Do Not Resuscitate
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses)
KPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
KW	: Kruskal-Wallis H testi
MSQ	: Moral Sensitivity Questionnaire
p	: Anlamlılık Düzeyi
S	: Sayı
SCCM	: Yoğun Bakım Derneği Etik Komitesi (Society of Critical Care Medicine)
SD	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TDH	: Türk Hemşireler Derneği
TDK	: Türk Dil Kurumu
U	: Mann-Whitney U

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı	21
Tablo 2. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 3. Hemşirelerin Etik Konusuna Ait Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Puan Ortalamaları.	26
Tablo 5. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 6. Hemşirelerin Etik Konusuna Ait Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Bireysel Bilgi Formu	53
Ek-2. Ahlaki Duyarlılık Anketi - ADA (Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ).....	56
Ek-3. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	60
Ek-4. Kurum İzni	62



ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ETİK DUYARLILIK DURUMLARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Kılıç G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları
Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019**

Bu araştırma, yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılık durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Haziran 2016 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım birimlerinde çalışmakta olan toplam 176 hemşire, araştırma evrenini oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçme yöntemine gidilmeden, araştırmaya katılmayı kabul eden 152 yoğun bakım hemşiresi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma verileri “Bireysel Bilgi Formu” ve “Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ (Ahlaki Duyarlılık Anketi)” ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; frekans analizleri, Kolmogorov Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin, etik duyarlılık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının 87.05 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin yaş gruplarına göre “bütüncül yaklaşım”, “oryantasyon” alt boyutları ve “etik duyarlılık toplam puanı”; öğrenim durumlarına göre “otonomi” alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki çalışma güvencesi, meslekteki toplam çalışma süreleri ve yoğun bakım birimindeki çalışma sürelerine göre “bütüncül yaklaşım” alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumlarına göre “yarar sağlama” alt boyutu; yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde etik ikilemeyle karşılaşma durumuna göre “uygulama” alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çalışmakta olduğu birim, mesleğini isteyerek yapma, okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma ve aldıkları dersin adı, çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma ve aldıkları eğitimin niteliği, etik komite bulunma durumu, yoğun bakımda karşılaştıkları etik ikilemi çözme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarını arttırmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, etik komitelerin sayısının arttırılması ve hemşirelerin etik komitelere aktif olarak katılımının sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Etik, Etik Duyarlılık, Yoğun Bakım, Hemşire.



ABSTRACT

DETERMINATION OF INTENSIVE CARE NURSE'S ETHICAL SENSITIVITY SITUATION AND FACTORS THAT EFFECT

Kılıç G. Aydın Adnan Menderes University Institution of Health Sciences Department of Internal Diseases Nursing Masters Thesis, Aydın, 2019

This study was carried out to determine the ethical sensitivities of nurses working in intensive care units and the factors affecting them.

The research was conducted between June 2016 and May 2019. The population of the study consisted of 176 nurses working in intensive care units at Aydın Adnan Menderes University Application and Research Hospital. The sample of the study, without using the sample selection procedure, were included in 152 intensive care nurses who agreed to participate in this research.

As a data collection tool in the research; The data of the study was collected by using the "Structured Individual Information Survey" and the "Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ". Also, in order to get data collection face to face interview method was used. Frequency, Kolmogorov-Smirnov Test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H tests were used to assess the data.

It was found that total mean score of the nurses on the ethical sensitivity scale was 87.05. There was a significant difference found when compared the age groups of nurses as "holistic approach", "orientation" sub-dimensions and "total score of ethical sensitivity" to educational status of nurses as "autonomy" sub-dimension. According to the assurance of working where nurses work, the total working hours in the profession and working hours in the intensive care unit, a significant difference was found between sub-dimension of "holistic approach". Additionally, a significant difference found between nurses who work in their unit by their own choice as a "utility" sub-dimension; and those who work in intensive care for a period of time and having an ethical dilemma as "application" sub-dimension. Lastly, there were no significant differences between nurses' gender, marital status, the unit they are working on, willing to do their profession, education on ethics during the school education, the name of the course they take, education about ethics during their working life, the quality of the education they receive, ethics committee presence, solving the ethical dilemma they face in intensive care in terms of sub-dimensions of ethical sensitivity and total score averages.

According to the results derived from the study, organization of trainings and studies to increase the ethical sensitivity of intensive care nurses and also increase the number of ethics committees in order to ensure the active participation of nurses in ethical committees can be advised.

Key Words: Ethic, Ethical Sensitivity, Intensive Care, Nurse.



1.GİRİŞ

Etik; ahlak ve moral anlamında kullanılmakta ve Yunanca “ethos” (gelenek, töre, alışkanlık) kelimesinden gelmektedir. “Doğru olan davranışı yapmak, yanlış olanı yapmamak” anlamına gelmektedir. İnsan davranışlarının doğruluğunu veya yanlışlığını araştırmak, etik veya ahlak felsefesinin konusudur (Arslantaş, 2018).

Hemşire; hasta ve ailesiyle iletişim kuran, onları bütün boyutlarıyla ele alabilen ve hasta bakımında aktif rol olan bir sağlık ekibi üyesidir (Turan, 2015). Hemşirelerden bağımsız kararlar almaları ve hastalar için gereken en “iyi bakımı” sunmaları beklenmektedir. “İyi bakım”, hastanın bir birey olarak tüm boyutlarıyla ele alınıp fiziksel, psikolojik, toplumsal, ahlaki ve manevi iyiliğinin yükseltilmesini ifade etmektedir. Hemşire her zaman, en geniş anlamıyla “iyi bakım” sağlayarak hastanın refahını yükseltecek kararlar almalı ve uygulamalıdır (Casterle, 2015).

Yoğun bakım üniteleri, ayrıntılı gözlem ve tedavi gerektiren, yaşamsal destek ihtiyacı olan ve bunlardan fayda görmesi beklenen hastaların takip edildiği birimlerdir (Yüzkat ve ark, 2015). Yoğun bakımlar ileri teknoloji, yüksek çalışma hızı ve özel bilgi ve multi-profesyonel işbirliği gerektiren bir bakım içerir. Buradaki hastaların durumu genellikle hayati risk içermektedir ve deyim yerindeyse hastalar kendilerini “yaşamın kıyısında” bulmaktadırlar (Nyholm ve Koskinen, 2015). Hastaların durumuyla ilgili değişiklikleri tespit eden ilk kişi ve acil durumlarda hızlı karar alması gereken kişi olan yoğun bakım hemşireleri; beklenmedik şekilde ortaya çıkan karmaşık problemlerle daha sık karşı karşıya kalmaktadır (Kumsar ve Yılmaz, 2013). Karmaşık etik sorunların zamanında ve etkili bir şekilde giderilmesi, güvenli ve kaliteli bir hasta bakımı için oldukça önemlidir (Fleming, 2007).

Birçok alandaki küreselleşme ve teknolojinin kullanımındaki artış nedeniyle, hemşireler eskiye kıyasla her zamankinden daha fazla karmaşık ve öngörülemeyen sorunların yanı sıra çözümsüz problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır (Casterle, 2015). Özellikle de yoğun bakımda tedavi edilmekte olan kritik hastaların bakımı sırasında etik sorunlar sık yaşanmaktadır (Yüzkat ve ark, 2015). Gezer’in (2010) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı araştırmada, en sık karşılaşılan sorunları “daha kritik durumda olan hastalara yer açabilmek için stabil durumdaki hastaların servise alınması; buna ek olarak sırasıyla, hekimlerin yapması gereken görevlerin hemşireye verilmesi, mesleki hiyerarşiye göre daha alt basamaktaki

kişilere daha çok iş verilmesi, hasta veya yakınlarının tedavi reddi ve hayati risk bulunmasına karşın taburculuk talebinde bulunulması” olarak saptanmıştır.

Etik sorun ve ikilemlerle karşılaşan hemşireler bu süreçte bazı kararlar almak durumunda kalabilmektedir. Bu tür durumlarda hemşirelerin sahip olduğu etik değerler ve fikirlerinin önemi anlaşılmaktadır (Yüzkat ve ark, 2015). Daşbilek’in (2016) araştırmasına göre, hemşirelerin değer tercihlerinin dini, teorik, sosyal, estetik, iktisadi, ahlaki ve siyasi olarak sıralandığı ve hemşirelerin kişisel değer tercihleriyle etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bireysel bakım ihtiyaçlarını kendi başlarına gideremeyen ve hemşirelere bağımlılığı daha fazla olan hasta grubu olan yoğun bakım hastaları, daha fazla hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bakım, etik kararlar almayı gerektiren bir durumdur. Hasta ile ilgili verilecek kararlarda etik bir yargılamada bulunmak, bu kararların bireye etkilerinin ne yönde olacağını önceden tahmin edilebilmek ve bu kararların sonuçlarıyla ilgili sorumluluk almak gerekmektedir. Bunun için de hemşirelerde ahlaki duyarlılığın gelişmiş olması gerekmektedir. Çünkü etik karar verebilmek; ahlaki kategorilerde düşünme gücü ve etik duyarlılığın gelişmiş olmasına bağlı olup hemşirelik bakımının profesyonel bir kaliteye ulaşmasına büyük bir katkı sağlar (Öztürk, 2010).

Öztürk ve ark (2009) yaptığı çalışmada, yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılığın olduğu; ancak hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları bildirilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tosun, 2005; Başak ve ark, 2010; Dikmen, 2013; Nas, 2017). Hemşirelerin yaklaşık yarısının etik sorunlarla karşılaştığı ve bu sorunları yaşayan hemşirelerin önemli bir kısmının sorunları çözemediği saptanmıştır (Dikmen, 2013).

Yapılan çalışmalarda belirtildiği üzere yoğun bakımlar etik problemlerin sık karşılaştığı ünitelerin olması nedeniyle burada çalışan sağlık profesyonellerinin problemleri önceden fark edebilecek seviyede bilgi ve etik duyarlılığa sahip olmaları beklenmektedir. Bunun için de öncelikle hastanın tanı, tedavi ve bakım sürecinde ortaya çıkabilecek etik problemleri saptayabilmesi ve anlayabilmesi gerekmektedir (Kırşan ve ark, 2018).

Bu çalışma, yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarını ve bu duyarlılığı etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik

Etik; Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde (2012) “Töre bilimi” ve “Çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Yunanca “ethos” sözcüğünden köken almaktadır (Şentürk, 2013). Etik, bireyin toplum içinde gerçekleştirdiği ve diğer bireyleri etkileyen davranış ve eylemlerini şekillendiren düşünme süreçleriyle ilgilidir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007). Etik, birbirimize nasıl davranmamız ve hareket etmemiz gerektiğini, ne yapmamız gerektiğini ve tüm bunların nedenini inceleyen bir alandır (Epstein ve Turner, 2015).

Etik konusunda neyin iyi ve doğru ya da kötü ve yanlış olduğu felsefeciler tarafından yaklaşık 2500 yıldır tartışılmaktadır. Aristo'nun felsefe dalı olarak etiğin kurucusu olduğu ileri sürülmektedir (Halıcı, 2001).

Hipokrat Yemini geleneksel olarak klinik uygulamalarda uyulmakta olan ve tarihsel olarak en eski etik kurallar bütünüdür. Etiğin tıbbın içine yerleşmesi, etik kavramların konuşulur hale gelmesi ve kurallar oluşturması 20. yüzyılda meydana gelmiştir. Etik kavramlar, toplumlar ve kültürler arasında değişebileceği gibi aynı toplumdaki değişik kültür gruplarının üyeleri arasında da farklı şekillerde yorumlanabilmektedir (Iskit, 2005).

Bir mesleğin en önemli özelliklerinden biri, tanımlanmış etik davranış standartlarının varlığıdır (Rainer ve ark, 2018). Bu sayede bir davranışın neden yapılmaması ya da neden yapılması gerektiği konusundaki mantıksal nedenler ortaya koyulabilmektedir. Etik ilkeler, sağlık bakım alanındaki bütün faaliyetlerle ilişkili olup hemşirelik uygulamalarının da dayanağını oluşturmaktadır (Özer, 2009; Mallari ve Tariman, 2016).

2.2. Hemşirelikte Etik İlkeler

Florence Nightingale Yemini, hemşireliğin ilk etik kodları olarak bilinmektedir. Etik kurallar hemşirelikte ilk kez 1897 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association - ANA)'nde gündeme gelmiş ve 1976 yılında da son şekli ile yayınlanmıştır. Bunun yanı sıra dönemin şartlarına uygun olması açısından, özü ve geçerliliği korunarak 1965 yılında Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses - ICN) tarafından revize edilmiş ve 2005 yılında son şeklini almıştır (Sümen, 2017).

Hemşireler için Türk Hemşireler Derneği (THD) (2017) tarafından 2009 yılında da ‘Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar’ düzenlenmiştir. Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken;

- Zarar vermeme/ yararlılık
- Özerklik/ bireye saygı
- Mahremiyet ve sır saklama
- Adalet ve eşitlik

ilkelerine uymaları gerekmektedir.

2.2.1. Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi

Zarar vermeme ve yararlılık ilkesinin, tıp etiğinin ilk ve en önemli ilkesi olduğu belirtilmektedir (Yüzkat ve ark 2015). Hem Hipokrat Yemini hem de Nightingale Andı’nda belirtilen temel etik prensipler olan zarar vermeme ve yararlılık ilkesi, sağlık bakım etiğiyle yakından ilişkilidir (King, 2009). Yararlı olma ilkesi; bireyin yaşamının korunması ve yeniden sağlıklı olabilmesi için gösterilen gayreti içine almaktadır. Bireyin ağrısının giderilmesi, tedavi ve bakımının sağlanması ve yaşamının devam ettirilmesi gibi durumlarda yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri esas alınarak hareket edilir (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Yapılan uygulamalar sırasında, elde edilmesi beklenen yararın oluşabilecek zarara eşit görünmesi, uygulanacak tedavinin net bir sonucunun olmaması ya da çelişen inanç veya değerler sebebiyle yarar-zarar ayrımının yapılamaması gibi durumlarla karşı karşıya kalılabilmektedir (Alpar ve ark, 2013). Birey için karar verilmesi gereken bu ve benzeri durumlarda, bir hasta savunucusu olarak hemşire, sadece klinik etki olarak değil aynı zamanda duruma ahlaken de uygun olan kararlar almak ve buna göre davranmakla sorumludur (King, 2009). Yapılan bir eylem neticesinde ortaya çıkabilecek olumlu ve olumsuz sonuçlar arasındaki dengenin sağlanması, bu yükümlülüğün kapsamındadır. Bu sayede yarar sağlayabilecek olumlu sonuçlarda artış olurken, zarar verebilecek olumsuz sonuçlarda da mümkün olduğunca azalma meydana gelecektir (Ersoy ve Aydın, 1994).

2.2.2. Özerklik/Bireye Saygı İlkesi

Özerklik; kişinin özgürce ve bağımsız bir şekilde düşünme, kendiyle ilgili karar verebilme ve buna göre hareket edebilme yeteneği ve yeterliliğidir. Kişinin özerkliğini ortaya koyduğu durumlara diğer kişilerin saygı duyması ve kişinin de aynı saygıyı bekleme hakkına sahip olması özerkliğe saygı ilkesini ifade etmektedir. Sağlık profesyonellerinin en başta gelen yükümlülüklerinden biri de şüphesiz ki bu ilkenin hayata geçirilmesidir (Erdemir ve ark, 2003). Bunun için de ilk olarak kişinin ‘bilme hakkı’ akıllara gelmektedir. Özerkliğe saygı ilkesi; kişiye gerçeğin söylenmesi, verilen sözlerin tutulması, aydınlatılmış onam alınması ve gizlilik ilkelerine kaynaklık eden bir ilkedir (Özer, 2009).

Her birey kendisiyle ilgili her türlü tedavi ve bakım konusunda karar verme hakkına sahiptir. Bu noktada ‘aydınlatılmış onam’ devreye girmektedir. Aydınlatılmış onam; bireyin uygulanacak olan tanı ve tedavi metotlarının içeriğini, tedavi seçeneklerini ve tüm bunların yarar ve risklerini bilmesi ve yapılacak işleme onay vermesidir (Üstündağ ve Aslan, 2010). Sağlık çalışanları, kişinin bir onay vermek için gücünün yeterli olmadığı durumlarda kişinin çıkarlarına uygun olacak şekilde karar almalıdır (Erdemir ve ark, 2003). Hastanın reşit olmadığı, bilincinin kapalı olduğu ya da rızasının alınmadığı acil durumlarda hastanın velisi/yasal temsilcisinden onam alınması gerektiği; bunun da mümkün olmadığı hallerde onam alınmadan yapılabilecek müdahalelerin düzeyi Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. ve 31. maddelerinde açıkça ifade edilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği). Eğer hastaya verilecek olan bilgi onun sağlığı ya da hayatı üzerinde ciddi bir zarara neden olacaksa hastaya bilgi verilmeyebilir. Hastaya rahat anlayabileceği ve kültürüne uygun olacak şekilde bilgi verilmelidir (Erdemir ve ark, 2003; Hasta Hakları Yönetmeliği).

2.2.3. Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi

Temel bir bireysel hak olan mahremiyet hakkı, özerklikten ve insana saygıdan temel almaktadır. Bu hak bireylerin şahsi bilgileri veya sırlarının başka bireylere ifşa edilmesinin kontrol edilebilmesi anlamına gelmektedir. Bireye saygının bir göstergesi olan hasta gizliliğinin korunması, hasta-hemşire ilişkisi bakımından oldukça gereklidir (Alpar Ş ve ark, 2013). Gizlilik içeren her türlü bilginin hemşire tarafından titiz bir şekilde muhafaza edilerek bireyin gizlilik hakkının savunulması gerekir. Aksi takdirde gizlilik ihlali sonucunda bireyin hemşireyle olan ilişkisi zarar görür ve hemşire ile birey arasında olumsuz yönde bir güven inşa edilmesine sebep olur (Bekmezci ve Özkan, 2015). Bireyin mahremiyetine saygı

gösterilmesi ve bilgilerin gizli tutulması gerektiği Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de belirtilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği).

Mahremiyet, kültürden kültüre ve aynı toplumun içinde bile zamandan zamana değişiklik gösterebilen bir kavramdır. Herkes için aynı anlama gelmemesi ve sınırlarının net olmaması sebebiyle de oldukça önemlidir. Sadece belirli bir bilim alanında değil, insana dair her türlü alanda önemli bir kavram olup sağlık alanında da fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilgi yönleriyle ele alınabilir. Bireye uygulanan her türlü uygulamada hasta mahremiyetine önem verilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Bekmezci ve Özkan, 2015).

2.2.4. Adalet ve Eşitlik İlkesi

Adalet ilkesi, ahlak teorilerinin birçoğunda eşitlik anlayışı üzerine yerleştirilmiş bir kavramdır. Hastaların tedavilerinin aynı şekilde yapılması gerektiği; aynı yapılamayacak olanların ise hastanın ihtiyaçları doğrultusunda değerlendirilmesi gerekliliği bu ilkenin temelini oluşturmaktadır. Hemşirelik bakımının da adil bir şekilde yapılabilmesi için aynı bakım gereksinimi bulunan hastalara aynı bakımın verilmesi, daha çok bakıma ihtiyaç duyan hastalara daha çok bakım verilmesi gerekmektedir (Özer, 2009). Hastalar için verilecek kararlarda; sahip oldukları sosyal değerlilik, ekonomik durum, cinsiyet, etnik köken, ırk ve cinsel tercih gibi durumlar asla etkili olmamalıdır (Öztürk, 2010).

Sağlık bakım etiğinde adalet ilkesinin uygulanması bakımından odaklanılan nokta, mal ve hizmet dağıtımıdır. Buna dağıtıcı adalet denilmektedir. Mal ve hizmetlerin sınırlı olması sebebiyle tüm bireylere gereksinim duydukları veya istedikleri her şeyi sağlamak maalesef ki mümkün olmamaktadır. Bu sebeple kısıtlı kaynakların eşit ve adil bir şekilde kullanılmasına yönelik politikaların oluşturulması ve uygulanması, yönetim sistemlerinin öncelikli hedeflerindedir (Alpar, 2013). Hemşirelerin de bireylere hizmet verirken, bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde tutarak zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil bir şekilde paylaşımını sağlaması gerekmektedir (Türk Hemşireler Derneği).

2.3. Etik (Ahlaki) Duyarlılık

Etik duyarlılık, etik problemleri tespit edebilme yeteneğidir. Sağlık çalışanlarının bakımını sağladıkları bireyleri anlaması, verdikleri bakımın daha iyi olmasını sağlamak için kullandıkları yöntemler ve kapasiteleri etik duyarlılık olarak tanımlanır (Ağaçdiken ve

Aydoğan, 2017). Başka bir tanımla; bir insanın davranışlarının diğer insanları nasıl etkilediğinin farkında olmaktır, başkalarının üzüntüsü ile empati kurabilme yeteneğidir (Rushton ve Penticuff, 2007).

Etik karar verme, karmaşık bir süreçtir (Utlu, 2016). Karar verebilme yeteneği; bir problem veya durumla karşı karşıya kalındığında, problem veya durumun tanımlanması ile en uygun kararın belirlenmesi arasındaki belirli basamaklardan oluşur (Sucu ve ark, 2012). Olayın etik yönünün kabul edilmiş olması, etik karar verebilmenin ön koşulunu oluşturur. Etik sorunun ayırt edilebilmesi için de kişinin etik bilgisi kadar etik duyarlılığının da gelişmiş olması gerekmektedir (Utlu, 2016). Hemşirelerin klinikteki karar verme sürecini etkileyen faktörlerin de tanımlanması gerekmektedir. Hemşirelerin etkili ve doğru karar verme sürecinin; hemşirelerin kişisel özellikleri, deneyim, eğitimi, ortamın ve yapılacak işin özelliklerinden etkilendiği görülmektedir (Sucu ve ark, 2012).

Arslan'ın yaptığı araştırmada, hemşirelerin eğitim durumunun, etik eğitimi alma durumunun ve meslekte çalışma süresinin ahlaki duyarlılık düzeyini etkilediği görülmüştür (Arslan, 2017). Yapılan bir başka çalışmada da etik eğitimi alma, etik ile ilgili konferans veya toplantılara katılma ve mesleği severek yapma durumları ile etik duyarlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Kahrıman ve Çalık, 2017).

Kompleks ve çok yönlü yapısı nedeniyle yoğun bakımlarda pek çok sorunla karşı karşıya kalınmaktadır. Yoğun bakımlarda yaşanan bu sorunlar, hastanın kabulü süreciyle başlayan, uygulanması gereken tedavinin sınırlarının belirlenmesi ve maliyete kadar uzanan oldukça geniş bir çerçeveyi içine almaktadır (İbrahimoğlu, 2017). Yaşanan sorunlara etik dayanağı olan çözümler bulma arayışı da yoğun bakım etiğinin ortaya çıkmasında temel faktör olmuştur (Akpir, 2010). Yoğun bakımlarda görülen etik problemlerin karmaşık olması ve çoklu nedenlere bağlı olması nedeniyle kısa zamanda çözümlenmesi daha da önemli bir hale gelmektedir (İbrahimoğlu, 2017).

Hemşirelerin bakım süreci boyunca etik ilke ve teorileri, etikle ilişkili temel kavramları, etik sorunları ve etik sorunlar karşısında kullanabilecekleri karar verme modellerini bilmeleri ve bu yönde bakım uygulamaları şarttır (İbrahimoğlu, 2017). Etik karar verebilme yeteneğinin geliştirilmesi açasından eğitici ve yönetici konumundaki hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Sucu ve ark, 2012). Hem mezuniyet öncesinde hem de mezuniyet sonrasında etik karar verebilme yeteneği ve alışkanlığı kazanmasını sağlayacak

kalitede klinik etik eğitimi verilmesi büyük önem taşımaktadır (Aydın ve Ersoy, 1995). Eğitici hemşireler, bireylerin kişisel gelişimleri ve eleştirel düşünebilme yeteneklerinin yanı sıra teorik ve uygulama bilgilerini de geliştirecek yöntemler uygulamalıdır. İpucu niteliğindeki verilerin fark edilmesini sağlamak ve analitik düşünme yöntemleriyle karar verme yeteneğini geliştirmek amaçlanmalıdır (Sucu ve ark, 2012).

Sonuçları çözüme ulaştırmak; öncelikle klinikteki düzenlemelerin yapılmasına ve daha sonra da yasal ve etik kurallara uyulmasına bağlıdır (Akpır, 2010). Sağlık profesyonellerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet verirken tıp etiği konusunda izlemesi gereken yol ve yöntemler hastane etik kurullarının belirlediği “hastane etik politikası”dır. Hastane etik kurullarının geliştireceği rehber ve kurullarla etik karar verme süreci daha kolay bir hale gelecektir. Bu kurulların sorumlulukları arasında; sağlık hizmetinin verilmesi, etik eğitimi ile ilgili etkinlikler, sağlık profesyonelleri arasındaki problemler, hasta-hekim ilişkisinde oluşan problemler gibi konular bulunmaktadır (Sayım, 2011).

Hastane etik kurullarının görevlerinden biri olan etik danışmanlık hizmeti, sağlık profesyonellerinin etik ikilem yaşadığı klinik durumlarda büyük önem arz etmektedir. Danışmanlık hizmetiyle, etik ikilem yaratan olaylarda en doğru kararın verilmesi konusunda yol göstererek işin daha kolay bir hale gelmesini, hukuki problemlerin oluşumunun azalmasını, hasta memnuniyetini arttıracak kararlar verilmesini ve diğer sağlık çalışanları ile hastane yönetiminin etik duyarlılıklarının gelişmesini sağlamaktadır (Sayım, 2011).

Hemşirelerin etkin bir bakım hizmeti verebilmesi için işe alınma sürecinden itibaren hemşirelerin eğitimi ve geliştirilmesi, çalışma performansının değerlendirilmesi ve ödüllendirme gibi çalışma hayatını ilgilendiren tüm konularda yöneticilerin de etik davranması çok önemlidir. Çalışma standartlarının belirlenmesinin yanında etik komitelerin oluşturulması, hemşirelere bu komitelerde aktif roller verilmesi ve etik problemlerin çözümü konusunda çaba göstermeleri önerilmektedir (Hakko ve Kıvanç, 2018).

Yöneticiler, eğiticiler, araştırmacılar ve hemşireler mutlak surette işbirliği içerisinde olmalı ve topluma hesap verebileceği şekilde güvenli bir bakım sunmalıdır (Sucu ve ark, 2012). Yoğun bakımlarda etik yaklaşımın ve anlayışın kabul edilmesi sayesinde, doğru ve yanlışın tanımının yapılabilmesi ve alınacak kararların daha etkili, verimli ve doğru uygulanabilmesi mümkün olabilecektir (Öztürk, 2010).

2.4. Etik İkilem ve Etik Karar Verme

Hemşirelik bilgisinden faydalanılması ve bu bilginin uygulamaya konulması hemşirelik açısından klinik karar vermeyi ifade etmektedir (Yıldırım ve Taşçı, 2013). Klinik karar verme, beklenen hasta bakım sonuçlarını elde edebilmek için profesyonel hemşirelik bakımı sırasında verilmesi gereken kararlar dizisi olarak da ifade edilebilir. İşlenmesi gereken verilerin çok fazla olması ve alınacak sonuçların belirsiz olması nedeniyle karar verme süreci karmaşık bir hal almaktadır. Hemşireler kendi mesleğine özgü olan teorik ve uygulama bilgisini en etkili ve verimli şekilde kullanarak doğru kararları vermek, bireylere güvenli ve kaliteli bir bakım hizmeti sunmak mecburiyetindedir (Sucu ve ark, 2012).

Bir davranışın ya da faaliyetin yollarının ve sonuçlarının etik ilkeler ve kodlar göz önüne alınarak değerlendirilmesiyle birlikte etik açıdan kabul edilebilir bir tercih yapılması süreci, etik karar verme olarak tanımlanır. Etik karar verme, kişilerin muhakeme yetisine ve etik duyarlılıklarının gelişmiş olmasına bağlı bir durumdur (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017).

Etik ikilem ise kişinin iki ya da daha fazla alternatif arasından ahlaki sonuçları en iyi olan birini seçmesi gereken bir durumdur (Rathert ve ark, 2016). Ve etik bir ikilemde, her zaman “seçilebilecek en iyi seçenek” olarak tanımlanabilecek bir seçenek vardır. Böyle bir seçeneği belirlemenin mümkün olmadığı durumlar, sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir (Santos ve Carnevale, 2018).

Etik ikilemleri çözme sürecinin başarılı olabilmesi, sistematik bir değerlendirmeyi gerektirmektedir (Gilliland, 2010). Etik karar verme modelinin aşamaları;

- Sorunu açık bir şekilde tanımlamak
- Gerekli bilgileri toplamak ve çelişen ahlaki durumları tanımlamak
- Stratejileri belirlemek
- Stratejileri hayata geçirmek
- Yapılan eylemin neticesini değerlendirmek

şeklinde tanımlanmıştır (Alpar ve ark, 2013).

Tıpla ilgili her eylemin kendine göre etik bir yönü vardır. Bunu gözden kaçırmadan eylemleri değerlendirebilmek için etik duyarlılığa ve etik bilince sahip olmak gerekir. Etik duyarlılık ve etik bilincin, etik problemlerin tanımlanması, çözümlenmesi, bir sonuca

ulaştırılması ve hatta bu sorunların oluşmaması konusunda da önemli etkisi vardır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007).

Birbirine eşit ya da yakın değerlere sahip durumlar arasında karar verilmesi gerektiğinde, hangisi seçeneğın uygulamasının daha “doğru” olacağı konusunda tereddütler yaşanabilmektedir. Bu etik ikilemler karşısında alınacak olan kararın etik yönden kabul edilebilir bir karar olabilmesi için; meslek etik kodları ile birlikte ilgili yasa ve yönetmelikler hakkında geniş bir bilgiye sahip olunması gerekmektedir (Aydın ve Ersoy, 1995).

2.5. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Etik İle İlgili Sorunlar

Yoğun bakım ünitesi içinde genellikle gece-gündüz tedavi ve gözetim gereken kritik hastalara bakım verilmektedir. Yoğun bakımlar yaşamsal bulguların izlenmesi, tedavi ve yaşamsal desteğın sağlanması amacıyla; ventilatörler, infüzyon pompaları, monitörler ve diyaliz cihazları gibi yüksek teknolojik ekipmanlarla donatılmış ortamlardır (Tunlinda ve ark, 2015).

Eskiden ölümlle sonuçlanan birçok ciddi hastalık, gelişen tıbbi uygulamalar ve yoğun bakım hizmetleriyle birlikte iyileşme olanağı bulabilmektedir. Fakat bazı durumlarda, gelişen tüm imkân ve teknoloji dahi kısıtlı kalmaktadır. Bir girişim kimi hastalara uygulandığında o kişilerin hayatta kalmasını sağlarken kimi hastalarda da sadece ölümlü geciktirebilmektedir (Tel, 2012).

Yoğun bakım üniteleri ileri teknolojinin kullanıldığı, uzman ve donanımlı sağlık personellerinin çalıştığı birimler olması nedeniyle yüksek maliyetli tedavi giderlerine sahiptir. Yatak kapasitelerinin sınırlı olması ve yüksek maliyet sebebiyle yoğun bakım ünitelerine uygun hastaların seçilip akılcı bir triaj uygulamasının yapılması büyük önem kazanmaktadır (Babayiğit ve ark, 2016). Buna ek olarak tedavinin sürdürölüp sürdürölmeyeceği, hasta bilgilendirmesinin yapılması, hasta kabul ilkeleri, hasta-hekim ve hemşire-hekim ilişkileri konularında da etik sorunlar yaşanmaktadır (Akpır K, 2010). Karşılaşılan etik sorunlar karmaşık ve çoklu nedenlere bağlı geliştıği ve kısa sürede çözölmesi gerektiği için durum gün geçtikçe daha da önemli bir noktaya gelmektedir (Tel, 2012).

Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla řu sorunlar görölmemektedir:

2.5.1. Ötenazi

Ötenazi, Yunanca “eu” (iyi, güzel) ve “thanatos” (ölüm) kelimelerinin birleşmesinden oluşmaktadır ve “acısız ve ızdırapsız doğal ölüm, kolay ve rahat ölüm” anlamına gelmektedir (Türkmen, 2015). İyileşemeyeceği ve hayatının sonuna dek dayanılmaz acılar duymaya devam edeceği tıbbi olarak kesinleşmiş hastaların hayatının bilinçli olarak, özgür istek ve iradesiyle doktorlar tarafından acı duymadan sona erdirilmesi ötenazi olarak tanımlanmaktadır (Yüzkat ve ark, 2015).

Ülkemizde ötenazi, hasta hakları ve kanunlar çerçevesinde yasaktır (Hasta Hakları Yönetmeliği; Türk Ceza Kanunu). Birçok ülkede tartışmalı bir konu olmasıyla birlikte Hollanda, Belçika ve Lüksemburg’da ötenazi belli şartlar çerçevesinde yasal olarak uygulanabilmektedir (Serdaroğlu, 2016).

Yoğun bakımda çalışan hemşireler, ölüm ve ölmekte olan hastalarla sık karşılaştığından ötenazi talebi de yaşadıkları önemli ahlaki ikilemlerden bir tanesi olarak dikkat çekmektedir. Çelik ve ark (2012) yapmış olduğu araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin ötenaziyi benimsemediklerini; kendisi, yakınları ve hastaları için aktif veya pasif ötenazi yapılmasını onaylamadıklarını saptamıştır.

2.5.2. Resüsite Etmeme Kararı (Do Not Resuscitate)

Kardiyak ve solunum arresti olan kişilere uygulanan hayat kurtarıcı müdahale kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) olarak tanımlanmakta ve canlandırma yapılmasın/do not resuscitate (DNR) istemi yapılmayan her hasta için uygulanmaktadır (Tel, 2012).

Son dönemde olan ya da resüsitasyondan sonra yaşam beklentisi çok kısa olan hastalarda KPR yapılıp yapılmaması konusu çok sık ve yaygın bir şekilde tartışılmaktadır. DNR isteminin hangi kurallara göre hazırlanarak yasal bir şekilde verilebileceği sorusu, bu durumda sorulabilecek belki de en önemli sorudur (Sert ve ark, 2007). DNR talimatı 1980 yılından beri uygulamada olup bu talimatı kullanan ülke sayısı her geçen gün artmaktadır. KPR’nin sık uygulandığı kliniklerde DNR’nin gerekli olduğu fikrinin giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, ülkemizde DNR talimatına ilişkin gerekli yasal düzenlemelerin olmadığı görülmektedir (Akyol, 2017).

KPR ile ilgili olarak tartişılan iki etik nokta vardır. Bunlardan birincisi, kronik hastalığa ek olarak bazı sağlık problemleri olan (ciddi pnömoni vb.) kişilerde KPR'nin başarısız sonuçlanması; ikincisi doktorların bazı hastaların (özellikle terminal dönemdekiler) resüsite edilmek istemediğini anlamasıdır. Bu durum hastanın özerkliği bakımından önemli bir konudur. Özerklik ilkesine uygun hareket etmek için doktorlara KPR konusunda hasta ya da yakınlarından aydınlatılmış onam almaları söylenmektedir. Ancak kritik hastalık döneminde bunu uygulamak kolay olmamaktadır. Hastaların kendilerini terk edilmiş hissetme ihtimalinden dolayı gerektiğinde KPR yapılmama durumunu hasta ile görüşme konusunda çekimser kalınmaktadır (Erkeköl ve ark, 2002).

Kuvaki ve ark. yaptığı araştırmada, doktorların KPR uygulamama talimatı hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları ve daha çok kendi doğrularına göre duygusal yaklaşımda buldukları sonucuna varmıştır (Kuvaki ve ark, 2014).

Sağlık profesyonelleri ile hasta veya hasta aileleri arasında açık bir iletişim gerektiren DNR kararı ilerisi için istem gerektiren bir karar olup, bu kararın hasta ve gerekli ise ailesi ile görüşülmüş olması gerekmektedir (Akyol, 2017). Hasta veya yakınları ile konuşması gereken kişilerin, tıbbi sorumlulukları sebebiyle hekimler olması gerekmektedir. Yoğun bakım hemşiresi, hastaların ölüm anında genellikle yanlarında bulunan ilk kişidir ve yoğun bakım ekibinin en önemli üyelerindedir. Bu nedenle bu karar konusunda yoğun bakım hemşirelerinin de görüşleri alınmalı ve hasta ya da yakınlarıyla konuşulurken hemşireler de hazır bulunmalıdır (Erkeköl ve ark, 2002).

2.5.3. Tedaviyi Başlatmama ve Sona Erdirme

Gelişen tıp teknolojisi ve tedavi olanakları göz önüne alındığında günümüzde ölüm neredeyse tedavinin durdurulması veya uygulanmaması durumunda gerçekeşebilmektedir. Sağlık çalışanlarının vereceği en zor kararlardan biri de hastanın yaşamını destekleyen teknolojik ve farmakolojik girişimlerin, kişinin iyileşmesi veya hastalık bulgularının azaltılmasına faydası olup olmadığı kararını vermektir (Tel, 2012).

Konuyla ilgili olarak ölkemizde yapılan düzenlemelere bakıldığında tedaviyi reddetme ve durdurma hakkının, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. Maddesinde "Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya

durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir” şeklinde açıklandığı görülmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği).

Hastalar kendileriyle ilgili olarak sahip olduğu değerler ve beklentileri doğrultusunda, neleri kabul edebileceği ve nasıl bir hayatı katlanabilir bulacağı konusunda karar verebilmeleri en doğal haklarıdır. Dolayısıyla hastanın veya vekilinin hangi yarar için ne ölçüdeki sıkıntıya katlanabileceği konusunda karar alması için fırsat verilmelidir (Akpınar ve Ersoy, 2012).

Etik olarak tartışılması gereken bir konu da yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmaması durumları arasında etik olarak bir ayırım olup olmadığıdır (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Yaşamı destekleyen tedavilerin iki yöntemle kısıtlanabileceği belirtilmektedir; tedaviyi sonlandırmak ve tedaviyi esirgemek. Yaşamı desteklemek için başlanan ve artık sadece ölüme geciktiren tedavilerden vazgeçmek, tedaviyi sonlandırmak olarak ifade edilebilir. Bazı müdahalelerin yapılmaması ya da tedavi edici artırımların uygulanmaması ise tedaviyi esirgemektir (Akpınar ve Ersoy, 2012). Tedavi reddi hakkı dolayısıyla, tedavi hakkında bilgilendirilen hasta ya da hasta vekilinin yararsız bir tedaviyi sonlandırma taleplerine karşı saygı duyulması ve bu isteğin sağlık bakım amaçları doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından irdelenmesi gerekmektedir (Tel, 2012).

2.5.4. Aydınlatma ve Onam Alma

Hastanın, uygulanacak herhangi bir tıbbi işlemi onaylaması veya reddetmesi için hastaya yeterli ölçüde bilgi verilmesi süreci aydınlatılmış onam olarak tanımlanır. Aydınlatılmış onam alınırken hastaya uygulanması planlanan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, varsa alternatif tanı ve tedavi şekillerinin nitelikleri açıklanmalıdır. Bu yöntemlerin uygulanması durumunda karşılaşılabilecek olası yan etkiler ve beklenen yararlar hakkında bilgi verilmelidir. Bilgi verilen kişinin onay vermeye yeterli olması ve gönüllü olarak onay vermesi gerekmektedir. Ayrıca bilgi verilirken hasta tarafından anlaşılabilir uygun bir dille açıklama yapılması gerekir (Civaner ve Kavas, 2007).

Ülkemizde aydınlatılmış onam ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği ve Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (2015) çerçevesinde yasal düzenlemeler yapılmıştır. Kişinin onay vermesinin mümkün olmadığı durumlarda (reşit olmaması, bilincinin kapalı olması gibi) vasisinin onayı alınmaktadır ve kişi onay verse dahi, tedavinin planlanması ya da uygulanması aşamasında tedaviyi reddetme/durdurma hakkına da sahiptir. (Hasta Hakları Yönetmeliği)

Yapılmış olan tüm bu düzenlemelere rağmen uygulama esnasında bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Yaşanan sorunların büyük bir bölümü, hekimler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının konuyla ilgili mevzuatı yeteri kadar bilmemesi ve aydınlatmayı kimin yapması gerektiği gibi bazı konuların mevzuatta açık ve net bir şekilde belirtilmemiş olmasından kaynaklanmaktadır (Tümer ve ark, 2011).

Konuyla ilgili güncel yaklaşım, hastaya söz konusu müdahaleyi yapacak olan hekim veya müdahalenin yürütülmesi ile ilgili sorumluluğu alan hekimin aydınlatmayı yapmasıdır. Tanı, tedavi ve benzeri konularda hekim dışı sağlık personelinin hastayı aydınlatma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Fakat kendi uygulayacakları ve kendi sorumluluklarında olan, örneğin kan alma gibi işlemlerde, hemşirenin hastayı bilgilendirmesi gerekmektedir (Tümer ve ark, 2011).

2.5.5. Beyin Ölümü ve Organ Donörü Olma Önerisi

Tıbbi bir tedavi metodu olan doku ve organ nakli ile insan hayatının kurtarılması amaçlanmaktadır. Başka türlü bir tedavi yöntemi olmayan hastalıklarda insan hayatının kurtarılması doku ve organ nakli yapılmasına bağlı olmaktadır. Günümüzde doku ve organ nakilleriyle ilgili birçok olumlu sonuç elde edilmiş olup bu yöntem tüm dünyada kabul edilmiş bir konudur (Süren, 2007).

Etik kurallar gereği hekimlerin doku ve organ naklindeki alıcı ve verici bireyleri aydınlatmaları ve onam almaları gerekmektedir. Ayrıca naklin her iki taraf için de uygun olup olmadığının araştırmasını çok iyi yapmalı ve bu süreçte kâr amacı gütmeksizin yalnızca hayat kurtarmayı amaçlamalıdır (Süren, 2007).

Türkiye Organ Nakli Vakfı'nın (2016) Türkiye 2013 verilerine göre 1703 beyin ölümü bildirilmiş ve bu sayının 379'u (%22) aile onayıyla organ bağıışı için donör olmuştur. 379 kişiden 377'sinin (%99) organları kullanılmıştır.

Ölü de olsa insan bedeni manevi bir değere sahip olduğu için, ölünün eğer varsa hayatta iken ifade ettiği rızasının ya da yakınlarının rızasının mutlaka alınması gerekmektedir (Süren, 2007).

Tüm bunların yanı sıra, ölüm anının belirlenmesi ile ilgili de sorunlar yaşanmaktadır. Doku ve organ nakli konusuyla birlikte üzerinde durulan beyin ölümü de etik olarak bir hayli tartışmalı olan bir konudur (Süren, 2007).

Beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşsüz kaybı beyin ölümü olarak tanımlanır. (Uludağ, 2015). Birçok ülkede insanlar hâlâ beyin ölümüne şüpheyle bakmaktadır. Bazı kişiler beyin ölümünü bitkisel hayatla karıştırdığı için hastalarının yeniden hayata dönmesi ihtimalini düşünerek yaşamsal desteğin sona erdirilmesine ve organ bağışına karşı çıkabilmektedir (Süren, 2007).

Eğer ölen kişi, daha önce ölümünün ardından doku ve organlarının alınmasına karşı olduğunu ifade etmiş ise kişinin doku ve organları bağışlanamaz. Fakat bu konu ile ilgili herhangi bir beyanı yoksa bu durumda ölen kişinin yakınlarının izni olması halinde ölen kişinin doku ve organları bağışlanabilir (Erdemir ve ark. 2003).

Birtan (2015), beyin ölümü gerçekleşen kişilerin aileleri ile yoğun bakım hekimleri arasındaki iletişimin organ bağışı üzerindeki etkilerini ve ret nedenlerini incelemek üzere bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; yoğun bakım hekiminin beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerin ailelerini bilgilendirirken yardımsever bir davranış ve tutum göstermesinin, beyin ölümü ve organ bağışı süreci üzerinde olumlu bir etki yarattığı görülmüştür.

2.5.6. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Ekip İçi Çatışmalar

Yoğun bakım birimleri, hayati tehlikesi olan hastalara en üst seviyede bakım sağlamak için çok sayıda yüksek donanımlı teknolojik aletlerin bulunduğu ve disiplinler arası bir ekip yaklaşımının mecburi olduğu bakım merkezleridir (Terzi ve Kaya, 2011). Multidisipliner ekip içerisinde görev alan yoğun bakım hemşireleri, hastaların üniteye yattığı sürece kişiselleştirilmiş kaliteli bir bakım almaları konusunda önemli ve kritik sorumluluklar almaktadır (Kumsar ve Yılmaz, 2013).

Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerinin yoğun bakım ünitelerindeki karar vermeyele ilgili süreçte kısıtlı bir katılımı söz konusu olup, primer karar veren kişi hekimdir. Hemşireler aynı fikirde olmasalar dahi hekim istemini yapmak durumunda kalabilmekte ve bu nedenle ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir (Tel, 2012). Yaşanan bu tür etik sorunlar nedeniyle meslektaşlar arasında sorunlar yaşanabilmektedir. Etik ikilemler ve ayrılıklar neticesinde kişilerin performansı ve motivasyonu da etkilenmektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesinin düşmesine sebep olmakta ve bunun hastaya yansımaları da olumsuz yönde olmaktadır (Utlü, 2016).

Sorta-Bilajac ve ark. araştırmasında hekim ve hemşirelerin aslında benzer etik ikilemleri deneyimledikleri görülmektedir. Ancak klinik etik istişareleri düşük olduğundan, bireysel ve ekip olarak istişarelerin yapılması gerekmektedir (Sorta-Bilajac ve ark, 2011). Hemşirelerin yoğun bakım ünitelerindeki kararlara daha çok katılabilmesi için ekip yaklaşımının tercih edilmesi; etik problemlerin önlenmesini ve etik ikilemlerin azaltılarak daha sağlıklı çözümler oluşturulabilmesini sağlayacaktır (Tel, 2012).

2.5.7. Tıbbi Kaynakların Adil Paylaşımı

Genel olarak kişiler arasında ayırım yapmamak anlamında olan adil davranmak kavramı; kişilere tek tek hakkı olan, ihtiyaç duydukları ve layık oldukları şeylerin verilmesi demektir. Kişilerin ihtiyacı doğrultusunda fayda sağlamak bir adalet kuralıdır ve ihtiyaç durumundaki kişiler yardımı hak etmektedir. Bu bağlamda temel tıp etiğinin bir ilkesi olarak sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde verilmesi esastır (Akdur, 2000; Atıcı, 2006).

Tıp etiğinin uygulanmasına rağmen çözülemeyen bazı sorunlar vardır. Bunlardan biri de yoğun bakımdaki yatakların kısıtlı olması sebebiyle, hangi hastaya ve nasıl öncelikli olarak yatak verileceği konusudur (Akpır, 2010).

Yoğun bakım hemşirelerinin hangi sıklıkla etik sorunlarla karşılaştığını ve bu sorunları nasıl bir önem sıralamasına koyduklarını tespit etmek için yapılan araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları kliniklerde çeşitli etik sorunlarla oldukça sık bir şekilde karşılaştıkları, en sık karşılaştıkları sorunun durumu daha kritik olanlara yer açmak için stabil hastaların servise transferi konusunun olduğu saptanmıştır (Gezer, 2010).

Yoğun bakım ünitelerindeki yatak sayılarının kısıtlı olması, yeterli sayıda sağlık çalışanının olmaması ve bütçe yetersizliği gibi sebeplerle hastalarda triaj yapılması zorunlu

bir hale gelmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010). Triaaj; yoğun bakımdaki kısıtlı kaynakların akılcı bir şekilde kullanılmasına yardım eden bir yöntem olup, hastaların klinik olarak iyileşme olasılıkları ve durumlarındaki ağırlık dikkate alınarak yapılan bir hasta seçme modeli olarak tanımlanabilir (Akpir, 2010). Irk, cinsiyet, etnik köken, cinsel tercih, ekonomik durum ve sosyal değerlilik gibi nedenler triaj kararını etkilememeli; triaj yöntemi açık, adil ve haklı bir şekilde uygulanmalıdır (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Literatürde yoğun bakım ünitelerine hasta kabul edilme kriterleri ile ilgili farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü ile ilgili standartların oluşturulması için Yoğun Bakım Derneği Etik Komitesi (Society of Critical Care Medicine-SCCM) tarafından kriterler belirlenmiştir. Fakat kurumlar özel gereksinimleri için, bu modelle birlikte kendi kabul kriterlerini hazırlayabilmektedir (Yüzkat ve ark, 2015).

Yoğun bakım ünitelerinde hasta kabul ve taburcu kararı konusunda yaşanan etik sorunlar üzerine yapılan bir araştırmada sağlık profesyonellerinin ortak bir sorumlulukla sorunu çözmek için çaba gösterdiğinde, bu durumun ahlaki sıkıntıyı önleme veya hafifletmeye yardımcı olduğu gösterilmiştir (Oerlemans ve ark, 2015).

Bu doğrultuda, yoğun bakım birimlerinde görev yapan sağlık çalışanları sıklıkla etik ikilemlerle karşılaşabilecekleri görülmektedir. Etik sorunlarda sağlık çalışanları etik ve yasal ilkeleri temel alarak hareket etmeli, kararların alınması sürecine hasta ve hastanın ailesinin de dâhil olmasını sağlamalıdır (Üstündağ ve Aslan, 2010).

2.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Önemi

Etik, temel konusu eylem olan ve ahlaki konularda karar vermeye yönelik kuramsal yaklaşımları açıklayan bir bilim olarak tanımlanmaktadır. Hemşireliğin eyleme dayalı olan bir meslek olması itibarıyla, her anı ve her alanı etikle yakından ilişkilidir (Özer, 2009).

Yoğun bakım üniteleri ileri teknolojinin kullanıldığı karmaşık yapıya sahip birimlerdir. Ağır risk altında bulunan, savunmasız bir hasta grubuna bakım ve tedavi verilmesi sebebiyle sağlık profesyonelleri etik sorun ve etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar (Kırşan ve ark, 2018). Hemşireler çözülmesi zor olan etik ikilemlerle karşılaştığında, bunu klinik işleyiş açısından profesyonel bir sorumluluk olarak kabul ederler. İçinde buldukları duruma en uygun olan davranışı belirlemek için, sahip oldukları değerleri temel alırlar (Kim ve ark, 2015). Yapılan bazı araştırmalarda etik duyarlılığı etkileyen bazı faktörlerin

bulunduğu, özellikle de yaş ve mesleki deneyim süresindeki artışın etik duyarlılığı pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Öztürk ve ark, 2009; Başak ve ark, 2010; Dikmen, 2013).

Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluk gibi mesleğin temelinde yer alan inançları, etik karar verme bakımından büyük önem taşır. Hemşireler sağlık hizmeti sunarken verdikleri kararlarda kendilerini, hastalarını ve meslektaşlarını koruyabilmek adına sağlam dayanaklara ihtiyaç duymaktadır. Etik yönden karmaşık durumlarda doğru karar alabilmek için de etik ilke ve teorilerin göz önünde bulundurulması; hasta ve ailesinin değer, kültür ve inançlarına saygı gösterilmesi gerekmektedir (Utlu, 2016). Kaliteli bir sağlık bakım hizmeti verilebilmesi; sağlık profesyonellerinin mesleki becerilerini sürekli olarak geliştirmesi, etik ve insani yönüyle duyarlı ve meslek etiğine uygun bakım hizmeti sunabilmesiyle mümkün olacaktır (Arslantaş, 2018).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Aydın ilinde bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım birimlerinde çalışmakta olan hemşirelerle yapılmıştır. Araştırma Haziran 2016 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Tıp Fakültesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Merkezi Araştırma ve Uygulama Hastanesi olarak 1996 yılından itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Hastanenin 102 yoğun bakım yatağı ve 485 servis yatağı olmak üzere 587 yatağı bulunmaktadır. 14 adet ameliyathanesi, 13 adet yoğun bakım ünitesi (Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım, Cerrahi yoğun bakım, Dahiliye yoğun bakım, Nöroloji yoğun bakım, Nöroşirurji yoğun bakım, Koroner yoğun bakım, Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım, Göğüs yoğun bakım, Genel yoğun bakım, Çocuk yoğun bakımı, Yenidoğan yoğun bakım ve Acil yoğun bakım) bulunmaktadır. Bu yoğun bakımlarda 176 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım birimlerinde çalışmakta olan toplam 176 hemşire, çalışma evrenini oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçme yöntemine gidilmeden, araştırmaya katılmayı kabul eden 152 yoğun bakım hemşiresi araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olan toplam 24 hemşire araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya sadece yoğun bakım birimlerinde hemşire olarak görev yapan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşireler dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma belirlenen tarihler ve Aydın ilindeki Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma örneklemine genellenebilir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

- Bireysel Bilgi Formu (Ek-1)
- Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ) (Ek-2)

kullanılmıştır.

3.6.1. Bireysel Bilgi Formu (Ek-1)

Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan (Tosun, 2005; Pekcan 2007; Tazegün, 2013). ; hemşirelerin kişisel özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu vb.) ait bilgileri içeren 10 soru ve konu ile ilişkili (etik eğitimi, alınan etik eğitiminin niteliği, etik ikilemeyle karşılaşma gibi) durumları içeren 7 soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ (Ahlaki Duyarlılık Anketi - ADA) (Ek-2)

Ahlaki Duyarlılık Anketi - ADA, Lutzen tarafından oluşturulmuştur (Lutzen ve ark, 1997). Karolinska Hemşirelik Enstitüsünde 1994 yılında (İsveç – Stokholm), etik karar verme sürecindeki etik duyarlılığı belirlemek amacıyla önce psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. Bu anketin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Hale Tosun tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasındaki Cronbach's Alpha değeri 0.84 bulunmuştur (Tosun, 2005).

ADA likert tipte bir ölçüm aracı olup, toplam 30 madde ve 6 boyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) oluşmaktadır (Tosun, 2005). ADA'nın 6 alt boyutundan "otonomi" boyutu 10, 12, 15, 16, 21, 24, 27. maddeleri; "yarar sağlama" boyutu 2, 5, 8, 25. maddeleri; "bütüncül yaklaşım" 1, 6, 18, 29, 30. maddeleri; "çatışma" 9, 11, 14. maddeleri; "uygulama" 4, 17, 20, 28. maddeleri; "oryantasyon" 7, 13, 19, 22. maddeleri kapsamaktadır (Tazegün, 2013). Anketin 3. 23. ve 26. Maddeleri Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun içinde yer almamıştır. ADA'da yer alan ifadeler tamamen katılıyorum (1 puan) ile hiç katılmıyorum (7 puan) arasında değerlendirilmektedir. ADA'dan alınabilecek en yüksek puan 210, en düşük puan 30 olup; düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir (Tablo 1) (Tosun, 2005).

Tablo 1. ADA'nın alt boyut ve toplam potansiyel puan dağılımı

ALT BOYUTLAR	Minimum	Maximum
Otonomi	7	49
Yarar sağlama	4	28
Bütüncül yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
TOPLAM	30	210

Çalışmanın güvenilirliğe ait bulguları, Cronbach's Alpha iç tutarlık katsayılarının hesaplanması ile oluşturulmuştur. Buna göre ahlaki duyarlılık ölçeği'nin;

- 'Otonomi' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.668,
- 'Yarar Sağlama' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.446,
- 'Bütüncül Yaklaşım' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.593,
- 'Çatışma' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.376,
- 'Uygulama' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.462,
- 'Oryantasyon' alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.646 olup,
- Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri 0.835 olarak saptanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri Temmuz - Eylül 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın verileri toplanmadan önce etik kurul onayı ve araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Verilerin toplanmasına başlamadan önce araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek, varsa hemşirelerin soruları yanıtlanmıştır. Araştırma esnasında hiçbir şekilde isimlerinin belirtilmeyeceği, araştırma verilerinin sadece araştırmacı tarafında toplanacağı ve güvenli bir şekilde saklanacağı, bilgilerinin kimse ile paylaşılmayacağı ve araştırma sonuçlarının bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır.

Görevlerinin aksatılmamasına özen gösterilerek, araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra veri toplama araçları hemşirelere verilmiş ve uygun oldukları zamanda kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Haftada 3-4 gün yoğun bakım üniteleri ziyaret edilerek araştırma verileri toplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini, Ahlaki Duyarlılık Anketi'nden alınan toplam puan ortalamaları oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma güvencesi, çalıştığı birimin adı, yoğun bakımda çalışma süresi, meslekteki çalışma süresi, okul eğitimi ve çalışma hayatı süresince etik eğitimi alınıp alınmadığı ve bu eğitimlerin niteliği, çalışmakta olduğu kurumda etik komite olup olmadığı, çalışılan birim tercihinin kendisine ait olup olmadığı, mesleğini isteyerek yapıp yapmama durumu, çalışma hayatı ve yoğun bakımda çalışma süresince etik ikileme karşılaşma durumu ve etik ikilemi çözme şeklidir.

3.9. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0) programı kullanılmıştır.

-Ahlaki Duyarlılık ölçeği maddelerinin verilerin parametrik veya parametrik olup olmadığını belirlemek için verilere Kolmogorov Smirnov Testi uygulanmıştır.

-Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri frekans analizleriyle incelenmiştir.

-Ankete katılan hemşirelerin cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma güvenceleri, okul eğitimleri süresince etik konusu hakkında herhangi bir eğitim alıp almadıkları, çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alıp almadıkları, mesleklerini isteyerek yapıp yapmadıkları, buldukları birimlerde çalışmalarının kendi tercihleri olup olmadığı, yoğun bakımda çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşı karşıya kalıp kalmadıkları açısından ahlaki duyarlılıkları arasında farklılık bulunup bulunmadığını incelemek için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

-Ankete katılan hemşirelerin yaşları, öğrenim durumları, mesleklerindeki çalışma süreleri, yoğun bakım birimindeki çalışma süreleri, çalıştıkları birimleri, etik ile ilgili eğitimi hangi ders adı altında aldıkları, çalışma hayatları süresince etik ile ilgili eğitim aldılarsa bu eğitimlerin niteliği, çalışmakta oldukları kurumlarında etik ile ilgili komite bulunma durumları, yoğun bakımda çalıştıkları süre içerisinde ikileme karşılaşma durumunda ikilemi nasıl çözdükleri açısından ahlaki duyarlılıkları arasında farklılık bulunup bulunmadığını incelemek için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verileri Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı (EK-3) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı (EK-4) izinler alındıktan sonra toplanmıştır. Verilerin toplanmasının gönüllülük esasına dayandığı açıklanarak sözlü izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 2. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (S=152)

Kişisel Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	145	95,4
	Erkek	7	4,6
Yaş aralığı	18-26	106	69,7
	27-35	35	23
	36 ve üzeri	11	7,2
Medeni durum	Bekar	106	69,7
	Evli	46	30,3
Öğrenim durumu	Lise	50	32,9
	Ön lisans	24	15,8
	Lisans	69	45,4
	Lisansüstü	9	5,9
Çalışma güvencesi	Kadrolu	60	39,5
	Sözleşmeli	92	60,5
Meslekteki toplam çalışma süresi	1-5 yıl	104	68,4
	6-10 yıl	29	19,1
	11-15 yıl	12	7,9
	16-20 yıl	5	3,3
	21 yıl ve üzeri	2	1,3
Yoğun bakım birimindeki çalışma süresi	1-5 yıl	120	78,9
	6-10 yıl	21	13,8
	11-15 yıl	7	4,6
	16-20 yıl	2	1,3
	21 yıl ve üzeri	2	1,3
Çalışmakta olduğu birim	Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım	13	8,6
	Cerrahi yoğun bakım	10	6,6
	Dahiliye yoğun bakım	11	7,2
	Nöroloji yoğun bakım	9	5,9
	Nöroşirurji yoğun bakım	14	9,2
	Koroner yoğun bakım	14	9,2
	Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım	14	9,2
	Göğüs yoğun bakım	2	1,3
	Genel yoğun bakım	16	10,5
	Çocuk yoğun bakım	6	3,9
	Yenidoğan yoğun bakım	32	21,1
	Acil yoğun bakım	11	7,2
Bulunduğu birimde çalışmayı kendi tercih etme durumu	Evet	92	60,5
	Hayır	60	39,5
Mesleğini isteyerek yapma durumu	Evet	125	82,2
	Hayır	27	17,8

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre hemşirelerin %95.4’ünün kadın, %69.7’sinin 18-26 yaş aralığında, %69.7’sinin bekar olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %45.4’ü lisans mezunu olduğunu, %60.5’i ise sözleşmeli olarak çalıştığını belirtmiştir.

Hemşirelerin %68.4’ü 1-5 yıl hemşire olarak çalıştığı ve yoğun bakım birimindeki çalışma sürelerine bakıldığında ise %78.9’unun 1-5 yıldır yoğun bakımda çalıştığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimler incelendiğinde %21.1’inin yeni doğan yoğun bakımda çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %60.5’i bulunduğu birimde çalışmayı kendisinin tercih ettiğini %82.2’si ise mesleğini isteyerek yaptığını belirtmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Etik Konusuna Ait Özelliklerine Göre Dağılımı (S=152)

Etik Konusuna Ait Özellikler		Sayı	%
Okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumu	Evet	123	80,9
	Hayır	29	19,1
Alınan dersin adı	Etik	86	68,8
	Deontoloji	13	10,4
	Etik ve Deontoloji	7	0,5
	Diğer	19	15,2
Çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	73	48,0
	Hayır	79	52,0
Alınan etik eğitiminin niteliği	Hizmet içi eğitim	30	41,1
	Oryantasyon programı	14	19,2
	Diğer	29	39,7
Çalışmakta olduğu kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	23	15,1
	Hayır	21	13,8
	Fikrim yok	108	71,1
Yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma durumu	Evet	67	44,1
	Hayır	85	55,9
Karşılaşılan etik ikilemi çözme durumu	Kendim çözdüm	20	29,9
	Yardım alarak çözdüm	26	38,8
	Çözemedim	21	31,3

Yoğun bakım hemşirelerinin etik konusuna ait özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Bu tabloya göre hemşirelerin %80.9'u okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim aldıklarını; etik konusunda eğitim alan hemşirelerin %68.8'i ise bu eğitimi "Etik" dersi adı altında aldıklarını belirtmişlerdir.

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde, hemşirelerin %48'i çalışma hayatları süresince etik ile ilgili eğitim aldığını, eğitim alan hemşirelerin %41.1'i ise bu eğitimi hizmet içi eğitim olarak aldığını belirtmiştir.

Hemşirelerin %71.1'i çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunup bulunmadığı sorusuna fikrim yok yanıtını vermiştir.

Yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma ve bu ikilemi çözme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %55.9'unun etik ikileme karşılaşmadığı, etik ikileme karşılaşan hemşirelerin ise %38.8'inin karşılaştığı etik ikilemi yardım alarak çözdüğü saptanmıştır.

Tablo 4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	Alt değer	Üst değer	Ortalama	SD
Otonomi	7	34	18,57	5,94
Yarar Sağlama	4	23	11,85	4,15
Bütüncül Yaklaşım	5	23	11,93	4,41
Çatışma	3	21	13,06	3,44
Uygulama	4	25	12,19	4,00
Oryantasyon	4	19	8,53	3,69
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puanı	30	145	87,05	19,22

Yoğun bakım hemşirelerinin ölçekten aldıkları etik duyarlılık puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına bakıldığında; "otonomi" puan ortalaması 18.57, "yarar sağlama" puan ortalaması 11.85, "bütüncül yaklaşım" puan ortalaması 11.93, "çatışma" puan ortalaması 13.06, "uygulama" puan ortalaması 12.19, "oryantasyon" puan ortalaması 8.53, ölçekten alınan toplam puan ortalaması ise 87.05 olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler		Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam puan
Cinsiyet	Kadın	18,66	11,90	11,97	12,95	12,26	8,54	87,17
	Erkek	16,86	10,71	11,00	15,29	10,86	8,43	84,71
	Test ve p	p>0,05 U= 450,000	p>0,05 U= 417,500	p>0,05 U= 448,500	p>0,05 U= 328,000	p>0,05 U= 394,500	p>0,05 U= 483,500	p>0,05 U= 471,500
Yaş aralığı	18-26	18,98	12,08	12,44	12,86	12,28	8,81	88,02
	27-35	18,00	11,83	11,60	13,63	12,29	8,60	87,83
	36 ve üzeri	16,45	9,73	8,00	13,18	11,00	5,64	75,27
	Test ve p	p>0,05 KW= 3,076	p>0,05 KW= 2,930	p<0,05* KW= 11,389	p>0,05 KW= 1,521	p>0,05 KW= 1,058	p<0,05* KW= 8,841	p<0,05* KW= 6,359
Medeni durum	Bekar	18,82	12,02	12,19	13,00	12,28	8,50	87,47
	Evli	18,00	11,46	11,33	13,20	11,98	8,61	86,09
	Test ve p	p>0,05 U= 2193,500	p>0,05 U= 2299,000	p>0,05 U= 2143,000	p>0,05 U= 2402,500	p>0,05 U= 2326,500	p>0,05 U= 2411,500	p>0,05 U= 2331,500
Öğrenim durumu	Lise	19,00	12,32	12,32	13,30	11,98	8,40	87,68
	Ön lisans	17,29	11,04	12,38	13,75	11,42	8,63	85,00
	Lisans	19,30	11,93	11,93	12,65	12,81	8,94	89,12
	Lisansüstü	14,00	10,78	8,56	13,00	10,67	5,89	73,22
	Test ve p	p<0,05* KW= 8,525	p>0,05 KW= 2,075	p>0,05 KW= 6,749	p>0,05 KW= 2,552	p>0,05 KW= 3,456	p>0,05 KW= 6,190	p>0,05 KW= 5,344
Çalışma güvencesi	Kadrolu	17,88	11,27	11,03	13,33	12,05	7,82	84,83
	Sözleşmeli	19,02	12,23	12,51	12,88	12,28	9,00	88,50
	Test ve p	p>0,05 U= 2413,000	p>0,05 U= 2455,000	p<0,05* U= 2207,000	p>0,05 U= 2579,500	p>0,05 U= 2697,500	p>0,05 U= 2262,000	p>0,05 U= 2483,000
Meslekteki toplam çalışma süresi	1-5 yıl	18,88	11,88	12,41	12,84	12,38	8,87	87,89
	6-10 yıl	18,59	12,10	11,76	14,07	12,34	7,86	88,07
	11-15 yıl	17,50	11,75	11,00	11,92	11,58	8,75	84,42
	16-20 yıl	16,80	10,20	6,40	14,80	10,00	6,40	76,60
	21 yıl ve üzeri	13,00	11,50	8,50	12,50	9,00	5,00	70,50
	Test ve p	p>0,05 KW= 4,351	p>0,05 KW= 0,989	p<0,05* KW= 12,306	p>0,05 KW= 6,503	p>0,05 KW= 3,793	p>0,05 KW= 6,659	p>0,05 KW= 5,473

Tablo 5. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Kişisel Özellikler		Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam puan
Yoğun bakım birimindeki çalışma süresi	1-5 yıl	18,91	11,98	12,42	12,87	12,17	8,87	87,94
	6-10 yıl	17,00	11,24	10,43	13,52	13,14	7,29	84,33
	11-15 yıl	19,43	12,29	10,57	14,00	11,43	7,86	88,00
	16-20 yıl	17,50	9,50	6,50	17,00	9,50	7,50	75,50
	21 yıl ve üzeri	13,00	11,50	8,50	12,50	9,00	5,00	70,50
Test ve p		p>0,05 KW= 5,279	p>0,05 KW= 1,068	p<0,05* KW= 9,917	p>0,05 KW= 3,922	p>0,05 KW= 3,822	p>0,05 KW= 7,210	p>0,05 KW= 3,924
Çalışmakta olduğu birim	Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım	17,54	12,15	11,62	14,15	13,69	8,92	89,92
	Cerrahi yoğun bakım	16,40	12,30	11,00	13,50	10,40	8,00	82,40
	Dahiliye yoğun bakım	15,64	11,27	9,55	12,55	11,00	7,18	78,73
	Nöroloji yoğun bakım	20,11	12,33	11,22	14,33	11,22	8,89	90,78
	Nöroşirurji yoğun bakım	15,36	11,93	10,79	13,79	11,14	6,79	81,00
	Koroner yoğun bakım	18,36	10,36	10,64	11,57	13,14	7,14	81,29
	Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım	18,43	13,14	12,93	13,00	12,36	8,29	88,93
	Göğüs yoğun bakım	13,50	13,00	9,50	18,00	10,50	5,50	82,00
	Genel yoğun bakım	19,81	11,19	13,00	10,94	12,88	9,06	86,63
	Çocuk yoğun bakım	19,33	13,00	13,17	13,50	11,00	8,67	89,83
	Yenidoğan yoğun bakım	20,47	12,00	12,84	13,31	12,34	10,00	91,84
Acil yoğun bakım	21,18	11,09	13,45	13,09	13,45	9,36	91,91	
Test ve p		p>0,05 KW= 16,568	p>0,05 KW= 6,495	p>0,05 KW= 11,264	p>0,05 KW= 16,178	p>0,05 KW= 10,285	p>0,05 KW= 15,365	p>0,05 KW= 12,040
Birimde çalışmayı kendi tercih etme durumu	Evet	19,05	12,43	12,05	13,35	12,51	8,36	88,88
	Hayır	17,83	10,95	11,73	12,62	11,70	8,80	84,25
	Test ve p	p>0,05 U= 2445,500	p<0,05* U= 2148,500	p>0,05 U= 2721,000	p>0,05 U= 2460,500	p>0,05 U= 2427,000	p>0,05 U= 2601,000	p>0,05 U= 2437,500
Mesleğini isteyerek yapma durumu	Evet	18,82	11,92	11,86	13,12	12,28	8,50	87,50
	Hayır	17,44	11,52	12,22	12,78	11,78	8,67	85,00
	Test ve p	p>0,05 U= 1507,500	p>0,05 U= 1583,500	p>0,05 U= 1647,500	p>0,05 U= 1683,500	p>0,05 U= 1579,000	p>0,05 U= 1667,500	p>0,05 U= 1612,000

Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablodaki verilere göre etik duyarlılık toplam puanı kadın hemşirelerde 87.17, erkek hemşirelerde 84.71 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında cinsiyet grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre etik duyarlılık toplam puanı 18-26 yaş arası için 88.02, 27-35 yaş arası için 87.83, 36 yaş ve üzeri için 75.27; “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalaması 18-26 yaş arası için 12.44, 27-35 yaş arası için 11.60, 36 yaş ve üzeri için 8.00; “oryantasyon” alt boyutunun puan ortalaması 18-26 yaş arası için 8.81, 27-35 yaş arası için 8.60, 36 yaş ve üzeri için 5.64 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre etik duyarlılık toplam puanı bekar hemşirelerde 87.47, evli hemşirelerde 86.09 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; “otonomi” alt boyutunun puan ortalaması öğrenim durumu lise olanlarda 19.00, ön lisans olanlarda 17.29, lisans olanlarda 19.30, lisansüstü olanlarda ise 14.00 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında öğrenim durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalıştıkları kurumdaki çalışma güvencelerine göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalaması kadrolu hemşirelerde 11.03, sözleşmeli hemşirelerde ise 12.51 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki çalışma güvenceleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma sürelerine göre, “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalaması toplam 1-5 yıl arası için 12.41, 6-10 yıl arası için 11.76, 11-15 yıl arası için 11.00, 16-20 yıl arası için 6.40, 21 yıl ve üzeri için 8.50 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yoğun bakım birimindeki çalışma sürelerine göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalaması toplam 1-5 yıl arası için 12.42, 6-10 yıl arası için 10.43, 11-15 yıl arası için 10.57, 16-20 yıl arası için 6.50, 21 yıl ve üzeri için 8.50 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında hemşirelerin yoğun bakım birimindeki çalışma süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışmakta olduğu birim açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; “yarar sağlama” alt boyutunun puan ortalaması birimini kendisi tercih edenler için 12.43, birimini kendisi tercih etmeyenler için ise 10.95 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin mesleğini isteyerek yapma durumları açısından etik duyarlılık düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve etik duyarlılık alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında mesleğini isteyerek yapma durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Hemşirelerin Etik Konusuna Ait Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler		Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam puan
Okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumu	Evet	18,72	11,84	12,20	13,09	12,43	8,59	87,68
	Hayır	17,93	11,90	10,76	12,93	11,17	8,28	84,38
	Test ve p	p>0,05 U= 1593,500	p>0,05 U= 1764,000	p>0,05 U= 1431,500	p>0,05 U= 1702,000	p>0,05 U= 1506,000	p>0,05 U= 1643,000	p>0,05 U= 1535,500
Alınan dersin adı	Etik	18,36	11,73	11,84	13,05	12,06	8,44	86,06
	Deontoloji	19,15	12,69	12	13,54	12,38	9,92	90,85
	Etik ve deontoloji	20,43	10,86	14,29	15	11,86	9,57	92,86
	Diğer	20,05	12,32	13,26	12,37	14,37	8,37	92,58
	Test ve p	p>0,05 KW= 0,871	p>0,05 KW= 0,627	p>0,05 KW=3,620	p>0,05 KW= 2,165	p>0,05 KW= 4,588	p>0,05 KW= 1,271	p>0,05 KW= 2,119
Çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	18,33	11,78	12,16	13,25	12,16	8,34	86,74
	Hayır	18,80	11,91	11,71	12,89	12,22	8,71	87,34
	Test ve p	p>0,05 U= 2755,000	p>0,05 U= 2826,000	p>0,05 U= 2722,000	p>0,05 U= 2815,500	p>0,05 U=2831,500	p>0,05 U= 2831,500	p>0,05 U= 2816,000
Alınan etik eğitiminin niteliği	Hizmet içi eğitim	17,97	11,93	11,57	13,83	11,47	8,3	85,57
	Oryantasyon programı	16,93	11,86	13,79	12,5	10,86	7,86	83,79
	Diğer	19,38	11,59	8,8	12,5	13,2	6,5	79,2
	Test ve p	p>0,05 KW= 1,176	p>0,05 KW= 0,306	p>0,05 KW= 2,100	p>0,05 KW= 1,483	p>0,05 KW= 5,589	p>0,05 KW= 0,451	p>0,05 KW= 0,430

Tablo 6. Hemşirelerin Etik Konusuna Ait Özelliklerine Göre Etik Duyarlılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Kişisel Özellikler		Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam puan
Çalışmakta olduğu kurumda etik komite bulunma durumu	Evet	17,48	10,87	11,22	13,74	11,96	7,35	83,00
	Hayır	20,29	13,52	13,10	13,05	13,95	9,33	94,24
	Fikrim yok	18,47	11,73	11,85	12,92	11,90	8,63	86,52
	Test ve p	p>0,05 KW= 1,670	p>0,05 KW= 5,207	p>0,05 KW= 1,318	p>0,05 KW= 0,682	p>0,05 KW= 3,401	p>0,05 KW= 3,470	p>0,05 KW= 3,356
Yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma durumu	Evet	17,73	11,36	11,55	12,90	11,43	8,21	83,55
	Hayır	19,24	12,24	12,22	13,19	12,79	8,79	89,81
	Test ve p	p>0,05 U= 2426,500	p>0,05 U= 2503,500	p>0,05 U= 2611,000	p>0,05 U= 2690,000	p<0,05* U= 2284,000	p>0,05 U= 2527,500	p>0,05 U= 2342,000
Karşılaşılan etik ikilemi çözme durumu	Kendim çözdüm	18,20	12,20	10,65	13,40	12,40	7,70	85,00
	Yardım alarak çözdüm	18,38	12,15	12,08	13,42	11,38	8,54	86,77
	Çözemedim	17,57	10,10	12,10	11,95	11,29	8,43	81,62
	Test ve p	p>0,05 KW= 0,214	p>0,05 KW= 3,601	p>0,05 KW= 1,099	p>0,05 KW= 2,563	p>0,05 KW= 1,206	p>0,05 KW= 0,288	p>0,05 KW= 0,215

Hemşirelerin etik konusuna ait özelliklerine göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Hemşirelerin okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin okul eğitimi süresince etik eğitiminin alındığı dersin adına bağlı olarak etik duyarlılık düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş; etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışma hayatı süresince aldıkları etik eğitimini niteliği açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma durumları açısından etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; “uygulama” alt boyutunun puan ortalaması etik bir ikileme karşılaşanlar için 11.43, etik bir ikileme karşılaşmayanlar için ise 12.79 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında hemşirelerin yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yoğun bakımda çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşı karşıya kaldıklarında bu ikilemi çözme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan araştırma verileri literatür bilgilerince tartışılmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yoğun bakım hemşirelerinin %94,5'inin kadın, %69,7'sinin 18-26 yaş aralığında, %69,7'sinin bekar, %45,4'ünün öğrenim durumunun lisans mezunu olduğu, %60,5'inin sözleşmeli olarak çalıştığı, %68,4'ünün 1-5 yıldır meslekte çalıştığı, %78,9'unun 1-5 yıldır yoğun bakımda çalıştığı, %75'inin erişkin yoğun bakım hizmeti veren birimlerinde çalıştığı, %60,5'inin bulunduğu birimde çalışmayı kendi tercih ettiği, %82,2'sinin mesleğini isteyerek yaptığı belirlenmiştir. (**Tablo 2**)

Yoğun bakım hemşirelerinin %80,9'unun okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim aldığı ve %68,8'inin bu eğitimi "etik" dersi adı altında aldığı, %52'sinin çalışma hayatı süresince etik eğitimi almadığı ve etik eğitimi alan hemşirelerin %41,1'ini bu eğitimi hizmet içi eğitim olarak aldığı, %71,1'inin çalışmakta olduğu kurumda etik komite bulunma durumu hakkında fikrinin olmadığı, %55,9'unun yoğun bakımda çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşmadığı, etik ikileme karşılaşan hemşirelerin %38,8'inin etik ikilemi yardım alarak çözdüğü belirlenmiştir. (**Tablo 3**)

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık toplam puan ortalaması 87.05 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına bakıldığında; "otonomi" puan ortalaması 18.57, "yarar sağlama" puan ortalaması 11.85, "bütüncül yaklaşım" puan ortalaması 11.93, "çatışma" puan ortalaması 13.06, "uygulama" puan ortalaması 12.19, "oryantasyon" puan ortalaması 8.53 olarak bulunmuştur. (**Tablo 4**)

Hemşirelerin etik duyarlılık durumları ile ilgili ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında; bu araştırma bulgusunun bazı araştırmalardan elde edilen etik duyarlılık ölçeği toplam puan ortalamasının, araştırma sonucunda elde edilen puan ortalamalarından daha yüksek (Başar, 2010; Başak ve ark, 2010; Aksu ve Akyol, 2011; Ergene, 2012; Dikmen, 2013; Tazegün, 2013; Fırat ve ark, 2017; Temiz ve ark, 2017, Arslan, 2017; Yılmaz ve ark, 2018); bazılarında ise araştırma sonucunda elde edilen puan ortalamalarından daha düşük (Tosun, 2005; Köktürk, 2013; Daşbilek, 2016; Nas, 2017; Kaya, 2018) olduğu tespit

edilmiştir. Bunun nedeninin de farklı birimlerde, farklı imkânlarla ve farklı bölgelerde yürütülmüş olmasından kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyet grupları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Ergene'nin (2012) araştırmasında erkek hemşirelerin “çatışma” alt boyut puan ortalamasının kadın hemşirelerin “çatışma” alt boyut puan ortalamasından daha düşük olduğu belirlenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Başar'ın (2010) araştırmasında etik duyarlılığın “otonomi” alt boyutundaki puan ortalamalarının erkek hemşirelerde kadın hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tosun'un (2005) araştırmasında etik duyarlılığın alt boyutlarından “yarar sağlama”nın kadın hemşirelerde daha iyi düzeyde olduğu, “oryantasyon”un ise erkek hemşirelerde daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Borhani ve ark'ın (2015) araştırmasında cinsiyet grupları açısından hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiş olup kadın hemşirelerde daha yüksek düzeyde bir ortalama etik duyarlılık olduğu saptanmıştır. Kaya'nın (2018) araştırmasında hemşirelerin cinsiyet grupları açısından etik duyarlılık ölçeğinin “yarar sağlama” ve “bütüncül yaklaşım” alt boyutları ile etik duyarlılık ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark olduğu tespit edilmiş olup kadın hemşirelerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tazegün (2013), Köktürk (2013), Filizöz ve ark (2015), Fırat ve ark (2017), Arslan (2017), Kahriman ve Çalık (2017) ile Nas'ın (2017) araştırmasında da araştırma bulgularına benzer şekilde hemşirelerin cinsiyet grupları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaların büyük bir kısmında cinsiyetin etik duyarlılık düzeyi üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmış olsa da araştırmaya dahil edilen erkek hemşire sayısının kadın hemşire sayısına kıyasla çok az olmasının sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin yaş grupları açısından etik duyarlılık ölçeğinin “bütüncül yaklaşım” ve “oryantasyon” alt boyutları ile “etik duyarlılık toplam puan ortalamaları” arasında anlamlı fark bulunmuştur. 36 yaş ve üzeri olan hemşire grubunda etik duyarlılık ölçeğinin “bütüncül yaklaşım” ve “oryantasyon” alt boyutları ile “etik duyarlılık toplam puan ortalamaları”nın diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu görülmüştür. Etik duyarlılığın diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında yaş grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Yapılan farklı araştırmalarda hemşirelerin yaş grupları ile etik duyarlılığın “bütüncül

yaklaşım” alt boyutunda (Tosun, 2005; Pekcan, 2007; Öztürk ve ark, 2009; Başar, 2010; Aksu ve Akyol, 2011; Dikmen, 2013; Temiz ve ark, 2017; Nas, 2017) ve “oryantasyon” alt boyutunda (Başak ve ark 2010; Aksu ve Akyol 2011; Dikmen 2013) anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yaş grupları açısından etik duyarlılık toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu destekleyen araştırmalar bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Tosun, 2005; Tazegün, 2013; Dikmen, 2013; Huang ve ark, 2016; Temiz ve ark, 2017). Gerçekleştirilen araştırmalarda farklı sonuçlar olsa da (Pekcan, 2007; Ergene, 2012; Köktürk 2013; Borhani ve ark, 2015; Filizöz ve ark, 2015; Kahrıman ve Çalık, 2017; Arslan, 2017; Yılmaz ve ark, 2018; Kaya, 2018), önemli bir kısmında yaş artışının etik duyarlılık düzeyini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu durumun yaş ile paralel olarak artan mesleki tecrübeden de kaynakladığı düşünülebilir.

Hemşirelerin medeni durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Araştırmayı destekler şekilde; Pekcan (2007), Başak ve ark (2010), Başar (2010), Ergene (2012), Köktürk (2013), Filizöz ve ark (2015), Nas (2017), Kaya (2018), Yılmaz ve ark (2018) araştırmasında da hemşirelerin medeni durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Aksu ve Akyol’un (2011) araştırmasında hemşirelerin medeni durumları açısından etik duyarlılık toplam puanı ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup bekar olanların puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Tazegün’ün (2013) araştırmasında hemşirelerin medeni durumları açısından “uygulama” ve “yarar sağlama” alt boyutlarına ait puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kahrıman ve Çalık’ın (2017) araştırmasında “çatışma” alt boyutunda bekar hemşirelerin daha düşük puan aldığı belirlenmiştir. Tosun’un (2005) araştırmasında ise boşanmış hemşirelerde “yarar sağlama”nın bekar hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin medeni durumları açısından etik duyarlılık düzeyleri incelendiğinde, literatürdeki bazı araştırmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiş olsa da araştırmaların büyük bir kısmında hemşirelerin medeni durumlarının etik duyarlılık düzeyleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmaktadır.

Hemşirelerin öğrenim durumları açısından etik duyarlılık ölçeğinin “otonomi” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Öğrenim durumu lisansüstü olan hemşirelerin “otonomi” alt boyutundaki toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları

arasında öğrenim durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (**Tablo 5**) Aksu ve Akyol (2011), Köktürk (2013) ile Tazegün'ün (2013) araştırmalarından elde edilen bulgularda öğrenim durumu düzeyini yükselmesinin, etik duyarlılığın “otonomi” alt boyutunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiş olup araştırma sonuçlarıyla paralellik gösterse de; Öztürk ve ark. (2009) ile Kahriman ve Çalık (2017) araştırmalarında aksi yönde sonuçlar elde edilmiştir. Buna ek olarak hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri üzerinde öğrenim durumunun herhangi bir etkisinin bulunmadığını gösteren araştırmalar olduğu da bilinmektedir (Filizöz ve ark, 2015; Temiz ve ark, 2017; Arslan, 2017; Nas, 2017; Fırat ve ark, 2017). Öğrenim durumu düzeyinin yükselmesiyle birlikte kişilerin sahip olduğu teorik bilgi düzeyinin de artması ve bu bilgileri etkin bir biçimde kullanarak kendi başına karar verebilme yetisinin yüksek olması istendik bir sonuçtur.

Hemşirelerin çalışma güvenceleri açısından etik duyarlılık ölçeğinin “bütüncül yaklaşım” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadrolu hemşire grubunda etik duyarlılığın “bütüncül yaklaşım” alt boyutundaki puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında çalışma güvenceleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (**Tablo 5**) Çalışma güvencesinin kadrolu olmasının, hemşirelerin sahip oldukları maddi ve sosyal hakları üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı yaptıkları işe olan bakış açılarında da olumlu bir etki yarattığı düşünülebilir.

Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süreleri açısından etik duyarlılık ölçeğinin “bütüncül yaklaşım” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. 16-20 yıl arası çalışan hemşirelerin etik duyarlılığın “bütüncül yaklaşım” alt boyutu puan ortalamalarının diğer tüm gruplara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süreleri açısından etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (**Tablo 5**) Başar'ın (2010) araştırmasında meslekteki toplam çalışma süresi 0-1 yıl olan hemşirelerin etik duyarlılığın bütüncül yaklaşım alt boyutundaki puan ortalamalarının diğer gruplardan daha düşük olduğu görülmüşse de; yapılan diğer araştırma bulgularının (Aksu ve Akyol, 2011; Daşbilek, 2016; Temiz ve ark, 2017; Yılmaz ve ark, 2018) araştırma sonuçlarıyla paralel yönde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmaların önemli bir kısmında meslekteki toplam çalışma süresi arttıkça etik duyarlılığın “bütüncül yaklaşım” alt boyutundaki duyarlılık düzeyini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmaktadır. Bu durumun hemşirelik mesleğinde geçirilen yıllarla birlikte karşılaşılan etik

problemlerin daha fazla olması; buna bağlı olarak etik problemleri tanıyabilme ve tüm yönleriyle ele alarak doğru kararı verebilme mekanizmasının deneyimli hemşirelerde daha iyi durumda olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Hemşirelerin yoğun bakım birimindeki çalışma süreleri açısından etik duyarlılık ölçeğinin “bütöncöl yaklaşım” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Veriler incelendiğinde 16-20 yıl arası yoğun bakım çalışma süresi olan hemşirelerin “bütöncöl yaklaşım” alt boyutundaki puan ortalamasının diğer gruplardan daha düşük olduğu görölmüştür. Yoğun bakım birimindeki çalışma süreleri açısından etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Öztürk ve ark’ın (2009) araştırmasında ise hemşirelerin yoğun bakım birimindeki çalışma süreleri açısından etik duyarlılık ölçeğinin “bütöncöl yaklaşım” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu ve yoğun bakım ünitesindeki çalışma süresi arttıkça “bütöncöl yaklaşım” alt boyutundaki etik duyarlılığın azaldığı tespit edilmiştir. Pekcan (2007), Ergene (2012) ile Kaya’nın (2018) araştırmasında hemşirelerin buldukları birimdeki çalışma süreleri açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki araştırmaların sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin buldukları birimdeki çalışma süresinin etik duyarlılık düzeyi üzerine etkisi açısından birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görölmektedir. Bu durum, “yoğun bakım birimindeki çalışma süresi” değişkeninin daha geniş gruplarda yapılacak olan araştırmalarda kullanılarak daha fazla araştırılması gerektiğini düşöndürmektedir.

Hemşirelerin çalışmakta oldukları birim açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Pekcan (2007), Filizöz ve ark (2015) ile Kaya’nın (2018) araştırmasında da benzer sonuçlar elde edildiği görölmektedir. Bu sonuçların yanı sıra, birçok farklı birim açısından etik duyarlılığın farklı alt boyutlarında anlamlı fark olduğu tespit edilen araştırmalar bulunmaktadır (Tosun, 2005; Başar, 2010; Aksu ve Akyol, 2011; Ergene, 2012; Köktürk, 2013; Borhani ve ark, 2015; Huang ve ark, 2016; Daşbilek, 2016; Arslan, 2017). Hastanelerdeki her bir birimde bakım verilen hasta grubunun farklı olması nedeniyle, hemşirelerin her bir birimde karşılaşacakları etik problemlerin de farklı olması beklenmektedir. Dolayısıyla yapılan araştırmalar sonucunda farklı bulgular elde edilmesinin olağan bir durum olduğu düşünölmektedir.

Hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından etik duyarlılık ölçeğinin “yarar sağlama” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunmuştur. Buldukları birimde çalışmayı kendisinin tercih ettiğini belirten hemşirelerde etik duyarlılığın “yarar sağlama” alt boyutunda daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Araştırma bulgularıyla paralel olarak Tosun’un (2005) araştırmasında da buldukları birimde çalışmayı kendisinin tercih ettiğini belirten hemşirelerde etik duyarlılığın “yarar sağlama” alt boyutunda daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalıştığı birimin kendi tercihi olmasının hemşirelerin çalışma motivasyonunu olumlu yönde etkilemesi ve bu durumun hemşirelerin etik problemlere olan yaklaşımı karşısında da olumlu bir etki yaratması beklenirken araştırma sonuçları bu durumun aksini göstermektedir. Pekcan (2007), Ergene (2012), Daşbilek (2016), ile Nas’ın (2017) araştırmasında hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum ise hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumlarının etik duyarlılık düzeyi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Elde edilen tüm bu literatür bilgileri ışığında, bu değişkenin daha geniş gruplarla yapılacak olan araştırmalarda daha fazla incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin mesleğini isteyerek yapma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 5)** Ergene’nin (2012) araştırmasında da benzer şekilde, hemşirelerin mesleğini isteyerek yapma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Kişinin mesleğini isteyerek ve severek yapması mesleki doyumunu olumlu yönde etkilemesi gerektiği (Merih ve Arslan, 2012) ve yapılan bazı araştırmalarda da bu durumu destekleyecek şekilde bulgular elde edildiği görülmektedir (Tosun, 2005; Pekcan, 2007; Daşbilek, 2016; Kahriman ve Çalık, 2017).

Hemşirelerin okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık ölçeğinin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 6)** Pekcan (2007), Başak ve ark (2010), Tazegün (2013), Yılmaz ve ark (2018) ile Kaya’nın (2018) araştırmasında da araştırma sonuçlarını destekler şekilde, hemşirelerin okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başar’ın (2010) araştırmasında okul eğitimi süresince etik eğitimi almadığını belirten hemşirelerde etik eğitimi alan hemşirelere göre etik duyarlılığın “yarar sağlama” alt boyutundaki puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Etik eğitiminin etik

duyarlılığa olumlu etki sağlaması beklense de yapılan araştırma sonuçlarının çoğunda okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumunun etik duyarlılık düzeyi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %80.9'unun okul eğitimi süresince etik eğitimi aldığını belirtmesi de göz önüne alındığında; okullardaki etik eğitiminin karşılaşılabilecek vakalarla örneklendirilerek verilmesi ve etik karar verme gibi konuların etik dersi içeriğindeki yerinin artırılması önerilebilir.

Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin okul eğitimi süresince etik eğitiminin alındığı dersin adına bağlı olarak farklılık gösterip göstermediği incelenmiş olup; alınan dersin %68.8'inin "etik" adı altında alındığı tespit edilmiş ve etik duyarlılık alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 6)** Ergene'nin (2012) araştırmasında hemşirelerin okul eğitimi süresince etik eğitiminin alındığı dersin adı açısından etik duyarlılığın "çatışma", "oryantasyon", "bütüncül yaklaşım" ve "uygulama" alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Tosun'un (2005) ve Tazegün'ün (2013) araştırmalarında ise hemşirelerin okul eğitimi süresince etik eğitimini aldığı dersin adı açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, okul eğitimi süresince etik eğitiminin alındığı dersin adı açısından etik duyarlılık düzeyi üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 6)** Başak ve ark'ın (2010) araştırmasında da hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelik bakımının etik eğitimi temel alınarak uygulanmasının hem etik duyarlılık düzeyini hem de hemşirelik bakımındaki kaliteyi artırması beklenen bir sonuçtur. Fakat her iki araştırma sonuçları da beklenenin aksine, hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumlarının etik duyarlılık düzeyi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Öztürk ve ark'ın (2009) araştırmasında mesleki ahlak/etik ile ilgili konferansa katılan hemşirelerin etik duyarlılığın "oryantasyon" alt boyutuna göre mesleki ahlak/etik ile ilgili konferansa katılmayan hemşirelere kıyasla daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tazegün'ün (2013) araştırmasında hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları açısından etik duyarlılık ölçeğinin "uygulama" alt boyutu puan ortalamaları

arasında anlamlı fark bulunmuş olup çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim almış olan hemşirelerde etik duyarlılık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başar'ın (2010) araştırmasında da etik duyarlılık ölçeğinin “çatışma” alt boyutu puan ortalamalarının etik eğitimi alan hemşirelerde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili aldıkları eğitimin niteliği açısından etik duyarlılığın alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (**Tablo 6**) Tazegün'ün (2013) araştırmasında da benzer şekilde, hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili aldıkları eğitimin niteliği açısından etik duyarlılığın alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar; hemşirelerin çalışma hayatları süresince aldıkları etik eğitiminin niteliğinin, hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri üzerinde etkisi olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (**Tablo 6**) Daşbilek'in (2016) araştırmasında hemşirelerin etik duyarlılığın “bütüncül yaklaşım”, “oryantasyon” ve “yarar sağlama” alt boyutları ile etik duyarlılık toplam puan ortalamaları arasında çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür. Tosun'un (2005) araştırmasında hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından etik duyarlılığın “otonomi” ve “uygulama” alt boyutları ile etik duyarlılık toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Tazegün'ün (2013) araştırmasında hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından etik duyarlılığın “çatışma” ve “yarar sağlama” alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Nas'ın (2017) araştırmasında çalışmakta olduğu kurumda etik komite bulunma durumuna var yanıtı veren hemşirelerin etik duyarlılığın “uygulama” alt boyutu puan ortalamalarının yok yanıtı veren hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalardan elde edilen bulguların farklı olması, hemşirelerin çalıştıkları kurumda etik komite bulunup bulunmadığı ve bu komitenin işlevleri konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Araştırma bulgularına göre hemşirelerin %71.1'inin çalıştıkları kurumda etik komite bulunup bulunmadığı konusunda fikrinin olmadığını belirtmesi de bu durumu destekler nitelikte olup, hemşirelerin bu konu hakkındaki etik duyarlılıklarının istenen düzeyde olmamasının nedenini gösteren önemli bir bulgudur.

Hemşirelerin yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşılaşma durumları açısından etik duyarlılık ölçeğinin “uygulama” alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi etik ikilemle karşılaştığını belirten hemşirelerde etik duyarlılığın “uygulama” alt boyutundaki toplam puan ortalamasının etik ikilemle karşılaşmadığını belirten hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşılaşma durumları açısından etik duyarlılığın diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 6)** Etik duyarlılığın alt boyutu olarak “uygulama”; bakım verilen kişiye uygun bakım gereksinimini değerlendirme ve kişi için en doğru kararları alabilme bilgi ve becerisini ifade etmektedir (Nas, 2017). Araştırma verilerine bakıldığında hemşirelerin %68,4’ünün meslekteki toplam çalışma süresinin 1-5 yıl ve hemşirelerin %78,9’unun yoğun bakımdaki çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu görülmektedir. Etik ikilemle karşılaştığını belirten hemşirelerde uygulama alt boyutunda etik duyarlılığın daha yüksek olması, araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki hayatlarının henüz başında olmalarına rağmen edindikleri tecrübeleri hasta bakımındaki uygulamalarına yansıtma becerilerinin iyi durumda olduğunu düşündürmektedir. Tazegün (2013), Nas (2017) ile Fırat ve ark’ın (2017) araştırmasında ise hemşirelerin birimlerinde çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşılaşma durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin yoğun bakımda çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşı karşıya kaldıklarında bu ikilemi çözme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. **(Tablo 6)** Tazegün (2013) ile Fırat ve ark’ın (2017) araştırmasında da araştırma sonuçlarına paralel şekilde, hemşirelerin birimlerinde çalıştıkları süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşı karşıya kaldıklarında bu ikilemi çözme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre hemşirelerin %55,9’u yoğun bakımda çalıştığı süre içerisinde herhangi bir etik ikilemle karşılaşmadığını belirtirken, etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin %38,8’i karşılaştıkları etik ikilemi yardım olarak çözdüğünü ifade etmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular göz önüne alındığında; hemşirelerin klinikte çalıştıkları esnada karşılaşabilecekleri etik ikilemleri ayırt edebilmesi ve karşılaştıkları etik ikilemleri çözebilme yeteneklerinin artırılması açısından, düzenli aralıklarla etik ile ilgili teorik ve uygulamayı içerecek eğitimlere ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış olan araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir:

Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, hemşirelerde etik duyarlılık düzeyinin orta olduğu tespit edildi.

Hemşirelerin cinsiyet grupları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin yaş grupları açısından etik duyarlılık durumları incelendiğinde etik duyarlılığın “bütüncül yaklaşım” ve “oryantasyon” alt boyutu puan ortalamaları ile “etik duyarlılık toplam puanı” açısından anlamlı bir fark bulunduğu saptandı.

Hemşirelerin medeni durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre etik duyarlılık puan ortalamaları karşılaştırıldığında, etik duyarlılığın “otonomi” alt boyutunun puan ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki çalışma güvencesi, meslekteki toplam çalışma süreleri ve yoğun bakım birimindeki çalışma sürelerine göre etik duyarlılık puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; her üç değişken için de “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu.

Hemşirelerin çalışmakta olduğu birim açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

Hemşirelerin buldukları birimde çalışmayı kendi tercih etme durumları açısından etik duyarlılığın “yarar sağlama” alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu.

Hemşirelerin mesleğini isteyerek yapma durumları açısından etik duyarlılık düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve etik duyarlılık alt boyutları ile

toplam puan ortalamaları arasında mesleğini isteyerek yapma durumları açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin okul eğitimi süresince etik konusunda eğitim alma durumları ve aldıkları dersin adına göre etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumları ve aldıkları eğitimin niteliği açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin çalışmakta oldukları kurumda etik komite bulunma durumu açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Hemşirelerin yoğun bakımda çalışılan süre içerisinde herhangi bir etik ikileme karşılaşma durumları incelendiğinde; etik duyarlılığın “uygulama” alt boyutunun puan ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu fakat bu ikilemi çözme durumları açısından etik duyarlılık alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi.

Öneriler:

- Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyinin artırılması, etik sorunları ayırt edebilme yeteneğinin geliştirilmesi ve etik sorunların çözümünün sağlanabilmesi açısından; meslekteki çalışma süreci içerisinde verilen etik eğitiminin yaygınlaştırılması, geliştirilmesi ve özellikle yoğun bakım gibi kritik birimlerde çalışan hemşireler için bu eğitim programlarının sürekli hale getirilmesi,
- Etik komite bulunmayan kurumlarda etik komitelerin kurulması, etik komitelerin kapsamı ve işlevleri hakkında hemşirelerin bilgilendirilmesi ve bu komitelere hemşirelerin aktif olarak katılımlarının sağlanması,
- Yoğun bakım hemşirelerinde multidisipliner örnek vakalar üzerinde etik tutumlara yönelik araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ağaçdiken S, Aydoğan A.** Hemşirelerde Empatik Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(2), 122-129.
- Akdur R.** Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi* 2000, 8(1), 38-45.
- Akpınar A, Ersoy N.** Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi* 2012, 27(1), 37-45.
- Akpir K.** Yoğun Bakım Etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2010; 8: 77-84.
- Aksu T, Akyol A.** İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 2011, 19(1), 16-24.
- Akyıl RÇ.** Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Etik İkilemler Ve Karar Verme Süreci, İçinde: Yoğun Bakım Hemşireliği (1.baskı), Akyol AD (edt), İstanbul Tıp Kitabevleri, 2017, s 406.
- Arslan G.** Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2017, 112.
- Arslantaş H.** Toplum Ruh Sağlığında Etik Konular, İçinde: Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği (1. Baskı), Ünsal BG (edt), Türkiye Klinikleri, Ankara, 2018, s 20-8.
- Atıcı E.** Sağlık Kaynaklarının Dağıtımı ile İlgili Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi* 2006, 14, 111-115.
- Aydın E, Ersoy N.** Klinikte Etik Karar Verme Süreci. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 1995, 1, 12-16.
- Babayiğit M, Tural ZB, Dereli N, Güleç H, Babayiğit MA, Horasanlı E.** Yoğun Bakıma Hasta Transferinde Doğru Bilgilendiriliyor muyuz? *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2016, 14, 54-58.
- Başak T, Uzun Ş, Arslan F.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010, 52(1), 76-81.
- Başar Z.** Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon 2017, 92.

- Bekmezci H, Özkan H.** Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi / Journal Of Health Sciences of Professions* 2015, 2(1), 113-124.
- Birtan D.** Organ Donörü ve Potansiyel Organ Donörlerinde Yoğun Bakım Hekimi ile Aile İlişkinin Yapılandırılması, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015, 81.
- Borhani F, Keshtgar M, Abbaszadeh A.** Moral Self-Concept and Moral Sensitivity in Iranian Nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2015, 8, 4.
- Burkhardt MA, Nathaniel AK.** Çağdaş Hemşirelikte Etik (1.Baskı), Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü (edt), İstanbul Medikal Yayıncılık, 2013, s 63-131.
- Casterle B. D.** Realising Skilled Companionship in Nursing: A Utopian İdea or Difficult Challenge? *Journal of Clinical Nursing* 2015, 24, 3327-3335.
- Çelik S. ve ark.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012, 5 (3), 101-109.
- Civaner M, Kavas MV.** “Aydınlatılmış Onam Almak Üzerine Öneriler” Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, 2007, s 2-4.
- Daşbilek F.** Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2016, 69.
- Dikmen Y.** Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Nursing Journal* 2013, 2(1), 1-7.
- Epstein B, Turner M.** The Nursing Code of Ethics: Its Value, Its History, *The Online Journal of Issues in Nursing* 2015, 20(2), 2-8.
- Erdemir AD, Arda B, Öncel Ö, Özçelikay G, Ersoy N, Aksoy Ş, Ünlüoğlu İ, Elçioğlu Ö, Şahinoğlu S, Büken E, Çobanoğlu N, Öztürk H, Kırımlioğlu N, Atıcı E.** Çağdaş Tıp Etiği. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (edt), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003, s 34-36;320;369
- Ergene Z.** Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012, 83.
- Erkeköl FÖ, Numanoglu N, Gürkan ÖU, Kaya A.** Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular. *Toraks Dergisi* 2002, 3(3), 307-316.
- Ersoy N, Aydın E.** Tıbbi Etik'te “Yararlılık İlkesi”, *Tıbbi Etik Dergisi* 1994, 2(2), 57-59.

Fırat B, Karataş G, Barut A, Metin G, Sarı D. Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017, 10 (4), 229-235.

Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma, *İş Ahlakı Dergisi* 2015, 8(1), 47-66.

Fleming D. A. Responding to Ethical Dilemmas in Nursing Homes: Do We Always Need an "Ethicist"? *HEC Forum* 2007, 19 (3), 245–259

Gezer DŞ. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2010, 90.

Gilliland M. A Systematic Approach to Ethical Decision-Making for Nurses Confronted with Ethical Problems Involving Elder Abuse, *Health Carriers Today* 2010, 16-23.

Guidelines For Intensive Care Unit Admission, Discharge, And Triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine* 1999, 27, 633-638.

Hakko A, Kıvanç MM. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Etik Davranışlar Oluşturma. *Journal of Health and Nursing Management* 2018, 5(3), 227-232.

Halıcı A. Etik Konusunun Türk Basın Yazımında Temel Alanlara Yönelik Ele Alınış Sıklığı, 1.Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, ODTÜ Felsefe Bölümü, s 215-221, 2001, Ankara.

Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, 01 Ağustos 1998, sayı, 23420.

Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese Nurses' Perceived Barriers and Facilitators of Ethical Sensitivity, *Nursing Ethics* 2016, 23(5), 507-522.

İskit A. B. Etik kurulların Oluşumu, Gelişimi ve İşlevleri, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005, 36, 129-134.

İbrahimoğlu Ö. Son Dönem Yoğun Bakım Hastalarının Bakımında Etik Sorunlar ve Etik Yaklaşım, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2017, 4(3), 216-220.

Kahrıman İ, Çalık K.Y. Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(3), 111-121.

- Kaya E.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun 2018, 92.
- Kırşan M, Yıldırım G, Ceylan B, Korhan EA, Uyar M.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar: Sistemik Derleme, *Türkiye Klinikleri Journal Medical of Ethics* 2018, 26(2), 57-65.
- Kim K, Han Y, Kim J.** Korean Nurses' Ethical Dilemmas, Professional Values And Professional Quality Of Life, *Nursing Ethics* 2015, 22(4), 467-478.
- King CA.** Primum Non Nocere: Above All [or First] Do No Harm. 2009, 4, 489-492.
- Köktürk B.** Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 103.
- Kumsar AZ, Yılmaz FT.** Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10(2), 56-60.
- Kuvaki B, Boztaş N, Kaplan M, Hacıoğlu C, Yaprak E, Ayaz O.** Hastanemizde Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların “Yeniden Canlandırma Yapmama” Talimatı Konusundaki Görüşleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 28(1), 21-26.
- Lutzen K, Evertzon M, Nordin, C.** Moral sensitivity in psychiatric practice, *Nursing Ethics* 1997, 4(6), 472-482.
- Mallari MG, Tariman JD,** Ethical Frameworks for Decision-Making in Nursing Practice and Research: An Integrative Review. *DePaul Online Journal of Nursing Research* 2016, 51-54.
- Merih YD, Arslan H.** Hemşire ve Ebelerin Mesleki Bilinç - Örgütlenmeye Yönelik Görüşlerinin ve İş Doyumlarının Belirlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9(3), 40-46.
- Nas Z.** Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2017, 72.
- Nyholm L, Koskinen C.** Understanding and Safeguarding Patient Dignity in Intensive Care, *Nursing Ethics* 2015, 1-11.

Oerlemans AJM, Sluisveld NV, Leeuwen ESJV, Wollersheim H, Dekkers WJM, Zegers M. Ethical Problems in Intensive Care Unit Admission and Discharge Decisions: A Qualitative Study Among Physicians and Nurses in The Netherlands. *Biomedical Central (BMC) Ethics* 2015, 16(9), 3-9.

Özer S. Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliğinde Etik, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009, 13(1), 6-12.

Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009, 13(2), 77-84.

Öztürk H. Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2010, 18(3), 183-191.

Pekcan SH. Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2007, 81.

Rainer J, Schneider JK, Lorenz RA. Ethical Dilemmas in Nursing: An Integrative Review, *Journal of Clinical Nursing* 2018, 27, 3446–3461.

Rathert C, May DR, Chung HS, Nurse Moral Distress: A Survey Identifying Predictors and Potential Interventions. *International Journal of Nursing Studies* 2016, 53, 39–49.

Rushton CH, Penticuff JH. A Framework for Analysis of Ethical Dilemmas in Critical Care Nursing. *AACN (The American Association of Critical-Care Nurses) Advanced Critical Care* 2007, 18(3), 323-328.

Santos RP, Carnevale DGF. Difficult Decisions In Pediatric Practice And Moral Distress In The Intensive Care Unit. *The Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2018, 30(2), 226-232.

Sayım F. Sağlıkta Etik Dışı Davranışın Farkedilmesi ve Etik Kurullar, İçinde: Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayıncılık, Bursa, 2011, s 64-72.

Serdaroğlu EB. Ötanazi - Ölme Hakkı. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* 2016, 22(3), 463-491.

Sert H, Gözdemir M, Işık B. Kardiyopulmoner Canlandırma Yapılmaması Etik Mi? *Yeni Tıp Dergisi* 2007, 24, 85-89.

Sorta-Bilajac I, Bazdaric K, Zagrovic MB, Jancic E, Brozovic B, Cengic T, Corluka S, Agich GJ. How Nurses And Physicians Face Ethical Dilemmas-The Croatian Experience, *Nursing Ethics* 2011, 18(3), 341–355.

Sucu G, Dicle A, Saka O. Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Etkileyen Etmenler ve Karar Verme Modelleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9(1), 52-60.

Sümen A. Florence Nightingale Yemini ile Uluslararası Hemşirelik Andı'nın Karşılaştırılması ve Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2017, 25(2), 43-8.

Süren ÖK. Organ ve Doku Naklinin Yasal ve Etik Açından İncelenmesi, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* 2007, 73, 174-195.

Şentürk SE, Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2013, s 43.

Tazegün A. Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2013, 67.

Tel H. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2012, 1, 30-38.

Temiz Z, Öztürk D, Ünver S, Tohumat ŞG, Akyolcu N, Kanan N, Nur F. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20(2), 85-88.

Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi* 2011, 1, 21-25.

Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2005, 175.

Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing Care in a High-Technological Environment: Experiences of Critical Care Nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015, 31, 116-123.

Turan N, Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 3, 134-139.

Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011, 27(4), 191-197.

Türk Ceza Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 12 Ekim 2004, sayı, 25611.

Türkmen H. Ötenazi Sorunsalına Teolojik Açıdan Bir Bakış. *Kelam Araştırmaları* 2015, 13(1), 495-519.

Uludağ Ö. Beyin Ölümü Tanısının Önemi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2015, 1(1), 34-38.

Utlı N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler, *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi* 2016, 29(8), 17-35.

Üstündağ H, Aslan FE. Yoğun Bakım Ünitesinde Etik İkilemler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010, 14(1), 26-30.

WEB_1. (2012) Türk Dil Kurumu http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ca30ee6d6c257.75251704 (25.02.2019)

WEB_2. (2017) Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar, 2009. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf> (03.03.2018)

WEB_3. (2015) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 (03.03.2018)

WEB_4. (2016) Türkiye Organ Nakli Vakfı. <http://www.tonv.org.tr/wp-content/uploads/2016/11/TURKEY-ORGAN-DONATION-AND-TRANSPLANTATION-STATISTICS-IN-2013.pdf> (14.09.2018)

Yıldırım A, Taşçı S, Hemşirelikte Eleştirel Düşünmenin Klinik Karar Vermeye Etkisi, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2(3), 188-190.

Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 29(2), 7-12,

Yılmaz D, Düzgün F, Yılmaz DU, Korhan EA, Dikmen Y. Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018, 11(2), 157-163.

Yüzkat N, Çeğin MB, Soyoral L, Göktaş U, Özkan B. Terminal Dönemdeki Bir Hastada Karşılaşılan Etik Belirsizlik Sekizinci Kateter, *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2015, 6(2), 196-198.



EKLER

Ek-1: Bireysel Bilgi Formu

BİREYSEL BİLGİ FORMU

HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

1.Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

2.Yaş aralığınız:

- a) 18-26
- b) 27-35
- c) 36-44
- d) 45 ve üzeri

3.Medeni durumunuz:

- a) Bekâr
- b) Evli

4.Öğrenim durumunuz:

- a) Lise
- b) Ön lisans
- c) Lisans
- d) Lisansüstü

5.Çalışma güvenceniz nedir?

- a) Kadrolu
- b) Sözleşmeli

6.Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz:

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11-15 yıl
- d) 16-20 yıl
- e) 21 yıl ve üzeri

7.Yoğun bakım birimindeki çalışma süreniz (çalışma süresi 1 yılı doldurmayanlar 1-5 yıl seçeneğini işaretleyecektir) :

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11-15 yıl
- d) 16-20 yıl
- e) 21 yıl ve üzeri

8.Çalışmakta olduğunuz birimin adı:

- a) Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım
- b) Cerrahi yoğun bakım
- c) Dahiliye yoğun bakım
- d) Nöroloji yoğun bakım
- e) Nöroşirurji yoğun bakım
- f) Koroner yoğun bakım
- g) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım
- h) Göğüs yoğun bakım
- i) Genel yoğun bakım
- j) Çocuk yoğun bakımı
- k) Yenidoğan yoğun bakım
- l) Acil yoğun bakım

9.Bulduğunuz birimde çalışmayı kendiniz mi tercih ettiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

10.Mesleğinizi isteyerek mi yapıyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

HEMŞİRELERİN ETİK KONUSUNA AİT ÖZELLİKLERİ

1. Okul eğitiminiz süresince etik konusu hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

2. (1. soruya cevabınız “evet” ise) Aldığınız dersin adı hangisidir?

- a) Etik
- b) Deontoloji
- c) Diğer (Belirtiniz.....)

3.Çalışma hayatınız süresince etik ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

4. (3. soruya cevabınız “evet” ise) Aldığınız eğitimin niteliği hangisidir?

- a) Hizmet içi eğitim
- b) Oryantasyon programı
- c) Diğer (Belirtiniz.....)

5.Çalışmakta olduğunuz kurumda etik komite var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

6. Yoğun bakımda çalıştığınız süre içerisinde herhangi bir etik ikilemele karşılaştınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

7. (6. soruya cevabınız “evet” ise) Karşılaştığınız etik ikilemi nasıl çözdünüz?

- a) Kendim çözdüm
- b) Yardım alarak çözdüm
- c) Çözemedim
- d) Diğer (Belirtiniz.....)

8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

13. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

15. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

16. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

18. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

20. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

22. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

24. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

26. Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

27. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

28. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

29. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

30. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.



Ek-3: Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/08/2016-E.35566



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.08.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 14

Protokol No : 2016/915
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Raşan Çevik AKYIL
ADÜ Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 09.06.2016 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL'ın "Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu araştırmasının 17.08.2016 tarihli dilekçesi ve eki görüşüldü

Dilekçesi ekinde; kurum izninin alınarak dosyaya konulduğu görülmüş olup, şartı ortadan kaldırmıştır.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgü Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

*Bu belge, 3070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması: https://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BE6E0RD1 adresinden yapılabilir.*

Ek-3: Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı (devamı)

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/06/2016-E.24588



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Müdür

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 10 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 10

Protokol No : 2016/915
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Rahşan ÇEVİK AKYIL
Hemşirelik Bölümü/
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Rahşan ÇEVİK AKYIL'ın "Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık durumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Çalışmada bu haliyle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna gerek yoktur.
Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek-4: Kurum İzni

Evrak Tarihi ve Sayısı: 29/08/2016-E.14743



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 63364346-804.01
Konu : Çalışma hk.

Sayın Gözde KILIÇ
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

İlgi : 18.08.2016 tarihli yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etki Duyarlılık Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışmayı Hastanemizde yapmanız İdaremizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Mücahit KAPÇI
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin: https://cbys.adu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE840E05

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii Plk:09010
Efeleli/Aydın
Telefon No: 0256 218 18 00 / 3066 / 3028 Faks No: 0256 213 60 64
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.adu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Tuğba TÜRK

Unvan: Personel



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek-4: Kurum İzni (devamı)

Evrak Tarihi ve Sayısı: 15/07/2016-E.11538



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 63364346-605.01
Konu : Çalışma hk.

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 14/06/2016 tarihli ve 24488 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gözde KILIÇ'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının verilerini etik kurul onayının Başhekimliğimize iletilmesi koşuluyla 01.07.2016-15.09.2016 tarihleri arasında Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitelerinden toplayabilmesi İdaremizde uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Ali YILMAZ
Başhekim

Gelen Evrak	
Tarih	19.07.2016
Sayı	3657
Dosya No.	11538

JENİN AŞLI
ELEKTRONİK İMZADIR.
15.07.2016
Tıpba TURK

Evrak Doğrulama İçin: https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEKVAM3A

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii Plk:09010
Eİeler: Aydın
Telefon No: 0256 218 18 00 / 3066 / 3028 Faks No: 0256 213 60 64
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.adu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Tıpba TURK

Unvan: Personel



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : KILIÇ Gözde
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Malatya/15.01.1991
Telefon : 0538 506 53 85
E-mail : gozdekilic44@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce/Orta

EĞİTİM

<u>Derece</u>	<u>Kurum</u>	<u>Mezuniyet tarihi:</u>
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi/ İç Hastalıkları Hemşireliği	2019
Lisans	Mustafa Kemal Üniversitesi/ Hatay Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik	2012
Lise	Malatya Gazi Lisesi	2008

İŞ DENEYİMİ

<u>Yıl</u>	<u>Yer/Kurum</u>	<u>Ünvanı</u>
2012	Özel Antakya Akademi Hastanesi	Hemşire
2013	Aydın Devlet Hastanesi	Hemşire