



**HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARI İLE
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mehmet Emin ATAY

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ

Yüksek Lisans Tezi-2019

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

**HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARI İLE
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mehmet Emin ATAY

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARI
İLEBİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Mehmet Emin ATAY

Tez Savunma Tarihi : 22.04.2019

Tez Danışmanı : Dr.Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Zeliha KOÇ (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Etik Kavramı	5
2.2. Hemşirelikte Etik ve Etik Duyarlılık	7
2.3. Bakım Kavramı	12
2.4. Hemşirelik ve Bireyselleştirilmiş Bakım	13
2.5. Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım ve Etik Duyarlılık	18
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	23
3.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensitivity Qestionnaire- MSQ)	23
3.4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	27

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKÇA.....	54
EKLER	66
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	66
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	67
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	68
EK-4. KURUM İZİNLERİ	69
EK-5. GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU.....	71
EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU	73
EK-7. AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ	74
EK-8. BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI	78
EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI.....	79

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her aşamada bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörölü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren, daima özveride bulunan ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli danışmanım Sayın Dr.Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ'a

Yüksek Lisans tezimde desteklerini esirgemeyen, bana sevgisini, desteğini, güvenini ve anlayışını her zaman hissettiren Arş. Gör. Metin YILDIZ'a, tez çalışmama destek veren meslektaşlarıma ve tez dönemim süresince yardıma ihtiyaç duyduğum her noktada yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan, eğitimimin her noktasında bana destek olan benim için hayatı güzel ve yaşanılır kılan değerli anne-babama;

Sonsuz teşekkür ve saygılarımla...

Hemşire Mehmet Emin ATAY

ÖZET

Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan 216 hemşire ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan 650 hemşire toplamda 866 birey oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip araştırmanın örneklemini hastanede çalışan izinli ya da nöbetçi olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 327 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verilerinin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ölçek toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları hesaplanmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra parametrik ve non-parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hemşirelere ilişkin değişkenler incelenmiş ve hemşireler Ahlaki Duyarlılık ölçek toplam puanı 79.75 ± 21.49 bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş Bakım toplam puanı ise 3.76 ± 15.90 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım toplam puanı ile Ahlaki Duyarlılık toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puanı ile çalışılan hastane, çalışma pozisyonu ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Toplam Puanı ile çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin etik duyarlılıkları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında toplam puan ve alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş bakım algısı, etik duyarlılık, hemşirelik.

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Ethical Sensitivity of Nurses and Individualized Care Perceptions

Aim: This study was carried out to investigate the relationship between the ethical sensitivities of nurses and individualized care perceptions.

Materials and Methods: The research was conducted in descriptive and relational types. The universe of the research; A total of 866 individuals consisting of 216 nurses working at Ağrı State Hospital and 650 nurses working at Atatürk University Research Hospital were included in the study. The sample of the study was composed of 327 nurses who were not on leave or on duty, who accepted to participate in the study. Introductory Information Form, Moral Sensitivity Questionnaire-ADA and Individualized Care Scale-A-Nurse Version were used to obtain the research data. Scale total score and scale subscale mean scores were calculated. In the analysis of the data, numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviations as well as parametric and non-parametric tests were used.

Results: In this study, the variables related to nurses were examined and the nurses' moral sensitivity scale total score was 79.75 ± 21.49 . The total number of individualized care was found as 3.76 ± 15.90 . There was a significant correlation between the total score of the Nurses' Individualized Care Total score and Moral Sensitivity total score ($p < 0.05$). Statistically significant difference was found between the mean scores of the Hospital, Work Position and Work Life Quality with the Moral Sensitivity Scale Total Score ($p < 0.05$). The difference between the mean scores according to the hospital, working position, service quality and work life quality of the individualized care scale total score was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The relationship between nurses' ethical sensitivities and individualized perceptions of care was found to be correlated with total score and sub-dimensions.

Keywords: Individualized care perception, ethical sensitivity, nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: Ahlaki Duyarlılık Anketi
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Derneği)
BBSA	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A
BBSB	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
LSD	: Least Significant Difference
MSQ	: Moral Sensitivity Questionnaire
TDK	: Türk Dil Kurumu
UKCC	: UK Central Council for Nursing (İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi)

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	26
Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	26
Tablo 3.3. ADA Ölçeği Toplam Puan İle Alt Boyutları ve BBSA Ölçeği Toplam Puan İle Alt Boyutları Cronbach α Değerleri:	27
Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımları	29
Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	30
Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması	35
Tablo 4.5. Bazı Demografik Özellikler ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42

1. GİRİŞ

Hemşirelik, insanların sağlığını ve esenliğini koruma, yükseltme, hastalık durumunda iyileşmesine yardımcı olmayı hedefleyen, bilim ve sanattan oluşan bir meslektir.¹ Varoluş amacı ve temel işlevi insana yardım etmek olan hemşirelik, bu amaca, bağımsız işlevi olan bakım eylemi ile ulaşır. İnsanlar, sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümlerle sonlanan yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında, bakıma gereksinim duyarlar.² Hemşirelik bu süreçte insanı, insanın doğasını, sağlık/hastalığa karşı yanıtlarını ve gereksinimlerini anlamaya ve bu gereksinimleri karşılamasına yardım eder. Hemşireliğin odak noktasını oluşturan insan, aynı zamanda hemşireliğin bilimsel çerçevesini belirlemeyi sağlayan temel kavramlarından biridir.¹⁻³

Doğanın en karmaşık varlığı olan insana yaklaşımda, hemşireler nasıl bir tutum ve hangi değerlere dayalı davranış biçimini benimseyeceğini bilmek durumundadır.⁴ Bu bağlamda hemşirelik davranışlarına rehberlik ederek yönlendiren hemşirelik felsefesidir.^{1,4} Hümanizm ve holizme temellenen çağdaş hemşirelik felsefesinde, insana yüklenen anlam ile birey; saygınlığı, bireyselliği, görüşleri, değerleri, tutumları, talepleri, tercihleri, beğenilerinin oluşturduğu eşsizliği, bütünlüğü ve hakları ile en yüce varlıktır.⁴⁻⁶ Hemşirelikte hümanizm akımının ağırlık kazanması ile birlikte hemşireliğin görüş ve değerler düzenini meydana getiren, uygulamalarına yol gösteren bireyselliğin, birey otonomisinin değeri anlaşılmış ve çağdaş hemşirelik yaklaşımının düşünce yapısı oluşmuştur.⁴ Bu bakış açısı, hemşireliğin amacına uygun yardım etmenin yanında bakım eylemlerinin temeli olan hemşirelik davranışlarını ve hizmetlerini de yönlendirmektedir.^{3,4,7}

Bir felsefe dalı olan etik, bireyler arası ilişkilerin özünde yer alan değerleri, iyi ya da kötüyü, doğru ya da yanlış araştırmakta olup, gün geçtikçe sağlık alanında ve özellikle hemşirelikte önem kazanmaktadır.⁸ Hemşireliğin bireye bakış açısını tayin

eden bu fikir ve uygulamalar hemşirelerin bakım uygulamalarına yön verir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanması sağlık bakım ortamında etik gereklilikleri karşılamaktadır.⁹ Etik duyarlılık, hemşirelerin bilinçli olmasını ve hastalarının gereksinimlerini karşılayarak, bireyselleştirilmiş bakımı desteklemeleri için hastanın sözlü veya sözsüz verdiği ipuçlarını ve davranışlarını yorumlamasını gerektirir. Ahlaki sorunlar, çatışmalar ve etik ikilemin yetersiz olması sağlık bakım ortamının düzenlenebilmesini ve etik karar verebilme durumunu olumsuz etkilediği gibi bakımda bireyselliğin sağlanmasını da engellemektedir. Etik sorunun farkında olması ve doğru kararlar vermesi için hemşirelerin etik duyarlılığının gelişmiş olması gerekmektedir.⁹⁻¹⁴

Etik duyarlılıklarının yüksek olması meslekte profesyonelleşmeye olumlu katkı sağlarken hemşirelik bakımının kalitesini de arttıracaktır. Goethals, bakımda etiği teorik değil; ahlaki bakış açısı, ahlaki bir boyut ve yönelim olarak tarif etmektedir. Etik duyarlılığa sahip hemşire bakım verirken bireylerin bedeni, duyguları, düşünceleri, çevresiyle ilişkileri ile doğuştan bağımlı, bakıma gereksinimi olan, örselenebilen bir varlık olduğunu unutmamalıdır. Hemşirelik bakımı ahlaki bir davranış olup, yardıma muhtaç olan, zor durumdaki bireylere ve durumlara yönelik farkında, duyarlı ve destekleyici bir olgudur.¹⁵

Hemşireliğin odak noktasını oluşturan insan, biyo-fizyolojik, psikolojik yönleri kadar ailesi, grubu, ait olduğu toplum ve sosyal ilişkileri içinde bir bütündür. Bu bütünün sağlıklı kalabilmesi için karşılanması gereken benzer gereksinimleri vardır.^{16,17} Ancak insan, gelişim süreci içinde, onu diğer fertlerden farklı kılan beceri, güdü, tutum, görüş, inanç ve duygusal tepki gibi özellikleri doğrultusunda kendine özgü, tek ve biriciktir.^{16,18} Bu farklılaşma, onun yaşam deneyimleri ve davranışlarına yansyarak sağlık/hastalığa karşı yanıtlarını da etkiler.¹⁷⁻¹⁹ Bakım sunumu esnasında bireyselliğin sağlanması ve devam ettirilmesi, bireyi diğer fertlerden ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini

oluşturan bu hususların dikkate alınmasının dışında bireyin kendisini ilgilendiren kararlara katılımını gerekli kılar.²⁰ Bireyselleştirilmiş bakım, sadece bireysel özellikleri yönünde hemşirelik uygulamalarının düzenlenerek bireyin bakımının verilmesi değildir. Bunun yanı sıra bakım verilen hastanın da hemşirenin bu yaklaşımını algılaması ve kendi bakımında bu algıları tecrübe etmesi, hissetmesi ve geri bildirimde bulunmasıdır.^{20,21-23} Bu bağlamda, bakım veren hemşirelerin etik duyarlılığının belirlenmesi, mesleki gelişimlerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine katkıda bulunmasının dışında hasta bireylere sunulacak hemşirelik bakımının niteliğini de direkt olarak etkileyebilecektir.^{5,6,8,16}

Hemşirelik uygulamalarının özü olarak bilinen bakım, hemşirelik eğitiminin, sağlık politikalarının ve hemşirelikte etik kodların odak noktasında yer alır. Her birey farklı olduğu gibi edindikleri tecrübe, değer ve geçmişi de farklıdır. Bu özelliklerin farklı olması o bireyi diğer bireylerden farklı yapar ve bu özelliklere dikkat edilerek bakımın verilmesi gerekir.¹⁶ Hasta bireyin değerlerini anlamayı, önem vermeyi ve kabul etmeyi gerektiren bu eylem biçimi, bireye özgü ya da bireyselleştirme olarak adlandırılmaktadır.²⁰

Bireyselleştirilmiş bakım diğer taraftan, sağlık bakımı kalitesinin değerlendirilmesinde açık ve gözle görülebilen bir kriterdir.¹ Yapılan çalışmalarda, bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür.^{1,20,24} Hastaların bireysellikleri dikkate alınarak sunulan hizmetin, onların bakış açısının değerlendirilmesinde, bakım algılarını etkileyen faktörlerin de bilinmesi önemlidir. Literatürde, hasta özelliklerinin, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır.^{1,8,20,23-26}

Bakımda etik duyarlılığı ayrıcalıklı kılan birey ve bireyler arası ilişkilere yönelik farklı anlayışının olmasıdır.¹⁹ Özgün bakım uygulayıcısı hemşireler bakımın değerini

anlayıp, içselleştirmeli, uygulamalarında göstermelidir.²⁸ Etik duyarlılık, hasta ihtiyaçlarının tanımlanabilmesi için, bakım sunan kişinin sözlü olan veya mimikleriyle ortaya çıkan ipuçlarını ve davranışları yorumlayıp açıklayabilmesini ve bilincinde olmasını gerektirir.³¹ Çünkü duygular bir değeri meydana getiren en önemli unsurlardır. Bu sebeple hemşirelik mutlak bir varlık olarak algılanmanın dışında, bir başkası için var olma mesuliyetini duyumsamayı gerektirmektedir.^{15,28,32}

Böyle bir bakış açısı ahlaki doğruluğun var olmasıyla beraber hemşirenin hassasiyeti ile de oldukça ilintilidir. Hemşirenin nesnel incelemeleri ve empatik bakış açısı büyük önem arz etmektedir. Günümüzde etik yönden duyarlı ve ahlaki açıdan onaylanabilir bir bakım ve tedavi sunabilen sağlık üyelerine çok büyük gereksinim olduğu ortadadır.²⁸ Hemşirelerin etik problemi ayırt edebilmesi ve doğru kararları verebilmesi için, etik problemi tanımlama becerisi olan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir.^{31,33}

Bu bağlamda literatür incelendiğinde, Türkiye’de hemşirelerin etik duyarlılığına ilişkin çalışmalar bulunmakla birlikte bireyselleştirilmiş bakım ile ele alınmadığı görülmektedir.^{9,28,31} Bu yüzden, hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları

Hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik Kavramı

Etik; Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde bulunan tanıma göre bir meslek grubunda mesleği yapan bireylerin mesleki çalışmalarda yapması ya da yapmaması gereken davranışların tümü demektir.³⁴ Konu olarak insanların davranışlarını ele alan etik Yunanca ethos sözcüğünden türemiştir.^{19,30} Ahlaki değerler felsefesi olarak da bilinen etik, bireyin özel ve sosyal hayattaki ahlaki eylemleri ile ilgili soruları ele alır ve ahlaki bir durumun özünde yatanları araştırır.^{19,35} Etik; ahlakla, dinle, inançla, gelenekle, kültürle ve zaman zaman da yasa ve düzenlemelerle bağlantılı olarak karşımıza çıkmaktadır.³⁶ Günümüzde, literatürde etik kavramına yönelik birçok tanımın yapıldığı görülmekte olup bilim insanları için de ortak bir ifadeye uzlaşmak zor olmuştur. Bunlara örnek olarak bir görüşe göre etik, bireyin uyması gereken ahlaki ölçüm ve kurallar biçiminde ifade edilirken, bir diğer görüşe göre etik, bireylerin doğru bir şekilde nasıl davranacağını yorumlayan ve tarif eden ilkeler, değerler ve standartlar düzeni biçiminde ifade edilmiştir.³⁷

Etik, bireyin sosyal süreçte ortaya koyduğu, diğer bireyleri etkileyen ve belirli neticeleri olan fiilleri yapmaları ve bu fiilleri şekillendiren düşünme süreçlerini kapsar. Etik, bireye kendi tutum ve davranışlarını iyi/kötü, doğru/yanlış olarak değerlendirmesine olanak sağlayarak toplumun yaşam kurallarının bir kısmını oluşturup, bireyin hayata tutunmasını sağlayabilme ve bireylerin birlikte olan sosyal hayatlarına yardım etmektedir.^{2,8,29} Merkezinde bireye yarar sağlamayı ele alan etik, sadece kurumsal yapısı ile değil, uygulamalı ve pratik bir bilim olarak da bilinmektedir.²⁹ Genel olarak etik; bireylerin diğer bireylerle ahlaki, meşru, ananevi birtakım kurallarla belirlenmiş ve lokalize edilmiş ilişkileridir. Başka bir ifadeyle toplum tarafından paylaşılan ahlak davranışlarının standartlarını oluşturur.³⁸

Etik ve ahlak kavramları Türkçede çoğunlukla aynı anlamda kullanılsalar da bu iki kavram arasında farklar vardır.⁹ Felsefenin dallarından biri olan etik, kendini ahlaki davranışın bilimi olarak tanımlamakta ve mevcut olan ahlakilik koşulları yönünden, ahlakilik terimini yerleştirmek amacıyla insan pratiğini incelemektedir. Ahlakilik kavramı ise, gerçekleştirilen bir davranışı ahlaki açıdan değerlendirip daha sonra iyi ya da kötü bir davranış olarak tanımlama imkânı sağlayan nitelik anlamına gelmektedir.³⁹ Latince moral kelimesinin karşılığı olan ahlak terimi, fitrat, alışkanlık, yaratılış anlamlarına gelen hulk kelimesinin çoğulu olup, kişilerarası ilişkilerde uymakla yükümlü olunan temel kurallar olarak tanımlanmaktadır.¹⁹ Toplumun uymakla mükellef olduğu, yüklendiği değerler toplamına da ahlak denir. Başka bir ifadeyle toplumda yaşayan her bireyin uymak zorunda olduğu tutum ve davranış kurallarının tümüne verilen addır.³⁰ Etik, ahlak sorunlarını ve kurallarını ele alan veya ahlak kurallarını ayrı ayrı temellendiren genel prensipleri açıklayan felsefe dalıdır. Etikten farklı olarak ahlak, iyi/kötü, doğru/yanlış şeyleri, haklı ya da haksız kazanımları birbirinden ayıran kurallar bütünüdür.³⁶ Ahlak (moral) vakasal ve tarihsel olarak yaşanmış bir terim olmasının yanında etik (ahlak felsefesi), mevzu olarak ahlaki araştıran bir bilim dalı ya da felsefenin alt dalıdır. Ahlak ise, bireylerin birbirleri veya yaşadıkları devletle olan ilişkilerinde meydana gelen ve bireylerden yapmaları istenen eylemlerdir.⁴⁰ Etik kavramı, dürüstlük, yardımseverlik, doğruluk, adil olmak, bağlılık, yalan söylememek, hırsızlık yapmamak, birini öldürmemek gibi dünyanın her yerinde geçerliliği bulunup değişmeyen evrensel değerler ile alakalıyken, ahlak her toplumda değişmesi mümkün olan ananeler, huylar, örf-adetler, eylemler, yaşam şekilleri gibi konulardaki tutum ve davranışlardır.¹⁹ İnsan davranışlarının ahlaki yönden neye göre iyi/doğru ya da kötü/yanlış olarak nitelendirilebileceği ve davranışların özündeki inanç, tutum ve değerlerin neler olduğunu açıklayabilecek, etik karar vermeye bakış açısı ve bir

sınırlandırma yapacak olan etik kuramları ileri sürülmüştür.⁴¹ Bu kuramın bir parçası pragmatik ilkedir ve bireyin yararına olacak eylemleri yapmasını söyler ya da eylemler sonucunda düşünülen şeyin, insanların en büyük grubu için en iyi olan olduğunu açıklar.¹⁹

2.2. Hemşirelikte Etik ve Etik Duyarlılık

Mesleksen etik, belirli meslek ya da meslek gruplarında meslek mensuplarının kendi meslekleri için oluşturdukları ve bütün meslek mensuplarının eğilimlerini sınırlayıp belirlenen kriterlere uygun hareket etmelerini sağlayan kurallardır.⁴² Hemşirelik, yaşamının belli dönemlerinde bireyin kişisel ve en özel yönleriyle ilgilenen bir meslektir. Oluştugu günden bu yana ister iyileştirici, bakım verici, ister hemşire olarak ifade edilip tanımlansın, hemşireler ihtiyacı olan kişilere bireysel olarak bakım vermeyi ihmal etmemiştir.⁴³ Globalleşme, teknolojik gelişmeler, sağlıktaki değişimler ve hemşirelerin büyüyen rol ve yükümlülükleri nedeniyle hemşireler sık sık etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır.^{2,44-46}

Etik; bireye saygı göstermek, doğru olmak, dürüst olmak, adaletli olmak, güvenilir olmak, yarar sağlayıp zarar vermemek gibi evrensel/ nesnel ilkeleri içermektedir.⁴³ Bu özelliklerine bakıldığında, hastalarla en çok zaman geçirip bireyin bakımında en önemli rolü üstlenen hemşirelik mesleğinde etiğin kaçınılmaz olduğu anlaşılmaktadır. Klinik etik, hastaya bakım verme esnasında ortaya çıkabilecek sorunların çözülüp giderilmesi olarak ifade edilmektedir.²⁷ Hemşirelik etiği, hemşirelik uygulamalarında hesaba katılması gereken etik ilkelerin incelenip tartışıldığı ve kurallara dayanarak oluşturulacak şekilde yapılandırılan disiplindir.⁴⁷

Hemşirelik mesleği profesyonel meslek mensuplarından oluşan bir meslek olup insanla iç içe ve temas halinde bulunması nedeniyle etik ilke ve kurallara sahiptir. Klinik uygulamaları esnasında bu kural ve ilkelere uyan hemşireler üstlerine düşen

görevleri ve sorumluluklarını daha iyi bir şekilde anlayarak insanlara yararlı, yeterli ve nitelikli bakım sağlarken mesleki doyumlarını da artırmış olacaklardır.⁴⁸ Profesyonel olduğu bilinen her hemşire, normal koşullarda etik olan durumun olmasını sağlayacak; alturizm (özgecilik), denklik, sanatsal, bağımsızlık, insan şerefi, realistik gibi profesyonel özelliği olan değerleri kabullenmek mecburiyetindedir.⁴⁹

Hemşirelikte mesleki etik, bakım teriminin ahlaki formatından kaynaklanmaktadır ve özellikle de uygulama esnasında karşılaşılan etik sorunlara yönelik olabilecek bir bakış açısı oluşturulabilmesi, hastanın sahip olduğu hakların korunması ve hasta güvenliğinin sağlanması için önemlidir.

Hemşireler, çalıştıkları ortamlarda sürekli zor ve rahatsızlık veren birçok etik sorun ile karşılaşmaktadır.⁵⁰ Hemşireliğin sahip olduğu özel etik kurulları sağlık bakım sisteminin içinde bulunan hemşirenin görev yetki ve sorumluluklarını tayin eden yasa, yönerge ve yönetmeliklerin beraberinde etik terimler ve prensipler ideolojisinde sunulan hizmete dikkat edilip önem verilmesi ve geliştirilmeye yönelik çalışmalar da oldukça önemlidir.³⁰ Sağlık bakımında var olan etik değerler için, evrensel olan değerler ile uyuşmakta olan istenilen, inanç, prensip, eylem, kaide, kılavuz ve ilkelerin tayin edilmesi, iyileştirilip geliştirilmesi ve uygulanması sunulan bakımın etik olmasına katkı sağlayacaktır.⁵¹

Hemşirelikte etik kavramını tam manasıyla kavramak için ilk olarak hemşireliğin sahip olduğu tarihin bilinmesi gerekir.⁴³

Rollerdeki değişimler hemşirelerin etik davranışa ait belirli ölçülere yönelik olan fikirlerinin değişikliğe uğraması ile senkronik bir şekilde meydana gelmiştir.⁵² Günümüzde en çok tartışılan konulardan biri de sağlık uygulamalarında sık rastlanan etik problemlerdir. Sağlık çalışanları zaman zaman önemli etik sorunlarla karşılaşmakta ve karar verme sürecinde ise uygun kanuni ve etik yükümlülükleri hesaba katmak

zorundadırlar.⁵³ Mesleğe ait etik kodlar, meslek değerlerine ışık tutmak, etik ilkelere uygun olarak hizmet sunabilmek ve eylemlerin kabul edilen hangi değer ve inançlar yönünde biçimlendiğini ifade edebilmek için oluşturulan kabullenme olanağı olan sistematik kurallardır.⁵⁴ Hemşirelerin mesleğe yönelik sorumluluklarını içeren deneysel çalışmalarda hemşireliğin etik kodlarıyla alakalı birden çok tenkit yapılmıştır.⁵⁵ Hemşirelik felsefesi aracılığıyla belirlenen kodlar hem normları içerirken hem de uygulama esnasında karşı karşıya kalınan ahlaki problemleri içerir. Bu bilgilere bakılarak hemşireler için oluşturulan etik kodların yalnızca evrensel normları içermediği bununla birlikte hastaya sunulan bakım esnasında hastanın izni veya gizliliğin sağlanması gibi sorunları da kapsadığı sonucuna ulaşılır.⁵⁶

Hemşireler için önemli kuralları içinde barındıran Florence Nightingale Andı hemşireliğin ilk etik kodları olarak kabul edilmektedir.^{57,58} Etik kodlar, hemşirelere uygulama esnasında ve sorunları çözümede kılavuzluk etmek ve ayrıca toplumsal hemşirelik değerleri ve standartlarını kapsamaktadır.⁵⁹ Hemşireliğin sahip olduğu etik kodlar Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) ve İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) gibi hemşireliğin önemli savunucusu olan kurullar tarafından oluşturulmuştur.⁵⁷

Hemşireliğin bu etik kodları hemşirelik mesleğinin sağlığın özgür bir dalı olduğunun da altını çizmektedir. Etik olarak karşılaşılan anlaşmazlıklar veya ikilemlerin çözümlenmesine yönelik kullanılabilen etik kodlar, sağlık alanında hizmet vermekte olan bireylerin odak noktasını oluşturmaktadır.²⁹ International Council of Nurses (ICN) 2012 yılında hemşireler için olan etik kodları tekrardan düzenleyip, dört ana başlık altında toplamaktadır. Bu alt başlıklar Hemşireler ve Bireyler; Hemşireler ve Uygulama; Hemşireler, Meslek ve Ekip Üyeleri biçiminde tertip edilmektedir.⁶⁰ Hemşireler nitelikli

bir sağlık bakımı sunabilmek için etiğin ve etik kodların önemli katkı sağladığını kabul etmelidirler.⁵⁸

Etik sorunların, çalışanları güçlüklerle karşı karşıya bırakma sıklığı ve çalışanların bu sorunlarla baş edip etmedikleri veya bunların farkına varıp varmadıkları bilinmemektedir. Etik sorunların tanımlanmasındaki güçlüklerin temel nedeni bu sorunların evrensel ve objektif ölçütlerle açıklanmaması, birçok etik sorunun bilinmemesi ve farkına varılmamasıdır.³⁶ Değerleri ve değer çatışmalarını tanıma yeteneği etik duyarlılık olarak tanımlanmaktadır.⁵² Etik karar verme hem etik duyarlılığın gelişimine hem de ahlaki gruplarda düşünme becerisine bağımlıdır.¹⁹ Etik sorunu tanıma becerisi olarak tanımlanan etik duyarlılık, insan sağlığıyla da alakalı olan durum veya durumların bulunduğu etik değerleri bilmektir.⁹ Etik duyarlılık ve etik bilinç, etik problemlerin ayırt edilmesinde ve çözülmesinde olduğu kadar bu durumların ortaya çıkmasının engellenmesinde de önemli rol oynamaktadır. Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sosyokültürel yapı ile uyumlu olduğu zaman, bu gelişmeler etik endişe ve hassasiyeti üstlenerek hayat uygulandığında bireylere daha huzurlu ve esenlik içinde yaşama imkânı sunmaktadır.⁵⁷ Son zamanlarda profesyonel kişiler tarafından önemli ilgi alanı haline gelen etik duyarlılık, ahlaki yük, barış, etik boyutun sorumluluğu ve önemi gibi farklı konularda bilinçli olmayı gerektirmektedir.⁶¹

Hemşirelerin sık sık karşılaştıkları etik sorunların hastalara sunulacak bakım ve tedavi hakkında doktorlar arasında ortaya çıkan değişik düşünceler, hemşirelerin mesleki değerleri ve hastanedeki anlaşmazlıklar, kurum tarafından yapılan zorlamalar, hemşirenin elverişli olabilecek ahlaki durumları ifade etmelerinin sınırlandırılması, hemşirenin itibarının muhafaza edilmesi, hastanın sahip olduğu haklarının muhafaza edilmesi, hastanın sağlık bakımından yararlanmasına mani olabilecek parasal mevzular, kuruma ait faydalanılabilecek faktörler, siyasal talimatlara riayet etmek, terminal

dönemdeki bir hastaya verilecek hizmet, aydınlatılmış onam, limitleri önceden belirlenmiş kaynakların bölüştürülmesi, meslek üyelerinin etik veya yasal olmayan tutumları olduğu ileri sürülmektedir.³¹ Mevcut olan bu etik sorunların fark edilmesi ve uygun biçimde çözülmesi için hemşirelerin etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekir. Etik duyarlılık çelişkilerin olduğu durumlarda ahlaki değerler veya bireyin mevcut olan durumda kendi rol ve sorumluluklarının farkında olması şeklinde tanımlanabilir. Etik duyarlılık yalnız sezgilere dayanmamakta olup, ayrıca kişisel kapasite, geçmişte kazanılan tecrübeler de ahlaki duyarlılığı kavramak için önemlidir.⁶² Duyarlılık, ahlaki cevabın ayrılmaz bir parçası olmanın dışında, hasta bireyin gerçek durumunun yorumlanıp hissedilmesi olarak da idrak edilmelidir. Çünkü hasta bireyde acıya neden olan mevcut durumun o kişi için yaşanmakta olan gerçek bir durum olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca etik duyarlılık önem verme ile de yakın bir ilişki içindedir. Etik problemi tanımlama becerisi olan etik duyarlılık, etiksel yönden savunulabilir bir hüküm sağlamalıdır. Etik duyarlılık etik sorunlara çözüm bulma, açıklık kazandırmak veya eylemin haklılığını ortaya koyma olarak düşünülmenin dışında kesin olan bir ikilemin ya da çatışmanın önüne geçebilmektedir.²⁹ Etik duyarlılık hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Etik duyarlılık etik ikilemlerin belirlenip ve bu ikilemlere alternatif çözümlerin içinde bulunan uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir.⁵³ Duygular bir değeri ortaya çıkarabilecek en önemli unsurdur. Bu nedenle hemşirelik yalnızca bir varlık bilimi olarak algılanmanın dışında, başkası için var olma sorumluluğu hissettirmeyi gerektirmektedir. Bunlara ek olarak onun yanında olma ve onun için olma yaklaşımları da birbirleriyle alakalıdır. Bu tür bir yaklaşım ahlaki gerçekliliğin mevcut olmasının yanında ek olarak hemşirenin duyarlılığı ile de ilişki halindedir.²⁹

Hemşirelerde etik duyarlılığın yüksek olması, meslekte profesyonelleşmeye katkı sağlamakla birlikte, hasta bireylere verilecek olan hemşirelik bakımının niteliğini de direkt olarak etkilemektedir. Günümüzde etik yönden duyarlı ve ahlaki yönden kabul gören bir bakım ve tedavi sunabilen sağlık bakım ekibine olan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır.²⁸

2.3. Bakım Kavramı

Bakım kavramı, sözlükte ad olarak; ilgilenmek işi, herhangi bir şeyin esenlik içinde olması ve esenlik içinde sürdürmek için gösterilen hassasiyet, sarf edilen çaba, bir kimsenin yeme, kuşam vb. ihtiyaçlarını yüklenme ve karşılama meselesi olarak yer almıştır. Hemşirelik literatüründe ise profesyonel hemşireliğin işareti ve esası olarak açıklanmaktadır.^{63,64}

Watson'a göre hemşirelik bakımı; fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyokültürel yöntemlerle iki bireyin mütakabil biçimde etkileşimi ile ilmi, etik, sanatsal, profesyonel şekilde bireysel duruma getirilmiş kişilerarası bir süreçler bütünüdür.⁶⁵ Bu tanımda da görüldüğü üzere bakımın özünü hasta ve hemşire arasındaki ilişki oluşturur. Bu ilişki hastanın iyileşmesi için önemli bir durumdur. Bakım hem hastanın hem de hemşirenin büyüme ve gelişmesini sağlar. Bakım; inanç, umut ve sevgi demektir, beden ve ruhun bileşiminden oluşur. Bakım, insan onuru için derin bir saygı içermektedir ve acı çekmekte olan bir birey için gerçekten orada bulunma durumunu içerir.⁶⁶ Dyson⁶⁷ ise, bakımın insana ait bir özellik olduğunu, ahlaki bir zorunluluk, bir etki, kişilerarası etkileşim ve bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmiştir. Brunton ve Beaman,⁶⁸ çalışmalarında on bakım davranışını şu şekilde sıralamıştır. Bir insan olarak hastaya değer vermek, saygı göstermek, duyarlı olmak, hasta ile konuşmak, hasta hakkındaki bilgilerin gizliliğine önem vermek, kişiye özel tedavi, ilgi göstermek, soru sorması için cesaretlendirmek, dürüst olmak ve bilgi vermektir.

Brilowski ve Wendler,⁶⁹ çalışmalarında bakımın beş temel özelliğinin ilişki, eylem, tutum, kabul ve değişkenlik olduğunu belirtmiş, bu özelliklerin güven, uyum, kendine ve diğer kişilere karşı anlayış ve bağlılık gibi tutumlarla beslendiğini vurgulamıştır. Finfgeld-Connett,⁷⁰ metasentez bir çalışmada, bakım sunma işini kişilerarası bir süreçte hassas ve samimi temaslar ile biçimlenen hemşirelik uygulamaları şeklinde tarif etmektedir. Bakım sürecinin anahtarı olan kişilerarası duyarlılık, bir başkasının acısına keskin, sezgisel ve empatik bir bakış açısını içermektedir. Bir fiil olarak bakım, bir dokunuş, varlık ve yeterli olma durumudur.⁷¹ Milligan ve Wiles,⁷² bakımda iki önemli hususun pratik ve hissi dayanak olmanın olduğunu söylemişlerdir. Bakım davranışında temel tutumun, her daim uygun kültürel bir ortamda hastalara yardım etmek ve onların acılarını ve dertlerini hafifletmek olduğu bilinmektedir. Hastaları anlayıp, kabullenmek ve onlara bir şeyler öğretmek üzere onlara saygılı olmak ve yardım etmek en önemli bakım eylemleri arasındadır.⁷³ Sağlıklı/hasta bireyin insani özelliklerini göz önünde bulundurarak bütüncül bir değerlendirmeyi gerektirir. Bakımdaki olması gereken tavırlar, kulak verip özenle dinleme, göz temasında bulunma, hasta bireyin huzurunu sağlama, onun sorumluluğunu üstlenme, dürüstlük, temas halinde bulunma, hassasiyet, özenli davranma, cümlelerle garantiler arz etme, bedensel ve akılsal olarak hemen yapabilecek durumda olmak, duygusal olarak hazır ve iletişime geçilebilir olma, bireye ismi ile seslenme, birey odaklı olma, malumatlardan haberdar etme, kültürel değişiklikleri göz önünde bulundurma gibi davranışları içerisinde bulundurur.⁷⁴

2.4. Hemşirelik ve Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirilmiş bakım, sağlık profesyonelleri tarafından evrensel olarak kabul edilmiş ve evrensel kapsamda ilgilenilmiştir.²¹ Sağlık politikalarında bireyselleştirilmiş bakıma olan ilgi zamanla artış göstermiş olup, hastanın bireysel

gereksinimlerine yönelik olan tüm faaliyetler son derece önemli olarak kabul görülmektedir.²² Bunlara ek olarak, bireyselleştirilmiş bakım kavramı sıklıkla ortak bir bakış açısı üzerine net bir tanım veya mutabakat olmadan kullanılmaktadır.⁸⁷ Bu terim kimi zaman şahsa özel, bireye mahsus, hasta odaklı, şahsi veya insanı merkeze alan bakım ile benzer manalarda kullanılmaktadır. Bu kavramların tamamı kişilerin gereksinimleri, istekleri, tecrübeleri, seçimleri, tutumları, hisleri, anlama biçimi ve düşüncelerini göz önünde bulundurma fikirlerini aktarır.²³

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile ilgili literatürü tarayan Van Servellen,⁷⁵ bu kavramın ilk kez 1960'lı yılların başında hemşirelik literatüründe yer almaya başladığını belirtmiştir. Bireyselleştirilmiş bakım kavramı, 1960'lı yıllardan bu zamana hemşirelik literatüründe fazlaca ilgi görmüş, önemli bir özellik olarak belirtilmiş daha kapsamlı tanımlanmaya ve eleştirel bir şekilde incelenmeye çalışılmıştır.²³ Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodların özünü oluşturan, kişinin tekliği, eşsiz oluşu ve bütünlüğüne olan inancın klinik ortamlarda hayata geçirilmesidir.^{8,24} Bireyselleştirilmiş bakım, bireyin biricik olmasına karşı duyulan saygının bir göstergesi olarak bireyin tekliği ve bireysel olan gereksinimlerini karşılamak üzere bakımın düzenlenmesidir.^{1,25}

Herkes kendine özgü olan değerleri, tutumları, inançları ve seçimleri olan bir bireydir. Her birey kültür, din, tecrübeleri gibi birçok faktöre göre biçimlenen bireysel değerleri ve inançları ile eşsizdir.⁷⁶

Hemşirelik etiğinde, her hasta bireyin bir insan olarak değeri ve önemi vurgulanmaktadır.^{22,77} Sağlık, hastalık ve gereksinimler yönünden hastalar arasındaki kişisel farklılıklar, bireyselleştirilmiş bakımı sunmanın lüzumlu olduğunu göstermektedir.⁷⁷ Bireyselleştirilmiş bakım, değişik görüş, değer, davranış, his, fikir, seçim, tecrübe ve anlayış biçimine sahip olan kişilerin şerefine, eşsiz oluşuna,

ferdiyetine, varlığına saygı göstererek, haklarını göz önünde tutarak, itimat, samimiyet, aleniyet, feraset, mesuliyet gibi davranışlarla bakımın verilmesidir.²⁴

Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların kişisel özelliklerini ve tercihlerini göz önünde bulundurmakta ve hastaların kendi bakım ve tedavilerine eşlik edip katılmalarını ve kararlar vermelerini teşvik eder.²¹ Temelinde hemşire ile hasta birey arasında oluşan etkileşimle birlikte ortaya çıkan bakım uygulamalarını içerir ve hemşirelik uygulamalarının bir parçası konumundadır.²⁵ Bireyselleştirilmiş bakım, uygun bir bakımla uygulandığı zaman hastalar kendisinin yeganeliğinin benimsendiğini ve dikkate alındığını hisseder.²¹ Bireyselleştirilmiş bakım; hemşireler, hastalar, hasta aileleri ve sağlık yöneticileri tarafından hemşirelik bakımının önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir.⁷⁵ Yapılan çalışmalarda bireyselleştirilmiş bakımın, bakım niteliğinin en önemli işareti olduğunu ortaya koymakta olduğu görülmektedir.⁷⁷⁻⁸³ Bunlara ek olarak, hemşirelik bakımı ile ilgili hasta memnuniyetlerinin de önemli bir bileşenidir.^{20,83,84} Yapılan araştırmalara bakıldığında, bireye yönelik uygulanacak bakımın hastanın elde edilecek sonuçlarını pozitif yönde artırdığı görülmektedir.^{21,85-87}

Suhonen ve ark.²² yaptığı bir çalışmada, bireyselleştirilmiş bakımın hastanın memnuniyetini, hayat standartlarını veya kalitesini ve hastanın özerkliğini olumlu yönde etkilediği sonuçlarına varılmıştır. Bireyselleştirilmiş bakımın hastalarda görülen bu olumlu sonuçlarının yanında hemşirelerde de motivasyonda ve iş doyumunda pozitif yönde artma sağladığı, etik davranışları desteklediği gözlenmiştir.²¹

Bakım ve bireyselleştirilmiş bakım davranışlarının uygulama alanında da görülmesi, bakım hizmetinin sunumunda rolü olan sağlıklı/hasta birey ve ailesi, meslek mensupları ve adaylarının algıları ile değerlendirilebilir. Literatürde de hasta ve ailelerinin, hemşirelik öğrencilerinin, hemşirelerin bakım davranışı algılarını gözlemleyen araştırmalara rastlanmaktadır.^{71,73,88,89} Fosbinder'in, hastaların nitelikli

hemşirelik bakımı algılarını incelediği çalışmasında hastalar bakım davranışlarını; nakletme (malumat verme, izah etme, eğitim, öğretim), hemşire tarafından bilinme (şahsi paylaşım, mizah/latife, dostça yanaşma, anlaşılma), itimat bağı (mesuliyetini alma, gereksinimlerini önceden bilmek, yol gösterici olma, mesleğini sevme, gelişme) biçiminde tarif etmiştir.⁸⁸

Suliman ve ark.⁹⁰ birbirinden farklı geleneksel özelliklere sahip üç bölge hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hasta bireylerin insancıl/ görüş-umut/duyarlı olma, süspansuar, kollayıcı, düzenleyici şartlar ve bireyin gereksinimlerine yardımcı en önemli bakım tutumu olarak idrak ettiklerini belirlemiştir. Hasta ailelerinin bakımı algılama biçimleri ise, doğru olma, anlaşılır ve açık izahlar yapma, aile bireylerini her şeyden haberdar etme, hastanın rahatını temin etme, ilgi gösterme, hastanın teminatının sağlanması, istekli ve dürüst bir şekilde aile bireylerinin sorularını cevaplama, imkân olduğu sürece hastanın bağımlılığını azaltma ve aileye bedensel rahatını nasıl sağlayıp devam ettireceklerine yönelik bilgi verme biçiminde ifade edilmektedir.¹⁶

Mangold'un,⁹¹ hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrenciler tarafından algılanan en önemli bakım davranışının hastayı dinlemek olduğu sonucuna varılmıştır. Karaöz'ün,⁹² hemşirelik öğrencilerinin eğitimi esnasında mesleğe yönelik algılarındaki değişimi gözlemleyen çalışmasında hemşirenin rol ve işlevlerinden olan bakım sunmak deyişi, dersten evvel hemşirelik tanımlarında %15.3 dolaylarında bulunmuşken, dersten sonra bu oran %46.1 dolaylarına kadar çıkmıştır.

Karaöz'ün,⁸⁹ öğrencilerin bakım davranışları algılarını inceleyen çalışmasında ise, hemşirelik öğrencilerine göre bakım davranışlarında en önemli kavramların rahatlık, iletişim, saygı, ilgi ve şefkat olduğu belirtilmiştir.

Eskimez,⁶ yaptığı araştırmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin, bakım tutumlarını pratik yapma sıklıklarına göre idrak ettikleri en önemli bakım eylemlerinde ilk beş sırada içten davranmak, şahsını tanıtmak ve yaptığı uygulamayı hastaya izah etmek, profesyonel bir vizyon içerisinde bulunmak- hüviyetine yaraşır biçimde kuşanmak ve kendini tanıtan bir kimlik bulundurmak, hastayı bir fert olarak benimsemek ve hastaya kulak vermenin olduğu sonucuna varılmıştır.

Dyson,⁶⁷ çalışmasında hemşirelerin bakımı; özen ve yakınlık, kendini işine çevirme, bir faaliyet biçimi, güdüleme, iletişim ve gereksinimlere yanıt, malumat ve ders verme, kişisel yaklaşım, bir bireye genel bakış, doğruluk ve samimiyet olarak ifade etmiştir.

Jones ve Kamath'ın,⁹³ ruh sağlığı hizmetlerinde bakım yollarının geliştirilmesine yönelik olan çalışmasında, hemşireler bakımın bireye has sunulmasının gerekli olduğunu belirttikleri görülmektedir. Wilkin ve Slevin'in,⁹⁴ yaptıkları çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler bakımı, fiziksel bakımla beraber kompoze edilmiş hümanistik bakım için duygusal gereksinimlerinde giderilmesi olarak tanımlanmıştır.

Bakım kavramının merkezinde hasta ve yakınlarının gereksinimlerini gidermek için bireyselleştirilmiş, totaliter olarak tedavi edici bir müdahale süreci yer almaktadır. Bakım algılarını ve davranışlarını gözlemleyen bu çalışmalarıyla birlikte özellikle son zamanlarda, hemşirelerin bakım ya da bireyselleştirilmiş bakım algılarının değerlendirilmesine yönelik araştırma ve çalışmalar giderek önem kazanmaya başlamıştır.⁹⁴ Suhonen ve ark.²⁵ farklı hizmetlerde bulunan sağlık kuruluşlarındaki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını belirlemeye yönelik çalışmalarında, ruh sağlığı kliniklerinde görev yapan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek seviyelerde olduğu belirlenirken, uzun zamanlı bakım verilen

sağlık birimlerindeki hemşirelerin ise bireyselleştirilmiş bakıma yönelik düşüncelerinin düşük seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Suhonen ve ark.²¹ değişik bölgelerdeki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik düşüncelerini belirlemek ve bu ülkelerde görev yapan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik düşüncelerindeki benzerlik ve farklılıkları mukayese etmek amacı ile yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin, sundukları bireyselleştirilmiş bakım algıları iyi seviyede olmakla beraber ülkeler arasında da farklılıklar görülmüştür. Yunanistan ve Amerikalı hemşirelerin puan ortalamalarının Kıbrıs, Portekiz ve Türkiye’de görev yapan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Idvall ve ark.⁸⁷ hemşirelerin bazı özellikleriyle beraber bireyselleştirilmiş bakım algılarını gözlemlediği çalışmada, iş deneyimi süresi, eğitim seviyesi ve ülke farklılıklarının hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekte çalışma deneyimi ve eğitim durumları bireyin onuruna, eşsizliğine, bireyselliğine ve bütünlüğüne saygı duyularak bakım verme anlamına gelen bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu etkilemiştir. Yukarıda sayılan araştırmalar ve literatür incelendiğinde, bakım sunma, bireyselleştirilmiş bir süreç tarifinin de dışında insanın eşsiz oluşuna, kıymetliliğine, bütünlüğüne, yaşamın mukaddesliğine, bakım sunan hemşirenin şahsını ve diğer bireyleri sevmesine dair ve yaşama imkânlarını ilerletmeye dayalı, hemşireliğin ilmi ve estetiksel terimlerini faaliyete geçiren bir süreç, bir vasıta ve felsefi bir fikir şeklinde söylenebilir.⁴

2.5. Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım ve Etik Duyarlılık

Hemşirelik mesleği, ilgi alanı insan olan ve hemşirelik hizmeti üzerine kurulan bir meslektir. Bakım bir tek hemşirelik mesleğine ait bir kavram değildir, lakin bakım hemşirelik mesleği için özgündür. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakımın ilişkili olan

tarafı ve hemşirenin yardım edici rolü, bireyselleştirilmiş bakım kavramıyla alakalı yapılmış olan birtakım metaanaliz ve sistematik inceleme araştırmalarının neticesinde karşılaşılmaktadır. Örneğin, Cortis ve Kendrick⁹⁵ hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakımla alakalı ortaya koyduğu çalışmasında bireyselleştirilmiş bakımı belirten özellikleri bireye has bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve etik yükümlülük olarak tanımlamışlardır.

Finfgeld-Connett⁷⁰ bireyselleştirilmiş bakıma yönelik yaptığı metasentez çalışmasında bireyselleştirilmiş bakımın bağlamsal bir özelliğinin olduğunu ve duyarlılık, yakın bağlantı ve uzman hemşirelik uygulaması ile karakterize kişilerarası bir süreç olduğu sonucunu elde etmiştir. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakıma yönelik ortaya konan diğer bazı tanım ve görüşlere bakıldığında ise bireyselleştirilmiş bakımın duyuşsal ve etik açıdan kavramsallaştırıldığı fark edilmektedir. Örneğin,

Watson⁹⁶ bireyselleştirilmiş bakımı; bir değer ya da eylemin istek, niyet veya taahhüde dönüşerek kendisini gözle görülebilir tutumlarla ortaya koyması biçiminde tanımlamıştır. Baines ve ark.⁹⁷ göre bireyselleştirilmiş bakım diğer bireyleri koruyup gözetmek, ihtiyaçlarına karşılık vermek ve yardımcı olmak üzere zihinsel, duygusal ve fiziksel olarak çaba sarfetmektir. Bireyselleştirilmiş bakım hemşirelik mesleğinin etik yanı olan bir olgu, bireyin itibarını korumaya yönelik etik bir ideal ya da duyarlı bir bilinçlilik, motivasyon ve akılcı yargıyı içinde barındıran bir erdem olarak kabul edilmektedir.⁹⁸⁻¹⁰²

Bireyselleştirilmiş bakım esas olarak toplumdaki her ferde etik bir sorumluluk vermekle beraber, hemşirelik mesleğine mahsus ve vazgeçilmez bir kavram olduğu için hemşirelere özel bir etik yükümlülük vermiş olur. Bunun başlıca nedenleri şunlardır: Bireyselleştirilmiş bakım materyal bir nesnenin üretim işi değil, bir öznenin diğer bir öznenin ihtiyaçlarına karşılık vermesini içeren, amaçlı, sistemli ve etkileşimsel bir

süreçtir.¹⁰³ Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım bireyin ihtiyaçlarına yöneliktir ve bir bireyin korunması ve iyileştirilmesine önem verilen, bir birey için iyi olana yönelerek yapılan etik bir uygulamadır.¹⁰⁴

Hemşireler her yaşta olabilecek sağlıklı ya da hasta bireylerin bakımından sorumludur. Ancak bakıma gereksinimi olanlar çoğunlukla hasta kimselerdir. Hasta olmak, hastalığın neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarla beraber korku, endişe, gerginlik ve güçsüzlük duygularının da hissedilmesine yol açabilmektedir. Bilinci yerinde olmayan, konfüzyonda ya da ruhsal rahatsızlığı olan, fiziksel tespite bulunulan hastalar, çok halsiz ve güçsüz vaziyetteki yaşlılar, bebekler ve küçük çocuklar ise bütünüyle sağlık personeline bağımlı ve bakıma gereksinim duyar; bu nedenle savunmasız ve kolaylıkla zarar görebilecek durumdadır. Bu özellik, bireyselleştirilmiş bakım verilen ferdin korunmasını, bireyselleştirilmiş bakım veren sağlık personelinin ise etik sorumluluğunun bilincinde ve duyarlı olmasını gerektirmektedir.^{104,105}

Hemşireler, bazı zamanlarda hastalarını ilgilendiren vicdani yükü olan güç kararlar vermek, bazı zamanlarda da tatmin edici olmayan durumlar arasında karar verememekte ve ikilemde kalmaktır.^{106,107} Hemşirelik uygulamalarında hemşirelerin yaşayabileceği duygusal yükün neden olduğu etik ikilemler çok çeşitli durumlarda karşılaşılabilmektedir.

Demanslı yaşlı bir hastanın aylarca enteral olarak beslenmesi, böylece onun yaşam süresinin uzatılması ona bakım veren hemşireye duygusal yük oluşturabilmektedir. Benzer şekilde günlerce şefkatle bakılan, ancak tekrar canlandırma istemi olmayan anomalili bir yeni doğanın son nefesine dek hiçbir uygulamada bulunmadan yalnızca fiziksel ihtiyaçlarını gidermek hemşireler için etik ikilem ve değer çatışmaları ortaya çıkaran yaşantılardır.¹⁰⁸ Dolayısıyla hasta-hemşire ilişkisi, bakım

verilen kişilerle alakalı ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların ya da karar verememenin muhtemel sonuçlarının çözümlenmesini gerektirir. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım etik yönü olan ve etik sorumluluk almayı gerekli kılan bir olgudur.¹⁰⁶

Bireyselleştirilmiş bakımla alakalı etik sorumluluk, bununla beraber hemşirelerin bir meslek mensubu olarak topluma karşı sorumluluğu ile de bağlantılıdır. Hemşireler bir meslek mensubu olarak topluma karşı yeterli ve nitelikli bireyselleştirilmiş bakım verme sorumluluğunu taşımaktadırlar.¹⁰⁸

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımın etik boyutunun bilincinde olması, bireyselleştirilmiş bakımla alakalı etik konu ve problemlere duyarlı, birey ve hasta haklarına saygılı bir anlayış ortaya konması, hemşirelik uygulamalarını özenli ve saygılı bir tutum ile yapmak zorunludur. Bu zorunluluk mesleğe ait değerler ve meslek etiği konusunda bilgi ve tutum geliştirilmesini, mesleki uygulamaların belirli ilke ve standartlar doğrultusunda yapılmasını gerektirir.¹⁰³

Hemşirelik bakımı bireyselleştirilmiş bakımın etik yönü konusunda bilinçli olmanın ve duyarlılığın yanı sıra, bilimsel bilgi temelini ve özelleşmiş psikomotor becerileri de gerekli kılmaktadır.^{98,99} Bireyselleştirilmiş bakımı, hemşirelik bakımı olarak özgün kılan hemşirenin doğru bilgisi (episteme), pratik aklı ve yargı yetisi (phronesis) ve özelleşmiş teknik beceri ve manevra yetisini (techne) etik ilkeler ve mesleki değerler doğrultusunda bir araya getirebilmesi, özenli ve saygılı bir davranışla sunabilmesidir. Aksi halde yalnızca vicdani bir duyuş, önsezi, iyi niyet ve şefkate dayalı olarak sunulan bakım, bireylerin gereksinimlerinin yerine getirilmesi için yeterli olamayacağı gibi, bakım verilen kişiye zarar verme riskini de beraberinde ortaya çıkarabilir.⁹⁹⁻¹⁰¹

Bilgi ve beceri eksikliği, ihmal ya da dikkatsizlik gibi sebeplerden ötürü yapılan tıbbi hatalar bireylerin yaşam hakkının ihlal edilmesi de dahil çok önemli sorunları da beraberinde getirebilmektedir.¹⁰⁰ Bir hastaya yanlış kan transfüzyonu uygulanması, ven yerine arter içine ilacın uygulanması ya da katı ilaç parçacıklarını barındıran bir ilacın (örneğin penisilin prokain) intramusküler yol yerine intravenöz yolla uygulanması, bebek ya da küçük bir çocuğa doz hesabı ayarlanmadan yüksek doz ilaç uygulanması, diyabetik bir hastaya insülin dozunun olduğundan fazla uygulanması ölümle sonuçlanabilecek hatalara örnek verilebilir.¹⁰⁶

Tıbbi hatalar hizmet verilen kişiye zarar verilmesiyle vuku bulmaktadır. Bu durum insan ve hasta haklarına, etik ilkelere terstir. Hasta güvenliğine ve bakım kalitesine yönelik tehdit oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelik bakımı olarak ayırıcı bir özellik kazanması profesyonelliği içerir.^{106,107}

Bireyselleştirilmiş bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, etik yönü olan bir kavramdır. Hemşirelik insana ve bakım olgusuna temellenir. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım sunarken etik sorumluluklarının bilincinde olmaları, bireylerin bireyselleştirilmiş bakım gereksinimlerini yürek gözüyle görerek, özenli ve saygılı bir tutum geliştirmeleri önem arz etmektedir.⁷⁰ Ancak bireyselleştirilmiş bakımı hemşirelik bakımı biçiminde ayrıcalıklı kılan özellik, bireyselleştirilmiş bakımın etik ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile bir araya getirilerek hemşire-hasta ilişkisinde ortaya konmasıdır.¹⁰⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 27.02.2018 ile 22.04.2019 tarihleri arasında, Ağrı il merkezinde yer alan Ağrı Devlet Hastanesi ile Erzurum il merkezinde yer alan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan 216 hemşire ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan 650 hemşire toplamda 866 hemşire oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip araştırmanın örneklemini hastanede çalışan izinli ya da nöbetçi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 327 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu, kişisel ve mesleki özelliklere ait toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensitivity Qestionnaire- MSQ) (EK-7)

Ahlaki Duyarlılık Anketi, etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen⁶² tarafından geliştirilmiş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde (İsveç-Stockholm) öncelikle psikiyatri biriminde, sonra da diğer ünitelerde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. ADA toplam 30 ifadeden oluşan likert tipteki bu ölçek 6 alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) meydana gelmektedir.³¹ ADA'nın Türkiye' de uyarlanması ve ölçeğin

geçerlik-güvenirlik çalışması Tosun²⁹ tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Yapılan çalışmada, ADA'nın Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak saptanmıştır.

Likert tipte bir ölçek olan ADA'da bulunan ifadeler, 1 puan (Tamamen Katılıyorum) ile 7 puan (Hiç Katılmıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Bu ölçekte 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı belirtmektedir. ADA'dan alınabilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Anketten alınan puanın düşük olması etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek olması ise düşük duyarlılığı ifade etmektedir.^{29,31}

3.4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu (EK-8)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu, sağlık bakımı ortamında, bireyselleştirilmiş bakıma yönelik hemşirelerin fikirlerini değerlendirmek üzere 2007 yılında, Suhonen ve ark.²⁵ tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de uyarlanması ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması Şendir ve ark.¹⁰⁹ tarafından yapılmıştır. İki bölümden oluşan skalanın birinci bölümünde hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme (BBSA-Hemşire), ikinci bölümünde ise hastaların bakımını bireyselleştirme (BBSB-Hemşire) algıları değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin birinci bölümünden (BBSA-Hemşire) yararlanılmıştır. 5'li likert tipte bir ölçek olup 1=kesinlikle katılmıyorum; 2=kısmen katılmıyorum; 3=kararsızım; 4=kısmen katılıyorum; 5=tamamen katılıyorum şeklinde puanlandırılan 17 sorudan meydana gelmektedir. BBSA-Hemşire; klinik durum (hasta bireylerin hastalığa verdikleri cevapları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için ne anlam ifade ettiğini içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışları), kişisel yaşam durumu (hasta bireylerin inanç ve değerlerini gösteren, alışkanlıkları, aktiviteleri, seçimleri, aile ilişkileriyle beraber işi ve hastane deneyimi gibi konularda

hemşirelerin bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışları) ve bakım üzerinde karar vermede kontrolü (hasta bireylerin duyguları, düşünceleri, taleplerini gösteren ve kendi bakımına katılmada yetki sahibi olmasına ve bakımına ilişkin kararlara katılımına imkân sağlanması gibi konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışları) olmak üzere toplam üç alt boyuttan meydana gelmektedir.^{22,25,84,100} Alt boyutlarının içerdiği maddeler, klinik durum A01-A07, kişisel yaşam A08-A11, karar verme kontrolü A12-A17'dir. BBSA-Hemşire versiyonunda bulunan her bölümden ve alt boyutlardan alınabilecek madde puan ortalamaları 1-5 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik davranışları esnasında hastaların bireyselliğini desteklemenin yüksek olduğunu ifade eder. Skalanın A bölümü uygulanırken hemşirelerden, genel olarak sundukları bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini nasıl desteklediklerine yönelik genel davranışlarını göz önünde bulundurmaları istenmektedir.¹ Suhonen ve ark.²⁵ çalışmasında 0.88 olarak bulunan Cronbach Alpha değeri, Şendir ve ark.¹⁰⁹ çalışmasında 0.91 bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Şubat 2018–Nisan 2018 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi yönetiminin izin verdiği bir mesai saatinde örnekleme alınan hemşirelere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülükleri dikkate alınarak anketler dağıtılmış ve yeterli sürenin sonunda (ortalama 20-25 dakika) toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve

standart sapma kullanılmıştır. Bu değerlendirmelerin dışında Tablo 3.1.'de yer alan istatistiksel analizlerden de yararlanılmıştır. Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler*

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Medeni Durum, Hastane ve Çalışma Statüsü ile ölçek puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Yaş, Çalışma Pozisyonu, Çalışılan Servis ve İş Yaşam Kalitesi ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LeastSignificantDifference (LSD), olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri Analiz olarak Mann Whitney U analizi kullanılmıştır).
İç geçerlilik	Cronbach a katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

* Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010.

Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	N	Skewness		Kurtosis	
		Test	S.E.	Test	S.E.
Hemşire olarak çalışma süresi*	327	1.6	0.135	3.123	0.269
Bu serviste çalışma süreniz*	327	2.421	0.135	11.597	0.269
Toplam çalışma saatiniz	327	0.586	0.135	-0.613	0.269
Otonomi	327	1.169	0.135	2.112	0.269
ADA Toplam Puan*	327	0.993	0.135	1.33	0.269
Yarar Sağlama	327	0.879	0.135	0.708	0.269
Bütüncül Yaklaşım*	327	1.138	0.135	1.938	0.269
Çatışma	327	0.394	0.135	-0.468	0.269
Uygulama	327	0.788	0.135	0.56	0.269
Oryantasyon*	327	1.233	0.135	1.877	0.269
BBSA Toplam Puan*	327	-1.051	0.135	0.537	0.269
Klinik Durum*	327	-1.063	0.135	0.340	0.269
Kişisel Yaşam	327	-0.570	0.135	-0.526	0.269
Karar Verme Kontrolü*	327	-1.024	0.135	0.468	0.269

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.3. ADA Ölçeği Toplam Puan İle Alt Boyutları ve BBSA Ölçeği Toplam Puan İle Alt Boyutları Cronbach α Değerleri:

Ölçek	Cronbach α kat sayısı
ADA Toplam Puan	0.907
Otonomi	0.784
Yarar Sağlama	0.548
Bütüncül Yaklaşım	0.703
Çatışma	0.648
Uygulama	0.603
Oryantasyon	0.738
BBSA Toplam Puan	0.949
Klinik Durum	0.926
Kişisel Yaşam	0.847
Karar Verme Kontrolü	0.880

3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırma; araştırmanın yapıldığı Ağrı Devlet Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi etik kurulundan etik kurul izni (EK-3) ve Ağrı Devlet Hastanesi ile Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin (EK-4) alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin bilgileri gizli tutulacak ve sadece araştırma için kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin zarar görmemesi gözetilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%	
Yaş	18-23	72	22.0	
	24-29	122	37.3	
	30-35	100	30.6	
	36-41	15	4.6	
	42+	18	5.5	
Medeni Durum	Evli	174	53.2	
	Bekâr	153	46.8	
Hastane	Ağrı Devlet Hastanesi	140	42.8	
	Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi	187	57.2	
Çalışma Pozisyonu	Sorumlu hemşire	34	10.4	
	Servis hemşiresi	227	69.4	
	Diğer	66	20.2	
Çalışılan Servis	Dahili Birim	88	26.9	
	Cerrahi Birim	87	26.6	
	Klinikler (Fizik Tedavi, Psikiyatri)	48	14.7	
	Riskli Birimler (Acil, Yoğun Bakım, Ameliyathane)	88	26.9	
	Diğer	16	4.9	
Çalışma Statüsü	Kadrolu	185	56.6	
	Sözleşmeli	142	43.4	
İş Yaşam Kalitesi	Mükemmel	3	0.9	
	Çok iyi	25	7.6	
	İyi	184	56.3	
	Kötü	92	28.1	
	Çok kötü	23	7.0	
	N	Min-Max	Ort.	SS.
Hemşire olarak çalışma süresi(yıl)	327	1-28	6.12	5.11
Bu serviste çalışma süresi(yıl)	327	1-28	3.51	3.11
Toplam çalışma saati	327	40-72	47.68	7.55

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi hemşirelerin %37.3’ü 24-29 yaş aralığında, %53.2’si evli, %57.2’si Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde çalışmakta ve %69.4’ü servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin %26.9’u dahili

birimler ve yine %26.9'u riskli birimlerde hizmet vermektedir, %56.6'sı kadroludur ve %56.3'ü iş yaşam kalitelerini iyi olarak değerlendirmektedirler. Hemşirelerin çalışma süreleri ortalama 6.12±5.11 yıl, şimdiki serviste çalışma süreleri 3.51±3.11 yıldır ve toplam çalışma saatleri ortalama 47.68±7.55'dir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan dağılımları Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımları

	N	Min.	Max.	Ort.	SS
ADA Toplam Puan	327	30.00	175.00	79.75	21.49
Otonomi	327	7.00	44.00	17.27	5.68
Yarar Sağlama	327	4.00	24.00	10.75	3.81
Bütüncül Yaklaşım	327	5.00	32.00	12.17	4.39
Çatışma	327	3.00	21.00	10.34	3.78
Uygulama	327	4.00	22.00	10.93	3.71
Oryantasyon	327	4.00	25.00	9.09	3.69
BBSA Toplam Puan	327	17.00	85.00	3.76	15.90
Klinik Durum	327	7.00	35.00	3.86	7.18
Kişisel Yaşam	327	4.00	20.00	3.52	4.26
Karar Verme Kontrolü	327	6.00	30.00	3.81	6.04

Hemşireler Otonomi alt boyutundan 17.27±5.68, Yarar Sağlama alt boyutundan 10.75±3.81, Bütüncül Yaklaşım alt boyutundan 12.17±4.39, Çatışma alt boyutundan 10.34±3.78, Uygulama alt boyutundan 10.93±3.7 ve Oryantasyon alt boyutundan 9.09±3.69 puan almışlardır. Hemşireler ADA ölçek toplamında 79.75±21.49 puan almışlardır. Alınan puanlar 30-175 arasında değişmektedir.

Hemşireler, Klinik Durum alt boyutundan 3.86±7.18, Kişisel Yaşam alt boyutundan 3.52±4.26 ve Karar Verme Kontrolü alt boyutundan 3.81±6.04 puan almışlardır. Bireyselleştirilmiş Bakım toplam puanı 3.76±15.90'dır.

Demografik özelliklere göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	N	Otonomi		Yarar Sağlama		Bütüncül Yaklaşım		Çatışma		Uygulama		Oryantasyon		Toplam Puan		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Yaş	18-23	72	17.19	5.03	10.61	3.39	12.38	3.80	10.25	4.03	11.40	3.78	9.01	3.27	80.00	19.54
	24-29	122	17.54	6.05	11.26	4.01	12.25	4.73	11.13	3.66	11.25	3.62	9.37	4.27	82.66	21.27
	30-35	100	17.06	5.79	10.29	3.71	12.16	4.47	9.51	3.53	10.38	3.79	8.91	3.32	76.82	22.68
	36-41	15	17.53	3.78	10.13	3.87	11.53	4.17	9.93	4.45	11.20	3.76	9.27	3.67	78.73	21.02
	42+	18	16.72	6.65	10.94	4.44	11.28	4.11	10.22	3.62	9.67	3.20	8.39	3.09	76.22	23.66
	Önemlilik			$\chi^2_{kw}= 1.215$ p=0.876		F= 1.050 p=0.381		$\chi^2_{kw}= 2.159$ p=0.707		F= 2.649 p=0.033		F= 1.619 p=0.169		$\chi^2_{kw}= 0.528$ p=0.971		$\chi^2_{kw}= 7.630$ p=0.106
Medeni Durum	Evli	174	17.22	5.76	10.87	3.78	11.97	4.28	10.33	3.79	10.51	3.56	9.18	3.59	78.87	20.91
	Bekâr	153	17.33	5.60	10.61	3.85	12.39	4.50	10.35	3.79	11.41	3.82	8.99	3.81	80.76	22.17
	Önemlilik			U= 13194.000 p=0.890		t= 0.613 p= 0.540		U= 12707.000 p=0.475		t= -0.045 p= 0.964		t= -2.202 p= 0.028		U= 12570.500 p=0.379		U= 12870.000 p=0.604
Hastane	Ağrı DH	140	18.21	6.83	11.68	4.47	12.85	5.16	12.35	3.81	12.16	4.33	8.84	4.44	86.55	22.97
	Atatürk Üni.AH	187	16.57	4.53	10.06	3.06	11.65	3.64	8.83	2.98	10.01	2.84	9.28	3.00	74.66	18.84
	Önemlilik			U= 11176.000 p=0.022		t= 3.688 p= 0.000		U= 11529.000 p=0.062		t= 9.054 p= 0.000		t= 5.112 p= 0.000		U= 10875.500 p=0.008		U= 8300.500 p=0.000
Çalışma Pozisyonu	Sorumlu hemşire	34	17.44	5.57	10.18	3.28	11.76	4.26	9.21	4.05	10.88	4.01	9.56	4.03	78.82	23.02
	Servis hemşiresi	227	16.91	5.68	10.60	3.70	12.07	4.30	10.01	3.64	10.67	3.74	8.85	3.30	78.06	21.12
	Diğer	66	18.44	5.64	11.58	4.33	12.70	4.75	12.05	3.65	11.85	3.32	9.67	4.62	86.06	21.12
	Önemlilik			$\chi^2_{kw}= 5.812$ p=0.055		F= 2.128 p=0.121		$\chi^2_{kw}= 1.717$ p=0.424		F= 9.589 p=0.000		F= 2.634 p=0.073		$\chi^2_{kw}= 1.005$ p=0.605		$\chi^2_{kw}= 9.795$ p=0.007

Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması (Devamı)

		n	Otonomi		Yarar Sağlama		Bütüncül Yaklaşım		Çatışma		Uygulama		Oryantasyon		Toplam Puan		
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışılan Servis	Dahili Birim	88	17.26	6.13	11.00	3.88	12.14	4.93	9.31	3.91	10.55	3.70	9.13	3.84	78.38	23.73	
	Cerrahi Birim	87	16.41	5.30	10.20	3.32	12.05	3.88	11.08	3.75	11.14	4.32	8.82	3.65	79.16	19.93	
	Klinikler	48	16.65	5.56	10.54	3.38	11.63	4.11	10.40	3.89	10.04	3.11	8.85	3.32	76.96	19.32	
	Riskli Birimler	88	18.40	5.64	10.86	4.28	12.77	4.35	10.05	3.19	11.24	3.28	9.69	3.67	82.15	22.50	
	Diğer	16	17.69	5.29	12.44	4.18	11.25	4.89	13.38	3.95	12.81	3.39	7.81	4.02	85.75	16.83	
	Önemlilik			$\chi^2_{kw}= 6.302$ p=0.178		F= 1.402 p=0.233		$\chi^2_{kw}= 4.666$ p=0.323		F= 5.472 p= 0.000		F= 2.210 p=0.068		$\chi^2_{kw}= 8.059$ p=0.089		$\chi^2_{kw}= 7.346$ p=0.119	
Çalışma Statüsü	Kadrolu	185	17.01	5.97	10.77	4.06	11.99	4.53	10.52	3.96	10.66	3.78	8.98	3.83	78.91	22.20	
	Sözleşmeli	142	17.61	5.28	10.73	3.47	12.39	4.19	10.10	3.54	11.27	3.59	9.24	3.49	80.85	20.57	
	Önemlilik			U= 12240.500 p=0.286		t=0.083 p=0.934		U= 12300.500 p=0.320		t= 0.996 p=0.320		t= -1.460 p=0.145		U= 12392.000 p=0.374		U= 12371.000 p=0.366	
İş Kalitesi	Yaşam	Mükemmel	3	17.33	5.69	10.67	5.51	11.67	4.51	12.67	7.23	13.67	7.23	6.00	2.00	84.00	35.03
		Çok iyi	25	17.76	6.42	9.88	3.00	12.04	3.77	8.40	3.43	10.68	3.39	9.52	3.51	76.60	22.73
		İyi	184	17.14	4.93	10.63	3.48	11.93	3.91	10.41	3.81	10.76	3.50	9.01	3.46	79.09	19.52
		Kötü	92	16.93	6.49	10.45	3.93	11.96	4.99	10.14	3.50	10.71	3.98	8.91	4.00	78.05	22.81
		Çok kötü	23	19.17	6.98	13.91	5.09	15.04	5.31	12.30	3.72	13.04	3.59	10.39	4.28	94.70	24.21
	Önemlilik			$\chi^2_{kw}= 2.067$ p=0.724		F= 4.683 p= 0.001		$\chi^2_{kw}= 7.697$ p=0.103		F= 3.677 p= 0.006		F= 2.532 p= 0.040		$\chi^2_{kw}= 6.787$ p=0.148		$\chi^2_{kw}= 11.855$ p= 0.018	

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, Otonomi Alt Boyutu için; yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastaneye göre puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin otonomi puan ortalamaları daha yüksektir.

Yarar Sağlama Alt Boyutu için; yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastaneye ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarındaki fark anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin yarar sağlama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İş yaşam kalitesindeki farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (Dunnet C); iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların otonomi puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu için; yaş, medeni durum, çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çatışma Alt Boyutu için; medeni durum ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaş, çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin çatışma puan ortalamaları daha yüksektir. Yaşa göre ortaya çıkan farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (Dunnet C); 30-35 yaş grubundakilerin çatışma puanlarının 24-29 yaş grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma pozisyonuna göre fark hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların çatışma puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); dahili birimlerde çalışanların çatışma puanlarının cerrahi birimlere çalışanlardan daha düşük olduğu ve diğer servislerde çalışanların puanlarının dahili birim, cerrahi birim, klinikler ve riskli birimlerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların çatışma puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Uygulama Alt Boyutu için; yaş, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında fark çıkmamıştır ($p>0.05$). Medeni durum, çalışılan hastane ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Bekarların ve Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin uygulama puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu belirlemek için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların uygulama puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Oryantasyon Alt Boyutu için; yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalışılan servis, çalışma statüsü ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında anlamlılık çıkmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastaneye göre puan ortalamalarında anlamlılık

saptanmıştır ($p<0.05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin oryantasyon puan ortalamaları ise daha yüksektir.

Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puanı için; yaş, medeni durum ve çalışılan servis ve çalışma statüsüne göre puan ortalamalarında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu ile iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında ise anlamlılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ağrı Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümleme (U); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların çatışma puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümleme (U); iş yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlayanların toplam puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olarak tanımlayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Demografik özelliklere göre bireyselleştirilmiş bakım skalası ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

	N	Klinik Durum		Kişisel Yaşam		Karar Verme Kontrolü		Toplam Puan		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Yaş	18-23	72	3.83	1.02	3.50	1.01	3.82	0.93	3.75	0.87
	24-29	122	3.90	1.04	3.46	1.11	3.81	1.03	3.77	0.95
	30-35	100	3.81	1.05	3.54	1.08	3.74	1.06	3.72	0.98
	36-41	15	3.96	1.16	3.58	1.09	3.91	1.15	3.85	1.09
	42+	18	4.04	0.72	3.85	0.87	4.14	0.68	4.03	0.69
	Önemlilik		$\chi^2_{kw}= 1.189$ p=0.880		F= 0.537 p=0.709		$\chi^2_{kw}= 1.961$ p=0.743		$\chi^2_{kw}= 1.555$ p=0.817	
Medeni Durum	Evli	174	3.87	1.03	3.53	1.08	3.79	1.03	3.76	0.95
	Bekâr	153	3.87	1.02	3.51	1.05	3.84	0.99	3.78	0.92
	Önemlilik		U= 13195.000 p=0.892		t= 0.174 p=0.862		U= 12954.000 p=0.675		U= 13216.500 p=0.912	
Hastane	Ağrı DH	140	3.68	1.16	3.13	1.13	3.64	1.14	3.54	1.03
	Atatürk Üni AH	187	4.01	0.89	3.81	0.91	3.95	0.88	3.94	0.81
	Önemlilik		U= 11208.500 p= 0.026		t= -5.808 p= 0.000		U= 11244.000 p= 0.029		U= 9939.000 p= 0.000	
Çalışma Pozisyonu	Sorumlu hemşire	34	4.09	1.02	3.71	1.12	3.98	1.11	3.96	1.02
	Servis hemşiresi	227	3.92	0.99	3.61	1.01	3.87	0.95	3.83	0.89
	Diğer	66	3.59	1.12	3.12	1.14	3.55	1.09	3.47	1.00
	Önemlilik		$\chi^2_{kw}= 7.610$ p= 0.022		F= 6.119 p= 0.002		$\chi^2_{kw}= 7.332$ p= 0.026		$\chi^2_{kw}= 12.105$ p= 0.002	

Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması –(Devamı)

		N	Klinik Durum		Kişisel Yaşam		Karar Verme Kontrolü		Toplam Puan		
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Çalışılan Servis	Dahili Birim	88	4.11	0.79	3.77	0.96	4.02	0.78	4.00	0.73	
	Cerrahi Birim	87	3.89	1.07	3.67	1.04	3.84	1.06	3.82	0.97	
	Klinikler	48	3.94	0.88	3.57	0.94	4.01	0.86	3.88	0.77	
	Riskli Birimler	88	3.67	1.07	3.19	1.10	3.56	1.06	3.52	0.98	
	Diğer	16	3.27	1.62	2.94	1.31	3.36	1.49	3.22	1.44	
	Önemlilik		$\chi^2_{kw}= 8.037$ p=0.090		F= 5.293 p=0.000		$\chi^2_{kw}= 10.560$ p=0.032		$\chi^2_{kw}= 13.503$ p=0.009		
Çalışma Statüsü	Kadrolu	185	3.78	1.10	3.44	1.09	3.74	1.08	3.69	1.01	
	Sözleşmeli	142	3.99	0.91	3.62	1.03	3.91	0.90	3.87	0.82	
	Önemlilik	U= 12062.000 p=0.204		t= -1.448 p=0.149		U= 12298.500 p=0.322		U= 12039.000 p=0.196			
İş Kalitesi	Yaşam	Mükemmel	3	2.43	1.36	2.00	1.15	2.28	0.25	2.27	0.47
		Çok iyi	25	4.08	0.84	3.80	0.95	4.04	0.80	4.00	0.75
		İyi	184	3.89	0.99	3.67	1.01	3.87	1.00	3.83	0.91
		Kötü	92	3.91	1.12	3.31	1.12	3.78	1.08	3.72	1.02
		Çok kötü	23	3.53	0.88	3.07	0.97	3.48	0.81	3.40	0.75
		Önemlilik		$\chi^2_{kw}= 10.574$ p=0.032		F= 5.072 p=0.001		$\chi^2_{kw}= 13.403$ p=0.009		$\chi^2_{kw}= 14.531$ p=0.006	

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, Klinik Durum Alt Boyutu için; yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Klinik Durum puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların Klinik Durum puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); dahili birimlerde çalışan hemşirelerin Klinik Durum puanlarının, riskli birimlerde çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Kişisel Yaşam Alt Boyutu için; yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında ise anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Kişisel Yaşam puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların Kişisel Yaşam puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için

gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); riskli birimlerde çalışanların Kişisel Yaşam puanlarının, dahili birim, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (LSD); iş yaşam kalitesi kötü olanların puanlarının, mükemmel olanlardan yüksek, çok iyi ve iyi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu için; yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamalarında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların Karar Verme Kontrolü puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); riskli birimlerde çalışanların Karar Verme Kontrolü puanlarının, dahili birim, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi ve kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Toplam Puanı için; yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne bakıldığında puan ortalamalarında farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan

ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma pozisyonuna göre farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların toplam puanlarının diğer işleri yapan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan servise farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); riskli birimlerde çalışanların toplam puanlarının, dahili birim, cerrahi birim ve kliniklerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İş yaşam kalitesi için farka hangi grubun neden olduğunu saptamak için gerçekleştirilen ileri çözümlemede (U); iş yaşam kalitesi mükemmel olanların puanlarının, çok iyi, iyi, kötü ve çok kötü olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Bazı demografik özellikler ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Bazı Demografik Özellikler ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Hemşire çalışma süresi	olarak Bu serviste çalışma süresi	Toplam çalışma saati
ADA Toplam	R	-0.174	-0.125	0.007
	P	0.002	0.023	0.896
Otonomi	R	-0.130	-0.090	0.075
	P	0.019	0.103	0.174
Yarar Sağlama	R	-0.133	-0.090	0.075
	P	0.016	0.103	0.174
Bütüncül Yaklaşım	R	-0.172	-0.132	0.028
	P	0.002	0.017	0.614
Çatışma	R	-0.062	-0.150	0.028
	P	0.265	0.007	0.613
Uygulama	R	-0.185	-0.216	0.176
	P	0.001	0.000	0.001
Oryantasyon	R	-0.089	-0.012	0.028
	P	0.108	0.824	0.617
BBSA Toplam	R	0.073	0.163	-0.034
	P	0.188	0.003	0.541
Klinik Durum	R	0.030	0.108	-0.017
	P	0.589	0.051	0.754
Kişisel Yaşam	R	0.089	0.160	-0.056
	P	0.109	0.004	0.314
Karar Verme	R	0.051	0.135	-0.029
	P	0.354	0.014	0.596

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, Otonomi Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresinde negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi ile bu serviste çalışma süresi arttıkça otonomi puanı düşmektedir. Otonomi puanı ile toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$).

Yarar Sağlama Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma süresine bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi arttıkça Yarar Sağlama puanı düşmektedir. Yarar Sağlama puanı ile bu serviste çalışma süresi ve toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$).

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresine bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresi arttıkça Bütüncül Yaklaşım puanı düşmektedir. Bütüncül Yaklaşım puanı ile toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Çatışma Alt Boyut puanı ile bu serviste çalışma süresine bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu serviste çalışma süresi arttıkça Çatışma puanı düşmektedir. Çatışma puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Uygulama Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresine bakıldığında negatif yönlü, toplam çalışma saati ile pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresi arttıkça uygulama puanı düşmekte, toplam çalışma saati arttıkça uygulama puanı yükselmektedir.

Oryantasyon Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma, bu serviste çalışma ve toplam çalışma süresine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

ADA toplam puanı ile hemşire olarak çalışma ve bu serviste çalışma süresine bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresi arttıkça ADA toplam puanı düşmektedir. ADA toplam puanı ile toplam çalışma saati arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$).

Klinik Durum Alt Boyut puanı ile hemşire olarak çalışma, bu serviste çalışma ve toplam çalışma süresine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Kişisel Yaşam Alt Boyut puanı ile bu serviste çalışma süresine bakıldığında pozitif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Bu serviste çalışma süresi arttıkça Kişisel Yaşam puanı da artmaktadır. Kişisel Yaşam puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Karar Verme Alt Boyut puanı ile bu serviste çalışma süresine bakıldığında pozitif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Bu serviste çalışma süresi arttıkça Karar Verme puanı da artmaktadır. Karar Verme puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

BBSA toplam puanı ile bu serviste çalışma süresine bakıldığında pozitif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Bu serviste çalışma süresi arttıkça BBSA toplam puanı da artmaktadır. BBSA toplam puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve toplam çalışma saatine bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

ADA ve alt boyutları ile BBSA ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Klinik Durum	Kişisel Yaşam	Karar Verme	Bireysel Toplam
ADA Toplam	r	-0.102	-0.149	-0.114	-0.162
	p	0.064	0.007	0.039	0.003
Otonomi	r	-0.073	-0.035	-0.055	-0.083
	p	0.186	0.531	0.325	0.135
Yarar Sağlama	r	-0.065	-0.126	-0.073	-0.114
	p	0.241	0.022	0.191	0.040
Bütüncül Yaklaşım	r	-0.13	-0.077	-0.132	-0.157
	p	0.018	0.166	0.017	0.004
Çatışma	r	-0.052	-0.215	-0.091	-0.144
	p	0.346	0.000	0.101	0.009
Uygulama	r	-0.128	-0.139	-0.128	-0.166
	p	0.020	0.012	0.021	0.003
Oryantasyon	r	-0.110	0.022	-0.102	-0.095
	p	0.047	0.693	0.066	0.087

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, Otonomi Alt Boyut puanı ile Klinik Durum, Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Yarar sağlama alt boyutu ile Kişisel Yaşam Alt Boyutu ve BBSA toplam puanı arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Yarar Sağlama puanı arttıkça Kişisel Yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Yarar Sağlama puanı ile Klinik Durum ve Karar Verme puanlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu ile Klinik Durum, Karar Verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut puanı arttıkça Klinik Durum, Karar Verme ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Bütüncül yaklaşım Alt Boyut puanı ile Kişisel Yaşam toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Çatışma Alt Boyutu ile Kişisel Yaşam Alt Boyutu ve BBSA toplam puanına bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$).

Çatışma puanı arttıkça Kişisel Yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Çatışma puanı ile Klinik Durum ve Karar Verme puanlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Uygulama Alt Boyut puanı ile Klinik Durum, Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama Alt Boyut puanı arttıkça Klinik Durum, Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanı düşmüştür.

Oryantasyon Alt Boyut puanı ile Klinik Durum puanına bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Oryantasyon puanı arttıkça Klinik Durum puanı düşmektedir. Oryantasyon puanı ile Kişisel Yaşam, Karar verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

ADA toplam puanı ile Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanına bakıldığında negatif yönlü düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). ADA toplam puanı arttıkça Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanı düşmektedir. ADA toplam puanı ile Klinik Durum Alt Boyut puanına bakıldığında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Hemşirelerin ADA puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta seviyede olduğu saptanmıştır. Etik duyarlılık hemşirelerin etik problemleri bilmesi ve bu problemleri analiz edebilmesi konusunda doğru kararları verebilmesi için etik problemi fark edebilme becerisidir.⁹ Bu nedenle etik duyarlılığın orta düzeyde olması, hemşirelerin etik sorunu fark etmesi, doğru kararlar alması ve harekete geçmesi açısından son derece önemlidir. Ayrıca literatürde de hemşirelerin etik sorunlar karşısında çözüm üretebilmesi için etik duyarlılıklarının yüksek olması gerektiğini ifade etmektedir.³⁵ Bu çalışmada hemşirelerin ADA puan ortalamaları yapılan diğer çalışmaların ADA puan ortalamalarından düşük olduğu saptanırken^{36,80} bazı çalışmalardaki ADA puan ortalamalarından ise yüksek bulunmuştur.^{4,35,81,111}

Hemşireler, ADA ölçek toplamında orta düzeyde puan almışlardır. Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada; hemşireler Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama ve Oryantasyon alt boyutundan yükseğe yakın puan almışlardır. Elde edilen sonuçlar Tosun'un²⁹ yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin Yarar Sağlama, Otonomi, Oryantasyon, Bütüncül Yaklaşım alt boyutlarında yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları ile benzerlik göstermiştir. Bu çalışmada ADA puan ortalamasının orta düzeyde olması tatmin edici olup bu bulgular sonucunda ADA puan ortalamalarındaki farklılıkların daha önce yapılmış olan çalışmalarda yalnız hemşireler ile yapılmamış olması, çalışmanın farklı klinik ve bölgelerde çalışan hemşireler ile yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre etik duyarlılıkları incelendiğinde Çatışma Alt Boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin yaş gruplarına göre etik duyarlılık toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamasına rağmen, 30 yaş ve üzeri grubun etik duyarlılık toplam puanlarının 18-29 yaş grubuna oranla daha düşük olduğu, dolayısıyla etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin yaş gruplarına göre etik duyarlılık ölçek alt boyutları incelendiğinde; 42 yaş ve üzeri grubun alt boyut puanlarının daha düşük olduğu dolayısıyla daha yüksek etik duyarlılığa sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuçlara benzer şekilde Tosun²⁹, Başak ve ark.⁹ çalışmalarında hemşirelerde ilerleyen yaşla birlikte etik duyarlılığın da yükseldiği belirlenmiştir. Bu durumun ilerleyen yaşla birlikte deneyimlerinin de arttığını ve bakış açılarının geliştiğini bununda etik duyarlılıklarını etkilediğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada çatışma alt boyutunda etik duyarlılığın 18-29 yaş grubunda daha düşük olduğu belirlenmiştir. Daha genç yaşta olan hemşirelerin daha az etik çatışmayla karşılaştıkları ve etik duyarlılığın uygulama alanının daha az olduğu, bundan dolayı etik problemler karşısında yapılacak harekete karar verme ve uygulamada etik düşünmenin daha az olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Başak ve ark.⁹ yaptığı çalışmada aynı sonuçlar elde edilmiştir. Benzer şekilde Dikmen'in²⁸ çalışmasında da aynı sonuç bulunmuştur. Bu yaş aralığında yer alan hemşirelerin etik çatışma ile daha az karşılaşmalarının nedeni, mesleki tecrübelerinin daha az olması ve çalıştıkları birimlerde daha az sorumluluk almış olmaları düşünülmektedir.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin medeni durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları kıyaslandığında sadece uygulama alt boyutunda anlamlı fark çıkmıştır ($p < 0.05$). Bu çalışmadaki sonuçla benzer şekilde Tazegün ve ark.¹¹² yaptığı çalışmada da uygulama alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Uygulama

alt boyutu puan ortalaması evli olan hemşirelerde daha düşük bulunmuştur. Bu durum evli olan hemşirelerin uygulama alt boyutu etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Evli olan hemşirelerin hem yaşlarının daha ileri olması hem de daha deneyimli olmalarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışılan hastane puan ortalamaları ile bütüncül yaklaşım alt boyutu hariç ADA toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları farkı anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde Tosun'un²⁹ çalışmasında da aynı sonuçlar bulunmuştur. Filizöz ve ark.¹¹³ çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya katılan hemşire grubunun daha fazla ve hastanenin genel yapısı olarak yenilikçi bir yaklaşıma açık olması olarak değerlendirilebilir.

Çalışma pozisyonu puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında bütüncül yaklaşım alt boyutu ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde çalışma pozisyonunda hemşirelerden görevi sorumlu hemşire olanlar daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu durumun sorumlu hemşirelerin meslekteki deneyimlerinden ve sorumluluklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Başak ve ark.⁹ çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları servise göre etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında çatışma alt boyutunda ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Tosun'un²⁹ çalışmasında da bu sonuçlara benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu durumun çalışılan birimdeki iş yükü ve uygulanan işlemlerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesine göre etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında Yarar Sağlama, Çatışma Ve Uygulama Alt Boyutları ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde Arslan ve ark.¹¹⁴ çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerden iş yaşam kalitesini düşük

olarak tanımlayanların etik duyarlılık düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma hayatında kendini rahat hissetmesinin diğer yaptığı uygulamaları etkilediği şeklinde düşünülebilir.

ADA toplam puanı ile hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışma süresi ve bu serviste çalışma süresi arttıkça hemşirelerin daha etik çalıştıklarını göstermektedir. Bu durum uzun süre aynı serviste çalışanların servise hakimiyetinden ve kümülatif deneyimlerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. ADA toplam puanı ile toplam çalışma saati arasında ise anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p>0.05$). Daşbilek'in¹¹⁵ yaptığı çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin çalışma saatlerinin etik duyarlılıklarını etkilemediğini göstermektedir.

Hemşirelerin Yarar Sağlama, Otonomi, Uygulama, Bütüncül Yaklaşım, ADA toplam puanı ile hemşirelikte çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, ADA toplam puanı ile bu serviste hemşire olarak çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Deneyim, hemşirelerin güven duygusunu arttırdığı gibi karar verme becerilerinin gelişmesinde rol oynayarak hastaya uygun girişim ve bakımın verilmesini sağlar ve yanlış karar alma olasılığını en aza indirir.²⁸ Deneyim ayrıca, doğru karar vermek için verilerin yorumlanmasında mevcut bilişsel kaynakların etkin kullanılmasını sağlar.⁶⁹ Bu durum etik sorunları fark edebilme, çözümüne yönelik girişimlerde bulunmada da önemlidir. Çalışma yılının etik yaklaşım üzerine etkisinin olduğu çalışmalarda da bu durum belirtilmiştir.⁶³ 1-5 yıl arasında çalışmakta olan hemşirelerin daha çok etik sorunlarla karşılaştığı, yeni mezun, 1 yıldan az çalışan hemşirelerin ise henüz çok deneyimleri olmadığı için etik sorunları fark edemedikleri, 5 yıldan fazla çalışan kişilerin ise etik sorunlara karşı duyarsız kaldıkları saptanmıştır. Genç ve

mesleğe yeni başlayan hemşirelerin daha çok etik ikilemde kaldıkları ve bu durumun yeterli teorik ve pratik bilgiye sahip olmamaya sekonder gelişen özgüven eksikliğine bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁶⁴ Yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki duyarlılığın incelendiği bir çalışmada ise mesleki deneyim süresinin Otonomi ve Çatışma Alt Boyutları puan ortalamasını etkilediği bildirilmektedir.²⁰ Diğer bir çalışmada da bir yıl ve bir yıldan daha az çalışmakta olan hemşirelerin 11-15 yıl arasında çalışmakta olan hemşirelere göre Çatışma ve Otonomi Alt Boyutunda daha çok duyarsız oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde başka bir çalışmada da Otonomi Alt Boyut puanlarına göre değerlendirildiğinde bir yıldan daha az sürede çalışmakta olan hemşirelerin deneyimli hemşirelere göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.³⁸ Mesleki deneyim yetersizliğinin hemşirelikte ahlaki duyarlılık gelişiminin önündeki engellerden biri olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar da desteklemiştir.⁷⁰

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediğini değerlendiren BBSA madde puan ortalaması orta düzeye yakın bulunmuştur. BBSA Alt Boyutları Klinik Durum, Karar Verme Kontrolü ve Kişisel Yaşam Durumu orta düzeye yakın olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç Can'ın¹¹⁶ hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisini incelediği çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Ülkemiz hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını yansıtan sınırlı araştırma sonucu bulunmakla birlikte bu çalışmalara göre hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini yüksek ölçüde desteklediğini bildirmesi memnuniyet verici bulunmuştur. Suhonen ve ark.¹¹⁷ uluslararası düzeyde aralarında Türkiye'nin de bulunduğu yedi ülkede gerçekleştirdiği uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada ise Türk hemşirelere ilişkin bulgularda genel olarak BBSA

toplam madde puan ortalaması ve alt boyutları bu çalışmada elde ettiğimiz bulgular ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Suhonen ve ark.²¹ tarafından Kıbrıs, Finlandiya, Yunanistan, İsveç, Portekiz, Türkiye ve Amerika'da çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırdıkları uluslararası bir çalışmada da neredeyse birbirine yakın değerlerde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada diğer ülkelerde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının da iyi düzeyde olması bu bulgu ile benzerlik göstermiştir. Charalambous ve ark.²⁶ tarafından hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile profesyonel uygulamalar arasındaki ilişkiyi belirlediği çalışmada hemşirelerin bakım algılarının iyi düzeyde bulunması, çalışmanın bu bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerine göre BBSA toplam madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Sorumlu hemşirelerin BBSA madde puan ortalamaları, servis hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun, sorumlu hemşirelerin yönetici olarak sorumlulukları nedeniyle bir vardiyada bakımını üstlendiği hasta sayılarının servis hemşirelerine göre daha az olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre, BBSA toplam ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu çalışma sonucunun farklı çıkma sebebinin çalışmanın yapıldığı bölgeden kaynaklanabilir olduğunu düşündürmüştür.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesine göre, BBSA toplam ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum, hemşirelerde iş yaşam kalitesi yükseldikçe bütüncül olarak bireyselleştirilmiş bakım ve alt boyutlarının da arttığını düşündürmüştür.

Hemşirelerin Kişisel Yaşam, Karar Verme, BBSA toplam puanı ile çalıştığı servisteki çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Bu çalışma

bulgusu Idvall ve ark.¹¹⁸ tarafından hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Hemşirelerin çalıştıkları servisteki tecrübeleri zamanla arttıkça hasta bireyin inanç ve değerlerini gösteren alışkanlıkları ile daha önceki hastane deneyimlerine dikkat etme, kendi bakımında yetki sahibi olması ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına imkân sağlanması gibi eylemleri barındıran kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolünü daha fazla destekler. Bununla birlikte bireyin klinik durumunu yansıtan bireyin hastalığa yanıtları, duyguları, endişeleri, hissettiklerini anlamaya yönelik davranışlarının önemini algılama düzeyinin de arttığı görülmüştür.

Hemşirelerin Klinik Durum, Kişisel Yaşam, Karar Verme, BBSA toplam puanı ile hemşirelikte çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($p<0.05$). Suhonen ve ark.²⁵ tarafından hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının incelendiği çalışma bulguları ile de paralellik göstermektedir. Bu durum çalışma süresinin verilen bakımı etkilemediğini göstermektedir.

Yarar Sağlama Alt Boyutu İle Kişisel Yaşam Alt Boyutu ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Yarar Sağlama puanı arttıkça Kişisel Yaşam puanı ve BBSA toplam puanı düşmektedir. Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup hemşirelerin yarar sağlama ve kişisel yaşama verdiği önemden dolayı bireyselleştirilmiş bakım puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu ile Klinik Durum, Karar Verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup hemşirelerin bireyi bütün olarak ele almasının karar verme klinik durumu ve bireyselleştirilmiş bakıma verdiği önemi arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Çatışma Alt Boyutu İle Kişisel Yaşam Alt Boyutu ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma

yapılmamış olup bu durum hemşirelerin çatışma düzeyi düştükçe verdiği bireyselleştirilmiş bakımın arttığını göstermektedir.

Uygulama Alt Boyut puanı ile Klinik Durum, Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup bu durumun hemşirelerin uygulamaya verdiği önemin bireyselleştirilmiş bakım ve alt boyutlarını olumlu etkilediği düşünülmüştür.

ADA toplam puanı ile Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0.05$). ADA Alt Boyut puanı arttıkça Kişisel Yaşam, Karar Verme ve BBSA toplam puanı da düşmüştür. Bu çalışmaya benzer bir çalışma yapılmamış olup bu durumu hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri arttıkça verdikleri bakıma da daha fazla önem gösterdiklerini düşündürmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda;

- Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puan Ortalaması orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Bireyselleştirilmiş Bakım Toplam Puanı orta düzeye yakın bulunmuştur.
- Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puanı için; çalışılan hastane, çalışma pozisyonu ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Otonomi Alt Boyutu için; çalışılan hastaneye göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Yarar Sağlama Alt Boyutu için; çalışılan hastaneye ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Çatışma Alt Boyutu için; yaş, çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Uygulama Alt Boyutu için; medeni durum, çalışılan hastane ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Oryantasyon Alt Boyutu için; çalışılan hastaneye göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Toplam Puanı için; çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

- Klinik Durum Alt Boyutu için; çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Kişisel Yaşam Alt Boyutu için; çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu için; çalışılan hastane, çalışma pozisyonu, çalışılan servis ve iş yaşam kalitesine göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Çalışma sonucunda hemşirelerin etik duyarlılıkları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında toplam puan ve alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bireyselleştirilmiş bakım ve etik duyarlılık konusunda lisans ve lisansüstü hemşirelere eğitimlerin verilmesi,
- Hastaların bakım ve etik konuları hakkında geri bildirimlerini içeren çalışmaların yapılması,
- Bireyselleştirilmiş bakım ve etik duyarlılık konusunda geniş merkezli çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20: 10-16.
2. Karaöz S. Cerrahi hemŐireliđi ve etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 1: 1-8.
3. Şendir M, AŞtı TA, Karadağ A. *Hemşirelik Felsefesi*. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 104-112.
4. Babadağ K. *Hemşirelik ve Değerler*, 1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 2010: 82-89.
5. Kıvanç MM, Atabek AT, Karadağ A. Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 220-222.
6. Eskimez Z. Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
7. Yılmaz E. Teleolojik Etik ve Deontolojik Etik'in Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010.
8. Acaroğlu R. Bakımda Etik, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 7-11 Eylül 2003.
9. Başak T, Uzun Ő, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010, 52: 76-81.
10. Esmaelzadeh F, Abbaszadeh A, Borhani F, Peyrovi H. Ethical sensitivity in nursing Ethical leadership: A content analysis of iranian nurses experiences. *The Open Nursing Journal*, 2017, 11: 1-13.

11. Utlu N. Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 2016, 29: 17-35.
12. Aksu T, Akyol A. İzmir’ deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2011, 19: 16-24.
13. Dalcalı KB, Şendir M. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2016, 24: 1-9.
14. Bahçecik N. Etik Teori. İçinde: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü (editörler). *Çağdaş Hemşirelikte Etik İçinde*, İstanbul, Tıp Kitabevi, 2013: 24-49.
15. Goethals S, Gastmans C, Dierckx CB. Nurses’ ethical reasoning and behaviour: A litereturereview, *International Journal of Nursing Studies*, 2010, 47: 635-650.
16. Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4: 137-140.
17. Karabacak BG. Değerlerin Aydınlatılması. İçinde: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü (editörler). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*, İstanbul, Tıp Kitabevi, 2013: 82-96.
18. Özsoy AS, Vatan F. Bir yüksekokul çalışanlarının kişisel değerlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 23: 1-11.
19. Öztürk H. Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları ve Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
20. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15: 61-67.

21. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, Luz MD. Nurses' perceptions of individualised care: An international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 2011; 67, 1895–1907.
22. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2000, 18: 27-36.
23. Charalambous A, Chappell NL, Katajisto J, Suhonen, R. The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatr Nurs*, 2012, 33: 17-27.
24. Acaroğlu R. Bireyselleştirilmiş Bakım. 1.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kongre Kitabı, İzmir, 21-23 Ekim 2010.
25. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto, J, Välimäki M, Leino- Kilpi H. Nurses' perceptions of individualised care. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66: 1035–1046.
26. Charalambous A, Katajisto J, Suhonen R. Individualised care and the Professional practice environment: Nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 2010,57: 500-507.
27. Elçiğil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011,14: 52-60.
28. Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013, 2: 1-7.
29. Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.

30. Şentürk S. *Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2013, 120.
31. Pekcan HS. Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
32. Azak A, Taşçı S. Klinik karar verme ve hemşirelik. *Journal of Medicine Ethics*, 2009, 17: 176-183.
33. Aslan Ö, Vural H, Avcı PY. Ameliyathane hemşirelerinin etik sorunlara yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2003, 45: 147-152.
34. Türk Dil Kurumu. Etik Nedir? http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=118065. 13 Eylül 2018.
35. Volker DL. Is there a unique nursing ethic? *Nursing Science Quarterly*, 2012, 16: 205-211.
36. Orhan, F. Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
37. Köprü B. Türk Kamu Yönetiminde Etik Değerlerden Sapma ve Yönetimsel Yozlaşma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2007.
38. Seda Ç, Yıldız S, Savaşer S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan sağlık çalışanlarının el yıkama durumlarına yönelik gözlem sonuçları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2010, 1: 33-39.
39. Mahmutoğlu A. Etik ve ahlak; benzerlikler, farklılıklar ve ilişkiler. *Türk İdare Dergisi*, 2009, 81: 225-249.

40. Bakoğlu R, Üstünoldu KA. *Kamu Kurumu Niteliğinde Meslek Kuruluşları ve Etik. Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi, Akademik Araştırma Çalışması*, 2009.
41. Cerit B. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ile Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2010.
42. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki profesyonellik ve birmeslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011, 9: 235-259.
43. Alpar ŞE. Çağdaş Hemşirelikte Etik. İçinde: Bahçecik N, Karabacak Ü (editörler). *Etik İlkeler*, 2. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, 2012: 93-126.
44. Nouredine S. Development of the ethical dimension in nursing theory. *International Journal of Nursing Practice*, 2001, 7: 2-7.
45. Dinç L, Görgülü RS. Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*, 2002, 3: 259-268.
46. Temel AB. Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararası anlaşma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 2011, 3: 144-150.
47. Baykara ZG. Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2010.
48. Avcı K. Pediatri Alanında Hemşirelerinin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
49. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-Hasta Etkileşimi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19: 54-59.

50. Woods M. A Nursingethic: The moral voice of experienced nurses. *Nursing Ethics*, 1999, 6: 423-433.
51. Altun İ. Etik ve Değerler. İçinde: Atabek AT, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 114-122.
52. Fry ST, Veatch RM, Taylor C. *Case Studies in Nursing Ethics*. Jones&Bartlett Learning, LLC, 2010.
53. Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*, 2005, 6: 595-607.
54. Milton LC. Professional values in nursing ethics: Essential or optional in the global universe. *Nursing Science Quarterly*, 2007, 1: 212-217.
55. Pattison S. Is the 2008 nmccode ethical? *Nursing Ethics*, 2010: 17: 9-18.
56. Dobrowalska B, Wronska I, Fidecki W, Wysokinski M. Moral Obligations of Nurses Based the ICN, UK, Irish and Polish Codes of Ethics for Nurses. *Nursing Ethics*, 2007, 4: 171-180.
57. Yıldırım G. Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana, 2008.
58. Numminen O, Kilpi HL, Arend AVD, Katajisto J. Comparison of Nurse Educators' and Nursing Students' Descriptions of Teaching Codes of Ethics. *Nursing Ethics*, 2011, 18: 710-724.
59. Numminen O, Arend AVD, Kilpi HL. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nursing Ethics*, 2009, 16: 69-82.
60. International Council of Nurses .www.icn.ch. 19 Eylül 2018.

61. Abdou HA, Baddar FM, Alkorashy HA. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. *World Applied Sciences Journal*, 2010, 11: 1375-1387.
62. Lutzen K, Evertson M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics* 1997, 52: 76-81.
63. Rexroth R, Davidhizar R. Caring: Utilizing the Watson theory to transcend culture. *Health Care Manager*, 2003, 22: 295-304.
64. Noel DL. Occupational health nursing practice through the human caring lens. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 2010, 58: 17-24.
65. Babadağ K. Hemşirelik eğitiminde bakım kavramı ve etik. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997, 74-76.
66. Wikberg A, Eriksson K. Intercultural caring an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008, 22: 485–496.
67. Dyson J. Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23: 1263–1269.
68. Brunton B, Beaman M. Nurse practitioners' perceptions of the caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2000, 72: 451-456.
69. Brilowski GA, Wendler MC. An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 50: 641–650.
70. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 17: 196-204.
71. Dalpezzo NK. Nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum*, 2007, 44: 256-264.
72. Milligan C, Wiles J. Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, 2010, 34: 736–754.

73. Mlinar S. First and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nursing Ethics*, 2010, 17: 491–500.
74. Özkan Aİ. Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012, 2: 61-72.
75. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: An empirically generated definition. *International Nursing Review*, 2002, 49: 54-63.
76. Galloway J. Dignity, values, attitudes, and person-centred care. *International Nursing Review*, 2005, 4: 58-69.
77. Suhonen R, Schmidt LA, Radwin L. Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 59: 77–85.
78. Mitchell PH, Ferketich S, Jennings BM. Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 1998, 30: 43–46.
79. Waters K, Easton N. Individualized care: Is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29: 79–87.
80. Radwin L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research In Nursing and Health*, 2000, 23: 179-190.
81. Attree M. Patients and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 33: 456.
82. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care" from patients', nurses' and relatives' perspectives: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39: 645-654.
83. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44: 393–399.

84. Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2005, 11: 7- 20.
85. Ward S, Donovan HS, Owen B, Grosen E, Serlin R. An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Research in Nursing&Health*, 2000, 23: 393–405.
86. Miller ET, Spilker J. Readiness to change and brief educational interventions: successful strategies to reduce stroke risk. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 2003, 75: 215–222.
87. Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: An international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45: 1586–1597.
88. Fosbinder D. Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20: 1085-1093.
89. Karaöz S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, 2005, 25: 31-40.
90. Suliman WA, Welmann E, Omer T, Thomas L. Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, 2009, 17: 293-299.
91. Mangold AM. Senior nursing students' and Professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: a comparative study. *Journal of Nursing Education*, 2001, 30: 134-139.

92. Karaöz S. Hemşirelik öğrencilerinin mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6: 10-22.
93. Jones A, Kamath PD. Issues for the development of care pathways in mental health services. *Journal of Nursing Management*, 1998, 6: 87-95.
94. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 2004, 13: 50-59.
95. Cortis JD, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics* 2003, 10: 77-88.
96. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing Press, 1985, 128.
97. Baines C, Evans P, Neysmith S. Women's caring: Feminist perspectives on social welfare. Toronto: Mc Clelland&Stewart, 2001, 13: 310.
98. Jasmine T. Art, science or both? Keeping the care in nursing. *Nurs Clin N Am*, 2009, 44: 415-421.
99. Smerke J. Ethical components of caring. *Critical Nursing Clinics of North America*, 2008, 2: 509-513.
100. Gadow S. Nurse and patient: The caring relationship. In: Bishop AH, Scudder JR, editors. *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships*. Birmingham: University of Alabama Press, 2005. 31-43.
101. Van Hooft S. Acting from the virtue of caring in nursing. *Nursing Ethics* 2009, 6: 189-201.
102. Barker P. Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *Int J Nurs Studies*, 2000, 37: 329-336.

103. Tronto JC. *Moral Boundaries. A Political Argumentfor an Ethic of Care*. New York and London: Routledge, 2006, 226.
104. Gastmans C, Dierckz B, Schotsmans P. Nursingconsidered as moral practice: A philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, 8: 43-69.
105. Engster D. Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 2005, 20: 50-74.
106. Dinç L. Hemşirelik etiği'nin temeli ve hedefi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 11: 1-10.
107. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist*, 2010, 18: 183-91.
108. Tschudin V. *Ethics in nursing: The caring relationship*, 3rd ed. London: Butterworth Heinemann, 2003, 218.
109. Şendir M, Acaroğlu R, Kanan N, Shonen R, Katajisto J. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği - Hemşire Versiyonu'nun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. 1.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü, İzmir, 2010, 129.
110. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualised care scale–nurse version: A finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2010b, 16: 145–154.
111. Sancak N. *Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.

112. Tazegün A, Çelebioğlu A. Ethical sensitivity levels of pediatric nurses and the factors affecting this sensitivity. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 2010, 6: 97-102.
113. Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. Hemşirelerde Etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 2015, 8: 47-66.
114. Arslan S, Taylan S, Gözüyeşil E. Hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıkları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017, 2: 21-26.
115. Daşbilek F. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, 2016.
116. Can Ş. Hemşirelerin Mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
117. Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroğlu R, Antunes DLM, Efstathiou G. Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, 2012, 44: 284–293.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Mehmet Emin ATAY
Doğum tarihi: 04.06.1995
Doğum Yeri: Mardin/KIZILTEPE
Medeni Hali: Bekar
Uyruğu: T.C.
Adres: Ağrı Devlet Hastanesi AĞRI/MERKEZ
Tel: 05427420058
Faks:
E-mail: eminatay47@outlook.com
Eğitim
Lise: Kızıltepe Anadolu Lisesi (2008-2012)
Lisans: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi (2012-2016)
Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi (2017-2019)
Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce:
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ danışmanlığında sunulan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	2	15
Genel Bilgiler	13	30
Materyal ve Metod	29	35
Bulgular	5	10
Tartışma	12	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 19/03/2019

Öğrenci Adı-Soyadı

Mehmet Emin ATAY



Danışman Adı-Soyadı

Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2018-2/4

Tarih: 27.02.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mehmet Emin ATAY, Afife YURTTAŞ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Mağfirat KAŞIKÇI
Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye

Prof. Dr. Nezih KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Üye

EK-4. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945 -300-E.1800169670
Konu : Uygulama İzni (Mehmet Emin
ATAY)

01.06.2018

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 31.05.2018 tarihli ve 88179374-300-E.1800167809 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Mehmet Emin Atay'ın "Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Haziran 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü hemşirelerinde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Fatih ALBAYRAK
Başhekim

Ataturk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Dilek KILIÇ
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=C7952DE>



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AĞRI İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
29/06/2018 14:33 - 54592530 - 799 - E.4189



00071880532

B.G.
G.99

Sayı : 54592530-799
Konu : Uygulama İzni (Mehmet Emin
ATAY)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 31/05/2018 tarihli ve 54592530-1800167817 sayılı yazı

İlgili yazınız tarafımızca incelenmiş olup Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Mehmet Emin ATAY'ın " Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması uygulamasını Haziran 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesinde yapma talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Ali BULUT
İl Sağlık Müdürü

Hürriyet Mahallesi Dr. Harun Yılmaz Cad. No:2 Ağrı/Merkez
Faks No:
e-Posta:g.birinci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: agriilsaglik.egitim@gmail.com

Bilgi için:Gülhan Sultan BİRİNCİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:04722151232 dahili 164

EK-5. GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Meslektaşım,

İnsanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini araştıran bir felsefe dalı olarak etik, gün geçtikçe hemşirelikte önem kazanmaktadır. Çünkü hemşirelik, sağlıklı/hasta bireyi bütüncül yaklaşımla ele alarak ailesi, yakın ve geniş çevresiyle birlikte değerlendiren hümanistik ve holistik bakım felsefesine odaklanır. Hemşirelik felsefesinde, insana yüklenen anlam ile birey; onuru, saygınlığı, bireyselliği, inançları, değerleri, tutumları, istekleri, tercihleri, beğenilerinin oluşturduğu eşsizliği, bütünlüğü ve hakları ile en yüce varlıktır. Hemşireliğin insana bakışını gösteren bu inanç ve tutumlar hemşirelerin bakım verme karar ve eylemlerini yönlendirir. Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının temelini oluşturan, insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğüne olan inancının uygulama alanında yaşama geçirilmesidir. Hemşireliğin insanın değerliliğine ve teklifine olan inancını yansıtan bu bakım biçimi aynı zamanda hemşirelik bakımının niteliğini artırarak hasta memnuniyetine katkı sağlar.

Bu nedenle hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi araştırmak istiyoruz. Bu amaçla “**Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” isimli bu araştırmayı yapmayı planladık. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılma kararınızdan önce araştırma hakkında bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmada sizden sadece sorulan sorulara yanıt vermenizi isteyeceğiz. Bu anket hastanede uygun olduğunuz ve hastane yönetiminin de izin verdiği bir zamanda 20-25 dakikalık bir süre içinde uygulanacaktır. Sorularımız ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Vereceğiniz bilgiler, bilimsel çalışmada kullanılacak olup gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

İlginiz ve yardımınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Adı Soyadı:

İmza:

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Öğrencisi

Mehmet Emin ATAY

EK-6. TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaş: () 18-23 () 24-29 () 30-35 ()36-41 () 42+

2.Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

3. Hemşire olarak çalışma pozisyonunuz:() Başhemşire () Sorumlu Hemşire () Servis Hemşiresi

()Diğer.....

4. Şu anda çalıştığınız servis: () Dahili Birim () Klinik ()

Cerrahi Birim

() Riskli Birimler(Yoğun Bakım, Acil, Ameliyathane, Diyaliz) () Diğer.....

5. Hastanede çalışma statünüz: () Kadrolu () Sözleşmeli

6. Hemşire olarak çalışma süreniz nedir?.....yıl/.....ay

7. Bu servisteki çalışma süreniz nedir?yıl/.....ay

8. Haftalık toplam çalışma saatiniz nedir?.....saat

9. Genel olarak iş yaşamınızın kalitesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

()Mükemmel () Çok iyi () İyi ()Kötü () Çok kötü

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 yaşıyorum.

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 içerdiğinide inanırım

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımında 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 ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların 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 kaldığında 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 özel bakım/ tedavi 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-8. BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI

Aşağıdaki ifadeler hemşirelik bakımında hastalara yardım etme biçiminiz ile ilgilidir. Bu ifadeler sizin genelde sunduğunuz hemşirelik bakımı ile ne ölçüde uyuyor? Lütfen görüşünüzü en iyi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A03	Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm.	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri).	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	1	2	3	4	5
A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen).	1	2	3	4	5
A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A12	Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım.	1	2	3	4	5
A13	Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim.	1	2	3	4	5
A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim.	1	2	3	4	5
A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5
A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım.	1	2	3	4	5

EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (FORM: 07)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Mehmet Emin ATAY
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Hemşirelik Fakültesi
Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları

Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ
Ortak Danışman :

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 28/03/2019 ve 1900100446 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi başlıklı yüksek lisanstezini incelemiş ve adayı 22.04.2019 tarihinde, saat 10:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda,ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**

OY BİRLİĞİ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ	
Üye	: Doç. Dr. Gülçin AVŞAR	
Üye	: Doç. Dr. Zeliha KOÇ	
Üye	:	
Üye	:	