



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARININ
BELİRLENMESİ**

ZUHAL NAS

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL – 2017

İTHAF

Hayatım boyunca her zaman büyük destekçim olan ve aldığım bütün kararlarımda cesaretlendiren çok değerli Baba'ma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmamın her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden destek aldığım ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum değerli danışman hocam Yrd.Doç.Dr.Nihal SUNAL'a

Araştırma süreci boyunca yardım ve desteklerini aldığım değerli arkadaşlarım Sultan ÇALBAY, Gülşen SÖYLEMEZ, Meryem SANSUR ÇETİNER'e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan ve veri toplama sürecinde değerli zamanlarını bana ayıran Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki meslektaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında desteklerini eksik etmeyen her zaman bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük pay sahibiolan çok değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Etik	5
4.1.1. Etik Ve Ahlak İlişkisi.....	6
4.2. Etik Türleri	7
4.2.1. Betimleyici etik.....	7
4.2.2. Normatif etik	7
4.2.3. Meta etik.....	8
4.3. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar	8
4.3.1. Yararlılık / zarar vermemesi ilkesi.....	9
4.3.2. Özerklik/ Bireye saygı ilkesi.....	9
4.3.3. Adalet ve eşitlik ilkesi.....	9

4.3.4.	Mahremiyet ve sır saklama ilkesi.....	9
4.4.	Sağlık bakımında Etik İnkilem ve Etik Karar Verme	10
4.5.	Hemşirelik Disiplininde Etik Duyarlılık	12
4.6.	Hemşirelik Etiği	13
5.	MATERYAL VE METOT.....	15
5.1.	Araştırmanın Tipi	15
5.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	15
5.4.	Araştırmanın Uygulanması.....	15
5.5.	Araştırmanın Değişkenleri	16
5.6.	Veri Toplama Araçları.....	16
5.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
5.8.	Araştırmanın Etik Yönü	18
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	19
6.	BULGULAR.....	20
7.	TARTIŞMA.....	35
8.	SONUÇ	45
9.	KAYNAKLAR	48
10.	EKLER	58
11.	ETİK KURUL ONAYI.....	69
12.	ÖZGEÇMİŞ	72

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

MSQ : Moral Sensitivity Questionnaire

THD : Türk Hemşireler Derneği

ICN : International Council Of Nurses- Uluslararası Hemşireler Konseyi

ANA : American Nurses Association – Amerikan Hemşireler Derneği

Ark. : Arkadaş

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 5.6.1. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları	17
Tablo 5.6.2. ADA' nin Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı	18
Tablo 6.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N=253)	20
Tablo 6.2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı (N=253)	21
Tablo 6.3. Hemşirelerin ADA ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları dağılımı (N=253)	22
Tablo 6.4. Hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA Puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	23
Tablo 6.5. Hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	24
Tablo 6.6. Hemşirelerin medeni durumunun ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	25
Tablo 6.7. Hemşirelerin çocuk varlığı durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	26
Tablo 6.8. Hemşirelerin gelir durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	27
Tablo 6.9. Hemşirelerin öğrenim durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	28
Tablo 6.10. Hemşirelerin çalıştıkları kliniğin kendi tercihi olma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	29
Tablo 6.11. Hemşirelerin çalıştığı kurumda etik komite bulunma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	30

Tablo 6.12. Hemşirelik etiği konusunda eğitim alma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	31
Tablo 6.13. Hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	32
Tablo 6.14. Hemşirelerin mesleki derneğe üye olma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	33
Tablo 6.15. Hemşirelerin sivil toplum derneğine üyelik durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)	34



1. ÖZET

HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

Araştırma hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini 15 Ağustos-10 Aralık 2016 tarihleri arasında İstanbul İli Avrupa bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde çalışan 750 hemşire oluşturmuştur. Örneklem grubuna araştırmaya katılmaya gönüllü olan 253 hemşire alınmıştır. Veriler; Yapılandırılmış Bireysel Bilgi formu ve Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, yüzdelik dağılım, standart sapma, max-min, medyan, frekans, Kolmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testi ve Cronbach's Alpha teknikleri kullanılmıştır. Çalışmada; hemşirelerin %41,9'unun 25-34 yaş arasında, %89,3' ünün kadın, %58,9'unun lisans mezunu ve çalışma süreleri ortalamasının $12,2\pm 8,8$ olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketinden aldıkları toplam puan ortalamalarının $74,5\pm 20,3$ olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin yaş gruplarına göre; 'bütüncül yaklaşım' ve 'uygulama' alt boyutları, mesleki derneğe üye olma durumuna göre; 'bütüncül yaklaşım', 'otonomi', 'uygulama' ve 'oryantasyon' alt boyutları ve sivil toplum derneği' ne üye olma durumuna göre 'yarar sağlama' ve 'uygulama' alt boyutları ile genel olarak etik duyarlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin kurumda etik komite bulunma durumuna göre; 'uygulama' alt boyutunda etik duyarlılık düzeyleri farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri daha önce yapılan bazı çalışmalara benzerlik göstermiş olup, orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Etik, Etik Duyarlılık

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF ETHICAL SENSITIVITY OF NURSES

The aim of this research is to reveal descriptive in order to determine the ethical sensitivities of nurses. The universe of the study consisted of, occurred created from 15 August to 10 December 2016 at istanbul city, europe region in a university related hospital by 750 nurses. The sample of the study consisted of 253 nurses who agreed to investigate with the principle of volunteering. As a data collection tool in the research; The data of the study was collected by using the “Structured Individual Information Survey” and the “Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ”. The collected data of this study were analysed using average, percentage distribution, standard deviation, max-min, median, frequency, Kolmogorov-Smirnov Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U test and Cronbach’s Alpha techniques in evaluating the data. In this research; it was determined that %41,9 of the nurses were between the ages of 25-34, %89,3 of them female, %58,9 of them had undergraduate degrees and $12,2 \pm 8,8$ of the average working time. The average of the total points that nurses got from moral sensitivity questionnaire was found $74,5 \pm 20,3$. According to age groups of nurses; in the ‘holistic approach’ and ‘practice’ sub-dimensions, professional association membership; ‘holistic approach’, ‘autonomy’, ‘application’ and ‘orientation’ sub-dimensions and there is statistically significant difference between the ‘providing benefit’ and ‘application’ sub-dimensions and ethical sensitivity total scores membership of non governmental organization. According to the existence of an ethics committee in the institution; ‘application’ sub-dimension ethical sensitivity levels were found different. In line with these results, it was found that the nurses ethical sensitivity levels showing resemblance to some studies carried out previously and were seen to be middle level.

Key Words: Nursing, Ethics, Ethical Sensitivity

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Etik, bilim ve teknolojinin bireye ve topluma zarar vermemesi için gerekli ahlaksal değerleri ortaya koyar (1). Tıbbın, bilimin ve teknolojideki gelişmelerin bazı değer sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olması sağlık alanında etiğin önemini gittikçe arttırmaktadır (2). Etik yaşamın her safhasında var olan, vazgeçilmezi imkânsız bir kavramdır. Çalışma hayatında hizmet sunan bütün meslek grupları üyelerinin sahip olduğu etik değerler vardır (3). Evrensel etik kurallar ve değerler; meslek mensuplarının, kendisine, mesleğine, meslektaşlarına ve topluma karşı sorumluluklarını yerine getirirken kullandığı yol gösterici ilkelerdir. Hemşirelik disiplini profesyonel bir grup olarak ve bireylere en yakın olması nedeniyle uygulamalarında etik kural ve ilkelere sahiptir (2). Mesleki etik ilkelerin amacı, hemşirelerin mesleğin ahlaki yönünün farkında olmasını, ahlaki bir davranış geliştirebilmesini ve bakım ihtiyacı olan bireylere, gruplara, topluma ve mesleğine karşı profesyonel ve etik sorumluluklarını yönetmesini sağlamaktır (4). Geçmişten günümüze geçen süreç içinde, bilimsel bilgi içeriği gittikçe zenginleşen hemşirelik, mesleki uygulamalarında karşılaştıkları etik problemlere çözüm getirmek durumunda kalmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi kaynakların paylaşımı birey hakları ve hemşirenin değişen rolü; çalışma ortamında uygulayıcı durumundaki hemşirelerin yüz yüze kalabileceği etik problemlere yol açabilmektedir (5). Bu nedenle, hemşirelerin etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları zorunludur (6). Yüzyıllar boyu içeriği zenginleşen ama özünden hiçbir şey değişmeyen hümanist düşünce günümüzde de insan ve insan varlığının değeri, saygınlığı, gereksinimleri, hak ve ödevlerine yaklaşımında yaşam felsefemizin ilkelerini oluşturmaktadır (7). Hemşireliğin; birey, aile ve topluma yardım etme bilimi ve sanatı olma niteliğinden hareketle, insanı tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca deneyimlediği, sağlık/hastalık durumlarında ihtiyaç duyulan bakım ve hizmetleri yerine getirmektedir (8). Hemşireliğin bu hizmeti sağlaması için; mesleğini önemsemesi, iyi bir eğitim almış olması, yardım etme duygusuna sahip olması, iyi bir organizasyon yeteneğine, ortak değer ve inançlara, sorumluluk alma ve karar verme yeteneğine sahip olması gerekir (9).

Klinik karar verme karmaşık bir süreç olup, bilgiyi sentez ederek ayırabilmeyi ve alternatifler içinden en doğru seçeneği uygulamaya koymayı gerekli kılmaktadır. Hasta bakımı ile ilgili durumlar, kurumsal olaylar ve birçok mesleki konular, hemşirelerin günlük uygulamalarında karar vermelerini gerektiren durumları ortaya çıkarmaktadır (10,11). Problem çözme yetisi ve etik karar verme süreci çağdaş, dinamik, nitelikli bir hemşirenin sahip olması gereken yüksek kalitede hemşirelik bakımı vermek için gerekli bir beceridir (12,13). Etik duyarlılık, hasta gereksinimlerinin belirlenebilmesi için, bakım verenin sözel olan ve olmayan ipuçlarını ve davranışları yorumlayabilmesini ve farkındalığını gerektirir (14,15). Çünkü duygular bir değeri ortaya çıkaran en önemli öğelerdir. Hemşirelik bu nedenle salt bir ontoloji olarak algılanmanın ötesinde, “bir başkası için var olma” sorumluluğunu hissettirmeyi gerektirmektedir. Böyle bir yaklaşım ahlaki gerçekliliğin var olmasının yanında hemşirenin duyarlılığı ile de oldukça ilintilidir. Hasta bireye olan ilgi ve duyarlılık; değerlerin ve mesleki performansın yapısında yer alan altruizm ile açıklanır. Bu noktada hemşirenin objektif gözlemleri ve Empatik yaklaşımı büyük önem kazanmaktadır (8). Günümüzde etik açıdan duyarlı ve ahlaki bakımdan kabul edilebilir bir bakım ve tedavi sunabilen sağlık üyelerine çok büyük ihtiyaç vardır (16). Hemşirelerin etik sorunu tanınması ve doğru kararları alabilmesi için, “etik problemi tanımlama” yeteneği olan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir (17,5). Bu bağlamda hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesinde, etik karar verme sürecine katkı sağlamak ve konu ile ilgili öneriler sunmak açısından çalışmanın yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışma “hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi” amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Etik

İngilizce ‘ethics’ Fransızca ‘ethique’ Latince ‘ethica’, yunanca ‘ethike’ kelimeleri ile ifade edilen etik, eski Yunanca da kişinin ahlaksal karakterleri anlamına gelen ‘ethos’ sözcüğünden türetilmiş olup, felsefenin ahlaki değerleri inceleyen alanıdır. Sözlük anlamı olarak töre bilimi, ahlak bilimi, ahlaki, ahlakla ilgili olarak tanımlanmaktadır (18, 19, 20).

Etik tartışmaların ana konusu, insanın davranışlarını ahlaki bakımdan değerli ya da değersiz kılanın ne olduğudur (21). İyi ile kötüyü ayırma eylemine, diğer bir açıdan da değer yargılarını yargılayan felsefe dalı olan etiğin dayandığı temel koşul,” iyi niyet “ kavramıdır. Etik bilgisine sahip olan kişinin mutlak ahlaklı olacağı söylenemez. Özellikle iyi niyetin olmadığı, hoş görü, uzlaşma, anlama ve ahlaki olana karşı açık olunmadığı bir durumda etik düşüncelerin de bir anlamı ve önemi olmayacaktır (22,23).

Etik somut olarak ortaya çıkışı üç şekilde olmaktadır. Birincisi, felsefenin bir alanı olarak etik; eylemler bağlamında iyiyi ve nelerin iyi olduğunu irdeler. İnsanın ideal eylemlerini formüle etmeyi hedefler. İkinci olarak, toplumsal yaşam bağlamında etik; insanın karşılıklı ilişkilerinde neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiğiyle ilgili kurallardır. Üçüncü ise meslek etikleri bağlamında; kişilerin mesleki yaşamlarında uymaları gerekli olan kurallar belirlenir ve o alana özgü uygulamalardaki istenen davranışları inceler (24, 25).

Tarihsel süreç içerisinde günümüze denk etik kavramının birçok tanımı yapılmıştır. Bir görüşe göre; Etik, insanların bireysel ve toplumsal ilişkilerinin temelini kapsayan değerler, normlar, doğru-yanlış, iyi-kötü gibi ahlaksal bakımdan inceleyen bir felsefe dalıdır (26, 27, 28, 29, 30). Diğer açıdan etik, insanların, bir tutum ve davranışı ortaya çıkaran iradeyi ve bilinç düzeyini incelemektedir. Etik ilişkilerde ve değerlendirmelerde Vicdan bilinci ve sorumluluk kavramı, temel ve belirleyici olguların başında yer almaktadır (31). Etik her gün davranışlarımızı, verdiğimiz kararları ve gösterdiğimiz nedenleri bir kez daha değerlendirmemizi ister ve bu durumda ne yapmamız gerektiği noktasında bizi aydınlatır (32).

Etik aynı zamanda değer kavramı ile de ilişkilidir. İnsanlar dürüstlük, doğruluk, hakkaniyet, sadakat, yardımseverlik gibi değerleri daima iyi değerler olarak kabul etmiştir. Bu değerler, insanoğlunun bulunduğu her toplumda, vazgeçilmez evrensel etik değerler olarak kabul görmüştür(33, 34). Etik anlayışının tam olarak hangi dönemler de başladığı bilinmese de birçok farklı toplulukta çok eski çağlardan beri var olduğu bilinmektedir (35). Yaklaşımlarından bazıları şunlardır; Demokritos (460-370), her hazzı değil, ahlakça güzel olana bağlı olanı seçmek gerek” diyerek, ahlaksal olanın özerkliğini ilk ortaya atmış ve böylece kendisinden sonraki Sokrates ve platon etiğini etkilemiştir.

Platon’un hocası Sokrates’ e (İ.Ö. 469-399) göre, “ erdemlerin tümü, bilgeliğe dayanıyor. Bilgi (episteme), kişilerin doğru davranışa, bilgisizlik de yanlış davranışa götürür.” Bu nedenle, ahlaksal davranışların temeli bilgi olmaktadır. Ve iyi ile doğrunun ne olduğu bilgisine sahip kişiler ise erdemlidir. Sokrates’in erdem üzerindeki çalışmalarının çıkış noktası olarak Platon’un(İ.Ö.427-347) etiği de mutlulukçudur. Platon’a göre en yüksek iyi mutluluktur. İnsanın doğal gayesi olan mutluluğu sağlayacak yaşam tarzını, bunun ne olduğunun araştırmıştır. Konuşmalarında sürekli erdem ve mutluluğu tanımlamaya ve insanlara mutlu olmanın yollarını aktarmaya çalışmıştır. Königsberg’li filozof Immanuel Kant (1724-1804)’a göre, ahlaksal değer, iyiliğe eğilim sonucu değil de ödev duygusuyla yapmakta aranmalıdır. Kant’ın etiği, insanlarda ortak bir özelliğin var olduğu düşüncesine dayanır; bu özellik, yasaya uyması gereken “iyi niyet” tir (36).

4.1.1. Etik ve ahlak ilişkisi

“Ahlak”, Arapça kökenli “hulk” kelimesinden gelen ve kişinin doğuştan getirdiği ya da sonradan edindiği huyları, tutumları, hayatın her alanında insanlar arasındaki ilişkilerin temelindeki değerleri ve toplum tarafından uyulması gereken kuralların bütünü ifade etmektedir (37). Etik, sosyalleşme ve “iyi toplum” oluşturma konusunda önemli göçlerden biri olarak değerlendirile gelmiştir. Günümüzde de küreselleşme ile birlikte etik, ahlak konularına çok fazla vurgu yapılmaya başlanmıştır (38). Felsefenin bir dalı olan etik, kendini ahlaki davranışın bir bilimi olarak ifade etmekte, ahlakilik kavramını temellendirmek üzere insan pratiğini, var olan ahlaki koşullar açısından araştırmaktadır. Ahlakilik, bir eylemi ahlaki bakımdan irdelendikten sonra iyi bir davranış olarak tanımlama olanağını veren nitelik

anlamına gelmektedir (39). Genellikle iyi bir yaşam amacı için “ etik “ terimi ve bu amaca ulaşmak için ise zorlama/sınırlama etkisi olan normatif içeriğe sahip “ ahlak “ terimi kullanılmaktadır. Amaç ile norm arasındaki ayırımıda temel ayrac bunların kuramlarının farklı olmasıdır. Etik, Aristotelesçi yaklaşımla; ahlak ise kantçı düşünceye dayanan deontolojik görüşü bakımından ifade edilmektedir (40).

Etik ve ahlak aralarında ilişkili bulunduğu halde birbirlerinden farklıdır. Ahlak; görenekler, alışılmışlıklar, örf-adetler, yaşam tarzları gibi toplumdan topluma ve geçen zamanla birlikte farklılık gösterebilecek değerlerdir. Etik ise; dürüstlük, yardımseverlik, hakkaniyetli olmak, hırsızlık yapmamak, yalan beyan etmemek, birey haklarına saygılı olmak gibi; zaman geçse de tüm dünya da geçerli değerler kümesidir (41). Etik; Zaman, değişen koşullara, toplumsal ihtiyaç ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak değişimler gösterebilir, Ancak özünde yararlılık, zarar vermeme, adalet gibi başlıca belirleyiciler değişmez (42).

4.2. Etik Türleri

Günümüzde etik alanındaki çalışmalar; betimleyici etik, normatif etik ve meta etik olmak üzere üç başlık altında gerçekleştirilmektedir (43).

4.2.1. Betimleyici etik

Adından da anlaşılacağı üzere ahlak alanına bilimsel yaklaşımı uygulamakla, eylemlerle ilgili ortaya çıkan betimleyici (deskriptif) bir yaklaşımdır. Olması gereken eylemlerle ilgili ahlaki değerlerden ziyade, var olan ahlaki olgu ve değerleri tespit etmek ve bu tür inançların sosyolojik ve psikolojik yönleriyle ilgili araştırma yapmakla ortaya çıkan bir etik türüdür (44). Bu etik yaklaşımı kural koymak yerine, sadece bireylerin davranışlarını gözlemleyerek davranışların sonuçlarını tanımlar (45). Hemşirelerin ahlaki düşünce ve kararlarını araştıranlar kuram olarak betimsel etikle çalışır (46).

4.2.2. Normatif etik

Ahlak bakımından onaylanabilen davranışları saptama veya bu eylemlere yöneltmede hangi temel kuralların, neden önemli olduklarını sorgular. Doğru ya da yanlış davranışın ölçülerini araştırır. Normatif etiğin gayesi, ahlaksal olarak doğru-

yanlış, gerekli olana ilişkin yargılara ulaşmaktır. Normatif bir alan bilimsel değildir (47, 48, 46).

4.2.3. Meta etik

Ahlak önermelerinin kuramsal anlamı, bu önermelere yollamalarda bulunulması ve etik değerlerin belirlenmesi meta etik olarak adlandırılır (49). Tipik meta etik araştırmalar etik kuram ve kurallarla insan davranışı arasındaki ilişkiye odaklanır. Meta etiğin non-normatif etik adı altında kümelen dirilmesinin nedeni, meta etiğin olgusal ve kavramsal olarak gerekeni değil olanı ortaya koymayı amaçlamasıdır. Ancak normatif etik sıklıkla meta etik üzerinde temellendirilmektedir. Hemşirelik işlevlerinin sunumundaki ahlaki söylemle ilgili kavramlar (savunma, sorumluluk, işbirliği) meta etik alanına girer. Ayrıca etik bir bilim olarak kendisini eleştirmek için de meta etiğe gereksinim duyar (50, 46, 48, 18).

Etik araştırmaların normatif, betimsel ve meta etik biçimleri birbirleriyle çok sıkı bağlantı içerisindedir ve karşılıklı etkileşimleri uygulamalı etiğin bir sistemini ortaya koyar. O halde (hastayı acıdan korumak gibi) ahlaki bir eylemi tanımlamak için öncelikle betimsel etik kullanılabilir, sonradan hasta bakımında hemşirenin ahlaki görev kazandırmak için normatif etik, hasta bakım mesleğinde sorumluluğun anlamını açıklamak için de meta etikten yararlanılabilir (46).

4.3. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar

Etik ilkeler ilk defa uluslararası hemşirelik konseyi (International Council of Nursing) ve Amerikan hemşireler birliği (American Nursing Association - ANA) tarafından hazırlanmıştır (51). Geçen zamanla birlikte çeşitli düzenlemeler yapıldığı halde içerdiği değerlerde büyük bir değişiklik yapılmamıştır. Etik kurallar hemşirenin mesleğine, meslektaşlarına, mesleki örgütüne, ekip üyelerine ve hizmet sunduğu kişilere karşı sorumluluklarını belirler (52). Problemleri ahlaki bir yaklaşımla değerlendirir (53).

Mesleğin ilk etik kodları olarak kabul edilen Florence Nightingale'nin hemşirelik hizmetleri için yol gösteren kurallar içermekteydi.“ sırları gizleyeceğim, bilgimi kullanacağım, tehlikeli olanı yapmayacağım, zarar verecek ilacı vermeyeceğim” gibi

mesleğin gayesine ve fonksiyonlarına yönelik bu ifadeler hemşireliğin değerlerini ortaya koymaktadır (54).

4.3.1. Yararlılık / zarar vermemesi ilkesi

Hemşire insan yaşamının, korunması gereken en yüce değer olduğunun ve bu değerden hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilinci ile görevini icra eder. Bu bağlamda, sağlık ekip üyeleri hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak zorundadır. Yapılan işlemler hasta için zarara sebebiyet vermemelidir. Güvenliğin korunması ve etkin bir hemşirelik bakımı, korkuya, endişeye veya ağrıya neden olan uygulama, nazogastrik sonda takma gibi işlem yapılırken gerekebilir (55).

4.3.2. Özerklik/ Bireye saygı ilkesi

Birey, kendisi ile ilgili yapılacak işlemlerde karar verme hakkına sahibidir. Hastanın kendi ile ilgili sağlık bakım seçimlerine saygı duyma esastır. Hastanın kendisi dışında bilgilendirilmesini istediği kişileri belirlemesine saygı gösterir (34).

4.3.3. Adalet ve eşitlik ilkesi

Tüm hastaların tedavi ve bakım için eşit ve uygun uygulamaları ifade eder. Adalet ve eşitlik ilkesinin uygulanmasında, bütün bireylerin eşit biçimde tedavi edilip-edilemeyeceği veya aynı ilke ve standartların her birey için sunulup-sunulmayacağı dikkate alınmalıdır (55).

4.3.4. Mahremiyet ve sır saklama ilkesi

Hemşire; Hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını sağlar (56). Hemşire; hizmet sunduğu bireylerle ilgili kayıtların gizliliğine özen gösterir ve Hastaya ait verilerin doğrudan ilgili olmayan kişilerin erişimine engelleyici önlemleri alır. Bildirimi zorunlu olan durumlara karşın, oluşabilecek zararlardan kişiye yönelik koruyucu önlemleri alır (57).

International Council Of Nursing' in hemşirelik etik kodları hemşirenin kişisel bilgiyi gizli tutmasını, bilgiyi paylaşması gerektiği noktada sağduyusunu kullanmasını önermektedir (58). Etik ilkeler her ne kadar temelini toplumsal yaşamdan alsalar da onu kontrol eden vicdandır. Vicdan doğru yolu gösteren

pusuladır. Ancak sadece yolu bilmek yeterli değil yapılacak seçim, karar verecek irade, yargı gücü de gereklidir (59).

4.4. Sağlık Bakımında Etik İkilem ve Etik Karar Verme

Hemşirelikte etik karar verme süreci; etik birçok seçeneklerin yer aldığı ortamda, etik açıdan sorunun belirlenmesi ve doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir süreçtir. Hemşirenin sorumluluk, görev ve yetki gibi mesleğin temelini oluşturan inançları etik karar verme açısından önemlidir (60). Hemşirenin hasta haklarını savunucu rolü, hastanın bütünlüğüne zarar verebilecek tehditlere karşı bireyi korumayı hedefler. Aksi durumda bakımda ikilem ya da çelişkiler yaşanır (61, 62).

Klinik karar verme hemşirelik açısından; hemşirelik bilgisinin yararlanılması ve uygulamaya konmasını ifade eder (10). Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki, hemşireliği profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur (63). Profesyonel hemşirelikte uygulamaların esasını estetik, özgecilik, özgürlük, eşitlik, dürüstlük, insan onuru ve gerçekçilik değerleri, etik ilkeler ve teorileri etik karar verme metotları belirler (64).

Hemşirenin hastayla sürekli iletişim halinde olması, etik sorunlarla daha sık karşılaşacağı ve olabilecek etik sorunu daha çabuk fark edeceği ileri sürülmektedir (65). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemleri inceleyen araştırmalarda genellikle sistem ve kurum politikasına, hekim hemşire iletişimine ve hasta bakımına ilişkin ikilem yaşadıkları görülmektedir. Kurumun politikası, kurumun sosyal ve fiziki alt yapı şartları hemşirelerin etik karar verme sürecini etkilemektedir (32). Etik ikilemler de karar verme süreci sırasıyla; etik sorunun tanımlanması, geçerli verilerin toplanması, etik sorunu kişisel temelde inceleme, etik kavramları belirleme ve ortaya koyma, konuyu tartışma, davranışı seçme olarak gösterilmektedir (66).

Etik karar verilirken, bazı ölçütler belirlenmiştir, Bu ölçütler;

1. İnsanları araç değil, amaç olarak bakılmalıdır.
2. Bireylerin bağımsız tercihlerine saygılı olunmalıdır.
3. İnsanları eşit değerlerde sorumluluk duygusuna sahip olmalıdır.
4. Bireylerin istekleri eşit değerdedir ve eşit haklara sahiplerdir.

5. Yüksek düzeyde yarar ile insanları eşit ölçütte önemseme arasında, bir denge oluşturulmalıdır.
6. Amaçlar, kararların yönünü belirler (67).

Son yıllarda hızla gelişen teknolojinin sağlık uygulamalarına yansımaları; organ nakli uygulamaları, yetersiz olan kaynakların dağılımı, nüfusun yaşlanması, üreme teknolojisindeki gelişmeler, hasta hakları, ölümün tanımlanması, ekip içinde hemşirenin değişen rol ve sorumlulukları artık hemşireleri etik sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Etik kararlar alma ve uygulamada hemşireler bu yeni durumlar nedeni ile daha çok ikilem yaşamaktadırlar (66).

Etik karar vermek için en önemli görev, hastanın ve hemşirenin değer yargılarının göz önünde bulundurulmasıdır (68). Bu nedenle hemşirelerin değerlerinin farkında olması ve bunların insanların tutumlarını nasıl etkilediğini bilmesi, hizmet sunduğu bireylere daha duyarlı bir bakım sağlamasına yardımcı olacaktır (6). Etik karar verme sonucu etik kararın haklılığı da önemlidir. Hemşire kararını etik yönden dile getirebilme haklılığını ortaya koyabilmelidir. Başka bir ifade ile etik karar verme sürecinin gerekliliğini ortaya koyarak kararın doğru olduğunu net bir şekilde gösterebilmelidir (55).

Sağlık alanı tüm bu sorunların yoğun yaşandığı alanlardan biri olarak etiğe ilişkin pek çok soruyu barındırmaktadır. Bu nedenle tüm sağlık profesyonellerine lisans programlarında ciddi bir etik eğitimi verilmesi önemli bir gerekliliktir. Bu bağlamda dikkate alınması gereken temel noktalardan biri, sağlık profesyonellerinin aldıkları etik eğitimini uygulamaya yansıtılabilmeleridir. Hemşirelikte etik eğitimi, hemşirelerin uygulamada ne tür sorunların etik açıdan zorlanmalara yol açtığını belirlemelerinin yanı sıra, karşılaştıkları etik sorunlarla baş etmek için beceri geliştirmelerine; etik karar vermede kendilerine güvenmelerine; sahip oldukları güven ve edindikleri bilgi sayesinde etik sorunlara karşı önlem almalarına katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda iyi bakım sağlamanın temelini oluşturmakta ve hemşirelerin erdemli davranış sergilemeye teşvik etmektedir (69).

4.5. Hemşirelik Disiplininde Etik Duyarlılık

Her tıbbi uygulamanın kendine has bir etik boyutu vardır; etik bilincine ve duyarlılığına sahip olmak bu boyutu dikkate almaya ve değerlendirmeye almayı sağlamaktadır. Etik bilinç, etik duyarlılık, etik sorunların tanınması ve çözüm getirilmesi kadar onların çözüme kavuşturulmasında ve ortaya çıkışlarının önüne geçilmesinde de rol oynamaktadır (24).

Etiğin gücü, insanın vicdanıdır. İnsan duygusunu, düşüncesini, davranışını, tutumunu, eylemini, 'vicdanının sesine' kulak vererek, doğru-yanlış, iyi-kötü, olumlu-olumsuz olarak değerlendirir (70). Sağlık ekip üyeleri arasından hasta ile en fazla zaman geçiren ve en yakın diyalog içinde olan hemşireler, hastalarının en zayıf ve mahremiyet yönlerine tanık olabilmektedirler. Bu sebeple hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmesi için gerekli donanım ve yeteneklere sahip olması, bakımın insani ve ahlaki yönü bakımından duyarlı olması, mesleki yeterliliğini daima geliştirmesi ve meslek ahlakına uygun hizmet sunması gereklidir (71).

Hemşireler, bakım ekibinin geniş bir grubu olarak, verilen bakımın kalitesinde anahtar rol oynarlar ve ahlaki sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunlardan biri hastalar, hemşireler ve bakım sistemleri üzerinde farklı etkilere sahip olabilen ahlaki sıkıntıdır. Bir diğer ise hemşirelerde ahlaki değerleri korumak ve moral sıkıntıyı önlemede önemli rol oynayabilecek ahlaki duyarlılıktır (72).

Etik duyarlılık, çatışmaların yaşandığı bir ortamda yer alan etik değerlere dikkat edilmesi ve bir durumda kendi rol ve sorumluluğun kendiliğinden fark edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Etik karar vermede rehberlik eden kişisel bir yatkınlıktır. Duygular, etik bilgi ve beceriler ile birbiriyle ilişkili bir süreç olan bilişsel kapasiteyi içerir (73).

Etik duyarlılık; etik açıdan savunulabilir klinik etik yargılarda bulunma kapasitesini içerir (74). Hemşirelerden yaşadıkları etik sorunlar karşısında doğru karar alabilmeleri beklenmektedir. Etik karar verme, etik duyarlılığın gelişmesine bağlıdır. Etik duyarlılık, etik problemleri çözme, açıklık getirme veya eylemi haklı çıkartmakla birlikte mutlak bir etik sorunu önleyebilmektedir (75). Hemşirelerin, etik sorunu tanınması ve çözüm getirebilmesi, uygun karar verebilmeleri için, etik sorunu

ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir (76). Hemşireler hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimleri için duyarlı olmalı ve bakım sürecinde bunlara yer vermelidirler (75).

Hemşirelerin yüksek etik duyarlılığa sahip olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunduğu kadar, hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyen bir durumdur (77). Bu açıdan etik ikilemlerle karşılaştıklarında bu ekibin bir üyesi olan hemşirelerin davranış biçimlerini nasıl seçtiklerinin anlaşılmasının bakıma önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir (16).

4.6. Hemşirelik Etiği

İnsanın olduğu her yerde mutlaka etik sorunlar vardır. Bu sorunlar insanlarla iç içe olan meslek gruplarında doğal olarak daha sık ortaya çıkmaktadır. Meslek etiği olarak tanımlanan bu alanda, ilgili meslekte karşılaşılan, ortaya çıkan problemleri ve devamında neyin yapılıp neyin yapılmaması gerektiği tartışılmakta, kurallar ve kodlar geliştirilerek sorunlara çözüm önerileri getirilmeye çalışılmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda ortaya konulan etik ilkeler, o mesleği icra eden kişilerin meslektaşlarına, hizmet sunduğu bireylere, meslekle bağlantılı diğer ekip üyelerine ve kişinin mesleğine aynı zamanda kendisine karşı sorumluluklarını belirlemekte ve genel kabul görmektedir (69). Her meslek grubu üyelerinin mesleğe özgü bilgilere önem vermesi gerektiği kadar mesleğinin gerektirdiği mesleki ahlak/ etik ilkelerine de riayet etmesi zorunludur (78).

Hemşirelik mesleği toplumsal bir gereklilikten doğmakla birlikte, din, cinsiyet, savaş gibi birtakım faktörlerden etkilenmiştir. Her bir bireyin kendi deneyimlerine ilişkin değerleri kişisel etiğinin gelişimine katkıda bulunur. Meslekler de kendi üyeleri için, disipline özgü davranış kuralları geliştirmek zorundadır. Genelde meslek grupları meslek içinde kendilerini organize ederken ortaya çıkan “ meslek etik kodları” profesyonel tutumları yönetmektedir. Etik kodların birçoğu meslek üyelerinin kendilerini dürüst, doğru, uyumlu ve iyi huylu bir şekilde yönetebilmeleri konusunda özgünleşmiştir. Hemşireliğin etik kodları da hemşirelerin mesul oldukları hastalarıyla, meslektaşlarıyla, ekip üyeleriyle ve toplumla olan ilişkilerinde hemşirelere yol gösterir (79, 80).

Hemşirelik etiği; hemşirelik sorumluluğu içinde hastaya yapılan girişimlerin, yararlı ya da zararlı olmasının ahlaki açıdan da değerlendirilmesidir (81). Hemşirelik etiği uygulamalı bir etikdir. İyi hemşirelik uygulamalarının nelerden oluştuğunu, iyi hemşirelik uygulamalarının önündeki engellerin neler olduğunu ve onların mesleki eylemlerine/ davranışlarına ilişkin sorumluluklarının neler olduğunu inceler (82).

Yapılan bir dizi etik uğraşlar sonucunda, hemşirelik disiplini için önemli olan etik ilkelerin; bireye saygı, yararlılık, iyi davranma, dürüstlük, hakkaniyet ve sadakat olduğu belirlenmiştir. Günümüzde hemşireliğin dayandığı bu etik ilkeler; hemşireleri birtakım etik sorumluluklar yüklemekte ve mesleki uygulamalarında yol gösterici kurallar oluşturmaktadır (83). Aynı zamanda hemşireye özerklik kazandırarak, mesleki tatmin ve isteklendirmeyi artırmaktadır (74).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; 15 Ağustos – 10 Aralık 2016 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa bölgesinde bulunan bir üniversite hastanesinde yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evrenini, İstanbul İli Avrupa bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde çalışan toplam 750 hemşire oluşturdu.

Örneklem büyüklüğü, evrendeki kişi sayısı bilindiği için;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$
 formülü kullanılarak hesaplandı.

Hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirleme sıklığı % 50 alındığında, üniversite hastanesinde bulunan hemşireleri %95 güvenirlilik ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 254 hemşire olarak bulundu. Veri toplanan tarihler arasında 370 anket formu hemşirelere ulaşıldı. Anketlerin geri dönüşümü boş bırakılan, eksik doldurulan ve hatalı doldurulan anketler analiz dışı bırakılmış olup araştırma örnekleme toplamda 253 hemşireden oluştu.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde aktif çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile veri toplama araçlarının uygulanması (EK-1, EK-2) şeklinde yapılmıştır.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalıştığı birim ve deneyim süresini oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ahlaki duyarlılık anketinden alınan toplam puan ortalamalarını oluşturmaktadır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak;

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

Yapılandırılmış Bireysel Bilgi Formu:

Bu form, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk varlığı durumu, eğitim durumu, gelir durumu, çalıştığı birim, çalıştığı birimde tercihi olma durumu, mesleki hizmet süresi, kurumda etik komite bulunma, hemşirelik etiği ile ilgili eğitim alma, etik ikilem/problem yaşama durumu, etik ikilem/problemi çözme yolu, mesleki derneğe üyelik, sivil toplum örgütüne üyelik ile ilgili toplamda 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Ahlaki Duyarlılık Anketi – ADA (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ):

Ahlaki duyarlılık anketi, Kim Lutzen tarafından geliştirilen ahlaki duyarlılık anketi (ADA), 1994 yılında, öncelikle Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde (İsviçre-Stockholm) psikiyatri kliniğindeki, sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerin etik karar verme sürecinde gösterdikleri etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ahlaki duyarlılık anketi 30 maddeden oluşan, 6 alt boyutu olan (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon), 7'li Likert tip ankettir. Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirliği Hale Tosun tarafından 2005 yılında yapılmış olup Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur. ADA'nın alt boyutları ve ölçek maddeleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Ek-2).

Tablo 5.6.1. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları

Alt Boyut	Madde No	Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)
OTONOMİ	10	Hastanın bakımı/tehdavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
	12	Hastanın kişisel gelişimi 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/tehdavinin hasta için karar vermeyi içerdiğine de inanırım.
	21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tehdaviyi red ettiğinde 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	Hastalarımnda bir iyileşme görmezsem, işimin bir anlamı olmadığını hissederim.
	5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
	8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, azda olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
	25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tehdavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
BÜTÜNCÜ YAKLAŞIM	1	Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, 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 özel bakım/tehdavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
	30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü başarılı bulurum.
ÇATIŞMA	9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişki yaşarım.
	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 olmadığımnda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
	20	Etik açıdan doğru ya da 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/tehdavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
	19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
	22	İyi bir bakım/tehdavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
SINIFLANDIRILAMAYAN 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 etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

Anketteki sorular verilen cevaba göre ifadeler 1 puan (tamamen katılıyorum), 7 (hiç katılmıyorum) şeklinde değerlendirilmektedir. Alına bilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Puanın düşük olması etik açıdan “yüksek duyarlılığı” puanın yüksek olması etik açıdan “düşük duyarlılığı” ifade etmektedir. ADA alt boyutları ve toplam puan dağılımı aşağıda tablo: 5.6.2 de gösterilmiştir.

Tablo 5.6.2. ADA’ nin Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı

Alt boyut	Minimum	Maksimum
Otonomi	7	49
Yarar Sağlama	4	28
Bütüncü Yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
Toplam	30	210

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin değerlendirilmesi, SPSS 22,0 programı aracılığıyla araştırmanın amacı doğrultusunda verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov-smirnov test, grup ortalama analizinde Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testi ve Cronbach’s Alpha teknikleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ anlamlı olarak değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nda değerlendirilerek onaylandı. Araştırmanın yapıldığı İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi müdürlüğünden yazılı izin alındı (Ek-3). Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmanın amacı konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Gönüllülük ilkesi

kapsamında cevaplanan anketlerin çalışma dâhilinde değerlendirileceği, farklı kişi veya kurumlar ile paylaşılmayacağı belirtilmiştir. Ahlaki duyarlılık anketi- ADA 'nın Türkiye de geçerlilik ve güvenilirliği Hale Tosun tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanımı için e-posta yoluyla yazılı olarak izin alınmıştır (Ek-4).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Formların dağıtıldığı tarihler arasında bulunmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle sınırlı kalmıştır.



6. BULGULAR

Tablo 6.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N=253)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş Aralığı	18-24	34	13.4
	25-34	106	41.9
	34-44	76	30.0
	≥45	37	14.6
Cinsiyet	Kadın	226	89.3
	Erkek	27	10.7
Medeni Durum	Evli	118	46.6
	Bekâr	135	53.4
Çocuk Varlığı	Var	108	42.7
	Yok	145	57.3
Gelir Durumu	Gelir>gider	18	7.1
	Gelir=gider	138	54.5
	Gelir <gider	96	37.9
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	14	5.5
	Ön lisans	30	11.9
	Lisans	149	58.9
	Lisansüstü/uzman	60	23.7

Çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.1’de yer almaktadır. Hemşirelerin %41,9’unun 25-34 yaş arasında, %89,3’ ünün kadın, %53,4’ nün bekâr, %57,3’ ünün çocuk sahibi olmadığı, %54,5’inin gelirinin giderine eşit olduğu ve %58,9’unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı (N=253)

Mesleki deneyim	Min-Max	medyan	Ort.±s.s.
	8 ay-35	9	12,2 ± 8,8
		n	%
Çalıştığı birim	Cerrahi birim	87	34,4
	Dâhiliye birimleri	90	35,5
	Kadın doğum hastalıkları	27	10,7
	Acil servis	14	5,5
	Psikiyatri	14	5,5
	Çocuk hastalıkları	12	4,7
	Yoğun bakım	9	3,6
Bu birimde çalışmak Kendi tercihiniz mi?	Evet	168	66,4
	Hayır	85	33,6
Çalıştığınız kurumda etik komite bulunma durumu	Var	212	83,8
	Yok	41	16,2
Hemşirelik etiği eğitimi	Aldı	185	73,1
	Almadı	68	26,9
Etik ikilem/problem ile karşılaşma durumu	Karşılaştı	118	46,6
	Karşılaşmadı	135	53,4
Etik ikilem/problemi çözme durumu	Çözemedi	27	10,7
	Kendi başına çözdü	41	16,2
	Yardım alarak çözdü	47	18,6
	Diğer	3	1,2
Mesleki dernek üyeliği	Üye	137	54,2
	Üye değil	116	45,8
Sivil toplum derneği üyeliği	Üye	120	52,6
	Üye değil	133	47,4

Tablo 6.2’de Hemşirelerin mesleki çalışma süresi ortalamasının (12,2±8,8) olduğu, %35,5’inin dâhiliye birimlerinde çalıştığı, %66,4’ ünün birimde çalışmanın kendi tercihi olduğu, %83,8’ inin çalıştığı kurumda etik komite olduğunu, %73,1’inin hemşirelik etiği eğitimi aldığını, %46,6’ sının etik ikilem yaşadığı, %18,6’ sının karşılaştığı etik ikilem/problemi yardım alarak çözdüğü, %54,2’ inin mesleki derneğe üye olduğu ve %52,6’ sının sivil toplum derneğine üye olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.3. Hemşirelerin ADA ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları dağılımı (N=253)

Ahlaki Duyarlılık Anketi	ADA' nin Min-Max Puanları	Çalışmadan alınan Min-Max puanlar	Ort.±S.S.	Cronbach Alpha
Otonomi	7 – 49	4 – 39	18,5 ± 6,5	0.733
Yarar sağlama	4 – 28	3 – 22	11,3 ± 4,4	0.531
Bütüncül yaklaşım	5 – 35	3 – 30	12,1 ± 4,4	0.581
Çatışma	3 – 21	3 – 21	12,4 ± 3,8	0.533
Uygulama	4 – 28	3 – 25	11,7 ± 4,0	0.560
Oryantasyon	4 – 28	3 – 23	8,5 ± 3,9	0.674
Toplam	30 – 210	19 – 130	74,5 ± 20,3	0.873

Hemşirelerin ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6.3'te verilmiştir. Hemşirelerin ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; bütüncül yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının $12,1 \pm 4,4$, yarar sağlama alt boyutu puan ortalamasının $11,3 \pm 4,4$, otonomi alt boyutu puan ortalamasının $18,5 \pm 6,5$, çatışma alt boyutu puan ortalamasının $12,4 \pm 3,8$, uygulama alt boyutu puan ortalamasının $11,7 \pm 4,0$ ve Oryantasyon alt boyutu puan ortalamasının $8,5 \pm 3,9$ olduğu ve toplam ADA puan ortalamasının $74,5 \pm 20,3$ olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ADA'dan aldıkları toplam min-max puan değeri 19-130 olarak tespit edilmiş olup, toplam Cronbach Alpha değeri ise 0,873 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.4. Hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA Puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt boyutlar	Yaş					P
	Ort.±s.s Medyan	18-24 (n=34)	25-34 (n=106)	34 – 44 (n=76)	≥45 (n=37)	
Bütüncül yaklaşım	Ort.±s.s Medyan	11.1 ±4,4 10.0	13.2± 4,5 13.0	11.6 ± 4,1 11.0	10.9±4,5 10.5	0.005
Yarar sağlama	Ort.±s.s Medyan	10.4 ±4,5 10.5	12.1 ± 4,6 13.0	11.1 ± 3,9 11.0	10.5 ±4,3 10.0	0.090
Otonomi	Ort.±s.s Medyan	18.1 ±7,3 16.5	19.8 ± 6,4 19.5	17.8 ± 6,8 17.0	16.3 ±4,8 15.0	0.051
Çatışma	Ort.±s.s Medyan	11.8± 3,7 13.0	11.9 ± 3,8 12.5	13.4 ± 3,8 14.0	12.8 ±4,0 12.5	0.052
Uygulama	Ort.±s.s Medyan	11.2 ±3,7 11.0	12.9 ± 4,2 12.5	11.1 ± 3,8 10.0	10.4 ±3,6 10.0	0.000
Oryantasyon	Ort.±s.s Medyan	8.4 ± 5,1 6.5	9.0 ± 4,0 8.0	7.9 ± 3,3 8.0	8.0 ± 3,5 7.5	0.181
Toplam	Ort.±s.s Medyan	71.3±21,6 68.5	79.4 ±20,9 77.0	71.2 ±19,4 72.0	68.7±177 64.0	0.009

Kruskal-wallis (Mann- Whitney U test) kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 6.4’ de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde 25-34 yaş arası hemşirelerin bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutları ile toplam ADA puan ortalamalarının diğer yaş (18-24 yaş arası, 34-44 yaş arası ve ≥45 yaş) gruplarına göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır(p<0,05). Hemşirelerin 18-24 yaş arası, 34-44 yaş arası ve ≥45 yaş gruplarında bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutu ile ADA toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.5. Hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt boyutlar	Cinsiyet				p
	Kadın (n=226)		Erkek (n=27)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	12.0 ± 4,4	12	13.1± 4,7	12	0.328
Yarar sağlama	11.4± 4,4	11	10.8± 4,8	11	0.440
Otonomi	18.3± 6,4	18	19.9± 7,7	19	0.413
Çatışma	12.5± 3,9	13	11.8 ± 3,6	13	0.291
Uygulama	11.7 ± 4,1	11	11.9 ± 3,2	12	0.759
Oryantasyon	8.23± 3,6	8	10.1 ± 5,6	8	0.198
Toplam	74.2±19,8	73	77.7±24,2	77	0.747

Mann - Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo6.5 incelendiğinde; hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(p>0.05).

Tablo 6.6. Hemşirelerin medeni durumunun ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Medeni Durum				P
	Evli (n=118)		Bekâr (n=135)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	12.0 ± 4.1	12	12.2± 4.7	12	0.886
Yarar sağlama	11.4± 4.4	12	11.2± 4.4	11	0.760
Otonomi	17.9± 6.1	18	19.0± 6.8	19	0.262
Çatışma	12.6± 3.8	13	12.3± 3.9	13	0.531
Uygulama	11.8 ± 4.2	12	11.6 ± 3.8	11	0.991
Oryantasyon	8.3± 3.6	8	8.6 ± 4.1	8	0.882
Toplam	74.1±19.8	72	75.0±20.7	75	0.714

Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

Tablo6.6 incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.7. Hemşirelerin çocuk varlığı durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Çocuk varlığı durumu				p
	Var (n=108)		Yok (n=145)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	12.0 ± 4.4	11	12.2± 4.4	12	0.712
Yarar sağlama	11.4± 4.4	12	11.3± 4.4	11	0.999
Otonomi	17.7± 5.9	18	19.0± 6.9	19	0.186
Çatışma	12.8± 3.8	13	12.2 ± 3.8	13	0.154
Uygulama	11.4 ± 3.7	11	11.9 ± 4.2	12	0.345
Oryantasyon	8.4± 3.6	8	8.5 ± 4.1	8	0.950
Toplam	73.7±19.5	72	75.2±20.8	75	0.640

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 6.7 incelendiğinde; hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.8. Hemşirelerin gelir durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Gelir Durumu						P
	Gelir > Gider (n=18)		Gelir=Gider (n=138)		Gelir < Gider (n=96)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	11.4 ± 4.0	11.5	12.1± 4.9	11.0	12.3± 3.7	12.0	0.420
Yarar sağlama	11.9± 4.4	12.5	11.5± 4.3	12.0	11.1 ±4.4	11.0	0.659
Otonomi	17.5 ± 5.2	17.0	18.7 ± 7.2	19.0	18.5± 5.8	18.0	0.846
Çatışma	13.2± 3.9	14.5	12.2 ± 3.7	13.0	12.5 ±3.9	13.0	0.326
Uygulama	12.5 ± 3.6	12.5	11.7± 4.1	11.5	11.7± 3.8	11.0	0.605
Oryantasyon	7.2 ± 3.2	6.5	8.6± 4.3	8.0	8.6± 3.4	8.0	0.276
Toplam	73.7 ±17.0	75.0	74.7 ±22.4	73.0	74.9±17.6	72.5	0.984

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo6.8 incelendiğinde; hemşirelerin gelir durumuna göre ADA ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.9. Hemşirelerin öğrenim durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu					p
	Ort.±s.s Medyan	Sağlık M. Lisesi (n=14)	Ön Lisans (n=30)	Lisans (n=149)	Lisans Üstü (n=60)	
Bütüncül yaklaşım	Ort.±s.s Medyan	11.9 ± 3.8 12.0	11.8± 5.5 11.0	12.5 ± 4.1 12.0	11.2 ± 4.7 10.5	0.108
Yarar sağlama	Ort.±s.s Medyan	9.6± 3.2 10.0	10.2 ± 4.8 9.0	11.8 ± 4.4 12.0	11.2 ± 4.3 11.5	0.114
Otonomi	Ort.±s.s Medyan	18.2 ± 7.9 16.5	17.0 ± 5.8 17.0	19.0± 6.3 19.0	18.0± 7.1 19.0	0.433
Çatışma	Ort.±s.s Medyan	12.4 ± 3.1 13.0	11.8± 3.9 12.0	12.4 ± 3.7 13.0	12.9± 4.3 13.0	0.584
Uygulama	Ort.±s.s Medyan	10.8 ± 4.0 9.5	10.8 ± 3.3 10.0	12.3 ± 3.9 12.0	10.9 ± 4.3 10.0	0.054
Oryantasyon	Ort.±s.s Medyan	7.4 ± 3.0 6.5	8.1± 3.2 8.0	8.9 ± 4.1 8.0	7.9 ± 3.8 7.0	0.355
Toplam	Ort.±s.s Medyan	70.2 ±18.7 71.5	69.7 ±20.7 65.0	76.9 ± 19.2 76.0	72.2 ±22.5 73.0	0.159

Kruskal-Wallis test kullanılmıştır.

Tablo 6.9 incelendiğinde; hemşirelerin eğitim durumuna göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.10. Hemşirelerin çalıştıkları kliniğin kendi tercihi olma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Klinikte Çalışma				P
	Kendi Tercihi (n=168)		Tercihi Değil (n=85)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	11.9 ± 4.5	11	12.5± 4.1	12	0.185
Yarar sağlama	11.4± 4.5	11	11.2± 4.2	11	0.847
Otonomi	18.4± 6.5	19	18.6± 6.6	18	0.982
Çatışma	12.3± 3.9	13	12.7 ± 3.7	13	0.660
Uygulama	11.5 ± 4.1	11	12.1 ± 3.	12	0.312
Oryantasyon	8.3± 3.9	8	8.9 ± 3.9	8	0.195
Toplam	73.8±20.9	73	76.0±19.0	74	0.609

Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

Tablo 6.11 incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları klinikte çalışmanın kendi tercihi olma durumuna göre ADA ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.11. Hemşirelerin çalıştığı kurumda etik komite bulunma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Çalıştığı kurumda etik komite				p
	Var (n=212)		Yok (n=41)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	12.0 ± 4.3	11	12.8± 5.0	12	0.314
Yarar sağlama	11.2± 4.4	11	12.1± 4.3	13	0.227
Otonomi	18.5± 6.5	18	18.6± 6.6	19	0.699
Çatışma	12.4± 4.0	13	12.7 ± 3.0	13	0.810
Uygulama	11.5 ± 3.9	11	13.0 ± 4.0	13	0.023
Oryantasyon	8.5± 3.9	8	8.4 ± 3.9	8	0.916
Toplam	74.0±20.3	72	77.0±19.8	77	0.191

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Tablo 6.12 incelendiğinde; hemşirelerin çalıştığı kurumda etik komite bulunma durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında bütüncü yaklaşım alt boyutu, yarar sağlama alt boyutu, otonomi alt boyutu, çatışma alt boyutu, oryantasyon alt boyutu ile toplam ahlaki duyarlılık anketi puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalıştığı kurumda etik komite yok yanıtı veren hemşirelerin ‘uygulama’ alt boyutundan kurumda etik komite var yanıtı veren hemşirelere göre aldıkları puan ortalaması daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 6.12. Hemşirelik etiği konusunda eğitim alma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Hemşirelik Etiği				p
	Eğitimi Aldı (n=185)		Eğitimi Almadı (n=68)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s	Med	
Bütüncül yaklaşım	12.0 ± 4.3	12	12.3± 4.8	11	0.735
Yarar sağlama	11.1± 4.4	11	11.9± 4.2	12	0.234
Otonomi	18.5± 6.3	19	18.4± 7.3	18	0.839
Çatışma	12.3± 3.6	13	12.8 ± 4.4	13	0.311
Uygulama	11.9 ± 4.0	12	11.2 ± 4.0	11	0.208
Oryantasyon	8.5± 4.0	8	8.3 ± 3.7	7	0.702
Toplam	74.5±20.1	74	74.8±20.7	73	0.859

Mann- Whitney U testi kullanılmıştır

Tablo 6.13 incelendiğinde; hemşirelerin, hemşirelik etiği eğitimi alma durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.13. Hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Etik İkilem/Problem Yaşama Durumu				p
	Yaşadı (n=118)		Yaşamadı (n=135)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s	Med	
Bütüncül yaklaşım	11.9 ± 4.3	11	12.2± 4.6	12	0.644
Yarar sağlama	11.7± 4.5	12	11.0± 4.3	11	0.203
Otonomi	18.1± 6.0	18	18.8± 7.0	19	0.443
Çatışma	12.3± 3.7	13	12.5 ± 4.0	13	0.675
Uygulama	11.8 ± 4.0	11	11.6 ± 4.0	11	0.771
Oryantasyon	8.4± 4.0	7	8.5 ± 3.8	8	0.450
Toplam	74.3±19.0	72	74.8±21.4	75	0.761

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 6.14 incelendiğinde; hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.14. Hemşirelerin mesleki derneğe üye olma durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Mesleki Derneğe				P
	Üye (n=137)		Üye değil (n=116)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	11.3 ± 4.1	12	13.0± 4.6	12	0.006
Yarar sağlama	10.9± 4.4	11	11.8± 4.4	11	0.159
Otonomi	17.0± 5.8	17	20.1± 6.9	20	0.001
Çatışma	12.1± 4.4	13	12.8 ± 3.1	13	0.330
Uygulama	11.1 ± 3.9	11	12.4 ± 4.0	12	0.012
Oryantasyon	7.7± 3.2	8	9.3 ± 4.4	8	0.009
Toplam	70.2±19.0	70	79.5±20.5	78	0.001

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 6.15’ te hemşirelerin mesleki derneğe üye olma durumuna göre ADA puan ortalamaları incelendiğinde; mesleki derneğe üyeliği bulunmayan hemşirelerin bütüncü yaklaşım (13.0± 4.6), otonomi (20.1± 6.9), uygulama (12.4 ± 4.0) ve oryantasyon (9.3 ± 4.4) alt boyutları ile toplam ADA (79.5±20.5) puan ortalamalarının mesleki derneğe üyeliği bulunanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Mesleki derneğe üye olan ve üye olmayanlarda yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05).

Tablo 6.15. Hemşirelerin sivil toplum derneğine üyelik durumuna göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=253)

Alt Boyutlar	Sivil Toplum Derneği				p
	Üye (n=120)		Üye değil (n=133)		
	Ort±s.s.	Med	Ort±s.s.	Med	
Bütüncül yaklaşım	11.9 ± 4.1	11	12.3± 4.7	12	0.519
Yarar sağlama	10.8± 4.5	10	11.8± 4.3	12	0.039
Otonomi	18.0± 6.3	18	18.9± 6.7	19	0.196
Çatışma	12.3± 3.8	13	12.6 ± 3.9	13	0.605
Uygulama	11.3 ± 4.1	11	12.1 ± 3.9	13	0.037
Oryantasyon	8.4± 3.9	8	8.5 ± 3.9	8	0.784
Toplam	72.6±19.8	70	76.3±20.6	77	0.038

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 6.162 da hemşirelerin sivil toplum derneğine üye olma durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; sivil toplum derneğine üyeliği olmayan hemşirelerin yarar sağlama (11.8±4.3) ve uygulama (12.1±3.9) alt boyutları ile toplam ADA (76.3±20.6) puan ortalamalarının sivil toplum derneğine üye olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05). Sivil toplum derneğine üye olan ve üye olmayan hemşirelerde bütüncü yaklaşım, otonomi, çatışma ve oryantasyon alt boyutlarında puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

7. TARTIŞMA

Çalışmada hemşirelerin %89,3'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Tosun'un (8) çalışmasında hemşire grubunun %97,9'unun kadın olduğunu, Ulrich(84) çalışmasında hemşirelerin %95,1'inin kadın olduğunu, Filizöz ve ark.(85) çalışmasında %81,7'inin kadın olduğu saptanmıştır. Literatür çalışma bulgusuyla paralellik göstermiştir. Hemşirelik yüzyıllar boyunca kadın ile özdeşleşmiş bir meslek olarak devam etmiştir. Ülkemizde 2007 yılında resmi gazetede yayımlanan "Sayı: 26510. 02. 05. 2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile birlikte son on yıl içinde erkeklerin yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilme hakkına sahip olmuştur. Bu bağlamda çalışma bulgusunda çoğunluğun kadın olması beklenen bir durumdur.

Çalışmada hemşirelerin %41,9'unun 25-34 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Tosun'un(8) çalışmasında hemşire grubunun %56,8'inin 21-30 yaş aralığında olduğunu, Dalcalı'nın (76) çalışmasında hemşirelerin %50,6'sının 25-34 yaş aralığında olduğunu, Filizöz ve ark.(85) Çalışmasında ise %46'sının 25-34 yaş aralığında olduğunu saptamışlardır. Çalışmaların neredeyse tamamı benzer yaş aralığı ve genç hemşire grubunu oluşturmuştur. Literatür çalışma bulgumuzla paralellik göstermiştir.

Çalışmada hemşirelerin %53,4'ünün bekâr olduğu ve %57,3'ünün çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde; Tosun'un(8) çalışmasında hemşirelerin %56,4'ünün evli ve %53'ünün çocuk sahibi olmadığını, Dalcalı'nın(76) çalışmasında hemşirelerin %70'inin evli ve %57,6'sının çocuk sahibi olduğunu, Ergene'nin (86) çalışması ile Taşbilek (93) çalışmasında ise hemşirelerin yarıdan fazlasının evli ve çocuk sahibi olduğunu saptamışlardır. Literatür çalışma bulgusundan farklılık göstermiştir. Çalışma bulgusu değerlendirildiğinde; çalışmanın yapıldığı hastanede hemşire ihtiyacı doğrultusunda belli aralıklarda üniversite bünyesinde açılan sözleşmeli kadro alımları yapılmaktadır. Bu alımlarda çoğunluğu yeni mezun hemşire grubu oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %54,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında; Orgun ve Khorshid (87) çalışmasında hemşirelerin %63,5'inin gelirin giderine eşit olduğunu, Dalcalı (76) çalışmasında hemşirelerin %52,9'unun gelirinin giderine eşit olduğunu saptamışlardır. Çalışma bulgusundan farklı olarak Aksu ve Akyol (75) çalışmasında hemşirelerin %81,7'sinin geliri giderinden düşük olduğunu saptamıştır. Bu durumun hemşire maaşlarının hastanelerin bulunduğu il, hastanelerin sağlık bakanlığı, üniversite hastanesi ve özel hastane açısından maaş farklarının birbirinden farklı değerlendirilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %58,9'unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Dalcalı (76) çalışmasında hemşirelerin %54,1'inin lisans mezunu olduğunu, Başak ve Ark.(77) çalışmasında hemşirelerin %61,1'inin lisans düzeyinde olduğunu, Ergene (88) çalışmasında hemşirelerin %38,9' unun lisans mezunu olduğunu ve Aroskar (89) çalışmasında ise hemşirelerin %64'ünün lisans ve yüksek lisans derecesine sahip olduğunu saptamışlardır. Literatür sonuçlarında hemşirelerin çoğunluğu lisans düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmüş olup, çalışma bulgusuyla paralellik göstermiştir. Günümüzde hızla değişen, gelişen ve giderek karmaşık bir hal alan, sağlık bakım hizmetleri, hemşirelik eğitimi veren kurumlardan, gelişmiş insan ve gelişmiş meslek üyesi özellikleri taşıyan ve yaşam boyu gelişmeyi benimsemiş hemşirelerin mezun olmasını zorunlu kılmaktadır (102). Ülkemizde 1996 yılından buyana hemşirelik eğitimi lisans düzeyine temellenmiştir. Son çıkan hemşirelik kanununda yazan üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olma şartı koyulmuştur. Bu bağlamda literatür ve çalışma bulgusunda hemşirelerin çoğunluğu lisans düzeyinde eğitime sahip olması beklenen bir durumdur. Günümüzde lisans ve yüksek lisans düzeyinde hemşire yetiştiren programların gün geçtikçe arttığı görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin ortalama çalışma süresinin $12,2 \pm 8,8$ olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Tosun'un(8) çalışmasında hemşire grubunun %72,4'ünün mesleki çalışma süresinin 1-10 yıl arası olduğunu, Dalcalı (76) çalışmasında hemşirelerin %28,8'nin 11-15 yıl arasında olduğunu ve Aslan'ının (91) çalışmasında ise hemşirelerin %51,85'inin 5-10 yıl arasında olduğu saptamışlardır. Çalışma

bulgusunda hemşirelerin çoğunluğunu genç hemşire grubu oluşturması nedeni ile hemşirelerin deneyim süresi ortalaması beklenen bir durum olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %35,5'inin dâhiliye birimlerinde çalıştığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; Orgun ve Khorshid (87) çalışmalarında hemşirelerin %50,6'sının dâhiliye birimlerinde çalıştığını, Filizöz ve Ark.(85) Çalışmalarında ise hemşirelerin %37,3'ünün dâhiliye kliniklerinde çalıştığını saptamışlardır. Literatür çalışma bulgusuyla paralellik göstermiştir. Bu durumun dâhiliye ABD' na bağlı birimlerin daha fazla olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %66,4'ünün çalışmakta olduğu birimin kendi tercihi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışma bulgusuna paralel olarak Ergene (86) çalışmasında hemşirelerin %71,3'ünün birimde çalışmanın kendi tercihi olduğunu, Pekcan (92) çalışmasında hemşirelerin %69,2'sinin birimde çalışmanın kendi tercihi olduğunu saptamışlardır. Çalışma bulgusundan farklı olarak Tosun (8) çalışmasında hemşire grubunun %50,9'unun çalıştığı birimde çalışmanın kendi tercihi olmadığını saptamıştır. Bu farklılığın hastanelerin yönetim ve işleyiş şekillerinin farklılıklarından kaynaklandığı düşündürmektedir. Ancak sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında verimliliği arttıran önemli faktörlerden birinin bireyin tercih ettiği birimde çalışmasının olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %83,8'inin çalıştığı kurumda etik komitenin olduğu yanıtını verdiği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; Tosun'un (8) çalışmasında hemşire grubunun %43'ünün çalıştığı kurumda etik komite olmadığını, Ergene (86) çalışmasında %48,4'ünün ve Taşbilek'in (93) çalışmasında ise %45,5'inin kurumda etik komite bulunma konusunda bilgi sahibi olmadıklarını saptamışlardır. Literatür çalışma bulgusuyla farklılık göstermiştir. Çalışma bulgusu ve literatür sonuçları değerlendirildiğinde; Hastanelerde oluşturulan etik komitelerde hemşirelerin aktif olarak görev almalarının sağlanması bu konuda bilgi eksikliğinin giderebileceği şeklinde düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %73,1'nin hemşirelik etiği ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Tosun (8) çalışmasında hemşire grubunun %45,5'inin etik ile ilgili eğitimi mesleki eğitim sırasında deontoloji bilimi çerçevesinde aldığını, Aroskar (89) çalışmasında hemşirelerin %39'unun etik ile

ilgili eğitim aldığını bir diğer çalışmada ise Dikmen (94) hemşirelerin %78'inin hemşirelik eğitimi sırasında etik eğitimi aldığını saptamışlardır. Çalışmaların neredeyse tamamında hemşirelerin bir etik eğitimi aldığı belirtilmiştir. Literatür çalışma bulgusu ile benzer paralellik göstermiştir. Goethals et al.(100) çalışmasında günümüzün sağlık sistemi hemşirelerin yaptıklarını yansıtabilme yeteneğine ve hastaların kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamak için sağlanan bakımı etik bir perspektiften eleştirel olarak değerlendirebilme yeteneğine sahip olmalarını talep ettiğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda Etik eğitimi almış hemşirelerden etik sorunu doğru saptamaları, doğru karar vermeleri ve doğru eylem de bulunmaları beklenmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %53,4'ünün etik ikilem/problem yaşamadığını, %46,6'sının etik ikilem/problem yaşadığını ve etik problem yaşayan hemşirelerin %18,6'sının bu problemi yardım alarak çözdüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Başak ve Ark. (77) çalışmasında hemşirelerin %46,7'sinin etik problem yaşadığını ve %35,7'sinin bu problem çözemediklerini, Aksu ve Akyol (75) çalışmasında hemşirelerin %39,9'unun etik problem yaşadığını ve %40,8'inin bu problemi çözmek için sorumlu hemşireden yardım aldığını saptamışlardır. Çalışma bulgusu literatür sonuçları ile benzerlik göstermiş olup, çalışmaların çoğunluğunda hemşirelerin etik problem yaşadığını ve bu etik problemi yardım alarak çözdükleri veya çözemedikleri belirtilmiştir. Bu durum hemşirelerin özellikle etik karar verebilme sürecine yönelik eğitim ihtiyacının gerekliliğini göstermektedir. Hizmet içi eğitim programlarında bu konuya yer verilmesinin karar verebilme sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin %54,2'sinin mesleki dernek üyeliği bulunduğu ve %52,6'sının bir sivil toplum derneğine üye olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgusundan farklı olarak Dalcalı(76) çalışmasında hemşirelerin %72,9'unun mesleki derneğe üye olmadığını ve %81,8'inin sivil toplum kuruluşuna üyeliğinin bulunmadığını, Taşbilek (93) çalışmasında ise hemşirelerin %82,5'inin mesleki derneğe üyeliğinin olduğu ancak %75,5'inin sivil toplum derneğine üyeliklerinin bulunmadığını saptamıştır. Literatür açıklamalarında hemşirelerin birlikte hareket edebilme konusunda en büyük güç kaynağının mesleksi örgütlenme olduğunu, mesleksi örgütlerinin çalışmaları ile mesleksi roller tanımlandığı, ahlak kuralları

geliştirildiği, politikalar saptandığı, mesleki hakları elde edebilmek için güçlerin birleştiğini belirtmiş olup bu konunun önemi vurgulanmıştır (95). Gerek eğitim sürecinde gerekse eğitim sonrası mesleki süreçte, eğitim programlarında mesleki örgütlenmenin önemine yer verilmesi bu konuya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine yönelik bulgular incelendiğinde; Hemşirelerin ADA'dan aldıkları toplam puan ortalamasının 74.5 ± 20.3 olduğu saptanmıştır. Anketin alt boyutlarına bakıldığında; bütüncül yaklaşım $12,1 \pm 4,4$; yarar sağlama $11,3 \pm 4,4$; otonomi $18,5 \pm 6,5$; çatışma $12,4 \pm 3,8$; uygulama $11,7 \pm 4,0$; Oryantasyon $8,5 \pm 3,9$ puana sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Tazegün (96) çalışmasında hemşirelerin etik duyarlılık toplam puan ortalamasının 93.80 ± 19.10 olduğunu, Başak ve Ark. (77) çalışmasında ise hemşirelerin etik duyarlılık toplam puan ortalamasının 97.66 ± 18.38 olduğunu saptamışlardır. Literatür sonuçları çalışma bulgusundan farklılık göstermiştir. Tazegün (96) çalışmasını çocuk hemşireleri ile Başak ve Ark. (77) çalışması ise yoğun bakımda çalışan hemşireler ile yürütmüştür. Bu bağlamda Tazegün (96) ve Başak ve ark. (77) çalışma grubundaki hemşirelerin, kritik ve karmaşık sorunlarla daha sık karşılaştıkları hasta profiline bakım sunmaları nedeniyle etik duyarlılıklarının etkilenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA ve tüm alt boyutları puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutları ile toplam ADA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hemşirelerin 25-34 yaş grubunda bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutları ile etik duyarlılık toplam puan ortalamaları diğer yaş (18-24, 34-44, ≥ 45) gruplarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Dolayısıyla 25-34 yaş grubu hemşirelerin bütüncül yaklaşım, uygulama alt boyutları ile genel olarak daha az etik duyarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Literatürde incelendiğinde; çalışma bulgusundan farklı olarak Tosun (8) çalışmasında hemşirelerde ilerleyen yaş ile birlikte bütüncül yaklaşım düzeyinin daha güçlü olduğu ve uygulama boyutunda yaşın ilerlemesiyle duyarlılığın arttığını saptamıştır. Benzer olarak Dikmen (94) çalışmasında da 47 ve üzeri yaş grubunda hemşirelerin bütüncül yaklaşım, uygulama, otonomi ve çatışma alt boyutlarında etik duyarlılık puan ortalamalarının daha düşük olduğunu ve ilerleyen yaşla birlikte etik duyarlılığın

arttığını bildirmiştir. Hemşirenin hizmet sunduğu bireyin ne tarz bir bakım alması gerektiğini bilmesi, etik teoriler ışığında hastaya en uygun koşulları sağlamayı ve bakım sürecine hastanın katılımını sağlaması” hemşirenin Uygulama ve bütüncül yaklaşım düzeyini yansıtmaktadır. Bu bağlamda Literatür ve çalışma bulgusu değerlendirildiğinde; hemşirelerde ilerleyen yaşla birlikte etik duyarlılıklarının artması istendik bir durumdur. Tosun (8) ve Dikmen’in (94) çalışmaları bunu destekler niteliktedir. Ancak çalışma bulgusunda 25-34 yaş grubu hemşirelerin uygulama ve bütüncül yaklaşımlarında etik duyarlılıkları düşük görülmüştür. Bu durumun hemşirelerin görev tanımlarının bu dönemde daha fazla farkında olmaları ve çalışma ortamında görev tanımı dışında iş yükü verilmesi uyum süreci açısından etik duyarlılıklarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre etik duyarlılıkları ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalara bakıldığında Tosun (8) çalışmasında kadın hemşirelerde yarar sağlamanın daha fazla olduğunu, erkek hemşirelerde ise oryantasyon’ un kadın hemşirelerden daha iyi olduğunu, Ergene’nin (86) çalışmasında kadın hemşirelerin çatışma alt boyut puanı erkek hemşirelerin çatışma alt boyutu puanından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu farklılığın kadın hemşirelerin olaylara yaklaşımların da daha duygusal oldukları düşünülmektedir. Dalcalı’nın (76) çalışmasında ise elde ettiğimiz bulgu ile paralellik göstermiş olup hemşirelerin cinsiyet durumuna göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını saptamıştır.

Çalışmada hemşirelerin medeni durumuna ve çocuk varlığı durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde; Pekcan (92) ve Dalcalı’nın (76) çalışmaları, çalışma bulgusuyla paralellik göstermiş olup, hemşirelerin medeni durum ve çocuk varlığı durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır. Tosun’un (8) çalışmasında ise çalışma bulgusundan farklı olarak evli hemşire grubunun bekâr hemşire grubuna göre yarar sağlama alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu ve çocuk sahibi olan

hemşirelerde yarar sağlamanın, uygulamanın ve genel olarak etik duyarlılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonucun çocuk sahibi hemşirelerin anne şefkatinden kaynaklanan duygularının daha güçlü olabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışma bulgusunda hemşirelerin medeni durumunun ve çocuk varlığının etik duyarlılıklarını etkilemediği görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin gelir durumlarına göre etik duyarlılıkları ADA geneli ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalara bakıldığında; Dalcalı (76) çalışma bulgusundan farklı olarak geliri giderinden fazla hemşirelerin daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğunu saptamıştır. Gelir durumunun, ekonomik bir güvence olarak kişinin yaşam kalitesini belirleyen önemli bir araçtır. Bu doğrultuda hemşirelik yoğun çalışma şartlarına sahip bir disiplin olarak ekonomik düzeyin iş yaşamında bir motivasyon faktörü olarak etik duyarlılıklarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Literatür de yapılan açıklamalar bunu destekler niteliktedir (97,98).

Çalışmada hemşirelerin öğrenim durumlarına göre etik duyarlılıkları ADA geneli ve alt boyutları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Dikmen'in(94)ile Başak ve ark. (77) çalışması çalışma bulgusuyla paralellik göstermiş olup, hemşirelerin eğitim durumuna göre etik duyarlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamışlardır. Dalcalı'nın (76) çalışmasında ise çalışma bulgusundan farklı olarak lisans üstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyutları ile genel olarak daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu saptamıştır. Eğitim düzeyinin artmasıyla paralel olarak etik duyarlılığın artması istendik bir sonuçtur. Ancak çalışma bulgusunda hemşirelerin eğitim düzeyi etik duyarlılıklarını etkilememiştir.

Çalışmada hemşirelerin klinikte çalışmanın kendi tercihi olma durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde; çalışma bulgusundan farklı olarak Tosun'un(8) çalışmasında birimde çalışmanın kendi tercihleri olan hekim ve hemşirelerin daha çok çatışma yaşadıkları ancak oryantasyon boyutunda iyi düzeyde olduklarını bildirilmiştir. Ergene (86) ve Pekcan'ın (92) çalışmalarında ise hemşirelerin birimde çalışmalarının kendi tercihi olma durumuna göre ADA puan

ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediğini saptamışlardır. Ergene ve Pekcan'ının çalışma sonuçları çalışma bulgusu ile paralellik göstermiştir. Literatür açıklamalarında; tercih ettiği birimde hizmet sunan hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (99). Bu bağlamda iş doyumunu yüksek olan hemşirelerin mesleki tutum ve davranışlarının olumlu yönde olabileceği düşünülmele birlikte etik duyarlılıklarının iyi düzeyde olmaları beklenmektedir. Ancak çalışma bulgusunda hemşirelerin birimde çalışmanın tercihi olma durumu etik duyarlılıklarını etkilememiştir.

Çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kurumda etik komite bulunma durumlarına göre etik duyarlılık toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında bütüncül yaklaşım, yarar sağlama, otonomi, çatışma ve oryantasyon alt boyutlarında ve toplam ahlaki duyarlılık puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak çalıştığı kurumda etik komite olmadığını ifade eden hemşirelerin 'uygulama' alt boyutunda etik komite olduğunu ifade eden hemşirelere göre daha düşük etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan çalışmalara bakıldığında; Ergene (86) çalışmasında kurumda etik komite bulunma durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tazegün'ün(96) çalışmasında ise kurumda etik komite olmadığı yanıtı veren hemşirelerin 'çatışma' alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma bulgusunda etik komitenin olmadığı yanıtı veren hemşirelerin sadece %16'lık kısmı oluşturması üniversite hastanelerinde oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarının etkinliğini göstermektedir. Literatür ve çalışma bulguları değerlendirildiğinde; hemşirelerin kurumda etik komitenin varlığı ve fonksiyonel yapısı konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, uygulamada yaşanan etik ikilem/problemlere karşın etik kurallara uygun davranış sergilemelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin hemşirelik etiği eğitimi alma durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde; Pekcan'ın(92) çalışması ile Başak ve ark. (77) Çalışmalarında hemşirelerin etik konusunda eğitim alma durumları ADA ve alt boyutları puanları karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmadığını saptamışlardır. Literatür çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Etik eğitimine temellenmiş hemşirelik bakımının kalitesiyle birlikte etik duyarlılığın iyi düzeyde olması istendik bir sonuçtur. Ancak literatür ve çalışma bulgusunda hemşirelerin etik eğitimi alma durumları etik duyarlılıklarını etkilememiştir.

Çalışmada hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer çalışmalar incelendiğinde; Mohammadi et al.(72) çalışmasında ahlaki sıkıntı ile hemşirelerin etik duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, Tazegün (96) çalışmasında hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını saptamıştır. Literatür çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışma bulgusunda hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumu etik duyarlılıklarını etkilememiştir. Bu durum değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu genç hemşire grubu oluşturmuştur. Bu doğrultuda hemşirelerin daha az sorumluluk almaları ile birlikte daha az etik ikilem/problem yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin mesleki derneğe üyeliğın bulunma durumuna göre gruplar arasında yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Mesleki derneğe üyeliği olmayan hemşirelerde bütüncül yaklaşım, otonomi, uygulama, oryantasyon alt boyutları ile toplam etik duyarlılık puanlarının mesleki derneğe üyeliği bulunan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dolayısıyla mesleki derneğe üyeliği bulunmayan hemşirelerin bütüncül yaklaşım, otonomi, uygulama, oryantasyon alt boyutları ile genel olarak daha düşük etik duyarlılığa sahip oldukları görülmüştür. Literatür incelediğinde; Dalcalı(76) çalışmasında hemşirelerin mesleki derneğe üye olma durumuna göre gruplar arasında etik duyarlılık düzeyi açısından anlamlı farklılık olmadığını, ancak mesleki derneğe üyeliği bulunan hemşirelerin otonomi ve oryantasyon alt boyutları ile toplam ADA puanlarında daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduklarını saptamıştır. Çalışma bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Hemşirelerin meslek örgütlerine üye olmaları, kendilerine yönelik süreçlerin tümünde aktif olmaları açısından önem kazanmaktadır (101). Çalışma bulgusu değerlendirildiğinde; bütüncül yaklaşım; hemşire hastayı teorik bilgiler ışığında ne tarz bakıma ihtiyacı

olduğunu değerlendirirken, bireyin öz değerleri, kültürel yapı, inanç ve tutumları ile bir bütün olarak değerlendirebilme, Otonomi: hemşirenin mesleki etik teoriler doğrultusunda hastanın bakım ihtiyacına yönelik uygulamaların belirlenmesinde bağımsız karar verme, Uygulama; hastaya uygun bakım ihtiyacını değerlendirme ve hasta için doğru kararları verebilme bilgi ve becerisi, Oryantasyon; hemşirenin olumlu ekip ilişkisi içinde bakım/teraviyi hasta katılımıyla sağlama sürecini yansıtır. Mesleki derneğe üyeliği bulunan hemşirelerin bu süreçlerde yeterlilik düzeyine sahip olmaları beklenmektedir. Bu doğrultuda çalışma bulgusunda bütüncül yaklaşım, otonomi, uygulama ve oryantasyon alt boyutunda istatistiksel farkın bunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin sivil toplum örgütü üyeliğinin bulunma durumlarına göre etik duyarlılıklarının bütüncü yaklaşım, çatışma, otonomi ve oryantasyon alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sivil toplum örgütüne üyeliği bulunmayan hemşirelerin yarar sağlama ve uygulama alt boyutları ile toplam etik duyarlılık puan ortalamaları sivil toplum derneğine üyeliği bulunan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dolayısıyla sivil toplum derneğine üyeliği bulunmayan hemşirelerin daha düşük etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde; hemşirelerin sivil toplum örgütüne üyelik durumu ile etik duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılmasını inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Sivil toplum kuruluşları, gönüllülük ilkesine temellenmiş ve maddi beklenti olmadan toplumun yararına çalışmalar yapmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda sivil toplum kuruluşuna üyeliği bulunan hemşirelerden toplumsal duyarlılığın iyi düzeyde ve uygulamalarında mesleki etik konularda daha duyarlı olmaları beklenmektedir. Çalışma bulgusunda sivil toplum derneğine üyeliği bulunan hemşirelerin yarar sağlama, uygulama ve genel olarak etik duyarlılıklarının iyi düzeyde bulunması bunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

8. SONUÇ

Hemşirelerin etik duyarlılıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen Çalışmada;

- Hemşirelerin %41,9'unun 25-34 yaş arasında olduğu, %89,3'ünün kadın, %53,4'nün bekâr, %57,3'ünün çocuk sahibi olmadığı, %58,9'unun lisans mezunu, %54,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu, mesleki çalışma süresi ortalamasının $12,2 \pm 8,8$ olduğu, %66,4'nün birimde çalışmanın kendi tercihi olduğu, %83,8'inin çalıştığı kurumda etik komitenin olduğunu, %73,1'inin hemşirelik etiği konusunda eğitim aldığını, %53,4'ünün etik ikilem/problem yaşamadığını, %46,6'sının etik ikilem/problem yaşadığı, etik ikilem/problem yaşayanların %18,6'sının yardım alarak çözdüğü, %54,2' inin mesleki dernek üyeliği olduğu ve %52,6' sının sivil toplum derneğine üyeliği bulunduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin ADA'dan aldıkları toplam puan ortalamasının $74,5 \pm 20,3$ olduğu, anketin alt boyutlarının puan ortalamaları; bütüncü yaklaşım $12,1 \pm 4,4$; yarar sağlama $11,3 \pm 4,4$; otonomi $18,5 \pm 6,5$; çatışma $12,4 \pm 3,8$; uygulama $11,7 \pm 4,0$; Oryantasyon $8,5 \pm 3,9$ olduğu, Cronbach Alpha değeri toplam 0,873 olduğu ve hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
- Hemşirelerin yaş gruplarında, 25-34 yaş arası hemşirelerin bütüncül yaklaşım, uygulama ile toplan ADA puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,05$),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği ($p > 0,05$),
- Hemşirelerin eğitim durumu ve gelir durumuna göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği ($p > 0,05$),

- Hemşirelerin çalıştığı birimde kendi tercihi olma durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin kurumda etik komite bulunma durumlarına göre “uygulama” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve etik komite bulunduğu yanıtı veren hemşirelerin uygulama boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Hemşirelerin hemşirelik etiği konusunda eğitim alma durumlarına göre ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Hemşirelerin etik ikilem/problem yaşama durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Mesleki dernek üyeliği bulunan hemşirelerin bütüncül yaklaşım, otonomi, uygulama, oryantasyon alt boyutlarının ve toplam ADA puan ortalamalarının mesleki dernek üyeliği bulunmayanlara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($P<0,05$),
- Sivil toplum derneği üyeliği bulunan hemşirelerin yarar sağlama, uygulama ve toplam ADA puanı ortalamalarının sivil toplum dernek üyeliği bulunmayanlara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldüğü ($P<0,05$) saptanmıştır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin eğitim sürecinde hemşirelik etiği ve etiğin meslek yaşamında yeri ve önemi konusunda eğitim müfredatında yer verilmesi
- Hizmet içi eğitim programlarında hemşirelerin yaş grupları ve çalışma yılları göz önünde bulundurularak düzenlenmesi, eğitim içeriğinde etik duyarlılık konusuna yer verilmesi ve bunun uygulamaya yansıtılma düzeyinin değerlendirilmesi,

- Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda en sık karşılaştıkları etik problemlerin belirlenmesi ve yönetici tarafından değerlendirilip çözüm getirilmesi,
- Etik komitelerin kurulması ve etik komite bulunan kurumların hemşirelerin komitede aktif rol almalarının sağlanması
- Hemşirelerin çalıştığı kurumlarda hizmet içi eğitim programlarında mesleki örgütlenmenin önemi ve mesleğe katkılarının aktarılması,



9. KAYNAKLAR

- 1) Oğuz Y. Felsefi Yaklaşımların Işığında Klinik Etiğe Giriş ss.9-25 İçinde: Klinik Etik. Ed: Demirhan E. A. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2001.
- 2) Öztürk E, Öztaş D. Hemşirelik Uygulamaları Ve Etik ss.119 içinde: Mutlidisipliner etik kongresi, 2012.
- 3) Şahin B, DüNDAR T. Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Yıldırma (mobbing) Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 66(1): 130-159, 2011.
- 4) Akbaş M. Hemşirelik Eğitiminde Etik. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, ss. 24-25. Adana, 2010.
- 5) Aslan Ö, Vural H, Avcı P.Y. Ameliyathane Hemşirelerinin Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 45(2): 147-152, 2003.
- 6) Karagöz S. Cerrahi Hemşireliği Ve Etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1): 1-8, 2000.
- 7) Okuroğlu K G, Bahçecik N, Alpar E Ş. Felsefe Ve Hemşirelik Etiği. Kilikya felsefe dergisi. (1): 57-61, 2014.
- 8) Tosun H. Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim Ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
- 9) Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. Hemşirelerde Etik Duyarlılık; Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. İş Ahlakı Dergisi. 8(1): 47-66, 2015.
- 10) Yıldırım A, Taşçı S. Hemşirelikte Eleştirel Düşünmenin Klinik Karar Vermeye Etkisi, Balıkesir Sağlık Bilimler Dergisi. 2(3):187-191, Aralık, 2013.
- 11) Hadımlı A, Şanlı Y, Tanrıverdi A, Eren N, Öztürk C H. Bir kamu Hastanesinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumunu Ve Karar Verme Güçlerinin

- İncelenmesi, Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırma Dergisi. 1(1): 52-66, 2014.
- 12) Karakurt N, Ekinci M. Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(4): 574-593, 2014.
 - 13) Roberts DJ, While EA, Fitzpatrick MJ. Problem Solving In Nursing Practice; Application, Process, Skill Acquisition and Measurement. 18: 886-891, 1993.
 - 14) Azak A, Taşçı S. Klinik Karar Verme Ve Hemşirelik. Türkiye klinikleri; Journal of Medicine Ethics, 17(3):176-183, 2009.
 - 15) Gastmans C. Care as a Moral Attitude İn Nursing. Nursing Ethics, 6(3): 214-230, 1999.
 - 16) Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,2(1):1-7, 2013.
 - 17) Pekcan, H.S. Yalova İli Ve Çevresinde Görev Yapan Hekim Ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
 - 18) Şentürk E S. Meslek Olarak Hemşirelik Ve Hemşirelikte Etik İlkeler, ss. 42-49. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.
 - 19) Thompson D F. The Possibility Of Administrative Ethics. Public Administration Review, ss. 555-561, 1985.
 - 20) Koçak D.Y, Beji K N, Duman B N. Prenatal Tanı Yöntemlerinde Etik Yaklaşım. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 1(2):86-90, 2015.
 - 21) Pehlivan İ. Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik. Önder Matbaacılık. ss.7-9. Ankara, 1998.
 - 22) Hatemi H. Medikal Etik. (Ed): Doğan H. içinde: etik, tıbbi etik ve deontoloji. ss. 2. Yüce Yayınlar, 2001.

- 23) Ülman Y I, Gül B T, Kadioğlu F G, Yıldırım G. Tıp Etiğinden Biyoetiğe, (Ed): Edisan Z. İçinde: Türkiye Biyoetik Yayını. ss.65. Ankara, 2009.
- 24) Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik Ve Tıp Etiği Temel Kavramları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 29(2), 2007.
- 25) Gezer Ő, D. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana leğinde Bir Araştırma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2010.
- 26) Gül H, Gökçe H. Örgütsel Etik Ve BileŐenleri, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 13(1): 377-389, 2008.
- 27) İnal K. Sosyalist Etik. Gelecek Dergisi. 1(3):43, 1996.
- 28) Yıldırım A. Organizasyonlarda Etik Yönetim, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2(2):2-6, 2005.
- 29) Kodal N. Zygmunt Bauman' da Politika ve Etik, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi ss. 36-37. Ankara, 2003.
- 30) Erdemir, DA. Ethical and Legal Problems in High Risk Patient Approach Discussed Ontario Symposiom, Ttkiye Klinikleri Tıp etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 17(1): 5-9, 2009.
- 31) Mahmutoğlu A. Kırsal Alanda evre Sorunlarına Etik Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009.
- 32) Elçigil A, Bahar Z, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, zdemir D, zgr E, Yavuz H. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Dergisi, 14(2): 52-60, 2011.
- 33) Yatkın A. Etik Düşünce Ve Davranışın Yerel Yönetimlerde Hizmet Verimliliğinin AraŐtırılmasında Rolü Ve nemi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18(1): 211-231, 2008.

- 34) Özden M. Etik kavramı. Tıbbi Etik Ve Meslek Tarihi. ss.182-185, Ayrıntı Yayınlar, Ankara, 2013.
- 35) Türk dili ve Edebiyatı, tarihsel gelişimi ve farklı etik anlayışları, İçinde: Edebiyatçılar Forum. <http://www.turkedebiyeti.org/> etik günü ve haftası/ 25 Mayıs/. Ulaşma tarihi; 07.10.2016.
- 36) Köktürk E. Felsefenin Bir Alanı Olarak Etik, İçinden: Meslek Etiği Ve Harita Sektörü, Harita Kadastro Mühendisleri Odası 8. Kurultayı Bildirisi. ss. 32. Ankara, 2001.
- 37) Daştan A, Bayraktar Y, Bellikli U. Muhasebe Mesleğinde Etik İkilem Ve Etik Karar Alma Konularında Farkındalık Oluşturma; Trabzon İlinde Bir Araştırma, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 29(1): 63-80, 2015.
- 38) Badion A, Etik. Çev: Birkan T. ss.17. Metin Yayınları, İstanbul, 2004.
- 39) Pieper A, Atayman V. Etiğe Giriş, Çev: Sezer G. ss. 22-23, Ayrıntı Yayınlar, İstanbul, 1999.
- 40) Ricoeur P. Başkası Olarak Kendisi, Çev: Ünler H. ss. 233. Doğu Batı Yayınlar, 2010.
- 41) Avcıoğlu A. Etik, Pusula Dergisi. (69). 2011.
- 42) Ruacan Ş. Bilimsel araştırma ve yayınlarda etik ilkeler, Ed: Yılmaz O. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık, ss. 47-53, TÜBİTAK Matbaası, Ankara, 2003.
- 43) Özkeskin E. Okul Liderlerinde Etik Liderlik Yaklaşımı, Karatekin Edebiyat Fakültesi Dergisi, 1(1):25-46, 2013.
- 44) Kesgin A. Etik üstüne, Dini Araştırmalar, 12(35):143-160, 2009.
- 45) Cevizci A. Etiğe giriş, ss.6. Paradigma Yayıncılık. 2.Baskı, İstanbul, 2008.
- 46) Fry ST, Hemşirelik uygulamalarında etik. Ed: Bağ B. ss.12-19, Bakanlar Matbaacılık, Erzurum, 2000.

- 47) Teryake, G. Ve Ocakçı, A.F. Etik konulardan seçmeler, S. 10, İstanbul Tıp Yayınları, İstanbul, 2013.
- 48) Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Klinik Etik. Ed: Doğan, H. ss.9, Nobel Tıp, İstanbul, 2001.
- 49) Ergun M T. Yönetim ve etik, Mutlidisipliner Etik Kongresi Bildiri Kitabı, Niğde Üniversitesi Matbaası, Niğde, 2012.
- 50) Orak N. İstanbul İli'ndeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
- 51) Verpeet E, Dierckx de Casterle B, Vander Arend A, Gastmans C A. Nurses' Views On Ethical Codes; A Focus Groups Study, Journal Of Advanced Nursing, 51(2): 95-120, 2005.
- 52) Akıncı Ç A, Pınar R. Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (1):5-13, 2011.
- 53) Tozlu T. Hemşirelikte Etik, Hemşire Dergisi, 41(1): 34-36, 1999.
- 54) Ege E, Pasınlıoğlu T. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3(1): 44-50, 2000.
- 55) Tiryaki Ş H, Taşkın Y F. Hemşirelik Ve Etik Karar Verme Süreci, Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Dergisi, (25): 94-97, 2012.
- 56) Türk hemşireler derneği, ICN Hemşireler İçin Etik Kodlar, 2009. <http://www.turkhemşirelerderneği.org.tr>, Ulaşma tarihi: 12.04.2016
- 57) Esen B. Yeni Doğan Yoğun Bakım Ebe Ve Hemşirelerinin Etik İkilemleri Ve Mesleki Profesyonellik Düzeyleri İle İlgili İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013. <http://tez.yok.gov.tr/ulusaltezmerkezi/>
- 58) ICN- International Council Of Nurses, The ICN Code of For Nurses, Genova: Imprimerie Fornara, 2001.

- 59) Heinemann F. Günümüzde felsefe disiplinleri, Çev: Doğan Ö. Ara Yayıncılık, İstanbul, 1990.
- 60) Avcı K. Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2007
- 61) Babadağ K. Hemşirelik Ve Değerler, ss. 31. Alter Yayıncılık, Ankara, 2010.
- 62) Pektekin Ç. Kuramlar, bakım modelleri, politik yaklaşımlar. Hemşirelik Felsefesi, ss. 9-13. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013.
- 63) Yurtsever S, Altıok M. Kanıt Dayalı Uygulamalar Ve Hemşirelik, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 20(2): 159-166, 2006.
- 64) Kıvanç M M, Hemşirelikte etik, İstanbul üniversitesi Florence Nightingale hemşirelik dergisi, 13(50): 126-131, 2003.
- 65) Erdemir F, Algier L, Pınar P. Ve diğ. Hemşirelikte etik programına katılan hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilem örneklerinin incelenmesi, 2. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Kitabı, ss. 317-322, 2001.
- 66) Kıvanç M M. Hemşirelikte etik karar verme, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 13(55):63-68, 2005
- 67) Kıranlı S, İlğan A. Eğitim Örgütlerinde Karar Verme Sürecinde Etik, Mehmet Akif Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(14), S. 150-160, 2007.
- 68) Tazegün A. Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013.
- 69) Gül Ş, Kuzuca G. İ, Yalım N Y. Hemşirelerin Etik Eğitiminin Meslek Hayatına Yansımaları Konusundaki Görüşleri, Türkiye Biyoetik Dergisi. 3(2): 85-97, 2016
- 70) Mocan, M.R. Etik ve Meslek Etikleri, YDK Yüksek Denetim Dergisi, 1(1), 2002.

- 71) Dinç, L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(2): 74-82, Ankara, 2010. ; Dinç, L. Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler, Hacettepe Tıp Dergisi, 40(2); 113-119, 2009.
- 72) Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral Sensitivity and Moral Distress İn Critical Care Unit Nurses. Medical Ethics journal. 10(38):19-28, 2017.
- 73) Esmaelzadeh F, Abbaszadeh A, Borhani F, Peyrovi H. Ethical Sensitivity in Nursing Ethical Leadership: A Content Analysis of Iranian Nurses Experiences. The Open Nursing Journal. (11): 1-13, 2017.
- 74) Utlu, N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler, İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi, 29; 17-35, 2016.
- 75) Aksu T, Akyol A. İzmir’ deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi, Türkiye Klinikleri j Med Ethics, 19(11): 16-24, 2011.
- 76) Dalcalı K B, Şendir M. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24(1); 1-9, 2016.
- 77) Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 52; 76-81, 2010.
- 78) Temel R. Ülkemizde Meslek Yüksekokullarının Müfredatında Yer Alan ‘ Meslek Etiği’ Dersinin Algılanması ve İyileştirmeye Yönelik Öneriler, Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırma Dergisi, 2(1); 30-45, 2014.
- 79) Jameton A. Nursing Praticce: The Ethical Issues, Englewod Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
- 80) Burkhardt A. & Nathaniel A.K. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çeviri editörleri: Alpar E, Ş, Bahçecik N, Karabacak Ü. ss. 6-9, İstanbul tıp kitap evi, İstanbul, 2013.

- 81) Karadakovan A, Aslan E, F. (Ed). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp, 3. baskı, 2011.
- 82) Grace J.P. Nursing Ethics And Professional Responsibility in Advanced Practice. Jonesand Bartlett publishers, London, 2009.
- 83) Ersoylu N. Hemşireliğe Etik Yaklaşımlar, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi TıpTarihiveEtikABD.Tıp.kocaeli.edu.tr/...hemşirelige_etik_yaklaşımlar.doc//,(Erişim tarihi: ekim 2016).
- 84) Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice, J Adv Nurs. 66(11): 1-15, 2013.
- 85) Filizöz B, mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkezinde Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. İş Ahlâkı Dergisi. 8(1): 47-66, 2015.
- 86) Ergene, Z Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
- 87) Orgun F, Khorshid L. "Byrd' in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi" 'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25(2): 25-42, 2009.
- 88) Noh D, Sunah K, Kim S. Moral distress, Moral sensitivity and Ethical Climate of Nurses Working in Psychiatric Wards. J Kore Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 22(4): 307-319, 2013.
- 89) Aroskar MA, Moldow G, Good CM. Nurses' voices: policy, practice and ethics. Nursing Ethics, 11(3): 266-275, 2004.
- 90) Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İnkilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.14(2): 52-60, 2011.

- 91) Aslan Ö, Vural H, Avcı PY amelyathane hemşirelerinin etik sorunlara yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi, gülhane tıp dergisi. 45(2): 147-152, 2003.
- 92) Pekcan HS. Yalova İli Ve Çevresinde Görev Yapan Hekim Ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.
- 93) Taşbilek F. Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2016.
- 94) Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2(1): 1-2, 2013.
- 95) Merih D Y, Aslan H. Hemşirelerin Mesleki Bilinç - Örgütlenmeye Yönelik Görüşlerinin Ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 9(3): 40-46, 2012.
- 96) Tazegün A. Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2013.
- 97) Hakmal H, Karadağ M, Demir C. Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerine Etki Eden Faktörler; Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(3), 2012.
- 98) Benligiray S. Ücret Yönetimi. ss. 6. Eskişehir, 2003.
- 99) Yeşiltaş A, Gül İ. Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler Ve Tercih Nedenleri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 4(2):74-87, 2016.
- 100) Goethals S, Gastmans C, Dierckx C B. Nurses' Ethical Reasoning and Behaviour: A Literature Review. International Journal of Nursing Studies. 47(5):635-650, 2010.

- 101) Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Sönmez Ö. D. Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. Yönetim Bilimleri Dergisi. 9(2), 2011.
- 102) Özer T, Çiftçioğlu Ş, Hemşirelikte Web Tabanlı Eğitimim Önemi, 1.Uluslararası IV. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı s:117, İzmir, 2017.



10. EKLER

EK- 1: ANKET FORMU

1)- Kaç yaşındasınız?

- a)18-24 b) 25-34 c) 34 – 44 d) 45 ve üzeri

2)- Cinsiyetiniz

- a) Kadın b) Erkek

3)-Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

4)- Çocuğunuz var mı ?

- a) Evet b) Hayır

5)- Gelir durumunuz nedir?

- a) Gelir giderden yüksek b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden düşük

6)- Eğitim durumunuz nedir?

- a)Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans d) Lisans Üstü

7)-Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz? (.....) yıl

8)- Hangi klinikte çalışıyorsunuz?

9)- Bu klinikte çalışmak kendi tercihiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

10)- Çalıştığınız Kurumda Etik Komite Var mı?

- a)Evet b)Hayır

11)- Hemşirelik etiği ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

12)-Mesleki Çalışmanız Sırasında Herhangi Bir Etik İnkilem/Problemlle Karşı Karşıya Kaldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

13)- (14. soruya yanıtınız evet ise) Karşılaştığınız Etik İnkilem/Problemin Çözümünü Nasıl Gerçekleştirdiniz?

a) Çözemedim

b) Kendi Başıma Çözdüm

c) Yardım Alarak Çözdüm

d)Diğer (Belirtiniz.....)

14)- Herhangi bir mesleki derneğe üye misiniz?

a) Evet

b) Hayır

15)- Herhangi bir sivil toplum derneğine üye misiniz?

a) Evet

b) Hayır

EK- 2: Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (MoralSensitivity Questionnaire)

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

Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz sayıyı daire içine alarak belirtiniz.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

2. Hastalarımnda 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 içerdiğinide 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 ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

28. Hasta için zor bir karar almak zorunda 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 özel bakım/ tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1

2

3

4

5

6

7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.



EK- 3: ARAŞTIRMA İZNI




T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 31034136 - 302.08.01 /34
Konu : Anket Çalışması
Zühal NAS

04/03/2016

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zühal NAS'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından onaylanmış olan "*Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizde çalışmakta olan hemşirelere uygulayabilmesi hususunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.



Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V.




04/03/2016 M.Sekr.: B.YILMAZ ^{BY}
04/03/2016 E.Sekr.: G.E.ÇELİK

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

EK-4: ANKET İZİNİ

 **zuhal nas** 1.06.2016 ☆
Merhaba hocam, Cerrahpaşa tıp fakültesi iç hastalıkları ABD da çalışmaktayım....

 **Hale Tosun** htosun@bezmialem.edu.tr bezmialemedu.onmicrosoft.com üzerinden 6.06.2016 ☆  
Alıcı: bana ▾

Sayın Zuhale NAS,

Hemşirelikte Yönetim bölümü Yüksek lisans programınızda "hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi" başlıklı tez çalışmanızda Ahlaki Duyarlılık Anketini kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Başarılar dilerim.

Yard.Doç.Dr.Hale TOSUN

From: zuhal nas [mailto:zuhalns47@gmail.com]

Sent: Wednesday, June 01, 2016 8:31 PM

To: Hale Tosun <htosun@bezmialem.edu.tr>

Subject: zuhal nas

Merhaba hocam, Cerrahpaşa tıp fakültesi iç hastalıkları ABD da çalışmaktayım. Medipol Üniversitesi hemşirelikte yönetim bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi" ile ilgili tez hazırlayacağım, Türkçe geçerlik güvenirliği tarafınızdan yapılan, Moral Sensitivity Questionnaire? MSQ (Ahlaki Duyarlılık Anketi- ADA?)'ni onayınız doğrultusunda da araştırmamda kullanmak istiyorum,

Teşekkür ederim...



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3194
Konu : Etik Kurulu Kararı

26/02/2016

Sayın Zühal Nas

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 26.02.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.

~~Evrakımızı <http://obys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 81D47030XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.~~

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU



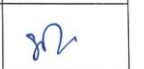


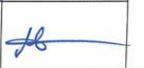
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Zühal Nas			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrenci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23.02.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.02.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 122	Tarih: 24/02/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
--------------------------------	-----------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Zuhal	Soyadı	NAS
-----	-------	--------	-----

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	2017
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO	2010
Ön Lisans	Erciyes Üniversitesi (Radyoterapi)	2006
Lise	Mardin/Kızıltepe Lisesi	1998

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Radyoterapi Teknikeri	İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü	2008-2011
Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (Onkoloji)	2011-2016
Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (Göz Hastalıkları ABD)	Haziran-2016 -Halen

Yabancı diller	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	58,93342	57,42911	55,77484

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi