



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

**YALOVA İLİ VE ÇEVRESİNDE GÖREV YAPAN
HEKİMLERİN VE HEMŞİRELERİN
ETİK DUYARLILIKLARI**

**HİLMİYE SEVGİ PEKCAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ESASLARI
ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Doç.Dr. ŞULE ECEVİT ALPAR**

İSTANBUL - 2007

I) TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamda beni destekleyen, bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım Marmara Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarından;

Sayın Hocam Prof.Dr. Necmiye SABUNCU'ya,

Yüksek Lisans tez danışman hocam, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Doç.Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,

Öğretim Üyesi Sayın Yrd.Doç. Ükke ERGİN KARABACAK'a,

Araştırma Görevlisi Sayın Uzman Leman ŞENTURAN'a,

Araştırma Görevlisi Sayın Nuray ŞAHİN ORAK'a,

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda görev yapan tüm öğretim elemanları ve araştırma görevlilerine,

Çalışmam esnasında, Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA'nın ölçeğini kullanmama izin verdiği için Sayın Hale TOSUN'a,

Çalışmamın, istatistik değerlendirme aşamasında danışmanlık eden Uludağ Üniversitesi Deontoloji Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi Sayın Deniz SİĞİRLİ'ya,

Çalışmamın, ingilizce çevirisinde beni destekleyen ve yardımcı olan Sayın Ast.Dr.Yeliz ÇALIŞKAN ve Sayın İng. Öğrt. Neşe TOLUK'a

Her zaman yanımda olup beni destekleyen annem, babam ve kardeşlerime,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamda her zaman yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli eşime,

Sevgi ve Saygılarımla Teşekkür Ederim.

Hilmiye SEVGİ PEKCAN

II) İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Etik	5
4.1.1. Etik Türleri	5
4.1.1.1. Teorik Etik	5
4.1.1.2. Pratik Etik	5
4.2. Etik İlkeler	7
4.2.1. Yararlılık-Zarar Vermeme İlkesi	7
4.2.2. Özerklik	7
4.2.3. Dürüstlük ve Doğruluk	8
4.2.4. Adalet	8
4.2.5. Gizlilik-Güvenirlilik	9
4.3. Meslek Etiği	9
4.4. Tıp Fakültelerinde Etik Eğitimi	10
4.5. Hemşirelik Etik Eğitimi	11
4.5.1. Hemşirelere Etik Öğretmenin Amaçları	12
4.6. Etik Duyarlılık	13
4.7. Hemşirenin Etik Duyarlılığı	14
4.8. Hekimin Etik Duyarlılığı	15
4.9. Bakım Etiği	15
5. GEREÇ VE YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Tipi	18
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	18
5.3. Veri Toplama Araçları	18
5.4. Veri Toplanması	22
5.5. Veri Analizi	22
5.6. Araştırmanın Etik Yönleri	22
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	22

6. BULGULAR	23
7. TARTIŞMA	48
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
9. EKLER	63
10. KAYNAKLAR	75
11. ÖZGEÇMİŞ	80

III) KISALTMALAR

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

Ark. : Arkadař

HPDÖ : Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeęi

HYO : Hemşirelik Yüksek Okulu

MSQ : Moral Sensitivity Questionnaire

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

IV) TABLOLARIN LİSTESİ

- 5.3.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi - ADA (Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ)
- 5.3.4. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı
- 6.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı
- 6.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı
- 6.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Meslek İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı
- 6.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.3. Hekim ve hemşirelerin Çocuk Varlığına Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.4. Hekimlerin ve Hemşirelerin Çalışılan Kurumlara Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
- 6.2.5. Hekimlerin ve Hemşirelerin En Uzun Çalışılan Birime Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
- 6.2.6. Hekimlerin ve Hemşirelerin Halen Çalışılan Birime Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
- 6.2.7. Hekimlerin ve Hemşirelerin Birimde Çalışma Süresine Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
- 6.2.8. Hekimlerin ve Hemşirelerin Mesleğinde Toplam Çalışma Süresine Göre Ada ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
- 6.2.9. Hekim ve Hemşirelerin Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.10. Hekim ve Hemşirelerin Birimde Etik Ders Alma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.11. Hekim ve Hemşirelerin En Uzun Çalışma Şeklinin ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.12. Hekim ve Hemşirelerin Mesleğini İsteyerek Seçme Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 6.2.13. Hekim ve Hemşirelerin Mesleğini Severecek Yapma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

1) ÖZET

Araştırma, hekim ve hemşirelerin etik duyarlılık durumlarının tanımlanması amacıyla, “Ahlaki Duyarlılık Anketi – ADA” kullanılarak metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini, Yalova İli ve çevresindeki Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler ve Sağlık Ocaklarında görev yapan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise yaptığımız araştırmaya katılmayı kabul eden 70 Hekim ve 130 Hemşire oluşturmaktadır.

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan “Bireysel Bilgi Formu” ve Kim Lutzen tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik güvenirliği Hale Tosun tarafından yapılan, “Moral Sensitivity Questionnaire – MSQ” (Ahlaki Duyarlılık Anketi- ADA) kullanıldı. Veri analizinde; frekans, standart hata, medyan, yüzdelik oran, ortalama, minimum ve maksimum değerler, Kruskal Wallis (χ^2) ve Mann Whitney (Z) testi, Cronbah’s Alpha teknikleri kullanıldı.

Araştırmanın sonucunda; MSQ’nun iç tutarlılığının çalışmamız için 0,839 olduğu,

ADA’dan elde edilen sonuçlara göre;

Hekimlerde, yaşın ilerlemesiyle oryantasyonun azaldığı, bekar hekimlerde otonominin yüksek olduğu, acil serviste görev yapan hekimlerin dahili bilimlerde görev yapanlara göre daha fazla çatışma yaşadığı,

Hemşirelerde, yaşın ilerlemesiyle bütüncü yaklaşımın arttığı belirlendi. Sağlık Ocağında çalışan hemşirelerde etik duyarlılığın, özel hastanelerde çalışanlardan daha fazla olduğu, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde bütüncü yaklaşımın ve otonominin daha fazla olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler : Hemşire, Hekim, Etik, Etik Duyarlılık, Duyarlılık

2) SUMMARY

THE ETHICS SENSITIVITY OF THE DOCTORS AND NURSES WORKING IN YALOVA AND ITS REGION

This research is planned and realized in order to identify the cases of ethical sensitivities of doctors and nurses with “Ethical Sensitivity Questionnaire-ESQ” as a methodological define.

This research’s population is formed from the doctors and the nurses who work in State Hospitals, Private Hospitals and Village Clinics in Yalova city and surroundings. Sample group is formed from 200 (two hundreds) people; 130 nurses and 70 General Practitioner and Specialist Doctors graduated from high school, two year degree and university who accept this research..

Data are collected by using “Individual Information Form” that is prepared direction of literature and “Moral Sensitivity Questionnaire - MSQ” formed by Kim Lutzen. MSQ is a likert type measure device that is formed total 30 (thirty) items and 6 (six) inferior dimensions (Autonomy – Suppling Benefit – Totalitarian Approach – Conflict – Practice – Orientation).

In data analysis; Frequency, Standardized Error, Normal Frequency Curve, Percentage Proportion, Medium, Minimum and Maximum values, Kruskal Wallis (χ^2) and Mann Whitney (Z) tests, Cronbah’s Alpha techniques are used.

At the result of the research it is determined that MSQ’s inner consistency is 0.839,

According to the results of survey ADA;

It was found out that, the orientation diminishes with ageing among doctors, the autonomy of the single doctors is higher, the conflict between the doctors working in emergency services is higher than the doctors working in internal services.

It is also pointed that nurses have more aproach as a whole with ageing. More over the ethics sensitivity of the nurses in small regional clinics is higher than those in private hospitals. In addition to these the nurses who have chosen her career willingly are beter at aproach as a whole and autonomy.

Key Words : Nurse, Doctor, Ethical, Ethical Sensitivity, Sensitivity.

3) GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta bakımındaki ilerlemeler, dünyadaki global değişimler sağlık uygulamalarına yansımış, hemşireler yeni etik sorunlarla karşılaşmaya başlamışlardır (44, 57). Bu gelişmeler hemşirelik mesleğinin bilimsel bir bilim dalı olarak gelişmesi hasta bakımında etik problemin varlığından haberdar olma ve etik karar verme ile ilgili hemşirelerin kendilerine dönüp bakmalarını, etik duyarlılıklarını gözden geçirmelerini gerektirmiştir (44). Çünkü hemşirelik; değerleri, tutumları kişisel davranışları geliştiren ve besleyen bir süreç olup sağlıklı veya hasta bireye hizmet veren bir sağlık disiplini (19, 69).

Etik; sistematik davranış, kötü huy, iyi huy, erdem, doğru ve iyi davranış ilkelerini araştırır. Bireyin davranışlarına temel olan ahlak ilkelerin tümüdür (2, 5, 10, 62).

Ahlak sözcüğü, huy, yaradılış, mizaç anlamına gelir, çoğu kez etik ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Başka bir tanımla, toplum içinde insanların uymak zorunda oldukları davranış kurallarının tümüdür (12, 68).

Değer, bir kişinin davranışlarına standart getiren kişisel kanaatlerdir. Değerler insanların ihtiyaçları, dünya inancı, aile tutumları, eğitim-öğretim sistemi ile gelişir ve insanların sağlığa-hastalığa olan cevapları hakkındaki düşüncelerini etkiler. Bireyin davranışı için temel olarak seçtiği etkili inanışlar olup etik davranışların bir yansımasıdır. Zaman içerisinde değişebilen bu değerler bireye özgü olup diğer bireylerin beklentileri ile uyum sağlayamadığı zaman çatışma nedeni olabilirler (13, 16, 35, 44, 62).

Deontoloji kelimesi Eski Yunanca'dan gelen bir kelimedir. "Deonto" görev, vazife, yükümlülük ve meslek ahlakı anlamına gelirken "logia" bilgi, bilim gibi anlamlara gelmektedir. Deontoloji kişilerin üzerlerine düşen ödev ve yükümlülüklerinin neler olduklarını bilmeleri anlamındadır (12, 31). Deontoloji, yazılı olsun olmasın kökleşmiş ilke ve kuralları içeren ve bunları tartışmasız bir normatif bilgi gibi aktaran alandır (2, 10, 48).

Hemşirelik yakın zamana kadar bir uğraşı olarak görülürken son zamanlarda ise meslek, iş, uğraşı olarak kabul edilmeye başlamıştır. Bu kavramlardan her biri zamanla

etikle ilişkilendirilmiştir. Etik, bugünkü sağlık uygulamalarına bakıldığında meslek ve uygulamalarından oluşmaktadır (54).

Tıp devamlı gelişmekte olan bilimler topluluğudur. Bu bakımdan günümüzde kişiler tıbbın bütün yeniliklerinden yararlanma haklarının bulunduğunu ileri sürmektedirler. Böylece hukuksal açıdan yeni haklar oluşmaktadır. Tıp ilminin uygulayıcıları olan hekimler, hukukun koruduğu insan sağlığı ve yaşama alanı içerisinde görevlerini, hukukun çizdiği sınırlar içinde yapmak zorundadırlar (12, 22).

Hekimliğin konusu insandır. İnsanın yalnız biyolojik hatta yalnız psikolojik görünümü olmayıp toplumsal görünümünün de olması, hekimin uğraşı alanını genişletmekte ve sorumluluğunu arttırmaktadır (12).

Sağlık hizmeti veren meslek üyeleri hasta bakımını ve tedavisini sürdürme sorumluluğu nedeni ile etik sorunlarla sık sık karşılaşır. Bu sorunlarla yüz yüze gelen hekim ve hemşireler çözüm yolları üretmek için uygun bir karar vermek zorunda kalmaktadır.

Etik duyarlılık, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanır ki bu bağlamda günlük uygulamalar sırasında alınan her tıbbi-etik karar, hekim ve hemşirenin etik duyarlılığı hakkında bilgi verebilmektedir (29).

Bu doğrultuda araştırma; Yalova ili ve çevresindeki klinik, poliklinik vb. birimlerde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarını ortaya koymak, etik duyarlılığının içinde bulunulan faktörlerle ilişkisini ölçmek, çalışan ve öğrenimine devam eden sağlık çalışanlarına kaynak oluşturmak amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

4) GENEL BİLGİLER

4.1. Etik

Etik sözcüğünün kökü Latince’de Ethico, Eski Yunanca’da “karakter” anlamına gelen “ethice, ethos” kelimesinden türetilmiştir (2, 9, 53). Anlamı; töre, gelenek, alışkanlıklar, huy, kabul edilen düzen, bir topluluğun ruhu olarak bilinir. Türkçe anlamı ise ahlak, karakter ve töredir. (1, 52, 53, 64)

Etik, doğru ve yanlış anlama, bireye saygıyı, dürüstlük, adalet, güvenilirlik, zarardan kaçınma, yararlılık gibi evrensel boyutları ele alır. Doğruya ulaşmak için yapılması gerekenleri açıklamaya çalışır (1, 7, 10, 39, 41, 62, 67).

Etik, kendi içinde doğru olan eylemleri yapmak ve yanlış olanları yapmamaktır. Bilimsel tıbbın kurucusu Hipokrat (MÖ.460-377) ve büyük düşünür olan Aristo (MÖ.382-322) deontoloji yerine Latince olan “etik” sözcüğünün, taşıdığı diğer anlamlarla birlikte, mesleki felsefeyi içeren bir anlamı da içerdiğini vurgulamıştır (3, 6, 10, 56).

Etiğin bir felsefe dalı olarak kurucusunun Aristo olduğu ileri sürülmektedir. Çünkü bu bilgi dalının bağımsız olarak bir bilim ya da bilgi dalı olması için kendine özgü kavramlara sahip olması gerekir. Etikde eylem, iyi, en yüksek iyi, mutluluk, erdemler gibi kavram yapısına Aristoteles’te kavuştuğu için Aristo bir felsefe olarak etiğin kurucusu sayılmaktadır (36, 50).

4.1.1 Etik Türleri

Etik, teorik ve pratik olmak üzere iki başlık altında gruplandırılabilir.

4.1.1.1. Teorik etik: Değer yargıları ile ilgilenmez, etik kurallar ve etik emirler verilmez. Vicdani sorumluluklar nasıl gelişir, amaçları nedir ve sorumluluklar nasıl artar gibi konular üzerinde çalışır. Teorik etik, etik konuların amaçları ve anlamı üzerinde çalışır (68).

4.1.1.2. Pratik etik: Genel kuramların özgün davranış biçimlerine ve ahlaki değerlendirmeye uygulanmasına pratik etik denir (46). Kısaca etik ile ilgili görev ya da işlevleri yapmakla ilgilenir. Değer yargılarının kabul edilmesini bize öğretir. Bu bizim beklediğimiz, istediğimiz davranışlar gibi başkalarının da beklediği / istediği davranışlar vardır anlamına gelir (47, 68).

Değerler felsefesi olarak da kabul edilen etik, yaşamsal değerlerde sorunları çözümleyen karar ve eylemlere rehberlik eden, davranışları doğruya, iyiye yönlendiren, ahlaki normları ve nedenleri araştıran, anlamlandıran, kuramlar geliştiren bilimsel, insancıl bir alandır (8). Bu alanda çalışırken farklı yaklaşımlar kullanılabilir.

Etik yaklaşımlar;

Normatif Etik

Normatif etik, meta-etik ile uygulamalı etik arasındaki köprü olarak tanımlanabilir. Ahlak açısından kabul edilebilir olan davranışları saptamada, bu davranışları yöneltmede hangi genel normların neden önemli olduklarının sorgulandığı çalışma alanına normatif etik denir (46).

Doğruyu yanlıştan ayıracak pratik ahlak standartlarını ve ahlaklı bir hayatın nasıl yaşanacağını bulmaya çalışır. Bu, kişinin sahip olması gereken iyi alışkanlıklar, takip etmesi gereken görev ve sorumluluklar veya davranışlarının diğerleri üzerindeki sonuçlarını içerebilir (46).

Normatif Olmayan Etik

Normatif olmayan etiğin kapsamına metaetik ve betimleyici etik girer.

- Metaetik :

Normatif etiğin ortaya koyduğu ahlaksal yargıları temellendirmeye ilişkin kuramları oluşturur. Etik dilinin kavramlarının ve uslamlama / akıl- mantık yürütme yöntemlerinin çözümlemelerinin yapıldığı bu alanda, ahlaksal epistemoloji, ahlaksal uslamlama / akıl-mantık yürütme ve haklı çıkarmada kullanılan mantık ve modeller de ele alınmalıdır.

Meta-etik, etik ifadelerin doğasını araştırır. Şu tür sorular içerir:

- Etik iddiaların doğasında doğru veya yanlış olabilme var mıdır?
- Yoksa etik iddialar duyguların ifadelerinden mi ibarettir?
- Eğer doğru veya yanlış olabilmek doğalarında varsa, doğru olanları hiç var mıdır?
- Doğru olanları varsa mutlak anlamda mı doğrudurlar yoksa her zaman bazı birey, toplum veya kültüre göre mi doğrudurlar? (30, 46, 55)

- Betimleyici etik:

Ahlak alanına bilimsel yaklaşımın uygulanması sonucu betimleyici etik doğmuştur (46). Betimleyici etik geleneksel anlamı içinde etik kural koyucu ya da normatif bir disiplin olmuştur (66).

4.2. ETİK İLKELER

4.2.1. Yararlılık - Zarar Vermeme İlkesi

Yararlılık ilkesi başkalarına yardım etme ve yararlı olma yükümlülüğünü dile getirmektedir. Ayrıca sağlık uğraşları içerisinde hastaya öncelikle ve her şeyin üzerinde yararlı olmayı öngören bir ilke olarak tanımlanabilir.

Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan bir eylemin olası olumlu sonuçları ile olumsuz sonuçlarını belli bir dengede tutabilmektir. Böylece bireysel eylemlerin niteliğinde “Yarar yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken, zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır.” (25)

Bireyin bir başkasına mutlaka yararlı olması gerekliliğini vurgulayan bu ilke; zararın engellenmesi, ortadan kaldırılması ve iyiliğin artırılması gibi üç ögeyi kapsamı altına alır. (39).

4.2.2- Özerklik

Yararlılık ilkesi tıp etiğinde en büyük etik değer olarak yüzyıllarca varlığını sürdürmüştür. Ortaya çıkan yeni durumda hekim, hastasının yalnızca tıbbi yönden yararını öngörmeyerek, ona özerk kişi olmasından kaynaklanan haklarını da kullanabilme fırsatı tanıyacaktır ki bu olgu “özerkliğe saygı ilkesi” olarak tanımlanmaktadır (21).

Özerklik, yurttaşların herhangi bir dış baskı altında kalmadan kendi kural ve yasalarını yapabilme ya da kendi kendini yönetebilme anlamında olup bireyin otonomisini oluşturur (39).

Özerklik, bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan herhangi bir eylemde bulunabilme yeterlilik ve yeteneğidir. Özerkliğe saygı ilkesinde etik sorunların ortaya çıkış noktası, hastanın “özerk birey” olma niteliğini tehlikeye düşüren, ortadan kaldıran ya da hakkını elinden alan durumlardır (26).

İnsanlara özerk birey olarak saygı göstermek, kişisel değer yargıları ve düşünceleri tarafından biçimlenen kararlarını tanımak anlamına gelir (30).

Özerkliğe saygı duymak, bireyin kendi seçtiği ve izlediği bir plan doğrultusunda kendini yönetme hakkına saygı duymaktır (56).

Hekim ve hemşirenin, hastanın özerkliğine saygı göstermesinin en önemli boyutlarından birisi “aydınlatılmış onam” ögesidir. Aydınlatılmış Onam, hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi görevidir (11).

Tıbbi tedavi ve müdahalelerde hastanın bilgilendirildikten sonra onayının alınması hasta hakları yönüyle hasta adına hem bir haktır hem de ileride olası hukuki durumlarda hekim lehinde bir belgedir (21).

4.2.3. Dürüstlük ve Doğruluk

Doğruluk, insanlar karşısında gösterilen saygının bir parçası olarak beklenir. İnsanlar kendileri hakkındaki gerçeği öğrenmeye ve kendilerine yalan söylenilmemesi hakkına sahiptir. Çoğu kültürlerde doğruluk, insanların birbirlerine olan güvenlerinin temel yapı taşlarından biri olarak değerlendirilir. Uzun bir geçmişi olması nedeniyle doğruluk çoğu ülkelerin sağlık sektöründeki kişiler arası ilişkilerde büyük bir değer bulur (30).

Etik davranış başkaları ile ilişkilerde dürüst olmayı ve içtenliği gerektirir. İçten ve dürüst davranmayan yöneticiler ilişkilerde kendi sonlarını hazırlarlar ve güven ortamı ortadan kalkar. Oysa güven ilişkilerin temel unsurudur. Örgütte politik güç kazanmanın kendisi etik dışı bir davranış değildir. Bununla birlikte politik güce ulaşmak için dürüstlükten ödün verilmesi etik kuralların önemli ölçüde ihlal edilmesi anlamına gelmektedir (51).

4.2.4. Adalet

Bir etik yargıya ulaşırken, söz konusu insanların eşit haklara sahip oldukları unutulmamalıdır (51). Adillik kavramına yol gösteren ilkenin merkezi adalet olup insanlara eşit saygı gösterilmesi ilkesi olarak ele alınabilir. Platon’a göre “adalet” her insanın kendi yeteneklerine göre kendi hayat süresi içinde kendine düşeni yapmasıdır. Kant ise adalet konusunu incelerken üç ayrı ilkeye dikkat çeker. Bunlar; Roma hukukundan kaynaklanan “şerefli yaşa, kimseye zarar verme, herkese payına düşeni ver” esaslarıdır (20).

Sağlık alanında adalet ilkesi tıbbi kaynakların gereksinimlere göre eşit ve dürüstçe dağılmış olması anlamındadır. Bu ilke sağlık çalışanlarının, çalışmalarında

karşılaştıkları kaynakların dağılımıyla ilgili etik sorunlara yardımcı olacak bazı yanıtlar getirir. Burada etik yönünden sorun olarak gözüken nokta, gerek devlet düzeyinde gerek halk sağlığı uğraşlarında gerekse tedavi edici sağlık kurumlarında, tıbbi kaynakların birey ve toplum kesimine adaletli biçimde paylaştırılmasıdır.(21).

4.2.5. Gizlilik - Güvenilirlik

Güven, yıllardır hasta-hemşire ilişkilerinde temel ilke kabul edilmektedir. Güven sadece güven ve yeterliliği değil aynı zamanda sağlık çalışanlarının ilişkilerinde iyi istekleri de içeren bir bakış açısıyla incelenmelidir (54).

Birden fazla etik ilkeyi kapsayan tıbbi gizlilik; özerklik, yararlılık, adalet ilkeleri içinde yer almakta ve bireyin mahremiyetine saygıyı da içinde barındırmaktadır. Sağlık bakımı alanında bilgisayarların kullanımının artması bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı için gizlilik ile ilgili endişeler artmıştır. Kişisel bilgilere sadece hasta bakımını sağlamak amacı ile ulaşılmalıdır.

Hastaya ilişkin bilgiler herkese açık yerlerde tartışılmamalı ve bu bilgiler bakım için gerekli bilgileri içermelidir. Gizli tutulması gereken bilgiler, hastaya ilişkin tıbbi, sosyal, mali veya demografik bilgiler, araştırma bilgileri ve bilgiyi kullanan sağlık personeline ilişkin bilgilerdir. Hastaya ilişkin bilginin gizliliği dışında fiziksel gizliliğin sağlanması da önemlidir (24, 36, 70).

4.3. MESLEK ETİĞİ

Etik, sistematik olarak doğru ve yanlış davranış, erdem ve kötü huy, iyi ve kötü davranışların prensiplerini araştırır. Birçok insan tarafından iyi huy ve davranış etik olarak tanımlanırken, profesyonel davranışlarda meslek etiğinin de olması gerekir (62).

Bir bireyin etiği; onun özgeçmişine, eğitimine ve deneyimlerine derinden bağlıdır ve bireye özeldir (40).

Meslek etiği ise bir meslek dalında belirlenmiş olan etik ilke ve kurallardır. Meslek etiği belirli bir meslek grubunun mesleğe ilişkin olarak oluşturup, koruduğu, meslek üyelerine emreden, onları belirli bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimlerini sınırlayan, yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan, meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan ilke ve kurallar bütünüdür (1).

Meslek etiğinin evrensel olduğu düşünülür ki dünyanın neresinde olursa olsun aynı mesleği temsil eden kişilerden, meslek etiği kurallarına uymaları beklenir (52).

Her meslek alanının kendine özgü değerlerinden söz edilebilir. Değerler farklı durumlara bağlı olan kişisel amaçlardır. Değerler dünya inancı, gerçek ve bir fikrin istenirliği, nesne ya da davranış olarak tanımlanır. Değerler, ahlaki karar vermenin temelidir ve kişisel davranışa yön verir. Aynı zamanda değerler, kişinin kendi yaşam deneyimleri hakkında ya da başka insanların yaşam deneyimleri, geçmişi ve kültürü hakkında tahminde bulunmaya yardımcı olur. Bununla beraber genel ilke ve değerlerimiz açısından hemen her alanda söz konusu olabilecek bazı değerlerin mevcudiyeti de söz konusudur (16, 21).

Sağlık yöneticisi ve çalışanları için geçerli olan genel mesleki değerler mesleki sorumluluk, insana saygı, mesleki etkinlik, mesleki profesyonellik, örnek kişi olmak, eleştirilere açık olmak, hakkaniyet, eşit ve adaletli davranmak, özel hayata saygı, sır saklama, dürüstlük-doğruluk, tarafsızlık ve açıklıktır. (16, 21).

4.4. TIP FAKÜLTELERİNDE ETİK EĞİTİMİ

Tıp etiği, tıp-sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönünden değerlendirilmesi etkinliğidir. Bir başka ifade ile tıp etiği, tıbbın uygulanması sırasında ortaya çıkan değer sorunlarıyla ilgilenir (61).

Ülkemizde etik eğitimi yerine yapılan deontoloji dersleri altı yıllık tıp eğitimi içinde eğitimin ilk yıllarında müfredat programlarında yer almıştır. Ancak son yıllarda değişik tıp fakülteleri bu dersleri üst yıllara çekmiştir (33). Tıp etiğinde klasik sistemden entegre sisteme geçiş, özellikle bazı bilim dallarında yalnızca eğitimcinin kürsüden konuştuğu bir eğitim sisteminden, tartışmaya açık bir modele gidişi sağlar. Entegre sistem tıp eğitimi Türkiye’de bugün birçok tıp fakültesinde vardır. Bazı üniversitelerde ders saatlerinin arttırılması ve beşinci sınıf öğrencilerine uygulamalı klinik etik derslerinin konulmasının yarar sağlayacağı hakkında görüşler ifade edilmektedir (23).

Tıp alanında çalışan hekimlerin uymaları gereken mesleki etik eğitimlerine ilişkin olarak bilinen ilk hekim andı, M.Ö. 3000 yıllarında Mısırlı Hekim-Rahim “İmhotep” tarafından oluşturulmuştur. Ancak hekim andı denilince Hipokrat andı hatırlanır. Her iki andda da ruhun ölmezliği hocalara saygı gibi öğeler yer almaktadır. Günümüzde ise dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de hekim adayları mesleklerine başlamadan önce bir topluluk önünde ve o topluluğun tanıklığında ant içerler (52).

Etik, bir eğitim olmalı mıdır? Bu sorunun yanıtı kuşkusuz “Evet” olmalıdır. İyi düzenlenmiş eğitim çalışmaları ile bireylerin etik değerler ve ilkeler konusunda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Mesleki etik konusunda eğitim programları, iş görenleri belirlenmiş etik ilkelere karşı duyarlı kılar (53).

Etik eğitimin amacı bireyin içinde yaşadığı toplumun norm ve kurallarının ötesinde, akıl yürüterek ideal bir toplumun hangi tür ilkeler üzerine kurulabileceği sorunları ile ilgilenmek ve insanları, ahlak üzerinde kendi kendine yargılama yapabilecek duruma getirmek olmalıdır. Her insan kendi kararlarını kendi özgür düşüncesi ile verebilmelidir. Bireylerin uymaları için bazı etik ilkelerin oluşturulması ve bu ilkelerin bireylere bir dayatma olarak sunulması doğru bir davranış olmayabilir. Ancak bütün bireylerin belirli kavram ve değerler üzerinde birleşebilmeleri için bu kaçınılmazdır. Bireyler bu temel etik değer ve kavramları içselleştirdikten sonra daha da iyi olanın arayışına girebilirler (52).

Her meslek dalında söz konusu olduğu gibi tıpta da bu mesleğin birer ferdi olarak hekimlerin kendilerine, meslektaşlarına, hastalarına, topluma karşı belli bir yaklaşım boyutu içerisinde yerine getirmeleri gereken bir takım etik görev ve sorumlulukları vardır (38).

4.5. HEMŞİRELİKTE ETİK EĞİTİMİ

Bir sağlık disiplini olarak hemşireliğin bilimsel kimlik kazanma çabaları son yıllarda önemli sonuçlar vermiştir (6).

II. Dünya savaşından sonra biyomedikal teknolojinin sağlık hizmetlerinde hızlı ve yaygın kullanımı, yaşamı uzatmak için sıra dışı yöntemlerin kullanılması, gençlerin doğum kontrol yöntemlerine ulaşabilmesi, kürtaj, kanser, ötenazi, AIDS, yapay döllemenin var olması ciddi ahlaki problemler doğurmuş olup hemşirelerin karşılaştıkları sorunların niteliği de değişime uğramıştır. Bunlara paralel olarak “insan hakları hareketi” bireylerin ve grupların kendi yaşamlarını etkileyecek kararlar hakkında bilgilendirilme ve söz sahibi olma isteklerinin artmasına neden olmuştur (4, 42, 49, 68).

Etğin hemşireler için önem kazanması yukarıda sözü edilen gelişmelerin bir yansımasıdır. Hemşirelik hem etik hem de teknik yönü olan pek çok etkinliği içermektedir.

Etik, hemşirelik eğitimi sırasında önemli bir ders, meslek yaşamı boyunca da uyulması gereken önemli ilkeler bütünüdür. Etik teori ve kavramların hemşirelik

mesleğine uygulanması gerekmektedir. Geleneksel bakıştaki hemşirelik etiği tıbbi etiğe benzer ilkeler üzerine kurulmuştur çünkü her iki meslek de insana hizmet etmekte, meslek gereği yapılan uygulamalar, sonuçlarını insan organizması üzerinde göstermektedir. Bunlar benzer kavramları içerir ve aynı çerçevededir (43).

Günümüzde hemşirelikte etik eğitimin yeterliliğinin sağlanması ve çağdaş hemşirelik rollerinin yaşama geçirilmesi, kaliteli hasta bakımı sunulmasının yanı sıra, hemşireliğin statüsünün yükseltilmesi gibi konular için yararı tartışılmaktadır. Etik konusunun hemşirelikte tartışılması ve öğretilmesi, yalnızca hemşirelerin uygulamalarda etik kurallarla karşı karşıya kalmalarıyla değil, bazı problem durumlarında seçim yapma sorumluluğu nedeni ile de gerekmektedir.

Mesleki eğitimde, öğrencilerin karşılaşılabilecekleri etik problemleri içeren ideal öğrenim modeli ile ilgili esaslar son otuz yıl içinde değişime uğramıştır. 1975 yılından başlayarak mesleki çalışma kodlarından, moral ikilemlere, hasta savunucusu, hastayı merkez alan ve etik temsilci olarak hemşirenin rolüne yönelme başlamıştır. Etik konuların hemşirelik müfredatına entegrasyonu vaka geliştirme, vaka analizi ayrıca hizmet içi eğitimlerle de desteklenerek etik eğitim amacına ulaşılabilir (19, 37, 63, 70). Dünyada da hemşire okullarında etiğin öğretimine daha geniş yer verilmekle beraber diğer personelin eğitiminin de yapılması ile ilgili çalışmalar gerçekleştirilmektedir (45).

4.5.1. Hemşirelikte Etik Eğitiminin Amaçları

Çağdaş hemşirelik eğitiminde, etik öğretiminin genel amacı etik açıdan karar verme konusunda yeterli, ahlaksal sorumlulukları olan hemşireler yetiştirmektir.

Diğer amaçlar;

- Hastanın bakımı ile ilgili değerlerimizi irdeleme,
- Etik düşünceye katılma,
- Ahlaki mantık ve ahlaki yargı için yeterli olma,
- Karar verme, yasal önem taşıyan konularda düşünce belirtme ve uygulamanın ahlaki temelleriyle ilgili araştırma yapma konularında etik bilgi kullanacak yeterliliğe sahip olmaktır.

Bu amaçların özellikle, ahlak ve mantık üzerinde odaklandığı fark edilmektedir. Etik, sosyal önemi olan konularda ahlaki mantık yürüterek ve uygulama alanında ahlaki ilgi gerektiren konuları araştırarak da uygulanabilir (63).

4.6. ETİK DUYARLILIK

Etik duyarlılık bir insanın sağılığını ilgilendiren durumlardaki etik açılarını bilmeyi gerektirir. Bu, kişinin sözlü ya da sözlü olmayan davranışlarını yorumlama, istek ve gereksinimlerini tanıma ve bunlara uygun şekilde yanıt verebilme temelinde oluşur. Etik duyarlılık kültür, din, eğitim ve yaşam deneyimlerinden etkilenir (30). Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilir, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemekle devam ettirilir (71). Etik karar verme, etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde düşünme yetisine bağımlıdır. Ahlaki düşünce de belli bir durumda ne yapılması gerektiğine karar verme yetisidir (30).

Etik karar verme, belli faktörler hakkında bilgi ve dikkat gerektirir. Etik bir ilkenin varlığında karar verme, problemi tanımlama, istenilen amaçları tanımlama, listeleme ve alternatifleri değerlendirme, kişinin bilgisine ve bulunduğu şartlara en uygun tedavi şeklini seçme ve bu dönütleri değerlendirme aşamalarını kapsar (14). Etik, karşılaşılan bir problem karşısında ne yapılması gerektiği konusunda bize yol gösterir. Bu yolda kendi kararımızı etik duyarlılığımızı geliştirerek kendimiz veririz.

Karar verme aşamasında hemşirenin kendi kendine soracağı sorular vardır. Bunlar; etik problemin ne olduğu, sonucun ne olacağı, etik problem karşısında verilecek en uygun yanıtın nasıl olabileceği şeklindedir. Bu soruların cevapları etik ikilemi çözmede yardımcı olur (15, 18, 35).

Etik problemler karşısında gösterilecek olan etik duyarlılık sağılık uzmanları için bir gerginlik kaynağıdır. Hekim ve hemşire arasındaki yanlış anlamalar ve çatışmalar etik problemler karşısında oluşan farklı etik duyarlılıklardan kaynaklanabilir. Burada hekim ve hemşireler arasında mesleki rolün farklılığı ve sağılıklı hasta bireyle birlikte olma süresi de etik duyarlılık açısından etkili olmaktadır (45).

Etik karar vermede birinci adım, kendi değer sistemleri içerisindeki değerleri oto gözlem, oto refleksle tanımadır.

Etik karar vermede ikinci adım ise bireyin davranışları etkileyen değerleri belirledikten sonra uygun olan yaklaşımların bireyle beraber seçilmesidir (35, 71). Başkasının değer sistemini tanımak, kabul etmek, saygı göstermek ve bunların da kendi değerlerimiz kadar doğru olduğuna inanmak etik karar vermede önemli bir koşuldur (30).

Etik karar vermek için en önemli görev, hastanın ve hemşirenin değer yargılarının itinalı bir şekilde göz önünde bulundurulmasıdır. Her hemşire eğitim, kültür, din ve yaşantısıyla zaman akışında oluşmuş kendi değer sisteminden etkilenir. Aynı şekilde hasta da hemşirenin değer sistemiyle ayrılık gösteren bir değer sistemine sahip olabilir. Hemşirenin ahlaki ve ahlaki olmayan değerleri bilmesi işteki yaşantıda kişisel, mesleki ve kültürel değerlerin göreceli önemini belirlemesine yardımcı olur. Değer yargıları birbiriyle çatışmaya girerse hemşire diğer bireylerin değerlerine saygı göstermeli ve hastanın haklarıyla, mesleki sorumluluklarıyla ilişkili bir duruma getirmelidir (30).

Sağlık çalışanlarının etik duyarlılık göstermesinin temelinde hasta hakları yansısı olmak yatmalıdır (58).

4.7. HEMŞİRENİN ETİK DUYARLILIĞI

Hemşire meslek yaşantısı sırasında hastalar için en uygun ortamı oluşturmak için çeşitli etik sorunlarla yüz yüze gelir (65).

Hasta bakımı ve tedavisini sürdürme sorumluluğu ile klinikte hasta ile daha fazla birlikte olan yatak başı hemşireleri etik sorunlarla daha fazla karşılaşabilmekte ve hemşirelik tamamen eyleme dayalı bir meslek olduğundan dolayı hemşire her zaman etik bir ilişki içinde olmaktadır (34).

Hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları etik problemlerin hastaların bakımı ve tedavisi hakkında hekimler arasındaki fikir farklılıkları, hemşirelerin değer sistemleri ve kurumdaki uyumsuzluklar, kurumsal baskılar, hemşirenin uygun ahlaki durumları yerine getirmesinin kısıtlanması, hemşirenin onurunun korunması, hasta haklarının korunması, hastanın sağlık hizmeti almasını engelleyebilecek mali konular, kurumsal kâr etkenleri, politik emirlere itaat etme, ölmek üzere olan hastanın bakımı, aydınlatılmış onam, sınırlı kaynakların paylaşılması, meslektaşlarının etik ya da yasa dışı tutumları olduğu ileri sürülmektedir (40, 65). Bu ve benzeri etik sorunlar / ikilemlerle karşılaşan hemşire çözüm yolları üretmek ve uygun karar vermek durumunda kalmaktadır. Elbette ki etik ikilemi çözebilmek için öncelikle olayda bir ahlaksal sorunun bulunup bulunmadığına karar verilmiş olması gerekmektedir. Bu ahlaksal sorunun varlığını kabul etmek ve tanımlayabilmek diğer sorunlardan ayırt edebilmek, etik bilgisi kadar etik duyarlılık da gerektirmektedir. Etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan “etik duyarlılık” etik açıdan savunulabilir klinik-etik yargılarda bulunma kapasitesine

atfedilmektedir. Ancak etik duyarlılık, etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma olarak düşünülmemelidir. Çünkü etik duyarlılık göstermek, mutlak bir etik ikilemin ya da çatışmanın olmasını gerektirmemektedir. Yani etik problemi tanıma, çözüm yollarını bulma durumu hekim ve hemşirenin etik duyarlılığı hakkında bize bilgi verebilmektedir (28).

4.8. HEKİMİN ETİK DUYARLILIĞI

Kendimizi ve sevdiklerimizi korumak için birtakım kararlar almamız gerektiğinde, aklımızdan geçen fikirlerin doğru olup olmadığını sınamak için bir dayanağa ihtiyaç duyarız. Bu dayanak bazen bir ilke, bazen bir kural, bazen de alışkanlıklardır. Ahlaksal bir girişim olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında da hekimler hastalarını, ekip arkadaşlarını, hatta kendilerini korumak için almak durumunda olduğu kararlarda sağlam dayanaklara ihtiyaç duyarlar. Kısaca; etik sorunlarla karşı karşıya kalan hekim problemin etik yönünü tanımlamak diğer sorunlardan ayırt edebilmek, etik problem için çözüm yolları üretebilmek durumunda kalmaktadır bu da etik duyarlılık gerektirir. Etik duyarlılık, etik sorunu ayırt edebilmeyi gerektirmektedir. Burada hekime yardımcı olacak pek çok karar verme modeli bulunmaktadır. Birçok model karar verme sürecinin, hekimin-hastanın değerleri ve beklentileri doğrultusunda vaka için en uygun etik ilkenin hangisi olduğuna karar vermesi ile başlatılması önerilmektedir. Bu bağlamda günlük uygulamalar sırasında alınan her bir tıbbi-etik karar, hekimin etik duyarlılığı hakkında bilgi verebilmektedir (29).

4.9. BAKIM ETİĞİ

Hemşireler hastalarla ilgili karar vermek zorunda kaldıkları durumlarla sıkça karşılaşır. Bunlar ölüm kalım sorunu değildir ama iyi çözümlenebilmesi için dikkatlice ele alınmalıdır. Hasta bakımı kuramcıları sağlık çalışanlarının bu sorunlarla iyi baş edebilmek için bakım etiğini benimsemelerini önerirler. Hasta bakımı kuramcıları hemşirelerin etik sorunlarla orijinal yöntemle baş etmeye çalıştıklarını belirtmektedir.

Hasta bakımı etiği terimini doğru yerde kullanmak önemlidir. Hemşirelik, sağlık sektöründeki diğer mesleklerden daha farklıdır ve bu nedenle meselelerini, konularını, problemlerini ve ikilemlerini hasta bakımı esnasında çözüm bulup üretmeye çalışır.

Etik, sadece batı dünyasının fizyolojik gelenekleriyle değerlendirilemez. Duruma göre hasta bakımı modelleri geliştirilmelidir..

Bakım etiğinde doğruluk ve güvenli yaklaşım önemli olup hasta ilişkilerinde problem çözmede etkili olacaktır (54).

Kişiyeye özel olmayan, mantıklı, verimsiz yöntemler kullanan modern hastaneler modern bio-medikal etikçiler tarafından yansız, akılcı düşünmeyle inceleniyor gibi görünmektedir. Hasta bakımı etikçileri iyi bir tıbbi bakım ve iyi bir hasta bakımı için tarafsızlığın gerekli olmadığını öne sürerler. Temel değer hastayla karşı karşıya gelen hasta bakımı uygulayan kişi arasındaki bireysel ilişkiye bağlıdır. Tanı ve tedavideki akıcılıktan ziyade hemşireler tıbbi bilgiyle değerlendirilemezler ve bu nedenle teknolojik tıbbi bakıma ters düşüklerini hissederler.

Gilligan'ın hasta bakım etiğiyle ilgili fikirleri hemşire etikçilerin bakışını etkilemiştir ve bu kişiler bunu baskın prensibe dayalı etiğe alternatif olarak görürler.

Etik bir bakım için ne yapılmalı;

Bakım yönelimli yaklaşıma göre etik bir bakım için hemşireler şunları yapmalıdır;

1. Karşılaştıkları duruma göre cevap vermelidir. Etik davranan bir hemşire kendini hastasının yerine koymalı, anında sempati kurmalı, onların ruh hali ve davranışlarına göre hareket etmelidir.
2. İdeal olarak, etik olarak hemşire sadece saygılı ilişkide bulunmakla yetinmemeli, hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarıymış gibi savunmalıdır.

Dört kritik faktör; ciddi dikkat, gerekeni sağlama, hastayı anlamaya çalışmak ve saygıdır. Hemşire, başkalarını dinleyerek, anlayarak ve onların niyetlerini sezerek cevap vermelidir.

Bakım yönelimli yaklaşıma göre etik bir bakım için hemşireler şunları yapmamalıdır;

1. Etik problemle baş etmek için genel prensipleri uygulamaz. Adaletli olmaz, bireyselliğe saygılı olmaz. Özel durumlar insanların özel ele alınmasını hak eder. Tahmin edilemeyen ve duygusal durumlara kurallara göre davranmak önseziyi engeller ve doğal ilişkileri bozar.

2. Durumu heyecansız ele almak. Bazı yorumculara göre hemşire kendi stratejisinin dışında çalışmamalıdır. Daha ziyade kendisi analiz etme ve plan yapma isteğini bir kenara koymalıdır (44, 59).

Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu eğitim programlarıyla etkin bakım uygulayıcıları olmaktadır. Hasta bakımının çeşitli durumlarında kullanılabilecek temel kurumsal bilgileri buradan alırlar. Hemşirelik girişimlerini uygulamak ve hasta bakımını planlamak için pratik yetenekler kazanırlar. Temel eğitim, buna karşın hemşirelik araçlarının dağıtıldığı ve bakım sorumluluğunun diğerlerine paylaştırıldığı ve bilgi sahibi olmasa da iyi bir bakım beklenildiği anlarda hemşireyi hoş olmayan durumlara düşmekten kurtaramaz. Her hemşire hemşirelik yetkinliğinden, hemşirelik girişimlerinin güvenliğinden ve diğer çalışan arkadaşlarının bakım hizmetlerinin kontrolünden öncelikli olarak sorumludur (30).

Swanson'a göre bakım verme; kişisel vaat ve sorumluluk hissedilen kişiyi besleme ve büyütme yoludur. Bakım beş karşılıklı ilişkisi olan süreç içerir ki inancı sürdürme ile başlar bu inançta alıcının yaşam olayları veya geçiş dönemlerine uyum yeteneğine inançtır. İkinci süreç, bilme ve bilgilendirme anlayışıdır. Üçüncü süreç birlikte olma anlam ve yaşam deneyimlerinin paylaşılmasıdır. Dördüncü süreç onun için yapma, beşinci süreç beklenmedik olaylara karşı alıcının gelişimini sağlamadır. Bu beş süreç alıcının iyiliğini sağlamaya yöneliktir.

Hiçbir etik çerçeve bu teori içinde ifade edilmemektedir. Etik öğeler alıcı ve hemşiredir.

Bakım etiği, hemşire-hasta ilişkisi ve gereksinimlerin yerine getirilmesi özünde odaklanır. Etik bakım standardının altında yatan temel ilke insan onurunu koruma kişinin yaralanmaya yatkınlığını hafifletmektir (44).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma;

Hekimler ve hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2005-2006 yılları arasında Yalova ili ve çevresindeki devlet hastanesi, sağlık ocakları, özel hastanelerde çalışan yaklaşık 186 hekim, 244 hemşireden oluşan toplam 430 sağlık çalışanı oluşturdu.

Örneklemi ise Yalova ili ve çevresinde 2005-2006 yılları arasında görev yapan özel kurumda çalışan 18 hekim 27 hemşire, sağlık ocağında çalışan 27 hekim, 40 hemşire, devlet kurumunda çalışan 25 hekim ve 63 hemşire olmak üzere toplam 200 sağlık çalışanı oluşturdu. Örnekleme, yataklı kurumlarda çalışan; dahiliye, cerrahi, yoğun bakım, poliklinik ve acil serviste görev yapanlar alındı.

5.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada aşağıda belirtilen formlar kullanıldı;

5.3.1. Anket Formu

Anket formu, literatür bilgisi doğrultusunda; demografik özellikler ve araştırmanın konusu ile ilgili verileri elde etmek için araştırmacı tarafından geliştirildi. (Ek-2)

5.3.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi- ADA (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ)

Ahlaki Duyarlılık Anketi etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından oluşturulmuş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde 1994 yılında (İsveç-Stokholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde kullanılmıştır. 30 maddeden oluşan yedili likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 2003 yılında Hale TOSUN tarafından yapılmıştır.

Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) 30 (Otuz) madde ve 6 (Altı) alt boyutu (Otonomi -Yarar Sağlama - Bütüncü Yaklaşım - Çatışma - Uygulama - Oryantasyon)

içermektedir. Bu boyutlar ve altına giren ölçek maddeleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.
(Tablo-5.3.2)

TABLO 5.3.2. AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ - ADA
(Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ)

ALT BOYUT	MADDE NO	
OTONOMİ	10	Hastaların bakım/teavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
	12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.
	15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
	16	Çoğu kez iyi bakım/teavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
	21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/televiyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.
	24	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşı, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
	27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
YARAR SAĞLAMA	2	Hastalarımı bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissedirim.
	5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
	8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
	25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/televi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
BÜTÜNCÜ YAKLAŞIM	1	Hemşire/hekim olarak sorumluluğun, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
	6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
	18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
	29	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
	30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.
ÇATIŞMA	9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşıyorum.
	11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarda sıklıkla karşılaşırım.
	14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarda sıklıkla karşılaşırım.
UYGULAMA	4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
	17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
	20	Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
	28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
ORYANTASYON	7	İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
	13	Bakım-televi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
	19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
	22	İyi bir bakım/televinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
SINIFLANDI RILMAYAN MADDELER	3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
	23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşırım.
	26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmemin bazen geçerli nedenleri vardır.

5.3.3. Puanlama: Hekim ve hemşirelere yazılı olarak ölçek verilmiş olup, ölçekte yer alan ifadeler hekim ve hemşirelerin, katılıp katılmadığı yanıtına göre 1 ve 7 puan arasında değerlendirme yapılmıştır.

Tamamen Katılıyorum.				Hiç Katılmıyorum.		
1	2	3	4	5	6	7

5.3.4. Puanların Hesaplanması: Ölçeğin toplam puanı yukarıda yer alan puanlama doğrultusunda verilen cevaba göre puanların toplamından oluşur. Ölçeğin toplam puanı 30-210 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması etik açıdan düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan yüksek duyarlılığı gösterir. Alt boyutların puanları ise aşağıdaki Tablo-5.3.4’de görülmektedir.

Tablo 5.3.4. ADA’nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı

Alt Boyutlar	Minimum	Maximum
Otonomi	7	49
Yarar Sağlama	4	28
Bütüncü Yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
TOPLAM	30	210

ADA’nın Cronbach’s Alpha değeri Hale TOSUN’un çalışmasında 0.84 olarak belirlenmiş olup çalışmamızda ise 0.839 olduğu belirlendi.

5.4. Veri Toplanması

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan “Bireysel Bilgi Formu” ve geçerlik güvenirliği Tosun tarafında yapılan ADA (Ahlaki Duyarlılık Anketi) kullanıldı. Anketler araştırmacı tarafından kurumlara gidilerek dağıtıldı ve geri toplandı. Toplanan anketlerden bazıları bireysel bilgi formundaki, bazıları da ADA’ daki eksikliklerden dolayı değerlendirmeye alınamadı. Araştırma 200 anketin değerlendirmeye alınması ile tamamlandı.

5.5. Veri Analizi

Veri analizinde istatistik uzmanı tarafından; frekans, standart hata, medyan, yüzdelik oran, ortalama, minimum ve maksimum değerler, Cronbah’s Alpha teknikleri kullanıldı.

İki grup ortalamasını karşılaştırmak için Mann Whitney (**Z**) testi,

İkiden fazla grup ortalamalarını karşılaştırmak için Kruskal Wallis (χ^2) testi kullanıldı.

P değeri 0.05’ten küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.

5.6. Araştırmanın Etik Yönleri

Yalova İl Sağlık Müdürlüğünden, Devlet Hastanesinden ve Özel Hastaneden yazılı izin alındı. (Ek-1) Örnekleme alınan hekim ve hemşirelere çalışmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verildi, katılımın gönüllülük ilkesine dayadığı açıklandı ve sözlü izinleri alındı.

Çalışmanın amacı ve kapsamını içeren bilgilendirme yapıldı. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelere verdikleri bilgilerin gizli kalacağı konusunda güvence verildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hekimlerin poliklinik ve ameliyathane çalışmaları sırasında iletişim kurulamaması, görüşmelerin hekimlerin öğlen izinleriyle sınırlı kalması ve dağıtılan formların geri dönüşlerinde eksiklikler olması nedeniyle araştırmacı tarafından hekim ile karşılıklı görüşülerek doldurulması çalışmayı uzatmıştır.

Bazı birimlerdeki hekim ve hemşirelerin vardiya sistemi ile çalışması anketlerin yapılma süresini uzatmıştır.

Çalışmaya Yalova ili ve ilçelerinin de dahil edilmesi, kurumların dolaşılması, veri toplama sürecinin uzaması, ulaşım ve ekonomik maliyetin yüksek olması gibi zorluklar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

6. BULGULAR

Hekim ve hemşirelerin, “Ahlaki Duyarlılık Anketi Ölçeğini” kullanarak etik duyarlılık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak sonuçları tablolar halinde sunuldu.

Buna göre araştırmadan elde edilen bulgular;

Hekimlerin ve hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular,

Hekim ve hemşirelerin demografik özellikleri ile ADA ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırması yapılarak incelendi.

6.1. HEKİMLERİN VE HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

6.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

BİREYSEL ÖZELLİKLERİ		HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
CİNSİYET	Kadın	24	%34,3	130	%100,0	154	%77,0
	Erkek	46	%65,7	0	%0,0	46	%23,0
YAŞ	20-30	4	%5,7	90	%69,2	94	%47,0
	31-40	44	%62,9	27	%20,8	71	%35,5
	41- 50	13	%18,6	13	%10,0	26	%13,0
	51- ↑	9	%12,9	0	%0,0	9	%4,5
MEDENİ DURUM	Evli	55	%78,6	84	%64,6	139	%69,5
	Bekar	15	%21,4	46	%35,4	61	%30,5
ÇOCUK	Evet	55	%78,6	65	%50,0	120	%60,0
	Hayır	15	%21,4	65	%50,0	80	%40,0
TOPLAM		70	%100	130	%100	200	%100

Tablo-6.1.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hekim grubunun %34.3'ünün (n=24) kadın, %65.7'sinin (n=46) erkek olduğu görülürken, hemşire grubunun ise

%100'ünün (n=130) kadın olduğu belirlendi. Toplamda ise %77 (n=154) kadın, %23 (n=46) erkek olduğu görüldü.

Hekim grubunun % 5.7'sinin (n=4) 20-30 yaş arası, %62.9'unun (n=44) 31-40 yaş arası, %18.6'sının (n=13) 41-50 yaş arası, %12.9'unun (n=9) 51 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlendi.

Hemşire grubunun %69.2'sinin (n=90) 20-30 yaş arası, %20.8'inin (n=27) 31-40 yaş arası, %10'unun (n=13) 41-50 yaş grubu arasında olduğu görüldü. Toplamda ise %47'sinin (n=94) 20-30 yaş arası, %35.5'inin (n=71) 31-40 yaş arası, %13'ünün (n=26) 41-50 yaş arası, %4.5'inin (n=9) 51 yaş ve üzeri olduğu belirlendi.

Hekim grubunun %78.6'sının (n=55) evli, %21.4'ünün (n=15) bekar olduğu; hemşire grubunun %64.6'sının (n=84) evli, %35.4'ünün (n=46) bekar olduğu görüldü. Medeni durum toplamında ise %69.5'inin (n=139) evli, %30.5'inin (n=61) bekar olduğu görüldü.

Hekim grubunun %78.6' sının (n=55) çocuk sahibi olduğu, %21.4'ünün (n=15) çocuğunun olmadığı; hemşirelerin %50'sinin (n=65) çocuk sahibi olduğu, %50'sinin (n=65) çocuğunun olmadığı görüldü. Toplamda ise %60'ının (n=120) çocuk sahibi olduğu, %40'ının (n= 80) çocuğunun olmadığı belirlendi.

6.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (N=200)

MESLEKİ ÖZELLİKLER		HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Çalışılan Kurum	Devlet Has.	25	%35,7	63	%48,5	88	%44,0
	Sağlık Oca.	27	%38,6	40	%30,8	67	%33,5
	Özel Has.	18	%25,7	27	%20,8	45	%22,5
En Uzun Çalışılan Birim	Poliklinikler	29	%41,4	34	%26,2	63	%31,5
	Acil Servis	9	%12,9	29	%22,3	38	%19,0
	Cerrahi	17	%24,3	40	%30,8	57	%28,5
	Dahiliye	15	%21,4	27	%20,8	42	%21,0
Halen Çalışılan Birim	Cerrahi	14	%20,0	32	%24,6	46	%23,0
	Dahiliye	12	%17,1	30	%23,1	42	%21,0
	Acil Servis	9	%12,9	18	%13,8	27	%13,5
	Poliklinikler	29	%41,4	35	%26,9	64	%32,0
	Diğer	6	%8,6	15	%11,5	21	%10,5
Birimde Çalışma Süresi	1-5 yıl	36	%51,4	103	%79,2	139	%69,5
	6-10 yıl	19	%27,1	17	%13,1	36	%18,0
	11 - ↑	15	%21,4	10	%7,7	25	%12,5
Birimde Çalışma Kendi Tercihi	Evet	58	%82,9	90	%69,2	148	%74,0
	Hayır	12	%17,1	40	%30,8	52	%26,0
TOPLAM		70	%35,0	130	%65,0	200	%100,0

Tablo-6.1.2 incelendiğinde; çalışmaya katılan hekim grubunun %35.7'sinin (n=25) Devlet Hastanesinde, %38.6'sının (n=27) Sağlık Ocağında, %25.7'sinin (n=18) Özel Hastanede çalıştığı görülürken; hemşire grubunun ise %48.5'inin (n=63) Devlet Hastanesinde, %30.8'inin (n=40) Sağlık Ocağında, %20.8'inin Özel Hastanede çalıştığı görüldü. Toplamda ise yapılan istatistik verilerde %44'ünün (n=88) Devlet Hastanesinde, %33.5'inin (n=67) Sağlık Ocağında, %22.5'inin (n=45) Özel Hastanede çalıştığı belirlendi.

Hekim ve hemşire denek gruplarının en uzun çalıştığı birim ile ilgili veriler incelendiğinde, hekim grubunun %41.4'ünün (n=29) Polikliniklerde, %12.9'unun (n=9) Acil Serviste, %24.3'ünün (n=17) Cerrahi Kliniğinde, %21.4'ünün (n=15) ise Dahiliye Servisinde çalıştığı, hemşire grubunun ise; %26.2'sinin (n=34) Polikliniklerde, %22.3'ünün (n=29) Acil Servislerde, %30.8'inin (n=40) Cerrahi Kliniğinde, %20.8'inin

(n=27) Dahiliye Polikliniklerinde çalıştığı belirlendi. Denek gruplarının en uzun çalıştığı birimler incelendiği zaman toplamda %31.5'inin (n=63) Polikliniklerde, %19'unun (n=38) Acil Servislerde, %28.5'inin (n=57) Cerrahi Kliniğinde, %21'inin (n=42) Dahiliye Kliniğinde olduğu görüldü.

Hekimlerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde, %20'sinin (n=14) Cerrahi Kliniğinde çalıştığı, %17.1'inin (n=12) Dahiliye Servisinde çalıştığı, %12.9'unun (n=9) Acil Servislerde çalıştığı, %41.4'ünün (n=29) Polikliniklerde çalıştığı, %8.6'sının (n=6) bu birimlerin dışındaki bazı görevlerde çalıştıkları görüldü.

Hemşirelerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde; %24.6'sının (n=32) Cerrahi Kliniğinde çalıştığı, %23.1'inin (n=30) Dahiliye Kliniğinde çalıştığı, %13.8'inin (n=18) Acil Serviste, %26.9'unun (n=35) Polikliniklerde ve %11.5'inin (n=15) bu birimlerin dışındaki bazı görevlerde çalıştıkları görüldü.

Birimde çalışma süresi incelendiğinde; hekimlerin %51.4'ünün (n=36) 1-5 yıl arası çalıştığı, %27.1'inin (n=19) 6-10 yıl arası çalıştığı, %21.4'ünün (n=15) 11 yıl ve üzeri süre çalıştığı görüldü. Hemşirelerde %79.2'sinin (n=103) 1-5 yıl arası çalıştığı, %13.1'inin (n=17) 6-10 yıl arası çalıştığı, %7.7'sinin (n=10) 11 ve üzeri yıl arası çalıştığı görüldü. Toplamda ise %69.5'inin (n=139) 1-5 yıl arası, %18'inin (n=36) 6-10 yıl arası, %12.5'inin (n=25) 11 yıl ve üzeri süre çalıştığı belirlendi.

Birimde çalışmanın kendi tercihi olması kriteri incelendiğinde, hekimlerde %82.9'unun (n=58) "Evet" dediği, %17.1'inin "Hayır" dediği belirlendi. Hemşirelerin %69.2'sinin (n=90) "Evet" dediği, %30.8'inin (n=40) "Hayır" dediği görüldü. Toplam denek sayısında, %74'ünün (n=148) "Evet" dediği, %26'sının (n=52) "Hayır" dediği görüldü.

6.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Meslek İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

MESLEKİ ÖZELLİKLER		HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
		n	%	n	%	n	%
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	63	%90,0	83	%63,8	146	%73,0
	Hayır	7	%10,0	47	%36,2	54	%27,0
Mesleği Severecek Yapma	Evet	59	%84,3	105	%80,8	164	%82,0
	Hayır	11	%15,7	25	%19,2	36	%18,0
Mesleğinizde Toplam Çalışma Süresi	1 - 5 yıl	7	%10,0	51	%39,2	58	%29,0
	6 - 10 yıl	11	%15,7	37	%28,5	48	%24,0
	11- ↑	52	%74,3	42	%32,3	94	%47,0
En Uzun Çalışma Şekliniz	Sürekli Gece	1	%1,4	4	%3,1	5	%2,5
	Sürekli Gündüz	45	%64,3	60	%46,2	105	%52,5
	Bazen Nöbet	24	%34,3	66	%50,8	90	%45,0
Çalıştığınız Kurumdaki Şu An ki Göreviniz	Başhekim	3	%4,3	0	%0,0	3	%1,5
	Hekim	63	%90,0	0	%0,0	63	%31,5
	Başhemşire	0	%0,0	1	%0,8	1	%0,5
	Sorumlu Hemş.	0	%0,0	15	%11,5	15	%7,5
	Hemşire	0	%0,0	110	%84,6	110	%55,0
	Diğer	4	%5,7	4	%3,1	8	%4,0
TOPLAM		70	%35,0	130	%65,0	200	%100,0

Tablo-6.1.3 incelendiğinde; Hekim grubunun %90'ının (n=63) Mesleğini İsteyerek Seçme sorusuna “Evet” yanıtını, %10'unun (n=7) “Hayır” yanıtını verdiği görüldü. Hemşirelerde %63.8'inin (n=83) “Evet” dediği, %36.2'sinin (n=47) “Hayır” dediği görüldü. Toplamda ise %73'ünün (n=146) “Evet” dediği, %27'sinin ise “Hayır” dediği belirlendi.

Mesleğini Severecek Yapma sorusunun cevabı incelendiğinde, hekimlerin %84.3'ünün (n=59) “Evet” dediği, %15.7'sinin “Hayır” dediği görüldü. Hemşirelerde %80.8'inin (n=105) “Evet” dediği, %19.2'sinin (n=25) “Hayır” dediği belirlendi. Toplamda ise %82'sinin (n=164) “Evet” dediği, %18'inin (n=36) “Hayır” dediği görüldü.

Meslekte Toplam Çalışma Süresi incelendiğinde, hekimlerin %10'unun (n=7) 1-5 yıl arası çalıştığı, %15.7'sinin (n=11) 6-10 yıl arası çalıştığı, %74.3'ünün (n=52) 11 yıl ve üzeri çalıştığı görüldü. Hemşirelerde, %39.2'sinin (n=51) 1-5 yıl arası,

%28.5'inin (n=37) 6-10 yıl arası çalıştığı ve %32.3'ünün (n=42) ise 11 yıl ve üzeri sürelerde çalıştığı görüldü. Toplamda ise %29'unun (n=58) 1-5 yıl arası, %24'ünün (n=48) 6-10 yıl arası, %47'sinin (n=94) 11 yıl ve üzeri süre çalıştığı belirlendi.

Hekimlerin en uzun çalışma şeklinin karşılaştırılmasında, %1.4'ünün (n=1) "Sürekli Gece" çalıştığı, %64.3'ünün (n=45) "Sürekli Gündüz" çalıştığı, %34.3'ünün (n=24) ise "Bazen Nöbet" şeklinde çalıştığı belirlendi. Hemşirelerde %3.1'inin (n=4) "Sürekli Gece" çalıştığı, %46.2'sinin (n=60) "Sürekli Gündüz" çalıştığı, %50.8'inin (n=66) ise Bazen Nöbet" şeklinde çalıştığı görüldü. Toplamda ise %2.5'inin (n=5) "Sürekli Gece" çalıştığı, %52.5'inin (n=105) "Sürekli Gündüz" çalıştığı, %45'inin (n=90) ise "Bazen Nöbet" tuttuğu görüldü.

Hekimlerin Çalıştığınız Kurumdaki Şu Anki Göreviniz sorusuna, %90'ının (n=63) "Hekim" olarak cevaplandırıdıkları, %4.3'ünün (n=3) "Başhekim" dedikleri, %5.7'sinin (n=4) "Diğer" seçeneğini işaretledikleri görüldü. Hemşirelerde %11.5'inin (n=15) "Sorumlu Hemşire", %84.6'sının (n=110) "Hemşire", %0.8'inin (n=1) "Başhemşire", %3.1'inin (n=4) ise "Diğer" seçeneğini işaretledikleri belirlendi. Toplamda ise %31.5'inin (n=63) "Hekim", %7.5'inin (n=15) "Sorumlu Hemşire", %1.5'inin (n=3) "Başhekim", %0.5'inin (n=1) "Başhemşire", %4'ünün ise "Diğer" grubu işaretlediği belirlendi. "Diğer" seçeneğini işaretleyen hekim ve hemşirelerin asli görevleri dışında çalıştıkları (istatistik, laboratuarda görevli gibi) belirlendi.

Çalışmamıza katılan hekimlerin ve hemşirelerin etik ile ilgili bir yayını düzenli olarak izlemedikleri, çalışılan kurumlarda etik komitenin olmadığı belirlendi.

Çalışmamıza katılan hekimlerin ve hemşirelerin mesleki çalışma sırasında 118'inin etik bir problemle karşılaştığı bunlardan 48'inin problemi kendi başına çözdüğü, 35'inin yardım alarak çözdüğü, 35'inin de çözemediği belirlendi.

6.2. HEKİM VE HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ADA ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

6.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	20-30 (n=4)		31-40 (n=44)		41-50 (n=13)		51 ve üstü (n=9)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Otonomi	8-19	11.75 $\pm$ 5.00	8-34	18.93 $\pm$ 6.14	11-34	23.53 $\pm$ 6.47	8-25	15.11 $\pm$ 5.90	13.917	0.003 *
E	Yarar Sağlama	4-11	8.75 $\pm$ 3.20	5-21	12.75 $\pm$ 3.74	6-19	11.47 $\pm$ 3.98	5-17	11.55 $\pm$ 3.40	4.132	0.248
K	Bütüncü Yaklaşım	6-13	9.25 $\pm$ 2.88	5-30	11.87 $\pm$ 4.84	5-20	11.92 $\pm$ 3.78	5-17	10.11 $\pm$ 4.07	2.340	0.505
İ	Çatışma	4-17	11.75 $\pm$ 5.50	3-19	12.98 $\pm$ 4.15	7-20	14.15 $\pm$ 4.21	3-21	13.55 $\pm$ 5.12	0.966	0.809
M	Uygulama	5-22	11.25 $\pm$ 7.41	5-22	10.48 $\pm$ 4.07	7-22	13.00 $\pm$ 5.41	4-18	10.44 $\pm$ 4.48	2.154	0.541
	Oryantasyon	4-12	6.00 $\pm$ 4.00	4-26	7.70 $\pm$ 3.84	5-19	10.00 $\pm$ 4.28	4-15	6.66 $\pm$ 3.27	8.513	0.037 *
	TOPLAM	52-83	67.50 $\pm$ 15.75	44-153	85.98 $\pm$ 19.48	65-141	95.77 $\pm$ 18.00	44-153	85.62 $\pm$ 20.08	8.340	0.039 *
	Alt Boyutlar	20-30 (n=90)		31-40 (n=27)		41-50 (n=13)		51 ve üstü (n=0)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Otonomi	7-37	18.81 $\pm$ 8.19	7-42	18.07 $\pm$ 6.98	9-23	17.30 $\pm$ 3.98	---	---	0.038	0.981
E	Yarar Sağlama	4-22	12.94 $\pm$ 4.48	6-21	12.55 $\pm$ 3.86	4-22	11.92 $\pm$ 5.15	---	---	1.299	0.522
M	Bütüncü Yaklaşım	5-35	13.34 $\pm$ 6.21	5-24	11.74 $\pm$ 4.93	5-16	9.46 $\pm$ 3.09	---	---	7.876	0.019
Ş	Çatışma	3-21	13.77 $\pm$ 3.75	5-21	11.92 $\pm$ 4.34	3-19	12.76 $\pm$ 5.13	---	---	3.857	0.145
İ	Uygulama	4-26	11.83 $\pm$ 4.50	4-20	11.00 $\pm$ 4.42	6-19	11.30 $\pm$ 3.77	---	---	0.530	0.767
R	Oryantasyon	4-28	9.15 $\pm$ 4.96	4-23	8.85 $\pm$ 4.38	4-13	7.46 $\pm$ 2.72	---	---	1.058	0.589
E	TOPLAM	57-183	91.14 $\pm$ 25.42	56-158	85.33 $\pm$ 22.45	44-102	80.61 $\pm$ 17.20	---	---	1.916	0.384

51 yaş ve üstünde denek bulunmamaktadır.

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

Tablo-6.2.1. incelendiğinde; hekimlerin yaş gruplarının ADA puanları ile karşılaştırılmasında; Otonomi alt boyutuna yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar

arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. ($p<0.05$ $\chi^2=13.91$) Bu durumda yaş grupları ikili karşılaştırılarak ileri istatistiksel analiz yapıldı. Buna göre, 20-30 ve 31-40 yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. 31-40 yaş grubunda otonomi kullanmanın 20-30 yaş grubuna göre daha fazla olduğu belirlendi. ($p<0.05$)

Otonomi kullanmanın 20-30 yaş grubunda en yüksek olduğu ve bu yüksekliğin 31-40 ve 41-50 yaş grubu ile anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. 51 yaş ve üzerindeki grupta otonomi kullanmanın arttığı ve 41-50 yaş grubu ile anlamlı fark gösterdiği saptandı. ($p<0.05$)

Oryantasyon alt boyutunun istatistiksel analizinde hekimlerdeki yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. ($p<0.05$ $\chi^2=8.51$) Buna göre, 20-30 yaş grubu ile 41-50 yaş grubu arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), yaşın ilerlemesi ile oryantasyonun azaldığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

31-40 yaş grubu ile 41-50 yaş grubu arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), yaşın ilerlemesi sonucu oryantasyonun azaldığı görüldü. 41-50 yaş grubu ile 51 ve üstü yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), 51 ve üstü yaştan sonra oryantasyonun arttığı gözlemlendi.

ADA'nın geneli ve diğer boyutlar ile hekimlerdeki yaş grupları arasında yapılan ileri istatistiksel analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.1).

ADA'nın hemşirelerin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında; yapılan ileri istatistiksel analizde bütüncü yaklaşım boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$ $\chi^2=7.87$) Bu durumda yaş grupları ikili karşılaştırılarak ileri istatistiksel analiz yapılmıştır. Buna göre 20-30 yaş grubu ile 31-40 yaş grubu arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), yaşın ilerlemesi ile bütüncü yaklaşımın arttığı görüldü.

20-30 yaş grubu ile 41-50 yaş grubu arasında yapılan analizde yaşın ilerlemesi ile bütüncü yaklaşımın arttığı görüldü. (Tablo 6.2.1).

ADA'nın geneli ve diğer boyutlar ile hemşirelerdeki yaş grupları arasında yapılan ileri istatistiksel analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.1).

6.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Evli (n=55)		Bekar (n=15)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
H E K İ M	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.70±4.67	6-18	10.73±3.75	-0.682	0.495
	Otonomi	8-34	19.78±6.73	8-25	15.60±5.55	-2.174	0.030 *
	Yarar Sağlama	5-21	12.47±3.81	4-17	10.87±3.44	-1.187	0.235
	Çatışma	3-21	13.36±4.45	4-17	12.60±3.80	-0.754	0.451
	Uygulama	4-22	11.21±4.60	5-22	10.13±4.67	-0.919	0.358
	Oryantasyon	4-26	8.25±4.12	4-12	6.60±3.04	-1.755	0.079
	TOPLAM	48-153	88.05±19.90	44-109	76.73±18.83	-1.876	0.061
	Alt Boyutlar	Evli (n=84)		Bekar (n=46)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
H E M Ş İ R E	Bütüncü Yaklaşım	5-35	12.34±6.37	5-31	13.13±4.707	-1.901	0.057
	Otonomi	7-43	18.35±7.33	7-41	18.78±8.157	-0.049	0.961
	Yarar Sağlama	4-22	13.02±4.27	4-22	12.29±4.65	-0.725	0.468
	Çatışma	3-21	13.07±4.26	4-21	13.70±3.70	-0.484	0.628
	Uygulama	4-26	11.33±4.60	4-23	12.10±4.02	-1.233	0.218
	Oryantasyon	4-28	8.94±5.09	4-22	8.90±3.83	-0.636	0.525
	TOPLAM	44-183	87.92±25.24	56-158	90.63±22.49	-0.952	0.341

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.2. incelendiğinde; hekimlerin medeni durumu ile ADA puanları karşılaştırıldığında, otonomi alt boyutunda, “Evli” ve “Bekar” grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görüldü. (p<0.05 Z = -2.174)

ADA’nın geneli ve diğer boyutlar ile hekimlerdeki medeni durum arasında yapılan ileri istatistiksel analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.(p>0.05) (Tablo 6.2.2).

ADA ile hemşirelerdeki medeni durum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. ($p>0.05$)

ADA'nın geneli ve diğer boyutlar ile hemşirelerdeki yaş grupları arasında yapılan ileri istatistiksel analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.2).

ADA ile hekim ve hemşirelerin medeni durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. (Tablo 6.2.2)

6.2.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk Varlığına Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Çocuk Varlığı Evet (n=55)		Çocuk Varlığı Hayır (n=15)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
HEKİMLER	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.81±4.65	6-18	10.33±3.61	-1.099	0.272
	Otonomi	8-34	20.05±6.61	8-25	14.60±5.15	-2.913	0.004 *
	Yarar Sağlama	5-21	12.63±3.87	4-15	10.27±2.81	-1.942	0.052
	Çatışma	3-21	13.34±4.38	4-19	12.67±4.08	-0.646	0.518
	Uygulama	4-22	11.20±4.41	5-22	10.20±5.31	-1.134	0.257
	Oryantasyon	4-26	8.14±4.06	4-15	7.00±3.48	-1.343	0.179
	TOPLAM	48-153	88.63±19.79	44-101	74.60±17.70	-2.434	0.015
	Alt Boyutlar	Çocuk Varlığı Evet (n=65)		Çocuk Varlığı Hayır (n=65)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
HEMŞİRELER	Bütüncü Yaklaşım	5-34	12.04±6.12	5-35	13.20±5.50	-1.853	0.064
	Otonomi	7-43	18.92±7.70	7-41	18.09±7.60	-0.949	0.343
	Yarar Sağlama	4-22	13.38±4.64	4-22	12.13±4.09	-1.320	0.187
	Çatışma	3-21	12.93±4.28	4-21	13.64±3.85	-0.788	0.431
	Uygulama	4-26	11.41±4.67	5-25	11.80±4.14	-0.586	0.558
	Oryantasyon	4-28	9.09±5.24	4-28	8.75±4.05	-0.299	0.765
	TOPLAM	44-183	88.90±26.59	58-166	88.88±21.89	-0.258	0.796

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.3. incelendiğinde; ADA ile hekimlerdeki çocuk durumunun karşılaştırılmasında; otonomi boyutunda ($p<0.05$ $Z=-2.913$) ve ADA'nın toplamında ($p<0.05$ $Z=-2.434$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Çocuk sahibi olmayan hekimlerde otonominin ve etik duyarlılığın daha fazla olduğu görüldü. (Tablo-6.2.3).

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile hemşirelerdeki çocuk varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo-6.2.3).

6.2.4. Hekimlerin ve Hemşirelerin Çalışılan Kurumlara Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Devlet Hastanesi (n=25)		Sağlık Ocağı (n=27)		Özel Hastane (n=18)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
HEKİMLERİN	Bütüncü Yaklaşım	5-17	11.00 $\pm$ 3.43	5-30	12.22 $\pm$ 5.20	5-21	11.11 $\pm$ 4.68	0.697	0.706
	Otonomi	8-30	18.08 $\pm$ 6.16	8-34	18.88 $\pm$ 7.04	10-34	20.00 $\pm$ 7.06	0.665	0.717
	Yarar Sağlama	4-21	11.92 $\pm$ 3.77	5-21	11.85 $\pm$ 3.90	5-19	12.84 $\pm$ 3.73	1.426	0.490
	Çatışma	4-20	12.72 $\pm$ 4.29	5-21	13.70 $\pm$ 4.37	3-18	13.11 $\pm$ 4.40	1.090	0.580
	Uygulama	5-22	12.04 $\pm$ 5.08	5-22	10.44 $\pm$ 4.20	4-20	10.33 $\pm$ 4.45	1.524	0.467
	Oryantasyon	4-13	7.48 $\pm$ 3.07	4-26	8.11 $\pm$ 4.69	4-19	8.17 $\pm$ 4.02	0.157	0.924
	TOPLAM	52-109	84.84 $\pm$ 16.35	44-153	85.74 $\pm$ 23.13	48-141	86.55 $\pm$ 20.99	0.013	0.993
	Alt Boyutlar	Devlet Hastanesi (n=63)		Sağlık Ocağı (n=40)		Özel Hastane (n=27)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
HEMŞİRELERİN	Bütüncü Yaklaşım	5-35	12.80 $\pm$ 5.23	5-34	11.92 $\pm$ 6.047	5-34	13.22 $\pm$ 6.83	1.947	0.378
	Otonomi	7-37	17.80 $\pm$ 7.50	7-42	19.50 $\pm$ 7.18	9-43	18.67 $\pm$ 8.62	2.416	0.299
	Yarar Sağlama	4-22	12.57 $\pm$ 4.23	4-22	13.30 $\pm$ 4.91	4-22	12.40 $\pm$ 4.10	0.543	0.762
	Çatışma	5-20	13.35 $\pm$ 3.70	3-21	12.22 $\pm$ 4.50	4-21	14.74 $\pm$ 3.94	6.332	0.042 *
	Uygulama	4-25	11.74 $\pm$ 4.52	5-20	11.15 $\pm$ 3.98	5-26	11.96 $\pm$ 4.80	0.534	0.766
	Oryantasyon	4-28	8.92 $\pm$ 4.08	4-27	8.47 $\pm$ 5.03	4-28	9.60 $\pm$ 5.47	1.972	0.373
	TOPLAM	56-166	88.28 $\pm$ 22.00	46-164	87.98 $\pm$ 25.28	59-183	91.62 $\pm$ 28.20	0.108	0.948

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

Tablo-6.2.4. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. (p>0.05)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hemşireler karşılaştırıldığında çatışma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. (p<0.05 χ^2 =6.33) Bu durumda grupların ikili

karşılaştırılarak yapılan ileri istatistiksel analizde sağlık ocağı ile özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$ $Z=-2.471$) Sağlık ocağında çalışan hemşirelerde etik duyarlılığın özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu gözlenmektedir. (Tablo-6.2.4)

Bu bize sağlık ocağında çalışan hemşirelerin yataklı kurumlarda daha önce çalışmış olduğu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin yeni mezun olanlardan oluştuğu için böyle bir sonucun ortaya çıkabileceğini düşündürdü.

6.2.5. Hekimlerin ve Hemşirelerin En Uzun Çalışılan Birime Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Cerrahi (n=17)		Dahiliye (n=15)		Acil Servis (n=9)		Poliklinikler (n=29)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-21	11.11 $\pm$ 4.66	5-20	12.33 $\pm$ 3.86	6-30	11.55 $\pm$ 7.24	5-19	11.27 $\pm$ 3.73	2.261	0.520
E	Otonomi	8-30	18.64 $\pm$ 6.17	11-34	20.73 $\pm$ 7.15	8-34	17.11 $\pm$ 8.63	8-33	18.62 $\pm$ 6.21	1.989	0.575
K	Yarar Sağlama	5-17	11.58 $\pm$ 3.29	7-19	13.06 $\pm$ 3.59	4-21	13.33 $\pm$ 5.63	5-20	11.58 $\pm$ 3.46	2.195	0.533
i	Çatışma	3-20	14.17 $\pm$ 3.86	3-19	13.20 $\pm$ 4.37	4-15	9.44 $\pm$ 3.81	5-21	13.79 $\pm$ 4.23	8.253	0.041 *
M	Uygulama	4-20	10.76 $\pm$ 4.29	7-22	14.13 $\pm$ 5.46	5-22	9.33 $\pm$ 5.12	5-18	10.00 $\pm$ 3.45	7.711	0.052
	Oryantasyon	4-15	8.05 $\pm$ 3.50	4-19	8.20 $\pm$ 4.03	4-26	9.33 $\pm$ 6.70	4-16	7.20 $\pm$ 3.03	0.848	0.838
	TOPLAM	48-109	85.64 $\pm$ 17.57	65-141	92.26 $\pm$ 18.99	52-153	81.00 $\pm$ 30.56	44-113	83.62 $\pm$ 18.33	3.543	0.315
	Alt Boyutlar	Cerrahi (n=40)		Dahiliye (n=27)		Acil Servis (n=29)		Poliklinikler (n=34)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-35	11.72 $\pm$ 5.90	5-25	11.81 $\pm$ 4.89	5-34	14.82 $\pm$ 6.56	6-34	12.44 $\pm$ 5.50	7.252	0.064
E	Otonomi	7-42	18.45 $\pm$ 7.40	7-37	17.74 $\pm$ 7.34	7-43	18.44 $\pm$ 8.62	7-41	19.23 $\pm$ 7.39	1.347	0.718
M	Yarar Sağlama	4-21	12.72 $\pm$ 4.32	5-22	12.55 $\pm$ 4.07	4-22	12.55 $\pm$ 4.87	5-22	13.14 $\pm$ 4.52	0.435	0.933
İ	Çatışma	3-20	13.20 $\pm$ 4.02	4-21	14.51 $\pm$ 3.95	3-19	13.51 $\pm$ 3.79	5-21	12.23 $\pm$ 4.32	5.158	0.161
R	Uygulama	4-25	11.15 $\pm$ 4.38	5-19	11.59 $\pm$ 4.24	6-26	12.62 $\pm$ 4.91	5-20	11.29 $\pm$ 4.13	1.405	0.704
E	Oryantasyon	4-28	8.97 $\pm$ 5.09	4-22	8.59 $\pm$ 4.03	4-28	9.44 $\pm$ 4.84	4-22	8.67 $\pm$ 4.64	1.014	0.798
	TOPLAM	56-166	87.32 $\pm$ 25.14	58-127	88.07 $\pm$ 21.11	60-183	93.03 $\pm$ 27.49	44-164	87.82 $\pm$ 23.23	0.867	0.833

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

6.2.5. Hekimlerin ve Hemşirelerin En Uzun Çalışılan Birime G.öre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

Tablo-6.2.5. incelendiğinde; ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde hekimlerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Poliklinik en uzun çalışma birimlerinin karşılaştırılmasında, çatışma ($p<0.05$ $\chi^2=8.25$) boyutu ve uygulama ($p<0.05$ $\chi^2=7.71$) boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Bu durumda grupların ikili karşılaştırılarak yapılan ileri istatistiksel analiz yapılmıştır. Buna göre Poliklinik ve Acil Serviste çalışan hekimler arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. ($p<0.05$ $Z=-2.623$) Acil Serviste çalışan hekimlerin Poliklinikte çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

Acil Serviste çalışan hekimler ile dahiliye de çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$ $Z=-1.97$) Acil serviste çalışan hekimlerin dahiliyede çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı belirlendi.

Acil serviste çalışan hekimler ile cerrahi servisinde çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcuttur. ($p<0.05$ $Z=-2.725$) Acil serviste çalışan hekimlerin cerrahi servisinde çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Cerrahi, Acil Servis, Dahiliye ve Polikliniklerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.5)

6.2.6. Hekimlerin ve Hemşirelerin Halen Çalışılan Birime Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Cerrahi (n=14)		Dahiliye (n=12)		Acil Servis (n=9)		Poliklinikler (n=29)		Diğer (n=6)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-21	11.57 $\pm$ 4.79	5-20	12.58 $\pm$ 4.01	7-13	9.66 $\pm$ 1.93	5-30	11.96 $\pm$ 5.18	6-14	9.66 $\pm$ 3.20	4.371	0.358
E	Otonomi	8-30	19.00 $\pm$ 6.48	11-34	20.91 $\pm$ 7.19	8-25	15.77 $\pm$ 5.69	8-34	18.82 $\pm$ 7.04	9-28	19.50 $\pm$ 6.09	3.024	0.554
K	Yarar Sağlama	5-15	10.85 $\pm$ 3.10	9-19	13.50 $\pm$ 3.52	4-21	12.66 $\pm$ 5.04	5-21	11.96 $\pm$ 3.75	7-17	12.33 $\pm$ 3.66	3.081	0.544
i	Çatışma	3-20	13.92 $\pm$ 4.21	3-19	12.66 $\pm$ 4.53	4-15	10.33 $\pm$ 3.20	5-21	13.89 $\pm$ 4.27	4-19	13.50 $\pm$ 5.08	6.814	0.146
M	Uygulama	6-20	11.50 $\pm$ 4.09	7-22	14.41 $\pm$ 5.71	6-11	8.00 $\pm$ 1.65	4-22	10.31 $\pm$ 4.25	5-16	10.66 $\pm$ 4.80	9.345	0.053
	Oryantasyon	5-15	8.57 $\pm$ 3.63	4-19	8.41 $\pm$ 4.48	4-9	6.33 $\pm$ 1.87	4-26	7.93 $\pm$ 4.58	4-12	7.50 $\pm$ 2.73	1.785	0.755
	TOPLAM	48-109	86.57 $\pm$ 17.86	65-141	93.16 $\pm$ 19.35	56-91	74.66 $\pm$ 12.32	44-153	85.48 $\pm$ 22.87	52-105	85.50 $\pm$ 19.62	5.177	0.270
	Alt Boyutlar	Cerrahi (n=32)		Dahiliye (n=30)		Acil Servis (n=18)		Poliklinikler (n=35)		Diğer (n=15)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS	Min-Max	X $\pm$ SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-35	12.34 $\pm$ 5.92	5-25	13.06 $\pm$ 4.50	7-31	13.50 $\pm$ 5.89	5-22	11.20 $\pm$ 4.23	5-34	14.60 $\pm$ 9.84	4.219	0.377
E	Otonomi	7-37	17.31 $\pm$ 7.13	7-37	18.36 $\pm$ 6.67	7-41	17.66 $\pm$ 8.14	7-39	18.88 $\pm$ 5.59	8-43	21.46 $\pm$ 12.55	3.332	0.504
M	Yarar Sağlama	4-20	13.15 $\pm$ 4.26	5-22	12.60 $\pm$ 4.18	4-22	11.72 $\pm$ 4.26	4-22	13.22 $\pm$ 4.55	5-22	12.40 $\pm$ 5.24	4.092	0.394
i	Çatışma	3-20	14.34 $\pm$ 4.35	4-21	13.36 $\pm$ 4.29	6-17	13.66 $\pm$ 3.34	3-21	12.62 $\pm$ 4.39	7-15	12.00 $\pm$ 2.53	6.897	0.141
R	Uygulama	4-25	11.71 $\pm$ 4.82	5-19	11.80 $\pm$ 3.86	6-23	11.33 $\pm$ 4.21	5-20	11.02 $\pm$ 3.85	5-26	12.66 $\pm$ 6.03	1.161	0.884
E	Oryantasyon	4-28	9.43 $\pm$ 4.59	4-22	9.33 $\pm$ 4.10	5-15	8.44 $\pm$ 3.20	4-16	7.34 $\pm$ 3.07	4-28	11.26 $\pm$ 8.40	6.213	0.184
	TOPLAM	56-166	89.06 $\pm$ 22.55	58-127	90.16 $\pm$ 19.54	65-158	86.61 $\pm$ 24.83	44-134	86.05 $\pm$ 19.58	57-193	95.26 $\pm$ 41.80	1.476	0.831

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

6.2.6. Hekimlerin ve Hemşirelerin Halen Çalışılan Birime Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

Tablo-6.2.6 incelendiğinde; ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde hekimlerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Poliklinik halen çalışılan birimlerinin karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde hemşirelerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Poliklinik halen çalışılan birimlerinin karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

6.2.7. Hekimlerin ve Hemşirelerin Birimde Çalışma Süresine Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	1- 5 Yıl (n=36)		6-10 Yıl (n=19)		11-Yıl ve ↑ (n= 15)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H E K İ M	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.41±4.98	7-21	12.00±4.05	5-17	11.06±3.84	0.312	0.855
	Otonomi	8-34	17.36±6.71	10-34	20.84±5.39	8-33	20.06±7.60	4.426	0.109
	Yarar Sağlama	4-21	12.61±3.95	6-21	12.42±3.96	5-16	10.60±2.80	2.962	0.227
	Çatışma	3-19	12.83±4.21	7-20	14.42±3.43	3-21	12.53±5.37	1.528	0.466
	Uygulama	4-22	10.00±4.30	5-20	11.15±4.36	6-22	13.13±5.08	4.504	0.105
	Oryantasyon	4-26	7.47±4.19	4-19	8.36±4.09	5-15	8.33±3.24	1.937	0.380
	TOPLAM	44-153	82.22±20.95	63-141	91.31±17.39	48-111	86.60±20.67	3.327	0.189
	Alt Boyutlar	1- 5 Yıl (n=103)		6-10 Yıl (n=17)		11-Yıl ve ↑ (n= 10)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H E M Ş İ R E	Bütüncü Yaklaşım	5-35	12.17±5.29	5-34	15.47±8.58	8-24	12.40±4.55	2.404	0.301
	Otonomi	7-42	18.18±7.51	7-43	20.82±9.74	14-23	17.90±2.88	1.542	0.462
	Yarar Sağlama	4-22	12.63±4.17	5-22	13.17±5.45	6-22	13.40±5.21	0.151	0.927
	Çatışma	3-21	13.36±3.85	5-21	13.88±4.40	3-19	11.50±5.54	1.153	0.562
	Uygulama	4-25	11.33±4.21	5-26	12.52±5.24	5-20	12.80±4.82	1.479	0.477
	Oryantasyon	4-28	8.58±4.22	4-28	11.35±6.78	4-14	8.30±4.00	3.197	0.202
	TOPLAM	56-166	87.55±22.60	44-183	97.58±35.66	69-109	87.80±14.63	1.046	0.593

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

Tablo-6.2.7. incelendiğinde; 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hekim grubunun ADA'nın geneli ve alt grupları ile karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

1-5 yıl, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşire grubunun ADA'nın geneli ve alt grupları ile karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

6.2.8. Hekimlerin ve Hemşirelerin Mesleğinde Toplam Çalışma Süresine Göre ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	1- 5 Yıl (n=7)		6-10 Yıl (n=11)		11-Yıl ve ↑ (n= 52)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-13	9.57±3.10	7-21	11.81±4.72	5-30	11.69±4.58	1.365	0.507
E	Otonomi	8-28	15.85±7.81	12-26	18.18±4.75	8-34	19.44±6.87	1.773	0.412
K	Yarar Sağlama	4-19	11.57±4.99	9-20	12.45±3.32	5-21	12.13±3.75	0.136	0.934
i	Çatışma	3-17	12.28±6.18	10-19	13.90±3.11	3-21	13.17±4.29	0.093	0.955
M	Uygulama	5-22	10.71±5.55	5-15	9.09±2.62	4-22	11.42±4.75	1.933	0.380
	Oryantasyon	4-13	8.00±3.69	4-13	6.81±3.02	4-26	8.11±4.17	1.120	0.571
	TOPLAM	52-101	77.14±18.37	66-113	84.36±15.65	44-153	87.03±21.11	1.621	0.445
	Alt Boyutlar	1- 5 Yıl (n=51)		6-10 Yıl (n=37)		11-Yıl ve ↑ (n=42)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-31	12.25±4.63	5-35	14.67±7.63	5-24	11.26±4.86	5.391	0.068
E	Otonomi	7-41	18.35±7.47	7-43	19.51±9.64	7-42	17.80±5.54	0.051	0.975
M	Yarar Sağlama	4-22	12.70±4.33	5-22	13.62±4.40	4-22	12.07±4.47	3.263	0.196
Ş	Çatışma	4-21	13.82±3.85	9-20	14.29±3.07	3-21	11.76±4.70	6.659	0.036 *
i	Uygulama	4-23	11.88±4.06	6-26	12.32±5.14	4-20	10.64±4.01	2.537	0.281
R	Oryantasyon	4-22	8.64±3.67	4-28	10.08±6.31	4-23	8.23±3.91	1.424	0.491
E	TOPLAM	57-158	89.09±21.44	57-183	95.67±30.00	44-158	82.64±20.44	3.742	0.154

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

Tablo-6.2.8. incelendiğinde; 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hekim grubunun ADA'nın geneli ve alt grupları ile karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşire grubunun çatışma alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlendi. (p<0.05) Çalışma sürelerinin ikili ikili karşılaştırılarak

yapılan ileri istatistiksel analizde 1-5 yıl arası çalışan hemşire grubu ile 11 yıl ve üzeri çalışan hemşire grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın görüldüğü gözlemlendi. ($p<0.05$ $Z=-2.112$) Buna göre 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 1-5 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışmanın yaşandığı görüldü. (Tablo-6.2.8).

6-10 yıl arası ile 11 yıl ve üzeri yıl çalışan hemşire grubu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görüldü. 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

6.2.9. Hekim ve Hemşirelerin Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Evet (n=58)		Hayır (n=12)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H E K İ M	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.82±4.58	5-16	9.91±3.65	-1.212	0.225
	Otonomi	8-34	19.08±6.80	8-28	17.91±6.25	-0.445	0.656
	Yarar Sağlama	4-21	12.18±3.83	5-17	11.83±3.61	-0.133	0.894
	Çatışma	3-21	13.46±4.12	4-17	11.91±5.10	-0.727	0.467
	Uygulama	4-22	11.13±4.59	5-22	10.25±4.75	-0.664	0.506
	Oryantasyon	4-26	8.15±4.19	4-11	6.66±2.18	-0.794	0.427
	TOPLAM	48-153	86.84±20.30	44-103	79.75±18.69	-0.912	0.362
	Alt Boyutlar	Evet (n=87)		Hayır (n=43)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H E M Ş İ R E	Bütüncü Yaklaşım	5-34	12.23±5.47	6-35	13.50±6.53	-1.068	0.285
	Otonomi	7-43	18.13±7.55	7-41	19.35±7.75	-1.112	0.266
	Yarar Sağlama	4-22	12.82±4.68	4-21	12.62±3.76	-0.190	0.849
	Çatışma	3-21	13.35±4.38	5-19	13.15±3.30	-0.737	0.461
	Uygulama	4-26	11.17±4.29	4-25	12.57±4.54	-1.675	0.094
	Oryantasyon	4-28	8.62±4.09	4-28	9.60±5.75	-0.466	0.641
	TOPLAM	44-183	87.47±24.07	58-166	92.05±24.67	-0.971	0.331

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.9. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumu ile karşılaştırmasında hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. (p>0.05)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumu ile karşılaştırmasında hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. (p>0.05)

6.2.10. Hekim ve Hemşirelerin Birimde Etik Ders Alma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Evet (n=62)		Hayır (n=8)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
HEKİM	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.56±4.56	5-15	11.00±3.97	-0.009	0.993
	Otonomi	8-34	19.04±6.60	9-33	17.62±7.70	-0.713	0.476
	Yarar Sağlama	4-21	12.25±3.86	8-17	11.12±3.00	-0.918	0.358
	Çatışma	3-21	13.48±4.15	4-19	11.00±5.12	-1.380	0.168
	Uygulama	4-22	11.09±4.50	5-19	10.12±5.51	-0.861	0.389
	Oryantasyon	4-26	7.91±4.09	5-12	7.75±2.77	-0.279	0.780
	TOPLAM	44-153	86.43±20.06	52-111	79.37±2.50	-0.822	0.411
	Alt Boyutlar	Evet (n=87)		Hayır (n=43)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
HEMŞİRE	Bütüncü Yaklaşım	5-35	12.60±6.03	5-31	12.65±5.46	-0.358	0.721
	Otonomi	7-43	18.60±3.2	7-42	18.30±8.23	-0.107	0.915
	Yarar Sağlama	4-22	12.86±4.29	4-22	12.55±4.69	-0.601	0.548
	Çatışma	3-21	13.50±4.08	3-20	12.86±4.05	-0.855	0.393
	Uygulama	4-26	11.74±4.66	4-23	11.32±3.85	-0.385	0.701
	Oryantasyon	4-28	9.02±4.90	4-23	8.72±4.19	-0.186	0.852
	TOPLAM	44-183	89.50±24.13	57-158	87.62±24.73	-0.587	0.558

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.10. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Etik Ders Alma Durumu ile karşılaştırmasında hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. (p>0.05)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Etik Ders Alma Durumu ile karşılaştırmasında hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. (p>0.05)

6.2.11. Hekim ve Hemşirelerin En Uzun Çalışma Şeklinin ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Sürekli Gece (n=1)		Sürekli Gündüz (n=45)		Bazen Nöbet (n=24)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	14-14	14.00±0.00	5-21	12.04±3.91	5-30	10.37±5.34	-2.137	0.033 *
E	Otonomi	25-25	25.00±0.00	8-34	19.33±6.64	8-34	17.79±6.82	-0.991	0.322
K	Yarar Sağlama	8-8	8.00±0.00	5-20	12.33±3.66	4-21	11.91±4.02	-0.513	0.608
i	Çatışma	8-8	8.00±0.00	3-21	13.86±4.00	3-20	12.16±4.65	-1.606	0.108
M	Uygulama	13-13	13.00±0.00	4-22	10.88±4.15	5-22	11.08±5.50	-0.423	0.672
	Oryantasyon	7-7	7.00±0.00	4-19	8.00±3.50	4-26	7.75±4.82	-0.934	0.350
	TOPLAM	88-88	88.00±0.00	44-141	87.91±18.65	48-153	81.25±22.68	-1.657	0.097
	Alt Boyutlar	Sürekli Gece (n=4)		Sürekli Gündüz (n=60)		Bazen Nöbet (n=66)		Kruskal Wallis (χ^2)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	10-22	14.25±5.43	5-34	12.65±5.98	5-35	12.50±5.77	0.497	0.780
E	Otonomi	11-29	19.25±7.67	7-43	19.31±7.85	7-41	17.72±7.41	1.941	0.379
M	Yarar Sağlama	11-16	13.50±2.08	4-22	13.36±4.58	4-22	12.16±4.30	2.675	0.262
Ş	Çatışma	8-19	12.00±4.83	3-21	12.91±4.29	4-20	13.71±3.82	1.797	0.407
i	Uygulama	6-17	13.25±5.18	4-26	11.55±4.51	4-25	11.56±4.30	0.834	0.659
R	Oryantasyon	7-13	9.25±2.87	4-28	8.75±5.14	4-28	9.06±4.34	1.588	0.452
E	TOPLAM	76-108	93.75±14.93	44-183	90.31±25.60	56-166	87.28±23.58	1.452	0.484

χ^2 : Kruskal Wallis

* p<0.05

Tablo-6.2.11. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Sürekli Gece, Sürekli Gündüz ve Bazen Nöbet şeklinde çalışan hekimlerde yapılan karşılaştırmada yapılan istatistiksel analizde Bütüncü yaklaşım boyutunda ($p<0.05$ $\chi^2=-2.137$) anlamlı bir fark olduğu görüldü.

6.2.12. Hekim ve Hemşirelerin Mesleğini İsteyerek Seçme Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Evet (n=63)		Hayır (n=7)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.42±4.55	8-18	12.14±3.89	-0.648	0.517
E	Otonomi	8-34	19.04±6.85	11-25	17.42±5.15	-0.501	0.617
K	Yarar Sağlama	4-21	12.22±3.89	9-15	11.28±2.56	-0.758	0.449
i	Çatışma	3-21	13.17±4.27	4-19	13.42±4.92	-0.275	0.743
M	Uygulama	4-22	10.82±4.55	8-22	12.42±5.09	-0.835	0.404
	Oryantasyon	4-26	7.93±4.09	4-12	7.57±2.43	-0.435	0.666
	TOPLAM	44-153	85.63±20.71	66-105	85.57±14.31	-0.049	0.961
	Alt Boyutlar	Evet (n=83)		Hayır (n=47)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
H	Bütüncü Yaklaşım	5-34	11.77±4.97	5-35	14.12±6.89	-2.140	0.032 *
E	Otonomi	7-43	17.45±7.33	7-42	20.36±7.80	-2.245	0.025 *
M	Yarar Sağlama	4-22	12.61±4.52	5-22	13.02±4.22	-0.243	0.808
Ş	Çatışma	3-21	13.61±4.30	5-19	12.72±3.59	-1.155	0.120
i	Uygulama	4-26	11.33±4.41	5-25	12.08±4.38	-0.943	0.346
R	Oryantasyon	4-28	8.32±3.78	4-28	9.97±5.82	-1.232	0.218
E	TOPLAM	44-183	85.96±22.42	57-166	94.04±26.66	-1.677	0.094

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.12. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda anlamlı fark (p<0.05 Z= -2.140) olduğu, otonomi boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark (p<0.05 Z= -2.245) olduğu saptandı.

Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin bütüncü yaklaşımda daha başarılı oldukları belirlendi. Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde otonominin daha fazla olduğu belirlendi.

Tablo-6.2.12 incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini isteyerek seçme durumu karşılaştırıldığında, hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. (p>0,05)

6.2.13. Hekim ve Hemşirelerin Mesleğini Severek Yapma Durumunun ADA ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

	Alt Boyutlar	Evet (n=59)		Hayır (n=11)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
HEKİM	Bütüncü Yaklaşım	5-30	11.55±4.60	5-17	11.18±3.86	-0.008	0.994
	Otonomi	8-34	19.18±4.81	8-25	17.27±6.00	-0.744	0.457
	Yarar Sağlama	5-21	12.37±3.69	4-15	10.81±4.09	-0.981	0.326
	Çatışma	3-21	13.52±4.06	3-19	11.45±5.31	-1.198	0.231
	Uygulama	4-22	10.79±4.57	7-22	12.00±4.79	-0.842	0.400
	Oryantasyon	4-26	8.08±4.17	4-12	6.90±2.38	-0.545	0.585
	TOPLAM	44-153	86.62±20.29	48-109	80.27±18.93	-0.831	0.406
	Alt Boyutlar	Evet (n=105)		Hayır (n=25)		Mann Whitney (Z)	p
		Min-Max	X - SS	Min-Max	X - SS		
HEMŞİRE	Bütüncü Yaklaşım	5-34	12.24±5.73	6-35	14.20±6.09	-2.020	0.043 *
	Otonomi	7-43	18.08±7.37	7-42	20.28±8.45	-1.311	0.190
	Yarar Sağlama	4-22	12.72±4.60	6-21	12.92±3.56	-0.350	0.727
	Çatışma	3-21	13.45±4.23	5-19	12.60±3.30	-1.362	0.173
	Uygulama	4-26	11.36±4.38	5-25	12.64±4.43	-1.297	0.194
	Oryantasyon	4-28	8.74±4.33	4-28	9.68±5.93	-0.344	0.731
	TOPLAM	44-183	87.66±23.83	60-166	94.00±25.80	-1.170	0.242

Z: Mann Whitney testi.

* p<0.05

Tablo-6.2.13. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p<0,05$ $Z= -2.020$) olduğu belirlendi. Mesleğini severek yapanların bütüncü yaklaşımında daha başarılı oldukları belirlendi.

Tablo-6.2.13. incelendiğinde; ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.13)

7. TARTIŞMA

Hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirlemek amacı ile “ADA” kullanılarak yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

7.1. Anketi Yanıtlayan Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1.1. Cinsiyete Göre Dağılıma Bakıldığında;

Çalışmaya katılan hekim grubunun %34.3'ünün (n=24) kadın, %65.7'sinin (n=46) erkek olduğu görülürken, hemşire grubunun ise %100'ünün (n=130) kadın olduğu belirlendi. (Tablo 6.1.1.)

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %37.2'sinin (n=135) kadın, %62.8'inin (n=228) erkek olduğu, hemşire grubunun ise %97.9'unun (n=469) kadın, %2.1'inin (n=10) erkek olduğu belirlenmiştir (66).

Bulgumuz bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılan hemşire grubumuzda diğer çalışmaya göre erkek bulunmamaktadır.

7.1.2. Yaş Grubuna Göre Dağılımına Bakıldığında;

Hekim grubunun %62.9'unun (n=44) 31-40 yaş arası olduğu belirlendi. Hemşire grubunun %69.2'sinin (n=90) 20-30 yaş arası olduğu görülmektedir. (Tablo 6.1.1.)

Ersoy'un çalışmasında; hemşirelerin %67.8'inin (n=112) 25 ve altı yaş grubunda, hekimlerin %62.8'inin (n=130) 31-40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (28, 29).

Orak'ın lisans ve üstü programlardan mezun hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında; hemşirelerin %73.8'inin (n=804) 29-30 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir (47).

Tosun'un çalışmasında; hemşirelerin %56.8'inin (n=272) 21-30 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir. Hekimlerin %63.6'sının (n=231) 21-30 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (66).

Dinç'in çalışmasında; hemşirelerin %49.5'inin (n=99) 23-27 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir (17).

Bulgumuz bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda gönüllülük ilkesinin esas alınmasının sonucu araştırmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşire grubunun genç yaşta olmasını düşündürmektedir.

7.1.3. Medeni Duruma Göre Dağılıma Bakıldığında;

Hekim grubunun %78.6'sının (n=55) evli, %21.4'ünün (n=15) bekar olduğu; hemşire grubunun %64.6'sının (n=84) evli, %35.4'ünün (n=46) bekar olduğu belirlendi. (Tablo 6.1.1.)

Orak'ın çalışmasında; hemşirelerin %36.7'sinin (n=400) evli olduğu, %63.3'ünün bekar olduğu belirlenmiştir (47).

Tosun'un çalışmasında; hemşirelerin %56.4'ünün (n=270) evli, %39.7'sinin (n=190) bekar, %3.9'unun boşanmış olduğu, hekim grubunun %48.2'sinin (n=175) evli, %49.9'unun (n=181) bekar, %1.9'unun (n=7) boşanmış olduğu belirlenmiştir (66).

Bulgumuz diğer çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Bu çalışma kapsamındaki hemşirelerin ve hekimlerin büyük çoğunluğunun diğer çalışmalara göre daha ileri yaşta olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Hemşirelere ilişkin bulgularımız Tosun'un çalışmasıyla paralellik gösterirken, Orak'ın çalışmasından farklıdır. Araştırmanın farklı kariyer gruplarında ve farklı illerde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Hekimlere ilişkin bulgularımızdaki farklılığın da farklı illerde ve farklı sosyal çevrelerde yaşıyor olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

7.1.4. Çocuk Varlığına Göre Dağılıma Bakıldığında;

Hekim grubunun %78.6'sının (n=55) çocuk sahibi olduğu, hemşirelerin ise %50'sinin (n=65) çocuk sahibi olduğu görüldü. (Tablo 6.1.1.)

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %71.6'sının (n=260) çocuğunun olmadığı, hemşire grubunun %53'ünün (n=254) çocuğunun olmadığı belirlenmiştir (66).

Orak'ın çalışmasında; hemşire grubunun %77.3'ünün (n=834) çocuğunun olmadığı belirlenmiştir (47).

Hemşirelere ilişkin bulgularımızın Orak'ın bulgularından farklılığı çocukta önce kariyer düşüncesine bağlı olabilir. Hekimlere ilişkin bulgularımızın Tosun'un bulgularından farklılığı, çalışmamızın Yalova' da diğer çalışmanın İstanbul'da yapılmış olmasına bağlı olabilir. İstanbul'da destek sistemlerinin yetersiz olması, şehrin büyük ve Yalova' ya göre pahalı olması bu duruma sebep olabilir.

7.1.5. Toplam Çalışma Yılına Göre Dağılıma Bakıldığında;

Meslekte toplam çalışma süresi incelendiğinde, hekimlerin %74.3'ünün (n=52) 11 yıl ve üzeri çalıştığı görüldü. Hemşirelerin %39.2'sinin (n=51) 1-5 yıl arası, %32.3'ünün (n=42) ise 11 yıl ve üzeri sürelerde çalıştığı görüldü. (Tablo-6.1.3.)

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %88.5'inin (n=321) 1-10 yıl arası, çalıştığı, hemşire grubunun %72.4'ünün (n=347) 1-10 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir (66).

Orak'ın çalışmasında; hemşire grubunun %23.5'ini (n=256) 0-1 yıl çalışanlar, %21.8'ini (n=238) 10 yıl ve üzeri çalışanların oluşturduğu belirlenmiştir (47).

Ersoy'un çalışmasında; hemşirelerin %66.1'i 0-5 yıllık meslek yaşamına sahip olduğu belirlenmiştir. Hekim grubunun %40.6'sı (n=84) 6-10 yıl arası mesleğinde çalıştığı belirlenmiştir (27, 28, 29).

Dinç'in çalışmasında; hemşirelerin %37.5'inin (n=75) 2-5 yıl arası, %29'unun (n=58) 6-10 yıl arası çalıştıkları belirlenmiştir (17).

Çalışmamız diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında; çalışma yıllarının farklı aralıklarda belirlenmesi tam bir kıyaslamayı zor kılmaktadır. Ancak genel olarak ele alırsak; çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu 11 yıl ve üzeri, hemşirelerin ise çoğunluğu 1-5 yılları arasında çalışmaktadır. Dinç'in çalışmasındaki 2-5 yıl arasında çalışan hemşireler ve Ersoy'un çalışmasındaki 0-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin daha fazla olduğu ve çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmektedir.

7.1.6. Çalıştıkları Kurumlara Bakıldığında;

Çalışmaya katılan hekim grubunun %35.7'sinin (n=25) Devlet Hastanesinde çalıştığı, %38.6'sının (n=27) Sağlık Ocağında çalıştığı görülürken; hemşire grubunun ise %48.5'inin (n=63) Devlet Hastanesinde çalıştığı görüldü. (Tablo-6.1.2)

Orak'ın çalışmasında; hemşirelerin %41.8'inin (n=456) özel hastanede, %34.2'sinin (n=373) devlet hastanesinde, %21.6'sının (n=235) üniversite hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir (47).

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %35.5'i (n=129) üniversite hastanelerinde, %41.4'ü (n=150) devlet hastanelerinde çalıştığı belirlenmiştir (66).

Hemşire grubunun %41.1'i (n=197) devlet hastanelerinde, %30.5'i de (n=146) SSK hastanelerinde çalıştığı belirlenmiştir

Ersoy'un çalışmasında; hekim grubunun %36.7'si (n=76) Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, %31.4'ü (n=65) İzmit Devlet Hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir (27, 28, 29).

Hemşire grubunun %44.2'si (n=73) İzmit Devlet Hastanesinde, %32.8'i (n=54) İzmit SSK Hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir (28, 29).

Çalışılan kurum ile ilgili olan bulgumuzda, hekim ve hemşire grubunun çoğunluğunun devlet hastanesinde çalıştığı belirlendi. Bulgumuz Ersoy'un çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Diğer çalışmalar olan farklılık Yalova ilinde üniversite hastanesi olmaması ve özel hastane sayının az olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

7.1.7. Çalışılan Birimlere Bakıldığında;

Hekimlerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde, %41.4'ünün (n=29) Polikliniklerde çalıştığı görüldü.

Hemşirelerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde; %26.9'unun (n=35) Polikliniklerde çalıştığı görüldü. (Tablo 6.1.2.)

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %36.6'sı (n=133) Cerrahi biriminde görev yaptığı görüldü. Hemşire grubunun ise; %28.4'ü (n=136) YBÜ ve reanimasyon biriminde, %30.3'ü (n=145) Psikiyatri biriminde çalışmakta olduğu belirlenmiştir (66).

Ersoy'un çalışmasında; hekim grubunun %56'sı (n=116) cerrahi birimlerinde görev yapmaktadır. Hemşire grubunun %63'ü (n=105) cerrahi birimlerinde çalıştığı belirlenmiştir (27, 28, 29).

Bulgumuz diğer bulgulardan farklıdır. Bu bize Yalova ilinde her uzmanlık alanında yeterli hekimin bulunmayışı nedeniyle her türlü birimin faaliyette olmamasını, az yataklı hastanelerin bulunması nedeniyle poliklinik hizmetinin yaygın olmasını düşündürülebilir.

7.1.8. Mesleğini Severek Yapma Durumlarına Bakıldığında;

Mesleğini severek yapma durumu incelendiğinde, hekimlerin %84.3'ünün (n=59) "Evet" dediği görüldü. Hemşirelerde %80.8'inin (n=105) "Evet" dediği belirlendi. (Tablo 6.1.2.)

Tosun'un çalışmasında; hekim grubunun %91.5'inin (n=332) mesleğini sevdiği görülürken, hemşire grubunun %81.2'sinin (n=389) mesleğini sevdiği belirlenmiştir (66).

Bulgumuz Tosun'un bulgusuyla paralellik göstermektedir. Mesleğini severek yapan hekim ve hemşire sayısı her iki çalışmada da fazladır.

7.2. Anketi Yanıtlayan Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin ADA İle Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Hekimlerin yaş gruplarının ADA puanları ile karşılaştırılmasında; Otonomi alt boyutuna yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. ($p<0.05$) 51 ve üzeri yaş grubunda otonomi kullanmanın arttığı saptandı. (Tablo-6.2.1)

Tosun'un çalışması ile elde ettiğimiz bulgu benzer sonuçlar göstermiş olup hekimlerde yaştan ilerlemesi ile otonomi düzeyinin arttığı belirlenmiştir (66).

Hekimlerde, oryantasyon alt boyutunun istatistiksel analizinde anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$) 20-30 yaş grubu ile 41-50 yaş grubu arasında ve 31-40 yaş grubu ile 41-50 yaş grubu arasında anlamlı bir fark olduğu, yaştan ilerlemesi ile oryantasyonun azaldığı görüldü. (Tablo-6.2.1)

Tosun'un çalışmasında; oryantasyon boyutunda hekim grubunda anlamlı bir farklılık saptanamadığı belirlenmiştir (66).

ADA'nın hemşirelerdeki yaş grupları ile karşılaştırılmasında; yapılan ileri istatistiksel analizde bütüncü yaklaşım boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$) 41-50 yaş grubunda, 20-30 yaş grubuna oranla bütüncü yaklaşım düzeyi daha güçlü görülmektedir. Yaştan artması ile birlikte duyarlılık da artış göstermektedir.

ADA'nın hemşirelerdeki yaş grupları ile karşılaştırılmasında otonomi alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı. (Tablo 6.2.1)

Seren'in çalışmasında da çalışmamıza paralel olarak hemşirelerdeki yaşlarına göre otonomi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. (60)

Ersoy ve Ark.'nın çalışmasında; doğruluk ve özerklik ilkesine dayanan kararlarda gösterilen etik duyarlılıkla yaştan artışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. İleri yaş grubu olmayan hemşirelerin etik duyarlılıklarını göstermede çekinik davrandıkları düşünülmüştür (28, 29).

Tosun'un çalışmasında; bütüncü yaklaşım boyutunda, hemşirelerde gruplar arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$) belirlenmiştir. 41 ve üzeri yaş grupta 21-30 yaş grubuna göre bütüncü yaklaşım düzeyi daha güçlü olduğu

belirlenmiştir. Tosun'un bütüncü yaklaşım boyutu çalışmamızla paralellik göstermektedir (66).

ADA'nın alt boyutları ile hekimlerdeki medeni durum arasında yapılan ileri istatistiksel analizde; otonomi alt boyutunda, "Bekar" hekim grubunun "Evli" hekim grubuna göre otonomisinin daha yüksek olduğu görüldü. ($p<0.05$) ADA ile hemşirelerdeki medeni durum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.2)

Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile duyarlılık arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (28, 29).

Tosun'un çalışmasında; hekimlerdeki medeni durumun karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamamış, hemşirelerdeki medeni durum karşılaştırıldığında ise yarar sağlama boyutunun evli hemşire grubunda, bekar hemşire grubuna oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (66).

ADA ile hekimlerdeki çocuk durumunun karşılaştırılmasında; otonomi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. ($p<0.05$) Çocuk sahibi olmayan hekimlerde otonominin ve etik duyarlılığın daha fazla olduğu görüldü. (Tablo 6.2.3)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile hemşirelerdeki çocuk varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.3.)

Tosun'un çalışmasında; hekimlerde çocuk varlığı açısından anlamlı bir fark bulunamazken, bizim araştırmamızın tersine çocuk sahibi olan hemşirelerde yarar sağlamanın, uygulamanın ve etik duyarlılığın daha fazla olduğu görülmektedir (66).

Çalışmamızda, ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hekim ve hemşirelerin otonomi alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.4.)

Seren'in çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak, Sağlık Bakanlığı Hastanesinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyi yüksek bulunurken üniversite hastanesinde en düşük olduğu belirlenmiştir (60).

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hemşireler karşılaştırıldığında çatışma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Sağlık ocağı ile özel hastanelerde çalışan hemşireler

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0.05$) Sağlık ocağında çalışan hemşirelerde etik duyarlılığın özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu gözlenmektedir. (Tablo-6.2.4)

Bu sonuç, Sağlık Ocaklarında çalışan hemşirelerin ileri yaş grubunda olması, klinik deneyimlerinin olması ve Özel hastanedeki hemşirelerin iş değişiklikleri ile sürekli yeni mezunların çalışıyor olmasını düşündürmektedir.

Tosun'un çalışmasında; Devlet hastanelerinde çalışan sağlık disiplini üyelerindeki çatışmanın, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre daha az yaşandığı belirlenmiştir (66).

Çalışmamızda, hemşirelerde çalışılan kurumlar ile ADA'nın alt boyutlarından otonomi alt boyutunda anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

Seren'in çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak, Sağlık Bakanlığı Hastanesinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyi yüksek bulunurken, üniversite hastanesinde en düşük olduğu belirlenmiştir (60).

Ersoy ve Ark.'nın çalışmasında; hekimlerde, çalışılan kurum arasında etik duyarlılık açısından anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (29).

Ersoy ve Ark.'nın çalışmasında; devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin çoğunun hastanın sırrını korumak isterken, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin bu durumu yetkililere bildirmeyi doğru buldukları saptanmıştır (28).

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde; hekimlerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Poliklinik en uzun çalışma birimlerinin karşılaştırılmasında, çatışma boyutu ($p<0.05$) ve uygulama boyutunda ($p<0.05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Buna göre;

Poliklinik ve Acil Serviste çalışan hekimler arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Acil Serviste çalışan hekimlerin Poliklinikte çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

Acil Serviste çalışan hekimler ile dahiliye de çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu. Acil serviste çalışan hekimlerin dahiliye de çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı belirlendi.

Acil serviste çalışan hekimler ile cerrahi servisinde çalışan hekimler ile istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcuttur. ($p<0.05$) Acil serviste çalışan hekimlerin cerrahi servisinde çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

Bu sonuç acil serviste çalışan hekimlerin daha fazla birey muayenesi, kısa zamanda karar verebilme, şiddete maruz kalma ve diğer nedenlerle kendini güvende hissetmemesi, daha stresli çalışma ortamı, daha uzun süre mesaiye kalma gibi faktörlerin etkilediğini düşündürmektedir.

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Cerrahi, Acil Servis, Dahiliye ve Polikliniklerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.5)

Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerde çalışılan birimler arasında etik duyarlılık açısından anlamlı bir ilişki olmadığı görülürken, cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin hastaya gerçeği söylememeyi tercih ettiği belirlenmiştir (29).

Tosun, hekimlerde çatışma boyutunda anlamlı fark bulamazken, hematoloji ile YBÜ ve reanimasyon birimlerinde çalışan hemşirelerde cerrahi biriminde çalışan hemşirelere oranla daha fazla çatışma yaşandığı görülmektedir (66).

ADA'nın geneli ve alt grupları ile hekimlerin mesleğinde toplam çalışma süresi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0.05$)

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşire grubunun çatışma alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlendi. ($p<0.05$). Buna göre 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde 1-5 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışmanın yaşandığı, 11 yıl ve üzerinde duyarlılığın daha fazla olduğu görüldü. (Tablo-6.2.8).

6-10 yıl arası ile 11 yıl ve üzeri yıl çalışan hemşire grubu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görüldü. 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışma yaşadığı görüldü.

Bu bulgu meslekte çalışma süresi arttıkça daha fazla etik sorunla karşılaşıldığını ve etik karar verme içinde, etik duyarlılığın daha fazla gelişmiş olması gerektiğini düşündürdü.

Çalışmamızda, hemşirelerde meslekte çalışma süresi ile ADA'nın geneli ve alt boyutları incelendiğinde otonomi alt boyutunda anlamlı bir fark olmadığı, Seren'in çalışmasında meslekte çalışma süresi arttıkça otonomi düzeyinin de arttığı görülmüştür (60).

Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin meslekte çalışma süresi ile etik duyarlılık arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (29).

Ersoy ve arkadaşları hemşirelerde çalışma süresi arttıkça, etik duyarlılığın olumlu yönde etkilendiğini saptamışlardır (28).

Dinç'in çalışmasında; hemşirelerde çalışma süresi arttıkça tedaviyi reddeden bireyin isteğine değil hekim istemine öncelik tanıdıkları belirlenmiştir (17).

Tosun'un çalışmasında; hekimlerin çalışma süresi ile duyarlılık puan ortalamalarının ilerleyen yıllar içerisinde arttığı belirlenmiştir (66).

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumu ile karşılaştırmasında hekimlerde ve hemşirelerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.9.)

Tosun'un çalışmasında; elde ettiğimiz bulgumuzdan farklı olarak, birimde kendi tercihleri ile çalışan hekimler ve hemşirelerin çatışmayı daha fazla yaşadıkları bunun yanında oryantasyon konusunda daha başarılı olduğu belirlenmiştir (66).

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Etik Ders Alma Durumu ile karşılaştırmasında hekimlerde ve hemşirelerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.10)

Tosun, etik eğitimi alan hekimlerde oryantasyonun ve duyarlılığın daha iyi düzeyde olduğunu belirlemiştir. Etik+deontoloji eğitimi alan hemşirelerde etik duyarlılık daha iyi düzeyde puan ortalamasına sahiptir (66).

Göz ve arkadaşların yaptığı çalışmada, ülkemizde hemşirelik eğitim ve uygulamalarında etik konulara yer verme ile ilgili homojenliğin olmadığı ve büyük bir çoğunluğun (%82.5'i) ders planlarında hemşirelik etiği dersinin ayrı bir ders olarak yer almasını istediğini belirtmişlerdir (32).

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Sürekli Gece, Sürekli Gündüz ve Bazen Nöbet şeklinde çalışan hekimlerde yapılan karşılaştırmada yapılan istatistiksel analizde Bütüncü yaklaşım boyutunda ($p<0.05$) anlamlı bir fark olduğu görüldü

Bazen nöbetli çalışan hekimlerde bütüncü yaklaşım boyutunun daha yüksek olduğu görüldü. (Tablo 6.2.11)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini isteyerek seçme durumu karşılaştırıldığında, hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p>0,005$) (Tablo 6.2.12.)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu saptandı.

Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin bütüncü yaklaşımda daha başarılı oldukları belirlendi. Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde otonominin daha fazla olduğu belirlendi. (Tablo 6.2.12)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 6.2.13.)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu belirlendi. Mesleğini severek yapanların bütüncü yaklaşım da daha başarılı oldukları belirlendi. (Tablo 6.2.13)

Tosun'un çalışmasında; mesleğini severek yapan hekimlerin ve hemşirelerin bütüncü yaklaşımda, oryantasyonda daha başarılı oldukları belirlenmiştir (66).

Bulgularımız Tosun'un bulgularıyla uyumludur. Mesleğini isteyerek seçme ve severek yapma gibi faktörlerin olumlu sonuca yol açmasının doğal olduğu söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma hekim ve hemşirelerdeki etik duyarlılık düzeylerini belirlemek için “Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA” kullanılarak, etik duyarlılık durumlarının tanımlanması için metodolojik, tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi ve araştırmaya gönüllü olarak katılan Yalova ili ve çevresindeki 200 hekim ve hemşire katıldı.

Hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirlemek için “Bireysel Bilgi Formu” ve Kim Lutzen tarafından, 30 madde ve 6 alt boyuttan oluşturulan likert tipte bir ölçüm aracı olan “Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ” kullanıldı. Araştırmanın sonucunda MSQ’nun iç tutarlılığı 0.839 olduğu belirlendi. ADA’nın geçerlilik ve güvenilirliği Hale TOSUN tarafından yapılmış olup gerekli izin alındı.

8.1. SONUÇLAR

8.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Sonuçlar;

- ❖ Çalışmaya katılan ve anketi yanıtlayan hekim (n=70) ve hemşirelerin (n=130) demografik verilerine göre; (Tablo 6.1.1)
 - Hekim grubunun %34.3’ünün (n=24) kadın, %65.7’sinin (n=46) erkek olduğu,
 - Hemşire grubunun ise %100’ünün (n=130) kadın olduğu,
 - Hekim grubunun %62.9’unun (n=44) 31-40 yaş arası olduğu,
 - Hemşire grubunun %69.2’sinin (n=90) 20-30 yaş arası olduğu,
 - Hekim grubunun %78.6’sının (n=55) evli olduğu,
 - Hemşire grubunun %64.6’sının (n=84) evli olduğu,
 - Hekim grubunun %78.6’ sının (n=55) çocuk sahibi olduğu,
 - Hemşirelerin %50’sinin (n=65) çocuk sahibi olduğu,
 - Çalışmaya katılan ve anketi yanıtlayan hekim (n=70) ve hemşirelerin (n=130) çalıştığı birimlere göre, (Tablo 6.1.2)
 - Hekim grubunun %38.6’sının (n=27) Sağlık Ocağında çalıştığı,
 - Hemşire grubunun %48.5’inin (n=63) Devlet Hastanesinde çalıştığı,
 - Hekim grubunun %41.4’ü (n=29) Polikliniklerde çalıştığı,
 - Hemşire grubunun; %26.2’si (n=34) Polikliniklerde çalıştığı,
 - Hekimlerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde, %41.4’ünün (n=29) Poliklinikte çalıştığı görüldü.

- Hemşirelerin halen çalışmakta olduğu birimler incelendiğinde; %26.9'unun (n=35) Polikliniklerde çalıştığı,
 - Hekimlerin birimde çalışma süresi incelendiğinde; %51.4'ünün (n=36) 1-5 yıl arası çalıştığı,
 - Hemşirelerde birimde çalışma süresi incelendiğinde; %79.2'sinin (n=103) 1-5 yıl arası çalıştığı,
 - Hekimlerin birimde çalışmanın kendi tercihi olması kriteri incelendiğinde %82.9'unun (n=58) "Evet" dediği,
 - Hemşirelerin birimde çalışmanın kendi tercihi olması kriteri incelendiğinde %69.2'sinin (n=90) "Evet" dediği görüldü.
- ❖ Çalışmaya katılan ve anketi yanıtlayan hekim (n=70) ve hemşirelerin (n=130) mesleki özelliklerine göre; (Tablo 6.1.3)
- Hekim grubunun %90'ının (n=63) Mesleğini İsteyerek Seçme sorusuna "Evet" yanıtını verdiği,
 - Hemşirelerde %63.8'inin (n=83) "Evet" dediği,
 - Mesleğini Severek Yapma sorusunun cevabı incelendiğinde, hekimlerin %84.3'ü (n=59) "Evet" dediği,
 - Hemşirelerde %80.8'inin (n=105) "Evet" dediği,
 - Meslekte Toplam Çalışma Süresi incelendiğinde, hekimlerin %74.3'ünün (n=52) 11 yıl ve üzeri çalıştığı,
 - Hemşirelerde, %39.2'sinin (n=51) 1-5 yıl arası çalıştığı,
 - Hekimlerin en uzun çalışma şeklinin karşılaştırılmasında, %64.3'ünün (n=45) "
 - Hemşirelerde %50.8'inin (n=66) ise Bazen Nöbet" şeklinde çalıştığı,
 - Hekimlerin "Çalıştığınız Kurumdaki Şu An ki Göreviniz" sorusuna, %90'ının (n=63) "Hekim" seçeneğini,
 - Hemşirelerde %84.6'sının (n=110) "Hemşire" seçeneğini işaretledikleri belirlendi.

8.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin ADA ile Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar;

Hekimlerin yaş gruplarının ADA puanları ile karşılaştırılmasında; Otonomi alt boyutuna yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu, ($p<0.05$) yaştan ilerlemesi ile otonomi kullanmanın azaldığı,

Oryantasyon alt boyutunun istatistiksel analizinde hekimlerdeki yaş grupları arasında anlamlı fark bulundu. ($p<0.05$) yaşı ilerlemesi ile oryantasyonun azaldığı,

ADA'nın hemşirelerdeki yaş grupları ile karşılaştırılmasında; yapılan ileri istatistiksel analizde bütüncü yaklaşım boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) ve yaşı ilerlemesi ile bütüncü yaklaşımın arttığı, (Tablo 6.2.1)

ADA'nın alt boyutları ile yapılan hekimlerdeki medeni durum arasında yapılan ileri istatistiksel analizde; otonomi alt boyutunda, “Bekar” hekim grubunun “Evli” hekim grubuna göre otonomisinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$),

ADA ile hemşirelerdeki medeni durum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), (Tablo 6.2.2)

ADA ile hekimlerdeki çocuk durumunun karşılaştırılmasında; otonomi boyutunda ($p<0.04$), yarar sağlama boyutunda ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu,

Çocuk sahibi olmayan hekimlerde yarar sağlamanın, otonominin ve etik duyarlılığın daha fazla olduğu (Tablo 6.2.3),

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile hemşirelerdeki çocuk varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$),

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$),

Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve Sağlık Ocağında çalışan hemşireler karşılaştırıldığında; çatışma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

Sağlık ocağı ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$),

Sağlık ocağında çalışan hemşirelerde etik duyarlılığın özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu, (Tablo-6.2.4)

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde hekimlerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Polikliniklerde en uzun çalışma birimlerinin karşılaştırılmasında, çatışma boyutu ($p<0.05$) ve uygulama boyutunda ($p<0.05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

Poliklinik ve Acil Serviste çalışan hekimler arasında anlamlı bir fark olduğu, Acil Serviste çalışan hekimlerin Poliklinikte çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma olduğu,

Acil Serviste çalışan hekimler ile dahiliye de çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

Acil serviste çalışan hekimlerin dahiliye de çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı,

Acil serviste çalışan hekimler ile cerrahi servisinde çalışan hekimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu, ($p<0.05$)

Acil serviste çalışan hekimlerin cerrahi servisinde çalışan hekimlere göre daha fazla çatışma yaşadığı,

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Cerrahi, Acil Servis, Dahiliye ve Polikliniklerde çalışan hemşireler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, ($p>0.05$) (Tablo 6.2.5)

Hekimlerin mesleğinde toplam çalışma süresi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, ($p>0.05$)

ADA'nın geneli ile alt boyutları incelendiğinde 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşire grubunun çatışma alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$),

11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 1-5 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışmanın yaşandığı, 11 yıl ve üzerinde duyarlılığın daha fazla olduğu, (Tablo-6.2.8).

6-10 yıl arası ile 11 yıl ve üzeri yıl çalışan hemşire grubu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu,

11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışma yaşadığı,

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile Birimde Çalışmanın Kendi Tercihi Olma Durumu ile karşılaştırmasında hekimlerde ve hemşirelerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$),

Etik ders alma durumu ile karşılaştırmasında hekimlerde ve hemşirelerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, ($p>0.05$) (Tablo 6.2.10)

Sürekli Gece, Sürekli Gündüz ve Bazen Nöbet şeklinde çalışan hekimlerde yapılan karşılaştırmada yapılan istatistiksel analizde Bütüncü yaklaşım boyutunda ($p<0.05$) anlamlı bir fark olduğu,

Bazen nöbetli çalışan hekimlerde bütüncü yaklaşım boyutunun daha yüksek olduğu, (Tablo 6.2.11)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini isteyerek seçme durumu karşılaştırıldığında, hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,005$),

Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu,

Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin bütüncü yaklaşımda daha başarılı oldukları, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde otonominin daha fazla olduğu, (Tablo 6.2.12)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hekimlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. ($p>0.05$)

ADA'nın geneli ve alt boyutları ile mesleğini severek yapma durumu karşılaştırıldığında hemşirelerde bütüncü yaklaşım boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu,

Mesleğini severek yapanların bütüncü yaklaşımda daha başarılı oldukları belirlendi. (Tablo 6.2.13)

8.2. ÖNERİLER

- Sürekli eğitim programlarında etik ve etik duyarlılığa da yer verilmeli,
- ADA'nın tüm sağlık çalışanlarına uygulanması,
- Hekimlerde ve hemşirelerde etik dersinin, klinik etik-vaka çözümlemesi şeklinde öğretilmesi,
- Kurumlarda etik komitelerin kurulması ve hemşirelerin bu komitelerde aktif olarak yer alması,
- Kurumlarda görevlendirmenin uzmanlık alanına göre yapılması,
- Ülkemize özgü etik kuralların geliştirilmesi,
- Sağlık çalışanları arasında etik yayın izleme oranlarının arttırılması olarak sıralanabilir.

9. EKLER

EK 1: KURUM İZİN YAZILARI

EK 2: BİREYSEL BİLGİ FORMU

EK 3: ADA-AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ

T.C.
YALOVA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

15 EYLÜL 2005

SAYI:B104ISM04770017/5382
KONU:Anket

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE

İSTANBUL

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapan Hilmiye Sevgi PEKCAN "Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları" konusunda tez çalışması yapabilmesi ile ilgili valilik oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


İsmail AKMAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

E K İ: 1



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı

İstanbul, 20.07.2009

Sayı : 276

Konu :

Yalova İl Sağlık Müdürlüğü'ne

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Yüksek lisans yapan danışmanı olduğum öğrencim Hilmiye Sevgi " Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları" ile ilgili yüksek lisans tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsüne tez öneri projesini sunabilmemiz için Müdürlüğü' nüze bağlı ilinizdeki hastane ve sağlık ocaklarında araştırmasını yapabileceğine ilişkin izninize ihtiyacımız bulunmaktadır.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Danışman

Hemşirelik Esasları Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Şule Ecevit ALPAR

6-9.2009
8070
3500
3500

T.C.
YALOVA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

14.09.2005

SAYI: B104ISM04770017-3500/ 5329
KONU: Anket

VALİLİK MAKAMI'NA
YALOVA

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Yüksek lisans yapan Hilmiye Sevgi PEKCAN "Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları" konusunda tez çalışması yapabilmesi ile ilgili Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Müdürlüğünün göndermiş olduğu yazıları yazımız ekinde sunulmuştur. Hilmiye Sevgi PEKCAN'ın sağlık çalışanlarına anket yapmasını;
Olurlarınıza arz ederim.

Eğit.Şb.A. ÜNAL
Eğit.Şb.Müd.Y.DURMUŞOĞLU
Sağ.Müd.Yrd.Dr.G.R.KÜÇÜK

12.09.2005
12.09.2005
12.09.2005


Dr.M.Hulusi SATILMIŞOĞLU
Sağlık Müdürü


OLUR
11/09/2005
İsmail AKMAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ:4

Uzmanlar Tıp Merkezi Başhekimliğine

YALOVA

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ana
Bilim Dalı Yüksek Lisans 2. sınıf öğrencisiyim. Yalova ili
ve çevresindeki sağlık kurumlarında gönüllülük ilkesi
gerçekleşinde "hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık"
adlı anket çalışması yaptım. Bu çalışmayı Cerrahi
Tıp Merkezinizde de yapmak istiyorum.
Bilgilerinize sunar görevinin yapılmasını arz ederim

Adres:

Atakent Köyü

YALOVA/GINARCIK

Hilmiye SEVGİ PEKCAN



aygün


T.C.
YALOVA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

15 EYLÜL 2005

SAYI:B104ISM04770017/ 5324
KONU:Anket

DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
YALOVA

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapan Hilmiye Sevgi PEKCAN "Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları" konusunda sağlık personeline anket çalışması yapılabilmesi ile ilgili valilik oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

./L./EYL/2005 Eğt.Şb.A.ALP
./L./EYL/2005Eğt.Şb.Mdr.Y.DURMUŞOĞLU
./L./EYL/2005 Sağ.Mdr.Yrd.Dr.T.MUSTAFAOĞLU

Dr.M.Hulusi SAĞLAMİŞOĞLU
Sağlık Müdürü

E K İ : 1

EK-2

BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. HANGİ KURUMDA ÇALIŞIYORSUNUZ?

() DEVLET HASTANESİ

() SAĞLIK OCAĞI

() ÖZEL HASTANE

2. YAŞINIZ

().....

3. CİNSİYETİNİZ

() KADIN

() ERKEK

4. MEDENİ DURUMUNUZ

() EVLİ

() BEKAR

5. ÇOCUK

() VAR

() YOK

6. ÖĞRENİM DURUMUNUZ (HEMŞİRE)

() LİSE

() LİSANS

() ÖNLİSANS

() LİSANSÜSTÜ

7. MESLEĞİNİZ

() HEMŞİRE

() HEKİM

() UZMAN HEKİM

8. MESLEĞİNİZİ İSTEYEREK Mİ SEÇTİNİZ

() EVET

() HAYIR

9. UZMANLIK ALANINIZ

().....

10. EN UZUN ÇALIŞTIĞINIZ BİRİM

().....

11. HALEN ÇALIŞMAKTA OLDUĞUNUZ BİRİM

() CERRAHİ

() JİNEKOLOJİ

() YOĞUN BAKIM / REANİMASYON

() PEDİYATRİ

() PSİKİYATRİ

() DİYALİZ

() DAHİLİYE

() POLİKLİNİKLER

() ACİL SERVİS

() ORTOPEDİ

() NÖROLOJİ

() DİĞER.....

12. BU BİRİMDE ÇALIŞMA SÜRENİZ.

().....

13. BU BİRİMDE ÇALIŞMAK KENDİ TERCİHİNİZ Mİ?

() EVET

() HAYIR

14. MESLEĞİNİZDE TOPLAM ÇALIŞMA SÜRENİZ

().....

15. EN UZUN ÇALIŞMA ŞEKLİNİZ

() SÜREKLİ GECE

() SÜREKLİ GÜNDÜZ

() BAZEN NÖBET

16. ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA ŞU ANKİ GÖREVİNİZ

() HEKİM

() SORUMLU HEMŞİRE

() HEMŞİRE

() BAŞHEKİM

() BAŞHEMŞİRE

() DİĞER

17. MESLEĞİNİZİ SEVEREK YAPIYOR MUSUNUZ?

() EVET

() HAYIR

18. MESLEKİ EĞİTİMİNİZ SIRASINDA ETİK İLE İLGİLİ DERS ALDINIZ MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

19. 18 NCİ SORUYA YANITINIZ EVET İSE HANGİ DERS ADI ALTINDA ALDINIZ?

☐ ETİK

☐ ETİK+DEONTOLOJİ

☐ DEONTOLOJİ

☐ DİĞER

20. ETİK İLE İLGİLİ BİR YAYINI DÜZENLİ OLARAK İZLİYOR MUSUNUZ?

☐ EVET

☐ HAYIR

21. ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA ETİK KOMİTE VAR MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

☐ BİLGİM YOK

22. 21 NCİ SORUYA YANITINIZ EVET İSE BU KOMİTEDE GÖREV ALDINIZ MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

23. MESLEKİ ÇALIŞMANIZ SIRASINDA HERHANGİ BİR ETİK İKİLEM/PROBLEMLE KARŞI KARŞIYA KALDINIZ MI?

☐ EVET

☐ HAYIR

24. 23.SORUYA CEVABINIZ EVET İSE ÇÖZÜMÜNÜ NASIL GERÇEKLEŞTİRDİNİZ?

☐ KENDİ BAŞIMA ÇÖZDÜM. ☐ YARDIM ALARAK ÇÖZDÜM.

☐ ÇÖZEMEDİM. ☐ DİĞER

EK-3

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE)

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir.

**LÜTFEN BU İFADELERE NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI
UYGUN GÖRDÜĞÜNÜZ SAYIYI DAİRE İÇİNE ALARAK BELİRTİNİZ.**

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

1. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

2. Hastalarımın bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

3. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

6. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

7. İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen katılıyorum. Hiç katılmıyorum.

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
13. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
15. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
16. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
18. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
20. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**
21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.
- 1 2 3 4 5 6 7
- Tamamen katılıyorum.** **Hiç katılmıyorum.**

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

29. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/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.

10. KAYNAKLAR

1. Arda B.: Tıp Etiği Araştırmaları, Biyoetik Derneği Yayınları, Öncü Matbaacılık, Ankara, 1999.
2. Arda B.: Tıpta Etik ve Eğitimi, Hemşirelik Etik Sempozyumu, 1994.
3. Atalay M.: Etik, Hasta Hakları ve Hemşirelik, Hemşirelik Esasları El Kitabı, Sabuncu N., Alpar Ş., ve ark., Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:8, 1. Baskı, Birlik Ofset Ltd., İstanbul, 1997.
4. Aydın E., Ersoy N.: Klinikte Etik Karar Verme Süreci, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Cilt: 1, 1995.
5. Aydın İ. P.: Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik, 2. Baskı, Pegema Yayıncılık, Ankara, 2001.
6. Babadağ K.: Hemşirelik Araştırmalarında Etik, Hemşirelik Bülteni, Cilt:9, Sayı: 38, s:1-2, 1995.
7. Babadağ K.: Hemşirelik Felsefesi ve Ahlak, Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, Cilt: 1 (1), s:23-26, İstanbul, 1996.
8. Babadağ K.: Hemşirelik ve Değerler, Yayınlanmamış Profesörlük Çalışması, İstanbul, 1997.
9. Babadağ K.: Hemşirelikte Etik, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s: 39-44, Erzurum, 1999.
10. Babadağ K.: Hemşirelikte Etik Bülteni, Cilt:5, Sayı:19, 1991.
11. Bahçecik N., Öztürk H., Paslı E.: Hemşirelikte Aydınlatılmış Onam, Sendrom, 2004.
12. Başağaoğlu İ.: İstanbul Tabip Odasına İntikal Eden Etik Sorunlar, Medikal Etik İlkeler ve Sorunlar, Ed.: Prof.Dr. Hüsrev Hatemi, Dr. Hanzade Doğan, Yüce Yayın A.Ş., 2000.
13. Black J.M., Jacobs E.M.: Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Continuity of Care, WB. Saunders Comp., Philadelphia, 1997.
14. Burkhard M. A., Nathaniel A.K.: Ethics Issues In Contemporary Nursing, Delmar Publishers, 1998.
15. Craven R. F., Hirnle C. J.: Fundamentals of Nursing, Human Health and Function, Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2003.

16. Commans L., Baldwin S.: Ethical policy guidelines development for general hospital nurses, Department of Nursing, Vol:34, p:1-8, Western Australia, 1997.
17. Dinç L.: Hemşirelerin Etik Problemler Karşısında Yaklaşımlarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Filiz Ulusoy, Ankara, 1993.
18. Dinç L.: Hemşirelerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1 (1), s: 33-43, 1994.
19. Dinç L.: Hemşirelik Eğitiminde Etik Konuların Önemi, III.Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İ.Ü. Basımevi, İstanbul, 1997.
20. Elçioğlu Ö., Kırımlıoğlu N.: Tıp Etiği İlkeleri, Ed.: Demirhan A.D., Öncel Ö., Aksoy Ş., Nobel Tıp Kitabevi, Çağdaş Tıp Etiği, 2003.
21. Erdem A.: Tıp Etiğine Giriş, Pegem Yayınevi, Ankara, 2001.
22. Erdemir A. D.: Klinik Uygulamalarda Hekim-Hasta İlişkileri, Ed.: Demirhan A.D., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevi, s: 65-77, İstanbul, 2001.
23. Erdemir A. D.: Türkiye’de Tıp Etiği Eğitiminin Önemi ve Uludağ Üniversitesi Entegre Sistem Ders Programında Tıp Etiği Eğitimi, Bursa, 2001.
24. Ersoy N.: Tıbbi Gizlilik İlkesi, 10 (4), Sendrom 1998.
25. Ersoy N., Aydın E.: Tıbbi Etikte Yararlılık İlkesi, Tıbbi Etik Dergisi, 2(2), 1994.
26. Ersoy N., Aydın E.: Tıbbi Etikte Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi, Türkiye Klinikleri, Tıbbi Etik, 2.Baskı, s:71-74, 1994
27. Ersoy N., Gündoğmuş Ü.N.: A Study Of The Ethical Sensitivity Of Physicians In Turkey, Nursing Ethics, 10 (5), Sep.2003.
28. Ersoy N., Göz F.: Hemşirenin Etik Duyarlılığı, Ed.: Ersoy N., Gündoğmuş N.Ü., I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
29. Ersoy N. ve ark.: Hekimin Etik Duyarlılığı, Ed.: Ersoy N., Gündoğmuş N.Ü., I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
30. Fry S.T.: ICN (International Concil Of Nurses), Hemşirelik Uygulamalarında Etik, Ed.: Beyhan BAĞ, Bakanlar Matbaacılık Tic. San. Ltd. Şti., Erzurum, 2000.
31. Göksel F.A.: Etikten Deontolojiye Bağlayıcı Kuralların Oluşumu, Tıbbi Etik 2 (1), 1994.

32. Göz F. ve ark.: Hemşirelik Etiği Eğitiminin Mevcut Hemşirelik Eğitimindeki Yeri ve Beklentiler, I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
33. Gözüm S., Aksayan S.: Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 5 (1), s: 3-14, 2003.
34. Gürhan N.: Hemşirelik ve Etik, I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
35. Heath, H. B. M. (Ed.): Potter and Perry's Foundations in Nursing Theory and Practice, Mosby, London, 1995.
36. Jonsen A., Siegler M., Winslade WJ.: Clinical Ethics, 3 rd. McGro-Hill, Newyork, 1992.
37. Kadioğlu S.: Etikodrama, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Cilt:1, sy:7, 1995.
38. Karaman H.: Ebu Bekir El-Razi ve Tıp Etiği İlkeleri, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, Cilt: 14, Sayı:1, 2006.
39. Karaöz S.: Cerrahi Hemşireliği ve Etik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 4 (1), s: 1-7, Sivas, 2000.
40. Katsuhara Y.: Japan Journal of Nursing Science, What Moral Requirements Cause Ethical Dilemmas Among Nurse Executives, Volume 2, p:57, 2005.
41. Kıvanç M. M.: Hemşirelikte Etik, Hemşirelik Bülteni, 8 (50), s:125-130, 2003.
42. Latiner E.: Ethical Challenges in Cancer Care, Journal of Palliative Care, 8:1, 1992.
43. McCarthy J.: A Plualist View Of Nursing Ethics, Nursing Philosophy, 7, p:157-164, İreland, 2006.
44. Nouredine S.: Development of the Ethical Dimension in Nursing Theory, International Journal of Nursing Practice, Volume:7, p:2, 2001.
45. Oberle K., Hughes D.: Doctors and nurses perceptions of ethical problems in end of life decisions, Philosophical and Ethical Issues, Canada, 2000.
46. Oğuz Y.: Felsefi Yaklaşımlar Işığında Klinik Etiğe Giriş, Ed: Demirhan A.E., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, s: 9-11, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.
47. Orak Ş.N.: İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005. (Danışman: Doç. Dr. Şule Ecevit Alpar)

48. Örs Y.: Neden Deontoloji Değil de Tıbbi Etik, Tıbbi Etik, 1(1), 1993.
49. Özden H., Elçioğlu Ö.: Değişim ve Etik, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Cilt:5, Sayı:1, Nisan 1997.
50. Özlem D.: Etik-Ahlak Felsefesi, İnkılap Kitabevi Yayın San. ve Tic. A.Ş., İstanbul, 2004.
51. Pehlivan İ.: Yönetmel Mesleki ve Örgütsel Etik, 1.Baskı, Önder Matbaacılık, s: 6-7, Ankara, 1998.
52. Pehlivan İ.: Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik, Pegem, 2.Baskı, Ankara, 2002.
53. Pehlivan İ.: Yönetmel, Örgütsel, Mesleki Etik Açısından Tıbbi Etik ve Tıp Etiği Eğitimi, Tıp Etiği Araştırmaları, Ed: Arda B., Biyoetik Derneği Yayınları, Ankara, 1999.
54. Peter E., Morgan K. P.: Explorations of a trust approach for nursing ethics, Nursing Inquiry, p:3-10, Canada, 2000.
55. Pieper A.: Etiğe Giriş, Ed: Veysel Atama, Gönül Sezer, Ayrıntı Yayınları, 1.Baskı, İstanbul, 1999.
56. Platin N. (Ed.): Mesleki ve Etik Sorunlar, LEMON (Learning Metarial On Nursing), Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:609, 1. Baskı, Ankara, 1998.
57. Potter P., Perry A. G.: Basic Nursing, Mosby Year Book Inc., St Louis, 1999.
58. Raines M.L.: Ethical Decision Making in Nurses Relationships Among Moral Reasoning, Coping Style and Ethics Stress, The Journal of Nursing Adnistration Jona's Healthcare Law, Ethics and Regulation, Volume:2, Number:1, March-2000.
59. Seedhouse D.: Practical Nursing Philosophy The Universal Ethical Code, John Wiley&Sons, New York, 2000.
60. Seren Ş.: Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen aktörlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof.Dr. Hülya Okumuş, İzmir, 1998.
61. Şehiraltı M.: Tıbbi Etik ve Diğer Disiplinlerle İlişkisi, I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
62. Taylor L., Lilis C., Lemoire P.: Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1993.
63. Terakye G., Ocakcı A.: Seçmeler, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995

64. Thompson I.E., Melia K.M., Body K.M.: Nursing Ethics, Fourth Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000.
65. Torjuul K., Sorlie V.: Nursing is different than medicine; ethical difficulties in the process of care in surgical units, Psilosophical and Ethical Issues, Norway, 2006.
66. Tosun H.: Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof.Dr.Kamerya Babadağ, İstanbul, 2005.
67. Ulusoy F., Görgülü S.: Hemşirelik Esasları Temel Kavram, Kuram, İlke ve Yöntemler, Cilt.I, Çağın Ofset, Ankara, s:22-27, 1996.
68. Velioğlu P., Babadağ K.: Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, 1993.
69. Velioğlu P.: Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş Ofset, İstanbul, 1994.
70. Vural H., İnanc N.: Hemşirelikte Hatalı Uygulamaların ve Etik Tartışmaya Yol Açabilecek Olayların Örnek Vakalarla İncelenmesi, Ed.: Ersoy N., Gündoğmuş N.Ü., I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999.
71. Yancey VJ.: Values and Ethics, In: Potter P.A., Perry A.G.: Fundamentals Of Nursing, Theory and Practice, Mosby Year Book Inc., 4 th Ed., St Louis, 1997.

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	HİLMİYE	Soyadı	SEVGİ PEKCAN
Doğum Yeri	YALOVA	Doğum Tarihi	26.09.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	63802391608
e-mail	hilmiyepekcan@mynet.com	Tel.	0505 526 29 82

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüks. Lisans		
Lisans	ULUDAĞ ÜNİ. SAĞLIK YÜKSEK OKULU	2001
Lise	YALOVA LİSESİ	1995

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. HEMŞİRE	ZÜBEYDE HANIM DOĞUMEVİ	2
2. SORUMLU HEMŞ.	ÖZEL YALOVA HASTANESİ	1
3. HEMŞİRE	YALOVA DEVLET HASTANESİ	1

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	49.001	48.619	48.237

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MICROSOFT OFFICE	İYİ

Yayınları / Tebliğleri Sertifikaları / Ödülleri: Bilgisayar, İngilizce, EKG Kullanım Sertifikaları, Toplam Kalite Yönetimi, EFQM Mükemmellik Modeli, Sınıf Öğretmenliği Sertifikası.



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 18/10/2007

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
Üniversitesi : Marmara

Üye : Yard.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK
Üniversitesi : Marmara

[Handwritten signatures of the jury members]

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08 / 11 / 2007 tarih ve 15. sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür Y.

Prof.Dr. Gülden Z. Omurtag

[Handwritten signature of Prof. Dr. Gülden Z. Omurtag]