



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIK  
DÜZEYLERİNİN YOĞUN BAKIMA  
ÖZEL ETİK KONULARDAKİ  
YAKLAŞIMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

GÖKÇE ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2017





T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIK  
DÜZEYLERİNİN YOĞUN BAKIMA  
ÖZEL ETİK KONULARDAKİ  
YAKLAŞIMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

GÖKÇE ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2017

Anabilim Dalı: Hemşirelik  
Program: Yoğun Bakım Hemşireliği  
Tez Başlığı: Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi  
Öğrencinin Adı-Soyadı: Gökçe Arslan  
Savunma Sınavı Tarihi: 06 / 09 / 2017

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Ükke Karabacak  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar  
Üniversitesi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar  
Üniversitesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Eylem Paşlı  
Gürdoğan

Üye

Trakya Üniversitesi  
Ünvanı, Adı-Soyadı  
Kurumu

İmza

Acıbadem Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca bu tez yukarıdaki jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Uğur Özbek

Enstitü Müdürü

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

19.07.2017

Gökçe ARSLAN

**İTHAF**

Dedem; Ali Baki'ye,

Annem; Gülşah Baki' ye ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca, mesleki gelişimim için her zaman titiz, hoşgörülü ve sabırlı yaklaşımları ile desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam

**Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR'a**

Çalışmam süresince desteğini, ilgisini ve sabrını esirgemeyen değerli bölüm başkanım

**Doç. Dr. Ükke KARABACAK' a**

Değişen ve globalleşen dünyanın gereksinimlerini her daim karşılayan, gelişen ve büyüyen vizyoner bir kurumun vazgeçilmez unsurunun eğitim olduğuna inanan, meslektaşlarının gelişimi için sonsuz destek sağlayan değerli direktörüm

**Uzm. Saliha KOÇ'a**

Bilimsel ve profesyonel kimlik kazanmamda bana öncülük eden, cesaretlendiren birlikte çalışmaktan her zaman onur duyduğum değerli müdürüm

**Uzm. Hem. İlknur YAYLA'ya**

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, varlığı ile bana güç veren, başarının ve gücün sonsuz bilgi ve eğitimden geçtiğine inanarak yolumu aydınlatan, hayattaki en değerli varlığım annem

**Gülşah BAKİ'ye**

Uzak mesafelere rağmen desteğini ve ilgisini esirgemeyen, güçlü kadınların ancak güçlü yarınları oluşturabileceğine inanarak eğitim süreçlerimi tamamlamamı vasiyet eden biricik anneannem

**Sakine BAKİ' ye**

Her durumda motive olmamı sağlayan teyzem

**Gülsün BAKİ'ye**

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Gökçe ARSLAN-2017**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	1
SUMMARY .....	3
1.GİRİŞ ve AMAÇ .....	5
2.GENEL BİLGİLER .....	7
2.1 Yoğun bakım üniteleri .....	7
2.2 Yoğun bakım hastaları .....	8
2.3 Yoğun bakım hemşireliği.....	9
2.4 Yoğun bakım etiği.....	9
2.4.1 Yararsız tıbbi tedavi .....	10
2.4.2 Kardiyopulmoner canlandırma yapmama (Do Not Resuscitate) .....	11
2.4.3 Bilgilendirilmiş onam .....	13
2.4.4 Sınırlı kaynakların adil paylaşılması .....	14
2.4.5 Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu .....	15
2.5 Etik karar verme ve hemşirelik .....	15
2.5.1 Etik karar verme süreci .....	16
2.5.2. Etik kodlar.....	17
2.5.3. Etik kurullar .....	18
2.6. Hemşirelikte etik karar vermeyi etkileyen faktörler .....	18
2.7 Etik (ahlaki) duyarlılık .....	19
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	72
7. KAYNAKLAR .....	74
8. EKLER.....	79
9.ÖZGEÇMİŞ .....	111



## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1	Araştırmanın yapıldığı hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılan hemşire sayıları	24
Tablo 2	Etik sorunlara yaklaşım anketi konuları ve soru sayısı	25
Tablo 3	Tanıtıcı Bilgiler	28
Tablo 4	Hemşirelerin etik eğitime ilişkin gereksinim ve görüşleri	29
Tablo 5	ADA ve alt boyutlarının tanımsal bulguları	31
Tablo 6	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımı	32
Tablo 7	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımı	33
Tablo 8	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre dağılımı	34
Tablo 9	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre dağılımı	35
Tablo 10	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev değişkenine göre dağılımı	36
Tablo 11	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev yeri değişkenine göre dağılımı	37
Tablo 12	ADA toplam ve alt boyut puanlarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre dağılımı	39
Tablo 13	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünme değişkenine göre dağılımı	40
Tablo 14	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre	41

dağılımı

Tablo 15	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre dağılımı	43
Tablo 16	ADA toplam puanı ve alt boyutlarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre dağılımı	44
Tablo 17	Etik Konulara Yaklaşım Anketi ifadelerine verilen cevapların dağılımı	48
Tablo 18	Ahlaki duyarlılık anketi ile etik konulara yaklaşım anketi ilişkisi	52

## ÖZET

Etik sorunlar, kesin çözümü olmayan kişiyi ikilemede bırakan ve ahlaki bir yargıda bulunmayı gerektiren sorunlardır. Yoğun bakım hemşireleri mesleki uygulamaları sırasında yaşamsal sorunları olan bireyleri ilgilendiren etik sorunlar ile karşılaşmaktadır. Bu çalışma ile yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin, yoğun bakımlarda sık karşılaşılan etik sorunlara yaklaşımlarına olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evreninin bir sağlık grubunun İstanbul il sınırları içerisinde hizmet veren hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 211 hemşire, örneklemini ise 161 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA), Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Etik Sorunlara Yaklaşım Anketi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde ve ki kare testlerinin yanı sıra iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi olarak t testi ve ikiden fazla gruplarda Anova yöntemleri kullanılarak analiz edilmiş ve p değeri 0,05 den küçük veriler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hemşirelerin ADA toplam puanı 95,11 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarından elde edilen puanlar ise otonomi alt boyutunda 21 puan, yarar sağlama alt boyutunda 12,88 puan, bütüncül yaklaşım alt boyutunda 13,19 puan, çatışma alt boyutunda 12,51 puan, uygulama alt boyutunda 13,96 puan ve oryantasyon alt boyutunda 9,90 puan aldıkları bulunmuştur. Eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve etik eğitim alma durumu değişkenlerinin hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Yoğun bakımlarda sık karşılaşılan etik durumlarda hemşirelerin karar verici olarak hekimi gördükleri, ahlaki duyarlılık düzeylerinin yoğun bakımda karşılaşılan sorunlardan bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların adil paylaşımı ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumuna yönelik hemşirelerin yaklaşımlarını etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin etik duyarlılıklarının geliştirilmesi ve etik sorunların çözümünde desteklenmesi için profesyonel düzeyde mesleki yeterliliklerinin artırılması, temel etik ilkeler ve yasal düzenlemeler konusunda bilinçlendirilmeleri, ekip içi ve ekipler arası çalışma anlayışının güçlendirilmesi ve

etik eğitimi içeriğinde etik sorunları konu alan multidisipliner vaka örneklerinin yer alması gerektiği önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** etik duyarlılık, etik yaklaşım, yoğun bakım hemşireliği, kritik hasta bakımı, hemşirelik etiği



## **SUMMARY**

### **The impact of nurse's ethical sensitivity levels on their approaches to ethical issues specific to intensive care**

Ethical problems are the problems which have no definite solution, leaving a person in a dilemma and need to be constructed in a moral judgement. Intensive care nurses during their professional practice are confronted with ethical issues that concern individuals who have vital problems. The purpose of this study is to determine the effect of ethical sensitivity levels of nurses who are working in intensive care units on their approach to ethical problems frequently encountered in intensive care units. 211 nurses working in the intensive care units of hospitals of a health serving in a province of İstanbul constituted the research universe and 161 nurses constituted the research sample. Research data were obtained by using the Ethical Susceptibility Scale (ADA), a Descriptive information form, and an Ethics Questionnaire survey.

The data obtained from the study which are in the SPSS 22.0 package programme, were analyzed using the descriptive statistics, number, percentage and chi square, as well as the difference between the two means which is known as t test (significance test), apart from that Anova methods were conducted in the groups more than 2 patients and those who had the ratio below 0.5p were considered statistically significant. Total ADA score of nurses were found to be 95,11. The scores obtained from the sub-dimensions as follows: 21 points in the autonomy subscale, 12.88 points in the benefit subscale, 13.19 points in the holistic approach subscale, 12.51 points in the conflict subscale, 13.96 points in the application subscale, and 9.9 points in the orientation subscale.

It has been defined that the educational status, the duration of employment term and the understanding of ethics education status variables have an affect on the moral sensitivity levels of the nurses. In the intensive care units, it has been observed that nurses see physicians as decision makers in need of ethical situations, and also the informed consent-a problem which is seen in intensive care unit, fair sharing of

limited resources, and the approaches of nurses towards nurse's disability status in ethical situations also affects their point of stand to the required situation.

In order to increase the ethical sensitivity of nurses and to support them in solving ethical problems, some multidisciplinary case examples are suggested such as increasing their professional competence, raising awareness about basic ethical principles and legal regulations, apart from that, strengthening the team and the team work understanding.

**Keywords:** Ethical sensitivity, ethical approach, intensive care nursing, critical patient care, nursing ethics



## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Hemşirelerin temel rolü bakımdır. Hemşireler kendi gereksinimlerini karşılayamayan bireyin bakım sorumluluğunu üstlenir. Bu sorumluluk insandan insana ilişkiyi ve bu ilişkide bir başkasının iyiliği için karar vermeyi, eylemde bulunmayı içerir (1).

Bir başkası adına eylemde bulunma, bazı etik sorunları ve kararları da beraberinde getirir. Hemşirelerin bu süreçte etik ikilemlerde kaldığı, durum karşısında ne yapacağını bilmeme, vicdani ve dini hesaplaşmalar, durumu içselleştirmesi gibi faktörler süreci zorlayan ve içinden çıkılması güç hale sokan durumlardır. Hemşirelerin almış oldukları mesleki eğitim, deneyim ve yasal yönetmelik ve tüzükleri bilme durumu ve bu kaynaklardan yararlanmaları değişkenlik göstermektedir. Hemşirelerin rol ve sorumluluklarından biride hasta savunucu rolüdür. Bireyin tüm haklarını korumak, gözetmek ve karar veremeyeceği durumlarda onun yerine karar verebilmektir. Yoğun bakım hemşireleri; yaşama ölüm arasında o ince çizgide hasta bireylerin yerine çoğu kez karar vermek zorunda olan kişilerdir. Etik karar verme; iyi bir analiz, gözlem, mesleki etik kodlara, yasa ve yönetmeliklere uygunluk esaslarının da değerlendirilmesi gereken kontrollü bir süreçtir (2).

Yoğun bakım hemşirelerinin yarısına yakını bu üniteye çalıştığı süre içerisinde etik sorunlar yaşadığını ve yaklaşık 2/5'si sorunu çözemediği açıklanmıştır (3). Bu durumda ise; hemşirelerinin karşılaştıkları etik sorunların çözümü için hekimlere başvurdukları tespit edilmiştir (4).

Genel olarak yoğun bakım ünitelerinde bilgilendirilmiş onay alma, kardiyopulmoner canlandırma yapmama, yaşam destekleyen tedavileri kısıtlama veya sonlandırma, yararsız tıbbi tedavi, kaynakların adil paylaşılması ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu ile ilgili etik sorunlar yaşanmaktadır (5).

Etik sorunların algılanmasında hekim ve hemşireler arasında temel farklılıklar olduğu ve bu farklılığın hekimlerin karar verme sorumluluğundan, hemşirelerin ise bu kararları uygulamak zorunda kalmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (6).

Hemşirelerin etik sorunlarla karşı karşıya kaldıkları durumlarda; karar almada sessiz kaldıkları, güçsüzlük, üzüntü, kırgınlık, düş kırıklığı hissettiği

saptanmıştır(7).#

Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları etik sorunları çözebilmeleri için öncelikle karşılaşılan etik sorunları ayırt edip, uygun karar verebilmeleri gerekir.

Sağlık profesyonellerinin zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik ilkelerinde sorun yaşadıkları görülmektedir (8). Etik ilkelerin uygulanmasında çıkmaza düşüldüğü zaman etik karar verme süreci devreye girmektedir.

Etik karar verme, etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde düşünme yetisine bağlıdır. Etik karar verme, kararı kim vermelidir, var olan seçenekler, tüm seçeneklerin iyi ya da kötü sonuçları, kurallar, zorluklar ve doğru seçilen değerler ve hedeflenen amaçlar ya da sonuçlar nelerdir gibi soruları kapsar. Etik karar verme bir süreçtir. Bu süreci kolaylaştırmak için hemşireler kurumun etik komitelerini kapsayan kaynakları kullanmalı, hasta hakları ve kendi yetki, sorumluluklarının bilincinde olmalıdır.

Etik duyarlılık; hemşirelerin, etik problemleri tanınması ve problemleri çözümleyebilmesi konusunda doğru kararları alabilmesi için, var olan etik sorunu ayırt edebilme yeteneğidir. Hemşirelerin etik davranışlarını etkileyen içsel konulara odaklanmaktadır (5).Gelişmiş bir etik duyarlılık, hemşirelerin etik problemleri tanıyabilmesi ve doğru karar alabilmesinde önem taşımaktadır. Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde etik sorunları anlama, çözüm getirme, gerçekleştirilen eylemlere dayanak sağlama veya yaşanan bir etik ikilemi önleyebilmede hemşirelere yardımcı olmaktadır (9). Bu nedenle hemşirelerin etik duyarlılık düzeyinin belirlenmesi ve geliştirilmesi yoğun bakımda karşılaşacakları etik sorunlarda doğru ve etkin yaklaşım sergilemelerini sağlayabilir. Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerini araştıran çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte (3,10,11,12), etik duyarlılığın hemşirelerin yoğun bakımlarda karşılaşılan etik konulara yaklaşımlarını araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma ile yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin; etik duyarlılık düzeylerinin, yoğun bakımlarda sık karşılaşılan etik sorunlara yaklaşımlarına olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1 Yoğun bakım üniteleri

Yoğun bakımlar, birçok hastalığın ve bu hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonların bulunduğu hasta grubunun; kaybedilmiş ya da fonksiyonel olarak etkin çalışmayan organların desteklendiği, hastalığı oluşturan nedenlerin çözümlendiği, tedavi altına alındığı ve bireyin bütüncül yaklaşım ile değerlendirilerek hemşirelik bakımının verildiği, yoğun dikkat ve alanında profesyonel bir ekip gerektiren ünitelerdir (13,14).

İleri teknoloji ile donatılan, destek tedavilerin yer aldığı ve yaşamsal fonksiyonların yirmi dört saat monitorize edilerek yakından takip edilen hemşirelik bakımının sunulduğu yoğun bakımlar; hasta profili ve hastalık gruplarına göre farklı bölümlere ayrılmıştır (14,15,16).Yoğun bakım ünitelerinde hizmet almakta olan hastaların bakım ve tedavi süreci planlanırken, mevcut hastalığına odaklanma, hastalığın oluşturabileceği ikincil etkenlerin önlenmesi ve tedavinin yan etkilerinden korunması ana amaçlardandır (15,16).

Yoğun Bakım felsefesi, Florence Nightingale'in 1852 yılında Kırım Savaşı sırasında acil müdahale ve tedaviye gereksinimi olan hastaları ayırarak bir arada buldurması ile gelişmiştir. Hilberman ise yoğun bakım ünitelerinin atasını, ameliyattan çıkan hastaların ameliyathaneye yakın bir yer olan bakım ve gözetim altında tutulduğu ayılma odaları olarak tanımlamıştır (18).

Gelişen ve değişen sağlık hizmetlerindeki algı ve gereksinimler, ülkeler arası gerçekleşen savaşlar, triyaj ve resüsitasyon konusunda önemli gelişmeler olmasını sağladı. Hava yolunun kontrolü ve mekanik ventilatördeki gelişmeler ile yoğun bakım bilimi daha da ilerlemiştir. Kopenhag'da 1952 yılında ortaya çıkan çocuk felci sırasında hastaneye başvuran vakaların mekanik ventilatör desteği sağlanarak mortalite oranının düşürüldüğü görülmüştür. Akut gelişen hastalıklar ve tedavi sürecindeki yenilikler kardiyak pacemaker, diyaliz ve diğer destek sistemler bilimin ışığında gelişmeye başlamış ve yoğun bakım üniteleri bugünkü son teknolojik ekipmanların ve profesyonel bir ekibin bulunduğu özelleşmiş bir alan olarak yerini

almıştır.

Gelişmiş teknolojinin sunmuş olduğu ekipmanlar ile kritik hasta bakımının sağlanması, invaziv ve noninvaziv teknikler ve modern cihazlar ile tanı ve tedavi sistemleri gelişmiştir (19).

## 2.2 Yoğun bakım hastaları

Yoğun bakım hastası, organ ya da sistemsel işlevlerde meydana gelen yetersizlik, yaşamsal fonksiyonların sürekli izlenerek vücut iç dengesinin korunması için yakından izlenmesi ve desteklenmesi gereken hastadır (13,14,15). Yoğun bakımdan tedavi ve bakım hizmeti alabilmek için belirlenen öncelikli hasta grubu: (15,16, 20).

- Tekli ya da çoklu organ destek tedavisi gereksinimi olan hastalar
- Ciddi komorbiditeleri üzerine akut alevlenmeleri olan hastalar
- Gelişen akut sorunun tedavi edilme durumuna göre yakın takip gereksinimi olan hastalar
- Mekanik ventilasyon desteği gereken hastalar
- Mevcut hastalığa ek olarak gelişen ikincil bir hastalığa bağlı izlenmesi zorunlu olan hastalardır.

Hastane ortamında olmak ve yatarak tedavi almak çoğu birey için stres ve kaygı yaratan bir durumdur. Bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki değişim, bulunduğu çevre ve kişileri yabancı olarak algılama, kendi kontrolü dışında tedavi ve bakım sürecinde olmak, üniteye bulunan diğer hastaların tedavi ve bakım sürecine şahitlik ediyor olması yoğun bakım hastasının fizyolojik, psikolojik ve psikososyal yönden bütüncül bir şekilde hemşirelik bakımı ile desteklenmesi gerekmektedir (16,20,21).

Yoğun bakım hastalarının fiziksel ortam, gürültü, uyku problemleri, zaman kavramının karışması, aile fertlerinden ayrı kalma durumu hastaların stres ve kaygı durumunu arttırmaktadır. Yoğun bakımda hizmet alan tüm hastaların, mevcut sorunlarının erken saptanması, müdahale edilmesi, koruyucu ve destekleyici tedavi alma ve psikososyal yönden desteklenerek bilgilendirilme hakkı vardır (14).

Ancak gelişen teknolojiye bağlı olarak hastaların yaşam süresinin uzaması, otonomisi olmayan bireyin özerklik haklarının ihlali, yoğun bakım kaynaklarının adil kullanılması ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu etik sorunların gelişimine yol açmıştır (19). Profesyonel bir iletişim ve yönetim süreci gerektiren yoğun bakım ünitelerinde mesleki etik ilke ve kodların korunması hemşirenin sorumluluğundadır.

### **2.3 Yoğun bakım hemşireliği**

Yoğun bakımlar, teknik ve fiziki donanım olarak özel dizayna sahip ünitelerdir. Bu ünitelerde verilen hizmette multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Ekibin en önemli ve kritik halkalarından biri ise yoğun bakım hemşireleridir (22).

Kritik hasta bakımında etkin rolü olan yoğun bakım hemşirelerinin temel görev ve sorumluluklarının en başında hastanın tanınması, yakından takibi ve hastadaki değişiklikleri fark etmesi, tedavilerin uygulanması ve hasta üzerindeki etkilerini gözlemlemesi, hasta ve yakınları ile etkin, terapötik iletişim kurması, hasta haklarını savunması, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamak gelir (23,24).

Yoğun bakım hemşireleri, hasta bireyi subjektif ve objektif parametrelere göre değerlendirerek elde ettiği veriler ışığında kritik bakımı planlar (25). Yoğun bakım ünitesinde güvenli çevrenin sağlanması, bireyin görme ve işitme sorunlarının sorgulanması, altta yatan tıbbi neden ve bu nedenin hasta üzerinde oluşturmuş olduğu etkilerin belirlenmesi ve uygulanan çoklu invaziv girişimlere sekonder gelişebilecek olan enfeksiyonların önlenmesi gerekmektedir (26). Tüm bu multidisipliner süreçte ekibin kilit noktası olan yoğun bakım hemşireleri ise kritik bakım ve tedavi uygulamalarında sıkça etik ikilemler yaşamaktadır.

### **2.4 Yoğun bakım etiği**

Yoğun bakımlar, hastaların sağlık sorunlarının tipi, son teknoloji ile entegre olmuş hizmet sunumu, kriz anını yönetme ve acil müdahalede bulunma zorunluluğu nedeni ile etik sorunlarla sık karşılaşılan birimlerdir (1,6,19). Yoğun bakım hizmetleri hasta birey üzerinde sağladığı olumlu katkıların yanında etik, iletişim, ekonomik, yasal ve idari konularda sorunlar oluşturmaktadır.

Teknolojinin gelişmesi, yeni ve etkin tedavi yöntemleri, yaşamı destekleyici sistemlerin yaygınlaşması, insan hakları, hasta hakları ve bireyin özerkliğine olan önemin artması etik sorunlarla karşı karşıya kalınmasına neden olan faktörlerdir (19,27,28,29).

Hizmet sunumunda teknolojiden yararlanılan ve bilinçsiz hasta bakım oranının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde etik konularda karar verme zorlukları sağlık bakım profesyonelleri için hastanenin diğer birimlerine göre daha fazla yaşanmaktadır (19,30). Ortaya çıkan etik sorunların mutlaka çözülmesi gerekmekte ancak kritik hasta bakım hizmeti veriyor olmanın getirmiş olduğu sınırlı zaman ve koşulların kısıtlı olması nedeniyle çözüm süreci zor ve zahmetli olmaktadır (19,27,28,29).

Yoğun bakım hemşirelerinin en çok yararsız tıbbi tedavi, kardiyopulmoner canlandırma yapmama, bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların adil paylaşılması ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumları konusunda sorunlar yaşadığı bilinmektedir (8,19).

#### **2.4.1 Yararsız tıbbi tedavi**

Yararsız tıbbi tedavi; yararlı bir amaca hizmet etmeyen tümüyle hasta üzerinde etkisiz olan tedavilerdir (35). Amerikan Toraks Derneği (ATS), anlamlı bir sağkalımla sonlanma olasılığı çok düşük olan (highly unlikely) tedaviyi, tıbbi olarak yararsız (medically futile) olarak tanımlamaktadır (37). Yoğun Bakım Tıbbi Derneği (Society for Critical Care Medicine) ise uygulanan girişimin tıbbi olarak yararsız olduğu kanısına varılmadan önce, hedeflenen amacı yerine getirmede başarısız olunacağından emin olunması koşulunu öne sürmektedir (31). Yararsız tedavi kapsamında ortaya çıkan sorunların çözümünde iki farklı yol uygulanmaktadır; tedaviyi başlatmama ya da tedaviyi sonlandırmadır (32).

Hekim tarafından nitel veya nicel yaklaşımla bir tedavinin yararsız olduğu tespit edildiğinde, bu tedavinin esirgenmesi ya da sonlandırılması etik açıdan uygundur (19,33). Özellikle terminal dönemde agresif yaşam destek tedavilerinin hastanın

linik seyrinde olumlu bir gelişme göstermediği gibi aksine acı çekmesi, ağrı hissetmesine neden olduğu durumlarda tedavinin sonlandırılması etik açıdan uygundur (32,34,35).

Ülkemizde ise yararsız tedavi konusu, hem Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 2008 tarihinde yayınladığı Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporunda (36), hem de bunun güncellenmiş hali olan 2010 tarihli TTB Etik Bildirgelerinde işlenmiştir (37). Bu metinlerden olan 2010 tarihli Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirgede konuyla ilgili bölümler şu şekildedir (37):

1. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda ventilatör desteği hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir,
2. Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/ sıvı desteği sonlandırılabilir,
3. Hastanın yaşam niteliği çok düşük ise ve yaşam desteği sağlandığında yaşam niteliği iyileştirilemeyecekse hasta canlandırılmayabilir,
4. Kronik hastalığının seyrinde hastaya yaşam desteği sağlanması öngörülüyorsa, hastanın asıl hekimi hastanın yaşam desteği konusunda görüşünü sorgulamalı ve karar verme yeterliliğini yitirdiği olası durumlar için isteğini açıklamasını önermelidir,
5. Bu tür bir hasta iradesi bulunmadığı durumda hastanın vekiline yaşamı destekleyen tedavilerin hastaya olan yararı ayrıntılarıyla açıklanmalı ve kararları sorgulanmalıdır,
6. Özellikle yoğun bakım çalışanlarının yaşayabileceği etik ikilemlerle baş etmelerine yardımcı olacak “yaşamı destekleyen tedavilerin başlanması ya da sonlandırılmasına ilişkin ulusal ölçütler” belirlenmelidir.

#### **2.4.2 Kardiyopulmoner canlandırma yapmama (Do Not Resuscitate)**

Kardiyopulmoner resüsitasyon, kardiyak ya da respiratuar arrest geçirmekte olan hastalara yapılan müdahaledir. Amaç klinik ölümün engellenmesi ve hastayı eski sağlığına kavuşturmadır. Tıbbın ve teknolojinin ilerlemesi ile birlikte

kardiyopulmoner canlandırmadaki başarı şansı artmaktadır ancak geriatrik ve ciddi hastalığı olan hastaların resüsitasyon sonrası hayatta kalması durumunda yaşam kalitesi düşmekle birlikte prognozu kötü seyretmektedir (38,39). Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamalarının hangi hasta grupları üzerinde uygulanması ya da uygulanmaması gerektiği tartışmalı bir konu olmakla birlikte yoğun bakımlarda “kardiyopulmoner resüsitasyon yapmama” kararı çok sık karşılaşılan etik sorundur (19,40).

Tıbbi uygulamalarda “Do Not Resuscitate (DNR)” talimatı kullanılması 1980 yılından itibaren başlamıştır. DNR talimatı verilebilecek olan hasta grubu resüsitasyondan fayda görmeyecek olması ya da çok kötü bir prognoza sahip olmasıdır (38,39,40).

DNR; monitorize ve monitorize olmayan hastalara uygulanır ve resüsitasyon işlemlerinin hiçbiri başlatılmaz. Literatürde Do Not Institute CPR dan da bahsedilmektedir; yalnız monitorize hastalara uygulanır, resüsitasyon ekibi çağırılmaz, entübasyon, mekanik ventilasyon ve kalp masajı uygulanmaz. Other Treatment Limitations; hayatı tehdit eden koşulların tedavisinin (kardiyoversiyon, yoğun bakıma alınma vb.) sınırlandırılmasıdır (30).

Ülkemizde DNR kararı ile ilgili yasal bir düzenleme olmadığı gibi uygulamada net bir karar da söz konusu değildir. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu’nda hastanın yaşam kalitesi düşük ise ve yaşamsal destek sağlandığında bu yaşam kalitesi yükselmeyecek ise hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon yapılmamalıdır ilkesine vurgu yapılmaktadır (36).

Türk Ceza Hukukun da ötanazi ile ilgili özel bir hüküm yoktur. Ötanazi kişinin hayatına son vermeyi gerektirdiği için kasten adam öldürme suçu sayılmakta, hakim cezayı hafifletici sebepleri göz önüne almakta ve fail buna göre cezalandırılmaktadır. TCK’nın 81. maddesinde kasten adam öldürmeye verilecek ceza belirtildikten sonra 82. maddede nitelikli haller sayılmıştır . Türkiye’de, aktif ötanazi, kasten adam öldürme suçu olarak kabul edilmektedir (TCK madde 81), oysa hekimin tehlike hali olmasına rağmen, diğer bir deyişle hastanın öleceğini öngörmesine rağmen hastanın talebi üzerine tedaviyi sona erdirmesi, taksirle adam öldürme suçunu oluşturmaktadır (41).

Hasta Hakları Yönetmeliği ikinci bölüm Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

madde 13' de ise; "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez" ifadesi yer almıştır (42).

### 2.4.3 Bilgilendirilmiş onam

Bilgilendirilmiş onam (tıbbi onam), hastanın kendisi ile ilgili bir konuda hekime tıbbi olanakları istediği gibi kullanma yetkisi vermesidir (43). Bilgilendirilmiş onam alma kavramı tedavi ve girişimler konusunda hasta otonomisi ile eylem planının seçilmesidir (19,44).

Bilgilendirilmiş onam almanın hukuki temelleri bulunmakla birlikte aynı zamanda etik bir zorunluluktur. Hastanın yapılacak olan girişimi, uygulamayı ve tedaviyi kabul veya reddetmesi için şu üç şartın muhakkak yerine getirilmesi gerekmektedir (43);

1. Hekim üzerinde işlem ya da sağıltım uygulayacağı hastaya yeterli bilgi vermelidir.
2. Hasta, kendisine uygulanacak işlem veya sağıltım hakkında karar vermek için yeterli kapasiteye sahip olmalıdır. Başka bir deyişle "farik ve mümeyyiz" olmalıdır.
3. İzin ya da red eylemi hastanın özgür iradesiyle, kişi veya kurumların zorlaması olmadan gerçekleşmelidir.

Hasta hakları ve etik ilkeler doğrultusunda hastaların kendilerine uygulanacak olan işlemi ve tedaviyi kabul etme ve reddetme hakkı vardır.

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların karar verme yeterliliği konfüzyon, dezoryantasyon, metabolik hastalık, organik hastalığa bağlı psikoz, ağrı ve sedasyon tedavisi nedeniyle azalabilir ya da geçici bir süre olmayabilir (19, 44, 45).

Yoğun bakım ünitelerinde bilgilendirilmiş onam alma süreçleri hastaların içinde buldukları klinik süreç nedeniyle etik sorunlar oluşturmaktadır. Hastaların karar verme kapasiteleri sürekli ve tekrarlı bir şekilde kontrol edilmeli ve hatta bilinç düzeyinde değişim olmadan önce kişinin kendisi için yasal bir vekil belirlemesi konusunda hasta desteklenmelidir (44, 45).

Yoğun bakımlarda acil karar alma ve acil girişimlerde bulunma zorunluluğunun olduğu durumlar dışında hastanın veya yasal vekilinin bilgilendirilme ve karar verme hakkı korunmalıdır (19). Sağlık profesyonelleri ve karar vericiler arasında fikir birliğine varılamadığında ya da vekil kararının hasta yararına olmadığı durumlarda taraflar tekrar konuşmalı, bilgilendirilmeli, uzlaşma sağlanamadığı durumda ise tıbbi etik konsültasyona başvurulmalıdır (43, 44, 45).

#### **2.4.4 Sınırlı kaynakların adil paylaşılması**

Yoğun bakım üniteleri ve yoğun bakım yatakları değerli ve kıt kaynaklardır. Bu kaynakların paylaşım kararı objektif veriler ışığında alınmalıdır (19, 46).

Sınırlı kaynakların adil paylaşımı sağlanırken keyfi kararların alınmaması için objektif kabul ve taburculuk kriterlerinin olması gerekmektedir (2). Sağlık çalışanlarına adil paylaşım ilkesine uyumu sağlaması gerektiğini bildiren madde en açık şekilde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 10. maddesiyle ‘‘ Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır’’ şeklinde belirtilmiştir (42).

Sınırlı kaynakların kullanımı ile ilgili yapılan bir araştırma sonucunda hemşirelerin, hasta başı monitörlerinin eksik olduğu durumlarda hangi hastaya bağlamaları gerektiği, birine bağladığında diğer hastanın kötüleşmesi durumu ve yoğun bakım hastasının yer olmadığı için servise nakledilmesi konusunda tedirgin olduklarını belirttikleri belirlenmiştir (6).

Yoğun bakımlarda kaynakların adil paylaşımında yararlılık, kötü davranmama, özerklik ve adalet ilkeleri doğrultusunda tıbbi olarak mortalitesi düşük, tamamen iyileşebilme durumu söz konusu olan hastalar için yatakların ayrılması gerekmektedir (46, 47).



#### **2.4.5 Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu**

Yoğun bakım hemşireleri hastanın durumunda meydana gelen değişiklikleri ilk fark ederek, hayatı tehlikeye sokacak olan durumların tespitini sağlayarak kriz durumunu yönetir. Kriz durumlarının yönetiminde hızlı karar alması gerekmekte ve bu durum da etik sorunları oluşturmaktadır (6,19).

Etik sorunların algılanmasında hemşireler ve hekimler arasında temel farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar hekimlerin karar verme sorumluluğundan ve hemşirelerin ise alınan kararların uygulayıcısı konumunda olmasından kaynaklanmaktadır (19). Pediatrik yoğun bakım ünitesinde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin karar almada sessiz kaldıkları, güçsüzlük, üzüntü, kızgınlık ve düş kırıklığı hissettikleri saptanmıştır (7).

#### **2.5 Etik karar verme ve hemşirelik**

Bir disiplin üyesi için etik kavramı, disiplin üyelerinin paylaştığı evrensel boyutta ortak değerlerdir. Değerler felsefesi olarak da adlandırılan bu kavram, yaşamsal değerlerle sorunları çözüme kavuşturan, karar ve eylemlere rehber olan kuramlar geliştiren bilimsel ve insancıl bir alandır (48). Tıbbi etik değer ve davranışları, görev anlayışı, erdemlilik, bireyin esenliğinin sağlanması gibi nitelermeler sağlık personelinin rollerini tanımlamada rehber olmuştur (48,49).

Hemşireler bakımını üstlendiği bireyi, değerleri, inanç ve tutumları, sergilemiş olduğu davranışları ile bir bütün olarak değerlendirir ve bireyin eşsizliğine inanır. Her bireyin üstün hizmet alma hakkının olduğuna inanır ve bu inançları doğrultusunda da etik yaklaşımı esas almalıdır (49).

Doğum ve ölüm, hastalık ve sağlık, neşe ve keder gibi zıt duyguları deneyimleyen hemşireler için birey ve yakınları ile kurmuş olduğu ilişkide kendi ahlaki değerlerini ve görüşlerini göz ardı ederek tarafsız kalması çok güçtür (50).

Bakım vermeyi ahlaki bir değer olarak tanımlayan Veatch (1987) ve Fry (1988) hemşirelik uygulamalarında kullanılabilecek dört altın ölçüt belirlemiştir;

- Evrensel bir değer olarak düşünülmeli ve benzer koşullardaki tüm insanlara uygulanmalıdır.

- Kişinin davranışlarına rehber olacak tüm değerlerin yüklendiği dayanak, toplam son bir değer gibi algılanmalıdır.
- Bireyin tercih etmiş olduğu değer kesintisiz bir hakkıdır.
- Bakımdan sorumlu olan hemşirenin değer ve inançları bireyden ne kadar farklı olursa olsun etik açıdan birincil değer, hasta ya da sağlıklı bireyin esenlik halidir (49).

Kritik bir yaşam dönemini deneyimleyen hasta ve ailesine en yakın konumda hizmet sunan yoğun bakım hemşireleridir. Bireyin içinde bulunduğu durumu anlayarak yardım sürecinde insani değerlere bağlı kalması bir hemşire için vazgeçilmez bir unsurdur (49). Bu sürecin içinde olan hemşireler, hasta ve yakınları ile kurmuş olduğu ilişkide birey ile birlikte düşünerek, bakımı sorumluluğunda olan hasta için değerli olanı seçebilmeli, karar verebilmeli ve uygulayabilmelidir (51).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşireleri zarar vermeme/yararlılık, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik ilkelerinin uygulanmasında etik sorunlar yaşamaktadırlar (19, 52).

### **2.5.1 Etik karar verme süreci**

Karar verme eylemi, birey ve görev arasındaki etkileşimde iki veya daha fazla seçeneğin değerlendirilerek en uygun ve yararlı olanın seçilmesindeki zihinsel süreç olarak ifade edilir (53). Karar verme hemşirenin önemli mesleki becerilerindedir ve hemşirenin klinikte kaliteli ve güvenli hasta bakımı için uygun ve doğru kararlar verme sorumluluğu vardır (54). Hasta bakımı ile ilgili kurumsal durumlar, mesleki konular ve günlük uygulamalarında çok sık karar verme durumlarını gerektirir(55).

Klinik karar verme sürecinde hemşirenin, hastanın durumunu yakından gözleyerek elde ettiği verileri değerlendirmesi ve nedenlerini eleştirel açıdan değerlendirerek sorgulaması ve hipotezlere ulaşması gerekmektedir (52).

Klinik karar verme, profesyonel hemşirelik bakımında istenen hemşirelik bakımına ulaşmak için bir dizi kararları içinde barındıran karmaşık bir süreçtir. Yoğun bakım hemşirelerinin kritik hasta bakımı veriyor olması ise bu süreci daha çok zorlaştırmaktadır (52,53).

İngiltere’de on bir hemşire ile yapılan bir çalışmada iki saatlik servis ziyaretinde,

hemşirelerin on sekiz farklı karar verdiği, yani her yirmi dakikada üç kez karar verdiği belirlenmiştir (56).

Yoğun bakım hemşireleri etik kararlar alırken birinci planda bireyin esenliğini gözeterek, durumu tanımalı ve amacını belirlemeli, nedenleri araştırmalı, verileri değerlendirmeli, birey için en uygun, en etkin ve uygulanabilir olanı seçmelidir. En önemlisi karar zamanında alınmış olmalıdır (27).

Etik karar verme, etik duyarlılık düzeyinde gelişmeye ve ahlaki konularda düşünme yetisine bağlıdır. Bu karar verme modelinde, kararı kim vermelidir, var olan seçenekler nelerdir, tüm seçeneklerin iyi ya da kötü yanları nelerdir, hedeflenen amaç ya da sonuç nedir gibi soruların cevabı aranır.

Etik karar verme bir süreçtir. Yoğun bakım ünitelerinde ise etik sorunlara yaklaşım için birçok model bulunmaktadır. Dört gözeli etik karar verme modeli kolay ve uygulanabilir bir yöntemdir. Bu yöntemde tıbbi girişimin endikasyonları, hastanın tercihleri, yaşam kalitesi ve çevresel faktörler değerlendirilerek karar verilir. Süreç içerisinde tıbbi durumun ve girişimin acil, kronik ve akut olup olmadığı, tedavinin amacı ve başarı oranı, başarısızlık durumunda yapılabilecekler gözden geçirilir. Bireyin esenliği ve özerklik haklarına da saygı gösterilerek karar verme süreci tamamlanır (19,52).

### **2.5.2. Etik kodlar**

Profesyonel bir meslek olan hemşireliğin ilk etik kodu Florence Nightingale Andı ile şekillenmiş, sır saklama, yararlı olma, tehlikeli olandan kaçınma, zararlı olanı uygulamama gibi mesleki değerleri oluşturmuştur (19, 57).

Globalleşen dünya gereksinimleri doğrultusunda bu etik kodlar tekrar gözden geçirilmiş ve Uluslar Arası Hemşirelik Konseyi (ICN-International Council of Nurses) tarafından 1923 yılında revize edilmiştir (58).

Hemşireliğin doğasını oluşturan üç temel bileşen, saygılı davranmak, onur için yaşama ve seçme hakkı, kültürel hakları kapsayan insan haklarına saygıdır. Uluslar Arası Hemşirelik Konseyi' nin etik kodları etik davranış standartlarını dört ana başlıkta özetlemiştir; hemşireler ve insanlar, hemşireler ve uygulama, hemşireler ve meslek, hemşireler ve meslektaşlar (58, 59).

Hemşirelik alanında oluşturulan bu etik kodlar meslek üyelerinin karşılaşılabilecekleri etik sorunlar karşısında mantıklı, nesnel ve doğru kararlar verebilmeleri için rehber oluşturmaktadır. Yoğun bakım bilimi, teknolojisi ve hemşireliği hızla gelişmekte, ilerlemekte ve karmaşıklaşmaktadır (19,57,58). Yoğun bakım hemşireleri nitelikli ve üstün bir hizmet sunabilmeleri için kendilerini geliştirmeli ve mesleki kodlarına bağlı kalmalıdır.

### **2.5.3. Etik kurullar**

Etik kurullar, sağlık çalışanlarının mevcut hizmet halinde iken karşılaştıkları etik sorunları çözmeye yardımcı olan, etik konusunda farkındalık yaratmaya çalışan hastane politikaları ve etik rehberler oluşturan kurullardır (59).

Hastane etik kurulları temelinde hasta odaklı hizmet sunumunun geliştirilmesi, hastaların iyilik, esenlik durumunun korunmasını amaçlayan yapılardır. Kurulun üç temel amacı;

1. Kendilerine getirilen konunun etik yönden incelenmesi
2. Bu durum karşısında alınacak kararı belirleme
3. Klinik çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının ilgili konuda eğitilmeleri ve bilgilendirilmelerinin sağlanmasıdır (59,60).

Globalleşen dünya gereksinimleri ve ilerleyen teknoloji ile her geçen gün değişen, gelişen yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik sorunların çözümünde aktif olabilmeleri için mesleki yeterliliklerinin en üst düzeyde olması, temel etik ilkeler ve yasal mevzuatlara hakim olmaları ve ekip çalışması anlayışını benimsemiş olmaları gerekmektedir (14,59).

### **2.6. Hemşirelikte etik karar vermeyi etkileyen faktörler**

Ortaya çıkan etik sorunlar karşısında etik karar verme, etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde eleştirel olarak düşünme yetisine bağlıdır. Bu süreçte kararı kim vermelidir, var olan seçenekler, kurallar, zorluklar, tüm seçeneklerin iyi ya da kötü sonuçları gibi soruları kapsar (19,52,59). Hemşireler, etik

sorunların çözümünde çıkmaza düştüklerinde hastanelerin etik kurul komitelerini, tüm kaynakları ve sürecin kapsadığı herkesle iletişim halinde olmalıdır (52).

## **2.7 Etik (ahlaki) duyarlılık**

Etik duyarlılık çelişkilerle dolu durumlarda ahlaki değerler ya da kişinin var olan durum içinde kendi rol ve sorumluluklarının farkına varması olarak tanımlanır (62, 63).

Ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olan duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması, hissedilmesi olarak algılanmaktadır. Etik sorunu saptama yeteneği olarak tanımlanan duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamalıdır. Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de etik sorunları çözme, açıklık getirme, etik bir ikilemi çözme ve ikilemlere bağlı gelişebilecek olan çatışmaları önleyebilmektedir (1).

Bir profesyonel olarak yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını, etik değerleri temel alarak yerine getirmeleri beklenmektedir.

Hemşirelerin, etik problemleri tanınması ve çözümleyebilmesi konusunda doğru kararları alabilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir (11). İnsan sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilen bir sağlık profesyoneli, hastayı holistik olarak değerlendirerek sosyal, yasal, ekonomik ve kurumsal koşulları da göz önünde bulundurarak karar verme süreçlerinde etkin rol alabilir (19).

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının yüksek olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunmasının yanı sıra, hastalara verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyebilecek bir durumdur (28).

Hemşirelik eğitim programında okutulması gereken konular arasında ilk sırada, meslek etiği bulunmaktadır (65). Müfredat içerisinde yer vererek, hemşireyi etik ve sorumlu davranmaya, mesleki yaşantısında etik karar verecek duruma getirmeyi amaçlamaktadır (28). Bu amaç doğrultusunda, hemşirelik eğitim müfredatlarında, etik dersine yer verilmektedir. Ayrıca etik karar verme yeterliliğinin geliştirilmesinde, mezuniyet sonrası eğitim programları da önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığının yoğun bakım hemşireliği eğitim programı uygulanmasına dair yayınladığı yönergede eğitim programının kapsamında etik konusu da yer almaktadır (64).

Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilir, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemek ile devam ettirilir (11).

Etik eğitimler ve etik kültür anlayışının oluşturulması ve benimsenmesi de etik sorunların oluşumunun engellenmesinde önemli bir faktördür. Etik kültürün ve duyarlılığın gelişmesinde ve yerleştirilmesinde öncelikli olarak üst yönetim liderlik yapmalı, etik kod ve ilkeler tanımlanmalı, önem ve gerekleri tüm çalışanlara aşılmalıdır. Hastane etik kurulları oluşturulmalı ve bu kurullar içerisinde hemşireliği temsil eden bir hemşire bulundurulmalı, bu kurula bağlı bir hemşirelik hizmetleri etik komitesi oluşturulmalı ve etik danışmanlardan yararlanılmalıdır (19).

Etik yaklaşımı etkileyen faktörlerden biri de kurumun sergilemiş olduğu etik iklim algısıdır. Etik iklim, kurumsallaşmış örgütsel değerler, uygulama ve işlemlere karşı etik sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında çalışanların olaya nasıl baktıkları ve nasıl çözüm önerileri getirdiğidir (66). Etik sorunlarla karşı karşıya kalan hemşireler etik kod ve etik kurullara başvurmalıdır (19).

Yoğun bakım ünitelerinde etik anlayışın ve yaklaşım modelinin benimsenmesi ile doğru yada yanlışın tanımlanmasının yanı sıra kararların nasıl daha doğru ve verimli uygulanabileceğine yardımcı olunabilir (19,62).

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın yeri ve tarihi**

Araştırma, İstanbul il sınırları içerisinde hizmet vermekte olan bir özel hastaneler grubunun yoğun bakım ünitelerinde 01.04.2017-30.04.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **Kozyatağı Acıbadem Hastanesi**

Acıbadem Sağlık Grubu'nun üçüncü hastanesi olan Acıbadem Kozyatağı Hastanesi 2004 yılında hizmete açılmıştır Tıbbın tüm branşlarında hizmet veren hastane, onkoloji ile beyin ve sinir cerrahisi alanlarında çalışmaların yoğunlaştırıldığı hizmetler sunmaktadır. 84 kapasitesine sahip olan hastanede dört ameliyathane ve sekiz genel yoğun bakım yatağı yer almaktadır.

#### **Kadıköy Acıbadem Hastanesi**

Acıbadem Sağlık Grubu'nun ilk hastanesi olan Acıbadem Kadıköy Hastanesi, İstanbul'un Anadolu yakasındaki Acıbadem semtinde 1991 yılından bu yana hizmet sunmaktadır. Tüp bebek merkezi, meme sağlığı, diyabet, checkup , ortopedi ve jinekolojik onkoloji birimleri yer alan hastanede yüksek riskli kalp ameliyatları ile yetişkin ve pediatrik el cerrahisi kapsamında diz, omuz, omurga, kalça gibi ortopedik operasyonlar yapılmaktadır. 138 yatak kapasitesi, 23 yoğun bakım yatağı bulunan hastane genel yoğun bakım ünitesi ve koroner yoğun bakım ünitesi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

#### **Maslak Acıbadem Hastanesi**

2009 yılında hizmet vermeye başlayan Acıbadem Maslak Hastanesi'nde tüm branşlarda güncel teknolojiye sahip medikal teknolojiler kullanılmaktadır. Hastane meme sağlığı, robotik cerrahi, obezite, tüp bebek, kalp sağlığı, checkup birimleri yer almakta ayrıca baş ağrısı kliniği, cinsel işlev bozuklukları kliniği, diyabet kliniği ve uyku bozuklukları kliniği ile de hastalara hizmet sunmaktadır. 191 yatak kapasiteli hastanede, 27 yoğun bakım yatağı ve 9 ileri seviyede steril 15 ameliyathane yer almaktadır.

#### **Fulya Acıbadem Hastanesi**

Acıbadem Fulya Hastanesi 2010 yılında hizmete girmiştir. Tam donanımlı, tek kişilik ve gün ışığı alan yoğun bakım ünitelerine ek olarak 3. basamak neonatal yoğun bakım ünitesi, uyku laboratuvarı, check up merkezi, menopoz kliniği, crohn ve kolit merkezi, anorektal

hastalıklar merkezi, performans laboratuvarı, izokinetik ölçüm sistemi, üst ve alt vücut propriosepsiyon değerlendirme alanı ve rehabilitasyon havuzları da hastanede yer almaktadır. 114 kapasitesine sahip olan hastanede, 7 ameliyathane ve 16 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

### **International Acıbadem Hastanesi**

International Hospital markasıyla 1989 yılında hastalarını kabul etmeye başlayan hastane, 2005 yılında Acıbadem Sağlık Grubu'na katılmıştır. Organ Nakli Merkezi birimi kapsamında böbrek nakli konusuna yoğunlaşan International Hastanesi'nde Kalp Sağlığı, Tüp Bebek ve Meme Sağlığı alanında yoğunlaşmış tıbbi birimlerde hizmet verilmektedir. Genel yoğun bakım, açık kalp cerrahisi yoğun bakım, koroner yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri olan hastanede toplam 26 adet yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Ayrıca, hasta mahremiyetini sağlayabilmek için yoğun bakım servislerinde hastaya özel yoğun bakım odası düzeni mevcuttur. 99 yatak kapasitesine sahip olan hastanenin ayrıca 22 adet de hasta gözlem yatağı bulunmaktadır.

### **Bakırköy Acıbadem Hastanesi**

Acıbadem Bakırköy Hastanesi 2000 yılında, Acıbadem Sağlık Grubu'nun Avrupa yakasındaki ilk hastanesi olarak hizmete girmiştir. Acıbadem Bakırköy Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde riskli ve ciddi hastalıkları olan yenidoğanlara, neonatoloji ve pediatri uzmanlarının yanı sıra tüm yan dallarda, çocuk cerrahisi uzmanları ve yenidoğan hemşireleri tarafından hizmet verilmektedir. Ayrıca çocuk ve yetişkin kalp sağlığı, pediatriğin tüm alt dalları ile birlikte navigasyon ile beyin cerrahisi, varis tedavisi, obezite ve meme sağlığı alanlarında da yoğunlaşmış birimlerle hizmet verilmektedir. Hastanenin 130 yatak kapasitesi, 7 ameliyathanesi, 26 yoğun bakım yatağı ve acil durum transferleri için helikopter pisti bulunmaktadır.

### **Atakent Acıbadem Hastanesi**

Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi, Ocak 2014 tarihinde hizmete açılmıştır. Tıbbın tüm branşlarına yer veren hastane, Acıbadem Üniversitesi'nin 'üniversite hastanesi' olarak hizmet vermektedir. 278 yatak kapasitesine sahip Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi'nin ayrı konumlandırılan KVC yoğun bakım ünitesinde 14, genel yoğun bakım ünitesinde 10 ve grup genelinde bir ilk olan pediatrik yoğun bakım ünitesinde ise 6 yatak bulunmaktadır. Anjiyo da dâhil olmak üzere birçok ünite tarafından kullanılan derlenme alanında ise 29 ve kemoterapi alanında 32 yatak yer almaktadır.



## **Taksim Acıbadem Hastanesi**

2015 Ekim ayında hizmete açılan Acıbadem Taksim, tam teşekkülü bir hastane olarak hizmet vermektedir. Acıbadem Taksim Hastanesi'nde genel cerrahi, estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, kadın doğum, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, göz, KBB ve üroloji alanlarında hizmet verilmektedir. 99 yatak kapasiteli hastanede, 6 ameliyathane, genel yoğun bakım ünitesinde 2 izolasyon olmak üzere 10 yatak, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 1 izolasyon olmak üzere 7 yatak kapasitesi bulunmaktadır.

Acıbadem Sağlık Grubu, Hemşirelik Direktörlüğü tarafından kurum içi, hizmet içi ve sınıf içi eğitim programlarının sürdürüldüğü ve etik komitelerin bulunduğu büyük bir hastaneler zinciridir.

### **3.2 Araştırmanın tipi**

Bu araştırma, yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin; etik duyarlılık düzeylerinin, yoğun bakımlarda sık karşılaşılan etik sorunlara yaklaşımlarına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

### **3.3 Araştırmanın evreni ve örneklemi**

Acıbadem Sağlık Grubu'nun İstanbul'da bulunan hastanelerinin genel yoğun bakım, KVC ve koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturdu. Örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek dahil edilme kriterlerine uyan (yoğun bakım ünitesinde en az üç aydır çalışmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, tüm anket sorularını cevaplayan) tüm hemşireler araştırmanın örneklemini oluşturdu. Yoğun bakımlarda çalışmakta olan 211 hemşirenin 161' i ne ulaşıldı. 19 kişinin izinde olması, 31 kişinin de araştırmaya dahil olmak istememesi nedeniyle araştırmaya dahil edilemedi. Araştırma %76.30' luk katılım oranı ile tamamlandı. Tablo1'de araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayıları ve araştırmaya katılan hemşire sayıları yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılan hemşire sayıları**

Şube	Bölüm	Ünitadaki Hemşire Sayısı (n)	Ulaşılan Hemşire Sayısı (n)
Kozyatağı	GYBÜ	35	32
	GYBÜ	14	14
Kadıköy	Koroner	9	9
	KVC	8	8
	KVC	14	13
Bakırköy	GYBÜ	16	14
	GYBÜ	27	27
Atakent	Koroner	9	0
	KVC	21	0
	GYBÜ	12	9
Taksim	GYBÜ	11	10
Fulya	GYBÜ	18	16
International	GYBÜ	17	9
Maslak	GYBÜ		
<b>Toplam</b>		<b>211</b>	<b>161</b>

### 3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgiler Formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Etik Konulara Yaklaşım Anketi ile elde edildi.

#### 3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu:

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda yoğun bakım hemşirelerine ait demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, deneyim süresi vb) ile hemşirelerin etik konulara ilişkin eğitim alma ve kendilerini yeterli bulma durumları ile etik duyarlılığın geliştirilmesine yönelik önerilerinin yer aldığı 11 adet sorudan oluşmaktadır.

#### 3.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA):

Ahlaki Duyarlılık Anketi, etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından geliştirilmiş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde (1994, İsveç, Stockholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde, daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. Otuz ifadeden oluşan yedili likert tipte olan anketteki ifadeler, 1 puan=Tamamen katılıyorum, 7 puan=Hiç katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Bir puan tamamen

katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmekte olup, alınabilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması etik açıdan düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan yüksek duyarlılığı göstermektedir. Anketin otonomi (otonomi ilkesine ve hastanın tercihlerine saygı duymayı yansıtır), yarar sağlama (hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemleri yansıtır), bütüncül yaklaşım (hem hastaya zarar vermeyecek, hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade eder), çatışma (içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtır), uygulama (eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi gösterir), oryantasyon (sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtır) olmak üzere altı alt boyutu vardır. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Tosun (2003) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa değeri 0.84 olarak bildirilmiştir.

#### **3.4.3. Etik Konulara Yaklaşım Anketi:**

Araştırmacı tarafından, literatür taramaları sonucunda yoğun bakımlarda en sık karşılaşılan etik sorunları kapsayan beş konu ve bu konuya ait soruların örnek vaka kapsamında değerlendirilmesi istenmiştir. Toplam yirmi iki adet sorudan oluşmaktadır.

**Tablo 2. Etik sorunlara yaklaşım anketi konuları ve soru sayısı**

<b>Etik sorun</b>	<b>Soru Sayısı</b>
Yararsız Tıbbi Tedavi	5
Do Not Resuscitate (canlandırmama)	4
Bilgilendirilmiş Onam	4
Sınırlı Kaynakların Adil Paylaştırılması	5
Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumu	4
<b>Toplam</b>	<b>22</b>

Sorular katılıyorum, katılmıyorum, kararsızım şeklinde seçeneklerden oluşturulmuştur. Ölçüm aracının kapsam geçerliliği için uzman görüşü alındı ve ankete son şekli verildi.

Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini; 1=Uygun değil, 2=Madde uygun şekilde getirilmeli, 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor ve 4=Çok uygun olacak şekilde düzenlenmiş dördümlü bir çizelge üzerinde işaretlemeleri ve açıklamada bulunmaları istendi.

Uzman görüşleri sonunda Kendall Uyuşum Katsayısı  $W^a$  (*Kendall's Coefficient Of Concordance*) korelasyon testi uygulandı ( Ek 6).

Uzmanların Yararsız Tıbbi Tedavi ile ilişkili maddelere genel açıklama açısından verdikleri puanlar (Kendall's  $W=0,400$ ,  $p=0,171$ ), DNR (Do Not Resuscitate) ile ilişkili maddelere genel açıklama açısından verdikleri puanlar (Kendall's  $W=0,200$ ,  $p=0,494$ ), Bilgilendirilmiş Onam ile ilişkili maddelere genel açıklama açısından verdikleri puanlar (Kendall's  $W=1,0$ ,  $p=0,999$ ) ve Sınırlı Kaynakların Adil Paylaştırılması ile ilişkili maddelere genel açıklama açısından verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı (Kendall's  $W=0,250$ ,  $p=0,406$ ), Hemşirelerin Yetki-Yetersizlik Durumları ile ilişkili maddelerine genel açıklama açısından verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır (Kendall's  $W=0,750$ ,  $p=0,029$ ) (Ek 6). Uzman görüşleri doğrultusunda ifadeler yeniden düzenlenerek ankete son şekli verildi.

### **3.5 Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi**

Araştırma verileri 01.04.2017/30.04.2017 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama amacıyla anketler uygulanmadan önce yoğun bakımlarda çalışan hemşireler sözlü ve anket formunda bulunan açıklama ile yazılı olarak bilgilendirildi ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerin formu doldurmaları sağlandı. Anketler bizzat araştırmacı tarafından dağıtıldı ve aynı gün içerisinde geri toplandı.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik paket programında kodlandı ve analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ki kare testlerinin yanı sıra iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi olarak t testi ve

ikiden fazla gruplarda ANOVA kullanıldı.  $p < 0.05$  değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **Araştırmanın etik yönü**

Araştırma Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulunun 09.06.2016 tarih 2016/10 Sayılı ATADEK Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, 2016-10/1 karar numarası ile tıbbi etik yönünden uygun bulunarak gerçekleştirilmiştir. (Ek 4) Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin hemşirelik hizmetleri direktörlüğü ve tıbbi direktörlüklerinden de yazılı izinler alınmıştır (Ek 5).

### **Araştırmanın Sınırlıkları**

Araştırma yoğun bakım hemşirelerine yönelik olduğu için elde edilen sonuçlar hastanedeki tüm hemşire grubuna ve çalışmanın yapıldığı kurum dışında daha geniş popülasyona genellenemez.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde anketlerden elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular Tanıtıcı Bilgiler Formuna, Ahlaki Duyarlılık Anketine ve Etik konulara yaklaşım Anketine verilen yanıtlara göre gruplandırılmıştır.

### 4.1.Tanıtıcı bilgiler formuna verilen yanıtlara ilişkin bulgular

**Tablo 3. Tanıtıcı Bilgiler**

		n	%
Yaş	18-22	60	37,3
	23-27	76	47,2
	28 ve üstü	25	15,5
Cinsiyet	Kadın	121	75,2
	Erkek	40	24,8
Eğitim Durumu	Lise	50	31,1
	Ön lisans	25	15,5
	Lisans	80	49,7
	Yüksek lisans/ Doktora	6	3,7
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	44	27,3
	1-5 Yıl Arası	85	52,8
	5 Yıldan Fazla	32	19,9
Görev	Yönetici hemşire	9	5,6
	Klinik eğitim hemşiresi	6	3,7
	Ekip lideri	24	14,9
	Hemşire	122	75,8
Görev yeri	Genel yoğun bakım	124	77,0
	KVC yoğun bakım	23	14,3
	Koroner yoğun bakım	14	8,7
<b>TOPLAM</b>		<b>161</b>	<b>100</b>

Tablo 3’de çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı bilgileri yer almaktadır. Hemşirelerin %47,2’si (n=76) 23-27 yaş aralığında, %75,2’si (n=121) kadın, %49,7’si (n=80) lisans mezunu idi. Örneklem grubunun %52,82i (n=85) 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip, %75,8’i (n=122)’i hemşire olarak görev yapmakta ve

%77'si (n=124) genel yoğun bakım ünitesinde çalışmaktaydı. Hemşirelerin etik eğitimine ilişkin gereksinim ve görüşleri Tablo 4'de yer verilmektedir.

**Tablo 4. Hemşirelerin etik eğitime ilişkin gereksinim ve görüşleri**

	n	%
<b>Etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs aldınız mı?</b>		
Hayır	36	22,4
Mesleki eğitimim sırasında aldım	<b>94</b>	<b>58,4</b>
Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	18,6
Etik ile ilgili toplantı ve eğitimlere katıldım	1	0,6
<b>Etik konusunda eğitime gereksininiz olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		
Hayır	77	47,8
Evet	<b>84</b>	<b>52,2</b>
<b>Etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?</b>		
Hayır	58	36,0
Evet	<b>103</b>	<b>64,0</b>
<b>Etik çelişkilerin verimliliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?</b>		
Hayır	44	27,3
Evet	<b>117</b>	<b>72,7</b>
<b>Sizce hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla neler yapılabilir?</b>		
Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	<b>43</b>	<b>26,7</b>
Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	16,8
Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımı sağlanmalı	<b>51</b>	<b>31,7</b>
Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	24,8
<b>TOPLAM</b>	<b>161</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %22,4'ü (n=36) etik ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtirken, eğitim alanların %58,4'ü (n=94) etik eğitimini mesleki eğitimi sırasında aldığını. %52,2'si (n=84) ise etik ile ilgili eğitime gereksinimi olduğunu bildirdi. Çalışmaya katılan hemşirelerin %64'ü (n=103) etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmekte, %72,7'si (n=117) etik çelişkilerin verimliliğini etkilediğini düşünmekte idi. Hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla neler yapılabileceği sorgulandığında %31,7 (n=51) oranında sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması önerisi elde edildi.





#### 4. 2. Ahlaki Duyarlılık Anketine verilen yanıtlara ilişkin bulgular

**Tablo 5. ADA ve alt boyutlarının tanımsal bulguları**

	Ort	Ss	Min.	Max.
<b>Otonomi</b>	21	6,56	7	47
<b>Yarar Sağlama</b>	12,88	4,06	4	26
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	13,19	4,93	5	34
<b>Çatışma</b>	12,51	3,73	3	21
<b>Uygulama</b>	13,96	3,86	4	28
<b>Oryantasyon</b>	9,90	4,76	4	27
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam</b>	<b>95,11</b>	<b>20,68</b>	<b>32</b>	<b>193</b>

Tablo 5’te ADA ve alt boyutlarının tanımsal bulguları verilmektedir. Hemşirelerin Ahlaki duyarlılık anketi puan ortalaması  $95,11 \pm 20,68$  olarak belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde otonomi alt boyutu  $21 \pm 6,56$ , yarar sağlama alt boyutu  $12,88 \pm 4,06$ , bütüncül yaklaşım alt boyutu  $13,19 \pm 4,93$ , çatışma alt boyutu  $12,51 \pm 3,73$  “uygulama” alt boyutu  $13,96 \pm 3,86$  ve oryantasyon alt boyutu puan ortalaması ise  $9,90 \pm 4,76$  olarak bulundu (Tablo 5).

**Tablo 6. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımı**

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	18-22	60	95,86	22,43	0,327	0,722
	23-27	76	93,80	18,89		
	28 ve üstü	25	97,28	22,06		
<b>Otonomi</b>	18-22	60	20,60	6,90	1,264	0,285
	23-27	76	20,69	6,34		
	28 ve üstü	25	22,92	6,32		
<b>Yarar Sağlama</b>	18-22	60	13,33	4,11	1,400	0,250
	23-27	76	12,98	4		
	28 ve üstü	25	11,72	4,06		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	18-22	60	13,40	5,67	0,177	0,838
	23-27	76	12,94	4,14		
<b>Çatışma</b>	18-22	60	12,36	4,15	0,352	0,704
	23-27	76	12,76	3,35		
	28 ve üstü	25	12,12	3,86		
<b>Uygulama</b>	18-22	60	14,26	4,06	0,750	0,474
	23-27	76	13,57	3,82		
	28 ve üstü	25	14,44	3,48		
<b>Oryantasyon</b>	18-22	60	9,76	4,81	1,862	0,159
	23-27	76	9,47	4,42		
	28 ve üstü	25	11,56	5,47		

Tablo 6’da ADA toplam puanı ve alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının yaş grup değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi( $p>0.05$ ).

**Tablo7. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımı**

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Kadın	121	95,43	20,87	0,347	0,729
	Erkek	40	94,12	20,31		
<b>Otonomi</b>	Kadın	121	21,14	6,63	0,478	0,633
	Erkek	40	20,57	6,42		
<b>Yarar Sağlama</b>	Kadın	121	12,92	4,05	0,236	0,814
	Erkek	40	12,75	4,14		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Kadın	121	12,95	4,82	-1,084	0,280
	Erkek	40	13,92	5,23		
<b>Çatışma</b>	Kadın	121	12,81	3,76	1,801	0,074
	Erkek	40	11,60	3,52		
<b>Uygulama</b>	Kadın	121	14,11	3,86	0,838	0,403
	Erkek	40	13,52	3,87		
<b>Oryantasyon</b>	Kadın	121	9,64	4,80	-1,215	0,226
	Erkek	40	10,70	4,62		

Tablo 7’de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımı verilmektedir, t-testi sonucuna göre hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplamı ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre dağılımı**

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Lise	50	92,68	20,34	0,369	0,775
	Ön lisans	25	97,44	17,28		
	Lisans	80	95,81	21,34		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	96,33	29,93		
<b>Otonomi</b>	Lise	50	19,98	5,66	0,849	0,469
	Ön lisans	25	21,96	6,14		
	Lisans	80	21,17	6,98		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	23,33	9,54		
<b>Yarar Sağlama</b>	Lise	50	12,18	4,03	1,294	0,278
	Ön lisans	25	13,84	3,67		
	Lisans	80	13,12	4,15		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	11,50	4,23		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Lise	50	13,38	5,19	0,054	0,984
	Ön lisans	25	13,28	5,08		
	Lisans	80	13,03	4,60		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	13,33	7,31		
<b>Çatışma</b>	Lise	50	12,44	3,79	0,352	0,787
	Ön lisans	25	11,88	4,03		
	Lisans	80	12,73	3,74		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	12,83	1,47		
<b>Uygulama</b>	Lise	50	13,12	3,57	1,617	0,188
	Ön lisans	25	14,64	4,28		
	Lisans	80	14,38	3,82		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	12,66	4,17		
<b>Oryantasyon</b>	Lise	50	10,54	4,17	0,866	0,460
	Ön lisans	25	10	4,70		
	Lisans	80	9,36	4,85		
	Yüksek lisans/ Doktora	6	11,500	8,14		

Tablo 8’de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre dağılımı gösterilmektedir. Yapılan t-testine göre hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi

toplamı ve alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	1 Yıdan Az	44	95,04	22,34	0,127	0,881
	1-5 Yıl Arası	85	95,72	19,57		
	5 Yıdan Fazla	32	93,56	21,74		
<b>Otonomi</b>	1 Yıdan Az	44	20,20	7,41	0,457	0,634
	1-5 Yıl Arası	85	21,25	6,16		
	5 Yıdan Fazla	32	21,43	6,43		
<b>Yarar Sağlama</b>	1 Yıdan Az	44	12,81	3,86	1,346	0,263
	1-5 Yıl Arası	85	13,28	3,97		
	5 Yıdan Fazla	32	11,90	4,50		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	1 Yıdan Az	44	13,22	4,99	0,344	0,710
	1-5 Yıl Arası	85	13,41	5,04		
	5 Yıdan Fazla	32	12,56	4,62		
<b>Çatışma</b>	1 Yıdan Az	44	12,95	3,22	0,415	0,661
	1-5 Yıl Arası	85	12,35	3,95		
	5 Yıdan Fazla	32	12,34	3,84		
<b>Uygulama</b>	1 Yıdan Az	44	14,52	4,35	0,630	0,534
	1-5 Yıl Arası	85	13,72	3,43		
	5 Yıdan Fazla	32	13,84	4,24		
<b>Oryantasyon</b>	1 Yıdan Az	44	9,09	5,09	0,984	0,376
	1-5 Yıl Arası	85	10,09	4,75		
	5 Yıdan Fazla	32	10,53	4,33		

Tablo 9. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre dağılımını göstermektedir. Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplamı ve alt boyutlarının puan ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev değişkenine göre dağılımı**

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Yönetici Hemşire	9	90	17	0,268	0,848
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	91,66	13,54		
	Ekip Lideri	24	96,20	17,17		
	Hemşire	122	95,44	21,90		
<b>Otonomi</b>	Yönetici Hemşire	9	19	4,61	0,983	0,403
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	19,16	4,95		
	Ekip Lideri	24	22,70	5,45		
	Hemşire	122	20,91	6,92		
<b>Yarar Sağlama</b>	Yönetici Hemşire	9	12,22	4,57	2,171	0,094
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	13	4,98		
	Ekip Lideri	24	11,04	3,35		
	Hemşire	122	13,28	4,05		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Yönetici Hemşire	9	12,33	2,82	0,544	0,653
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	11,33	3,72		
	Ekip Lideri	24	13,91	4,51		
	Hemşire	122	13,20	5,18		
<b>Çatışma</b>	Yönetici Hemşire	9	14,33	2,91	0,812	0,489
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	11,83	3,54		
	Ekip Lideri	24	12,29	3,90		
	Hemşire	122	12,45	3,76		
<b>Uygulama</b>	Yönetici Hemşire	9	11,88	2,52	1,397	0,246
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	15	4,14		
	Ekip Lideri	24	14,79	3,87		
	Hemşire	122	13,91	3,90		
<b>Oryantasyon</b>	Yönetici Hemşire	9	10,33	4,97	0,058	0,981
	Klinik Eğitim Hemşiresi	6	9,66	4,96		
	Ekip Lideri	24	9,62	3,62		
	Hemşire	122	9,94	4,98		

Tablo 10’da ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplamı ve tüm alt boyutlarının puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık

gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı görüldü( $p>0.05$ ).

**Tablo 11. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev yeri değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p	Fark
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	95,24	19,51			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	98,60	23,67	1,112	0,332	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	88,21	25,27			
<b>Otonomi</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	21,09	6,41			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	21,43	6,94	0,426	0,654	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	19,50	7,54			
<b>Yarar Sağlama</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	12,91	3,91			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	14,08	4,70	<b>3,376</b>	<b>0,037</b>	<b>2&gt;3</b>
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	10,57	3,56			
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	13,29	4,81			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	13,43	5,29	0,509	0,602	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	11,92	5,48			
<b>Çatışma</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	12,43	3,70			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	13,43	4,11	1,048	0,353	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	11,71	3,36			
<b>Uygulama</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	13,95	3,61			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	14,30	4,54	0,161	0,852	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	13,57	4,92			
<b>Oryantasyon</b>	(1)Genel Yoğun Bakım	124	10,02	4,61			
	(2)KVC Yoğun Bakım	23	10,04	5,05	0,536	0,586	
	(3)Koroner Yoğun Bakım	14	8,64	5,75			

Tablo 11’de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev yeri değişkenine göre dağılımı verilmektedir. Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplamı ve otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutları puan ortalamalarının görev yeri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı

( $p>0.05$ ). Bununla birlikte hemşirelerin yarar sağlama alt boyutu puan ortalamalarının görev yeri değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulundu ( $F=3,376$ ;  $p=0,037<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Görev yeri KVC yoğun bakım olan hemşirelerin yarar sağlama alt boyutundan aldıkları puanlar ( $14,08 \pm 4,70$ ), görev yeri koroner yoğun bakım olan hemşirelerin puanlarından ( $10,57 \pm 3,56$ ) yüksek bulundu.





**Tablo 12. ADA toplam ve alt boyut puanlarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p	Fark
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	(1) Hayır	36	96,33	16,86			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	94,19	22,20	0,217	0,805	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	96,46	20,68			
<b>Otonomi</b>	(1) Hayır	36	21,55	5,71			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	20,58	7,10	0,497	0,609	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	21,73	5,90			
<b>Yarar Sağlama</b>	(1) Hayır	36	12,41	3,62			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	12,86	3,98	0,541	0,583	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	13,46	4,86			
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	(1) Hayır	36	14,05	4			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	12,79	5,30	0,858	0,426	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	13,33	4,78			
<b>Çatışma</b>	(1) Hayır	36	11,88	3,75			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	12,91	3,66	1,366	0,258	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	11,96	3,94			
<b>Uygulama</b>	(1) Hayır	36	13,69	3,59			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	13,91	3,84	0,415	0,661	
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	14,53	4,32			
<b>Oryantasyon</b>	(1) Hayır	36	11,77	4,27			
	(2) Mesleki eğitimim sırasında aldım	94	9,21	4,85	3,881	<b>0,023</b>	<b>1&gt;2</b>
	(3) Hizmet içi eğitimde bahsedildi	30	9,86	4,68			

Tablo 12’de ADA toplam ve alt boyut puanlarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama puanları ortalamalarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ). Hemşirelerin oryantasyon puanları ortalamalarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3,881$ ;  $p=0,023<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs almayan hemşirelerin oryantasyon puanları ( $11,77 \pm 4,27$ ), etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma mesleki eğitimim sırasında alan hemşirelerin oryantasyon puanlarından ( $9,21 \pm 4,85$ ) yüksek bulundu.

**Tablo 13. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünme değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	T	p
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Hayır	77	95,37	19,67	0,155	0,877
	Evet	84	94,86	21,67		
<b>Otonomi</b>	Hayır	77	20,67	6,49	-0,611	0,542
	Evet	84	21,31	6,66		
<b>Yarar Sağlama</b>	Hayır	77	13,58	3,83	2,123	<b>0,035</b>
	Evet	84	12,23	4,18		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Hayır	77	13,16	4,76	-0,058	0,954
	Evet	84	13,21	5,10		
<b>Çatışma</b>	Hayır	77	13,03	3,87	1,713	0,089
	Evet	84	12,03	3,55		
<b>Uygulama</b>	Hayır	77	13,46	4,31	-1,585	0,115
	Evet	84	14,42	3,35		
<b>Oryantasyon</b>	Hayır	77	9,39	4,09	-1,321	0,188
	Evet	84	10,38	5,28		

Tablo 13’de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünme değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yarar sağlama puan ortalamalarının etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=2,123$ ;  $p=0,035<0,05$ ). Etik konusunda eğitime gereksinimi olmadığını düşünen hemşirelerin yarar sağlama puanları (13,58), etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünen hemşirelerin yarar sağlama puanlarından (12,23) yüksek bulundu.

Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam, otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon puanları ortalamalarının etik konusunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	T	p
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Hayır	58	93,89	18,05	-0,558	0,577
	Evet	103	95,79	22,07		
<b>Otonomi</b>	Hayır	58	21,31	5,88	0,440	0,661
	Evet	103	20,83	6,94		
<b>Yarar Sağlama</b>	Hayır	58	11,82	3,95	-2,511	<b>0,013</b>
	Evet	103	13,47	4,02		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Hayır	58	14	3,93	1,566	0,119
	Evet	103	12,73	5,37		
<b>Çatışma</b>	Hayır	58	10,46	3,13	-5,721	<b>0,000</b>
	Evet	103	13,67	3,55		
<b>Uygulama</b>	Hayır	58	14,34	3,11	0,927	0,356
	Evet	103	13,75	4,22		
<b>Oryantasyon</b>	Hayır	58	10,98	4,65	2,173	<b>0,031</b>
	Evet	103	9,30	4,74		

Tablo 14’ de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yarar sağlama puanları ortalamalarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=-2.511$ ;  $p=0.013<0,05$ ). Etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli gören hemşirelerin yarar sağlama puanları (13,47), etik problemleri fark etmek ve

bunları çözmek için kendini yeterli görmeyen hemşirelerin yarar sağlama puanlarından (11,82) yüksek bulundu.

Hemşirelerin çatışma puanları ortalamalarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=-5.721$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli gören hemşirelerin çatışma puanları (13,67), etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmeyen hemşirelerin çatışma puanlarından (10,46) yüksek bulundu.

Hemşirelerin oryantasyon puanları ortalamalarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=2.173$ ;  $p=0.031<0,05$ ). Etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmeyen hemşirelerin oryantasyon puanları (10,98), etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli gören hemşirelerin oryantasyon puanlarından (9,30) yüksek bulundu.

Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam, otonomi, bütüncül yaklaşım, uygulama puanları ortalamalarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	T	p
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	Hayır	44	98,705	15,436	1,355	0,177
	Evet	117	93,761	22,245		
<b>Otonomi</b>	Hayır	44	21,841	5,247	0,989	0,324
	Evet	117	20,692	6,994		
<b>Yarar Sağlama</b>	Hayır	44	13,000	3,918	0,225	0,822
	Evet	117	12,838	4,133		
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	Hayır	44	13,773	4,011	0,915	0,361
	Evet	117	12,974	5,233		
<b>Çatışma</b>	Hayır	44	12,659	3,888	0,298	0,766
	Evet	117	12,462	3,692		
<b>Uygulama</b>	Hayır	44	14,409	3,135	0,887	0,377
	Evet	117	13,803	4,101		
<b>Oryantasyon</b>	Hayır	44	11,477	4,380	2,609	<b>0,010</b>
	Evet	117	9,316	4,792		

Tablo 15’de ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin oryantasyon puanları ortalamalarının etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=2.609$ ;  $p=0.010<0,05$ ). Etik çelişkilerin verimliliği etkilemediğini düşünen hemşirelerin oryantasyon puanları (11,47), etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünen hemşirelerin oryantasyon puanlarından (9,31) yüksek bulundu.

Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama puanları ortalamalarının etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. ADA toplam puanı ve alt boyutlarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
<b>Ahlaki Duyarlılık Anketi</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	96,16	15,09		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	93,59	21,11		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	96,31	25,07	0,223	0,880
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	93,47	19,96		
<b>Otonomi</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	22,18	5,18		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	19,74	6,47		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	21,43	7,63	1,154	0,329
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	20,05	6,44		
<b>Yarar Sağlama</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	12,41	3,26		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	12,66	4,37		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	13,05	4,38	0,380	0,767
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	13,30	4,28		

<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	14,14	4,23		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	13,77	4,50		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	13,07	5,87	1,562	0,201
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	11,92	4,43		
<b>Çatışma</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	10,58	3,26		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	12,51	3,78		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	13,25	3,63	6,311	0,000
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	13,65	3,62		
<b>Uygulama</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	14,20	3,06		
	(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	13,14	4,28		
	(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	14,35	3,89	0,660	0,578
	(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	13,77	4,30		
<b>Oryantasyon</b>	(1) Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli	43	11,88	3,88	3,659	0,014

(2) Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı	27	9,55	4,41
(3) Sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması	51	9,25	5,30
(4) Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı	40	8,85	4,67

Tablo 16’da ADA toplam puanı ve alt boyutlarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin çatışma puanları ortalamalarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=6,311$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması diyen hemşirelerin çatışma puanları ( $13,25\pm3,63$ ), hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli diyen hemşirelerin çatışma puanlarından ( $10,58\pm3,26$ ) yüksek bulundu. Hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı diyen hemşirelerin çatışma puanları ( $13,65\pm3,62$ ), hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli diyen hemşirelerin çatışma puanlarından ( $10,58\pm3,26$ ) yüksek bulundu.



Hemşirelerin oryantasyon puanları ortalamalarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3,659$ ;  $p=0,014<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli diyen hemşirelerin oryantasyon puanları ( $11,88\pm3,88$ ), hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması diyen hemşirelerin oryantasyon puanlarından ( $9,25\pm5,30$ ) yüksek bulundu. Hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları düzenlenmeli diyen hemşirelerin oryantasyon puanları ( $11,88\pm3,88$ ), hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı diyen hemşirelerin oryantasyon puanlarından ( $8,85\pm4,67$ ) yüksek bulundu.

Hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama puanları ortalamalarının hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla yapılabilecekler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ).

### 4.3. Etik Konulara Yaklaşım Anketine verilen yanıtlara ilişkin bulgular

**Tablo 17. Etik Konulara Yaklaşım Anketi ifadelerine verilen cevapların dağılımı**

		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
		n	%	n	%	n	%
<b>Yararsız Tıbbi Tedavi</b>	Hekim, hasta için yararsız tıbbi tedavi kararı almış ise bu kararın uygulayıcısı olarak istenileni yapmalıyım.	68	42	58	36	35	22
	Uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim.	18	11	115	71	28	17
	Yararsız tıbbi tedavi kararı alınan hastaya uygulanan hemşirelik bakım hizmetleri de sonlandırılmalıdır.	38	24	111	69	12	7
	Yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.	111	69	27	17	23	14
	Hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkartması gerektiğini, aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu iletirim.	114	71	30	19	17	11
<b>DNR (Do Not Resuscitate)</b>	Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.	89	55	41	25	31	19
	DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.	43	27	79	49	39	24
	Hekimin almış olduğu DNR kararının uygulayıcısı konumunda olmak vicdan azabı çekmeme neden oluyor.	78	48	51	32	32	20
	Bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.	98	61	32	20	31	19
<b>Bilgilendirilmiş Onam</b>	Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.	70	43	65	40	26	16
	Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.	25	16	125	78	11	7
	Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.	129	80	16	10	16	10
	Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.	82	51	59	37	20	12

<b>Sınırlı kaynakların adil paylaşılması</b>	Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.	<b>88</b>	<b>55</b>	47	29	26	16
	Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.	<b>120</b>	<b>75</b>	30	19	11	7
	Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.	<b>67</b>	<b>42</b>	56	35	38	24
	Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.	<b>112</b>	<b>70</b>	26	16	23	14
	Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.	<b>67</b>	<b>42</b>	64	40	30	19
<b>Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumları</b>	Bir hemşire olarak klinik bakım sürecinde hasta üzerinde etik, ahlaki ve mesleki değerlerim doğrultusunda söz hakkım olabileceğini düşünmüyorum.	52	32	<b>98</b>	<b>61</b>	11	7
	Terminal dönemdeki Hasta bakımının planlanmasında kendimi yeterli görmediğim için hekim onayı beklerim.	34	21	<b>104</b>	<b>65</b>	23	14
	Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.	<b>94</b>	<b>58</b>	39	24	28	17
	Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.	<b>88</b>	<b>55</b>	35	22	38	24

Tablo 17’de etik konulara yaklaşım anketi ifadelerine verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Hemşireler yararsız tıbbi tedavi başlığı altında sorulan, “hekim, hasta için yararsız tıbbi tedavi kararı almış ise bu kararın uygulayıcısı olarak istenilene yapmalıyım.” ifadesine %42,2 (n=68)’si katılıyorum, “uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim.” ifadesine %71,4 (n=115)’i katılmıyorum, “ yararsız tıbbi tedavi kararı alınan hastaya uygulanan hemşirelik bakım hizmetleri de sonlandırılmalıdır.” ifadesine %68,9 (n=111)’u katılmıyorum, “yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.” ifadesine %68,9 (n=111)’u katılıyorum, “hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkartması gerektiğini, aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu iletirim.” ifadesine %70,8 (n=114)’i katılıyorum yanıtını verdiler.

Hemşireler Do Not Resuscitate (DNR) başlığı altında sorulan, “hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.” ifadesinde %55,3 (n=89)’ü katılıyorum, “ DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.” ifadesine %49,1 (n=79)’i katılmıyorum, “hekimin almış olduğu DNR kararının uygulayıcısı konumunda olmak vicdan azabı çekmeme neden oluyor.” ifadesine %48,4 (n=78)’ü katılıyorum, “bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.” ifadesine %60,9 (n=98)’u katılıyorum yanıtını verdiler.

Hemşireler, bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorulan, “bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.” ifadesine %43,5 (n=70)’i katılıyorum, “ hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.” ifadesine %77,6 (n=125)’sı katılmıyorum“ sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.” ifadesine %80,1 (n=129)’i katılıyorum, “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.” ifadesine %50,9 (n=82)’u katılıyorum yanıtını verdiler.

Hemşireler sınırlı kaynakların adil paylaşılması başlığı altında sorulan, “hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.” ifadesine %54,7 (n=88)’si katılıyorum, “hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama) baz alınmalıdır.” ifadesine %74,5 (n=120)’i katılıyorum, “kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.” ifadesine %41,6 (n=67)’sı katılıyorum, “hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.” ifadesine %69,6 (n=112)’sı katılıyorum“ sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine %41,6 (n=67)’sı katılıyorum yanıtını verdiler. .

Hemşireler, hemşirelerin yetki yetersizlik durumu başlığı altında sorulan“ bir hemşire olarak klinik bakım sürecinde hasta üzerinde etik, ahlaki ve mesleki değerlerim doğrultusunda söz hakkım olabileceğini düşünmüyorum.” ifadesine

%60,9 (n=98)'u katılmıyorum, “terminal dönemdeki hasta bakımının planlanmasında kendimi yeterli görmediğim için hekim onayı beklerim.” ifadesine %64,6 (n=104)'sı katılmıyorum, “acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.” ifadesine %58,4 (n=94)'ü katılıyorum, “etik sorunların çözümünde “hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.” ifadesine %54,7 (n=88)'si katılıyorum yanıtını verdiler.



#### 4.4. Ahlaki duyarlılık anketi ve etik konulara yaklaşım anketi ilişkisinin değerlendirilmesi

**Tablo 18. Ahlaki duyarlılık anketi ile etik konulara yaklaşım anketi ilişkisi**

		ADA Toplam puanı				
		n	Ort	Ss	F	p fark
Hekim, hasta için	(1)Katılıyorum	68	93,20	17,83		
yararsız tıbbi tedavi kararı almış ise bu kararın uygulayıcısı olarak istenileni yapmalıyım.	(2)Katılmıyorum	58	96,67	23,17		
	(3)Kararsızım	35	96,22	21,74	0,502	0,606
Uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim.	(1)Katılıyorum	18	91,77	17,80		
	(2)Katılmıyorum	115	95,80	20,59		
	(3)Kararsızım	28	94,39	23,12	0,313	0,731
Yararsız tıbbi tedavi kararı alınan hastaya uygulanan hemşirelik bakım hizmetleri de sonlandırılmalıdır.	(1)Katılıyorum	38	98,73	23,94		
	(2)Katılmıyorum	111	93,63	19,11		
	(3)Kararsızım	12	97,33	23,78	0,937	0,394
Yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.	(1)Katılıyorum	111	96,20	21,38		
	(2)Katılmıyorum	27	96,70	17,59		
	(3)Kararsızım	23	87,95	19,87	1,625	0,200
Hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkartması gerektiğini, aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu	(1)Katılıyorum	114	94,43	21,97		
	(2)Katılmıyorum	30	97,86	16,81		
	(3)Kararsızım	17	94,76	18,37	0,326	0,722

iletirim.						
Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.	(1)Katılıyorum	89	95,18	19,97	1,364	0,259
	(2)Katılmıyorum	41	91,53	23,63		
	(3)Kararsızım	31	99,64	18,09		
DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.	(1)Katılıyorum	43	93,04	23,62	0,350	0,705
	(2)Katılmıyorum	79	96,32	16,70		
	(3)Kararsızım	39	94,92	24,54		
Hekimin almış olduğu DNR kararının uygulayıcısı konumunda olmak vicdan azabı çekmeme neden oluyor.	(1)Katılıyorum	78	95,52	21,34	0,736	0,481
	(2)Katılmıyorum	51	96,86	21,71		
	(3)Kararsızım	32	91,31	17,17		
Bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.	(1)Katılıyorum	98	93,62	20,15	0,742	0,478
	(2)Katılmıyorum	32	96,31	16,24		
	(3)Kararsızım	31	98,58	25,95		
Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika'da olduğu için hekim imzalayabilir.	(1)Katılıyorum	70	93,88	21,67	1,452	<b>0,03</b>
	(2)Katılmıyorum	65	93,90	20,38		
	(3)Kararsızım	26	101,4	18,08		
Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.	(1)Katılıyorum	25	95,72	25,11	1,243	0,291
	(2)Katılmıyorum	125	94,17	17,74		
	(3)Kararsızım	11	104,36	36,30		
Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler	(1)Katılıyorum	129	95,26	22,33	0,050	0,951
	(2)Katılmıyorum	16	95,43	11,54		
	(3)Kararsızım	16	93,56	13,05		

arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.							
Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.	(1)Katılıyorum	82	91,03	18,46			
	(2)Katılmıyorum	59	102,27	20,57			
					5,927	<b>0,003</b>	<b>2&gt;3</b>
Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.	(1)Katılıyorum	88	93,14	23,56			
	(2)Katılmıyorum	47	97,36	17,39			
	(3)Kararsızım	26	97,69	14,74	0,876	0,418	
Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.	(1)Katılıyorum	120	93,76	22,13			
	(2)Katılmıyorum	30	100,70	15,48			
	(3)Kararsızım	11	94,54	14,23	1,359	0,260	
Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.	(1)Katılıyorum	67	96,04	20,26			
	(2)Katılmıyorum	56	95,50	23,90	0,294	0,746	
	(3)Kararsızım	38	92,89	16,13			
Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.	(1)Katılıyorum	112	94,90	22,45			
	(2)Katılmıyorum	26	97,50	13,06			
	(3)Kararsızım	23	93,43	19,05	0,252	0,777	
Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim	(1)Katılıyorum	67	97,31	20,56			
	(2)Katılmıyorum	64	90,26	15,45	3,257	<b>0,041</b>	<b>2&lt;3</b>



yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.	(3)Kararsızım	30	100,53	28,00			
Bir hemşire olarak klinik bakım sürecinde hasta üzerinde etik, ahlaki ve mesleki değerlerim doğrultusunda söz hakkım olabileceğini düşünmüyorum.	(1)Katılıyorum	52	97,25	20,80			
	(2)Katılmıyorum	98	93,40	21,23			
					0,940	0,393	
	(3)Kararsızım	11	100,18	13,47			
Terminal dönemdeki Hasta bakımının planlanmasında kendimi yeterli görmediğim için hekim onayı beklerim.	(1)Katılıyorum	34	99,50	20,77			
	(2)Katılmıyorum	104	93,62	21,61			
					1,036	0,357	
	(3)Kararsızım	23	95,34	15,31			
Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.	(1)Katılıyorum	94	92,35	19,70			
	(2)Katılmıyorum	39	102,48	23,49	3,454	<b>0,034</b>	<b>2&gt;1</b>
	(3)Kararsızım	28	94,10	17,71			
Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.	(1)Katılıyorum	88	91,29	20,80			
	(2)Katılmıyorum	35	101,62	23,87			<b>2&gt;1</b>
					3,715	<b>0,026</b>	
	(3)Kararsızım	38	97,94	14,98			

Hemşirelerin ADA toplam puanları ortalamalarının “Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.” ifadesine verdiği yanıtı göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova)

sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=5,927$ ;  $p=0.003<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. “Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.” ifadesine yanıtı katılmıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanları ( $102,27 \pm 20,57$ ), “Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.” ifadesine yanıtı katılıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanlarından ( $91,03 \pm 18,46$ ) yüksekti.

Hemşirelerin ADA toplam puan ortalamaları ile “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine verilen yanıtlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3,257$ ;  $p=0.041<0.05$ ). “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı ‘katılıyorum’ olan hemşirelerin ada toplam puanları ( $97,31 \pm 20,56$ ), “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı katılmıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanlarından ( $97,31 \pm 20,56$ ) yüksek idi. “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı kararsızım olan hemşirelerin ADA toplam puanları ( $100,53 \pm 28,00$ ), “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı katılmıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanlarından ( $97,313 \pm 20,569$ ) yüksek idi.

Hemşirelerin ADA toplam puanları ortalamalarının “Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.” ifadesine verdiği yanıtı göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3,454$ ;  $p=0.034<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. “Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.” ifadesine yanıtı katılmıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanları ( $102,48 \pm 23,49$ ), “Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi

başlatabilirim.” ifadesine yanıtı katılıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanlarından ( $92,351 \pm 19,705$ ) yüksek bulundu.

Hemşirelerin ADA toplam puanları ortalamalarının “Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.” ifadesine verdiği yanıtı göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3,715$ ;  $p=0.026<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. “Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı katılmıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanları ( $101,62 \pm 23,87$ ), “Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.” ifadesine yanıtı katılıyorum olan hemşirelerin ADA toplam puanlarından ( $91,29 \pm 20,80$ ) yüksek bulundu.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal sorunu olan ve yoğun tıbbi ve hemşirelik bakımına gereksinim duyan hastaların bulunduğu birimlerdir. Verilen hizmetin doğası gereği yoğun bakımlarda çalışan hemşireler birçok etik sorun ile karşılaşmaktadır. Hemşireler mesleki felsefelerinden dolayı hasta merkezli bakım vericilerdir ve sağlık ekibi içerisinde etik konulara yaklaşımları bu hümanistik bakış açısı ve klinik uygulamadaki deneyimleri ve çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (77).

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır. Tartışma ahlaki duyarlılık ölçeğine ilişkin bulguların, etik konulara yaklaşım anketine ilişkin bulguların ve ahlaki duyarlılık anketi ile etik konulara yaklaşım anketinin ilişkisinin tartışılması şeklinde üç ana başlıkta ele alınmıştır.

### 5.1 Ahlaki Duyarlılık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Klinik karar verme süreçlerinde etik sorunun tespiti ve çözüm safhalarında bireyin esenliği esas alınarak sonuçlandırılması gerekmektedir. Karar verme ve uygulama süreçlerinde en önemli iki değişkenin deneyim ve bilgi olduğu bilinmektedir. (67).

Bu araştırmada ADA toplam puanı ve alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin genç bir yaş grubunda olduğu tespit edildi. Genç yaş grubunda olan yoğun bakım hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerinin az olması, deneyim sahibi olmamaları ve buna bağlı olarak etik sorunlarla karşılaşma sayılarının az olması, etik sorunları fark etmede ise yetersiz olabilecekleri düşünüldü. Sonuçlara göre anlamlı bir fark bulunamamasının nedeni olarak orta ve ileri yaş gruplarında bulunan katılımcıların genç yaş grubunda olan katılımcı sayısına göre az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda da yoğun bakımlarda görevlendirilen hemşirelerin çoğunlukla genç yaş grubunda olduğu ve yaş faktörünün ahlaki duyarlılık üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir (68,69).

Etik tutum ve davranışlar üzerinde cinsiyet faktörünün etkili olduğu

düşünülmektedir. Kadınların erkeklerden daha hümanistik bir yaklaşım sergilediği, karar verirken daha fazla düşündükleri ve kararsızlık durumuyla daha çok karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (72). Tazegün ve Çelebioğlu'nun çalışmasında ise hemşirelerin cinsiyetlerine göre hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (71). Bu sonucun aksine cinsiyet farklılıklarının etik duyarlılık üzerine olan etkisinin incelediği bir meta analiz çalışmasında kadınların erkeklere göre yüksek duyarlılığa sahip olduğu tespit edilmiştir (78). Bu araştırmada ADA toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımında kadın ve erkek hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonucun araştırma kapsamına alınan erkek hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mezun olunan eğitim basamağı ve buna paralel değerlendirilen teorik bilgi ve bu bilginin kullanımı ahlaki konular da dahil olmak üzere karar verme süreçlerinde etkili bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Karar verme sürecinde teorik ve deneyimlere bağlı gelişen pratik bilginin kullanımı önemlidir. Hastanın sağlık durumunun karmaşık ya da basit olması hemşirenin karar verme yükünün belirlenmesinde rol oynamaktadır (67,75). Hemşirelerin mezun oldukları öğrenim derecesi ahlaki duyarlılıkları üzerinde etkili olabilir. Ön lisans, lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim almış olan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır, bu durumun eğitim sürecinde deontoloji ve etik konularında eğitim almış olmalarından kaynaklanmış olabileceği belirtilmektedir (72). Filizöz' ün çalışmasında ise yüksek lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerin yarar sağlama, lisans mezunu hemşirelerin ise çatışma boyutunda ahlaki duyarlılıklarının diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük puanlar aldıklarını belirlenmiştir (12). Çocuk hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ise sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunu olan hemşirelerin, yüksek lisans ve doktora derecesine sahip hemşirelere göre Otonomi boyutundan daha yüksek; eğitim durumu sağlık meslek lisesi ve lisans olan hemşirelerin ise ön lisans ve yüksek lisans/doktora olan hemşirelere göre Yarar Sağlama boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (71). Etik eğitiminin, ahlaki duyarlılık üzerindeki etkisinin farklı eğitim kurumlarında değerlendirildiği bir çalışmada eğitim süresinin daha fazla olduğu kurumda eğitim görmekte olan öğrencilerin ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (79). Buna

karşın hemşirelerin eğitim düzeylerinin ahlaki duyarlılıkları üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (3,9). Bu araştırmada ADA toplam puanı ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre dağılımına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırma kapsamına alınan hemşireler çoğunlukla lisans mezunu olmakla birlikte profesyonel meslek hayatına yeni atılmış olan kişilerdir. Bu durumun mesleki görev, rol ve sorumluluklarının bilincinde olan ve eğitim süresince etik, deontoloji dersleri almış olan hemşire grubu ve araştırmanın yapılmış olduğu kurumda hangi eğitim düzeyinde olursa olsun hemşirelerin hizmet içi eğitimlerde etik ile ilgili bilgiye ulaşabiliyor olmasından etkilendiği düşünülebilir.

Deneyim, hemşirelerin güven duygusunu arttırdığı gibi karar verme becerilerinin gelişmesinde rol oynayarak hastaya uygun girişim ve bakımın verilmesini sağlar ve yanlış karar alma olasılığını en aza indirir (70). Deneyim ayrıca, doğru karar vermek için verilerin yorumlanmasında mevcut bilişsel kaynakların etkin kullanılmasını sağlar (73). Bu durum etik sorunları fark edebilme, çözümüne yönelik girişimlerde bulunmada da önemlidir. Çalışma yılının etik yaklaşım üzerine etkisinin olduğu çalışmalarda belirtilmiştir (74). 1-5 yıl arasında çalışmakta olan hemşirelerin daha çok etik sorunlarla karşılaştığı, yeni mezun, 1 yıldan az çalışan hemşirelerin ise henüz çok deneyimleri olmadığı için etik sorunları fark edemedikleri, 5 yıldan fazla çalışan kişilerin ise etik sorunlara karşı duyarsız kaldıkları saptanmıştır. Genç ve mesleğe yeni başlayan hemşirelerin daha çok etik ikilemde kaldıkları ve bu durumun yeterli teorik ve pratik bilgiye sahip olmamaya sekonder gelişen özgüven eksikliğine bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (75). Yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki duyarlılığın incelendiği bir çalışmada mesleki deneyim süresinin otonomi ve çatışma alt boyutları puan ortalamasını etkilediği bildirilmektedir (9). Yapılmış olan çalışmada bir yıldan ve bir yıldan daha az çalışmakta olan hemşirelerin 11-15 yıl arasında çalışmakta olan hemşirelere göre çatışma ve otonomi alt boyutunda daha çok duyarsız oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde başka bir çalışmada da otonomi alt boyut puanlarına göre değerlendirildiğinde bir yıldan daha az sürede çalışmakta olan hemşirelerin deneyimli hemşirelere göre ahlaki duyarlılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (28). Mesleki deneyim yetersizliğinin hemşirelikte ahlaki duyarlılık gelişiminin önündeki engellerden biri olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar da

mevcuttur (80). Bu araştırmada ise ADA toplam puanı ve alt boyutlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre dağılımında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan hemşirelerin buyek bir çoğunluğu genç yaaş grubundadır ve buna bağlı olarak meslekte çalışma süreleri kısadır. Bu durum yoğun bakım hastaları ile yeni karşılaşan ve meslek hayatının başında olan hemşirelerin etik karar vermeyi gerektirecek sorunlarla karşıkarşıya henüz kalmamış olma yada yeterli farkındalık düzeyine ulaşmamış olmalarından kaynaklanabilir. Diğer taraftan deneyimli yoğun bakım hemşirelerinin meslekte geçirdikleri süre arttıkaa çok fazla etik sorunla karşılaşmaları nedeniyle duyarlılıkları azalmış olabilir.

ADA toplam puanı ve alt boyutlarının görev yaptığı pozisyon değişkenine göre dağılımına bakıldığında yönetici hemşire, klinik eğitim hemşiresi, ekip lideri ve staff hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya dahil olan yönetici hemşire ve eğitim hemşirelerinin sayılarının az olması bu sonuçta etkili olabilir.

Bireylerin alışma koşulları ve karşılaştıkları sorunlar, bu sorunların ozumnde üstlendikleri sorumluluklar konuya ilişkin duyarlılıklarını etkileyebilir. Bu araştırmada görev yeri değişkenine göre hemşirelerin ADA toplamından aldıkları puanlar farklılık oluşturmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna karşın yarar sağlama alt boyutunda (hemşirelik hizmetleri sunumunun bireye maksimum yarar sağlaması) kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puanları diğer bölümlerde çalışan hemşirelerin puanlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). KVC yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaşmış oldukları vaka grubunun özellikleri ve bakım süreçlerinin çok kapsamlı tanımlanmış bulunması, hemşirelerin hastaya yararlı olmaktan daha çok prosedürlerin tamamlanmasına odaklanmalarına neden olmuş olabilir.

Bireylerin zel bazı konularda eğitim alma durumları konuya olan ilgilerini etkileyebilir. Dikmen'in (2013) alışmasında hemşirelerin buyek bir kısmının hemşirelik eğitimi sırasında etik konusunda eğitim aldığı, diğer kısmının ise mezuniyet sonrası etik konusunda eğitim aldığı bu durumun etik duyarlılıkları arasında fark yaratmadığı bildirilmektedir (9). Başak'ın (2010) alışmasında ise hemşirelerin buyek bir çoğunluğunun mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almadığı ve mezuniyet sonrası eğitim almanın etik duyarlılık düzeyleri arasında fark

oluşturduğu bildirilmektedir (28). Etik kuralların ve ahlaki duyarlılığın klinik uygulamaya olan yansımalarının değerlendirildiği bir çalışmada ahlaki duyarlılığı yüksek olan hemşirelerin klinik uygulama alanında daha doğru yaklaşım sergilediği ve klinik alanda hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının geliştirilmesi için eğitim programlarının ve etik uygulamaların geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (81). Bu araştırmada ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs alma değişkenine göre anket toplam puanı üzerinde farklılık oluşturmadığı ( $p>0,05$ ), oryantasyon alt boyutunda ise (etik ve mesleki etik kavramlarını benimseme, farkında olma) mesleki eğitimi sırasında etik eğitimi almış olan hemşirelerde etik duyarlılık herhangi bir eğitim almamış ya da hizmet içi eğitim almış hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuç hemşirelerin mesleki değerlerinin oluşumunda temel eğitim basamağının önemini göstermektedir.

Bütüncül hasta bakımını benimseyen ve bireye yararlı olmayı ilke edinen profesyoneller için eğitim ve mesleki gelişim çok önemlidir. Araştırmada, etik konusunda eğitime gereksinim olduğunu düşünen hemşirelerin yarar sağlama alt boyutunda eğitime gereksinimi olduğunu düşünmeyen hemşire grubuna göre yüksek duyarlılık düzeyinde olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bireylerin kendini tanıması, belirli konularda gereksinimlerinin farkında olması aynı zamanda o konulardaki duyarlılıklarının da bir göstergesi olabilir.

ADA toplam puanı ve alt boyutlarının etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendini yeterli görme değişkenine göre dağılımına bakıldığında, yarar sağlama ve çatışma alt boyutunda kendisini yeterli gören hemşirelerin puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bireyin kendini yeterli görmesi yani öz yeterlilik derecesi, kişinin doğru ya da yanlış yaklaşımlarda bulunmasını ve etik sorunlar karşısında sorunun çözümünde nasıl bir rol alacağını belirleyen önemli bir faktördür. Öz yeterliliği düşük kişilere bakıldığında sorunların çözümünde gerçekleştirmeleri gereken eylemlerin zorluğuna inanmaları ve bu duruma bağlı olarak yaşadıkları kaygı ve stres düzeyindeki artış nedeniyle sorunlara bakış açısı daralmaktadır. Öz yeterliliği yüksek olan kişilere bakıldığında ise sorunların zorluk düzeyleri ne olursa olsun, karşı karşıya kaldıklarında rahat ve verimli olup sorunun çözümüne odaklandıkları görülmektedir. Öz yeterlilik düzeyi kendini gerçekleştirme ve sorunların çözümünde etkin rol alma açısından önemli bir faktördür (82).



Etik çelişkiler ile karşı karşıya kalan hemşirelerin çözüm yolları üretmesi ve doğru kararlar verebilmesinde, etik sorunları tanımlayabilir düzeyde olması ve bu sorunlarında hemşire- hasta ilişkisinde bakım ve tedavi süreçlerinde verimliliği etkileyebileceğinin farkında olması gerekir (71). ADA toplam puanı ve alt boyutlarının, etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünme değişkenine göre dağılımına bakıldığında oryantasyon alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu araştırma sonucuna göre etik çelişkilerin verimliliği etkilediğini düşünen hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyleri, etkilemediğini düşünen hemşirelere göre daha yüksekti. Bu durum etik sorunlarla daha sık karşılaşma, çözüm konusunda sıkıntı yaşama gibi deneyimlerle ilişkili olabilir.

Hemşirelerin, ahlaki duyarlılıklarının geliştirilmesine yönelik önerileri incelendiğinde “sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması” ve “etik konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi” gerektiğini belirttikleri görülmektedir. Hemşirelerin etik duyarlılıklarının geliştirilmesi yönünde neler yapılabileceğini araştıran çalışma sonuçlarına göre teorik etik eğitiminin yeterli olmadığı, etik eğitiminin klinik alanda uygulamalara yansıtılabilmesi için vaka tartışmalarının yapılması gerektiği, simülasyon ve klinik uygulama alanlarına hasta senaryolarının entegre edilmesi gerektiği belirlenmiştir (83).

Bireylerin yaşamlarının devamlılığına ilişkin kararlar vermek ve bu kararların getirdiği sonuçlar ve etik ikilemlerin sorumluluğunu almak sağlık profesyonelleri için ağır bir yük oluşturmaktadır. Bu sorumluluğun üstlenilmesinde karar vermeye destek olacak kaynakların bulunması ve ulaşılabilir olması önemlidir. Etik sorunların sınırlandırılması ve çözüme kavuşması için eğitim, uygulama ve araştırma alanlarında gelişime ihtiyaç vardır (84). Etik sorunların çözümünde hastane yönetiminin belirlemiş olduğu etik iklimsel yapının yeterli olmadığı durumların araştırıldığı çalışmada, hemşirelerin performanslarının azaldığı ve bölüm değişikliği talep ettikleri belirtilmektedir (85). Etik komiteler yönetimin çalışanların karşılaştıkları etik sorunların çözümünde destek alabilecekleri önemli kaynaklardır.

Hemşireler tarafından etik kurulların bilinme durumunun da araştırıldığı çalışmada hemşirelerin büyük bölümünün çalıştıkları hastanede bir etik kurul olup olmadığını bilmedikleri, etik komite bulunduğunu belirten hemşirelerin ise çatışma ve yarar

sağlama alt boyutlarında ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir (71). Bu araştırma sonucunda ise katılımcıların bir kısmı etik ile ilgili rehberlerin oluşturulması gerektiğini belirtmekte ve etik komitelerde hemşirelerin daha aktif rol almaları gerektiğini düşünmekteydi. Buna karşın birçok katılımcı hastanelerinde bulunan etik komitelerden haberdar değildi. Bu durum örneklem grubunun genç olması ve etik sorunlarla ilgili yeterli deneyimlerinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer taraftan karşılaşılan etik sorunların çözümünde aktif katılım sağlayamıyor da olabilirler.

## **5.2 Etik konulara yaklaşım anketine ilişkin bulguların tartışılması**

Yoğun bakım hemşirelerinin etik konularda en çok yaşam sonu bakım ve uygulamaları ile ilişkili sıkıntılar yaşadığı ve bu durumun hemşireler, hastalar ve hasta yakınları için olumsuz sonuçlar oluşturduğu belirtilmektedir (86). Araştırma kapsamında etik konulara yaklaşım anketi ile literatürde yoğun bakım hemşirelerinin en çok karşılaştıkları etik sorunlar; yararsız tıbbi tedavi, DNR (do not resuscitate), bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların adil paylaşılması, hemşirelerin yetki yetersizlik durumları başlıkları altında katılımcıların yaklaşımları değerlendirildi.

Yararsız tıbbi tedavi; hasta bireyin klinik seyirinde prognozunda semptomatik bulguların giderilmesinde, işlevsel bütünlüğünün sağlanmasında hasta yararına artık hiçbir etkinin sağlanamayacağı düşünüldüğünde hekim tarafından karar verilebilen tedavidir (6,8). Bu tedavi hemşireler açısından etik sorunlara yol açmakla birlikte bakım hizmetleri konusunda da yanlış kararlara yol açabilmektedir. Çobanoğlu' nun çalışmasında hemşireler, alınan yararsız tıbbi tedavi kararının vicdanlarını rahatsız ettiğini belirtmişlerdir (4). Yararsız tıbbi tedavi kararına ilişkin olarak hemşireler; hekimin almış olduğu kararın uygulayıcısı olarak isteneni yapması gerektiğini düşünmekte, bu nedenle zamanla mesleki profesyonellikten uzaklaşma, bağımsız rollerin fonksiyonunu yitirmesi ve mesleki tükenmişlik olgularına sebep olabilmektedir (19). Katılımcılar yararsız tıbbi tedavi kararı alındıktan sonra hekim istediği için karara itaat etmeleri gerektiğini düşünmektedir.

Bu sonucun hemşirelerin ekip içi ve ekipler arası platformlarda bağımsız ve profesyonel bir meslek grubuna mensup olduklarının ve hasta üzerinde savunucu, koruyucu ve eğitici rollerinin olduğu algısının tam olarak hissetmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ekip içinde hekimin lider konumunda olduğu algısı nedeni ile birçok hemşire bu ikileme karşı karşıya kaldığında sorunun çözümünde hekime başvurmaları gerektiğini düşünmektedir. Bununla birlikte etik konularda yol gösterecek rehberlere ve etik komitelere gereksinim duyduklarını ifade etmektedirler. Hemşirelik felsefesine uygun şekilde bireye yararlı olmayı benimseyen hemşirelerin büyük bir çoğunluğu tedavi süreçlerinin sonlandırılmasına karşın, bakım hizmetlerinin sonlandırılması gerektiğini düşünmemektedir. Bu durumun temel hemşirelik eğitimi sırasında kazandırılan değerlerle ilişkili olduğu düşünüldü.

DNR (Do Not Resuscitate/ kardiopulmoner canlandırma yapmama), kardiyak ya da solunumsal kaynaklı arrest vakalarında bireyin sistem ve fonksiyonlarının çalışabilirliğini sürdürerek hayatta kalabilmesini sağlayan desteklerin sağlanmamasıdır. Bu karar bireyin içinde bulunduğu klinik tablo, tercihleri ve prognozu göz önünde bulundurularak alınmalıdır. Batı ülkelerinde yasal olarak kabul gören DNR ülkemizde yasal mevzuat ve kararlarda bulunmamaktadır (4,6,8,30). Ülkemizde yasal olarak kabul edilmemesine rağmen cerrahi bilimler, nörolojik bilimler, anestezi ve reanimasyon, kardiyooloji ana bilim dallarından görüş alınarak, tıbbi cihaz ve malzeme eksiklikleri neden gösterilerek DNR kararının uygulandığı yönünde gözlemlerin olduğu bildirilmiştir (69). Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu'nda, hastanın yaşam kalitesi düşük ise ve yaşamsal destek sağlandığında yaşam kalitesi yükselmeyecekse hastaya canlandırma yapılmamalıdır ilkesine vurgu yapılmıştır (36). DNR kararının alınması, mesleki uygulamaları sırasında hemşirelerin sık karşılaştıkları etik sorunlar arasında yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu DNR kararının alınması ve uygulanmasında vicdan azabı çektiğini, DNR kararının alınması gerekiyor ise bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınlarının alması gerektiğini belirtmiştir.

Bilgilendirilmiş onam, hasta ya da sağlıklı bireyin kendisine yapılacak olan bir işlem hakkında hekim tarafından bilgilendirilmesi, bu bilgi üzerine düşünebilmesi ve kendi özgür hür iradesi ile kabul ya da reddetmesi ile sonlanan süreçtir. Kişi dilediği

zaman kararından vazgeçme hakkına sahiptir (36,37,76). Yapılacak olan işlemler kişilik hakkını ilgilendirdiğinden karar verme yetkisi sağlık çalışanlarının değil, hastanıdır. Hasta yerine karar vermek hastanın özerkliğini dikkate almamaktır. Bireyin bağımsızlığı ve özerkliğinin ihlalidir (71).

Araştırmaya katılan hemşirelerin lisans, ön lisans mezunu olmaları, hizmet içi eğitimlerinde etik konulardan ve yasal mevzuatlara yer verilmesinden dolayı bu başlık altında sorulan tüm sorulara katılımcıların büyük bir çoğunluğu etik duyarlılıklarının yüksek olduğunu gösteren bir yaklaşım sergilediler.

Hemşirelerin çoğunluğu, hastanın klinik tablosu gereği acil bir karar verilmesi gerektiğinde acil şartlar altında hekimin karar verme yetkisi olduğunu ifade etmiştir. Sınırlı kaynakların adil paylaşılması başlığı altında yoğun bakım ünitelerinde çok sık karşılaşılan sosyal endikasyon sorunu, dağıtıcı adalet ilkesinin (eşitlik ve yarar sağlama) uygulanabilirliği, kaynakların adil paylaşımı sorgulanmıştır. Yoğun bakım üniteleri kritik hasta bakımının sağlandığı özelleşmiş üniteler olduğu için bulunan cihaz ve yatak kapasitesi önem taşımaktadır. Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinin sayıca az olmasından dolayı yoğun bakım yatakları kıymetli ve önemlidir. Aynı anda yoğun bakım ihtiyacı olan hasta olduğunda hangi hastanın öncelikli olarak kabul edilmesi gerektiği bu karar verilirken hangi kriterlere göre değerlendirme yapılması gerektiği etik sorunları beraberinde getirmiştir (2,11,76). Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu sosyal endikasyon varlığının kaynakların adil paylaşımına engel teşkil ettiğini düşünmektedir. Bu sorunun çözümü ile ilgili olarak öncelikler belirlenmeli ve kurum politikaları göz önünde tutulmalıdır (12). Çobanoğlu ve Algier' in yapmış olduğu çalışmada sınırlı kaynakların adil paylaşımı konusunda katılımcıların üçte birinden fazlası bu sorunla karşı karşıya kaldığını belirtmiştir (4). Akça ve Erigüç'ün çalışmasında ise bu sorunların ortaya çıkışındaki en önemli faktörün malzeme, makine, personel, yer ve bütçe yetersizliği olduğu saptanmıştır (75). Hemşireler adaletçi dağılım ilkesinin sağlanamadığı durumlarda hastaya haksızlık ettiğini ve insan hakları nedeniyle hak etmiş olduğu bir bakım tedavi hizmetlerinin sunulamamasının vicdani yönden sıkıntısını çekmektedir. Bu çalışmada elde edilen verilere göre adil paylaşımı sağlayacak olan kişiyi hekim olarak tanımlayan hemşireler çoğunluktadır. Bu durum yasal olarak hasta yatış ve taburculuğuna hekimin karar veriyor olmasından ve kurumsal politikalardan kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca hemşireler, genç ve deneyimsiz olmaları nedeni ile yoğun bakımdaki diğer kaynakların dağıtımına ilişkin kendilerini yeterli hissetmiyor ya da rollerini bilmiyor olabilirler.

Hemşirelerin yetki ve yetersizlik durumu başlığı altında kriz ve acil durumlarda yönetim, görev, rol ve sorumluluklarının farkında olma, yerine getirme kapasitesi, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim kaynaklı iş gücünün artmasına sebep olan faktörler sorgulanmıştır. Yoğun bakım hemşireleri hastayı tüm gün boyunca yakından takip eden, değişiklikleri ilk fark eden ve müdahale etmek durumunda olan kişidir. Bu durumlarda hızlı karar vermelidir.

Hemşireler görev ve yetki sınırlılıklarının olması nedeniyle etik sorunlar yaşamaktadırlar (1,4,6,13,30). Görev yetki ve sorumluluklarının belirsizliği, doktora ulaşamadığı durumlarda sorumluluk alması gerektiği, konsültan doktor ve primer doktor arasındaki anlaşmazlıklar hemşireyi etik ikilemlere sürüklemektedir (27,28,29,56). Bu araştırma bulgularına göre hemşireler kendilerinin hasta üzerinde söz hakkı olduğunu düşünmekte, görev yetki ve sorumluluklarının bilincinde olarak bakım planlaması yapabileceğini ve kendilerini yeterli görerek acil durumlarda müdahale edebileceklerini düşünmektedir. Bu durum hemşire grubunun genç yaş grubunda olması ve eğitim durumunun lisans, ön lisans olmasından ve kurumda sürekli devam eden eğitimler sonucu yetkinliklerinin artmış olmasına bağlı olabilir.

### **5.3 Ahlaki duyarlılık anketi ve etik konulara yaklaşım anketi ilişkisinin tartışılması**

Bu bölümde hemşirelerin ADA puanlarının, etik konulara yaklaşım anketinde yer alan yararsız tıbbi tedavi, kardiyopulmoner canlandırma yapmama (DNR), bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların adil paylaşımı ve hemşirelerin yetki yetersizlik durumu alt başlıklarında yer alan ifadelerle verilen yanıtlara olan etkisi değerlendirildi.

Yararsız tıbbi tedavi, yasal düzenlemeler ile hekimin gerekli tıbbi durumun varlığına bağlı olarak hasta üzerinde alabileceği bir karar olmakla birlikte alınan bu kararın uygulayıcısı konumunda olan yoğun bakım hemşiresi için etik sorunlara neden olmaktadır. Ankette yer alan ‘‘uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için

hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim” ifadesine katılanların, katılmayanlar ve kararsız kalanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. Hemşirelerin hasta ve yakınlarına karşı dürüst bir yaklaşım sergilemesinin gerekliliğine olan inançlarının yüksek olduğu ve dürüstlük ilkesine bağlı oldukları tespit edildi. Karşılaşılan etik sorunların çözümünde ise hemşirelerin büyük bir çoğunluğu sorunların çözümünde kendisini yeterli gördüğünü belirtmekle birlikte hekimi danışman/karar verici olarak görmektedir. “Yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.” ifadesine katılmayanların ahlaki duyarlılıkları katılanlar ve kararsız kalanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu durum hemşirelerin kurumsal prosedürler ve uygulamada yeterli deneyim sahibi olmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Klinik alanda da uygulamalarda karşılaşılabilecek olan, hekimin hasta için yararsız tıbbi tedavi olarak nitelendirdiği fakat yazılı ilaç isteminde belirttiği ve sistemde gözüken ilaçlar için hemşireye sözel olarak uygulamaması gerektiğini bildirdiği durumlar, hemşireyi etik bir çelişkiye sürüklemektedir. “Hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkarması gerektiğini aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu iletirim” ifadesine katılanların, katılmayan ve kararsız kalanlara göre ahlaki duyarlılık düzeyleri daha yüksek bulundu ( $p>0,05$ ). Araştırma sonucuna göre hemşirelerin böyle bir durumla karşı karşıya kaldıklarında büyük bir çoğunluğunun yasa, yönetmelik ve hasta hakları hakkında bilgisi olduğu ve etik bir yaklaşım sergileyeceklerini düşündürdü.

Kardiyopulmoner canlandırma, klinik olarak ölümün engellenmesi ve hastanın yaşam fonksiyonlarının devam etmesinin sağlanmasını hedefleyen bir algoritmadır. Bu algoritmadan yarar göreceği düşünülmeyen, yaşamsal fonksiyonların devam etmesine rağmen kaliteli bir yaşam kazancı olmayan ve hastanın klinik seyrinde olumlu gelişmelerin görülemeyeceği düşünülen hastalar için alınan DNR kararı yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin en çok yaşadığı etik sorunlar içerisinde yer almaktadır. İstatistiksel olarak farklılık oluşturmamakla birlikte ”Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesine katılmayanlar, katılanlar ve kararsız kalanlara göre ADA anketi puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ( $p>0,05$ ). Yoğun bakım ünitelerinde kritik bakımın verilmesi ve yaşam sonu dönemde olan hastaların bulunmasından dolayı da çok sık

karşılaşılan bir durum olmakla birlikte hemşirelerde hastanın otonomisinin olduğu gerçeğinin yok sayıldığı algısını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin büyük bir çoğunluğu DNR kararının vicdani duygularıyla çeliştiği ve bu kararın uygulayıcısı konumunda oldukları için de vicdan azabı çektiklerini belirtti. DNR sağlık otoriteleri tarafından alınan bir karar iken ötenazi ise hastanın kararı ve otonomisi doğrultusunda almış olduğu bir karardır. Birçok hemşire bu iki terim arasındaki farklılıkları bilmemekle birlikte birçoğu da kararsız kaldığını belirtti. ‘‘DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum’’ ifadesine katılanlar, katılmayan ve kararsız kalanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin DNR ve ötenazi konularında eğitim gereksinimlerinin olduğunu düşündürdü aynı zamanda hemşirenin yasal sorumluluklarını bilmesi ve ülkesindeki sağlık politikalarından haberdar olması gerekliliği nedeniyle geniş kapsamlı olarak eğitim içeriğine alınması gerektiğini düşündürdü. Yine aynı durumla ilişkili olarak alınacak olan DNR kararındaki otoritenin kim olduğu ve hastanın cevap verebilir konumda olsaydı neyi tercih edebileceği algısı da çelişki yaratmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre yoğun bakım hemşirelerinin büyük bir çoğunluğu DNR kararını alması gereken kişinin hasta ya da hasta yakınlarının olması gerektiğini bildirmiştir. Bu durum yoğun bakım hemşirelerinin hemşireliğin etik ilkelerinden otonomi ilkesini benimsediklerini ve klinik alanda uyguladıklarının göstergesi olarak kabul edildi.

Ülke politikalarımız doğrultusunda DNR kararının tam olarak yasal bir dayanağı olamamakla birlikte bu yönde politikaların oluşturulmasının etik sorunların çözümünde etkili olacağı düşünüldü.

Bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorgulanan ‘‘yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir’’ ifadesine kararsızım diyen hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının katılmıyorum yanıtını veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). Kararsız kalan hemşirelerin hastanın özerkliği ve bağımsızlığı ilkesini benimseyerek bu yanıtı verdiği düşünüldü. Etik duyarlılık konusunda yapılan çalışmalarda bilgilendirilmiş onamın, hasta özerkliğine saygı ilkesiyle doğrudan ilişkili olduğu ve yapılacak olan müdahalenin sağlıklı ya da hasta olan kişinin hakları nedeni ile karar verme yetisi sağlık profesyonellerinde değil kişinin kendisindedir (87). Hasta yerine

karar vermek hastanın özerkliği ilkesi ile çelişmekte ve bu araştırma kapsamına alınan hemşirelerinde bu doğrultuda düşündüğü gözlemlendi.

Sınırlı kaynakların adil paylaşımı başlığı altında ‘sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum’ ifadesine katılıyorum yanıtını veren hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının kararsızım diyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Toplumumuzda yoğun bakım ünitelerinin kritik hasta bakımını yapabilmeleri ve hastaların yakından takibi sağlanabildiği için daha güvenli ortamlar olduğu düşünülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyal endikasyon durumuna bağlı yatışlarla çok karşılaştığı ve bu durumdan hoşnut olmadıkları gözlemlendi. Ülkemiz nüfus verilerine bakıldığında yeterli sayıda yoğun bakım yatağı ihtiyacımız karşılanamamaktadır. Bu nedenle yoğun bakım yatakları değerli olmakla birlikte adaletçi dağılım ilkesi yönetimine göre hasta ihtiyaçlarının karşılanması gereken üniteleridir. Hemşirelerin meslek andında da belirtildiği gibi dil, din ve ırk ayrımı yapmaksızın adil bir bakım sürecini uygulamak istedikleri ve bu konuda farkındalıklarının yüksek olduğu tespit edildi. Etik duyarlılığın geliştirilmesi için çalışma sonucuna göre yoğun bakım ünitelerindeki politikaların ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmesi ve bu politikalar ile hasta seçiminde önceliklerin belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir (72). Bu politikaların belirlenmesinde ise kurumun sağlık hizmeti durumu, kabul ve taburculuk kriterleri ve triyaj politikalarının değerlendirilmesi ve karara bağlanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin yetki yetersizlik durumu başlığı altında sorulan ‘acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim’ ifadesine katılıyorum yanıtını veren hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyleri katılmıyorum yanıtını veren hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin yetki ve yetersizlik durumunun en iyi belirleyicileri meslekte çalışma süresi ve eğitim düzeyidir. Lisans ve ön lisans mezunlarının ahlaki duyarlılıklarının yüksek olduğu bu araştırma sonuçlarında da mevcuttur. Yoğun bakım hemşireleri hasta ile yirmi dört saat yakından ilgilenen ve her anının takipçisi konumunda olduğu için fizyolojik normalden sapsmaları ilk fark eden kişilerdir. Hemşirelik görev yetki ve sorumluklarının belirli olması yapılacak olan müdahaleler için hemşireyi kısıtlamakta ve hekimin her an ulaşılabilir



olmamasından dolayı etik sorunların doğmasına sebep olmaktadır. Hemşirelerin çoğu zaman hekimin almış olduğu kararların uygulayıcısı konumunda olması mesleki otoritenin sarsılmasına sebebiyet vermektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının meslek uzmanları tarafından detaylı olarak ele alınması ve daha geniş bir kapsamda oluşturulması gerektiği düşünüldü.

Aynı başlık altında sorulan “etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum” ifadesine katılıyorum yanıtını veren hemşirelerin katılmıyorum yanıtı veren hemşirelere göre ahlaki duyarlılıkları yüksek olarak tespit edildi. Bu durum araştırma kapsamına alınan hemşirelerin etik sorunların farkında olduğunu ama çözüm noktasında yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Hemşirelerin etik sorunların çözümünde daha aktif rol almaları için mesleki etik ilkelere bağlılığı ve bu ilkelerin uygulanabilirliğinin sağlanacağı bir zeminin hazırlanması gerektiği düşünüldü.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisinin araştırıldığı bu araştırmada;

- Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu,
- Etik eğitimi almanın oryantasyon alt boyutunda etik duyarlılığı etkilediği,
- Eğitim durumu lise, meslekte çalışma süresi fazla olan ve etik eğitimi alan yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılık düzeylerinin yüksek olduğu,
- Yoğun bakımlarda sık karşılaşılan bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların adil paylaşımı ve hemşirelerin yetki-yetersizlik durumundaki etik yaklaşımlarının ön lisans ve lisans mezunu olanma, mesleki deneyim süresi fazla ve etik eğitimi almış olan hemşirelerin daha duyarlı bir tutum sergilediği,
- Yoğun bakım hemşirelerinin yararsız tıbbi tedavi kararı ve DNR kararının oluşturduğu etik sorunlara olan yaklaşımlarında ise yaş, eğitim, cinsiyet, eğitim durumu ve deneyim değişkenlerinin anlamlı bir fark oluşturmadığı,
- Etik sorunların yaşanmasının nedeninin hemşirenin hekimin almış olduğu kararların uygulayıcısı konumunda olmasından kaynaklandığı,
- Hemşirelerin etik sorunların çözümünde aktif rol alamama nedenlerinin, görev rol ve sorumluluklarının farkında olmamaları, meslek etiği ve hasta hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları, klinik alanda uygulama ve teorik bilgideki eksikliklerinin olmasından kaynaklandığı,
- Yaşanan etik sorunların hemşireler üzerinde vicdani yönden kararsızlık yarattığı belirlendi.
- Ahlaki duyarlılık düzeyi yüksek olan hemşirelerin etik sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında daha etik bir yaklaşım sergilediği belirlendi.
- Yaşanan etik sorunların hemşireler üzerinde vicdani yönden kararsızlık oluşturduğu saptandı.

Elde edilen bulgular sonucunda;

- Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel düzeyde mesleki yeterliliklerinin hizmet içi eğitimler, seminer, konferanslar ile artırılması önemlidir.
- Sağlık çalışanlarının temel etik ilkeler ve yasal düzenlemeler konusundaki farkındalıkları artırılmalıdır.
- Ekip içi ve ekipler arası çalışma anlayışının hizmet içi eğitimler ile pekiştirilmesi gerekmektedir.
- Etik eğitimine önem verilerek, hizmet içi eğitimlerin içeriğinde etik sorunların yer aldığı multidisipliner vaka örneklerine yer verilmelidir.
- Etik komitelerin aktif olarak çalışması, kurum içinde komite işleyişleri ve karşılaşılan sorunlarda başvuru merkezi haline getirilmesinin sağlanması ve çalışanların bu komiteler hakkında bilgilendirilmesi önemlidir.
- Hemşirelik eğitiminde rol alan akademisyenlerin etik rehberler oluşturulması konusunda meslektaşlarını desteklemeleri sağlanmalıdır.
- Meslek eğitim sırasında multidisipliner etik derslerine yer verilmelidir.

Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik sorunlar ve çözüm yollarının arandığı farklı araştırmalarda, diğer sağlık profesyonellerinin (fizyoterapist, beslenme ve diyet uzmanı, solunum fizyoterapisti, bakım destek personeli) de yer almasının sağlanarak multidisipliner alanda araştırmaların yapılmasının hizmet sunumu ve ekiplerin geri beslenmesi adına yararlı olabileceği düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 2010;18(3):183-191.
2. Aydın E ve Ersoy N. Tıbbi Etik'te 'Adalet İlkesi'. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 1994;2(2),s.71-74.
3. Başak T, Uzun Ş ve Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2010;52(2):s.76-81.
4. Çobanoğlu N, Algier LA. Qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. Nursing Ethics 2004;11(5):444-458.
5. Oerlemans A. J., Van S. N., Van E. S., Wollersheim H., Dekkers W. J. and Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. BMC medical ethics 2015;16(1):p.9.
6. Hakverdioğlu Y.G, Akın Korhan E, Dizer B, Koyuncu R. Hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde yaşadığı etik sorunların belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics 2013;21(2):74-8.
7. Austin W, Kelecevic J, Goble E and Mekechuk J. An Overwiev of moral distress and the pediatric intensive care team. Nursing Ethics 2009;16(1):p.57-68.
8. Tel H. Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2012;1(1):30-38.
9. Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013;2(1):s.1-7.
10. Dalcalı B, Merdiye Ş. Hemşirelerin kişisel değerleri ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016; 24(1):s.1-9.
11. Aksu T ve Akyol A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics 2010;19(1):s.16-24.
12. Filizöz B ve Aşçı A. Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. İş Ahlakı Dergisi 2015; 8(1):s.47-55.
13. Dilek A, Kaya A, Şahinoğlu AH. (Ed), Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2011, s.1-12.
14. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastaları üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;4(2):33-46.
15. Bongard FS, Sue DY. 2004.Current Critical Care Diagnosis and Treatment. Yoğun Bakım Tanı ve Tedavi, 2. Baskı, Çeviren: Güven M, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.
16. Urden DL, Stacy KM, Loygh ME. Critical Care Nursing Diagnosis and Management. 6nd edition. Canada: Mosby Elsevier, 2010, p.30-49.
17. Khademi G, Roudi M, Farhat A.S and Shahabian M. Noise pollution in intensive care units and emergency wards. Iranian Journal of Otorhinolaryngology 2011; 23(4):p.141-148.

18. Kahraman G, Engin S, Dülger Ş, Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. DEUHYO ED 2011; 4(1), s.12-18.
19. Aslan FE, Olgun N. (Eds) Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. İstanbul: Akademisyen Kitap Evi; 2016, s.97-113.
20. Irwin RS, Rippe JM. Yoğun Bakım El Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: s.871-879.
21. Uzelli D, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında duygusal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2014;22(2):s.120-128.
22. Avcı G, Türker S, Çiftçi M ve Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi, 2013;4:s.21-24
23. T.C.Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı:27515, Başbakanlık Basımevi, Ankara.19 Nisan 2011.
24. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2002;44: s.475-490.
25. Birol L. Hemşirelik Süreci. 8.Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık,2007
26. Terzi B, Kaya N, Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, Yoğun Bakım Dergisi 2011;1:21-5
27. Sağır C. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2006 (Danışman: Prof.Dr. Y.Sucu).
28. Başak T, Uzun Ş ve Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2010;52(2):s.76-81.
29. Gezer Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşadıkları Etik Sorunlar Konusunda Adana Ölçeğinde Bir Araştırma. Ç.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana,2010 (Danışman: Yrd.Doç.Dr. S.Kadioğlu).
30. Büyükkoçak Ü, Çakırca M. Anestezi ve yoğun bakım ile ilgili etik konular, Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation 2007;5(1):19-30.
31. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.Concensus statement of the SCCM's Ethics Committee regarding futile and other possible inadvisable treatments.Critical Care Medicine 1997;25(5):p.887-891.
32. Acar V. Yararsız tıbbi tedavi. Türkiye Biyoetik Dergisi 2016; 3(2):s.74-84.
33. Kurt E, Günçikan M.N. Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlarda Tedaviyi Red Hakkı'na ait İkillemelere Tıp Etiği Açısından Bir Bakış. Çeviren: Ülman Y.I. Yaşam Sonu Dönemde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Klavuz 2015:s.12-13.
34. Civaner M. Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi. Toplum ve Hekim 2003;18(2):s.148-151.
35. Akpınar A ve Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: ne zaman esirgenmeli? ne zaman sonlandırılmalı?. Türk Onkoloji Dergisi 2012; 27(1):s.37-45.
36. Konseyi, T. T. B. M. Türk tabipleri birliği, etik bildirgeler çalıştay sonuç raporları. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları 2008;37(3):s.51-66.

37. Bildirgeleri, T. T. B.E. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007
38. Karan M ve Akın S. Terminal yaşlı hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim Dergisi 2012;25:s.90-94.
39. Ülger Z ve Cankurtaran M. Yoğun bakımda yaşlı hasta. Yoğun Bakım Dergisi 2006;6(2):s.94-100.
40. Kuvaki B ve ark. Hastanemizde cerrahi bölümlerde çalışan doktorların ‘‘yeniden canlandırma yapmama’’ talimatı konusundaki görüşleri. D.E. Tıp Fakültesi Dergisi 2014;28(1):s.21-26.
41. Besiri, A. Ötanazi ve Yaşam Hakkı. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2009;s.86.
42. T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. Sayı: 28994, Başbakanlık Basım Evi, Ankara. 8 Mayıs 2014.
43. Erdoğan N ve ark. Aydınlatılmış onam: Uygulama ve tıp hukuku açısından sorunlar. Erciyes Tıp Dergisi 2011;33(2):s.165-170.
44. Tümer A ve ark. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011;27(4):s.191-197.
45. Akyüz E ve ark. Aydınlatılmış onamda hemşirenin rolü ve sorumlulukları. Türkiye Klinikleri Dergisi 2016;8(4):s.348-353.
46. Akpınar A ve Ersoy N. Dağıtıcı adalet ve Türkiye’de yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım yataklarını paylaşmaktaki tutumları. Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(2):s.4-11.
47. Akpınar A ve Ersoy N. Yoğun bakımda adalet: Türkiye’de yoğun bakım çalışanlarının hangi kabul/taburcu ölçütlerini kullanıyor ?. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi 2011;39(3):s.115-125.
48. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi 2007;29(2):s.7-12.
49. Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Alter Yayıncılık, 2010, s.31-39.
50. Bahçecik N, Karahan G ve Alper Ş. Felsefe ve hemşirelik etiği. Kilikya Felsefe Dergisi 2014;1(1):s.53-60.
51. Dalcalı B, Merdiye Ş. Hemşirelerin kişisel değerleri ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016; 24(1):s.1-9.
52. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hemşirelikte problem çözme. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;2(3):s.155-159.
53. Sucu G, Dicle A ve Saka O. Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme ve modelleri, Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2012;9(1):s.52-60
54. Ramnarayan P, Britto J. Pediatric clinical decision support system. Archives of disease in childhood 2002;87(5):p.361-362
55. Thompson C,Dowding D.Decision making and judgement in nursing introduction. Churchill livingstone 2002;p.48-52.
56. Azak A, Taşçı S. Klinik karar verme ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics 2009;17(3):s.176-183.
57. Yüksel M. Etik kodlar, ahlak ve hukuk. Hacettepe Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;5(1):s.1-26.

58. Korkmaz F. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18(2):s.59-67.
59. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi 2009;40:s.113-119.
60. Demir G, Büken N. Dünya’da ve Türkiye’de hastane/klinik etik kurulları. Hacettepe Tıp Dergisi 2010;41:s.186-194
61. Sayım F, ‘‘Sağlıkta Etik Dışı Davranışın Fark Edilmesi ve Etik Kurullar’’, Akademik ARGE Dergisi Sosyal Bilimler 2015;15(1).
62. Pekcan H.S. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
63. Tosun H. Sağlık uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
64. Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi (Sayı: B.10.0.THG.0.10.0.T HG.012.00.03-216/99/ Tarih: 13.05.2008)
65. T.C. Resmi Gazete. Doktorluk,Hemşirelik,Ebelik,DişHekimliği,Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. Sayı: 26775, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 2 Şubat 2008.
66. Baykal Ü. Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda etik çalışma iklimi. İ.Ü Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(1):s.26-34.
67. Kutanis, R.Ö., Bayraktaroğlu S. ve Özdemir Y. ‘‘Etik davranışların yöneliminde cinsiyet faktörü: Bir devlet üniversitesi örneği’’. 2. Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu 2015, 18-19 Kasım, Sakarya Üniversitesi İ.İ.B.F., Sakarya.
68. Aytaç N, Naharcı H ve Öztunç G. Adana’da eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;1(3):s.9-15.
69. Çelen Ö, Karaalp T, Kaya S, Demir C, Teke A ve Akdeniz A. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programlarından beklentileri ve bu programlar ile ilgili düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi 2007;49(1):s.25-31.
70. Akıncı Ç ve Pınar R. Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.2011-1.
71. Tazegün A ve Çelebioğlu A. Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. Behcet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 2016; 6(2):s. 97-102.
72. Erkeköl F.Ö. ve ark. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. Toraks Dergisi 2002;3(3):s.307–316.
73. Aksoy Ş, Çevik E ve Edisan Z. Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma. Türkiye Klinik Tıp Etiği, Hukuku Tarihi 2002;10(4):s.263-268.
74. Elçigil A, Bahar Z, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D ve Yavuz H. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):s.49-55.

75. Akca C, Erigüç G. Hastane çalışanlarının yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile yaşadıkları çatışma nedenlerine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2006;9(2).
76. Venhelm T, Pittard A. Intensive care unite. British Journal of Anaesthesia 2009; 9(6): p.346-354.
77. Wright D and Brajtman S. Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team. Nursing Ethics 2011;18(1):p.20-30.
78. You D, Maeda Y and Bebeau M. J. Gender differences in moral sensitivity: a meta-analysis. Ethics and Behavior 2011;21(4)p.263-282.
79. Park, M., Kjørvik, D., Crandell, J., & Oermann, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. Nursing ethics, 19(4), 568-580.
80. Huang F.F, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K and Zhang J.P. Chinese nurses 'perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. Nursing Ethics, 23(5):p.507-522.
81. Kim, Y. S., Kang S.W. and Ahn J.A. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. Nursing Ethics 2013;20(4)p.470-478.
82. Karadağ E, Derya A.Y, Ucuzal M. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):13-20.
83. Robinson E.M., Lee S.M., and Zollfrank A. Enhancing moral agency: clinical ethics residency for nurses. Hastings Center Report 2014;44(5):s.12-20.
84. Pauly B. M, Varcoe C and Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. In Hec Forum 2011;24(1):p.1-11. Springer Netherlands.
85. Schluter J, Winch S, Holzhauser K and Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. Nursing Ethics 2008; 15(3):p.304-321.
86. Wiegand D.L and Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nursing Ethics 2012;19(4):p.479-487.
87. Demirhan EA, Karakaya H. Demirhan E.A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H (Eds), (2001). Klinik Uygulamalarda Hemşire-Hasta İlişkileri içinde; Klinik etik. Nobel Tıp Kitapevleri 2001:s. 85-98.



## 8. EKLER

### Ek 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu

#### Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisinin belirlenmesi

##### **Sayın Meslektaşımız;**

*Bu çalışma, hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma kapsamında verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak olup sadece araştırmanın amacına yönelik olarak kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Soruları tam olarak cevaplamanız çalışmanın başarısı açısından önemli olup desteğiniz ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.*

### A. TANITICI BİLGİLER

1.Yaşınız: \_\_\_\_\_

2. Cinsiyetiniz:  K  E

3.Eğitim Durumunuz:

Lise  Ön lisans  Lisans  Y.lisans/ Doktora

4.Meslekte çalışma süreniz: \_\_\_\_\_

5.Göreviniz:

Yönetici hemşire  Klinik Eğitim Hemşiresi  Ekip Lideri  Hemşire

6.Görev yeriniz:

Genel Yoğun Bakım  KVC Yoğun Bakım  Koroner Yoğun Bakım  Diğer

.....

7.Etik ile ilgili herhangi bir eğitim veya kurs aldınız mı?

Hayır  Mesleki eğitimim sırasında aldım  Hizmet içi eğitimde bahsedildi

Etik ile ilgili toplantı ve eğitimlere katıldım  Diğer

8. Etik konusunda eğitime gereksiniminiz olduğunu düşünüyor musunuz?

Hayır  Evet

9. Etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?

Hayır  Evet

10. Etik çelişkilerin verimliliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

Hayır  Evet

**11. Sizce hemşirelerin etik konulara duyarlılıklarını ve bu konudaki yeterliliklerini geliştirmek amacıyla neler yapılabilir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Etik duyarlılığı artırmak için eğitim programları dzenlenmeli
- Kurumlardaki etik komitelerde hemşirelerin daha aktif görev almaları sağlanmalı
- Sık karşılaşılan etik sorunlara ynelik multidisipliner vaka tartışmaları ile bilgi paylaşımının sağlanması
- Hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda problem çözme yaklaşımını destekleyici klinik rehberler hazırlanmalı



## Ek 2: Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakımı sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı **uygun gördüğünüz sayıyı daire içine alarak** belirtiniz.

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

5. Hastanın güveninin kaybedersem hemşire 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 karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

**13.** Bakım /tedavi uygulamalarında hemşire- 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 karşılaşıyorum.

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

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

1	2	3	4	5	6
7					

**tamamen**

**katılıyorum**

**hiç katılmıyorum**

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*

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

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*

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

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*

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

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*

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

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*

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

1	2	3	4	5	6
7					

***tamamen***

***katılıyorum***

***hiç katılmıyorum***

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

1	2	3	4	5	6
7					

***tamamen***

***katılıyorum***

***hiç katılmıyorum***

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

1	2	3	4	5	6
7					

***tamamen***

***katılıyorum***

***hiç katılmıyorum***

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

1	2	3	4	5	6
7					

***tamamen***

***katılıyorum***

***hiç katılmıyorum***

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

1	2	3	4	5	6
7					

***tamamen***

***katılıyorum***

***hiç katılmıyorum***

29. Bir hemşire 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 olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.

1	2	3	4	5	6
7					

*tamamen*

*katılıyorum*

*hiç katılmıyorum*





### Ek 3: Etik konulara yaklaşım anketi

*Aşağıda yoğun bakımda tedavi gören bir hastayı konu alan örnek vaka ve bu vakaya bakım vermekte olan hemşirenin karşılaşılabileceği etik konular yer almaktadır. Lütfen vakayı dikkatlice okuyunuz ve tarif edilen her bir duruma yönelik nasıl yaklaşım izleyeceğinize dair sunulan seçeneklerden birini işaretleyiniz.*

#### **Örnek vaka:**

Hasta CD, 64 yaşında ev hanımı,

Yaklaşık iki yıl önce ani şuur kaybı gelişen ve ardından spontan olarak düzelen hastada son iki aydır unutkanlık, baş ağrısı, ellerde titreme, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve kusma şikâyetleri başladı. Son bir haftadır bu şikâyetlerine bacaklarda güçsüzlük ve yürüyememe eklenmesi üzerine hasta A Hastanesine başvurdu. Burada çekilen kranial MR da sol temporal lobta ve sol frontal lobta kitlelerin saptanması üzerine hastanın hastanede takibi kararı alındı. Yapılan tetkiklerin sonucunda sol temporal lokalizasyonda yüksek gradeli glial tümör (glioblastomemultiforme) olarak değerlendirildi. Sol frontal lobtaki kitlenin ikinci primer ya da sol temporal düzeydeki kitlenin intrakranial metastaz olduğuna karar verildi. Nöroşirürji konsültasyonu sonucu ameliyat önerilmeyen hastaya antiepileptik başlanarak kemoterapisi planlandı. Birinci kemoterapi kürünü alacağı gün bilinci kapanan hastanın tedavisinin başlaması için kendine gelmesi beklenmektedir. Hasta yakınları klinik tanı ve izlenmesi gereken tedavi protokolü hakkında bilgilendirilmişlerdir ancak hasta bilincinin kapalı olması nedeniyle durumundan haberdar değildir. Hasta glial tümör terminal dönem olarak sınıflandırılmıştır. Hastanın status nöbet geçirmiş ve yoğun bakıma alınmış, entübe edilmiştir. Hasta IPPV modda %50 FiO2 ile desteklenmektedir. Hastanın ilaç isteminde 4X3 mg IV dekort tedavisi bulunmaktadır. Hastanın yatışının 30.gününde yoğun bakım hekimi hastanın yoğun bakım ünitesinden yarar sağlayamayacağı için hekim isteminde bulunan tedavilerinin uygulanmasını istemediğini belirtmiştir. Başhekim hasta yakınlarına bu konuda bilgi verilmemesini istemiştir. Hasta hakkında “DNR”( Do Not Resuscitate) kararı alınmıştır. Hasta yakınları ise her koşulda hastalarına müdahale edilmesini istemiştir. Hastanın tek yasal temsilcisi ise yurtdışında yaşayan kızıdır.

### **Yararsız Tıbbi Tedavi:**

Tedavinin hasta bireyin iyileşmesine, bulguların giderilmesine ya da işlevsel durumu düzeltmeye katkısı yok ise, o tedavi etkisiz ya da yararsız tedavidir.

<b>ETİK SORUN</b>	<b>KATILYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>KARARSIZIM</b>
Hekim, hasta için yararsız tıbbi tedavi kararı almış ise bu kararın uygulayıcısı olarak istenilene yapmalıyım.			
Uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim.			
Yararsız tıbbi tedavi kararı alınan hastaya uygulanan hemşirelik bakım hizmetleri de sonlandırılmalıdır.			
Yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.			
Hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkartması gerektiğini, aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu iletirim.			

### **DNR (Do Not Resuscitate):**

Hastanın yaşam kalitesi düşük ise ve yaşamsal destek sağlandığında bu yaşam kalitesi yükseltilemeyecekse hastaya canlandırma yapılmama durumudur.

<b>ETİK SORUN</b>	<b>KATILYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>KARARSIZIM</b>
Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.			
DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.			
Hekimin almış olduğu DNR kararının uygulayıcısı konumunda olmak vicdan azabı çekmeme neden oluyor.			

Bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.			
---	--	--	--

### **Bilgilendirilmiş Onam:**

Hastanın karar vermesi ile başlayıp, bilginin anlaşılır kılınması ve hiçbir baskı zorlama olmaksızın gönüllülükle tedaviye onay vermesi ya da reddetmesi ile sonlanır.

<b>ETİK SORUN</b>	<b>KATILYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>KARARSIZIM</b>
Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.			
Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.			
Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.			
Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.			

### **Sınırlı kaynakların adil paylaşılması:**

Hastanın öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif verilerle belirlenmesi, kaynakların dağılımında yaş bir etken olmakla birlikte, hastanın tercihleri ve iyileşme olasılığı da önemli bir faktördür.

<b>ETİK SORUN</b>	<b>KATILYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>KARARSIZIM</b>
Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.			
Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.			
Kaynakların adil paylaşımı			

hekimin sorumluluğundadır.			
Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.			
Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.			

### **Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumları:**

Yoğun bakım hemşireleri hastanın durumunda ortaya çıkan değişiklikleri ilk saptayan ve acil durumlarda ekip içinde hızlı karar vermesi gereken sağlık profesyoneli olarak, karmaşık ve beklenmedik durumları yönetebilmelidir.

<b>ETİK SORUN</b>	<b>KATILIYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>KARARSIZIM</b>
Bir hemşire olarak klinik bakım sürecinde hasta üzerinde etik, ahlaki ve mesleki değerlerim doğrultusunda söz hakkım olabileceğini düşünmüyorum.			
Terminal dönemdeki Hasta bakımının planlanmasında kendimi yeterli görmediğim için hekim onayı beklerim.			
Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.			
Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.			

## Ek 4: Etik Kurul Onayı



SAYI: ATADEK-2016/10  
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Hem. Gökçe ARSLAN, Yrd. Doç.Dr. Esra UĞUR ,

Sorumluğunu yürüttüğünüz “**Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi**” başlıklı proje 09.06.2016 tarih 2016/10 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, 2016-10/1 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "I. H. ULUS".

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS  
ATADEK Kurul Başkanı

**ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)**

**Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:**

Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi

**Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):**

Hem. Gökçe ARSLAN, Yrd. Doç.Dr. Esra UĞUR

**Karar:**

Kabul (Etik olarak uygun) (X)      Revizyon ( )\*      Etik olarak uygun değil ( )\*\*

**Toplantı Tarihi:** 09/06/2016

**Karar Numarası:** 2016-10/1

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		( )	( )
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	( )
Prof.Dr. Mert Ülgen		( )	( )
Doç.Dr. Ükke Karabacak		(X)	( )
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		(X)	( )
Doç.Dr. Berrin Karadağ		(X)	( )
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		(X)	( )
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		(X)	( )

## Ek 5: Tıbbi Direktörlük ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Kurum İzinleri

ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul

09.01.2017

Ekte etik kurul onayı bulunan "**Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi**" başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

uygundur  
Emir YAYLA  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul

09.01.2017

Ekte etik kurul onayı bulunan “ **Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi** ” başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

uzgundur.  
Gün GÜMSOY  
Direktör Yardımcısı  
Acıbadem Kozyatağı Hastanesi



ACIBADEM MASLAK HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
09.01.2017

Ekte etik kurul onayı bulunan " **Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi** " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Maslak Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı



*Muhayyret Demin*  
*[Signature]*


ACIBADEM MASLAK HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul  
09.01.2017

Ekte etik kurul onayı bulunan " **Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi** " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Maslak Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

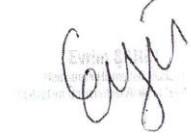
  
ACIBADEM  
Dr. Cengiz BAYBİK  
Başhekim-Mesul Müdür  
Özel Acıbadem Maslak Hastanesi

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

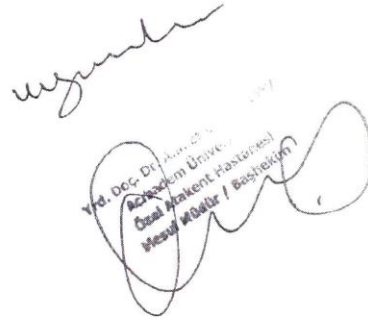
İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acibadem Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı



Yrd. Doç. Dr. Ayşe S. ...  
Acibadem Üniversitesi  
Genel Müdür / Başhekim

# ACIBADEM

SAYI : Atak -2016/ 1023

İSTANBUL / 25.08.2016

KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Hem. Gökçe ARSLAN , Yrd. DOÇ. Dr. Esra UĞUR,

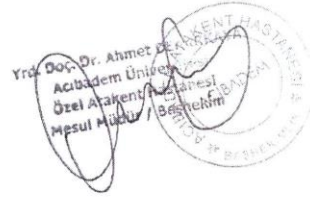
Sorumluğunu yürüttüğünüz " **Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakım Özel Etik konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi** " başlıklı proje, Acibadem Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz olunur.

**Yard. Doç. Dr. Ahmet Demirkaya**  
**Acibadem Üniversitesi Atakent Hastanesi Başhekimi**

Saygılarımızla,

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Demirkaya  
Acibadem Üniversitesi  
Özel Atakent Hastanesi  
Mesul Müdür / Başhekim



ACIBADEM TAKSİM HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Taksim Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

  
Birsen Erkin KAYA  
Özel Acıbadem Taksim Hastanesi  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

ACIBADEM TAKSİM HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Taksim Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

**Dr. Fatma SAR**  
Acıbadem Taksim Hastanesi  
Hastane Direktörü

ACIBADEM FULYA HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Fulya Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

Şenay TOPRAK  
Direktör Yardımcısı  
Acıbadem Fulya Hastanesi



ACIBADEM FULYA HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

Istanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Fulya Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

Uygundur

Gökben ÇARPAR  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü  
Acıbadem Fulya Hastanesi



ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acibadem International Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

Op. Dr. Tahir ASLAN  
Başhekim  
Özel Acibadem  
International Hastanesi



ACIBADEM INTERNATIONAL HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem International Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı



ACIBADEM KADIKÖY HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Kadıköy Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

uzandı



ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Bakırköy Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Meltem Altay  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü  
Acıbadem Bakırköy Hastanesi



Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı



ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ  
Direktörlüğü'ne

İstanbul  
15.08.2016

Ekte etik kurul onayı bulunan " Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi " başlıklı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmamın, Acıbadem Bakırköy Hastanesi'nde yürütülmesi için, bilgi ve gereğini arz ederim.

Saygılarımla  
Gökçe ARSLAN

Ek 1: ATADEK İzin ve Onay Başvuru Formu  
Ek 2: ATADEK Kararı

Uygundur  
  
318/17  


## Ek 6: Uzman görüşleri için Kendall W Testi sonuçları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama Rank	Kendall W	P
<b>Yararsız Tıbbi Tedavi</b>					
Hekim, hasta için yararsız tıbbi tedavi kararı almış ise bu kararın uygulayıcısı olarak istenileni yapmalıyım.	4,0	0,0	3,4	<b>0,400</b>	<b>0,171</b>
Uygulamadığım tedaviyi, hekim istediği için hasta yakınlarına uygulandı olarak iletebilirim.	3,3	1,0	2,1		
Yararsız tıbbi tedavi kararı alınan hastaya uygulanan hemşirelik bakım hizmetleri de sonlandırılmalıdır.	4,0	0,0	3,4		
Yararsız tıbbi tedavi ile ilgili etik ikilem yaşadığımda yoğun bakım doktoruna danışırım.	4,0	0,0	3,4		
Hekime uygulanmasını istemediği tedavileri ilaç isteminden çıkartması gerektiğini, aksi halde tedaviyi uygulamakla yükümlü olduğumu iletirim.	3,5	1,0	2,8		
<b>DNR (Do Not Resuscitate)</b>					
Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.	3,8	0,5	2,5	<b>0,200</b>	<b>0,494</b>
DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.	3,8	0,5	2,5		
Hekimin almış olduğu DNR kararının uygulayıcısı konumunda olmak vicdan azabı çekmeme neden oluyor.	3,3	1,0	2		
Bu kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.	4,0	0,0	3		
<b>Bilgilendirilmiş Onam</b>					
Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir.	4,0	0,0	2,5	<b>1,000</b>	<b>-</b>
Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.	4,0	0,0	2,5		
Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.	4,0	0,0	2,5		
Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.	4,0	0,0	2,5		
<b>Sınırlı kaynakların adil paylaşılması</b>					
Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil	3,5	1,0	2,5	<b>0,250</b>	<b>0,406</b>

etmektedir.					
Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.	4,0	0,0	3,25		
Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.	4,0	0,0	3,25		
Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.	4,0	0,0	3,25		
Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.	3,8	0,5	2,75		
<b>Hemşirelerin yetki-yetersizlik durumları</b>					
Bir hemşire olarak klinik bakım sürecinde hasta üzerinde etik, ahlaki ve mesleki değerlerim doğrultusunda söz hakkım olabileceğini düşünmüyorum.	3,0	0,8	1,375		
Terminal dönemdeki Hasta bakımının planlanmasında kendimi yeterli görmediğim için hekim onayı beklerim.	4,0	0,0	2,875		
Acil durumlarda tek başıma gerekli müdahaleyi başlatabilirim.	4,0	0,0	2,875	<b>0,750</b>	<b>0,029</b>
Etik sorunların çözümünde hemşirelerin etkin olarak yer almadıklarını düşünüyorum.	4,0	0,0	2,875		



## 9.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Gökçe	Soyadı	ARSLAN
Doğum Yeri	Osmangazi	Doğum Tarihi	23.07.1992
Uyruğu	TC	Telefon	0507 509 31 68
E-mail	arслан.gkce@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Acıbadem Üniversitesi	2014
Lise	Özel Rafet Kahraman Lisesi	2010

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.Klinik Eğitim Hemşiresi	Acıbadem Altunizade Hastanesi	14.03.2017-
2.Klinik Eğitim Hemşiresi	Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	2014-14.03.2017
3.Yoğun Bakım Hemşiresi	Acıbadem Bursa Hastanesi	2012-2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu <input type="checkbox"/>								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılımış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır  
 KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68,25		
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### **Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer**

- Hemşirelikte Yaratıcılık Yarışması, Stoma Aparatı, Teşvik Ödülü, 2012.
- 2.Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi,Çeşme, 19-22 Mayıs 2016, Status Epileptikus ile Ortaya Çıkan CADASIL Sendromunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu, Poster Bildiri.
- 7.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Kıbrıs, 24-27 Mart 2016,Koroid Pleksus Papillomu Tanısına Bağlı Olarak Gelişen Hidrosefali Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu,Poster Bildiri.

