

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ACİL SAĞLIK EKİBİNİN AHLAKİ
DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

Bilim Uzm. Seçil TAYLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışmanı:

Yar. Doç. Dr. SEVBAN ARSLAN

ADANA-2013

KABUL VE ONAY FORMU

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
'Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi'
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 07/01/2013

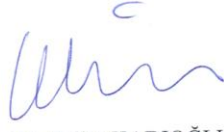
TEZ SINAV JÜRİSİ



Yrd. Doç. Dr. Sevban ARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan



Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Selim KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Şeref ERDOĞAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile destek olan, titiz ve özverili yaklaşımı ile beni yönlendiren, sonsuz sabrı ile her zaman desteğini hissettiğim danışmanım Yard. Doç. Dr. Sevban Arslan'a, tezimin hazırlık ve istatistiksel analizler aşamasında rehberlik eden Sayın Yard.Doç.Dr. İlker ÜNAL' a, araştırma sırasında manevi desteğini esirgemeyen Yard.Doç.Dr. Evşen Nazik'e, her konuda olduğu gibi akademik çalışmalarım konusunda da beni destekleyen ve yüreklendiren eşim Hacı Taylan'a, oğullarım Deniz ve Ege Taylan'a ve annem Fikriye Taylan ve babam Hıdır Taylan'a, verilerin toplanmasında bana destek olan tüm acil sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Acil Bakım Birimlerinin Günümüzdeki Durumu	3
2.2.Acil Sağlık Ekibi	4
2.2.1.Acil Tıp Teknisyeni	6
2.2.2.İlk ve Acil Yardım Teknikeri	7
2.2.3.Acil Doktoru	8
2.2.3.1.Acil Servis Sorumlu Uzmanı	8
2.2.3.2.Acil Tıp Uzmanı	10
2.2.3.4.Acil Serviste Görev Yapan Pratisyen Doktor	10
2.2.4.Acil Servis Hemşiresi	12
2.3.Acil Sağlık Ekibinin Karşılaştığı Sorunlar	14
2.3.1.Acil Sağlık Ekip Üyeleri Arasında Yaşanılan Sorunlar	14
2.3.2.Hastalar ve Hasta Yakınları ile Yaşanılan Sorunlar	14
2.3.3.Sınırlı Kaynakların Dağıtımında Yaşanılan Sorunlar	16
2.4.Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları	18
2.4.1.Etik	18
2.4.2.Etik Değer/Etik İlke	18
2.4.3.Tıp Etiği	20
2.4.4.Etik Kural-Etik Kod	21
2.4.5.Etik Sorun	21
2.4.6.Etik Duyarlılık	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1.Araştırmanın Şekli ve Amacı	27
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	27
3.4.Veri Toplama Araçları	28
3.4.1.Bireysel Bilgi Formu	28
3.4.2.Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensivity Qestionnaire-MSQ)	28
3.5.Etik Kurul Onayı ve İdari İzinler	31
3.6.İstatistiksel Değerlendirme	31
4.BULGULAR	32
4.1.Acil Sağlık Ekibinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	32
4.2.ADA ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular	38
4.3.Acil Sağlık Ekibinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin, ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	39
5.TARTIŞMA	62
5.1.Acil Sağlık Çalışanlarının ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması	62
5.2.Acil Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerinin ADA ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	63
5.2.1.Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	63
5.2.2.Acil Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	64
5.2.3.Acil Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	65

5.2.4.Acil Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	68
5.2.5.Acil Sağlık Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	68
5.2.6.Acil Sağlık Çalışanlarının Mezun Oldukları Okullara Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	69
5.2.7.Acil Sağlık Çalışanlarının Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	71
5.2.8.Acil Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yere Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	72
5.2.9.Acil Sağlık Çalışanlarının Mevcut Görevlerindeki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	74
5.2.10.Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Tercih Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	75
5.2.11.Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Sevme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	75
5.2.12.Acil Sağlık Çalışanlarının Deontoloji / Tıp Etiği Eğitimi Alma Durumuna Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	76
5.2.13.Acil Sağlık Çalışanlarının Etikle İlgili Yayın Takip Etme Durumlarına göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	77

5.2.14.Acil Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Kurumda Etik Kurul Varlığına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	77
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	81
KAYNAKLAR	82
EKLER	89
EK1 - Bireysel Bilgi Formu	89
EK2 - Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)	90
EK3 - Ahlaki Duyarlılık Anketi Kullanma İzni	93
EK4 - Etik Kurul Onayı	94
EK 5- Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazıları	95
ÖZGEÇMİŞ	100

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1.Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensivity Qestionnaire-MSQ)	29
Çizelge 3.2.ADA'nın Alt Boyut Toplam Potansiyel Puan Dağılımı	30
Çizelge 4.1.Acil Sağlık Ekibinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	34
Çizelge 4.2.Acil Sağlık Ekibinin Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin Dağılımı	35
Çizelge 4.3.Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarının mesleki etik ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	37
Çizelge 4.4.Acil Sağlık Ekibinin ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Çizelge 4.5.Acil Sağlık Ekibinin Mesleklerine Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Çizelge 4.6.Acil Sağlık Ekibinin Cinsiyetlerine Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Çizelge 4.7.Acil Sağlık Ekibinin Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Çizelge 4.8. Acil Sağlık Ekibinin Medeni Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 4.9.Acil Sağlık Ekibinin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Çizelge 4.10.Acil Sağlık Ekibinin Mezun Oldukları Okullara Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Çizelge 4.11.Acil Sağlık Ekibinin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Çizelge 4.12.Acil Sağlık Ekibinin Çalıştıkları Yere Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Çizelge 4.13.Acil Sağlık Ekibinin Mevcut Görevlerindeki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Çizelge 4.14.Acil Sağlık Ekibinin Mesleğini Tercih Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Çizelge 4.15.Acil Sağlık Ekibinin Mesleğini Sevme Durumlarına Göre	

ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Çizelge 4.16.Acil Sağlık Ekibinin Tıp Etiği Eğitimi Alma Durumuna Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Çizelge 4.17.Acil Sağlık Ekibinin Etik İlgili Yayın Takip Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Çizelge 4.18. Acil Sağlık Ekibinin Çalıştığı Kurumda Etik Kurul Varlığına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ACEP** :American College of Emergency Physicians
ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi
MSQ : Moral Sensitivity Qestionnaire

ÖZET

Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi

Bu araştırmanın amacı acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarını ve etkileyen faktörleri incelemektir. Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini Adana il sınırları içindeki üniversite ve devlet hastanelerinin acil servisleri ve Adana İl Sağlık Müdürlüğü'ne ambulans istasyonlarında çalışan sağlık ekibi oluşturmuştur.

Araştırma verileri "Bireysel Bilgi Formu" ve " Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA" kullanılarak elde edilmiştir. ADA Kim Lutzen tarafından oluşturulmuştur. Geçerlilik-Güvenirliliği Hale Tosun tarafından yapılmıştır. ADA toplam 30 madde 6 alt madde (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) oluşan likert tipte bir ölçüm aracıdır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; acil sağlık çalışanlarının %69'unun kadın (n=276) olduğu; %45'inin evli (n=182); %55'inin bekar (n=220); 64'ünün çocuk sahibi olmadığı (n=259); %82'sinin mesleğini kendi tercih ettikleri (n=331); %89'unun mesleğini severek yaptığı (n=358); %80'inin etik eğitimi aldığı (n=321); %87'sinin etikle ilgili bir yayın takip etmediği (n=348); %71'inin çalıştığı kurumda etik kurul olmadığını (n=287) ifade ettiği saptanmıştır. Acil sağlık çalışanlarının ADA puan ortalamalarının $83 \pm 16,3$ olduğu saptanarak ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yarar sağlama alt boyutunda 40 yaş üstü sağlık çalışanlarının diğer gruplara göre ahlaki duyarlılıkları yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan çok ileri derece de anlamlı fark saptanmıştır. Çatışma alt boyutunda evli sağlık çalışanlarının bekârlar çalışanlara göre; çocuk sahibi sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olmayanlara göre ahlaki duyarlılıkları yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Acil, Acil Sağlık Ekibi, Acil Servis, Ahlaki Duyarlılık.

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF MORAL SENSIVITY OF EMERGENCY HEALTH TEAMS

The purpose of this study is to identify ethical awareness and associated factors in emergency health teams. Target population of the study which is descriptive in nature is the emergency services of university and state hospitals located in Adana and health teams working in ambulance stations in Adana Local Health Authority.

The data were collected through “Personal Identification Form” and “Moral Sensivity Questionnaire (MSQ)” developed by Lutzen. Reliability and validity of MSQ was enhanced by Hale Tosun. The 30-item Likert-type instrument has 6 sub-dimensions (Autonomy, Benefit, Totalitarian Approach, Encounter, Practice, and Orientation).

Results show that 69% of the emergency health personnel are female (n=276), 45% (n=182) are married, 55% (n=220) are single, 64% (n=259) do not have children, 82% (n=331) preferred this occupation themselves, 89% (n=358) love their job, 80 % (n=321) have received ethics education, 87% (n=348) do not follow any publications regarding ethics, and 71% (n=287) do not have ethical committee in their institution.

MSQ mean scores of emergency health teams were found $83\pm 16,3$, which indicates high moral sensivity. Moral sensivity mean scores of those over 40 were found to be significantly much higher than the mean scores of other groups. Encounter sub-dimension also demonstrated statistically significant differences; ethical awareness of those who are married and who have children were found significantly higher than those who are single and who do not have children.

Key Words: Emergency, Emergency Health Team, Emergency Service, Ethical Awareness

1. GİRİŞ

Tıbbi anlamda acil; bireyin fiziksel ya da ruhsal anlamda tehlike içinde bulunduğuna inanılarak hasta ve ailesine gereksinim duyduğu tıbbi bakımın anında verilmesidir¹. Ölüm ve sakatlık oranının azaltılmasında acil sağlık ekibinin tüm üyelerinin ekip anlayışı içinde çalışması oldukça önemlidir. Acil sağlık ekibi; acil tıp teknisyeni, ilk ve acil yardım teknikeri, acil tıp uzman doktoru, acil serviste görev yapan pratisyen doktor, acil servis hemşiresinden oluşmaktadır².

Acil bakım; acil bölüm öncesi bakım ve acil bölüm içi bakım olmak üzere iki alanda belirlenir^{3,4}. Acil bölüm öncesi bakım acil durumu değerlendirme ve yönetme, bulunduğu yerde hastayı iyi tanılama, acil girişim için gereçleri kullanma, haberleşme ve gerekli yardım kaynaklarını sağlama, nakil araçları ile acil bölüme ulaşma ile başlamaktadır. Bu görevi ilk ve acil yardım teknikeri ve acil tıp teknisyeni birlikte yürütmektedir. Acil bölüm içi bakım ise; sürekli bakım ve tedavi girişimlerini kapsamaktadır. Bu görevi; acil tıp uzman hekimi, acil serviste görev yapan pratisyen hekim, acil servis hemşiresi, ilk ve acil yardım teknikeri ve acil tıp teknisyeni birlikte yürütmektedir^{2,3}.

Teknolojideki hızlı ilerlemenin sağlık hizmetlerindeki tanı, tedavi ve bakım aşamalarını fazla etkilemesi ve yapılacak müdahalelerin hayati önem taşıdığı acil hizmet birimlerinde fazla sorumluluk taşıma, aşırı stres yaşama, hızlı karar verme ve etik sorunlarla yüzleşme gibi durumlar etiğe duyulan gereksinimi arttırmıştır³.

Sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılıkları ile ilgili literatür incelendiğinde; hemşireler ve doktorlar ile yapılmış çalışmalara rastlanmıştır fakat diğer sağlık çalışanlarına yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Hızlı ve doğru karar vermenin hayati anlam taşıdığı acil bakım ve tedavide acil sağlık ekibinin mesleğinin gereklerini bilme ve uygulama becerisine ve yüksek ahlaki duyarlılığa sahip olmaları gerekmektedir. Ahlaki duyarlılığın yüksek olması verilecek bakımın kalitesini etkiler. Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek için Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) kullanılmıştır. Literatürde Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)'dan farklı olarak Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Anketi (BHEDT) kullanılmaktadır. Araştırmada Ahlaki Duyarlılık Anketinin tercih edilme sebepleri; ahlaki duyarlılık kavramının etik duyarlılık kavramından daha fazla anlamsal yüke sahip olması ve araştırmaya sağlık ekibinin hemşire dışındaki diğer üyelerinin de dahil edilmesidir. Genel olarak acil bakım

birimlerinin çağdaş sağlık sistemi içindeki önemi ve ağırlığı göz önüne alınarak bir değerlendirme yapıldığında, acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıkları üzerinde durulmaya değer bir konu olarak görülmüştür. Bu noktadan yola çıkan araştırma Adana il merkezindeki resmi sağlık kurumlarında görev yapan acil sağlık ekibi ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₀: Acil sağlık ekibinin bireysel, mesleki ve etik özelliklerinin ahlaki duyarlılığa etkisi yoktur.

H₁: Acil sağlık ekibinin bireysel, mesleki ve etik özelliklerinin ahlaki duyarlılığa etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Acil durumlar; hızlı müdahale etmeyi ve acil yardım faaliyetlerini yürütmeyi gerektiren durum ve olayları ifade eder⁵. Acil durum yönetimi; her türlü tehlikeye karşı hazırlıklı olma, zarar azaltma, müdahale etme ve iyileştirme amacıyla mevcut kaynakları organize eden, planlama, karar alma ve değerlendirme süreçlerini kapsamaktadır. Acil durum yönetiminin amaçları can, mal ve mülkü korumak, hayat kurtarmak ve yaralanmaları önlemektir^{5,6}.

Acil yardım hizmetleri; acil durumda, zararın oluşmaması ya da oluşan zararın daha kötü boyutlara ulaşmaması için yapılan hizmet organizasyonlarıdır. Acil verilecek sağlık hizmeti acil durumun olduğu yerde başlayan ve gerektiğinde rehabilitasyon aşamasına kadar devam eden birbirine bağlı çeşitli hizmetlerden oluşan bir zincirdir⁷. Bu hizmet zincirinin halkalarını acil olay yerinde ilk yardım, taşıyıcı ve hastane ile haberleşme, acil bakım bölümüne taşıma organizasyonu, acil bakım bölümünde ilk acil girişim, acil tedaviden sonraki hastane tedavisi ve bakım oluşturur³.

2.1. Acil Bakım Birimlerinin Günümüzdeki Durumu

Acil bakım ilk anda uygulanacak tedavi ve bakımdır, öncelikli amaç ise bireyin yaşamının kurtarılmasıdır. Bu sebeple acil bakımda gerekli önlemlerin en kısa zamanda alınması gerekir³. Acil bakım; acil bölüm öncesi bakım ve acil bölüm içi bakım olmak üzere iki alanda belirlenir^{4,5}. Acil bölüm öncesi bakım; acil durumu değerlendirme ve yönetme, alanda hastayı tanılama, acil girişimi planlama ve uygulama, haberleşme ve gerekli yardım kaynaklarını sağlama, nakil araçları ile acil bölüme ulaşarak hastayı nakletme basamaklarından oluşmaktadır⁸. Bu hizmet, acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan bir kişinin, Acil Çağrı Merkezine olayı haber vermesi ile başlar, acil tıbbi yardımın olay yerine ulaşması ve tıbbi yardımın yapılması ile devam eder ve gerekli olan durumlarda hasta ya da kazazedenin hastaneye naklinin sağlanması ile son bulur².

Acil bölüm öncesi sağlık hizmetlerinde mobil sağlık araçları olarak ambulanslar kullanılır^{7,8}. Dünya genelinde bu hizmet 1960'larda itfaiye hizmetlerinin içerisinde verilmeye başlanmış, sonraları tıbbin gelişimine paralel olarak hizmetin niteliği

değişmiş, gelişen teknolojiye uygun ambulanslarla ve özel eğitim almış çalışanlarla hizmet organizasyonu ayrı teşkilatlandırılmaya başlanmıştır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ilk kez ABD’de 1973 yılında yeni bir tıp disiplini olarak tanımlanmıştır⁷. Ülkemizde ise 1930 yılında 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile tıbbi imdat ve yardım teşkilatının kurulması görevi, belediyelere verilmiştir. İlk “Hızır Acil” uygulaması 1985 yılında “Ankara Numune Hastanesi” bünyesinde başlamıştır⁷. Uygulamanın, 1997 yılından itibaren tüm ülkeye yayılması için karar alınmış, günümüze gelindiğinde ambulans hizmetlerinin ulaştırılmadığı bölge kalmamıştır⁹.

Acil bölüm içi bakım ise; hastayı sedyeden alarak ilk acil tanılamayı bölüm yetkilisine bildirme, sürekli bakım ve tedavi girişimleri ile hastane içi öncelikleri belirleme, hastanın muayene ve kontrollerini yapma, zamanında bilinçli bakım ve tedaviyi planlama ve uygulama basamaklarından oluşmaktadır².

Acil servisler rahatsızlığı olan insanlara hemen müdahale edilmesi gereken sağlık birimleridir. Acil servisler birçok tıp dalına göre daha kapsamlı ve hızlı bir sağlık hizmeti sunar^{10, 11}. Acil servisler yasalar gereği acil olarak başvuran hastaya, sosyal güvenlik ve ödeme durumuna bakmaksızın 365 gün–24 saat kapsamlı bir tedavi sağlamakla yükümlüdürler. Bu özellikleriyle acil servisler toplumun sağlık güvenlik ağının temel bir bileşenini oluştururlar. Dolayısıyla, acil servislerin nitelikli acil bakım hizmeti vermesini engelleyen herhangi bir durum, kamu sağlığı açısından ciddi bir tehlike teşkil eder¹¹.

2.2. Acil Sağlık Ekibi

“Ekip” ortak bir amaç doğrultusunda uzmanlıklarını birbiriyle paylaşmak üzere bir araya gelmiş, her biri farklı bilgi ve beceri sahibi üyelerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmaktadır¹². Ekip, bir araya gelmiş insanların toplamı olmanın ötesinde kendisine özgü nitelikleri olan işlevsel bir yapıdır^{13,14}. Ekip üyelerinin birbirlerine bağlılık göstermeleri, birlikte yaptıkları görevin sorumluluğunu bireysel olarak üstlenmeleri **gerekmektedir**^{15,16}.

Sağlık ekibi ise, sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımı vermek olan, değişik sağlık çalışanlarının bir araya geldikleri,

bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı bir birliktir^{16,17}. Sağlık ekibi üyelerinin hiçbirinin görevi diğerinin görevinden az ya da çok önemli değildir¹². Bu bağlamda sağlık ekibi üyeleri birbirinin tamamlayıcısıdır^{12,18}. Ekibe katılacak ekip üyelerinin sayısı ve özelliği de hizmeti alan bireylerin gereksinimlerine göre belirlenir². Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu giderek daha çok karmaşık bir hal almakta ve bu duruma paralel olarak çalışanlardan beklentiler artmaktadır¹⁹.

Acil ekibinin tüm üyeleri iş ortakları gibi çalışarak ölüm oranını düşürmek amacı ile hastaya üst düzeyde bakım verirler⁷. Acil Sağlık hizmetlerinde, ilk yardım uygulama, acil yardım isteme, kurtarma, hasta/yaralı taşıma hizmetlerinden başlayarak Acil Sağlık merkezindeki girişim ve tedavilere kadar pek çok kademede verilecek hizmetler bir bütün olarak anlaşılmaktadır¹. Bu hizmetin ana ilkeleri; yerinde, anında, etkin ve kaliteli hizmet, çağdaş tıbbi teknik ve yöntemlere uygun, eğitim almış **profesyonel** ekiple verilen sağlık hizmetidir¹.

Acil sağlık yönetmeliği 5. Maddesinde “Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sunulabilmesi için kesintisiz olarak bir ekip anlayışı içinde yürütülmesi ve kısa zamanda ulaşılabılır olması esastır. Acil sağlık hizmetlerinin bu esaslara göre bakanlığın koordinasyonunda kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşların iştiraki ile tek merkezden yönetilmesini sağlamak maksadıyla hizmetin yürütülmesi için acil sağlık hizmetleri teşkil olunmuştur”²⁰. Acil sağlık yönetmeliği 28. Maddesinde ise “Ambulans ve acil yardım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil sağlık hizmetlerinde acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla bakanlıkça belirlenen sertifikalı eğitim programlarını tamamlamak suretiyle hastaya gerekli müdahaleyi yapabilirler. Ambulans ve acil yardım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında, komuta kontrol merkezlerinde ve hastane acil servislerinde çalışırlar. Gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapmakla yükümlüdürler” denilmektedir²¹.

Türkiye’de ki acil bölüm öncesi sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı organizasyonu içerisinde, Sağlık Müdürlükleri, Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlükleri’ne bağlı, İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri tarafından yönetilmektedir²². Sağlık Bakanlığının acil sağlık hizmetlerinin verilmesindeki hedefi; “acil hastalanma ve yaralanma durumunda ihmalden, yanlış uygulamadan ve uygun olmayan taşıma koşullarından kaynaklanan ölümlerin önlenmesi ve sakatlıkların

azaltılması için hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sağlanması ve afetler başta olmak üzere olağanüstü durumlarda gerekli acil sağlık hizmetlerinin verilmesidir”. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, 81 il merkezinde bulunan “112 Komuta Kontrol Merkezleri (KKM)” tarafından yönlendirilmekte ve yönetilmektedir²³.

2.2.1. Acil Tıp Teknisyeni

Acil tıp teknisyenliği mesleğinde eğitim ve öğretime 1996-1997 yılından itibaren lise seviyesinde bařlanmıřtır²⁴. Acil tıp teknisyenlerinin acil bakımda tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları řunlardır²⁵;

- 1.İntravenöz girişim yapmak.
- 2.Oksijen uygulaması yapmak.
- 3.Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- 4.Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- 5.Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- 6.Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- 7.Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak.
- 8.Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak.
- 9.Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.

2.2.2. İlk ve Acil Yardım Teknikeri

Ülkemizde ilk kez 1995 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ilk ve acil yardım teknikeri mezun vermiş ve bu tarihten itibaren acil bakım hizmetlerindeki yerlerini almışlardır²⁶. Ülkemizde yakın geçmişe sahip olan bu meslek grubu bir isim karmaşası yaşamaktadır. Meslek; Paramedik, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği ve İlk ve Acil Bakım Teknikerliği olarak farklı şekillerde isimlendirilmekte ve sahada icra edilmektedir. Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde meslekten, "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği" olarak söz edilmektedir. En son meslek yüksek okullarında bu bölümün ismi "İlk ve Acil Bakım Teknikerliği" olarak değiştirildiği için tez kapsamında "İlk ve Acil Bakım Teknikerliği" olarak meslekten söz edilmiştir.

İlk ve Acil Bakım Teknikerlerinin acil bakımda tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır²⁷;

- 1.İntravenöz girişim yapmak.
- 2.Hastaneye ulaşınca kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.
- 3.Oksijen uygulaması yapmak.
- 4.Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
5. Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.
- 6.Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.
- 7.Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
8. Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak.
- 9.Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- 10.Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- 11.Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

2.2.3. Acil Doktoru

Acil serviste görev yapan doktorlar acil servis sorumlu uzmanı, acil tıp uzmanı, acil serviste görev yapan pratisyen doktor olmak üzere üç farklı görevde çalışmaktadırlar.

2.2.3.1. Acil Servis Sorumlu Uzmanı

Acil servisin hasta bakım hizmetlerinin, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesinden ayrıca acil servis çalışanlarının çalışma düzeninden sorumludur²⁷. Bu unvan için üniversitelerin tıp fakültesinden mezun olduktan sonra ilgili dalda (Acil Tıp) yoksa diğer uzmanlık dallarında (tercihen Dâhiliye veya Genel Cerrahi) uzmanlığını tamamlamış olmak ve Acil Servis'e uzman olarak atanmış olmak gerekmektedir²⁷. Acil servis sorumlu uzmanının görev yetki ve sorumlulukları;

1.Acil serviste hasta bakım, tetkik istemi ve tedavinin sağlanması ve hastanın bakımının sonlandırılması için gereken işleyişi düzenler, uygular, uygulanmasını denetler. Acil Servisin düzenli ve verimli çalışmasını sağlar / denetler.

2.Acil servis personelinin izin, işe devam, kıyafet, iş verimliliği vb. konularında denetim ve koordinasyonunu sağlar.

3.Acil servis çalışanlarının ve kendisinin mesleki bilgi ve becerisini geliştirecek eğitim faaliyetlerine (seminer, konferans, kurs, workshop vb.) katılımlarını sağlar. Hizmet içi eğitim seminerlerini planlar ve uygular.

4.Acil servisin ilgili olduğu hastane içi ve dışındaki kişi ve birimlerle, koordinasyonunu ve iletişimini sağlar.

5.Eğitim, araştırma ve uygulama kuruluşlarındaki bölüm faaliyetleri ile ilgili konularda; en son yenilik ve değişiklikleri yakından takip ederek, öneriler geliştirir ve uygulanmasını sağlar.

6.Staj amacı ile gelen sağlık personelinin işleyişini denetler.

7.Acil servis faaliyetlerine ilişkin istatistikî verilerin toplanması, düzenlenmesi ve ilgili birimlere gönderilmesini sağlar.

8.Hastane Yönetiminin ve bölümün politika, hedef, kural, yönetmelik ve düzenlemelerine uyar. Bunları sorumluluğu altındakilere açıklar ve benimsetir.

9.Hastanın bakımıyla ilgili girişimleri planlar, acil durumlarda bizzat uygulamaya katılır.

10.Acil hasta bakım hizmetlerinde 24 saat sürekli ve aktif olarak sürdürecektir şekilde personel çalışma listeleri düzenler, izinlerin çalışma düzenini aksatmayacak şekilde kullanılmasını sağlayarak başhekimlik onayına sunar. İmza çizelgelerini kontrol eder onaylar ve başhekimliğe gönderir.

11.Acil serviste görev yapan tüm doktorların performans değerlendirmesini denetler ve onaylar.

12.Acil servisin sarf malzeme ve ilaçlarının istemini yapar.

13.Araç ve gereç malzemenin yerinde doğru ve ekonomik kullanımını sağlar.

14.Üniteye yeni başlayan doktorların adaptasyonunu sağlar. Eğitimini yapar ve değerlendirir.

15.Hasta gereksinimine ve mesleki yeterliliğe göre personeli görevlendirir.

16.Servis doktorlarının ve personelin performansla ilgili eksiklik ve yetersizliklerini tespit eder. Gerekli görüşmeleri yapar Başhekimliğe bildirir.

17.Ünitede kullanılan demirbaş malzemelerin denetimini sağlar ve kullanılabilirliğini denetler.

18.Acil servis doktorları ile toplantılar yapar. Onların ihtiyaçlarını ve olanaklarını gözden geçirerek gerek gördüğü değişikliklerini, başhekimlik onayıyla yapar.

19.Acil serviste bulunması gereken en az ilaç ve malzemelerin sürekliliğini denetler.

20.Acil servisin idari ve adli kayıtlarının sürekliliğini ve düzenini sağlar

21.Hastane afet planının acil servis ile ilgili bölümünün işlerliğini ve sürekliliğini sağlar, tatbikatlar organize eder.

22.Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında tanımlanan ve kurulan İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunda (ASKOM) Hastaneyi temsil eder.

23.Bağlı olduğu amire, çalışmalarını ile ilgili rapor verir ve kendisine verilen konular ile ilgili diğer görevleri de yapar.

2.2.3.2. Acil Tıp Uzmanı

Acil servisteki hasta bakım hizmetlerini^{2,28} ve servisteki tüm eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmekten sorumlu ekip üyesidir. İş gereği üniversitelerin tıp fakültesinden mezun olduktan sonra ilgili dalda uzmanlığını tamamlamış olmak ve Acil Servis'e uzman olarak atanmış olmak gerekir²⁸. Görev, yetki ve sorumlulukları;

- 1.Acil serviste hasta bakım, tetkik istemi ve tedavinin sağlanması ve hasta bakımının sonlandırılması için gereken işleyişi düzenler, uygular, uygulanmasını denetler. Acil Servisin düzenli ve verimli çalışmasını sağlar / denetler.
- 2.Acil serviste hasta bakım işlemlerini yerine getirir.
- 3.Acil serviste görev yapan pratisyen doktorların çalışmalarını denetler ve hizmet içi eğitimlerinden sorumludur.
- 4.Pratisyen doktorların baktığı tüm hastaları konsülte eder, hasta bakımında (tetkik, tedavi ve bakımın sonlandırılması) nihai kararı verir.
- 5.Acil Servis çalışanlarının görevlerini yerine getirmelerini sağlar.
- 6.Hastane Afet Planının parçası olarak önceden belirtilen görevleri yerine getirir.
- 7.Acil servisin idari ve adli kayıtlarının düzenini sağlar.
- 8.Acil servis için uygun vardiya sürelerini belirler, çalışma saatlerine nöbet devir teslim prensiplerine uyar.
- 9.Bağlı olduğu acil servis sorumlusuna çalışmaları ile ilgili olarak rapor verir ve kendisine verilen diğer görevleri yapar.

2.2.3.4. Acil Serviste Görev Yapan Pratisyen Doktor

Acil Servise gelen hastanın muayene, teşhis ve tedavisinin acil olarak yapılmasını sağlar ve servisteki eğitim, araştırma ve uygulama çalışmalarına katılır²⁸. Görev, yetki ve sorumlulukları;

- 1.İşlemlerini Acil Servisin önceden belirlenen işleyiş kurallarına ve talimatlarına göre yapar.
- 2.Uzman doktor (varsa acil tıp uzmanı) denetiminde ve sorumluluğunda acil servise gelen hastaların tanı, tedavi, bakım ve gerekli tetkiklerinin yapılmasını sağlar.

- 3.Uzman doktor onayı ile gerekirse konsültasyon ister, konsültan doktorun hastaya zamanında gelerek müdahale etmesini sağlar.
- 4.Acil serviste kullanılan hasta kayıt evraklarının ve dosyalarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulmasını sağlar.
- 5.Hastanın anamnezini alırken şüpheli durumda bulunan her hastayı adli vaka olarak değerlendirir.
- 6.Adli vaka hastalarını hastane polisine bildirir ve kayıtlara işlenmesini sağlar.
- 7.Adli vakalı hastalar için adli dosya açılmasını ve geçici rapor düzenlenmesini sağlar.
- 8.Konsültan doktorların yatmasına karar verdiği hastaların yatırılması konusunda ilgili doktorla işbirliği yapar.
- 9.Hastaneye yatması gereken acil hastaların ilgili klinikte yatağı yoksa boş yatak bulunması için Hasta Kabul Bölümüne veya Başhekim vekili Nöbetçi Uzmana haber verir.
- 10.Hastaların acil servisten taburcu olmalarına Acil Servis Uzmanı Doktorun onayı ile karar verir.
- 11.Acil servis hastasına yapılan tıbbi ve idari tüm işlemlerin kayıtlara geçmesini sağlar.
- 12.Acil servis ve hastanede düzenlenen eğitim toplantılarına katılır.
- 13.Beraber çalıştığı diğer sağlık personeli ile uyumlu bir ekip çalışması yapar.
- 14.İşleyişi bozan durumları, Acil Servis Sorumlu Uzman Doktoruna bildirir.
- 15.Acil servis için belirlenen çalışma saatlerine ve nöbet devir teslim prensiplerine uyar.
- 16.Hastane Afet Planının parçası olarak önceden belirtilen görevleri yerine getirir.
- 17.Acil servis sorumlusu ve uzmanları tarafından belirlenen bilimsel çalışma, araştırma vb. görevleri de yerine getirir.
- 18.Acil Servis Uzman Doktoruna çalışmalarını ile ilgili olarak rapor verir ve kendisine verilen diğer görevleri de yapar.

2.2.4. Acil Servis Hemşiresi

Teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır. Hemşireler genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra hemşirelik bakımını sağlar ve tıbbi tanı ve tedavi planının uygulamasına katılır²⁹;

A.Hemşirelik bakımı

- 1.Hastanın acil servise kabulünü sağlar.
- 2.Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları doktora bildirir.
- 3.Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları doktora bildirir.
- 4.Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.
- 5.Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.
- 6.Periferik intravenöz kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer direnaj sistemlerini kontrol eder, direnaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.
- 7.İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.
- 8.Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- 9.Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.

10.Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

11.Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.

12.Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.

13.Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.

14.Acil servis enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).

15.Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

B.Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım

1.Doktor tarafından gerçekleştirilen invaziv girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.

2.Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

3.Acil durumlarda doktorla işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye doktor yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardioversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

4.Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın doktoruna bilgi verir.

5.Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder.

2.3. Acil Sağlık Ekibinin Karşılaştığı Sorunlar

Acil sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşanan sorunları; (1) ekip üyeleri arasında yaşanan sorunlar, (2) hastalar ile yaşanan sorunlar, (3) sınırlı kaynakların dağıtımında yaşanan sorunlar olarak gruplamak mümkündür.

2.3.1.Acil Sağlık Ekip Üyeleri Arasında Yaşanılan Sorunlar

Tanı-tedavi ve bakım uygulamalarının yerine getirildiği acil sağlık birimlerinde, hızlı tempoya ve ağır çalışma koşullarına bağlı olarak kimi zaman elemanlar arası çatışmalar ve bunlara bağlı aksamalar olabilmektedir³⁰. Sağlık çalışanları arasındaki sorunlar anlaşmazlık, uyumsuzluk, rol karmaşası, görev belirsizliği başta olmak üzere değişik çatışma unsurlarını içermektedir³¹. İletişim eksikliklerinden ve hiyerarşik yapıdan kaynaklanan sorunlar da çatışmalara neden olabilmektedir³². Meslek grupları arasındaki bilgi ve fikir alışverişinin yetersiz kalması, tarafların birbirleri hakkında eksik bilgi donanımına sahip bulunması ile çeşitli önyargılar ortaya çıkabilmekte ve bu durum sorunların yaşanmasına sebep olabilmektedir³². Sağlık meslekleri arasında sorumluluk sınırının net olmaması nedeniyle a ya gereğinden fazla sorumluluk alma ya da üstlenmesi gereken sorumluluktan kaçma söz konusu olmaktadır³¹.

Acil servislerde yaşanan tüm bu sorunlar acil sağlık ekip üyeleri arasında çatışmalara neden olmaktadır.

2.3.2.Hastalar ve Hasta Yakınları İle Yaşanılan Sorunlar

Acil çalışanlarının farklı etik sorunlar ile karşılaşılmasının nedeni acile başvuran hastaların giderek daha komplike ve çoklu hastalığı olan hastalar olmasıdır³³. Tıptaki artan gelişmeler, daha iyi farmasötik ajanlar kronik hastalıkları olan hastaların daha uzun süre yaşamalarına neden olmaktadır. Artık daha fazla konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, AIDS ve benzeri kronik hastalığı olan hastalar acile başvurmaktadır. Kronik hastalıkları olan bu hastalar bazen mevcut

hastalıklarından nedeniyle başvururken, bazen de bu hastalıklar hastanın başka sorunlarını daha da kötüleştirmektedirler³¹.

Toplumda çoklu hastalığa sahip birey sayısı arttığından acile başvuran çoklu hastalık sahibi kişilerde de artış söz konusudur³². Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Lambe ve arkadaşlarının 1990-1999 yılları arasında yürüttüğü, Kaliforniya acil servislerinin kapasitesi ve kullanım eğilimleri isimli çalışmasında; Kaliforniya acil servislerindeki kritik hastalığa sahip hastaların sayısında 1990'dan 1999'a kadar %59 oranında artış olduğu saptanmıştır³³. Durumu kritik olan bu hastaları kliniklerde yer olmadığı için acil serviste müşahede altına almışlar ve acil servisler son zamanlarda adeta bir "sahte yoğun bakıma" dönüşmüştür³³. Bu durum acil sağlık ekibinin tedavi bakım alanını genişletmiş ve acil sağlık mesleklerinden beklentileri arttırmıştır. Beklentilerin artması acil sağlık çalışanlarının sorumluluklarını ve iş yükünün arttırmaktadır.

Acile başvuran hasta sayısında artış olmasına rağmen yatak sayının yetersiz olması hastalar ve hasta yakınları ile çatışmalar oluşmasına neden olmaktadır³⁴.

Acil rahatsızlığı olmadığı halde acil servisi kullanan hastaların %45'i birinci basamak tedavi alanlarına erişmekte güçlük yaşadıklarını ve polikliniklerde ileri tarihte randevu verilmesi nedeni ile hastanelerin acil servislerine başvurduklarını bildirmiştir³⁴. Acil Servis'te tedavi olmak için bekleyen hastaların sadece %13'ünün klinik olarak acil serviste tedavi edilmesi gerekli olan hastalar olduğu bildirilmiştir³⁴. Hastaların çoğunluğu rahatsızlığını önemli ve acil olarak kabul etmekte³⁵, acil sağlık ekibi ise bu hastaları ağır ve karmaşık çalışma tempolarında aksama yaratan bir unsur olarak görmektedir. Bu durum sağlık ekibi ve hastalar arasında sorunlara sebep olmaktadır.

Bazı hastanelerin acil servisleri fiziksel alan eksikliğine sahiptir. Acil servise başvuran hastaların yanlarındaki yakınları özellikle yoğun saatlerde kalabalığa neden olmakta, bu durum acil servislerin etkinliğini azaltmaktadır³⁴.

ABD'de 1989'da Amerikan Acil Tıp Hekimleri Derneği (ACEP) ve Amerika Hemşireler Derneğinin üyeleri arasında yapılan bir çalışmada acil servislerde aşırı hasta yoğunluğunun olduğu rapor edilmiştir³⁵. 1980-1990 yılları arasında ABD basınında ve bazı akademik dergilerde, acil servislerdeki hasta yoğunluğundan dolayı hastalara yeterli temel bakımın sağlanması konusunda problemler olduğu bildirilmiştir¹¹. Daha sonraları bu konunun tüm ülkelerin sosyal sağlık planlamalarını etkileyen uluslararası

bir problem olduğu kabul edilmiştir³⁶. Hastalıkların tedavisinde önemli olan altın saatlerin aşırı yoğunluğa bağlı olarak kaybedilmesi de acil servisteki hasta yoğunluğunun kötü sonuçlarından biridir³⁶. Acil servislerdeki hasta yoğunluğundaki artışın sonucu olarak çoğu hasta sedyede beklerken akut miyokard enfarktüsü, sepsis, serebrovasküler hastalık, pulmoner tromboemboli, aort diseksiyonu, ektopik gebelik, apandisitli hastalarda sepsis, pediatrik hastalarda sepsis, intrakranial kanama, inkarsere herni gibi ciddi hastalıkların teşhis ve tedavisinin geciktiği, hasta sağlığı açısından kötü sonuçların meydana geldiği belirtilmiştir³⁶.

Sağlık Kurumları Ortak Akreditasyon Kurulu'na göre hastane acil servislerindeki teşhis ve tedavideki gecikmelere bağlı olarak, tedavisi zamana duyarlı hastalıklardan ölümlerin meydana geldiği ve acil servislerdeki aşırı yoğunluğun bu vakaların %31'inde katkıda bulunan faktör olduğu rapor edilmiştir³⁷.

. Acil servislerin yoğun olduğu dönemlerde acil servis çalışanlarının aşırı meşgul olması nedeniyle hastalara geç müdahale edilmekte ve hastalar uzun süre hastalıklarına yönelik tedavi alamadığı için gereksiz yere daha fazla acı ve rahatsızlık çekmektedirler³⁸. Acil servislerde yaşanan tüm bu sorunlar acil sağlık ekibi ile hasta ve hasta yakınlarının sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır.

2.3.3.Sınırlı Kaynakların Dağıtımında Yaşanılan Sorunlar

Uygulamaya yönelik talebin artışı durumunda sınırlı kaynakların nasıl dağıtılacağı sorunu ortaya çıkmaktadır. Özellikle acil hizmetlerde toplu kazalar ve felaket durumlarında kaynak dağılımında ciddi sorunlar yaşanabilmektedir.

Adil davranmak kişilere hak ettikleri, ihtiyaç duydukları şeyi vermek ve genel olarak da kişiler arasında ayırım yapmamak anlamına gelir³⁹. Acil servislerin yoğun olduğu durumlarda bazen ambulanslar diğer hastanelere yönlendirilmekte ve ileri derecede ağır hastaların tedavisi ve bakımı gecikmektedir. Bu durum hastaların hastaneye ulaşma zamanını uzatmakta, trafik kazası riskini artırmakta ve acil müdahale gerektiren hastaların tedavisini geciktirerek kötü sonuçlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Acil servislerde hastaneye yatış için bekleyen hastaların sayısındaki artış, bu servislerin yoğunluğunun ve yeterli hizmeti sağlayamamasının en önemli nedenidir.

Hastane yatak sayısının yetersiz olduğu, bazı hastaların 24 saatten uzun süre hastanede yer açılması için acil servislerde beklediği rapor edilmiştir⁴⁰. Amerika Hastaneler Birliği, ambulansların başka hastanelere yönlendirilmesinin en önemli nedeninin, kritik hastalara yoğun bakım yatağı sağlanmasındaki yetersizlik olduğunu rapor etmiştir⁴¹.

Laboratuvar, görüntüleme ve diğer yardımcı servisler tarafından yürütölen hizmetlerdeki aksaklıklar hastaların tedavi ve bakımının gecikmesine yol açmaktadır. Laboratuvar hizmetlerini hızlandıracak teknolojinin kullanılmasının hastaların acil servislerde bekleme süresini kısalttığı rapor edilmiştir⁴².

Kayıt işlemlerinin yapılması, iletişim ve bürosal işlemler acil serviste hasta akışında önemli rol oynamaktadır. İlgili uzman doktor tarafından hastaların konsölte edilmesi; acil servisteki son tedavinin planlanması ve hastaneye yatırılmasını sağlamak açısından gereklidir. ACEP (American College of Emergency Physicians) üyeleri arasında yapılan bir ankette katılımcıların %50'si nöbetçi konsöltan doktorların sayısının yetersiz olduğunu bildirmişlerdir¹⁰.

Sağlık hizmeti sunumunun adil olması temel bir tıp etiği ilkesidir⁴³. Öte yandan toplumsal örgütlenmenin bireylerin sağlık hakkına ulaşmasını sağlaması gerekmektedir^{43,44,45}. Adalet ilkesi klinik uygulamalarda yaşanan sınırlı kaynakların kullanımını konusunda yaşanan sorunların çözümünde gündeme gelmektedir³⁹. Bu sorunla mücadele çerçevesinde mevcut olanaklardan en fazla kişinin yararlanması ve en fazla yarar sağlayacak kişinin seçilmesi üzerinde durulması gereken konulardır³⁹.

2.4. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları

Bu alt bölümde genelden özele ilerleyen bir sıra içinde etik ve tıp etiği ile ilgili bir dizi temel kavram hakkında bilgi verilmiştir.

2.4.1. Etik

Kimi ilişkileri, eylemleri, kişileri ve benzerlerini nitellemek için bir sıfat olarak kullanılması ile birlikte bir bilgi alanının adı olarak kullanılan, Yunanca ethos sözcüğünden türeyen “etik” sözcüğü “karakter”, “alışkanlık”, “gelenek”, “töre” anlamlarına gelmektedir^{45,46,47}. Felsefe, insanın evrenle ilişkisini kavramsal olarak açıklayan sistematik bilgi ve bu bilgiyi üretme yöntemidir^{45, 48}. Etik ise felsefenin alt dalıdır kısaca ahlaki değerler felsefesidir. İnsanın ahlaksallığı vurgulayan eylemler etiğin konusunu oluşturmaktadır ve başlıca amacı, en doğru ahlak değerlerini ve bunların biçimlendirdiği eylemleri belirleyebilmektir⁴⁹. Etik alanında yapılan çalışmalar davranışlarımızın, tutumlarımızın, eylemlerimizin insani değerlerimiz açısından iyi, doğru, kabul edilebilir olup olmadıklarına ilişkindir^{45,50,51}.

2.4.2. Etik Değer/Etik İlke

Genel anlamda değer, “politika, ekonomi, estetik, hukuk, din, tarih... gibi tematik bir çerçevede, birey, aile, grup, toplum, insanlık gibi belirli bir kitle tarafından, daha çok olumlu bazen de olumsuz nitelik atfedilmiş bulunan, kişi, nesne, yer, durum, süreç, kavram...” biçiminde betimlenebilir⁵². Bu geniş anlam yükünde “etik değer”, davranışlara yön gösteren ve onları gerekçelendiren bir öneri veya yönerge niteliği taşır⁵². Böylece etik değerler, zihinde davranışı belirleyen düşünme süreçleri için ölçüt, toplum ölçeğinde davranışı düzenleyen kurallar için kaynak oluştururlar⁵².

İlke kavramı ise, genel olarak değer ile anlamdaş değildir⁴⁸. Bununla birlikte, etik özelinde bir anlam kesişmesi bulunduğu için etik değer yerine etik ilke demek olanaklıdır⁵².

Etik ilkeler insan davranışının süre giden amaçları ile ilgilidir. ABD Ulusal komisyonu 1979’da Belmont Raporu olarak bilinen ve insan deneklerle yapılan araştırmalarda genel etik ilkeleri belirleyen raporu hazırlamıştır. Belmont Raporu’nun biyomedikal etiğin gelişmesinde önemli etkileri vardır. Kişiyeye saygı yararlı olma ve adalet ilkeleri, önce Belmont Raporu’nda daha sonra da Beauchamp ve Childress’in Biyomedikal Etiğin Temel İlkeleri (*Principle of Biomedical Ethics*) kitabında yer almıştır. Bu ilkeler 1978–1983 tarihleri arasında değişik yazarlar tarafından gözden geçirilip irdelenmiştir⁵³.

XX. yüzyıl başlarında İngiliz düşünür W. D. Ross “Prima Facia” adını verdiği bir seri ilkesel değerde sadakat, adalet, zarar vermeme, minnettarlık, yapılan yanlış düzeltme, kendini geliştirme şeklinde ödevler sıralamıştır. İlkeler Beauchamp ve Childress tarafından özerkliğe saygı, yararlı olma, zarar vermeme, adalet; Downie ve Camlan tarafından yarar sağlama, adalet, zarar vermeme, iyilikseverlik, kendini geliştirme; Veatch tarafından yarar, dürüstlük, sadakat, öldürmekten sakınma, adalet, özerklik; Macer tarafından özerklik, adalet, zarar vermeme, yararlı olma olarak belirlenmiştir⁵³.

Beauchamp ve Childress’in belirlediği dört ilke, hem klinik tıp uygulayıcıları hem de kuramsal etik çalışmacıları tarafından geniş ölçekte benimsenmiş, etik sorunların hem çözülmesinde hem de çözümlenmesinde yaygın biçimde kullanılmaktadır⁵³.

Dört ilke yaklaşımı, sağlık bakımındaki etik konular hakkında düşünmek için kolay erişilen tarafsız bir bakış açısı sunmaktadır. Yararlılık ilkesi, sağlık girişimleri içerisinde hastaya öncelikle yararlı olmayı öngörmektedir^{48, 49, 50, 52}. Kişiyeye en üst düzeyde yararlı olmak kaygısı ile davranmak tıbbın vazgeçemeyeceği temel ilkelerinden biridir⁵³.

Zarar vermeme ilkesi, hastalığın doğal seyrini etkileme gayreti içerisinde öncelikle hastaya zarar vermeden müdahalede bulunabilmeyi ifade etmektedir. Zarar vermemek gerçekte tüm insanlık için geçerli bir değerdir. Zarar verme, eylemle ya da ihmalle gerçekleşebilir^{47, 53}.

Adalet ilkesi, tıbbın toplumsal bir kurum olarak etkili ve saygın biçimde işleme bakımından önde gelen ilkelerden biridir. Sağlık alanında adalet ilkesi, tıbbi

kaynakların gereksinim duyanlara, eşitlik veya hakkaniyet çerçevesinde dürüstçe dağılması olarak ifade edilmektedir^{47, 53}.

Özerkliğe saygı ilkesi, bireyin özerkliğini ortaya koyan eylemlerine öteki bireylerin saygı göstermesi ve bireyin de bu saygıyı bekleme hakkına sahip olmasıdır. Özerkliğe saygı ilkesinin yaşama geçirilmesi sağlık profesyonellerinin en başta gelen yükümlülüklerinden biridir⁵³. Tıpta özerkliğe saygı ilkesi kapsamında hastanın özerkliğine saygı kavramı öncelik taşımaktadır. Hasta özerkliğine saygı bağlamında sağlık profesyonellerinden beklenen, hasta bireyin karar verme ve değerleri doğrultusunda davranabilme haklarının tanınması ve tıbbi kararlarda söz sahibi olmasının sağlanmasıdır⁵³. Özerkliğe saygı ilkesi klinik uygulamaya özellikle “aydınlatılmış onam” süreci ile girmektedir. Bu süreç, hastanın durumu ve tedavisi hakkındaki bilginin hasta bireye açıklanması, verilen bilginin hasta birey tarafından anlaşılması ve klinik uygulamanın onun tarafından kabul ya da reddedilmesi gibi üç unsurdan oluşmaktadır⁵⁰. Aydınlatılmış onam, çağdaş hasta-sağlık profesyoneli ilişkisinin temelini oluşturmaktadır^{48,50}. Bu yaklaşımın amacı, hastanın kendisine uygulanacak tanı-tedavi-bakım yöntemini, bu yöntemin yararını ve olası istenmeyen sonuçlarını; söz konusu yöntemden başka var olan diğer yöntemleri ve bu yöntemlerin özelliklerini bilmesinin sağlanmasıdır⁵⁰.

2.4.3. Tıp Etiği

Tıp uğraşını yöneten etik ilkeleri oluşturan, inceleyen, tartışan ve bu konuda eğitim veren bir disiplindir⁵¹. Etik, insanın yapıp ettiklerinin değeri, iyi-kötü olarak nitelenmeleri üzerine sistematik bir düşünme etkinliği olup tıp etiği ise bu sistematik düşünme etkinliğinin tıp alanı içindeki farklılaşmış bir uzantısıdır. Amacı tıp uygulamaları sırasında veya ondan dolayı ortaya çıkan etik sorunları tanımak, kavramak, çözümlenmek ve çözüm yolları üretmektir^{46, 51}. Tıp etiğinin soruları açık uçlu sorular olduğundan, bu alandaki sistematik düşünmenin amacı kesin yanıtlar elde etmekten çok güvenilir, tutarlı ve haklı çıkarılabilir değerlendirmelerle uygulanabilir önerilere ulaşmaktır⁵¹.

2.4.4. Etik Kural-Etik Kod

Etik kurallar, etik ilkelerden türemişlerdir. Dolayısı ile onlar gibi davranışlara yön gösterip ölçüt oluştururlar fakat etik ilkelere göre daha özel ve somut olan düzenlemelerdir⁵². Etik kod terimi ise belirli bir konudaki etik kurallar kümesini ifade eder. Kurallar ilkelerin uygulamaya yansıyan türevleridir. Temel işlevleri uygulamaların istenir nitelikte olmasıdır. Meslek etiği kodlarının genel olarak üç temel işlevi yerine getirmesi beklenmektedir. Bunların ilki mesleğin ideallerinin toplum ve meslek elemanları arasında paylaşılmasını sağlamak; ikincisi meslekteki etik davranışlara rehberlik yapmak; üçüncüsü beklenen standartların altındaki davranışları disipline etmek ve kabul edilir davranış standartlarının geliştirilmesini sağlamaktır^{52, 53}.

2.4.5. Etik Sorun

Etik sorun, davranışın iyi olmasıyla ilgili tereddütlerin veya itirazların ortaya çıktığı durumlardır. Doğal olarak davranışı belirleyen zihinsel süreçte de davranışın sergilendiği toplumsal ortamda da söz konusu olabilir. Bu çerçevede etik sorun, davranışın biçimlendirilmesi konusunda belirsizlik yaşanması durumunda ortaya çıkmışsa “etik ikilem” ve üzerinde uzlaşmaya varılmış davranış biçimine aykırı hareket edilmesi durumunda ortaya çıkmışsa “etik ihlali” olarak gruplandırılabilir⁵².

Türk Dil Kurumu'nun sözlüğü “ikilem” sözcüğünün karşılığını dar anlamda “İki önermesi bulunan ve her iki önermenin vargısı olan tasım, dilemma” geniş anlamda “İnsanı istenmeyen seçeneklerden birini, çoğunlukla iki seçenekten birini izlemeye zorlayan tartışma, sorun veya usa vurma durumu” olarak vermekte, her iki anlam yükünde de bir seçim yapma zorunluluğuna vurgu yapmaktadır⁵⁴.

Etik ikilem ise; bakım/tedavi sunumu sırasında, hastanın değerleri ve beklentileri ile sağlık çalışanlarının değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışmasıdır⁵⁵. Biyoetik Terimleri sözlüğü “etik ikilem” sözcüğünü belirli bir durumda her birinin farklı bir değeri koruduğu bilinen eylemlerin tümünü birden gerçekleştirmenin olanak dışı olması nedeni ile ortaya çıkan açmazlar şeklinde tanımlamaktadır⁵⁶.

Etik ikilemlerde farklı ilkelerin veya kuralların, yol gösterici olarak eş zamanlı ve birbirine yakın ağırlıklı olarak devreye girmesi, her birinin farklı bir davranış seçeneğinin yeğlenmesini gerektirmesi söz konusudur^{51,52}. Bu durumda bir ilkeye uygun davranmak bir diğerine aykırı olmayı; bir başka deyişle bir değeri korumak bir diğerini harcamayı zorunlu kılmaktadır. Etik ihlali ise davranışın belli bir/birkaç ilkeye veya kurala tereddüde yer bırakmayacak biçimde aykırı olmasını ifade eder⁵².

Etik ikilemlerin yaşanması durumunda en doğru kararı verebilmek için sağlık çalışanlarının bireysel değerler ve inançlara saygı göstermesi, mesleki felsefesinin farkında olması, yasalar ve profesyonel etik kodlar konusunda bilgi sahibi olması, etik ilkeleri sahiplenme gibi önemli stratejiler geliştirmesi gerekir^{55,56}.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanları organ nakli³², beyin ölümü teşhisi koyma³² ilişki yönetimi ve hiyerarşi sorunları^{32,60,61}, hastadan bilgi gizlenmesi talebi, bilgilendirmeme ve onam almama⁶², resüsite etmeme kararı^{60,61}, solunum desteğinin kesilmesi³², hastalara yönelik yaklaşımın adil olmaması³², ötanazi talebi^{15,16} gibi bir çok etik sorunla karşılaşabilmektedir.

Asch ve arkadaşları tarafından Amerika’da yürütülen Ötanazi ve kritik bakım hemşirelerinin rolü konulu çalışmada, hastanın veya ailesinin ötanaziyle karşılaşma oranı %17,0 bulunmuştur¹⁵. Asai ve arkadaşları tarafından “doktor ve hemşirelerin gönüllü ötanaziye yönelik tutumları ve deneyimleri: Palyatif Tıp Japon Derneği üyeleri Anketi” çalışmasında doktorların %54,0’ü, hemşirelerin %53,0’ü hastaların ötanazi talebinde bulunmasıyla karşılaştığını belirtmiştir¹⁶. Omerly ve arkadaşlarının yürüttüğü hemşirelik uygulamalarında etik uygulamalar ile konulu⁶⁰ Corley ve arkadaşlarının yürüttüğü hemşirelerin çalışma ortamlarındaki ahlaki ve etik sorunlar konulu yoğun bakım hemşireleri ile yürütülen çalışmalarda, resüsite etmeme kararının bir etik sorun olarak görüldüğü tespit edilmiştir⁶¹. Bedell ve arkadaşları kritik hastalarda resüsite etmeme kararı konulu çalışmasında kardiyoloji pulmoner arrest gelişen 521 hastanın %75,0’inde resüsite etmeme kararı verildiğini ve bu kararlardan sadece %10,0’unda hemşirelerin katılımı olduğunu saptanmıştır⁶². Literatürde sınırlı olanakların adil biçimde dağıtılmasını farklı açılardan ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Çobanoğlu ile Algier’in doktor ve hemşirelerin etik sorun deneyimleri konulu çalışmasında hemşire katılımcıların üçte birinden fazlası bu tür sorunlarla karşılaştığını belirtmiştir³². Turla

ve arkadaşlarının hastalar üzerinde yürüttüğü hastalara yeterince aydınlatma yapıp yapılmadığı ve onam alınması durumu konulu çalışmasında katılımcıların bilgilendirilme oranlarının %89,9 ancak verilen bilgiyi tatmin edici bulma oranlarının %25,8 olduğu saptanmıştır⁵⁹. Brett'in terminal dönemdeki ve kritik dönemdeki hastaların bakım sorunları üzerine yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin %57,0'sinin grup içinde iletişim problemi yaşadığı⁵⁷, Kalvemark ve arkadaşlarının sağlık sisteminde yaşanan etik ikilemler ve çatışmalar çalışmasında ise statü farkının çeşitli sorunlara neden olduğu bildirilmiştir⁵⁸.

Etik karar verme süreci, tıp uygulamalarındaki etik karar konusuyla ilgili temel kaygılar; özde, iyi ve doğru kararın nasıl verileceği üzerine odaklanmaktadır. Aydın ve Ersoy etik karar verme sürecini (1) Etik sorunun belirlenmesi, (2) Hasta istekleri, (3) Karar seçeneklerinin belirlenmesi ve seçim, (4) Etik kararın haklılığı şeklinde dört basamakta özetlemiştir⁶³.

Blum; etik bir sorunu doğru yargılamanın her zaman doğru uygulama garantisi olmadığını ve eylemin farklı gerçekleşmesini sağlayacak etik dışı başka unsurlar olabileceğini ifade etmiştir. Farklı birçok sebeple kişiler o anda etik olarak iyinin ne olduğuna karar verse de onu seçmeyebilir. Buna “akratik zayıflık” veya “isteğin zayıflığı” denir⁶⁴.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık çalışanları etik ikilemlerle baş edebilmek için çözüm yolları üretmek durumunda kalabilmektedirler. Çünkü sağlık etiği her zaman hastasının zarar görmesine neden olacak kararlardan kaçınılmasını hastanın sağlığını yeniden kazandıran, sürdüren ve yükselten kararlar almada tutarlı davranılmasını gerektirmektedir. Karar verme sürecinde hastasının değerleri ve beklentileri doğrultusunda birey için en uygun etik ilkenin hangisi olduğuna birey ile karar verilerek başlatılması önerilmektedir⁵⁶.

2.2.6.Etik Duyarlılık

Literatürde bazı çalışmalarda, etik duyarlılık ve ahlaki duyarlılık kavramlarına rastlandığı için tez çalışmasında etik duyarlılık ve ahlaki duyarlılık kavramları ve bu kavramların örtüşen- ayırışan yönleri hakkında bilgi verilmiştir.

Etik duyarlılık etik kural ve ilkeleri bilme ile ilgili iken ahlaki duyarlılık daha çok kişiler arası ilişkileri bilme ile ilgilidir. Ersoy ve Gündoğmuş; etik duyarlılığı bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreç içerisinde kişi etik sorunların farkındadır ve bu durumu tarif edebilir, durumla ilgili seçenekler hakkında karar verebilir⁶⁵.

Jaeger ahlaki duyarlılığı kişinin kapasitesi ile ilişkili olduğunu belirtmiş, kişinin almış olduğu eğitimin etik teorileri anlamada önemli olduğunu savunmuştur⁶⁶. Bazı Literatürde ahlaki duyarlılık ve vicdan aynı anlamda kullanılmıştır⁶⁷. Örneğin Davis, ahlaki duyarlılık veya vicdan olarak adlandırılan ahlaki değerleri, benzersiz ve indirgenemez sezgiler olarak tanımlamıştır⁶⁸. Rest ve arkadaşları Kohlberg'in ahlaki gelişim teorisi üzerine orijinal bir çalışma yapmışlardır ve ahlaki karar verme sürecini dört bileşen üzerinden tartışmışlardır. Bu bileşenler; (1) ahlaki duyarlılık, (2) ahlaki muhakeme, (3) ahlaki motivasyon ve (4) ahlaki karakterdir. Rest, ahlaki duyarlılıkta yapmış olduğumuz davranışların başkalarını etkilediğinin farkında olunması ve bu etkilerin yorumlanması üzerinde durmuştur⁶⁸.

Profesyonel davranışlar etik kodlar ile şekillenmektedir^{69,70}. Etik duyarlılık ahlaki duyarlılığın profesyonel boyutudur. Etik duyarlılık ve ahlaki duyarlılık arasındaki ince ayırım buradan kaynaklanmaktadır⁶⁹. Ahlaki duyarlılık kaynağını sezgilerden, yardım sever duygulardan alırken etik duyarlılık ise kaynağını kişinin mesleğinin rol ve sorumluluklarının farkındalığından, mesleki etik bilgisinden ve etik standartlardan almaktadır. Bu iki kavramı birbirinden tam olarak ayrı tutmak mümkün değildir.

“Etik bilgi” ve “etik davranış” kavramları arasındaki farkı kapatmak için ilk kez on yedinci yüzyılda İngiliz filozoflar tarafından “Etik duyarlılık” kavramından bahsedilmiştir^{68, 71}. Felsefi bir kavram olan “etik duyarlılık” kavramı, ilk kez Anthony Ashley Cooper tarafından ahlaki anlamda tanıtılmış⁴ ve İngiliz filozof Shaftesbury, tarafından geliştirilmiştir. Shaftesbury'e göre bir kişinini etik duyarlılığı onun davranışları ve duygularının yansıtma yeteneği ve kişi için hangisinin daha iyi ya da daha kötü olduğu ile ilgilidir^{68, 71}.

“Etik duyarlılık” kavramında Hutcheson, onay ve onaylamama duygularının deneyimle olan ilişkisi üzerinde durarak teorisini geliştirmiştir. Onaylama hissi etik duyarlılıktır. Kişinin iyiliği için yapılanlar ahlaki olarak onaylanabilir⁶⁸.

Sağlık alanında hizmet alan kişilerin güvenliği, özel bakım ve hizmetlerini en doğru şekilde sağlanabilmesi için sağlık meslekleri tarafından etik standartları geliştirilmiştir⁷⁰. Sağlık çalışanları için tedavi ve bakımlarını yürüttüğü kişilerin ihtiyaçlarını belirlemek oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanları hizmet verdiği kişilerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, etnik kökeni, kültürü, manevi değerleri, dini inançları, kendi kararlarını alabilme yetileri, sözel ve sözel olmayan tüm davranışlarının farkında olmalı ve bu davranışları yorumlayabilmelidir^{72,73}. Aynı zamanda etik sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında gerekli yasal ve etik sorumluluğu dikkate alabilecek, etik ikilemleri yönetecek ve kararlar alacak hastaları için en iyi olanı düşünerek onların haklarını savunacak, hastalarının kararlarına saygı gösterecek etik duyarlılığa sahip olmalıdırlar⁷³.

Sağlık uygulamalarında etik; hasta bakımı ve tedavisinde doğabilecek etik konuları tanımlamak analiz etmek ve çözümlenmek için sistematik bir yaklaşımı öğretmenin yanında kişiler arası düzeyde etik karar verme ile de ilgilidir⁷⁴. Sağlık çalışanlarının bakım ve tedavilerinden sorumlu oldukları kişilerin ihtiyaçlarını belirlemek, onları tanımak, onların davranışlarını yorumlamak, sorunlarını çözebilmek için bilişsel kapasitelerinin yeterli olması gerekir. Bu durum yüksek kaliteli bakımın ayrılmaz bir parçasıdır⁶⁹. Etik sorunu tanımlama ve alınacak kararların etik sonuçlarını anlama yeteneği olan sağlık çalışanlarının bu sorunlara karşı etik duyarlılıkları da oldukça önemli bir unsurdur. Sağlık çalışanı ve tedavi bakımından sorumlu kişilerin ve/veya hastaların ilişkisinde etik ikilem yaşanan durumlarda, etik duyarlılık karmaşık bir olgudur⁷¹.

Jaeger, etik ikilemler esnasında karar veren kişilerin bilişsel kapasitelerinin göz ardı edilmemesine dikkat çekmektedir⁶⁶. Kişinin kendi eylemlerinden sorumlu olduğu bilişsel ve duygusal kapasite de olup olmadığı sağlık çalışanları tarafından gözlenmelidir. Kişinin duyguları ve kapasitesi önemlidir. Sağlık çalışanları hastaların iyiliğini teşvik eden ahlaki kapasitelerinin yanında hastaları ile ilgili duyguları gerçekleri ve değerleri birbirinden ayırt edebilecek bilişsel bir kapasiteye sahip olmalı ve hastaları için en iyi kararın alınmasında hastalarını desteklemelidir⁶⁷.

Etik sorunu saptama yeteneği olan etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sađlamalıdır⁷⁴. Etik duyarlılık etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkarma olarak düşünölmekle birlikte mutlak bir etik ikilemi ya da çatışmayı önlemektedir⁷⁵.

Sağlık alışanları uygulama sırasında etik ikilemlerle karşılaştıkları zaman, etik ikilemi tanıma, analiz etme ve çözme yönünde sistematik bir yaklaşıma gitmelidir. Sağlık alışanları mesleki rolleri gereği etik ikilemler ile karşılaşıldığında evrensel etik değerler ve etik ilkeler (özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, adil olma) rehberliğinde çözüm yolları üretme sorumluluğu tařır⁶⁶.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, Adana ilindeki acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana Devlet Hastanesi acil servislerinde ve Adana 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Ambulans İstasyonlarında görev yapan sağlık çalışanları ile Kasım 2011-Mart 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana il merkezindeki hastanelerin acil birimlerinde ve ambulans istasyonlarında görev yapan toplam 409 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ve raporlu olmayan toplam 402 acil sağlık çalışanı araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri "Bireysel Bilgi Formu" ve " Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada ölçek kullanıldığı için ön uygulama yapılmamıştır.

3.4.1. Bireysel Bilgi Formu

Hazırlanan kişisel bilgi formu acil sağlık ekibinin bireysel özelliklerine ait bilgiler, çalıştığı kurum ve birim, birimde çalışma süresi ve tercih durumu, etik eğitimi alıp almadığı, etik ile ilgili yayın takip etme durumu, çalıştığı kurumdaki etik kurul varlığına ait değişkenlerin yer aldığı toplam 14 sorudan oluşmuştur.

3.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi ADA (Moral Sensivity Qestionnaire-MSQ)

ADA; Kim Lutzen tarafından oluşturulmuş ve Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde 1994 yılında ilk defa öncelikle psikiyatri kliniğinde sonra da diğer birimlerde çalışan doktor ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmıştır^{71,72}. ADA ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Tosun tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Yapılan araştırmada ADA'nın Cronbach Alfa değeri .82 olarak bulunmuştur .

ADA toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan oluşan likert türünde bir ölçüm aracıdır.

- Otonomi (10,12,15,16, 21,24,27. maddeler),
- Yarar Sağlama (2,5,8,25. maddeler),
- Bütüncül Yaklaşım (1,6,18,29,30. maddeler),
- Çatışma (9,11,14. maddeler),
- Uygulama (4,17,20,28. maddeler),
- Oryantasyon (7,13,19,22. maddeler).

-3, 23, ve 26. maddeler Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almamıştır^{74,75}. (Çizelge 3.1)

Çizelge 3.1. Ahlaki Duyarlılık Anketi ADA

Alt Boyut	Madde No	
Otonomi	10	Hastaların bakım tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
	12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim
	15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
	16	Çoğu kez bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
	21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.
	24	Hastanın isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
	27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
Yarar Sağlama	2	Hastalarımda bir iyileşme görmezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını düşünürüm.
	5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
	8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
	25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
Bütüncül Yaklaşım	1	Sağlık çalışanı olarak sorumluluğum, hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır
	6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
	18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
	29	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
	30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum
Çatışma	9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım
	11	Etik olarak doğru ya da yanlış olanı bilmekle zorlandığım durumlarda sıklıkla karşılaşırım.
	14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla 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 olmadığım da çoğunlukla diğer sağlık çalışanlarının hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
	20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekle 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/tedavi uygulamalarında sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
	19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
	22	İyi bir hasta bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
Sınıflandırılmayan Maddeler	3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
	23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
	26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastaya enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

Çizelge 3.2. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı

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

Likert tipte bir ölçek olan ADA'da ifadeler 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmiştir. Bu ifadelerde 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Düşük puan yüksek etik duyarlılığa, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret eder.

ADA'nın alt boyut ve toplam potansiyel puan dağılımı Çizelge 3.2.'de görülmektedir.

3.5. Etik Kurul Onayı ve İdari İzinler

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu onayı ve araştırmanın yürütüleceği sağlık kurumlarından gerekli resmi izinler alınmıştır (EK-5). Uygulama öncesi katılımcılara araştırmanın amacı, planı ve yararı açıklanmıştır.

Acil sağlık ekibine araştırma hakkında bilgi verilerek aydınlatılmış onam alınmış, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı isteyenlerin alınması ile “ özerkliğe saygı” ilkesi yerine getirilmiştir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 19.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanılmıştır. Cinsiyet, çocuk varlığı gibi ikili gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Meslek, yaş grupları gibi ikiden fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için grupların ikili alt grup karşılaştırmalarında varsayımların sağlanması durumunda grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Scheffe, Tamhane testleri kullanılmıştır. Grupların ikili alt grup karşılaştırmalarında varsayımların sağlanmaması durumunda ise Bonferroni düzeltmesi yapılarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırma, acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek ve bu duyarlılıkları etkileyen bireysel ve mesleki durumları saptamak amacıyla Adana il merkezindeki Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çukurova Devlet Hastanesi, Adana Devlet Hastanesi Acil Servislerinde ve Adana 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Ambulans İstasyonlarında görev yapan 402 acil sağlık çalışanı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma bulguları 3 bólümde incelenmiştir;

4.1. Acil Sağlık Ekibinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya 81 Hemşire (%20), 52 Doktor (%13), 77 İlk ve acil yardım teknikeri (%19), 175 Acil Tıp Teknisyeni (%44) ve 17 Sağlık Memuru (%4) olmak üzere toplam 402 sağlık çalışanı katılmıştır.

Çizelge 4.1. Acil Sağlık Ekibinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=402)

Demografik Özellikler	Meslek				
	Hemşire (n=81)	Doktor (n= 52)	İlk ve Acil Y.Teknikeri (n=77)	Acil Tıp Teknisyeni (n=175)	Sağlık Memuru (n=17)
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Cinsiyet					
Erkek	8 (%10)	33 (%63)	21 (%27)	47 (%27)	17 (%100)
Kadın	73 (%90)	19 (%37)	56 (%73)	128 (%73)	0 (%0)
Yaş grupları					
≤ 30	41 (%51)	22 (%42)	76 (%99)	175 (%100)	2 (%12)
31-40	33 (%41)	19 (%37)	1 (%1)	0 (%0)	9 (%53)
> 40	6 (%8)	11 (%21)	0 (%0)	0 (%0)	6 (%35)
Medeni durum					
Evli	48 (%59)	32 (%62)	31 (%40)	57 (%33)	14 (%82)
Bekar	33 (%41)	20 (%38)	46 (%60)	118 (%67)	3 (%18)
Çocuk durumu					
Yok	35 (%43)	30 (%58)	57 (%74)	131 (%75)	6 (%35)
Var	46 (%57)	22 (%42)	20 (%26)	44 (%25)	11 (%65)

Acil sağlık ekibinin bireysel özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %90'ı, doktorların %63'ü ve sağlık memurlarının tümü erkek iken, ilk ve acil yardım teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin %73'ü kadındır. Acil sağlık ekibinin yaşları incelendiğinde hemşirelerin %51'i, doktorların %42'si, ilk ve acil yardım teknikerlerinin %99'u, acil tıp teknisyenlerinin tamamı 30 yaş altında; sağlık memurlarının ise %53'ü 31-40 yaş arasındadır. Acil sağlık ekibinin medeni durumları incelendiğinde hemşirelerin %59'unun, doktorların %62'sinin, ilk ve acil yardım teknikerlerinin %40'ının, acil tıp teknisyenlerinin %33'ünün, sağlık memurlarının %82'sinin evli olduğu saptanmıştır. Acil sağlık ekibinin çocuk sahibi olma durumları

incelendiğinde; hemşirelerin %57'sinin, doktorların ilk ve acil yardım teknikerlerinin %26'sının, acil tıp teknisyenlerinin %25'inin, sağlık memurlarının %65'inin çocuk sahibi olduğu bulunmuştur (**Çizelge 4.1**).

Çizelge 4.2. Acil Sağlık Ekibinin Eğitim ve Mesleki Bilgilerinin Dağılımı (N=402)

Acil Sağlık Ekibinin Eğitim ve Mesleki Bilgileri	Meslek				
	Hemşire (n=81)	Doktor (n= 52)	İlk ve Acil Y.Teknikeri (n=77)	Acil Tıp Teknisyeni (n=175)	Sağlık Memuru (n=17)
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Mezun olunan okul	14 (%17)	0 (%0)	0 (%0)	167 (%95)	5 (%29)
Sağlık meslek lisesi	24 (%30)	0 (%0)	77 (%100)	7 (%4)	6 (%35)
Önlisans	38 (%47)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1)	5 (%29)
Lisans	5 (%6)	52 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%7)
Lisansüstü					
Meslekte çalışma süresi					
≤ 10	54 (%67)	38 (%73)	77 (%100)	174 (%99)	6 (%35)
11-20	21 (%26)	12 (%23)	0 (%0)	1 (%1)	6 (%35)
> 20	6 (%7)	2 (%4)	0 (%0)	0 (%0)	5 (%30)
Çalıştığı yer					
Balcalı Hastanesi	19 (%23)	14 (%27)	0 (%0)	1 (%1)	0 (%0)
Numune Hastanesi	17 (%21)	16 (%31)	2 (%3)	24 (%14)	5 (%29)
Adana Devlet Hastanesi	20 (%25)	11 (%21)	7 (%9)	18 (%10)	10 (%59)
Ambulans istasyonu	4 (%5)	1 (%2)	64 (%83)	114 (%65)	1 (%6)
Çukurova Devlet Hastanesi	21 (%26)	10 (%19)	4 (%5)	18 (%10)	1 (%6)
Mevcut Görevlerindeki Çalışma Süreleri					
≤ 10	74 (%91)	47 (%90)	77 (%100)	175 (%100)	12 (%71)
11-20	3 (%4)	4 (%8)	0 (%0)	0 (%0)	3 (%18)
> 20	4 (%5)	1 (%2)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%11)
Bu görevde çalışma kendi tercihi mi?					
Evet	59 (%73)	48 (%92)	63 (%82)	149 (%85)	12 (%71)
Hayır	22 (%27)	4 (%8)	14 (%18)	26 (%15)	5 (%29)
Mesleğini severek mi yapıyor?					
Evet	65 (%80)	42 (%81)	77 (%100)	165 (%94)	9 (%53)
Hayır	16 (%20)	10 (%19)	0 (%0)	10 (%6)	8 (%47)

Acil sağlık ekibinin eğitim durumu incelendiğinde, hemşirelerin %47'sinin lisans, doktorların tamamının lisansüstü, ilk ve acil yardım teknikerlerin ise tamamının önlisans mezunu olduğu ve acil tıp teknisyenlerinin %95'inin sağlık meslek lisesi, ve sağlık memurlarının %35'inin önlisans mezunu olduğu görölmektedir. Sağlık ekibinin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; hemşirelerin %67'sinin, doktorların %73'ünün, ilk ve acil yardım teknikerlerinin tamamının, acil tıp teknisyenlerinin %99'unun 10 yıl ve daha az süre çalıştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yerler incelendiğinde, doktor ve tüm merkezlerde benzer oranda çalıştıkları, ilk ve acil yardım teknikerinin %83'ünün ve acil tıp teknisyenlerinin %65'inin ambulans istasyonunda çalıştığı görölmüştür. Ekibin mevcut görevlerindeki çalıştıkları süre incelendiğinde; hemşirelerin %91'inin, doktorların %90'ının, ilk ve acil yardım teknikeri ve acil tıp teknisyenlerinin tamamının ve sağlık memurlarının %71'inin 10 yıl ve daha az süre ile en son görev aldığı klinikte çalıştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu görevlerinin kendi tercihi olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %80'inin, doktorların %81'inin, ilk ve acil yardım teknikerlerinin tamamının, acil tıp teknisyenlerinin %94'ünün ve sağlık memurlarının %57'sinin görevlerini severek yaptıkları belirlenmiştir (**Çizelge 4.2**).

Çizelge. 4.3.Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarının mesleki etik ile ilgili özellikleri (N=402)

Ölçümler	Meslek				
	Hemşire (n=81)	Doktor (n= 52)	İlk ve Acil Y.Teknikeri (n=77)	Acil Tıp Teknisyeni (n=175)	Sağlık Memuru (n=17)
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Deontoloji / Tıp Etiği Eğitimi alma durumu					
Almadım	17 (%21)	2 (%4)	0 (%0)	55 (%32)	7 (%40)
Okul dersi	56 (%69)	45 (%86)	75 (%98)	107 (%61)	6 (%36)
Kurs	2 (%2)	4 (%8)	1 (%1)	6 (%3)	1 (%6)
Toplantı katılımı	6 (%8)	1 (%2)	1 (%1)	7 (%4)	3 (%18)
Etik ile ilgili herhangi bir yayın takip etme durumu					
Evet	16 (%20)	12 (%23)	4 (%5)	20 (%11)	2 (%12)
Hayır	65 (%80)	40 (%77)	73 (%95)	155 (%89)	15 (%88)
Çalıştığı kurumda etik kurul varlığı					
Evet	42 (%52)	34 (%65)	3 (%4)	33 (%19)	3 (%18)
Hayır	39 (%48)	18 (%35)	74 (%96)	142 (%81)	14 (%82)

Sağlık ekibinin tıp etiği eğitimi alma durumları incelendiğinde, hemşirelerin %69'unun, doktorların %86'sının, ilk ve acil yardım teknikerlerinin %98'inin, acil tıp teknisyenlerinin %61'inin tıp etiği eğitimini mezun oldukları okulda bir ders olarak aldığı ve sağlık memurlarının %41'inin tıp etiği eğitimi almadığı saptanmıştır. Acil sağlık ekibinin etik ile ilgili herhangi bir yayın takip etme durumu incelendiğinde; hemşirelerin %80'inin, doktorların %77'sinin ilk ve acil yardım teknikerlerinin %95'inin, acil tıp teknisyenlerinin %89'unun, sağlık memurlarının ise %88'inin etikle ilgili yayın takip etmedikleri, hemşirelerin %20'sinin, doktorların %23'ünün etikle ilgili yayın takip ettiği görülmüştür. Acil sağlık ekibinin çalıştıkları kurumda etik kurul varlığı incelendiğinde; hemşirelerin %52'sinin, doktorların %65'inin çalıştıkları kurumda etik kurul bulunduğu; ilk ve acil yardım teknikerlerinin %96'sının, acil tıp teknisyenlerinin %81'inin, sağlık memurlarının %82'sinin çalıştığı kurumda etik kurul olmadığı saptanmıştır (**Çizelge 4.3**).

4.2. ADA ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Katılımcıların ADA sorularına verdikleri yanıtlardan elde edilen ADA ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı aşağıdaki çizelgede sunulmuştur.

Çizelge 4.4. Acil Sağlık Ekibinin ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt boyutlar	Ortalama±SSapma Medyan (Min-Maks)
Otonomi	18,6±6,8 17 (7-61)
Yarar Sağlama	15,7±4,6 17 (4-27)
Bütüncül Yaklaşım	12,5±5,6 12 (5-84)
Çatışma	15,8±4,1 17 (3-23)
Uygulama	10,7±4 10 (4-26)
Oryantasyon	9,7±3,9 9 (4-28)
Toplam	83±16,3 81 (33-181)

Araştırmaya katılan acil sağlık ekibinin alt boyut ortalamalarının, otonomi boyutunda 18,6±6,8, yarar sağlama boyutunda 15,8±4,1, çatışma boyutunda 15,8±4,1, uygulama boyutunda 10,7±4, oryantasyon boyutunda 9,7±3,9 olduğu ve ADA'nın toplam puan ortalamasının ise 83±16,3 olduğu saptanmıştır (**Çizelge 4.4**).

4.3. Acil Sağlık Ekibinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Çizelge 4.5. Acil Sağlık Ekibinin Mesleklerine Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyutlar	Meslek					P
	Hemşire (n=81)	Doktor (n= 52)	İlk ve Acil Y.Teknikeri (n=77)	Acil Tıp Teknisyeni (n=175)	Sağlık Memuru (n=17)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	20,7±7,9 20 (7-48)	21±6,2 20,5 (9-35)	16,3±5 15 (9-36)	17,7±6,5 17 (7-61)	21,6±6,9 23 (7-33)	<0,001
Yarar Sağlama	14,2±4,9 14 (4-27)	13±4,6 13 (4-24)	18,3±3 18 (9-24)	16,6±4,3 17 (4-24)	11,7±4,2 12 (4-22)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	14,6±5,4 14 (5-35)	12,5±4,4 12 (5-23)	10,6±2,6 10 (6-17)	12,2±6,7 11 (5-84)	14,4±4,2 15 (5-20)	<0,001
Çatışma	13,7±3,2 14 (6-21)	13,2±3,6 14 (6-19)	18,2±2,7 19 (5-23)	16,8±4,2 19 (3-21)	11,9±3,2 12 (7-18)	<0,001
Uygulama	13,1±4,5 13 (4-26)	12,3±3,7 12 (7-20)	9±2,5 9 (4-16)	9,8±3,6 9 (4-22)	10,9±3,8 11 (4-16)	<0,001
Oryantasyon	11,3±5,4 10 (4-28)	9,9±4,1 9,5 (4-21)	8,2±2,5 8 (5-19)	9,3±3,3 9 (4-19)	11,5±3,6 11 (4-18)	<0,001
Toplam	87,6±23,8 86 (45-181)	81,8±17 79,5 (50-134)	80,6±9,4 79 (66-110)	82,5±13,6 82 (37-141)	81,9±18,7 85 (33-105)	0,071

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin mesleklerine göre otonomi alt boyutunda sağlık memurlarının aldıkları puan ortalaması 21,6±6,9, ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması 16,3±5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması 18,3±3, sağlık memurlarının aldıkları puan ortalaması 11,7±4,2 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda hemşirelerin aldıkları puan ortalaması 14,6±5,4, ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması 10,6±2,6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Çatışma alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması $18,2 \pm 2,7$, sağlık memurlarının aldıkları puan ortalaması $11,9 \pm 3,2$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyutunda hemşirelerin aldıkları puan ortalaması $13,1 \pm 4,5$, ilk ve yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması $9 \pm 2,5$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur.

Oryantasyon alt boyutunda sağlık memurlarının aldıkları puan ortalaması $11,5 \pm 3,6$, ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması $8,2 \pm 2,5$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalamasında ise hemşirelerin aldıkları puan ortalaması $87,6 \pm 23,8$, ilk ve acil yardım teknikerlerinin aldıkları puan ortalaması $80,6 \pm 9,4$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Acil Sağlık Ekibinin Cinsiyetlerine Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Cinsiyet		P
	Erkek (n= 126)	Kadın (n=276)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	19,4±6,5 18,5 (7-47)	18,3±6,9 17 (7-61)	0,144
Yarar Sağlama	15,7±4,8 17 (4-24)	15,8±4,5 17 (4-27)	0,831
Bütüncül Yaklaşım	12,9±4,4 12 (5-33)	12,4±6,1 11,5 (5-84)	0,415
Çatışma	15,5±4,3 16 (3-21)	15,9±4 17 (5-23)	0,379
Uygulama	10,5±3,8 10 (4-24)	10,8±4,1 10 (4-26)	0,551
Oryantasyon	9,8±4,2 9 (4-28)	9,6±3,8 9 (4-28)	0,598
Toplam	83,7±16,6 83,5 (33-174)	82,7±16,2 81 (37-181)	0,562

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil Sağlık Ekibinin Cinsiyetlerine Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı incelendiğinde oryantasyon alt boyutunda etik duyarlılığın en yüksek olduğu bulunmuştur. Oryantasyon alt boyutunda erkeklerin aldıkları puan ortalamasının 9,8±4,2; kadınların 9,6±3,8 puan ortalamasının olduğu saptanmıştır.

Acil sağlık ekibinin cinsiyetlerine göre ADA ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Acil Sağlık Ekibinin Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Yaş grupları			P
	≤ 30 (n=316)	31-40 (n=62)	> 40 (n=24)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18±6,3 17 (7-61)	20,2±6,3 20 (7-33)	22,5±10,8 19 (7-48)	0,001
Yarar Sağlama	16,3±4,4 17 (4-24)	13,9±4,6 14 (4-23)	13,3±6 12 (4-27)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	12,2±5,6 11 (5-84)	13,2±4 12 (5-21)	15,2±7,8 13,5 (5-35)	0,021
Çatışma	16,4±4 18 (3-23)	13,6±3,4 14 (6-21)	12,9±3,8 13 (6-20)	<0,001
Uygulama	10,2±3,7 9 (4-23)	12,3±3,9 12,5 (4-21)	12,6±5,8 12 (4-26)	<0,001
Oryantasyon	9,5±3,5 9 (4-23)	9,9±4,1 9 (4-22)	12±7,2 9,5 (4-28)	0,011
Toplam	82,6±13,8 81 (37-141)	83±15,6 82,5 (45-119)	88,5±36,8 81 (33-181)	0,232

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin yaş gruplarına göre otonomi alt boyut puan ortalaması 40 yaş üzerindeki yaş grubunda 22,5±10,8 ve 30 yaş ve altı yaş grubunda 18±6,3 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p=0,001) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması 30 yaş ve altındaki grupta 16,3±4,4 ve 40 yaş üzerindeki yaş grubunda 13,3±6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması 40 yaş üzerindeki yaş grubunda 15,2±7,8 ve 30 yaş ve altı yaş grubunda 12,2±5,6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu (p<0,05) bulunmuştur.

Çatışma alt boyut puan ortalaması 30 ve yaş altı yaş grubunda 16,4±4 ve 40 yaş üzerindeki yaş grubunda 12,9±3,8 ve olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur

Uygulama alt boyut puan ortalaması 40 yaş üzerindeki yaş grubunda 12,6±5,8 ve 30 yaş altı yaş grubunda 10,2±3,7 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması 40 yaş üzerindeki yaş grubunda $12\pm 7,2$ ve 30 yaş altı yaş grubunda $9,5\pm 3,5$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalamasında ise 40 yaş üzerindeki yaş grubunda $88,5\pm 36,8$ ve 30 yaş altı yaş grubunda $82,6\pm 13,8$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Çizelge 4.7**).

Çizelge 4.8. Acil Sağlık Ekibinin Medeni Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Medeni durum		P
	Evli (n=182)	Bekâr (n=220)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,5±7,2 17 (7-61)	18,8±6,4 18 (7-44)	0,711
Yarar Sağlama	15,3±4,9 16 (4-27)	16,1±4,3 17 (5-27)	0,107
Bütüncül Yaklaşım	12,1±4,6 12 (5-35)	12,8±6,3 12 (5-84)	0,229
Çatışma	15,3±4,1 16 (6-23)	16,2±4,1 18 (3-21)	0,026
Uygulama	10,8±4,2 10 (4-26)	10,6±3,8 10 (4-22)	0,570
Oryantasyon	9,6±4,1 9 (4-28)	9,7±3,8 9 (4-28)	0,797
Toplam	81,7±18,3 79,5 (33-181)	84,2±14,5 84 (42-161)	0,132

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin medeni durumlarına göre tüm ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında ve ADA toplam puanında istatistiksel farklılıkların olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Çatışma alt boyut puan ortalamaları; bekar çalışanlarda 16,2±4,1 ve evli çalışanlarda 15,3±4,1 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (**Çizelge 4.8**).

Çizelge4.9. Acil Sağlık Ekibinin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Çocuk durumu		P
	Yok (n=259)	Var (n=143)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,7±6 18 (7-44)	18,5±7,9 17 (7-61)	0,781
Yarar Sağlama	16±4,4 17 (5-24)	15,3±5 16 (4-27)	0,154
Bütüncül Yaklaşım	12,5±5,8 12 (5-84)	12,5±5,2 12 (5-35)	0,958
Çatışma	16,1±4,2 17 (3-23)	15,2±3,9 15,5 (6-21)	0,027
Uygulama	10,4±3,7 10 (4-21)	11,1±4,4 10 (4-26)	0,128
Oryantasyon	9,6±3,6 9 (4-23)	9,8±4,5 9 (4-28)	0,625
Toplam	83,4±13,6 82 (45-141)	82,4±20,4 80 (33-181)	0,593

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin çocuk sahibi olma durumlarına göre tüm ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında ve ADA toplam puanında istatistiksel farklılıkların olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çatışma alt boyut puan ortalaması çocuğu olmayanlarda 16,1±4,2 ve çocuğu olanlarda 15,2±3,9 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (**Çizelge 4.9**).

Çizelge 4.10. Acil Sağlık Ekibinin Mezun Oldukları Okullara Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Mezun olunan okul				P
	Sağlık Meslek Lisesi (n=186)	Önlisans (n=114)	Lisans (n=44)	Lisansüstü (n=58)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18±6,6 17 (7-61)	17,6±6,5 16 (7-47)	20,6±7,3 20,5 (7-48)	21,2±6,6 20,5 (9-41)	0,001
Yarar Sağlama	16,5±4,3 17 (4-24)	16,6±4,4 18 (4-24)	13,9±4,7 14,5 (5-27)	13,3±4,9 13 (4-27)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	12,4±6,6 11 (5-84)	11,7±3,9 11 (5-33)	14,4±5,2 14 (5-35)	13,1±4,8 12,5 (5-29)	0,048
Çatışma	16,4±4,4 18 (3-21)	16,7±3,5 18 (5-23)	14±3,2 14 (7-20)	13,2±3,4 14 (6-19)	<0,001
Uygulama	10±3,6 9 (4-22)	9,9±3,6 9 (4-24)	13,1±4,7 14 (4-26)	12,5±3,9 12 (7-22)	<0,001
Oryantasyon	9,6±3,5 9 (4-23)	8,8±3,7 8 (4-28)	10,9±4,3 11 (4-25)	10,8±5 10 (4-28)	0,002
Toplam	82,9±13,8 82 (37-141)	81,2±15,5 79 (33-174)	86,9±22,4 87 (42-181)	84,1±19,7 80 (50-161)	0,254

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin mezun oldukları okullara göre otonomi alt boyut puan ortalaması lisansüstü mezunlarında 21,2±6,6 ve önlisans mezunlarında 17,6±6,5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p=0,001) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması önlisans mezunlarında 16,6±4,4 ve lisansüstü mezunlarında 13,3±4,9 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması lisans mezunlarında $14,4\pm 5,2$ ve önlisans mezunlarında $11,7\pm 3,9$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyut puan ortalaması önlisans mezunlarında $16,7\pm 3,5$ ve lisansüstü mezunlarında $13,2\pm 3,4$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması lisans mezunlarında $13,1\pm 4,7$ ve önlisans mezunlarında $9,9\pm 3,6$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması lisans mezunlarında $10,9\pm 4,3$ ve önlisans mezunlarında $8,8\pm 3,7$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalamasında ise lisansüstü mezunlarında $84,1\pm 19,7$ ve önlisans mezunlarında $81,2\pm 15,5$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11. Acil Sağlık Ekibinin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Meslekteki çalışma süresi			P
	≤ 10 (n=349)	11-20 (n=40)	> 20 (n=13)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,4±6,4 17 (7-61)	20±7,6 19 (7-48)	22,2±11,2 19 (7-47)	0,054
Yarar Sağlama	16,1±4,3 17 (4-24)	13±5,5 12 (4-27)	13,7±6,8 13 (4-27)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	12,3±5,5 12 (5-84)	13,3±5,2 13 (5-35)	16,1±7,6 16 (5-33)	0,037
Çatışma	16,2±4 17 (3-23)	13,3±3,8 14 (6-21)	11,9±3,5 11 (8-18)	<0,001
Uygulama	10,5±3,9 10 (4-23)	11,7±4 11,5 (5-26)	11,9±5,9 12 (4-24)	0,097
Oryantasyon	9,6±3,7 9 (4-23)	9,3±4 9 (4-25)	12,8±7,9 10 (4-28)	0,011
Toplam	83,1±14,2 82 (37-141)	80,6±21,6 77,5 (50-181)	88,7±38,9 82 (33-174)	0,291

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin meslekteki çalışma sürelerine göre otonomi alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda 18,4±6,4; 20 üstünde olanlarda 22,2±11,2 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda 16,1±4,3 ve 11-20 yıl olanlarda 13±5,5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda 12,3±5,5; 20 yıl üstünde olanlarda 16,1±7,6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda $16,2\pm 4$ ve 20 yıl üstünde olanlarda $11,9\pm 3,5$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda $10,5\pm 3,9$; 20 yıl üstünde olanlarda $11,9\pm 5,9$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 11-20 yıl olanlarda $9,3\pm 4$; 20 yıl üstünde olanlarda $12,8\pm 7,9$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalamasında ise 20 yıl üstünde olanlarda $88,7\pm 38,9$ ve 11-20 yıl olanlarda $80,6\pm 21,6$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.12. Acil Sağlık Ekibinin Çalıştıkları Yere Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Çalıştığı yer					P
	Balcalı Hastanesi (n=34)	Numune Hastanesi (n=64)	Adana Devlet Hastanesi (n=66)	Ambulans istasyonu (n=184)	Çukurova Devlet Hastanesi (n=54)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	19,6±5,6 19 (7-35)	24,5±7 24,5 (9-47)	15,7±5,3 14 (7-29)	17±5,6 16 (9-61)	20,2±7,7 19 (7-48)	<0,001
Yarar Sağlama	12,9±4,9 13 (4-24)	13,4±4,2 13 (4-27)	12,6±5 12 (4-23)	18,3±3,1 18 (6-24)	15,6±4 16 (4-27)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	12,8±3,8 12 (6-22)	15±4,8 15 (5-33)	12,1±4,6 12 (5-22)	11,4±6,1 11 (5-84)	13,5±5,7 12 (5-35)	<0,001
Çatışma	13,4±3,4 14 (6-19)	12,4±3,1 12 (5-20)	14,8±4 15 (6-21)	18,3±2,7 19 (5-23)	14±4,6 15 (3-21)	<0,001
Uygulama	12,2±3,5 12 (7-20)	13,6±4 13,5 (4-24)	10,1±3,9 10 (4-19)	9±2,8 8,5 (5-22)	12,6±4,6 11,5 (4-26)	<0,001
Oryantasyon	9,7±4,1 9 (4-21)	14±4,9 14 (5-28)	8,6±3,3 8 (4-18)	8,4±2,3 8 (4-19)	10,1±4,1 10 (4-25)	<0,001
Toplam	80,8±16,9 75,5 (54-134)	92,9±20,2 93 (42-174)	74±13,5 73,5 (33-112)	82,4±10,5 82 (59-141)	86±22,6 81,5 (37-181)	<0,001

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin çalıştıkları yerlere göre otonomi alt boyutunda Numune Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması 24,5±7 ve Adana Devlet Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması 15,7±5,3 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyutunda ambulans istasyonlarında çalışanların puan ortalaması 18,3±3,1 ve Adana Devlet Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması 12,6±5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu (p<0,001) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda Numune Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması 15±4,8 ve ambulans istasyonlarında çalışanların puan ortalaması 11,4±6,1

olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyutunda ambulans istasyonlarında çalışanların puan ortalaması $18,3\pm 2,7$ ve Numune Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması $12,4\pm 3,1$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyutunda Numune Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması $13,6\pm 4$ ve ambulans istasyonlarında çalışanların puan ortalaması $9\pm 2,8$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Oryantasyon alt boyutunda Numune Hastanesi'nde çalışanların puan ortalaması $14\pm 4,9$ ve ambulans istasyonlarında çalışanların puan ortalaması $8,4\pm 2,3$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalaması Numune Hastanesi'nde çalışanların $92,9\pm 20,2$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur (**Çizelge 4.12**).

Çizelge 4.13. Acil Sağlık Ekibinin Mevcut Görevlerindeki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Mevcut görevindeki çalışma süresi			P
	≤ 10 (n=385)	11-20 (n=10)	> 20 (n=7)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,5±6,7 17 (7-61)	23,2±6 23,5 (15-33)	21,6±9,8 19 (13-41)	0,047
Yarar Sağlama	15,8±4,6 17 (4-27)	12,3±3 12 (8-18)	15,7±6 14 (10-27)	0,058
Bütüncül Yaklaşım	12,4±5,6 12 (5-84)	13,9±2,2 14 (10-17)	16,6±6,1 16 (11-29)	0,109
Çatışma	15,9±4,1 17 (3-23)	11,8±3,2 12 (6-16)	12,1±2,5 13 (8-15)	<0,001
Uygulama	10,6±3,9 10 (4-26)	12,4±3,5 12,5 (7-19)	12,6±5,3 12 (6-22)	0,164
Oryantasyon	9,6±3,8 9 (4-28)	12±4,2 12 (7-22)	13,1±8,2 13 (5-28)	0,009
Toplam	82,8±15,9 81 (33-181)	85,6±15,8 86,5 (65-114)	91,7±32,9 82 (65-161)	0,319

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin mevcut görevlerindeki çalışma süresine göre otonomi alt boyut puan ortalaması 10 yıl ve altında olanlarda 18,5±6,7; 11-20 yıl olanlarda 23,2±6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması mevcut görevdeki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda 15,8±4,6 ve 11-20 yıl olanlarda 12,3±3 ve olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması mevcut görevdeki çalışma süresi 10 yıl ve altında olarda 12,4±5,6; 20 yıl üstünde olanlarda 16,6±6,1 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Çatışma alt boyut puan ortalaması mevcut görevdeki çalışma süresi 10 yıl ve altında olarda $15,9\pm 4,1$ ve 11-20 yıl olanlarda $11,8\pm 3,2$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması mevcut görevdeki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda $10,6\pm 3,9$; 20 yıl üstünde olanlarda $12,6\pm 5,3$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması meslekteki çalışma süresi 10 yıl ve altında olanlarda $9,6\pm 3,8$; 20 yıl üstünde olanlarda $13,1\pm 8,2$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

ADA toplam puan ortalamasında 10 yıl ve altında olanlarda $82,8\pm 15,9$; 20 yıl üstünde olanlarda $91,7\pm 32,9$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14. Acil Sağlık Ekibinin Mesleğini Tercih Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Bu görevde çalışma kendi tercihi		P
	Evet (n=331)	Hayır (n=71)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,6±6,7 17 (7-61)	18,9±7 17 (7-48)	0,753
Yarar Sağlama	15,7±4,6 17 (4-27)	15,9±4,9 17 (4-27)	0,801
Bütüncül Yaklaşım	12,5±5,8 12 (5-84)	12,5±4,9 12 (5-35)	0,999
Çatışma	15,7±4,2 17 (3-23)	16,1±3,9 17 (6-21)	0,475
Uygulama	10,7±3,8 10 (4-24)	10,8±4,5 10 (4-26)	0,829
Oryantasyon	9,7±4 9 (4-28)	9,5±3,6 9 (4-25)	0,636
Toplam	82,9±15,8 81,5 (33-174)	83,6±18,5 81 (37-181)	0,751

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin mesleğini tercih etme durumlarına göre ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde oryantasyon alt boyutunda en yüksek etik duyarlılığa sahip oldukları bulunmuştur. Oryantasyon alt boyut ortalaması mesleğini kendisi tercih edenlerde 9,7±4; mesleğini kendisi tercih etmeyenlerde 9,5±3,6 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (**p>0.05**) (Çizelge 4.14) .

Çizelge 4.15. Acil Sağlık Ekibinin Mesleğini Sevme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=402)

Ölçümler	Mesleğini severek mi yapıyor		P
	Evet (n=358)	Hayır (n=44)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,5±6,8 17 (7-61)	19,6±6,7 18,5 (7-35)	0,325
Yarar Sağlama	16,1±4,6 17 (4-27)	13,2±4,5 13 (4-24)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	12,3±5,7 11 (5-84)	14,4±4,4 14,5 (5-23)	0,017
Çatışma	16,1±4 17 (3-23)	13,3±3,9 13,5 (6-21)	<0,001
Uygulama	10,6±4 10 (4-26)	11,6±3,9 11 (4-20)	0,107
Oryantasyon	9,6±4 9 (4-28)	10,7±3,7 11 (4-21)	0,061
Toplam	83,1±16,2 81 (33-181)	82,9±17,6 83 (37-134)	0,945

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin mesleğini sevme durumlarına göre otonomi alt boyut puan ortalaması mesleğini severek yapanlarda 18,5±6,8 sevmeyerek yapanlarda 19,6±6,7 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması mesleğini severek yapanlarda 16,1±4,6 sevmeyerek yapanlarda 13,2±4,5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması mesleğini severek yapanlarda 14,4±4,4 sevmeyerek yapanlarda 12,3±5,7 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyut puan ortalaması mesleğini severek yapanlarda $16,1\pm 4$ sevmeyerek yapanlarda $13,3\pm 3,9$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması mesleğini sevmeyerek yapanlarda $11,6\pm 3,9$ severek yapanlarda $10,6\pm 4$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması mesleğini sevmeyerek yapanlarda $10,7\pm 3,7$ severek yapanlarda $9,6\pm 4$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

ADA toplam puan ortalamasında ise mesleğini severek yapanlarda $83,1\pm 16,2$ sevmeyerek yapanlarda $82,9\pm 17,6$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.16. Acil Sağlık Ekibinin Tıp Etiği Eğitimi Alma Durumuna Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Deontoloji / Tıp Etiği Eğitimi alma durumu		P
	Evet (n=321)	Hayır (n=81)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	18,7±6,4 17 (7-47)	18,5±8 17 (7-61)	0,789
Yarar Sağlama	15,6±4,6 17 (4-27)	16,4±4,9 18 (4-27)	0,167
Bütüncül Yaklaşım	12,4±5,8 12 (5-84)	12,9±4,8 12 (5-35)	0,498
Çatışma	15,8±4,1 17 (3-23)	15,7±4,3 16,5 (6-21)	0,942
Uygulama	10,6±3,9 10 (4-24)	10,9±4,1 11 (4-26)	0,628
Oryantasyon	9,7±3,9 9 (4-28)	9,6±3,9 9 (4-25)	0,889
Toplam	82,8±15,9 80 (33-174)	84±18,1 82,5 (45-181)	0,566

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin tıp etiği eğitimi alma durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde ahlaki duyarlılığın en yüksek oryantasyon alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Oryantasyon puan ortalaması tıp etiği eğitimi alanlarda 9,7±3,9; tıp etiği eğitimi almayanlarda 9,6±3,9 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (**p>0.05**) (Çizelge 4.16) .

Çizelge 4.17. Acil Sağlık Ekibinin Etik ile İlgili Yayın Takip Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları(N=402)

Ölçümler	Etik ile ilgili herhangi bir yayın takip etme durumu		P
	Evet (n=54)	Hayır (n=348)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	19,7±6,9 19 (7-32)	18,5±6,7 17 (7-61)	0,208
Yarar Sağlama	14,3±5 14 (4-24)	16±4,5 17 (4-27)	0,011
Bütüncül Yaklaşım	12,6±4,7 13 (5-25)	12,5±5,7 12 (5-84)	0,939
Çatışma	14,4±4 15 (3-21)	16±4,1 17 (5-23)	0,008
Uygulama	11,2±4 10,5 (5-23)	10,6±4 10 (4-26)	0,317
Oryantasyon	10,3±4,6 9,5 (4-23)	9,6±3,8 9 (4-28)	0,302
Toplam	82,4±17,4 79 (50-132)	83,1±16,2 82 (33-181)	0,757

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin etikle ilgili yayın takip etme durumlarına göre otonomi alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde 19,7±6,9, etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde 18,5±6,7 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır(**p>0.05**).

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde 14,3±5, etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde 16±4,5 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu (**p<0,05**) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde 12,6±4,7, etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde 12,5±5,7 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (**p>0.05**).

Çatışma alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde $14,4\pm 4$, etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde $16\pm 4,1$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde $11,2\pm 4$ etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde $10,6\pm 4$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Uygulama alt boyut puan ortalaması etikle ilgili yayın takip edenlerde $10,3\pm 4,6$ etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde $9,6\pm 3,8$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

ADA toplam puan ortalamasında ise etikle ilgili yayın takip edenlerde $82,4\pm 17,4$ etikle ilgili yayın takip etmeyenlerde $83,1\pm 16,2$ ve olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.18. Acil Sağlık Ekibinin Çalıştığı Kurumda Etik Kurul Varlığına Göre ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı(N=402)

Ölçümler	Çalıştığı kurumda etik kurul varlığı		P
	Evet (n=115)	Hayır (n=287)	
	Özet Ölçüt*	Özet Ölçüt*	
Otonomi	20,9±7,4 20 (7-47)	17,7±6,3 16 (7-61)	<0,001
Yarar Sağlama	12,5±4,7 12 (4-27)	17,1±3,9 18 (4-27)	<0,001
Bütüncül Yaklaşım	13,5±5 13 (5-33)	12,1±5,8 11 (5-84)	0,034
Çatışma	12,8±3,3 13 (3-19)	17±3,8 18 (5-23)	<0,001
Uygulama	12,6±4,2 12 (4-24)	9,9±3,6 9 (4-26)	<0,001
Oryantasyon	11,5±5,3 10 (4-28)	9±3 8 (4-25)	<0,001
Toplam	83,7±21,7 81 (37-174)	82,8±13,6 81 (33-181)	0,665

* Özet ölçüt, ortalama±Ssapma medyan (min-maks) olarak alınmıştır.

Acil sağlık ekibinin çalıştığı kurumda etik kurul varlığına göre otonomi alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde 20,9±7,4, çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde 17,7±6,3 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde 12,5±4,7, çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde 17,1±3,9 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur.

Bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde 13,5±5, çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade

edenlerde $12,17 \pm 5,8$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde $12,8 \pm 3,3$, çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde $17 \pm 3,8$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur.

Uygulama alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde $12,6 \pm 4,2$, çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde $9,9 \pm 3,6$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur.

Oryantasyon alt boyut puan ortalaması çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunun ifade edenlerde $11,5 \pm 5,3$ ve çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde 9 ± 3 olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur

ADA toplam puan ortalamasında ise çalıştığı kurumda etik kurul bulunduğunu ifade edenlerde $83,7 \pm 21,7$ ve çalıştığı kurumda etik kurul bulunmadığını ifade edenlerde $82,8 \pm 13,6$ olarak saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.18).

5. TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1. Acil Sağlık Çalışanlarının ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada 409 kişiden oluşan acil sağlık ekibinin 81 Hemşire (%20), 52 Doktor (%13), 77 İlk ve Acil Yardım Teknikeri (%19), 175 Acil Tıp Teknisyeni (%44) ve 17 Sağlık Memuru (%4) olmak üzere toplam 402 acil sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık ekibinin ADA ve 6 alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; oryantasyon ($9,7\pm3,9$) ve uygulama ($10,7\pm4$) alt boyutlarında ahlaki duyarlılıkları en yüksek; otonomi alt boyutunda ($18,6\pm6,8$) ise ahlaki duyarlılıkları en düşük bulunmuştur. ADA toplam puan ortalaması $83\pm16,3$ olarak bulunmuştur. Tosun'un "sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı duyarlılıklarının belirlenmesi" konulu araştırmasında hemşire ve doktorların uygulama ($11,38\pm4,3$) ve oryantasyon ($8,30\pm3,68$) alt boyutlarında ahlaki duyarlılığı yüksek, otonomi alt boyutunda ($18,41\pm6,30$) ahlaki duyarlılığı düşük ve ADA toplam puan ortalamasını $85,23\pm18,84$ olarak belirlemiştir⁷⁵. Bizim bulgularımız ile Tosun'un araştırması benzer sonuçlar göstermiştir. Aynı ölçek kullanılarak yapılan Aksu ve arkadaşlarının "İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi" isimli araştırmasında ise hemşirelerin çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılığı (4.45 ± 0.51) ve ADA toplam puan ortalaması (102.46 ± 4.306) yüksek, otonomi alt boyutunda ise ahlaki duyarlılığı (25.25 ± 1.56) düşük bulunmuştur⁷⁶.

5.2. Acil Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerinin ADA ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.2.1. Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre ADA toplam puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına karşın tüm ADA alt boyutları toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farkların olduğu saptanmıştır.

Otonomi alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin ahlaki duyarlılığının en yüksek, doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin benzer olduğu ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur. Bizim bulgumuzdan farklı olarak Tosun'un⁷⁵ ve Lutzen ve arkadaşlarının doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi konulu çalışmalarında⁷⁶ hemşirelerin otonomi düzeylerinin doktora oranla daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yarar sağlama alt boyutunda sağlık memurlarının ahlaki duyarlılığının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur. Tez araştırmasında doktor ve hemşirelerin yarar sağlama alt boyutundaki duyarlılıkları birbirine yakın bulunmuştur. Bizim sonuçlarımız ile benzerlik gösteren Lutzen ve arkadaşlarının⁷² ve Tosun'un araştırma sonuçlarında da⁶² doktor ve hemşireler arasında yarar sağlama boyutunda bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin ahlaki duyarlılığının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur.

Çatışma alt boyutunda sağlık memurlarının ahlaki duyarlılığının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur. Araştırma sonucunda doktor ve hemşirelerin çatışma alt boyutundaki duyarlılıkları birbirine yakın bulunmuştur. Lutzen ve arkadaşlarının araştırmasında⁷² ve Tosun'un araştırmasında⁶² doktor ve hemşireler arasında çatışma boyutunda bir fark olmadığı saptanmıştır. Bizim sonuçlarımız bu sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Uygulama alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin ahlaki duyarlılığının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur.

Araştırma sonucunda doktor ve hemşirelerin uygulama alt boyutundaki duyarlılıkları birbirine yakın bulunmuştur. Lutzen ve arkadaşlarının araştırmasında⁷⁷ doktor ve hemşireler arasında uygulama boyutunda bir fark olmadığı saptanarak bizim sonuçlarımıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Fakat Tosun'un araştırmasında uygulama alt boyutunda hemşirelerin ahlaki duyarlılığının doktorlardan daha iyi olduğu saptanmıştır.

Oryantasyon alt boyutunda ilk ve acil yardım teknikerlerinin ve doktorların ahlaki duyarlılığının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0,01$) bulunmuştur. Tosun araştırmasında⁷⁵ doktorlarda oryantasyonun hemşirelerden daha iyi düzeyde olduğunu saptayarak bulgumuza paralel sonuçlar bulmuştur. Doktorların uzmanlık eğitimlerini bilinçli seçmelerinin bu sonuc üzerinde etkili olduğu düşünülebilir fakat Lutzen'in araştırmasında doktor ve hemşireler arasında bir fark saptanmamıştır.

ilk ve acil yardım teknikerlerinin oryantasyon, uygulama, bütüncül yaklaşım alt boyutlarında ahlaki duyarlılıklarının yüksek olmasının, çalışma ortamlarının acil servisler kadar karmaşık olmamasından, ambulanslarda sadece bir hastanın bakım ve tedavisini yürütmelerinden ve bu bakım/ tedavide ekip lideri olmanın vermiş olduğu sorumluluğun yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2.2. Acil Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Acil sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre ADA toplam puanı ile alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılıkların olmadığı gözlenmiştir.

Tosun ve arkadaşlarının araştırmasında ise; kadın doktorlarda yaşanan çatışmanın erkek doktorlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir⁷⁵. Lutzen ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada kadın doktorlarda çatışmanın erkek doktorlara oranla daha fazla yaşandığını ayrıca çatışmanın öncelikle hasta otonomisi ve ekip araştırmasının istendik düzeyde olmaması nedeni ile yaşandığını belirtmişlerdir⁷⁷.

Araştırma sonucunda oryantasyon alt boyutunda kadın ve erkeklerin ahlaki duyarlılıkları benzer sonuçlar göstermiştir. Tosun ve arkadaşları oryantasyonun kadın doktorlarda, erkek doktorlara oranla daha fazla sağlandığı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$) olduğunu fakat ADA'nın genel toplamında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir⁷⁵. Lutzen ve arkadaşlarının araştırmasında da oryantasyon alt boyutunda araştırma bulgumuza benzer sonuçlar elde edilmiştir⁷².

5.2.3. Acil Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre ADA'nın toplam puan ortalaması incelendiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen tüm ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Otonomi alt boyutunda 30 yaş ve altı sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılıklarının yüksek ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p\leq 0,01$) bulunmuş ve yaşın ilerlemesi ile otonomi alt boyutunda duyarlılığın azaldığı saptanmıştır.

Lutzen ve arkadaşlarının “psikiyatri uygulamalarında ahlaki duyarlılık” konulu araştırmasında⁷⁴ ve yine Lutzen ve arkadaşlarının “doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi” konulu diğer bir araştırmasında⁷⁶ doktorların ilerleyen yaş ile otonomi düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Tosun'un “sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı doktor ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi”ne ilişkin araştırmasında hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA'nın otonomi alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamış fakat yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanma düzeyinin arttığı tespit edilmiştir⁷⁵.

Lutzen ve arkadaşlarının araştırmalarında^{74, 77} ve Tosun'un araştırmasında⁷⁵ yaş arttıkça otonomi düzeyi artarken, bizim araştırmamızda azaldığı saptanmıştır. İlerleyen yaş ile otonomi alt boyutunda duyarlılığının azalmasının, acil birimlerin oluşturdukları

idari sistemden kaynaklandığı düşünülebilir. yaş ve acil birimlerde çalışma süresi arttıkça idari sistemleri ve acil hastalıklara hızlı ve doğru müdahale etmeyi sağlamak için geliştirilen algoritmaları tanıma ve bilme düzeyi artmakta, bu durum sağlık çalışanlarının özerk davranmasındaki duyarlılığın azalmasına neden olabilmektedir.

Yarar sağlama alt boyutunda 30 yaş ve altı çalışanların ahlaki duyarlılıklarının diğer yaş gruplarındaki çalışanların ahlaki duyarlılıklarından daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan çok ileri derece anlamlı ($p \leq 0,01$) farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe yarar sağlamanın arttığı tespit edilmiştir. Lutzen ve arkadaşları yaptıkları araştırmada elde ettiğimiz bulgu ile benzer sonuçlar elde etmiş ve yaşın ilerlemesi ile yarar sağlamanın arttığını tespit etmişlerdir⁷¹. Tosun'un araştırmasında ise bulduğumuz sonuçtan farklı olarak, doktorlarda yaşın ilerlemesi ile yarar sağlama düzeyinin azaldığı ve sonucun istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,05$) olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile yarar sağlamanın arttığı tespit edilmiştir⁷⁵.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda 40 yaş üstü çalışanların duyarlılıkları daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p \leq 0,05$) olduğu görülmüştür. İlerleyen yaşın bütüncül yaklaşım duyarlılığını azaltan bir etmen olduğu saptanmıştır. Lutzen ve arkadaşlarının doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi konulu araştırmasında hemşirelerde yaşın bütüncül yaklaşımı etkileyen olumlu etmenlerden biri olmasına rağmen doktorlarda yaşın bütüncül yaklaşımı etkilemediğini belirtmişlerdir⁷⁷.

Çatışma alt boyutunda 30 yaş ve altı çalışanların ahlaki duyarlılıklarının diğer yaş gruplarındaki çalışanların duyarlılıklarından daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı ($p \leq 0,01$) fark olduğu bulunmuştur. Çobanoğlu ve arkadaşlarının yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin deneyimledikleri etik problemler başlıklı araştırmasında, bizim araştırmamıza paralel olarak 35-44 yaş gurubunun çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılığının yüksek olduğu bulunmuştur³².

Uygulama alt boyutunda 30 yaş ve altı çalışanların ahlaki duyarlılıklarının diğer yaş gruplarındaki çalışanlara oranla daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı ($p \leq 0,01$) fark olduğu bulunmuştur. Genç yaştaki sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılığının düşük olduğu fakat eyleme karar verme ve uygulamada ise ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Acil sağlık çalışanlarının yaşla beraber yorgunluğun ve tükenmişliğin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çobanoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında yoğun bakım ve acil hemşirelerinin iş yükünün fazla olması ve araştırma süresinin uzunluğu nedeni ile daha daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları saptanmış ve bu durumun problem çözme yeteneğini azalttığı belirtilmiştir.

Lutzen ve arkadaşlarının doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi konulu araştırmasında yaş grupları ile uygulama alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığını belirtmişlerdir⁷⁷.

Oryantasyon alt boyutunda 40 yaş üstü çalışanların ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı ($p \leq 0,01$) fark olduğu bulunmuştur.

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre ADA toplam puan ortalamasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Leino-Kilpi ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde örgütsel etik ve personel algıları konulu araştırmasında yaşla beraber ahlaki duyarlılık artmakta iken⁷⁸; Kim ve arkadaşlarının “Hemşirelerin etik sorunlar karşısındaki duyarlılıkları” konulu araştırmasında⁷² ahlaki duyarlılığın yaşla beraber azaldığı bulunmuştur.

acil sağlık çalışanlarında yaşın ilerlemesi ile otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutunda ahlaki duyarlılık azalırken yarar sağlama ve çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılık artmıştır. bu sonucun genç sağlık çalışanlarının klinik alanda daha aktif çalışması, daha ileri yaşlardaki sağlık çalışanlarının acil algoritmaları ve acil sistemin idari işleyişini daha iyi kavramalarından kaynaklandığı düşünülebilir..

5.2.4. Acil Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre çatışma dışındaki ADA alt boyutları puanlarında istatistiksel farklılıkların olmadığı, çatışma alt boyutunda ise evli çalışanlarda duyarlılığın bekâr çalışanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel açıdan aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Lutzen ve arkadaşlarının psikiyatri uygulamalarında ahlaki duyarlılık konulu araştırmasında⁷⁴ medeni durum ile ADA arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Lutzen'in araştırmasındaki bulgular ile araştırma bulguları birbirini desteklemektedir. Tosun'un araştırmasında doktor ve hemşirelerin medeni durumlarına göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p<0.05$) bütüncül yaklaşım boyutunda belirlenmiştir⁷⁵.

Aksu ve arkadaşlarının İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi araştırmasında ise hemşirelerin medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılık puanı ve tüm alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve bekârların ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur⁷⁶.

Literatürde var olan bu farklılıkların bölgesel kültür farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2.5. Acil Sağlık Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumlarına göre çatışma dışındaki ADA alt boyutları puanlarında istatistiksel farklılıkların olmadığı, çatışma alt boyutunda ise çocuk sahibi çalışanlarda duyarlılığın çocuk sahibi olmayan çalışanlara göre daha güçlü olduğu gözlenmiştir. İleri istatistiksel analizde ise aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. çocuk sahibi olanların ahlaki duyarlılıklarının

yüksek olmasının, bu kişilerin daha fazla empati kurmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tosun'un araştırmasında doktorlardaki çocuk varlığı ile ADA toplam ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunamamıştır. Tosun'un doktorlarla ilgili araştırma bulguları bizim araştırma bulgularımızı desteklerken hemşirelerde yarar sağlama boyutunda ($p<0.05$), uygulama boyutunda ($p<0.05$) ve ADA toplam puanında ($p<0.05$) farklı sonuçlara ulaşılarak istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olan hemşirelerde yarar sağlamanın, uygulamanın ve ahlaki duyarlılığın daha fazla olduğu bulunmuştur⁷⁵. Araştırmanın farklı örneklem gruplarına yapılmasının bu farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

5.2.6. Acil Sağlık Çalışanlarının Mezun Oldukları Okullara Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının mezun oldukları okullara göre tüm ADA toplam puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmamasına karşın alt boyutlarında istatistiksel farklılıkların oldukları gözlenmiştir.

Otonomi alt boyutunda Lisans ve Lisansüstü mezunların ahlaki duyarlılıklarının diğer çalışanların ahlaki duyarlılığından düşük olduğu bulunmuştur. İleri istatistiksel analiz sonucunda ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Eğitim derecesinin artması acil sağlık çalışanlarında özerk davranmayı negatif yönde etkileyerek idari sistemin getirdiği mesleki kuralları, standartları benimsemeyi ve profesyonel davranmayı pozitif etkilediği düşünülmektedir. Seren'in "hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" konulu araştırmasında sağlık meslek lisesi mezunlarının otonomi kullanma düzeylerinin lisans mezunlarına oranla daha yüksek olduğunu saptayarak bizim araştırmamıza paralel sonuçlar elde etmiştir⁷⁹. Tosun araştırmasında; lisans ve lisansüstü mezun hemşire grubunun otonomiye daha az kullandıklarını bulmuştur⁷⁵.

Yarar sağlama alt boyutunda Lisans ve Lisansüstü mezunlarının benzer ve diğer çalışanların ahlaki duyarlılıklarından daha yüksek olduğu ve Sağlık Meslek Lisesi ve

Önlisans mezunlarının benzer ve en düşük ahlaki duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda önlisans mezunu çalışanların ahlaki duyarlılıklarının en yüksek olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bu sonucun ön lisans mezunlarının çoğunlukla ambulanslarda çalışmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Han ve arkadaşlarının öğrenci hemşirelerin etik karar verme sürecine katılımları⁸⁰ ve Park ve arkadaşlarının Koreli hemşirelik öğrencileri ile yaptığı etik sorunlar ve etik karar verme⁸¹ araştırmalarında lisans mezunlarının bütüncül yaklaşım alt boyutunda ahlaki duyarlılığı daha yüksek saptanmıştır.

Çatışma alt boyutunda Lisans ve Lisansüstü mezunlarının benzer ve diğer çalışanların ahlaki duyarlılıklarından yüksek olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Uygulama alt boyutunda Lisans ve Lisansüstü mezunlarının benzer ve diğer çalışanların ahlaki duyarlılıklarından düşük olduğu ve çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Oryantasyon alt boyutunda Önlisans mezunu çalışanların ahlaki duyarlılıklarının en yüksek olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

ADA'nın genelinde ise anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.

Lisans ve lisansüstü sağlık çalışanları hemşire ve doktor gruplarını temsil etmektedir. Bu meslek gruplarının otonomi ve uygulama alt boyutunda ahlaki duyarlılığı düşük fakat yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında ahlaki duyarlılık yüksek bulunmuştur. Eğitim derecesinin artmasının yararlılığı arttırdığı ve eğitim derecesi yüksek kişilerin meslek gereklerini yerine getirirken daha fazla çatışma yaşadığı görülmektedir. Eğitim derecesinin artmasının özerk davranışlarında ahlaki duyarlılığı azalttığı düşünülebilir.

5.2.7. Acil Sağlık Çalışanlarının Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma sürelerine göre otonomi ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Araştırmanın aksine Tosun'un araştırmasında çalışma süresi arttıkça uygulama alt boyutunda ahlaki duyarlılığın arttığı ve gruplar arasında anlamlı farklılık ($p < 0.05$) olduğu belirlenmiştir⁷⁵.

Bütüncül yaklaşım ve oryantasyon alt boyutlarında çalışma süresi 20 yıl üzeri olan sağlık çalışanlarının en düşük ahlaki duyarlılığa sahip olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu sonucun çalışma yılı arttıkça oluşan yorgunluk ve tükenmişliğin artmasından ve acil çalışanlarının yüksek iş temposundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında çalışma süresi 10 yıl ve altında olan sağlık çalışanlarının en düşük ahlaki duyarlılığa sahip olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Araştırmada çalışma süresi kısa olan grup daha genç olan gruptur ve dolayısı ile bu genç grubu acil tıp teknisyenleri ve ilk ve acil bakım teknikerleri oluşturmaktadır. Çıkan bu fark bu meslek üyelerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmada Tosun'un araştırma sonuçlarına paralel olarak doktor ve hemşirelerde meslekte çalışma süresi arttıkça yarar sağlama alt boyutunda duyarlılığın arttığı bulunmuştur. Çalışma süresinin artması ile doktorlarda uygulamanın daha iyi olduğu tespit edilmiştir⁷⁵.

Lutzen ve arkadaşlarının psikiyatri ekibinde "ahlaki iklim, ahlaki stres, ahlaki duyarlılık" konulu araştırmasında bu üç kavram metodolojik açıdan incelenmiş ve bu kavramların birbirleri ile ilişkisi irdelenmiştir. Araştırmada ahlaki stresin bir dereceye kadar ahlaki iklim ve ahlaki duyarlılık üzerinde etkili olduğu ve yaşanan deneyimlerin ahlaki stresi arttırdığı ya da azalttığı sonucuna varılmıştır. Çalışma süresi arttıkça ahlaki duyarlılığın arttığı tespit edilmiştir⁶⁸. Aynı araştırmada yaş ve çalışma yılı arttıkça meslektaşları ve yöneticileri tarafından daha fazla desteklendikleri ve işi bırakmayı daha az düşündükleri, etik ikilemleri ve stresi daha az yaşadıkları ve yapmış oldukları meslekten memnuniyetin arttığı bulunmuştur⁶⁸. Stres arttıkça ahlaki duyarlılık

azalmaktadır⁶⁷. Etik sorunlar ya da ikilemelerde sağlık çalışanlarının çoğu yapması gerekeni bildiği halde zaman kısıtlılığı ve aciliyet durumlarında doğru kararları almada ikilemler yaşamaktadır. Stresli ve aktif çalışma alanları olan acil sağlık çalışanlarının çalışma süresinin artması ile yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarındaki ahlaki duyarlılığın artmasının sebebi meslektaşları ve yöneticileri tarafından daha fazla desteklenmeleri ve mesleki deneyimleri ile mesleğin gereklerini ve çalıştıkları kurumun işleyişini bilmeleri ilgili olduğu düşünülebilir.

5.2.8. Acil Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yere Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Otonomi alt boyutunda Adana Devlet Hastanesi'nde çalışanların ahlaki duyarlılıkları diğer acil çalışma birimlerine göre daha yüksek bulunmuş ve ileri derecede anlamlı fark ($p<0,001$) olduğu tespit edilmiştir. Literatürde Seren ve Tosun'un araştırma sonuçları da bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. Seren'in "hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" konulu araştırmasında; devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde otonomi düzeyini en yüksek düzeyde bulurken, en düşük otonomi düzeyini üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerde tespit etmiştir⁷⁹. Tosun araştırmasında Devlet hastanelerinde çalışanlarda otonomiyi kullanmanın üniversite hastanelerinde çalışanlara oranla daha yüksek düzeyde olduğunu tespit etmiştir⁷⁵. Bu durumun üniversite hastanelerinde hiyerarşinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yarar sağlama alt boyutunda Ambulans İstasyonu'nda çalışanların ahlaki duyarlılıklarının en düşük olduğu belirlenmiştir. İleri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bu olumsuz sonucun nedeninin, ambulans istasyonlarında genç ve iş deneyimi az olan sağlık çalışanlarının görevlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tosun'un araştırmasında yarar sağlama boyutunda birimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu belirlenmiş ve psikiyatri ve onkolojide çalışan hemşirelerde yarar sağlamanın daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir⁷⁵.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda Numune hastanesindeki çalışanların diğer çalışma merkezlerinde çalışanlardan ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İleri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). En yüksek ahlaki duyarlılık bütüncül yaklaşım alt boyutunda Ambulans İstasyonlarında çalışanlarda bulunmuştur. Tosun araştırmasında Üniversite ve Devlet hastanelerinde çalışan sağlık disiplini üyelerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p<0.05$) bulmuş ve bütüncül yaklaşım konusunda üniversite hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin daha başarılı olduğunu tespit etmiştir⁷⁵.

Çatışma alt boyutunda Ambulans İstasyonu'nda çalışanların ahlaki duyarlılıklarının diğer çalışma merkezlerinde çalışanların ahlaki duyarlılıklarından düşük olduğu ve çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Tosun araştırmasında çatışma boyutunda Üniversite hastanelerinde çalışanların Devlet hastanelerinde çalışanlara göre ahlaki duyarlılığının daha fazla olduğunu ve istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$) belirlemiştir⁷⁵.

Uygulama alt boyutunda Adana Devlet Hastanesi ve Ambulans İstasyonu'nda çalışanların ADA puan ortalamalarının benzer ve diğer acil birimlerinde çalışanların ahlaki duyarlılıklarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve İleri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Oryantasyon alt boyutunda Numune hastanesindeki çalışanların ahlaki duyarlılıklarının en düşük olduğu belirlenmiştir. İleri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Adana Devlet Hastanesi acil sağlık çalışanlarının ADA'nın otonomi ve uygulama alt boyutlarında ahlaki duyarlılığının yüksek; ambulans istasyonları sağlık çalışanlarının yarar sağlama ve çatışma alt boyutlarında ahlaki duyarlılığının en düşük fakat uygulama alt boyutunda ahlaki duyarlılığının en yüksek; Numune Hastanesi acil sağlık çalışanlarının otonomi, oryantasyon ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında ahlaki duyarlılığının en düşük olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak uygulama alt boyutunda ahlaki duyarlılığın yüksek olması otonomi alt boyutunda ahlaki duyarlılığı arttırdığı fakat çatışma ve yarar sağlama ahlaki duyarlılığında azalmaya sebep olduğu söylenebilir.

ADA'nın toplam puan ortalamalarında ise gruplar arasında çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Adana Devlet Hastanesi'nde

çalışanların ADA genel puanının diğer merkezlerde çalışanlara göre daha düşük olduğu başka bir anlatımla ahlaki duyarlılıklarının en yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.2.9. Acil Sağlık Çalışanlarının Mevcut Görevlerindeki Çalışma Sürelerine Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının mevcut görevlerindeki çalışma sürelerine göre otonomi, çatışma ve oryantasyon ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel farklılıkların olduğu görülmüştür. Buna göre, mevcut görevinde çalışma süresi 10 yıl ve altında olan sağlık çalışanlarının, mevcut görevinde çalışma süresi 10 yıl üzeri olan sağlık çalışanlarına göre otonomi ve oryantasyon ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çatışma alt boyut duyarlılıklarının ise daha düşük olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Mevcut görevdeki çalışma süresinin artması otonomi ve oryantasyon alt boyutlarında ahlaki duyarlılığı azaltırken çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılığı arttırmaktadır.

Tosun araştırmasında doktorların mevcut görevlerindeki çalışma süreleri ile duyarlılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) olmadığını hemşirelerde ise çalışma süresinin artması ile yarar sağlama boyutu arasında anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki bulmuştur⁷⁵.

Jameton “ hemşirelik uygulamalarında etik konular” konulu araştırmasında etik sorunlar ya da ikilemlerde hemşirelerin çoğunun yapması gerekeni bildiği halde zaman kısıtlılığı aciliyet durumlarında doğru kararları almada ikilemler yaşadığını bulmuştur⁸².

Jameton “hemşirelik uygulamalarında etik stres ve sorumluluk” konulu başka bir araştırmasında⁸³ ve Lutzen ve arkadaşlarının “ konsept sentezi açısından etik stres” konulu araştırmasında⁶⁶ deneyimi fazla kişilerin etik ikilemler karşısında en iyi olana karar vermede ahlaki duyarlılığının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

5.2.10. Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Tercih Etme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının mesleğini tercih etme durumuna göre ADA ve alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel farklılıkların olmadığı gözlenmiştir.

Tosun araştırmasında çalıştığı birimi kendi tercih eden doktor ve hemşirelerin çatışmayı daha fazla yaşadıklarını ($p<0,05$) bunun yanı sıra oryantasyonda ($p<0,001$) daha başarılı olduklarını saptamıştır⁷⁵.

5.2.11. Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Sevme Durumlarına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının mesleğini sevme durumlarına göre otonomi, uygulama, oryantasyon alt boyutlarındaki ADA puan ortalamalarında ve ADA genel puan ortalamasında istatistiksel farklılıkların olmadığı saptanmıştır.

Yarar sağlama ve çatışma alt boyutunda mesleğini seven çalışanlarda ahlaki duyarlılığın daha düşük olduğu ve ileri istatistiksel analiz sonucunda çok ileri derecede anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). mesleğini severek yapan sağlık çalışanlarının meslekten beklentilerinin fazla olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda ise mesleğini seven çalışanlarda ahlaki duyarlılığın mesleğini sevmeyen çalışanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve ileri istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bizim araştırmamızda Tosun'un araştırmasına benzer sonuçlara ulaşılarak⁷⁵ mesleğini severek yapan doktor ve hemşirelerin bütüncül yaklaşımda daha başarılı oldukları ($p<0,001$) bulunmuştur.

5.2.12. Acil Sağlık Çalışanlarının Deontoloji / Tıp Etiği Eğitimi Alma Durumuna Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının deontoloji / tıp etiği eğitimi alma durumuna göre ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel farklılıkların olmadığı gözlenmiştir. Bu sonucun etik eğitiminin genel bilgi içeren teorik konular ağırlıklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Comrie'nin "lisans ve lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıkları" konulu araştırmasında araştırmaya katılanların eğitimlerine göre ahlaki duyarlılıklarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Comrie etik eğitimlerinde vaka ve simülasyon araştırmalarına yer verilmesinin sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarında etik ikilemlere karşı farkındalığı ve duyarlılığı arttıracak ve böylece büyük etik ikilemler konusunda bilgi edinme ve çözüm yolları bulma fırsatı verilerek bu tür eğitim faaliyetleri ile ahlaki duyarlılık geliştirilmesinin sağlanabileceğini belirtmiştir⁸⁴.

Kim ve arkadaşları "Hemşirelerin etik sorunlar karşısında duyarlılıkları" konulu araştırmasında etik eğitimi alan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır⁷².

Tosun'un araştırmasında etik bilimi çerçevesinde eğitim alan doktorların otonomi alt boyutunda yüksek duyarlılığa, bütüncül yaklaşım alt boyutunda düşük duyarlılığa sahip oldukları saptanmıştır. Hemşire grubunda etik+deontoloji eğitimi alanlarda duyarlılığın daha iyi düzeyde olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir⁷⁵. Weawer ve arkadaşları "mesleki uygulamalarda ahlaki duyarlılık" konulu araştırmasında tüm sağlık çalışanlarının etik açıdan duyarlı bir ortamda araştırmaya ihtiyacı olduğunu belirtmektedir⁶⁹. Weawer ve arkadaşlarının "ahlaki duyarlılık kavramının anlamı" konulu başka bir araştırmasında sağlık çalışanı ile tedavi ve bakımını yürüttüğü hasta/sağlıklı bireylerin ilişkilerinin bu duyarlı ortamda yürütülmesi için idari destek alınmasının öneminden bahsedilmiştir⁷⁰. Aynı zamanda her iki araştırmada da eğitimlerle ahlaki duyarlılığın geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır^{69, 70}.

5.2.13. Acil Sağlık Çalışanlarının Etik İlgili Yayın Takip Etme Durumlarına göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının etikle ilgili yayın takip etme durumlarına göre yarar sağlama ve çatışma ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel farklılıkların olduğu görülmüştür. Buna göre, etikle ilgili yayın takip eden sağlık çalışanlarının yarar sağlama ve çatışma alt boyutları ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tosun araştırmasında ADA puan ortalamalarına göre; etik ile ilgili yayın izleyen doktorlarda yarar sağlama boyutunda ahlaki duyarlılığın yüksek olduğunu ($p<0,05$) fakat hemşirelerde etik yayın izleme durumunun ADA ile karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir⁶².

5.2.14. Acil Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Kurumda Etik Kurul Varlığına Göre ADA ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumda etik kurul varlığına göre tüm ADA alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel farklılıkların oldukları gözlenmiştir. Buna göre çalıştığı kurumda etik kurul var olduğunu ifade eden sağlık çalışanlarının, çalıştığı kurumda etik kurul olmadığını ifade eden çalışanlara göre, otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyut ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu fakat yarar sağlama ve çatışma alt boyut ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Tosun araştırmasında etik kurul bulunan kurumlarda çalışan doktorlarda ve hemşirelerde otonomi kullanma düzeyinin daha düşük olduğunu, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunduğunu ($p<0.05$) belirlemiştir. Aynı zamanda etik kurul bulunmayan kurumlardaki doktorlar da yarar sağlamanın daha yüksek düzeyde olduğunu ($p<0.05$); uygulama boyutu puan ortalamalarının daha iyi düzeyde olduğunu saptamıştır⁷⁵.

Etik karar verme sürecinde, etkili olması gereken ve beklenen hastane etik

kurullarının ÷lkemizde istenilen düzeyde işlevsel olmadığı, ağırlıklı olarak araştırma etiğı üzerinde durulduğı bilinmektedir. Ayrıca ulaşılan literatür ve bilgilerde bu kurulların var olmasının yanı sıra ne kadar etkili biçimde kullanıldığı üzerine yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır⁸⁵.

Kim ve arkadaşları “Hemşirelerin etik sorunlar karşısında duyarlılıkları” konulu araştırmasında çalıştıkları hastanelerde etik kurul olan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğunu tespit etmiştir⁷².

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

-Acil sağlık çalışanlarının%20'sinin hemşire (n=80), %13'ünün doktor (n=52) %19'unun ilk ve acil yardım teknikeri (n=77), %44'ünün acil tıp teknisyeni (n=175) ve %4'ünün sağlık memuru (n=17) olduğu saptanmıştır.

-Hemşirelerin yaş ortalamasının 31,1±6,2, Doktorların yaş ortalamasının 33,3±7,4; ilk ve acil yardım teknikerlerinin 24,8±2,4; acil tıp teknisyenlerinin 23,6±3,5; sağlık memurlarının 37,4±6,9 olduğu saptanmıştır.

-Acil sağlık çalışanlarının %31'inin erkek (n=126), %69'unun kadın (n=276) olduğu saptanmıştır.

-Acil sağlık çalışanlarının %45'inin evli (n=182); %55'inin bekar (n=220) olduğu belirlenmiştir.

- Acil sağlık çalışanlarının %36'sının çocuk sahibi olduğu (n=143); %64'ünün çocuk sahibi olmadığı (n=259) olduğu belirlenmiştir.

- Acil sağlık çalışanlarının %46'sının sağlık meslek lisesi (n=186); %28'inin ön lisans (n=114); %11'inin lisans (n=44) ve %15'inin lisansüstü (n=44) mezunu olduğu belirlenmiştir.

-Acil sağlık çalışanlarının %8'inin Balcalı Hastanesi'nde (n=34); %16'sının Numune Hastanesi'nde (n=64); %17'sinin Adana Devlet Hastanesi'nde (n=66); %45'inin ambulans istasyonlarında; %14'ünün Çukurova Devlet Hastanesi'nde çalıştığı saptanmıştır.

- Acil sağlık çalışanlarının %82'sinin mesleğini kendi tercih ettikleri (n=331), %18'inin mesleğini kendi tercih etmedikleri (n=71) belirlenmiştir.

-Acil sağlık çalışanlarının %89'unun mesleğini severek yaptığı (n=358); %11'inin mesleğini severek yapmadığı saptanmıştır.

-Acil sağlık çalışanlarının %80'inin etik eğitimi aldığı (n=321); %20'sinin etik eğitimi almadığı (n=81) saptanmıştır.

- Acil sağlık çalışanlarının %13'ünün etikle ilgili bir yayın takip ettiği(n=54); %87'sinin etikle ilgili bir yayın takip etmediği (n=348) saptanmıştır.

- Acil sağlık çalışanlarının %29'unun çalıştığı kurumda etik kurul olduğunu (n=115); %71'inin çalıştığı kurumda etik kurul olmadığını (n=287) ifade ettiği saptanmıştır.

-Acil sağlık alışanlarının ADA puan ortalamalarının $83\pm 16,3$ olduğu saptanarak ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır.

- Acil sağlık çalışanlarının cinsiyet, mesleği tercih etme ve etik eğitimi alma özelliklerinin ahlaki duyarlılığı etkilemediği bulunmuştur.

- Acil sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumların ADA toplam puan ortalamasını ve alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır. Adana Devlet Hastane'sinde çalışanların genel olarak ve ADA'nın otonomi ve yarar sağlama alt boyutlarında; Ambulans istasyonlarında çalışanların bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında ve Numune hastanesinde çalışanların da çatışma alt boyutunda daha yüksek ahlaki duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

- Evli ve ocuk sahibi olan acil sağlık alışanlarının ADA'nın çatışma alt boyutunda ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ve daha fazla çatışma yaşadıkları belirlenmiştir.

- Acil sağlık çalışanlarının yaş, mezun olduğu okul, çalıştığı yer, meslekteki ve mevcut görevlerindeki çalışma süreleri, mesleğini sevme, etik ile ilgili yayın takip etme ve çalıştığı kurumda etik kurul varlığı zelliklerinin ADA toplam puan ortalamasını etkilemediği fakat alt boyut puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Araştırmanın farklı birimlerde duyarlılığı belirleme adına uygulanması,
- Kurumlarda bulunan etik kurulların hizmet içi eğitim programlarında etik ikilemleri çözüme sağlık çalışanlarına rehberlik etmesi ve ahlaki duyarlılığı geliştirmek adına eğitimler yapması,
- Sağlık çalışanlarının, acil durumlarda etik ikilemler ile karşılaştıklarında yararlanacağı etik standartların etik kurullar tarafından oluşturulması,
- Etik ve deontoloji eğitimlerinde ahlaki duyarlılığın artırılması ve etik ikilemlerin çözümüne yönelik vaka analizi, simülasyon çalışmaları ve grup tartışması şeklinde öğretilmesi,
- Sağlık çalışanlarının etik sorunların giderilmesinde ve ahlaki duyarlılığı artırılmasına fayda sağlayacak etik yayınların takip edilmesi için desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.**Cingil A.** Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Adli Olgulara Yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2007**.
- 2.**Kuğulu S.** Acil Bakım. Şelimen D, Kuğulu S, Aslan F E, Olgun N, *Acil Bakım*. 3. Baskı, İstanbul: Yüce Yayın, **2004**: 3–21.
- 3.Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2012
- 4.**Üstün T, Ustael K.** Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri. Sayek İ, Bilir N. *Ambulans Hekimliği El Kitabı*. 1. Baskı, Ankara:Güneş Kitabevi, **2001**: 1–22.
- 5.**Ergünay O, Gülkan P, Güler H.** Afet Yönetimi ile İlgili Terimler. Kadioğlu M. Özdamar E. *Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*. 1. Baskı, Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Japonya Uluslararası İşbirliği Ajansı (JICA), **2008**.
6. http://www.arem.gov.tr/proje/ars_rapor/uady.htm, Erişim tar; 10.03.2012
- 7.**Vatansaver K.** Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara:Takav Matbaacılık, **2001**.
- 8.**Ali Ekşi.** Kamu Hizmetinden Yararlanma Hakkı Çerçevesinde Acil Çağrı Merkezlerinin Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, **2010**.
- 9.**Ünlüoğlu İ.** Acil Tıp Hizmetleri Paralellinde Ambulansların Gelişimi. *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, **2002**; 14(3):18-24.
- 10.**Yalçın M.** Acil Servis Hizmetlerinin Simülasyonu: Karşiyaka Devlet Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, **2009**.
- 11.**Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richard J, Fernandez Frankelton M, Schwab R, Stair TO, Vicellio P, Levy D, Brautigan M, Johnson A, Nick T G.** Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National Emergency Department Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine*, **2004**; 11(1): 38-50.
- 12.**Özdemir U.** Ekip Çalışması, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **2000**; 10:1, 56 – 59.

13.**Moroğlu D.** Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2007**.

14.**Mc Callin A.** “Interdisciplinary Practice-a Matter of Teamwork: an Integrated Literature Review”, *Journal of Clinical Nursing*, **2001**; 10: 419 – 428

15.**Asch DA.** The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *The New England Journal of Medicine*, **1996**; 334: 1374-1379.

16.**Asai A, Ohniski M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y.** Doctors’ and nurses’ attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: Survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Med Ethics*, **2001**; 27: 324-330.

17.**Stepars MB, Thompson CL and Buchanan ML.** The Role of Nurse on a Transdisciplinary Early Intervention, *Public Health Nursing*, **2002**; 19(4): 238 - 24731. **Derlet RW and Richards JR.** Overcrowding in The Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects *Annals of Emergency Medicine*, **2000**; 36(3): 279-80.

18.**Long AF, Kneafsey R, Ryan J, Berry J.** The Role of Nurse Within the Multi Professional Rehabilitation Team. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**; 37: 1, 70 – 78

19.**Hyrkas K, Schmidlechner KA.** Team Supervision in Multiprofessional Teams: Team Members’ Descriptions of the Effects as Highlighted by Group Interviews, *Journal of Clinical Nursing*, **2003**;12, 188 – 197

20.Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 5; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046, Erişim tar; 10.03.2012

21.Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2012

22. <http://www.sos112.it/index/en/news-/?id=154>, Erişim tar; 10.03.2012

23.**Vatanserver K.** Triağ, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara: Takav Matbaacılık, **2001**.

24.**Uz Ç.** ATT ve Paramedik nedir? Acil Hekimliğinde Paramediklerin Rolü. Akpınar E, Kekeç Z, Sebe A. Her Yönüyle Acil Tıp. Serdar Yayınevi: Ç.Ü. Tıp Fakültesi Mezunları Derneği.**2008**. 211-216.

25.Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-b; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2012.

26. **Yenal S.** Paramediklerin Görev Yetki ve Sorumlulukları. Sarıkaya S, Özel G. Topaçoğlu H. Yenal S. Atilla R. Karcıoğlu Ö. Alanda Acil Bakım. **2009**.

27. Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-a; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2012

28. **Oktay C.** İkinci Basamak Sağlık Kurumlarının (Hastanelerin) Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin Görev Tanımları. aciltip@ttnet.net.tr.http://www.tatd.org.tr Erişim Tarihi: 08. 02. 2012.

29. http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx. Erişim Tarihi: 08. 02. 2012.

30. **Tokyay R. Armağan E. Akköse Ş.** Acil Tıpta Etik. Erdemir Demirhan A. Oğuz Y. Elçioğlu Ö. Doğan H. *Klinik Etik*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2001**: 570-576.

31. **Akca C. Eriçüç G.** Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları ile Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2006**; 9(2): 126-153.

32. **Çobanoğlu N, Algier L.** A Qualitative Analysis of Ethical Problems Experienced by Physicians and Nurses in Intensive Care Unit in Turkey. *Nursing Ethics*, **2004**; 11(5): 444-456. Erişim: [http://nej.sagepub.com]. Erişim Tarihi: 19.02.2012.

33. **Derlet RW, Richards JR.** Overcrowding in The Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects *Annals of Emergency Medicine*, **2000**; 36(3): 279-80.

34. **Howard MS, Davis BA, Anderson C.** Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J. Emerg. Nurs.* **2005**; (31):429.

35. **Lynn SG, Kellerman AL.** Critical Decision Making: Managing the Emergency Department in an Overcrowded Hospital. *Ann Emerg Med.* **1991**; (20):287

36. **Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS.** Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med.* **2002**;39(4):430-2.

37. **Tuçcu H.** Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu. Klinik gelişim. 2009. Syf: 85- 88. Erişim: www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22/13.pdf. Erişim tarihi: 19.02.2012.

38. **Cowan RM, Trzeciak S.** Clinical Review: Emergency Department Overcrowding and the Potential Impact on the Critically Ill. *Critical Care*, **2005**; 9: 291-295.

39.**Sarı N.** Tıp Etiği İlkeleri. Sarı N. Altıntaş A. Başağaoğlu İ. Özaydın Z. Doğan H. Işıl Ülman Y. Dinç G. ve Hot İ. *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*.1. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, **2007**: 251-281.

40.**Feferman I, Cornell C.** How we solved the overcrowding proplem in our emergency department. *CMAJ*, **1989**; 140:273-276.

41.**Trzeciak S, Rivers EP.** Emergency Department Overcrowding in the United States: An Emerging Threat to Patient Safety and Public Health. *Emergency Medical Journal*, **2003**; (20):402-405.

42.**Forster AJ.** An Agenda for Reducing Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*, **2005**; 45(5): 479-481.

43.**Akdur R.** Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, **2000**; 8 (1): 38-45.

44.**Atıcı E.** Sağlık Kaynaklarının Dağıtımı ile İlgili Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, **2006**; 14: 111-115.

45.**Ersoy N, Altun İ.** Hemşirelerin Yardımlı İntihar Hakkında Görüşleri ile İlgili Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi*, **2001**; (8) 9: 49-55.

46.**Sarı N.** Tıp Etiğinin Tanımı ve Gereği. Sarı N. Altıntaş A. Başağaoğlu İ. Özaydın Z. Doğan H. Işıl Ülman Y. Dinç G. Hot İ. *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*,1. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, **2007**:239-250.

47.**Taylan S.** Acil Servis Hemşireliği ve Etik. Akpınar E. Kekeç Z. Sebe A. *Her Yönü ile Acil Tıp*.1. Baskı, Adana: Serdar Yayınevi, 2008: 175-178.

48.**Çobanoğlu N.** *Tıp Etiği*.1. Baskı, Ankara: İlke Yayınevi, **2007**: 9-21

49.**Ersoy N.** Yaşamın Sonu ile İlgili Etik Konular. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*.1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2002**: 358-389.

50.**Ersoy N.** Aydınlatılmış Onam. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**: 204-234.

51. **Aydın E.** *Tıp Etiğine Giriş*. 1. Baskı, Ankara: Pegem-A Yayıncılık, **2001**: 1-8.

52.**Yıldırım G, Kadioğlu S.** Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 29(2): 7-12. Erişim: <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1569pdf>. Erişim Tarihi: 11.03.2008.

53.**Elçioğlu E, Kırımhoğlu N.** Tıp Etiği İlkeleri. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**: 26-40.

54. İkilem. Erişim:
(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f3a1c2c714049.42984923) Erişim tarihi: 14.02.2012.

55. **Orgun F, Khorshid L.** “Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Geçerlik Ve Güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2009**; 25 (2): 25-42

56. **Oğuz Y N, Tepe H, Büken N Ö, Kırımsoy Kucur D.** Etik ikilem. *Biyetik Terimleri Sözlüğü*. 1 Baskı, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 2005: 87-88.

57. **Brett A S.** Problems in caring for critically and terminally ill patients: Perspectives of physicians and nurses. *HEC Forum*, **2002**; 14: 132-147.

58. **Kalvemark S, Höglund A, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B.** Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*, **2004**; 58: 1075- 1084.

59. **Turla A, Karaaslan B, Kocakaya M, Pekşen Y.** Hastalara Yeterince Aydınlatma Yapılıp Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, **2005**; 2: 33-38.

60. **Omery A, Henneman E, Billet B, Luna, RM, Brown SK.** Ethical issues in hospitalbased nursing practice. *J Cardiovasc Nursing*,. **1995**; 9: 43-53.

61. **Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M.** Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, **2005**; 12: 381-390.

62. **Bedell SE, Pelle D, Maher PL, Cleary PD.** Do not resuscitate orders for critically ill patients in the hospital: How are they used and what is their impact. *JAMA*, **1986**; 256: 233-237.

63. **Aydın E, Ersoy N.** Klinikte Etik Karar Verme Süreci. *T Klin J Med Ethics*. **1995**, 1:12-16

64. **Doğan H.** Klinik Etik Uygulamalarında Metodoloji. Demirhan Erdemir A. Oğuz N.Y. Elçioğlu Ö. Doğan H. *Klinik Etik*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. **2001**; 26-34.

65. **Ersoy N, Gündoğmus ÜN.** A Study of The Ethical Sensitivity of Physicians in Turkey. *Nursing Ethics*, **2003**; 10(5): 472-484.

66. **Jaeger S.** Teaching Health Care Ethics: The Importance of Moral Sensitivity for Moral Reasoning. *Nursing Philosophy*, **2001**; 2: 131-142.

67. **Lutzen K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L.** Moral Stress: Synthesis of A Concept. *Nursing Ethics*, **2003**; 10 (3): 313-322.

68.Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing The Concept of Moral Sensitivity In Health Care Practice Sture. *Nursing Ethics*, **2006**; 13(2): 187-19665. **Kim Y-S, Park J-W, You M-A, Seo Y-S and Han S-S.** Sensitivity To Ethical Issues Confronted By Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*,**2005**; 12 (6): 595-605.

69.Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in Professional Practice: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursin*, **2008**; 62(5): 607–618.

70.Weaver K. Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. *Nursing Ethics*, **2007**; 14(2): 141-155.

71.Lutzen K, Blom T, Ewalds Kvist B, Winch S. University of Queensland, Brisbane, Australia Moral Stress, Moral Climate and Moral Sensitivity Among Psychiatric Professionals. *Nursing Ethics* , **2010**;17(2): 213–224.

72.Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity To Ethical Issues Confronted By Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*,**2005**; 12 (6): 595-605.

73.Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses’moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A Literature Review. *Nursing Ethics*, **2008**; 15(3): 305-321.

74.Lutzen K, Evertzon M, Nordin C. Moral Sensitivity In Psychiatric Practice . *Nursing Ethics*, **1997**; 4 (6): 472-482.

75.Tosun H. Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.

76.Aksu T, Akyol A. İzmir’deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, **2011**; 19 (1): 16-24.

77.Lutzen K, Johnson A, Nordstör G. Moral Sensivity: some differens between nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 2000; 7(6): 520-530.

78. Leino Kilpi H, Suominen T, Makela M, McDaniel C, Puukka P. Organizational ethics in Finnish intensive care units: staff perceptions. *Nurs Ethics*; **2002**; 9: 126_/36.)

79.Seren Ş. Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin belirlenmesi ve Etkileyen faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, **1998**.

80. Han SS, Ahn SH. An anal sis and evalu tion of student nurses’ participation in ethical decision making. *Nurs Ethics*, **2000**; 7(2): 113-23.

81. Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH Oh HS, Kim KU. Korean nursing students’ ethical problems and ethical decision making. *Nurs Ethics*, **2003**; 10(3): 638-53.

82. **Jameton A.** *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

83. **Jameton A.** Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Assoc Womens Health Obstet Neonatal Nurse Clin Issues* 1993; **4**: 542–51.

84. **Comrie R W.** An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*, **2012**; 19(1): 116–127.

85. **Atıcı E.** Etik kurullar. *Çağdaş Tıp Etiği*. Erdemir A. D. Öncel Ö. Aksoy Ş. Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**: 409-435.

EKLER

EK1. BİREYSEL BİLGİ FORMU

ACİL SAĞLIK EKİBİNİN AHLAKİ DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan bu araştırma çerçevesinde, Hastane öncesi ve acil serviste görev yapan hemşire, doktor acil tıp teknisyeni ve paramediklerin hizmet sunumu esnasında yaşadıkları etik ikilem karşısında gösterdikleri duyarlılığı belirlemek amacıyla betimleyici olarak planlanmıştır. Sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak ve katılımcılarına ait kişisel bilgiler gizli tutulacak olan bu araştırmaya katılma ya da katılmama konusundaki karar tamamen size aittir. İlginiz için teşekkür ediyoruz.

Seçil Taylan

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu

BİREYSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz:

E K

o **Yaşınız:**-----

o **Mesleğiniz:**

Hemşire Doktor Paramedik Acil Tıp Teknisyeni
 Diğer

o **Medeni Durumunuz:**

Evli Bekar

o **Çocuğunuz var mı?**

Yok Var ----- çocuğum var.

o **Çalıştığınız Yer :**

Üniversite Hastanesi Acil Servis Devlet Hastanesi Acil Servis
 112 Komuta merkezi 112 Ambulans İstasyonu

o **Mezun Olduğunuz Okul**

Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans
 Lisans Yüksek Lisans
 Diğer

o **Kaç yıldır bu meslektesiniz:**-----yıl

o **Şu anki Görev yerinde Çalışma Süreniz: :**-----yıl

o **Şu anki görev yerinde çalışmak kendi tercihiniz mi?**

Evet Hayır

o **Mesleğinizi severek yapıyor musunuz?**

Evet Hayır

o **Etik ile ilgili herhangi bir yayını takip ediyor musunuz?**

Evet Hayır

o **Çalıştığınız kurumda etik kurul var mı?**

Evet Hayır

o **Deontoloji / Tıp Etiği Eğitimi Aldınız mı?**

Evet Okul Dersi () Kurs () Toplantı Katılımı ()
 Hayır

EK 2. AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSİTİVİTY QUESTIONNAİRE)

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

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

1. Sağlık çalışanı olarak sorumluluğum, hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum
2. Hastalarımın iyileşme görmezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını düşünürüm.
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 sağlık çalışanı 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 yaşıyorum.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum
10. Hastaların bakım tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna kara vermekte zorlandığım durumlarda 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/televi uygulamalarında sağlık çalışanı-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 çıkılsa 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 bakım/televinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer sağlık çalışanlarının 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 yada yanlış olanı bilmekle 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 kurallarımın olması önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

22. İyi bir 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. Hastanın isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşı, 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, hastaya 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 sağlık çalışanı olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

EK 3. AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ KULLANMA İZİNİ

Sayın Taylan

Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi konulu Yüsek Lisans çalışmanızda geçerlilik ve güvenilirliği tarafımdan yapılmış olan "Ahlaki Duyarlılık Anketini" kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim

Yard.Doç.Dr.Hale TOSUN
TC
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
Tel :02166261050- 2170
Fax:02166261098

Kimden: "seçil taylan" <taylanseçil@gmail.com>

Kime: haletosun@maltepe.edu.tr

Gönderilenler: 7 Temmuz Perşembe 2011 22:49:02

Konu: Fwd: Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi

EK 5. ETİK KURUL ONAYI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
5	9 Şubat 2012

KARAR 18- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sevban Arslan yönetiminde, Öğr. Gör. Seçil Taylan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Acil sağlık ekibinin etik ikilemlere karşı duyarlılıklarının belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Yar Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Mülkiye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Akif Kütükçü Hukuk Fakültesi	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK6. ARAŞTIRMAYA ALINAN KURUMLARIN RESMİ İZİN YAZILARI

ADANA NUMUNE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar No : 20
Toplantı Tarihi: 23.03.2012
Üyeler : Aşağıda belirtilmiştir.

Yukarıda belirtilen tarihte EPK Kurulu Başkan Yardımcısı Doç. Dr. Aslan GÜZEL başkanlığında toplandı. Toplantı sonucunda;

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Seçil TAYLAN'ın 10.02.2012 tarihli dilekçesinde Hastanemiz Acil Tıp Kliniğinde "Acil sağlık Ekibinin Etik İnkilemlere Karşı Duyarlılıklarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması için anket çalışması yapmak istemektedir. Bu talebinin uygun olduğu, gereğinin yapılması için ilgili makamın onayına sunulması oy birliği ile kararlaştırılmıştır.

Doç. Dr. Aslan GÜZEL
Beyin ve Sinir Cerrahi Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Doç. Dr. Bozkurt GÜLEK
Radyoloji Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Doç. Dr. Mehmet ÖZDOĞAN
Genel Cerrahi Kliniği
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. İbrahim ÖZSÖYLER
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Doç. Dr. Zafer Gökhan GÜRBÜZ
Üroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu

Op. Dr. Çağatay TUNCEL
BAŞTABİP V.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ÇUKUROVA DR. AŞKIM TÜFEKÇİ DEVLET HASTANESİ
İnsan Kaynakları

SAYI : B-10-4-ISM-4-01-72-45
KONU: Anket Çalışması

23.12.2011 014104

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ADANA

İlgi: 24.11.2011 tarih ve 06-1613 sayılı yazınız;

İlgi yazı gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seçil TAYLAN'ın "Acil Sağlık Ekibinin Etik İkilere Karşı Duyarlılıklarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması anketinin hastanemizde yapılabilmesiyle ilgili Valilik Oluru ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Musa İNAL
Baştabip

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Kayıt Tarihi	26.12.2011
Kayıt No.	06-1156

Yenibaraj Mah. Hacı Ömer Sabancı Cad. 01330 Seyhan-Adana
Telefon: (0322) 225 93 29/ Dahili 2201 Faks:(0322) 225 37 58
e-posta:adanadhs6@saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: A.İ.POLAT

Elektronik Ağ:www.cukurovadh.gov.tr



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ

BÜRO : Personel İşleri
SAYI : B.30.2.ÇKO.0.H1.00.00.145/4967
KONU : -

07 ARA 2011

Adana,/...../.....

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ:24/11/2011 tarih ve 00/06-1611 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Seçil TAYLAN'ın, "Acil Sağlık Ekibinin Etik İkiemlere Karşı Duyarlılıklarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının anketini Hastanemiz Acil Tıp Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Alp İskender GÖÇER
Başhekim Vekili

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Tarih	14.12.2011
Yazı No.	06-1117

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
İl Ambulans Servisi Başhekimliği

SAYI: B.104.ISM.401.7256 726
KONU: Anket Çalışması

10.02.2012

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ADANA

İlgi: 24.11.2011 tarih ve 06-1614 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği “Acil Sağlık Ekibinin Etik İkilemlere Karşı Duyarlılıklarının Belirlenmesi” konulu tez çalışmasının kurumumuz Adana 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Adana Merkez İstasyonlarında yürütülmesi uygun kabul edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Mehmet GÜL
Başhekim



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Adana Devlet Hastanesi Başhekimliği

Sayı : B.104.ISM.4010014/1285
Konu :

13./02/2012

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi;24.11.2011 tarih ve 06.1612 sayılı yazınız;
Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seçil Taylan'ın
"Acil Sağlık Ekibinin Etik İklmlere Karşı Duyarlılıklarının Belirlenmesi" konulu tez
çalışmasının anketini Hastanemiz Acil Servisine bağlı Adana Merkezde bulunan
Ambulans İstasyonunda yürütmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. .
Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Mehmet YAĞCI
BAŞHEKİM

7. ÖZGEÇMİŞ

1975 Adana'da doğdu. 1981-1992 yılları arasında ilk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1993-1997 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda eğitim aldı. 1997-2007 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde yoğun bakım ve stoma terapi hemşiresi olarak çalıştı. 2006 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi yüksek lisans eğitimine başladı. 2007 yılında Çukurova Üniversitesi Ceyhan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2009 yılında Deontoloji ve Tıp Tarihi yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2010 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Evli ve iki çocuk annesidir.