CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ETİK (AHLAKİ) DUYARLILIĞININ BELİRLENMESİ

SİMGE URUF
181502111
Orcid: 0000-0001-9571-1064

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disipilinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Demet AVCI ALPAR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ağustos, 2022

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ETİK (AHLAKİ) DUYARLILIĞININ BELİRLENMESİ

SİMGE URUF

181502111

Orcid: 0000-0001-9571-1064

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disipilinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Demet AVCI ALPAR

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ağustos, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimleriyle, eğitim konusundaki hassasiyetiyle bize rehber olan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli hocam Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında emeğini, sabrını, sevgisini, esirgemeyen bilgi ve deneyiminden destek aldığım, zorlandığım her anımda yanımda olan çok değerli danışman hocam Sayın Demet AVCI ALPAR'a

Sonsuz sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, çok değerli ablam Sinem URUF'a,

Kızları olmaktan hep gurur duyduğum maddi, manevi her anımda, her zorluğumda yanımda olan canım annem ve babam'a

En içten teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

Simge URUF

12.08.2022

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ETİK (AHLAKİ) DUYARLILIĞININ BELİRLENMESİ

Simge URUF

Yüksek Lisans Tezi
Disipilinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Demet AVCI ALPAR
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Etik duyarlılık, çalışma ortamındaki etik problemlerin tanınması ve çözümlenmesi konusunda doğru kararların alınabilmesi için, etik sorunu/ikilemleri ayırt edebilmedir. Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini İstanbul ilindeki bir devlet ve bir özel hastaneden, çalışmaya katılmayı onaylayan 299 cerrahi hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmada, araştırmacının geliştirdiği soru formu'na ilave olarak veriler; Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) adlı ölçeği ile toplanmıştır. Değerlendirme için ortalama, yüzdelik, standart sapma, Students-T testi ve ANOVA analizleri kullanılmıştır.

Çalışmadaki hemşirelerin yaş ortalaması $\bar{X}$=28.13 ± 4.78, %73,9'u kadın, %67,6'sı bekar, %80,3'ünün çocuğu yok, %71,9'u lisans mezunu, %60,2'si kamu kurumunda, %61,2'si 1-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı görülmüştür. Katılımcıların ADA Ölçeği toplam puan ortalamalarının 100.70±27.47 olduğu görülmüştür. Çalışmada sonuç olarak; katılımcıların pandemi döneminde değerlendirildiği halde ADA Ölçeği ve alt boyutlarında orta düzeyde etik duyarlılık ile bakım verdikleri görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi Hemşireliği, Etik, Etik Duyarlılık, Ahlaki Duyarlılık Anketi.

ABSTRACT

DETERMINING THE ETHICAL (MORAL) SENSITIVITY OF SURGICAL NURSES

Simge URUF
Master Thesis
Interdisciplinary Department of Nursing
Surgical Diseases Nursing Program
Thesis Advisor: Asst. Prof. Demet AVCI ALPAR
Maltepe University Graduate Education Institute, 2022

Ethical sensitivity is the ability to distinguish ethical problems/dilemmas in order to make the right decisions about recognizing and solving ethical problems in the working environment.

The research was carried out to determine the ethical sensitivity of surgical nurses. The sample of the study consisted of 299 surgical nurses from a state and a private hospital in Istanbul, who approved to participate in the study.

In the research, in addition to the questionnaire developed by the researcher, the data; It was collected with a scale called Moral Sensitivity Questionnaire (ADA). Mean, percentile, standard deviation, Students-T test and ANOVA analyzes were used for evaluation. The mean age of the nurses in the study was $\bar{X}$=28.13 ± 4.78, 73.9% were female, 67.6% were single, 80.3% had no children, 71.9% had a bachelor's degree, 60.2% It has been observed that 61.2% of them have been working as nurses for 1-5 years in a public institution.

It was observed that the total mean score of the participants on the ADA Scale was 100.70±27.47. As a result of the study, Although the participants were evaluated during the pandemic period, it was observed that they provided care with moderate ethical sensitivity in the ADA Scale and its sub-dimensions.

Keywords: Surgical Nursing, Ethics, Ethical Sensitivity, Moral Sensitivity Questionnaire.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... **ii**

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... **iii**

TEŞEKKÜR ..... **iv**

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **vii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**

KISALTMALAR ..... **xiii**

BÖLÜM 1. GİRİŞ **1**

1.1.Amaç 2

1.2.Önem 3

1.3.Varsayımlar 3

1.4. Sınırlılıklar 3

1.5. Tanımlar 4

BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR **5**

2.1.Etik 5

2.2. Etik Türleri 5

2.3. Hemşirelikte Etik İlkeler 2

2.4. Sağlık Bakımında Etik İkilemler ve Etik Karar Verme 5

2.5. Etik Duyarlılık 7
2.6. Cerrahi Hemşireliğinde Etik 8
2.7. Hemşirelikte Yasal Konular ve Sorumluluklar 10
BÖLÜM 3. YÖNTEM 15
3.1. Araştırma Modeli 15
3.2. Evren ve Örneklem 15
3.3. Veriler ve Toplanması 1
3.4. ADA Ölçeği 1
3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 2
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR 3
4.1.Bulgular 3
4.1.1. Demografik Verilere Dair Bulgular 3
4.1.2. ADA Ölçeğine Dair Bulgular 7
4.1.3. ADA ile Bazı Verilerin Karşılaştırılması 8
4.2. Yorumlar 30
4.2.1. Sosyodemografik Verilerin Tartışması 30
4.2.2. ADA Ölçeğine Dair Verilerin Tartışılması 36
4.2.3. ADA ile Bazı Verilerin Karşılaştırılmasının Tartışılması 36
BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER 49
5.1. Özet 51
5.2. Yargı 51
5.3. Öneriler 52
Kaynakça 53

EKLER..... 63

Ek.1: Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 63

Ek.2: Bilimsel Araştırma Başvurusu..... 64

Ek.3: Kurum İzni..... 65

Ek.4: Kurum İzni..... 66

Ek.5: Ölçek İzni 67

Ek.6: Kişisel Bilgi Formu ve ADA Ölçeği 68

EK.7: Bilgilendirilmiş Onam Formu 75

EK.8: Etik Sempozyumu Katılım Belgesi 76

Ek.9: ADA Ölçeği Alt Boyutları..... 77

Ek.10: ADA Ölçeği Alt Boyutları..... 78

ÖZGEÇMİŞ..... 79

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Değişkenlere Göre Dağılım..... 3

Tablo 2: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Dair Özellikleri..... 4

Tablo 3: Katılımcıların Etik Duyarlılıklarına Dair Görüş ve Deneyimleri..... 5

Tablo 4: Katılımcıların Etik İkilem ve Sorunlara Dair Görüş ve Deneyimleri..... 6

Tablo 5:ADA Ölçeği ve Alt Boyutlarına Dair Puan Ortalamaları..... 7

Tablo 6: Cinsiyete Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 8

Tablo 7: Medeni Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 9

Tablo 8:Çocuk Sahibi Olmasına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 10

Tablo 9: Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin Olmasına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 11

Tablo 10: Kurum Niteliğine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 12

Tablo 11: Tercih Edilen Yerde Çalışmasına Göre Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 13

Tablo 12: Gelir Durumlarına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 14

Tablo 13:Eğitim Durumlarına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması..... 15

Tablo 14: Hemşirelikte Çalışma Yılına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 16

Tablo 15:Çalıştığı Cerrahi Alana Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 17

Tablo 16:Çalışma Şekline Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 18

Tablo 17: Çalıştığı Klinikte Etik Duyarlılığa Önem Verilmesine Dair Görüşlere Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 19

Tablo 18: Çalıştığı Kurumda Etik Komite Varlığı Bilgisine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 20

Tablo 19: Hemşirelikte Etik Konularda/Sorunlara Dair Aldığınız Hizmetiçi Eğitimleri Yeterli Görme Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 21

Tablo 20: Hemşirelikte Etik Konularda Hizmet İçi Eğitim Alma İsteğine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 22

Tablo 21: Cerrahi Alanlarda Etik Sorunla Karşılaşma Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 23

Tablo 22: Cerrahi Alanlarda Etik Sorunla Karşılaşma Durumu Yaşandı İse Çözümü Gerçekleştirme Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 25

Tablo 23: Karşılaşılan Etik Problemlerin Sebebi Hakkındaki Fikirler ile ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 26

Tablo 24: Cerrahi Hemşirelerinin Etik Duyarlılığına Dair Görüşlerine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 27

Tablo 25: Cerrahi Alanda Pandemi Döneminde Etik Konularda Sorun Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması 28

KISALTMALAR

ADA: Ahlaki Duyarlılık Anketi

Ss: Standart Sapma

Min: Minimum

Max: Maksimum

BÖLÜM 1. GİRİŞ

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Herhangi birine yönelik olumsuz yönde yaşanan ve bireyi etkileyen hastalık durumunda tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını içeren hizmetlere gereksinim duyulmaktadır (Temiz ve ark., 2017). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlık profesyonellerinin görevlerindendir. Ancak bu görevi yerine getirirken tıbbın, bilimin ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak bazı değer sorunlarının ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durum sağlık alanında etiğin önemini gün geçtikçe arttırmıştır (Utlu, 2016).

Etik, insanlar arasındaki ilişkilerde değerleri, iyi/kötü; doğru/yanlış olanın ayrımını yapmayı inceleyen felsefe dalıdır. TDK'ye göre etik, meslek üyelerinin uyması/ kaçınması gereken davranışlardır. Çalışma hayatındaki tüm meslek gruplarının ve üyelerinin kendisine, topluma, mesleğine veya meslektaşlarına sorumlulukları ve etik ilkeleri vardır (Nas, 2017). Sağlık alanında bireye en yakın temas halindeki sağlık profesyonellerinin başında hemşireler yer almaktadır. Dolayısıyla hemşirelik mesleği, bakım verme, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli uygulamalarda, ahlaki değerler, etik kural ve ilkelere sahip olmalıdır (Kahriman ve Çalık, 2017). Hemşirelik bakımında kabul görmüş etik ilkeler sağlık kalitesini arttırmak ve hemşirelik bakımında en üst yarar sağlamak adına yapılan birçok çalışmanın sonucunda oluşturulmuştur. Bu etik kurallar ile bakım verme rolünü gerçekleştirirken, mesleğine, bireye ve topluma karşı olan sorumluluklarını yerine getirmesini sağlamaktır (Nas, 2017). Ayrıca hemşirelik mesleğinde hem ulusal hem de uluslararası kabul görmüş bu etik ilkeler hemşirelik bakım uygulamalarda tutarlılık da sağlamaktadır (Şen ve Yılmaz, 2012-2013).

Hemşirelik mesleğinde değişmeyen tek kavram olan bakım verme rolü, zaman içinde gelişen teknolojiye paralel ilerleme göstermiştir (Schluter ve ark., 2008). Geçmişten günümüze teknolojinin ilerlemesi ile birey hakları ve hemşirenin gelişen rolü ile hemşireler etik problemlerle daha sık karşılaşmaya başlamıştır (Cerit, 2010). Sürekli genişleyen tedavi seçenekleri etik sorunları gündeme getirmekte, hemşirelerin rol ve sorumlulukları artmaktadır (Pavlich ve ark., 2011).

Hemşirelerin, etik sorunları/ikilemleri ayırt edebilme yeteneklerinin gelişmiş olması gerekmektedir (Aksu ve Akyol., 2011). Etik sorunu çözmek, açıklık getirmek ya

da eylemi haklı çıkartmanın yanı sıra bireylerin bu konudaki duyarlılığı hemşirelerin sorun/ikilemleri anlamasında ve önlemesinde önemlidir (Tosun, 2021).

Cerrahi birimler hemşirelerin aktif olarak etik karar vermeye katıldığı ortamlardandır (Başar ve Çilingir, 2019). Sağlık hizmetlerinin her alanında etiğe uygun davranış ve bakım verme problemleri yaşanmaktadır ancak iş yükünün fazla olduğu, yaşamın kurtarılmasının hedeflendiği, yapılan birçok girişim sırasında hastaların bilincinin yerinde olmamasının da etkisiyle cerrahi birimlerde etik sorunlar ve ikilemlerin daha fazla yaşandığı bilinmektedir (Başak ve ark., 2010). Hemşireler mesleki sorumluluklarını yerine getirirken birey için en doğru kararı seçmek isterler ancak kendi değerleri arasında karmaşa yaşamaktadırlar (Elçigil ark., 2011). Yapılan çalışmalarda, yaşanılan etik ikilemlerin sıklıkla ahlaki sıkıntıya yol açtığı da belirtilmektedir (Rainer ve ark., 2018).

Cerrahi birimlerde etik duyarlılığın gelişmesi ve etik ilkelere uyumlu bir bakımın benimsenmesi büyük önem taşımaktadır (Temiz ve ark., 2017). Ancak yapılan çalışmalara göre cerrahi birimlerdeki hemşirelerin, hastalar için gereken en uygun bakım ve önlemleri bulmaya çalışırken etik sorunlarla çokça karşılaştığı göstermiştir (Torjuul ve Sorlie, 2006). Ayrıca etik duyarlılığın bakım kalitesini doğrudan etkilediği bilinmektedir (Borhani ve ark., 2017). Hastanelerde, etiğe uygun özel hemşirelik bakımı gerektiren alanlarının başında cerrahi birimlerin ve cerrahi hemşirelerinin gelmesine rağmen sınırlı çalışmanın olması düşündürücüdür.

1.1.Amaç

Günümüzde yüksek etik duyarlılığa sahip bakım verebilen hemşirelere büyük ihtiyaç vardır. Cerrahi hemşireleri alanları gereği etik karar verme konularında aktif olan ve etik sorun/ikilemle karşılaşma açısından yüksek risk grubunda olup sorunları ayırt edebilme için duyarlı olma yeteneklere ihtiyaç duyulur. Bu çalışmanın amacı cerrahi hemşirelerinin etik (ahlaki) duyarlılıklarının belirlenmesidir.

Bu hedef doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır;

1-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıkları nasıldır?

2-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıklarını demografik özellikleri etkiler mi?

3-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıklarını neler etkilemektedir?

1.2.Önem

Araştırmanın önemi cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığını belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Yapılacak çalışmanın mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunacağı, cerrahi alanlarda çalışan hemşirelerin yaşadığı etik problemleri tanıması, problem çözme sürecinde profesyonel değer ve etik duyarlılıklarının belirlenmesiyle hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesinin doğrudan etkileneceği düşünülmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde iş yoğunluğunun artması ve sağlık personeli azlığı sebebiyle etik karar verme sürecinde sorunlar yaşandığı görülmüş ve bu konunun önemini arttırmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmaların sınırlılığı nedeniyle de literatüre katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.3.Varsayımlar

Katılımcıların soruları içtenlikle yanıtladıkları varsayılmıştır.

Hemşireler eğitim hayatlarında etik konularında yeteri kadar eğitim aldığı düşünülmektedir ancak duyarlılık geliştirme becerisi sorunlarla karşılaşma ve bu sorunların çözümüne dahil olabilme ve bireysel özelliklerden etkilenebileceği düşünülmüştür.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmacının yoğun çalışma temposu nedeniyle bir devlet ve bir özel hastane araştırmaya dahil edilebilmiştir. Araştırmaya dair veriler araştırma kriterlerine uygun, gönüllü olan ve aydınlatılmış onam formuna onay veren cerrahi hemşirelerine uygulanacaktır. İlgili hastanelerin bünyesinde, cerrahi alanlarda çalışan tüm hemşireler çalışma planında evren olarak belirlenmiş olup, onay veren tüm hemşireler örnekleme dahil edilecektir.

1.5. Tanımlar

Etik: Bilim ve teknolojinin birey ve topluma zarar vermemesi adına belirlenen ahlaksal değerler bütünüdür (Nas., 2017).

Etik duyarlılık**:** Çalışanların toplumdaki bireylere ve kendi mesleksel sorumluluklarını yerine getirirken evrensel etik kurallarını ve değerlerini göz önüne alarak davranış geliştirmesidir (Nas, 2017).

BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR

2.1.Etik

İngilizce ‘ethics/moral’, Latince’de ise ‘ethica’, olarak ifade edilmektedir. Yunanca ‘ethike’ ve ‘ethos’ sözcüğünden türetilen etik; TDK’ye göre töre bilimi/moral/ahlaki olan olarak tanımlanır (Nas, 2017).

Etik bireyin toplumda nasıl davranması gerektiği ve davranışlarının altında yatan nedenleri inceleyen bir alandır (Butts ve Rich, 2016). Bireylerin ve toplumun etik düşüncelerine ve inanç yapılarına göre farklı anlamlar yüklediği için etik ile ilgili birçok tanımla karşılaşmak mümkündür (Özdamar, 2018).

Etik açıdan davranışlar felsefeciler tarafından iyi/doğru ya da kötü/yanlış olarak 2500 yıldır tartışılmaktadır. Etik kavramının temelleri Sokrates’in “nasıl davranılması gerektiği” hakkında fikirler öne sürmesiyle atılmıştır (Güngör, 2000). Tıpta etik 20. yüzyıla kadar gelişerek kurallar oluşturmuştur. Etik kavramı toplumlar ve kültür grupları arasında da farklı şekillerde yorumlanabilir (Güngör, 2000). Birçok bilim insanı etiğin, hayatın önemli bir parçası olduğunu vurgulamıştır (Özdamar, 2018). Bir mesleğin etik davranış standartlarının olması oldukça önemlidir (Rainer ve ark., 2018).

2.2. Etik Türleri

Etik içerisinde birçok anlam barındırır. Kullanım alanına göre alt dallara ayrılır (Daşbilek, 2016).

2.2.1. Felsefi Etik

Felsefe inanış, evren, varoluş, bilgi ve değerlere ilişkin eleştirel yanıt arama uğraşıdır (Aydoğan, 2015).

Yaşanmış olaylardan etik fikirler oluşmuştur. Milattan önce eski Yunan dönemindeki felsefi araştırmalara konu olmuştur (Neçare, 2017). Zaman içinde de insanın ideal davranışlarının ne olduğunu bulmayı amaçlamıştır (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

Günümüzde felsefe ile uğraşan araştırmacılar etik teorileri konularına göre üç ana alana ayırmaktadırlar (Nas, 2017).

Normatif etik, normatif olmayan (meta ve tanımlayıcı) etik ve uygulamalı etik gibi yaklaşımlar içerisinde incelenmektedir (Beauchamp ve Childress, 2001).

-**Normatif etik**, hangi tür davranışların doğru ya da yanlış olduğunu belirleyen ölçütler sunup, bu ölçütleri haklı kılma ve temellendirmeyle uğraşan, kurallar koyan uygulamaya yönelik bir etik alanıdır (Aydoğan, 2015).

-**Meta etik,** ahlaki yargılamaların altında yatan sebepleri, ahlaki bilginin temelini, doğasını ve yapısını araştırmaktadır yani normatif etikten farklı olarak etiğin iyi ya da doğru olanı bulmaya yönelik bir arayış sonucunda değil de ahlaki kuramlarda kullanılan önermelerin ve yargısal temellendirmede kullanılan yöntemlerin mantıksal analizi sonucunda ortaya çıktığını savunmaktadır. Bunların yanında ahlakın öznel mi nesnel mi olduğuyla nedenselliğiyle de ilgilenir (Kılavuz, 2002).

-**Normatif olmayan** diğer bir etik türü olan tanımlayıcı (betimleyici) etik; insanların ahlaki inanç ve davranış biçimlerinin fiili olarak incelenmesini, bu davranış biçimlerinin nasıl bir süreç sonucu oluştuğunun ele alınması gerektiğini, bu bulguların ortaya çıkması için çaba harcanması gerektiğini öne sürmektedir (Kesgin, 2009).

2.2.2.Toplumsal Etik

Ahlaki değerlerin temelinde toplumsal ilişkiler, etkileşimler ve sosyokültürel çevrenin yattığı düşünülmektedir. Kişinin ve toplumun değerleri yine aynı bireylerin tutum ve davranışlarında birer ölçüt olarak ortaya çıkmaktadır (Alpar ve ark., 2014). Etik, toplumda insanların neleri yapmaları ya da yapmamaları gerektiği, başka insanların davranışlarını değerlendirmede kullanılan ölçütleri ve birbirleriyle ilişkilerinde kaçınmaları gereken kurallar bütününü ifade etmektedir (Nas, 2017)

Toplumda değer sorunları insanlar arasındaki düşünce, yaklaşım ve görüşlerin farklılığından dolayı ortaya çıkmakta olup bu farklılığa bağlı olarak etik, günlük hayatta kişilerarası hangi tür eylemin doğru/yanlış olduğuna ilişkin yoğun değerlendirme süreçlerinden geçmektedir (Aydoğan 2015).

2.2.3. Mesleki Etik

Evrensel etik değerlerine karşın her meslek ve faaliyet gruplarının kendine özgü değerleri vardır. Bu değerler genel etik değerlerine paralel olup, ters düşmemesi gerekmektedir. Çünkü insani değerlere uymayan bir eylemin toplum tarafından benimsenmesi ve kabul görmesinin imkânı yoktur. Her mesleğin bilgi ve içeriği farklıdır ancak meslek profesyonellerinden mesleklerini yerine getirirken beklenen belirli davranış biçimleri vardır (Ojienda ve Juma, 2011).

Meslek etiği, mesleğinin gereklerini yerine getiren çalışanın bu süreçte davranış ve uygulamalarına yön veren kurallar ve standartların bütünüdür. Meslek etiğine özgü değerler kişilerin kültürlerinden, ideojilerinden, dünya görüşlerinden bağımsız olarak hepsinin, her yerde uygunluğu kabul edilerek gelişmiştir (Tatlı, 2018).

2.2.4. Sağlık Etiği

Sağlık etiği, mesleki etiğin sağlık alanındaki bir uzantısıdır. Sağlık alanındaki teorik ve pratik tüm çalışmaların, davranış ve tutumların uygun olup olmadığının belirli ilke ve kurallar çerçevesinde değerlendirilmesi ve olası etik ikilemlere çözüm getirilmesini amaçlayan bir disiplindir (Aydın, 2014). Sağlık etiği, kısaca sağlık alanındaki davranış ve tutumların iyi/kötü, doğru/yanlış şeklinde değerlendirilmesidir (Aydoğan, 2015). Sağlık etiği, tıp uyguları sırasında sağlık personeli, hasta, kurum arasındaki ilişkilerin değer sorunlarıyla da ilgilenmektedir (Çobanoğlu, 2007). Sağlık(tıbbi) etiğinin bazı temel ilkeleri vardır. Bunlar;

*Özerklik/Bireye Saygı İlkesi
*Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi
*Yararlılık/Zarar Vermeme İlkesi
*Dürüstlük ve Doğruluk İlkesi

Bu ilkeler doğrultusunda sağlık bakım hizmetinin uygulanması beklenmektedir (Aydoğan, 2015).

Tarihte klinik hekimliğin kurucusu olan Hipokrat aynı zamanda tıp alanındaki etik ilkelerin de kaynağıdır. Tıbbi etik iki felsefi görüş üzerine temellendirilmiştir. Bunlar Immanuel Kant'ın "ödev" (deontoloji) kuramı ve Jeremy Bentham ile John Stuart Mill'in "yararcılık" (utilitarianism) kuramıdır. Sağlık alanıyla ilgili mesleklerin etik yönden

tutum ve davranışlarını tıbbi deontoloji belirlemektedir (Aydın ve Ersoy, 1995). Tıp deontolojisi sağlık çalışanlarının mesleki görevlerini belirleyen kuralları ifade etmektedir (Aydoğan, 2015).

Tıbbi etik ise deontolojiye ek olarak sağlık personellerinin iyi davranış geliştirmek için yapmaları veya kaçınmaları gereken durumlar hakkındaki soyut düşünme etkinliklerini de kapsamaktadır (Büken, 2002).

2.3. Hemşirelikte Etik İlkeler

Etik ilkelerin amacı sorun çözümüne kolaylık sağlaması, hemşirelikte yol gösterici olmasıdır (Yıldırım ve Dülgerler, 2010).

Hemşirelik mesleği için önemli etik ilkeler; özerklik/bireye saygı, zarar vermeme-yararlılık, adalet, mahremiyet-sır saklama, dürüstlük-doğruluk ilkesi olarak belirlenmiştir (Aydoğan, 2015).

2.3.1.Özerklik/Bireye Saygı İlkesi

Özerklik, bireylerin kendi isteği doğrultusunda davranabilme özgürlüğü olarak ifade edilmektedir. Bireyin dış etkenlerden bağımsız olarak bireysel kararlarını ifade edebilme ve bu kararlarının ardında durabilme hakkını ifade eder (Butt ve Rich, 2016).

Özerklik kavramının üstünde durulan önemli bir alan da sağlıktır. Hasta özerkliğine saygı ilkesi olarak özerklik ve bireye saygı kavramları sağlık alanında yer almaktadır (Aydın, 2001). Bu ilke sağlık hizmeti verilirken bireyin özerkliğine saygıyı yani hastanın davranış ve kararlarının olası etkileri kontrol edilmek şartıyla, gönüllü ve özgür davranabilme hakkını sağlamaktadır. Herhangi bir müdahale sırasında hastanın haklarına saygı gösterilmesi, hastanın tedavi ya da müdahaleye onam verme ya da reddetme haklarına sahip olması özerkliğe saygı ilkesinin temellerindendir (McCormick ve Min, 2013).

Sağlık etiği kapsamında çalışmalarda özerkliğe saygı ilkesin yalnızca hasta özerkliğine saygı olarak ele alınmasının problemlerin çözümünde yeterli olmadığı, sağlık

çalışanlarının, üçüncü kişilerin hatta toplum açısından ele alınarak değerlendirilmesinin daha faydalı olacağını belirtilmektedir (Oğuz, 2008).

2.3.2. Yararlılık/Zarar Vermeme İlkesi

Bireyin iyilik halinin sağlanması için çalışmak olarak ifade edilebilir. Bu ilke hemşirelik bakımında yarar sağlamayı, zarardan kaçınmayı amaçlar (Butts ve Rich, 2016).

Yararlılık sağlık etiği içerisine dahil olduğunda fayda sağlamayı ahlaki bir yükümlülük haline getiren bir ilke olarak karşımıza çıkmaktadır (Karaöz, 2000). Diğer bir ifadeyle sağlık etiğine göre hastanın mutlak bir önceliği söz konusudur. Ancak burada karıştırılmaması gereken husus yararlılık ilkesine göre 'hastaya mutlaka yarar sağlamak gerekir' değil bir yarar durumu var ise bunun öncelikle hastanın yararına olması gerektiği şeklindedir (Oğuz, 2008). Yararlılık ilkesinde asıl hedef, gerçekleşecek müdahale, bakım ya da eylemin olumlu ya da olumsuz yöndeki sonuçlarını belirli bir dengede tutabilmektir. (Yumuşak, 2020).

Mutlak yararın sağlanması için zararın engellenmesi ve sonrasında da zararın tamamen ortadan kaldırılması söz konusu olmalıdır. Ancak bu şekilde mutlak yararın sağlandığı söz konusu olacaktır (Ersoy ve Aydın, 1994). Sağlık bakım hizmetlerinde yarar sağlama ilkesi ön planda tutulmakta olsa da zarar vermeme ilkesi ile iç içe geçmiş olup bu ilke asla yok sayılmamaktadır (Aydın ve Ersoy, 1995).

Hastalığın mevcut durumu içerisinde sağlık personelinin tedavi ve bakım verme rolünü gerçekleştirirken bir müdahalede bulunmasının ön koşullardan biri de zarar vermemedir (Alpar ve ark., 2014).

Zarar vermeme ilkesi, tıbbi yeterliliğe olan ihtiyacı ortaya koymakta olup, sağlık çalışanlarının hastaların zarar görebilecekleri risklerden korunmaları açısından temel bir taahhüdü ifade etmektedir. Ancak zarar vermeme ilkesinden yalnızca hastanın zarar görmesi olarak anlaşılmamalıdır. Sağlık çalışanları ve üçüncü kişiler de zarar vermeme ilkesi içinde olduğu bilinmelidir (Aydoğan, 2015).

2.3.3. Adalet İlkesi

Etik bir yargıda insanların eşit haklara sahip oldukları unutulmamalıdır. Adalet ilkesine göre her hasta eşit olarak, ihtiyacı doğrultusunda, kişisel haklar doğrultusunda, bireysel çabaya göre, en fazla sayıda kişiye, en fazla yarar sağlayacak şekilde hizmet verilmesi olarak açıklanmaktadır (Aydoğan, 2015).

Hemşirenin bakım verme rolünü yerine getirirken tüm insanların eşit haklarının olduğunu ve bireyler arasında yaş, ırk, din, dil, cinsiyet, inanç, ekonomik ve sosyal durum, siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin eşit sağlık bakım hizmeti uygulaması gerekmektedir (Yumuşak, 2020).

Ayrıca tüm tıbbi kaynakların (araç-gereç, tıbbi malzeme) gereksinimler doğrultusunda eşit ve dürüstçe paylaşılması da bu ilke kapsamındadır (Elçioğlu ve Kırımoğlu, 2003).

Uygulanacak sağlık bakım hizmetinin planlanması, hasta için klinik tanı ve tedavi tüm aşamalarda eşitliğin gözetilerek uygulanmaların yapılması adalet ilkesinin gereklerindendir (Yumuşak, 2020)

2.3.4. Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi

Sağlık bakımı alan tüm bireyler yasal olarak gizliliğin garantisi altındadır. Bu gizlilik kapsamında bireyin ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan mahremiyetinin korunmasını gerekmektedir. Hemşire yasal bir gereklilik veya zorunluluk olmadığı takdirde hastanın rızası olmaksızın hastaya ait bilgileri başka kişilerle paylaşmamalıdır. Mahremiyet hakkı insanlara saygının gereğidir. Yarar sağlanırken bireyin kişisel bilgileri, mahremiyeti göz ardı edilemez. Bu sayede hemşire ve hasta arasındaki güven bağı gelişir, hemşirelik bakımının kalitesi artar (Nas, 2017).

2.3.5. Dürüstlük ve Doğruluk İlkesi

İnsanlar arasındaki güven bağının temelini doğruluk ve gerçeklik oluşturur. Etik davranış gerek hasta-hemşire gerek hemşire-doktor arasında içtenliği ve dürüstlüğü

gerektirir (Tazegün, 2013). Dürüstlük genel olarak, doğruyu söylemekle ilişkilendirilip evrensel olarak erdemli bir davranış olarak kabul görmektedir (Avcı, 2007).

Doğruyu söylemek sağlık personelinin hasta ile olan güven bağını güçlendirmekte ve iletişimi daha güvenli sağlamaktadır. Etik davranış bireylerin toplumda, başkalarıyla ilişkilerinde dürüst olmalarını gerektirir. Bu bağlamda sağlık personelinin etiğe uygun eylemlerini gerçekleştirmesi dürüstlük ve doğruluk ilkesinin önemini göstermektedir (Daşbilek, 2016).

2.4. Sağlık Bakımında Etik İkilemler ve Etik Karar Verme

İnsanlar hayatları boyunca iyi veya kötü birçok durum arasında kalmaktadır ve doğru olanı seçmeyi hedeflemektedir. Etik karar verme ise çelişkili seçeneklerin olduğu durumlarda ahlaki olarak en doğru eyleme karar verilmesi gereken süreçtir (Raper ve Fisher, 2009). Bu süreç içinde birey, genel olarak etik sorunlarla mücadele eder. Ancak etik sorunlar, aralarında ahlaki bir değerlendirme yapıldıktan sonra tercihte bulunmayı gerektiren, kesin olarak doğru veya yanlış denilebilecek kadar net ve yalın çözümleri bulunamayan, karmaşık yapılardır ve bireyleri ikilemde bırakmaktadırlar. Etikle ilgili yaşanan bu sorunlar davranışın belirlenmesindeki zihinsel süreçte olabileceği gibi yerine getirilen sosyal ortamlarda da söz konusu olabilir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

Etik sorunlar ikilem ve ihlal olmak üzere iki ayrı kategoride değerlendirilir. Etik ikilem bireyin değer ve ilkelerinin çatışmasına bağlı iki veya daha çok seçeneğin bulunması durumunda karar verecek olan bireyin yaşadığı tercih sorunu olarak tanımlanabilir. Etik ihlal ise mesleğin gereği belirlenmiş belirli bir çerçevedeki ilkelerin veya sınırların göz ardı edilmesidir (Kılınç ve Aydın, 2017).

Etik ikilemlere her alanda olduğu gibi özellikle sağlık alanında da sıkça rastlanmaktadır (Hakko ve Kıvanç, 2018). Bakım verme ve tedavi hizmetini sunarken hemşireler ve diğer tüm sağlık çalışanları etik karar vermede zorlanmaktadır (Ganz, Berkovitz, 2012). Özellikle hemşirelerin hastayla sürekli iletişim ve temas halinde olmasından dolayı, etik ikilem ve sorunlarla daha çok karşılaşacağı ve bu durumları daha önce fark edeceği düşünülmektedir (Nas, 2017).

Her geçen gün hastalara daha karmaşık durumlarda bakım vermek durumunda kalan hemşirelerin, bakım uygulamalarında aldıkları etik kararların öneminin farkında olmalıdırlar. Yaşanılan bir etik ikilem veya sorun karşısında hemşire hem karar verme aşamasında bilimsel bilginin hastanın bakımına en uygun şekilde değerlendirilip yerine getirilmesinde sorumluluk üstlenmekte hem de hastaların bakım ve tedavilerini uygularken hastanın insani ve şahsi değer yargılarına uygun davranıp bakım vermesi gibi etik bir yükümlülüğün altına girmektedir (Yumuşak, 2020). Bu sebeplerle de cerrahi hemşirelerin etik karar verme yeteneğinin gelişmiş olası beklenmektedir.

Hemşirenin hastayla karşılaştığı an itibariyle etik karar verme süreci başlar. Etik karar verme süreci çoğu zaman oldukça karmaşıktır (Haahr ve ark., 2020). Bundan dolayı karar verme sürecini kolaylaştırmak için etik ilkelere ihtiyaç duyulmaktadır (Karaçar ve ark., 2020).

Son yıllarda değişen ve hızla gelişen bilim ve teknoloji bakım uygulamalarına da yansımıştır. Bunun yanında organ nakli uygulamalarının artması, yetersiz kaynakların dağılımı, teknolojik ilerlemeler, hasta hakları, hemşirenin zaman içindeki değişen rolü hemşirelerin etik sorunlarla çok daha fazla karşı karşıya getirmektedir (Cerit ve Öztürk, 2021).

Karşılaşılan etik sorunlar/ikilemler karşısında hastayla sürekli temas halindeki hemşirenin etik karar vermesi diğer bir deyişle bir dizi alternatif içerisinden etik olarak en uygun olduğu düşünülen hareket tarzının seçmesi gerekmektedir. (Kılınç ve Aydın, 2017). Bir ikilem karsısında tek bir çözümü seçmek, diğer çözümlerin yanlış olduğu anlamına gelmemelidir. Ancak hemşirenin etik karar verme süreci sonunda verdiği kararın haklılığı da oldukça önemlidir. Verdiği kararın haklılığını ve gerekliliğini ortaya koyabilmelidir (Tiryaki ve Taşkın, 2012).

Her hemşire etik karar verme sürecinde; etik bilgisini, değerlerini, bilişsel becerilerini, yasam deneyimlerini, ahlaki duyarlılığını, bireysel güdülerini ve muhakeme yeteneğini bu sürece yansıtmaktadır (Yumuşak, 2020). Hastanın değer yargılarının bilinmesi, farkında olunması ve bunları göz ardı edilmemesi, bireye duyarlı bakım vermesi açısından önemlidir. Etik karar verme ve etik davranış sergileme çoğu zaman

etik norm ve ilkelerin oluşturulması ve uygulanmasıyla sağlanabilmektedir (Kılınç ve Aydın, 2017).

Ancak yine de etik karar verme sürecinde insanlar farklı ahlaki bakış açılarına sahip oldukları için etik ikilemler kaçınılmaz olmaktadır (Yumuşak, 2020). Bu yüzden ahlaki düşünce ve davranışların altında yatan süreçler yıllardır tartışılan bir konu olmuştur. Etik karar verme süreci için önkoşul bilinçli farkındalık seviyesini ve karar verme yeteneğini ifade eden etik duyarlılıktır (Robertson ve ark., 2007). Yani etik duyarlılığın anlaşılması hem etik ikilemlerin kaynağının belirlenmesine hem de karar verme sürecine katkı sağlayacaktır (Schluter ve ark., 2008).

2.5. Etik Duyarlılık

Tüm tıbbi uygulamanın kendine özgü bir etik boyutları vardır. Etik duyarlılık bu boyutu dikkate almayı ve değerlendirerek bakım uygulanmasını gerektirir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

Sağlık çalışanları arasından hasta ile çok zaman geçiren hemşireler, hastalarının en hassas yönlerine tanık olabilmektedirler. Bu yüzden hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmesi için donanımlarının geliştirilmesi böylece hemşirelik bakımını insani ve ahlaki yönden bilinçli yapması ve etik kodlara uygun hizmet sunması gereklidir (Dinç, 2009).

Cerrahi hemşireleri sağlık sisteminde geniş bir yere sahiptir. Bu sebeple çoğu sağlık personelinden daha çok etik sorunla karşılaşır. Etik sorunlara karşı verdikleri kararlar, hasta bakımın kalitesinde büyük rol oynar. Bir etik ikilemde veya sorunda; mesleki etik ilkelerle ilgili yeterli bilgiye sahip olması, bu etik değer ve ilkeleri meslek hayatına geçirebilmesi ikilemler karsısında etiğe uygun kararlar verebilmesi için oldukça önem taşımaktadır (Aksu ve Akyol, 2011).

Etiğe uygun hemşirelik bakımının benimsenmesi için mesleki eğitimlerinin etik karar verme becerileri kazandıracak nitelikte olması ve mesleğin ilk yıllarından itibaren düzenli aralıklarla tekrar edilmesi gerekmektedir. Ayrıca etik duyarlılık din, kültür ve

yasam deneyimlerinden de etkilenmektedir (Yumuşak, 2020). Hemşirelik eğitimi döneminden itibaren verilen etik içeriğin artması etik duyarlılık konusunda katkı sağlamaktadır (Parkı ve ark., 2012). Fakat hemşirelerin mesleki etik konularında teorik bilgiye sahip olmaları her zaman etik açıdan uygun davrandıkları veya doğru kararlar aldıklarını göstermeyebilir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007). Çünkü etik karar verme öncelikle ahlaki düşünme yetisini ifade eden etik duyarlılığın geliştirilmesine bağlıdır (Orgun, 2008).

Mesleki uygulamalarda etik karar vermenin ilk bileşeni olarak tanımlanan etik duyarlılık, bakım hizmetinin etik boyutunu yorumlama kapasitesi olarak ortaya çıkmıştır. Davranışsal bir kavram olarak etik duyarlılık, bir olgunun zihinsel temsilidir ve bir etki, duygu ya da duyguyu harekete geçiren biliş olarak karşımıza çıkmaktadır (Weaver, 2007). Hemşireler etik ikilemlerle karşılaştıklarında inanç ve değerlerine dayalı ahlaki muhakemelerini kullanırlar (Barlow ve ark., 2018). Etik ve ahlaki karmaşıklıklar hemşirelik uygulamalarının doğasında vardır (Albert ve ark., 2020).

Hemşirelerin, etik ikilemleri/sorunları tanıyabilmesi ve uygun kararı verebilmesi için yüksek etik duyarlılığa sahip olması gerekmektedir (Aksu ve Akyol, 2011). Hemşireler hastaların hem fiziksel hem duygusal gereksinimlerine duyarlı olmalıdır ve hemşirelik bakımında bunlara yer vermelidirler (Aksu ve Akyol, 2011).

Ekipteki rolü hemşireleri etik sorunlarla sıklıkla karşı karşıya getirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin etik duyarlılık konusunda bilgi sahibi olmaları son derece önemlidir (Tiryaki ve Taşkın, 2012). Çünkü hemşirelerin etik duyarlılığının yüksek olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunacak, hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyecektir (Başak ve ark., 2010). Bu sebeplerle etik ikilemlerle karşılaştıklarında hemşirelerin tutum ve değerlerinin fark edilmesi ile duyarlı bakıma önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir (Yumuşak, 2020).

2.6. Cerrahi Hemşireliğinde Etik

Sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli ve karmaşık bölümlerini oluşturan cerrahi klinikler yasamın kurtarılmasının hedeflendiği, acil veya planlı cerrahi

girişimlerin yapıldığı, tedavi ve bakımının hayati önem taşıdığı birimlerdir (Yumuşak, 2020).

Geçmişten günümüze değişen ve gelişen dünyada bilim ve teknolojide görülen hızlı değişimler, cerrahide birçok yeniliğin ve gelişimin meydana gelmesini sağlamıştır. Cerrahi hemşirelerinin bilgi, beceri ve uygulama alanları da bu gelişmelere paralel olarak değişmekte ve gelişmektedir (Aygin ve Gül, 2021).

Cerrahi, "hastaların biyolojik ve fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek istemli travma yaratılması" olarak açıklanmaktadır. Cerrahi hemşireliği ise; "cerrahi ya da diğer invaziv girişimler uygulanan bir hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrası fiziksel ve biyopsikososyal tüm gereksinimlerinin belirlenerek planlı bir şekilde karşılandığı hemşirelik dalıdır (Yumuşak, 2020).

Hemşirelik bakımı hastanın iyileşme sürecinde oldukça önemlidir (Radsma 1994). Cerrahi kliniklerde hemşirelik bakımını uygulamak, diğer birimlere göre daha zor olabilmektedir (Aygin ve Gül, 2021). Özellikle anestezi etkisinde olan bilinçsiz, tüm yaşamsal aktivitelerinde bağımlı, kendi kararlarını veremeyen hastalar için hemşirelik bakımı oldukça kritiktir. Bu şartlarda hastanın veyahut hastaların haklarını, sağlığını ve güvenliğini sağlamak cerrahi hemşiresinin görev ve sorumluluğundadır. Bu görev ve sorumluluklarını yerine yetirirken etik ilkeleri kullanmaları gerekmektedir (Yumuşak, 2020). Bireyleri fiziksel ve biyopsikososyal her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin temel etik ilke olan 'bireye saygı' çerçevesinde çalışmaları çok önemlidir (Aydoğan, 2015).

Teknolojik ilerlemeler, kaynak paylaşımı, kişi hakları, hemşirelerin zaman içinde değişen ve gelişen rolü, artan sorumluluğu ile çalışma ortamında hemşirelerin karşılaştığı etik problemler artmıştır (Beerman, 1997). Özellikle aşırı hasta sirkülasyonu, hasta ölümleri, yetersiz araç-gereç, uzun çalışma saatleri, yetersiz sayıda çalışan, ekip içi yaşanan sorunlar, hızlı tanı-tedavi gerektiren ve hayati risk taşıyan hastalarla çalışıma gibi olumsuzluklar cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin iş doyumunun ve veriminin düşmesine bunun sonucunda da hataların ve etik sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır (Isır ve Dülger, 2006).

Çalışma ortamında yaşanılan hatalı uygulamalar etik sorunların sık görülmesine ve hastane hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Kurtz, 1991). Bu sebeple etiğin hasta ve hemşire memnuniyeti üstündeki etkisi, hemşirelik bakımının kalitesini arttırması ve mesleki profesyonelleşmeye olan katkısı da göz önüne alınarak cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığı hastanelerde büyük önem taşımaktadır. Bu birimlerdeki hemşirelere etik duyarlılık kazandırmak veya etik duyarlılığı arttırmak için çalışmaların yapılması kurumun başarısında da büyük yarar sağlayacaktır (Usta, 2012).

2.7. Hemşirelikte Yasal Konular ve Sorumluluklar

Hemşire; bireyin, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik yapılan girişimlerin tümünde yer almaktadır. Hemşireler, hemşirelik yönetmeliği başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hemşirelik mesleğinin gereği sorumluluklarını yerine getirmektedirler.Ayrıca hemşirelikteki etik ilkelerle, zarar görmesi engellenmektedir (Aban, 1997). Bu sebeple hemşirelerin mesleki yasa, tüzük ve yönetmelikleri bilmesi; haklarının, yetkilerinin ve sorumluluklarını bilmeleri meslek hukuku açısından birçok sorunun üstesinden gelmelerine yardımcı olacaktır (Karabakır, 2011).

Hemşireler hasta bakım ve tedavi sürecinde yaptıkları uygulamalarda hemşirelik yönetmeliği, ilgili yasalar ve etik ilkelerin ışığında görev ve sorumluluklarını yerine getirmektedir. Hemşirelik bakım sürecinde etiğe aykırı ya da hasta haklarına uygun olmayan bir davranış sergilemesi sonucunda; hemşire yalnızca vicdani olarak yükümlülük altında olmamakta, yasalar önünde de sorumlu tutulmaktadır (Karabakır, 2011).

2.7.1. Hemşirelik ile İlgili Yasa ve Yönetmelikler

Sağlık hizmetlerini ilgilendiren hukuk kuralları, sağlık mevzuatını oluşturur. Sağlık mevzuatı hem sağlık hizmeti veren birey, kurum ve kuruluşları hem de sağlık hizmeti alanlarını ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin yasa ve yönetmeliklerin içeriğinde;

-Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yürütülmesine ilişkin hükümler

-Sağlık hizmeti yürütenlerle ilgili nitelikler ve gerekler

-Sağlık hizmetini işletme (maliyeti ve kaynakları)

-Hizmette denetim yetkisi ve hizmetin yetersizliği, kusuru ya da zarar durumlarında cezai hükümler yer alır.

Hemşireler mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirirken T.C. Anayasası, sağlık hizmetleri ve toplum sağlığını ilgilendiren yasalar, Hemşirelik Kanunu, Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ve yasaların hayata geçirilmesinde yol gösterici olan yönetmelikler kapsamında yerine getirmektedirler (Ünsal, 2021).

2.7.2. Hemşirelik Kanunu

Toplumu ilgilendiren genel yasalara ihtiyaç olduğu gibi mesleklerin var olması, bütünlüğünü koruması, faaliyetlerini düzenli bir duruma getirmesi için bazı yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Yasal düzenlemelerin ilk amacı sağlık hizmeti sunanları ve bu hizmeti alan kişileri korumaktır.

Mesleki uygulamalarda yasal düzenlemeler tutarlılık ve otokontrol sağlar. Meslek yasaları mesleğin tanımını, mesleki kimliğin elde edilme şeklini ve bu kimliğin gerektirdiği roller hakkında mesleğe ait resmi düzenlemelerden oluşur. Mesleki uygulamalar yasalar ve yönetmeliklere uygun çerçevede yürütülür. Böylece meslek üyelerinin mesleki uygulamalarında hesap verme ve hesap sorma hakları yasalarla sağlanmaktadır (Ünsal, 2021).

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle zaman içinde hemşirenin rol ve sorumlulukları giderek artmakta ve değişmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinin gelişmesi, hemşirelerle ilgili yasal çıkarımların da gelişmesine neden olmuştur.

Hemşirelerin kendilerini, hemşirelik mesleğini, bakım verdikleri bireyleri ve sağlık ekibini korumak için mesleki yasaları ve gereklerini bilmeleri sorumluluklarındandır. Bireysel ve mesleki gelişim için hemşirelerin hatta hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik yasası ve yönetmeliklerini, mesleki gelişime fırsat sunan/sunacak ve sınırlama getiren/getirecek ülkede geçerli diğer yasa ve yönetmelikleri

incelemeleri, gelecekte yapılacak değişiklikleri ve düzenlemeleri takip etmeleri gerekmektedir (Karabakır, 2011).

İlk kez 1954 tarihinde yürürlüğe giren 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu yeni düzenlemeler yapılarak 2 Mayıs 2007 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda hemşireler mesleki uygulamalarında kanun kapsamında meslek gereklerini yerine getirmek durumundadır (Ünsal, 2021).

2.7.3. Hemşirelik Yönetmeliği

Hemşirelik Kanunu'na dayanılarak hazırlanan bu yönetmeliğin amacı sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda görev yapan hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev yetki ve sorumluluklarını belirlemektedir. Hemşirelik Yönetmeliği ilk olarak 8 Mart 2010 tarihinde 27510 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikten yaklaşık bir yıl sonra "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" 19 Nisan 2011'de 27910 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve son halini almıştır (Ünsal, 2021).

Yönetmelik, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda görev yapan hemşireleri kapsar. Bu yönetmelikte belirtildiği üzere Bakanlık, bu Yönetmeliğin uygulanmasını sağlamak üzere her türlü alt düzenlemeyi yapmaya yetkilidir (Madde11) ve yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür (Madde13) (Ünsal, 2021).

2.7.4. Hemşirelikte Tıbbı Hata (Malpraktis) ve Yasal Yaptırımlar

Hasta güvenliği genellikle yaygın tanımıyla "sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı" olarak bilinmektedir. Hemşirelerin başlıca görevlerinden biri de hasta güvenliğini sağlamaktır. Günümüzdeki birçok gelişme hasta güvenliğinin önemini arttırmıştır (Özlem, 2016). Dünya sağlık örgütü (DSÖ) güvenli olmayan birçok tıbbi uygulama sonucu on hastadan birinin zarar gördüğünü bildirmektedir (Ünsal, 2021).

Hasta güvenliği çok yönlü bir konudur. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliği sağlanmadığında hasta/sağlıklı bireyler birçok yönden zarar görebilir. Latince kökeni "Male" ve "Praxis" sözcüklerinden türeyen tıbbi hata 'hatalı uygulama' anlamındadır (Ünsal, 2021).

Tıbbi hatalar tür ve kökenlerine göre sınıflandırılmaktadır ve birçok tıbbi hatanın önlenebilir nitelikte olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin ise malpraktisle ilgili en çok ilaç uygulamalarında hata yaptığı bildirilmektedir. Bu hataların sebebi olarak bilgisizlik, acemilik, ihmal, iletişim problemleri, yorgunluk, tıbbi cihazlara ve eğitime bağlı faktörler yapılan hataları arttırmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi, tıbbi hataların önlenmesi ve bildirimi hemşirelerin birincil sorumluluğundadır (Ünsal, 2021).

Etik ve hukuk arasında temel bir fark vardır; hukuk yaptırımlar ile düzeni korumaya çalışırken etikte kurallara aykırılığın tek yaptırımı kişinin vicdanıdır. Sağlık alanında yapılan tıbbi hatalarla ilgili herhangi bir yasa olmasa da borçlar ya da ceza kanunlarının yorumlanması şeklinde hukuki kararlar alınmaktadır. Hemşireler hastanın güvenliğini sağlamak için önlem almalıdır ancak 'izin verilen risk' anlamına gelen 'komplikasyon' oluşumu durumundan hemşire sorumlu olmayacaktır (Ünsal, 2021). Bunun dışında zarar, kusur, kasıtlı suç, taksirli suç, dikkatsizlik ve tedbirsizlik, gibi kavramlar malpraktis olarak kabul edilmektedir.

Meslekte acemilik sonucu oluşan tıbbi hatalar da malpraktis olarak değerlendirilir çünkü hemşirenin mesleğiyle ilgili yasa ve yönetmelikleri bilmemesi bu konuda sorumluluğu olmadığı anlamına gelmez. Ayrıca sağlık bakım hizmetleri bir ekip işidir hemşirenin kusurundan hekim de sorumludur (Karabakır, 2011).

Sağlık profesyonelleri yürürlükteki kanun, tüzük ve yönetmelik ve yönergelere uymak zorundadır. Hemşirenin mesleki uygulamaları sırasında hastaya karşı kasıtlı veya taksirli eylemleri Türk Ceza Kanunu'na göre suç sayılır. Para veya hapis cezaları ile sonuçlanabilmektedir. Bu tür davalar bizzat kusurlu olan meslek üyesine açılır. Halen yürürlükte olan yasaya göre "tedbirsizlik, dikkatsizlik ve meslekte acemilik" gibi kavramlar "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık" olarak geniş bir biçimde hukuki olarak açıklanmıştır ve ağır cezaları gerektirir. Bu tip davalar, taksirli adam öldürme

(TCK 85.madde) ve taksirli haksız fiiller karşılığı (TCK 89.madde) olarak ikiye ayrılır (Ünsal, 2021).

Kamu kuruluşunda devlet memuru ve kamuda görev alan meslek üyesine göreve ilişkin davalar açılabilir. Eğer sağlık çalışanının göreve ilişkin kusuru var ise görevi savsaklama ve ihmal (TCK 230.madde) veya kötüye kullanma davaları (TCK 240.madde) açılabilmektedir. Hemşirenin hukuki sorumluluğunda tazminat davaları gündeme gelir. Kusura karşı oluşan maddi ve manevi zarar bilirkişilerce objektif olarak ölçülerek hesaplanır.

Hemşirelerin cezai ve hukuki sorumluluklarının dışında idari sorumlulukları da vardır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda görev ve yükümlülükler belirtilmektedir. Ayrıca 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun 53.maddesinde "memur ve diğer personelin disiplin işlemleri, disiplin amirlerinin yetkileri, devlet memurlarına uygulanan usul ve esaslara göre Yüksek öğretim Kurulunca düzenlenir" denilmiştir (Ünsal, 2021).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Kasım 2021 – Nisan 2022 arasında bir kamu (Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ve bir özel (Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) hastanedeki çalışmaya katılıma onam veren cerrahi hemşirelerine araştırmacının geliştirdiği kişisel tanılama formu, ADA Ölçeği (ADA) uygulanmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Çalışma, cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının belirlenmesine yönelik tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma soruları;

1-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıkları nasıldır?

2-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıklarını demografik özellikleri etkiler mi?

3-Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıklarını neler etkilemektedir?

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni 535 kamu hastanesi, 211 özel hastane olmak üzere 746 hemşireden oluşmaktadır. Yapılan güç analizinde %90 güven aralığında 180 kamu hastanesi, 119 özel hastane hemşiresi olmak üzere toplam 299 cerrahi hemşiresi örnekleme alındı.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;	**Dışlanma kriterleri;**
-Çalışmaya katılmaya onay vermesi.	-Çalışmaya katılmaya onay vermemesi
-İlgili hastanelerde cerrahi hemşiresi olması.	-Cerrahi alan dışında çalışıyor olması.

.

3.3. Veriler ve Toplanması

Bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede çalışan 299 cerrahi hemşiresine; araştırmacının kişisel deneyimleri dikkate alınarak geliştirdiği bireylerin mesleki deneyimlerini inceleyen 'Kişisel Bilgi Formu' ve izni alışmış olan 'Ahlaki Duyarlılık Anketi' uygulanmıştır. Kişisel Bilgi Formu ve ADA Ölçeği; otuz dakika, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.4. ADA Ölçeği

ADA, Kim Lutzen (1994) Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarını incelemek için geliştirilirmiştir. Türkçe 'ye ise 2005 yılında Tosun tarafından uyarlamıştır. Tosun Cerrahi Yoğun Bakım Psikiyatri ve Onkoloji/ Hematoloji Birimlerindeki 180 (hekim ve hemşirelere) sağlık çalışanına uyguladığı çalışmasında ADA Ölçeği (Cronbach Alpha= 0,84) değerlendirme becerisi yüksek olduğu görülmüştür. 7'li Likert Tipte sunulan, 30 maddesi altında 6 alt boyut tanımlanan ölçek değerlendirmesi eklerde sunulmuştur.

3.4.1. ADA Ölçeği ve Alt Boyutları

ADA Ölçek yanıtlarına göre ifadeler "Tamamen Katılıyorum" (1 Puan) ile "Hiç Katılmıyorum" (7 Puan) arasında puanlanır. Alınabilecek maksimum 210 iken minimum 30 puan alınabilmektedir. Toplam puanın düşük olması "yüksek etik duyarlılığı" puanın yüksek olması ise "düşük etik duyarlılığı" ifade eder. Ölçeğin otonomi alt boyutunu (10,12,15,16,21,24,27) maddeleri, yarar sağlama alt boyutunu (2,5,8,25) maddeleri, bütüncül yaklaşım alt boyutunu (1,6,18,29,30) maddeleri, çatışma alt boyutunu (9,11,14) maddeleri, uygulama alt boyutunu (4,17,20,28) maddeleri, oryantasyon alt boyutunu (7,13,19,22) maddeleri ve sınıflandırılamayan (3,23,26) maddeleri ölçeği oluşturmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından; otonomi(min-7, max-49), yarar sağlama(min-4, max28), bütüncül yaklaşım(min-5, max-35), çatışma (min-3, max-21), uygulama(min-4, max-28), oryantasyon(min-4, max-28) puan alınmaktadır.

3.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Çalışmada verilerin çözümlenmesinde, analizin öncesinde normal dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Araştırma için toplanan veriler SPSS 25 programıyla analiz edilmiştir. Test sonucunda normal dağılımı sağlayan sürekli değişkenler için karşılaştırmalarda Independent T test ve ANOVA Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

4.1.Bulgular

Çalışmada elde edilen bulgular 3 Bölüm halinde sunulmuştur.

4.1.1. Demografik Verilere Dair Bulgular

Tablo 1'de demografik verilere dair bulgular verilmiştir.

Tablo 1: Demografik Değişkenlere Göre Dağılım

		n	**%**
Yaş	*$\bar{X}$=28.13, SS=4.78* Min =20, Max=50	298	100
Cinsiyetiniz	Kadın	221	73.9
	Erkek	78	26.
Medeni Durum	Bekar	202	67.6
	Evli	97	32.4
Çocuğunuz Var mı	Evet	59	19.7
	Hayır	240	80.3
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Varlığı	Evet	93	31.1
	Hayır	206	68.9
Gelir Durumunuz	Gelirim giderimden az	118	39.5
	Gelirim giderime denk	155	51.8
	Gelirim giderimden fazla	26	8.7
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	42	14.0
	Ön Lisans	29	9.7
	Lisans	215	71.9
	Lisans Üstü	13	4.3

Tablo 1'de cerrahi hemşirelerin sosyo-demografik verileri verilmiştir. Çalışmaya katılanların yaşlarının ortalaması ($\overline{X}$=28.13, SS=4.78), minimum yaş 20, maksimum yaş 50'dir.

Katılımcıların %73.9'u kadın, %26.1'i erkek, %67.6'sı bekar, %32.4'ü evli, %19.7'sinin çocuğu var, %80.3'ünün çocuğu yok, %31.1'inin bakmakla yükümlü olduğu kişiler var, %68.9'unun yok, katılımcıların %100'ü COVID-19 pandemisi süresince bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler ile alakalı çalışmasına engel teşkil edecek sorun yaşamamış, %39.5'inin geliri giderinden az, %51.8'inin geliri giderine denk, %8.7'sinin

geliri giderinden fazla, %14'ü sağlık meslek lisesi mezunu, %9.7'si ön lisans mezunu, %71.9'u lisans mezunu, %4.3'ü lisans üstü mezunu olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Dair Özellikleri

		n	**%**
Kurum Tipi	Kamu	180	60.2
	Özel	119	39.8
Tecrübe Durumu	1-5 Yıl	183	61.2
	6-10 Yıl	77	25.8
	10-15 Yıl	28	9.4
	15 Yıl ve üzeri	11	3.7
Çalışma Yeri	Ameliyathane	62	20.7
	Cerrahi Servis	95	31.8
	Acil Servis	49	16.4
	Yoğun Bakım	93	31.1
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz vardiyası	29	9.7
	Sürekli gece vardiyası	9	3.0
	Gece ve gündüz vardiyasında değişimli	261	87.3
Tercih Ettiği Yerde Çalışma Durumu	Evet	154	51.5
	Hayır	145	48.5

Tablo 2'de katılımcıların çalışma durumlarına dair özellikler verilmiştir.

Katılımcıların %60.2'si kamu kurumunda çalışıyor, %39.8'i özel kurumda çalışıyor, %61.2'si 1-5 yıl, %25.8'i 6-10 yıl, %9.4'ü 10-15 yıl, %3.7'si 15 yıl üzeri süredir hemşire olarak çalışıyor, %20.7'si ameliyathane, %31.8'i cerrahi servis, %16.4'ü acil servis, %31.1'i yoğun bakım bölümünde çalışıyor, %9.7'si sürekli gündüz vardiyasında çalışıyor, %3'ü sürekli gece vardiyasında çalışıyor, %87.3'ü gece ve gündüz vardiyasında değişerek çalışıyor, %51.5'i kendi tercihi ile %48.5'i kendi tercihi olmadan klinikte çalışıyor olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Katılımcıların Etik Duyarlılıklarına Dair Görüş ve Deneyimleri

Görüşler		**n**	**%**
Çalışılan klinikte çalışanlar tarafından etik duyarlılığa ve etik değerlere uygun hasta yaklaşımına önem verilmesine dair görüşler	Evet	174	58.2
	Hayır	35	11.7
	Bazen	90	30.1
Çalışılan kurumun etik komitesi varlığına dair görüşler	Evet	109	36.5
	Fikrim yok	178	59.5
	Hayır	12	4.0
Hemşirelikte etik konularda/sorunlara dair aldığınız hizmetçi eğitimleri yeterli görme durumuna dair görüşler	Evet	134	44.8
	Fikrim yok	69	23.1
	Hayır	96	32.1
Hizmet içi eğitim programlarının olması isteğine dair görüşler	Evet	86	28.8
	Fikrim yok	6	2.0
	Hayır	4	1.3

Tablo 3'te katılımcıların etik duyarlılıklarına dair görüş ve deneyimleri verilmiştir.

Katılımcıların %58.2'sinin çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem var, %11.7'sinin çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem yok, %30.1'inin çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem bazen var, %36.5'inin çalıştığı klinikte etik komitesi var, %59.5'inin fikri yok, %4'ünün çalıştığı klinikte etik komitesi yok, %44.8'i hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görüyor, %2'sinin fikri yok, %32.1'i hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görmüyor, hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görmeyenlerin %28.8'i eğitim görmek istiyor, %2'sinin fikri yok, %1.3'ü eğitim görmeyi düşünmüyor şeklinde ifade ettikleri görülmüştür.

Tablo 4: Katılımcıların Etik İkilem ve Sorunlara Dair Görüş ve Deneyimleri

Görüşler		n	%
Cerrahi alanlarda çalışma esnasında herhangi bir etik ikilem/etik sorun ile karşı karşıya kalma durumu	Evet	108	36.1
	Hayır	115	38.5
	Bazen	76	25.4
Herhangi bir etik ikilem/etik sorun ile karşı karşıya kalındı ise çözümünü nasıl gerçekleştirildi (n=108)	Kendim	34	11.4
	Yardım alarak çözdüm	49	16.4
	Çözemedim	24	8.0
	Diğer	1	0.3
Karşılaşılan etik problemler genellikle kimden kaynaklandığına dair görüşler	Diğer meslek üyeleri	92	30.8
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	17.1
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	30.1
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	9.0
	Diğer	39	13.0
Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığın artması gerektiğine dair görüşler	Evet	201	67.2
	Hayır	37	12.4
	Bazen	61	20.4
Cerrahi alanlarda yaşadığınız etik konularda ikilem veya sorunlar COVID-19 pandemisi sırasında nasıl değiştiğine dair görüşler	Arttı	122	40.8
	Değişmedi	158	52.8
	Azaldı	19	6.4

Tablo 4'te katılımcıların etik ikilem ve sorunlara dair görüş ve deneyimleri verilmiştir.

Katılımcılar %36.1'i cerrahi alanda etik sorunlarla karşılaşmış, %38.5'i cerrahi alanda etik sorunlarla karşılaşmamış, %25.4'ü cerrahi alanda etik sorunlarla bazen karşılaşmış, cerrahi alanda etik sorunlarla karşılaşanların %11.4'ü sorunu yalnız kendi çözmüş, %16.4'ü sorunu yardım alarak çözmüş, %8'i çözememiş, %3'ü diğer, karşılaştıkları etik problemlerin kaynağı olarak %30.8'i diğer meslek üyelerini, %17.1'i kurum ile farklı yaklaşımları, %30.1'i yeterli etik duyarlılığına sahip olmamayı, %9'u sınırlı kaynakların paylaştırılmasını, %13'ü diğerlerini görüyor, %67.2'si cerrahi hemşirelerde etik duyarlılığın artması gerektiğini, %12.4'ü cerrahi hemşirelerde etik duyarlılığın artması gerekmediğini, %20.4'ü cerrahi hemşirelerde etik duyarlılığın bazen artması gerektiğini belirtmiş, cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorunlar %40.8 artmış, %52.8 değişmemiş, %6.4 azalmıştır, çalışmadaki hemşirelerin %100'ünün COVID-19 pandemisi sırasında yaşadığı/şahit olduğu etik ikilem veya sorun olmamıştır.

4.1.2. ADA Ölçeğine Dair Bulgular

Çalışma grubu özelinde Cronbach Alpha değeri ise 0,86 olarak bulunmuştur.

Tablo 5:ADA Ölçeği ve Alt Boyutlarına Dair Puan Ortalamaları

	n	**Min.**	**Max.**	**$\bar{X}$**	**Ss.**
ADA Ölçeği	299	30	209	100.70	27.47
Otonomi	299	7	49	21.98	8.23
Yarar Sağlama	299	4	28	14.07	5.16
Bütüncül Yaklaşım	299	5	35	15.25	6.30
Çatışma	299	3	21	12.75	4.37
Uygulama	299	4	28	13.66	4.78
Oryantasyon	299	4	28	11.24	6.09

Tablo 5'te ADA Ölçeği ve alt boyutlarına dair (ADA) ait puan ortalamaları verilmiştir.

ADA Ölçeği genel ortalaması $\bar{X}=100.70\pm27.47$ *iken,* alt boyutları sırası ile; Otonomi ortalaması $\bar{X}=21.98\pm8.23$, Yarar Sağlama ortalaması $\bar{X}=14.07\pm5.16$, Bütüncül Yaklaşım ortalaması $\bar{X}=15.25\pm6.3$, Çatışma ortalaması $\bar{X}=12.75\pm4.37$, Uygulama ortalaması $\bar{X}=13.66\pm4.78$, Oryantasyon ortalaması $\bar{X}=11.24\pm6.09$ olduğu görülmektedir.

ADA toplam puan ortalamasına göre çalışmadaki hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

4.1.3. ADA ile Bazı Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 6: Cinsiyete Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Cinsiyet	**n**	**$\bar{X}$**	**Ss.**	**t**	**p**
ADA Ölçeği	Kadın	221	100.46	26.79	-0.26	0.798
	Erkek	78	101.38	29.48		
Otonomi	Kadın	221	21.61	7.95	-1.31	0.192
	Erkek	78	23.03	8.96		
Yarar Sağlama	Kadın	221	14.03	5.12	-0.22	0.828
	Erkek	78	14.18	5.30		
Bütüncül Yaklaşım	Kadın	221	15.17	6.15	-0.35	0.728
	Erkek	78	15.46	6.74		
Çatışma	Kadın	221	13.03	4.49	1.87	0.063
	Erkek	78	11.96	3.93		
Uygulama	Kadın	221	13.86	4.77	1.18	0.240
	Erkek	78	13.12	4.80		
Oryantasyon	Kadın	221	10.94	6.03	-1.46	0.146
	Erkek	78	12.10	6.20		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 6'da cinsiyete değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 7: Medeni Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss.	t	p
ADA Ölçeği	Bekar	202	100.49	27.01	-0.19	0.850
	Evli	97	101.13	28.53		
Otonomi	Bekar	202	22.19	8.16	0.63	0.529
	Evli	97	21.55	8.41		
Yarar Sağlama	Bekar	202	14.04	4.99	-0.15	0.883
	Evli	97	14.13	5.51		
Bütüncül Yaklaşım	Bekar	202	15.52	6.47	1.08	0.281
	Evli	97	14.68	5.91		
Çatışma	Bekar	202	12.38	4.49	-2.16	**0.032***
	Evli	97	13.54	4.04		
Uygulama	Bekar	202	13.42	4.56	-1.29	0.199
	Evli	97	14.18	5.20		
Oryantasyon	Bekar	202	11.37	6.08	0.51	0.608
	Evli	97	10.98	6.14		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 7'de medeni durum değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir

Çatışma alt boyutundan *(t(297)=-2.16, p<0.05)* aldıkları puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evli hemşirelerin, bekarlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda medeni durumu bekar olan hemşirelerin, medeni durumu evli hemşirelere göre daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 8:Çocuk Sahibi Olmasına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Çocuk Sahibi Olma	n	$\bar{X}$	Ss.	t	p
ADA Ölçeği	Evet	59	98.93	26.27	-0.55	0.582
	Hayır	240	101.13	27.79		
Otonomi	Evet	59	21.19	7.93	-0.83	0.409
	Hayır	240	22.18	8.31		
Yarar Sağlama	Evet	59	14.12	5.43	0.08	0.936
	Hayır	240	14.06	5.10		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	59	13.86	5.08	-2.20	**0.030***
	Hayır	240	15.59	6.52		
Çatışma	Evet	59	13.29	3.95	1.05	0.294
	Hayır	240	12.62	4.47		
Uygulama	Evet	59	13.75	4.57	0.15	0.881
	Hayır	240	13.64	4.84		
Oryantasyon	Evet	59	10.75	5.67	-0.70	0.487
	Hayır	240	11.36	6.19		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 8'de çocuk sahibi olma değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Bütüncül Yaklaşım alt boyutundan *(t(110.092)=-2.20, p<0.05)* aldıkları puanlar çocuk sahibi olma değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. ADA'nın 'Bütüncül Yaklaşım' alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin Olmasına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Bakımında kişilerin olması	n	$\bar{X}$	Ss.	t	p
ADA Ölçeği	Evet	93	97.00	24.95	1.57	0.118
	Hayır	206	102.37	28.43		
Otonomi	Evet	93	20.46	8.13	2.16	**0.032***
	Hayır	206	22.67	8.20		
Yarar Sağlama	Evet	93	13.73	4.92	0.76	0.446
	Hayır	206	14.22	5.27		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	93	14.38	5.76	1.61	0.108
	Hayır	206	15.64	6.50		
Çatışma	Evet	93	12.75	4.44	0.00	1.000
	Hayır	206	12.75	4.35		
Uygulama	Evet	93	13.19	4.49	1.14	0.255
	Hayır	206	13.87	4.90		
Oryantasyon	Evet	93	10.65	6.15	1.14	0.256
	Hayır	206	11.51	6.05		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 9'da bakmakla yükümlü olduğu kişiler olması değişkenine göre ada ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Otonomi alt ölçeğinden *(t(297)=-2.16, p<0.05)* aldıkları puanlar bakmakla yükümlü olduğu kişiler olması değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. ADA'nın 'otonomi' alt boyutunda bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğunu ifade eden hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Kurum Niteliğine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Kurum Niteliği	n	$\bar{X}$	Ss.	t	p
ADA Ölçeği	Kamu	180	101.46	31.95	0.65	0.515
	Özel	119	99.55	18.82		
Otonomi	Kamu	180	21.74	9.36	0.67	0.500
	Özel	119	22.34	6.17		
Yarar Sağlama	Kamu	180	13.89	5.64	0.79	0.432
	Özel	119	14.34	4.34		
Bütüncül Yaklaşım	Kamu	180	15.76	6.82	1.81	0.072
	Özel	119	14.48	5.35		
Çatışma	Kamu	180	13.04	4.62	1.42	0.156
	Özel	119	12.31	3.95		
Uygulama	Kamu	180	14.21	5.33	2.65	**0.008***
	Özel	119	12.83	3.66		
Oryantasyon	Kamu	180	10.98	6.65	0.95	0.344
	Özel	119	11.63	5.12		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 10'da kurum niteliği değişkenine göre ada ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Uygulama alt boyutundan *(t(296.588)=2.65, p<0.05)* aldıkları puanlar kurum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kamu kurumunda çalışanların, özel kurumda çalışanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. ADA'nın 'uygulama' alt boyutunda, özel hastanede çalışan hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Tercih Edilen Yerde Çalışmasına Göre Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Tercih Edilen Yerde Çalışma	n	$\bar{X}$	Ss.	t	p
ADA Ölçeği	Evet	154	100.97	27.93	0.18	0.859
	Hayır	145	100.41	27.06		
Otonomi	Evet	154	21.98	8.35	0.00	0.999
	Hayır	145	21.98	8.13		
Yarar Sağlama	Evet	154	14.41	5.10	1.17	0.242
	Hayır	145	13.71	5.22		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	154	14.94	6.29	0.87	0.387
	Hayır	145	15.57	6.30		
Çatışma	Evet	154	12.84	4.60	0.37	0.709
	Hayır	145	12.66	4.13		
Uygulama	Evet	154	13.69	4.73	0.10	0.923
	Hayır	145	13.63	4.84		
Oryantasyon	Evet	154	11.43	6.04	0.55	0.583
	Hayır	145	11.04	6.15		

**p<0.05 Uygulanan testin ismi: Bağımsız Örneklemler t-Testi*

Tablo 11'de tercih edilen yerde çalışma durumu değişkenine göre ada ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile tercih ettiği klinikte çalışma değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 12: Gelir Durumlarına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Gelirim giderimden az	118	102.55	28.30	0.57	0.567
	Gelirim giderime denk	155	99.07	26.67		
	Gelirim giderimden fazla	26	102.00	28.78		
Otonomi	Gelirim giderimden az	118	21.94	8.83	0.16	0.852
	Gelirim giderime denk	155	21.86	7.61		
	Gelirim giderimden fazla	26	22.85	9.21		
Yarar Sağlama	Gelirim giderimden az	118	14.32	5.50	0.31	0.735
	Gelirim giderime denk	155	13.97	4.94		
	Gelirim giderimden fazla	26	13.54	4.93		
Bütüncül Yaklaşım	Gelirim giderimden az	118	15.65	6.70	0.40	0.669
	Gelirim giderime denk	155	14.99	5.88		
	Gelirim giderimden fazla	26	14.96	6.98		
Çatışma	Gelirim giderimden az	118	12.66	4.33	0.42	0.660
	Gelirim giderime denk	155	12.70	4.30		
	Gelirim giderimden fazla	26	13.50	5.06		
Uygulama	Gelirim giderimden az	118	14.36	4.64	2.40	0.092
	Gelirim giderime denk	155	13.10	4.39		
	Gelirim giderimden fazla	26	13.85	6.93		
Oryantasyon	Gelirim giderimden az	118	11.48	6.67	0.37	0.693
	Gelirim giderime denk	155	10.96	5.62		
	Gelirim giderimden fazla	26	11.81	6.20		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 12'de Gelir Durumu Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile gelir durumu değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 13:Eğitim Durumlarına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Eğitim Durumu	n	X̄	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Sağlık Meslek Lisesi	42	94.93	23.00	1.67	0.174
	Ön lisans	29	107.83	31.97		
	Lisans	215	101.33	28.09		
	Lisans Üstü	13	92.92	12.44		
Otonomi	Sağlık Meslek Lisesi	42	20.98	7.44	0.59	0.622
	Ön Lisans	29	21.93	9.43		
	Lisans	215	22.31	8.36		
	Lisans Üstü	13	19.92	5.30		
Yarar Sağlama	Sağlık Meslek Lisesi	42	14.17	3.99	0.23	0.873
	Ön Lisans	29	14.79	6.60		
	Lisans	215	13.97	5.27		
	Lisans Üstü	13	13.77	2.83		
Bütüncül Yaklaşım	Sağlık Meslek Lisesi	42	14.62	6.19	1.08	0.358
	Ön Lisans	29	16.48	7.12		
	Lisans	215	15.34	6.31		
	Lisans Üstü	13	13.00	3.89		
Çatışma	Sağlık Meslek Lisesi[a]	42	11.48	4.30	3.30	**0.021* a<b,c,d**
	Ön Lisans [b]	29	14.76	4.46		
	Lisans [c]	215	12.73	4.35		
	Lisans Üstü [d]	13	12.69	3.45		
Uygulama	Sağlık Meslek Lisesi [a]	42	11.98	4.02	2.91	**0.035* a<b,c,d**
	Ön Lisans [b]	29	15.00	6.17		
	Lisans [c]	215	13.87	4.71		
	Lisans Üstü [d]	13	12.62	3.23		
Oryantasyon	Sağlık Meslek Lisesi	42	10.79	5.40	0.57	0.632
	Ön Lisans	29	12.52	7.61		
	Lisans	215	11.20	6.12		
	Lisans Üstü	13	10.46	3.62		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 13'te Eğitim Durumu Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Çatışma alt ölçeğinden (*F(3.295)=3.30, p<0.05*) elde edilen ortalamaların eğitim durumu değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ön lisans mezunu olanların aldığı puanların sağlık meslek lisesi mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Uygulama alt boyutundan(*F(3.295)=2.91, p<0.05*) elde edilen ortalamaların eğitim durumu değişkeni ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında ileri karşılaştırma analizlerine geçilmiştir.

Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ön lisans mezunu olanların aldığı puanların lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. ADA'nın çatışma ve uygulama alt boyutunda sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Hemşirelikte Çalışma Yılına Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Çalışma süresi	**n**	**$\bar{X}$**	**Ss.**	**F**	**p**
ADA Ölçeği	1-5 Yıl	183	100.57	29.28	1.22	0.303
	6-10 Yıl	77	104.26	25.31		
	10-15 Yıl	28	95.50	23.52		
	15 Yıl ve üzeri	11	91.09	15.58		
Otonomi	1-5 Yıl	183	21.92	8.72	0.73	0.537
	6-10 Yıl	77	22.81	7.59		
	10-15 Yıl	28	21.14	7.47		
	15 Yıl ve üzeri	11	19.36	5.54		
Yarar Sağlama	1-5 Yıl	183	13.80	5.41	1.17	0.321
	6-10 Yıl	77	14.94	4.91		
	10-15 Yıl	28	14.00	4.11		
	15 Yıl ve üzeri	11	12.64	4.80		
Bütüncül Yaklaşım	1-5 Yıl	183	15.69	6.81	1.89	0.131
	6-10 Yıl	77	15.19	5.68		
	10-15 Yıl	28	13.82	4.80		
	15 Yıl ve üzeri	11	11.82	2.71		
Çatışma	1-5 Yıl	183	12.54	4.35	0.67	0.570
	6-10 Yıl	77	12.87	4.49		
	10-15 Yıl	28	13.25	3.86		
	15 Yıl ve üzeri	11	14.18	5.33		
Uygulama	1-5 Yıl	183	13.70	4.66	1.99	0.116
	6-10 Yıl	77	14.36	5.32		
	10-15 Yıl	28	11.96	4.15		
	15 Yıl ve üzeri	11	12.45	3.27		
Oryantasyon	1-5 Yıl	183	11.22	6.56	1.20	0.309
	6-10 Yıl	77	12.04	5.73		
	10-15 Yıl	28	9.79	4.31		
	15 Yıl ve üzeri	11	9.73	2.80		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),*

Tablo 14'te hemşirelikte çalışma yılı değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile hemşirelikte çalışma yılı değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 15:Çalıştığı Cerrahi Alana Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Çalışılan Cerrahi Alan	n	X̄	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Ameliyathane	62	103.77	29.94	0.57	0.636
	Cerrahi Servis	95	100.04	25.54		
	Acil Servis	49	97.08	25.53		
	Yoğun Bakım	93	101.23	28.79		
Otonomi	Ameliyathane	62	23.13	8.74	0.81	0.488
	Cerrahi Servis	95	21.18	7.78		
	Acil Servis	49	21.47	7.73		
	Yoğun Bakım	93	22.30	8.59		
Yarar Sağlama	Ameliyathane	62	14.47	5.74	0.92	0.430
	Cerrahi Servis	95	13.75	4.76		
	Acil Servis	49	13.27	4.71		
	Yoğun Bakım	93	14.56	5.37		
Bütüncül Yaklaşım	Ameliyathane	62	15.55	6.30	0.13	0.942
	Cerrahi Servis	95	15.39	6.27		
	Acil Servis	49	14.92	5.75		
	Yoğun Bakım	93	15.08	6.66		
Çatışma	Ameliyathane	62	12.58	4.08	1.08	0.357
	Cerrahi Servis	95	13.02	4.06		
	Acil Servis	49	11.82	4.33		
	Yoğun Bakım	93	13.09	4.86		
Uygulama	Ameliyathane	62	14.35	5.01	0.74	0.530
	Cerrahi Servis	95	13.59	4.86		
	Acil Servis	49	13.02	4.50		
	Yoğun Bakım	93	13.61	4.70		
Oryantasyon	Ameliyathane	62	12.18	6.13	0.63	0.598
	Cerrahi Servis	95	10.98	6.13		
	Acil Servis	49	11.14	5.12		
	Yoğun Bakım	93	10.94	6.51		

Tablo 15'te Çalıştığı Cerrahi Alan Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile cerrahi alanda çalıştığı bölüm değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 16:Çalışma Şekline Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Çalışma Şekli	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Sürekli gündüz vardiyası	29	109.86	32.80	2.77	0.064
	Sürekli gece vardiyası	9	112.11	41.32		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	99.29	26.09		
Otonomi	Sürekli gündüz vardiyası	29	22.97	10.71	0.38	0.688
	Sürekli gece vardiyası	9	23.33	12.11		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	21.82	7.78		
Yarar Sağlama	Sürekli gündüz vardiyası	29	15.28	5.84	0.89	0.412
	Sürekli gece vardiyası	9	14.22	8.67		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	13.93	4.93		
Bütüncül Yaklaşım	Sürekli gündüz vardiyası	29	17.41	7.69	2.76	0.065
	Sürekli gece vardiyası	9	17.67	9.42		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	14.92	5.96		
Çatışma	Sürekli gündüz vardiyası	29	13.24	4.28	0.61	0.544
	Sürekli gece vardiyası	9	14.00	4.36		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	12.66	4.39		
Uygulama	Sürekli gündüz vardiyası[a]	29	15.48	5.28	4.53	**0.012* c<a,b**
	Sürekli gece vardiyası[b]	9	16.67	5.20		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli[c]	261	13.36	4.64		
Oryantasyon	Sürekli gündüz vardiyası	29	12.83	7.14	1.46	0.234
	Sürekli gece vardiyası	9	12.78	9.08		
	Gece ve gündüz vardiyası değişmeli	261	11.01	5.84		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 16'da Çalışma Şekli Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Uygulama alt ölçeğinden (*F(2.296)=4.53, p<0.05*) elde edilen ortalamaların çalışma şekli değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, sürekli gündüz vardiyasında ve sürekli gece vardiyasında çalışanların aldığı puanların gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. ADA'nın 'uygulama' alt boyutunda gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışanların etik duyarlılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 17: Çalıştığı Klinikte Etik Duyarlılığa Önem Verilmesine Dair Görüşlere Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

Çalıştığı Klinikte Etik Duyarlılığa Önem Verilmesine Dair Görüş		n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Evet	174	101.33	28.86	0.65	0.522
	Hayır	35	95.71	22.63		
	Bazen	90	101.41	26.46		
Otonomi	Evet	174	21.95	8.83	0.19	0.825
	Hayır	35	21.29	6.51		
	Bazen	90	22.30	7.66		
Yarar Sağlama	Evet	174	14.26	5.18	1.37	0.254
	Hayır	35	12.71	5.15		
	Bazen	90	14.22	5.10		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	174	15.41	6.90	0.44	0.643
	Hayır	35	14.31	4.61		
	Bazen	90	15.30	5.64		
Çatışma	Evet	174	12.69	4.63	0.12	0.891
	Hayır	35	12.60	4.10		
	Bazen	90	12.93	3.98		
Uygulama	Evet	174	13.69	5.04	0.15	0.861
	Hayır	35	13.26	3.67		
	Bazen	90	13.77	4.67		
Oryantasyon	Evet	174	11.33	6.29	0.38	0.685
	Hayır	35	10.40	5.08		
	Bazen	90	11.39	6.08		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 17'de çalıştığınız klinikte etik duyarlılığa önem verilmesine dair görüşler değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği ve alt boyutları ortalamaları ile çalıştığınız klinikte etik duyarlılığa önem verilmesine dair görüşler değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: Çalıştığı Kurumda Etik Komite Varlığı Bilgisine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Kurumda etik komite varlığı bilgisi	**n**	**X̄**	**Ss.**	**F**	**p**
ADA Ölçeği	Evet	109	97.17	30.09	1.48	0.230
	Fikrim yok	178	102.90	25.42		
	Hayır	12	100.08	30.75		
Otonomi	Evet	109	21.17	9.05	1.27	0.284
	Fikrim yok	178	22.59	7.57		
	Hayır	12	20.33	9.65		
Yarar Sağlama	Evet	109	13.41	5.38	1.45	0.237
	Fikrim yok	178	14.48	5.01		
	Hayır	12	14.00	5.06		
Bütüncül Yaklaşım	Evet[a]	109	14.08	7.06	3.20	**0.042* a<b,c**
	Fikrim yok[b]	178	15.84	5.67		
	Hayır[c]	12	17.08	6.56		
Çatışma	Evet	109	12.44	4.97	0.71	0.494
	Fikrim yok	178	12.87	4.07		
	Hayır	12	13.83	2.44		
Uygulama	Evet	109	13.49	5.16	0.12	0.883
	Fikrim yok	178	13.78	4.54		
	Hayır	12	13.58	4.91		
Oryantasyon	Evet	109	10.54	6.37	1.22	0.295
	Fikrim yok	178	11.69	5.72		
	Hayır	12	10.92	8.41		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 18'de çalıştığı kurumda etik komite varlığı bilgisine dair fikri değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Bütüncül Yaklaşım alt boyutundan (*F(2.296)=3.20, p<0.05*) elde edilen ortalamaların çalıştığı kurumda etik komite varlığına dair fikri değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, hayır diyenlerin aldığı puanların evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. ADA'nın 'bütüncül yaklaşım' alt boyutunda çalıştığı kurumda etik komite var yanıtını verenlerin etik duyarlılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 19: Hemşirelikte Etik Konularda/Sorunlara Dair Aldığınız Hizmetiçi Eğitimleri Yeterli Görme Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Alınan Hizmet İçi Eğitimleri Yeterli Görme Durumu	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Evet	134	99.83	28.09	0.31	0.737
	Fikrim yok	69	99.87	24.30		
	Hayır	96	102.51	28.89		
Otonomi	Evet	134	21.75	8.85	0.13	0.874
	Fikrim yok	69	22.38	6.94		
	Hayır	96	22.02	8.25		
Yarar Sağlama	Evet	134	13.87	5.26	0.27	0.767
	Fikrim yok	69	14.42	4.58		
	Hayır	96	14.10	5.44		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	134	15.05	6.85	0.12	0.886
	Fikrim yok	69	15.35	6.00		
	Hayır	96	15.45	5.72		
Çatışma	Evet[a]	134	12.45	4.71	5.94	**0.003* b<a,c**
	Fikrim yok[b]	69	11.71	3.97		
	Hayır[c]	96	13.93	3.92		
Uygulama	Evet	134	13.55	4.79	0.65	0.522
	Fikrim yok	69	13.28	4.34		
	Hayır	96	14.09	5.06		
Oryantasyon	Evet	134	11.43	6.31	0.30	0.742
	Fikrim yok	69	11.43	5.34		
	Hayır	96	10.84	6.32		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 19'da Hemşirelikte Etik Konularda/Sorunlara Dair Aldığınız Hizmetiçi Eğitimleri Yeterli Görme Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Çatışma alt boyutundan ($F(2.296)=5.94$, $p<0.05$) elde edilen ortalamaların hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görme değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$).

Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, eğitim görmeyenlerin aldığı puanların eğitim görenlere ve fikri olmayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda aldığı hizmetiçi eğitim yeterli görmeyenlerin, etik duyarlılığının daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 20: Hemşirelikte Etik Konularda Hizmet İçi Eğitim Alma İsteğine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Hizmet İçi Eğitim Alma İsteği	**n**	**X̄**	**Ss.**	**F**	**p**
ADA Ölçeği	Evet	86	101.70	28.34	1.76	0.178
	Fikrim yok	6	122.00	39.71		
	Hayır	4	90.75	9.03		
	Toplam	96	102.51	28.89		
Otonomi	Evet	86	22.15	8.05	1.41	0.249
	Fikrim yok	6	24.33	12.13		
	Hayır	4	15.75	3.40		
	Toplam	96	22.02	8.25		
Yarar Sağlama	Evet	86	13.99	5.48	0.68	0.509
	Fikrim yok	6	16.50	5.75		
	Hayır	4	13.00	4.08		
	Toplam	96	14.10	5.44		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	86	15.43	5.81	0.04	0.961
	Fikrim yok	6	16.00	6.54		
	Hayır	4	15.00	2.58		
	Toplam	96	15.45	5.72		
Çatışma	Evet	86	13.71	3.87	2.02	0.139
	Fikrim yok	6	17.00	4.52		
	Hayır	4	14.00	2.83		
	Toplam	96	13.93	3.92		
Uygulama	Evet	86	13.91	4.78	1.53	0.222
	Fikrim yok	6	17.50	8.46		
	Hayır	4	13.00	4.08		
	Toplam	96	14.09	5.06		
Oryantasyon	Evet	86	10.63	6.21	2.19	0.118
	Fikrim yok	6	15.67	8.19		
	Hayır	4	8.25	2.06		
	Toplam	96	10.84	6.32		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 20'de Hemşirelikte Etik Konularda Hizmet İçi Eğitim Alma İsteğine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği, alt boyutları ve hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim alma isteği değişkeni üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 21: Cerrahi Alanlarda Etik Sorunla Karşılaşma Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Cerrahi alanda etik sorunla karşılaşma durumu	**N**	**X̄**	**Ss.**	**F**	**p**
ADA Ölçeği	Evet	108	97.28	25.97	2.13	0.121
	Hayır	115	100.59	25.83		
	Bazen	76	105.72	31.30		
Otonomi	Evet[a]	108	20.50	7.38	4.34	**0.014* a<b,c**
	Hayır[b]	115	21.97	8.48		
	Bazen[c]	76	24.09	8.63		
Yarar Sağlama	Evet	108	14.11	4.94	0.12	0.891
	Hayır	115	13.90	4.91		
	Bazen	76	14.26	5.85		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	108	14.33	4.98	1.89	0.153
	Hayır	115	15.60	6.55		
	Bazen	76	16.01	7.42		
Çatışma	Evet	108	13.30	4.23	1.59	0.207
	Hayır	115	12.63	4.43		
	Bazen	76	12.16	4.45		
Uygulama	Evet[a]	108	13.13	4.97	4.52	**0.012* a<b,c**
	Hayır[b]	115	13.23	4.53		
	Bazen[c]	76	15.07	4.65		
Oryantasyon	Evet	108	10.55	5.15	1.78	0.170
	Hayır	115	11.22	6.08		
	Bazen	76	12.26	7.18		

**p<0.05Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 21'de Cerrahi Alanlarda Etik Sorunla Karşılaşma Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

Otonomi alt ölçeğinden (*F(2.296)=4.34, p<0.05*) elde edilen ortalamaların cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir.

Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bazen diyenlerin aldığı puanların evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Uygulama alt ölçeğinden ($F(2.296)=4.52,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir.

Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bazen diyenlerin aldığı puanların evet ve hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

ADA'nın 'otonomi ve uygulama' alt boyutunda cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma değişkenine 'bazen' yanıtını verenlerin daha düşük etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 22: Cerrahi Alanlarda Etik Sorunla Karşılaşma Durumu Yaşandı İse Çözümü Gerçekleştirme Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Yaşanılan Etik Sorunun Çözümü	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Kendim. Yalnız çözdüm	34	96.50	21.35		
	Yardım alarak çözdüm	49	95.82	22.53		
	Çözemedim	24	102.33	36.98	0.63	0.600
	Diğer	1	74.00			
	Toplam	108	97.28	25.97		
Otonomi	Kendim. Yalnız çözdüm	34	21.12	5.56		
	Yardım alarak çözdüm	49	19.92	6.77		
	Çözemedim	24	20.92	10.55	0.24	0.869
	Diğer	1	18.00			
	Toplam	108	20.50	7.38		
Yarar Sağlama	Kendim. Yalnız çözdüm	34	13.76	4.43		
	Yardım alarak çözdüm	49	14.33	4.16		
	Çözemedim	24	14.46	6.83	0.81	0.490
	Diğer	1	7.00			
	Toplam	108	14.11	4.94		
Bütüncül Yaklaşım	Kendim. Yalnız çözdüm	34	13.62	4.49		
	Yardım alarak çözdüm	49	14.10	4.07		
	Çözemedim	24	16.00	6.87	1.44	0.236
	Diğer	1	10.00			
	Toplam	108	14.33	4.98		
Çatışma	Kendim. Yalnız çözdüm	34	13.06	4.44		
	Yardım alarak çözdüm	49	13.31	4.10		
	Çözemedim	24	13.88	4.20	0.92	0.433
	Diğer	1	7.00			
	Toplam	108	13.30	4.23		
Uygulama	Kendim. Yalnız çözdüm	34	12.85	4.65		
	Yardım alarak çözdüm	49	12.59	4.57		
	Çözemedim	24	14.63	6.09	0.95	0.419
	Diğer	1	13.00			
	Toplam	108	13.13	4.97		
Oryantasyon	Kendim. Yalnız çözdüm	34	10.38	3.47		
	Yardım alarak çözdüm	49	10.31	4.98		
	Çözemedim	24	11.21	7.34	0.20	0.896
	Diğer	1	12.00			
	Toplam	108	10.55	5.15		

*p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 22'de cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma durumu yaşandı ise çözümü gerçekleştirme değişkenine göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA, Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon alt boyutu cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaştığınızda çözümü gerçekleştirme değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05)

Tablo 23: Karşılaşılan Etik Problemlerin Sebebi Hakkındaki Fikirler ile ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Etik Problem Sebebine Dair Fikirler	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Diğer meslek üyeleri	92	100.73	29.50	0.26	0.905
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	101.67	25.21		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	101.80	29.26		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	95.93	31.96		
	Diğer	39	100.13	16.46		
Otonomi	Diğer meslek üyeleri	92	21.95	8.44	0.22	0.924
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	22.55	8.57		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	22.01	8.47		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	20.70	8.76		
	Diğer	39	22.13	6.49		
Yarar Sağlama	Diğer meslek üyeleri	92	14.13	5.39	1.17	0.324
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	15.04	4.17		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	13.59	5.71		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	12.81	5.57		
	Diğer	39	14.64	3.90		
Bütüncül Yaklaşım	Diğer meslek üyeleri	92	15.58	6.71	0.40	0.807
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	15.47	6.39		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	15.31	6.38		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	15.15	6.98		
	Diğer	39	14.10	4.36		
Çatışma	Diğer meslek üyeleri	92	12.75	3.94	0.79	0.530
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	12.47	4.18		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	13.34	4.44		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	11.93	5.59		
	Diğer	39	12.33	4.54		
Uygulama	Diğer meslek üyeleri	92	13.38	4.75	1.21	0.306
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	12.84	4.33		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	14.50	5.24		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	13.22	5.34		
	Diğer	39	13.77	3.66		
Oryantasyon	Diğer meslek üyeleri	92	11.47	6.68	0.31	0.870
	Kurum ile farklı yaklaşımlar	51	11.33	6.01		
	Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama	90	10.81	5.90		
	Sınırlı kaynakların paylaştırılması	27	10.74	7.00		
	Diğer	39	11.92	4.51		

*p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 23'te karşılaşılan etik problemlerin sebebi hakkındaki fikirler ile ada ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları ile etik problemlerin kaynağı hakkında fikirler değişkeni ile kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 24: Cerrahi Hemşirelerinin Etik Duyarlılığına Dair Görüşlerine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

	Etik Duyarlılığının Artması Gerektiğine Dair Görüş	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Evet	201	101.24	29.30	0.34	0.715
	Hayır	37	101.95	15.05		
	Bazen	61	98.16	27.24		
Otonomi	Evet	201	21.87	8.75	0.41	0.665
	Hayır	37	23.11	5.91		
	Bazen	61	21.67	7.70		
Yarar Sağlama	Evet	201	13.90	5.47	0.79	0.456
	Hayır	37	15.05	2.70		
	Bazen	61	14.05	5.23		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	201	15.40	6.78	0.41	0.662
	Hayır	37	14.38	4.32		
	Bazen	61	15.26	5.65		
Çatışma	Evet	201	12.72	4.62	0.10	0.901
	Hayır	37	12.59	3.48		
	Bazen	61	12.97	4.07		
Uygulama	Evet[a]	201	14.19	4.98	3.80	**0.023* c<a,b**
	Hayır[b]	37	12.59	4.09		
	Bazen[c]	61	12.57	4.23		
Oryantasyon	Evet	201	11.29	6.56	0.83	0.438
	Hayır	37	12.14	3.35		
	Bazen	61	10.52	5.74		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 24'te Cerrahi Hemşirelerinin Etik Duyarlılığına Dair Görüşleri Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması verilmiştir.

Uygulama alt ölçeğinden (*F(2.296)=3.80, p<0.05*) elde edilen ortalamaların cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığına dair görüşleri değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evet diyenlerin aldığı puanların bazen ve hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.ADA'nın 'uygulama' alt boyutunda cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığı artmalı yanıtını verenlerin daha düşük etik duyarlığa sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 25: Cerrahi Alanda Pandemi Döneminde Etik Konularda Sorun Durumuna Göre ADA Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Kıyaslanması

Cerrahi alanlarda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu		N	$\bar{X}$	Ss.	F	p
ADA Ölçeği	Arttı	122	98.38	26.71	2.66	0.071
	Değişmedi	158	100.91	26.40		
	Azaldı	19	113.89	37.36		
Otonomi	Arttı	122	21.06	8.27	2.61	0.076
	Değişmedi	158	22.27	8.03		
	Azaldı	19	25.47	8.94		
Yarar Sağlama	Arttı	122	13.56	5.19	1.61	0.202
	Değişmedi	158	14.28	5.04		
	Azaldı	19	15.63	5.73		
Bütüncül Yaklaşım	Arttı	122	15.20	6.23	1.18	0.308
	Değişmedi	158	15.03	6.24		
	Azaldı	19	17.37	7.13		
Çatışma	Arttı	122	12.61	4.39	0.13	0.880
	Değişmedi	158	12.87	4.18		
	Azaldı	19	12.63	5.87		
Uygulama	Arttı[a]	122	13.39	4.46	3.60	**0.028* a<b,c**
	Değişmedi[b]	158	13.53	4.83		
	Azaldı[c]	19	16.47	5.58		
Oryantasyon	Arttı[a]	122	10.75	6.32	3.11	**0.046* a<b,c**
	Değişmedi[b]	158	11.23	5.64		
	Azaldı[c]	19	14.47	7.45		

**p<0.05 Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Tablo 25'te Cerrahi Alanda Pandemi Döneminde Etik Konularda Sorun Durumu Değişkenine Göre ADA Ölçeğinden elde edilen puanların kıyaslanması verilmiştir.

ADA, Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma alt boyutu cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Uygulama alt ölçeğinden (*F(2.296)=3.60, p<0.05*) elde edilen ortalamaların cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, azaldı diyenlerin aldığı puanların değişmedi ve arttı diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Oryantasyon alt ölçeğinden (*F(2.296)=3.11, p<0.05*) elde edilen ortalamaların cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir.

Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey Testi bulguları sonuçlarına göre, azaldı diyenlerin aldığı puanların arttı diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

ADA'nın 'uygulama ve oryantasyon' alt boyutunda cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu 'azaldı' yanıtını verenlerin daha düşük etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür.

4.2. Yorumlar

Cerrahi Hemşirelerinin Etik Duyarlılığının Belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda;

4.2.1. Sosyodemografik Verilerin Tartışması,

4.2.2. ADA Ölçeğine Dair Verilerin Tartışılması,

4.2.3. ADA ile Bazı Verilerin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Olarak üç bölümde tartışılmıştır.

4.2.1.Sosyodemografik Verilerin Tartışması

Araştırmanın örneklemini Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan 299 Cerrahi hemşiresi oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %73,9'u kadın hemşirelerden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Filizöz ve ark. çalışmasında %81,7 oranında kadın hemşirelerden oluştuğu saptanmıştır (Filizöz ve ark., 2015). Çalışmamız literatürle uyumludur. Hemşirelik Türkiye'de 2007'ye kadar kadınlarla özdeşleşmiş bir meslek olarak görülmüş, ülkemizde "2007 yılında resmî gazetede yayımlanan "Sayı: 26510. 02. 05. 2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile erkekler yasal olarak hemşirelik mesleğine dahil olmuştur.

Çalışmadaki hemşirelerin yaş ortalaması minimum 20, maksimum 50 olarak, yaşlarının ortalaması da $\bar{X}=28.13 \pm 4,78$ olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Oğuzhan ve arkadaşlarının çalışmasındaki çoğunluk profil değerlendirildiğinde hemşirelerin %49,5'inin 21-30 yaş aralığında olduğunu, Karaçar ve arkadaşlarının çalışmasında %58,8'inin 25-34 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir (Oğuzhan ve ark., 2019; Karaçar ve ark., 2020). Çalışma literatürdeki çalışmalar ile benzer grup profilinde çalışıldığını göstermektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğuna baktığımızda %67,6'sının bekar olduğu ve %80,3'ünün çocuk sahibi olmadığı ve çalışmadaki hemşirelerin %68,9'unun bakmakla yükümlü olduğu kimsenin olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Daşbilek' in çalışmasında hemşirelerin %54,5'inin evli ve %38,5'inin çocuk sahibi olmadığı görülmektedir (Daşbilek ve Avşar, 2019). Dalcalı çalışmasında katılımcıların %70 oranında evli ve %57,6 oranında çocuk sahibi olan bireylerden oluştuğunu bildirmiştir Dalcalı ve Şendir, 2016). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bu çalışma ile yakın profildeki hemşirelerin incelendiği anlaşılmıştır. Çalışma değerlendirildiğinde farklılıkların ise çalışmanın yapıldığı hastanelerde hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle sık sık hemşire alımlarının yapılması ve bu alımlarda çoğunluğun yeni mezun, genç hemşire grubundan oluşması ve çalışma bulgularındaki bekar hemşirelerin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %100'ü COVID-19 pandemisi süresince bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişilerle alakalı çalışmasına engel teşkil edecek sorun yaşamadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışma bulgularından farklı olarak Fırat ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin COVID-19 salgını sürecinde hastalık bulaştırma ihtimaline karşı sağlık çalışanlarının kendilerini ailelerinden izole ettikleri, aileleri ile yakın temas kuramadıkları hatta daha da önemlisi birçok sağlık çalışanının, hastalığı aile fertlerine bulaştırmamak için bu süreçte eve gitmediklerini ifade etmişlerdir. Kendileri ile aynı durumda olan meslektaşları ile başka evlerde, otellerde, konuk evlerinde kaldıkları, ailelerini riske atmamak için aileleri ile görüşemedikleri bildirilmiştir (Fırat ve ark., 2021; Kurnaz ve Karaçam, 2021). Literatür ile farklılıkların görülmesi çalışma hastanesindeki hemşirelerin genç bir çalışma grubundan oluşmasına, aileleri ile farklı şehirlerde yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %51,8'i gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalara baktığımızda Dalcalı araştırmasında katılımcıların %52,9 oranında gelirinin giderine denk olduğu, Orgun ve Khorshıd araştırmasında katılımcıların %63,5 oranında gelirin giderine denk olduğunu göstermiştir (Dalcalı ve Şendir, 2016; Orgun ve Khorshıd, 2009). Farklı olarak Aksu ve Akyol araştırmasında katılımcıların %81,7

oranında gelirinin giderinden düşük olduğunu bildirmiştir (Aksu., Akyol, 2011). Bunun sebebinin kamu veya özel hastane maaş farkları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %71,9 oranında lisans eğitimini tamamlamış olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde; Başak ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %61,1'inin lisans mezunu olduğu, Temiz ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %72,2'sinin ön lisans-lisans mezunu olduğu, Kahriman ve Çalık'ın çalışmasında hemşirelerin %67,1'inin lisans-yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Başak ve ark., 2010; Temiz ve ark., 2016; Kahriman ve Çalık, 2017). Literatürde hemşirelerin çoğunluğunun lisans eğitimini tamamlamış olması, çalışmamız ile benzerdir.

Çalışmadaki hemşirelerin %60,2'sini kamu hastanesinde çalışan cerrahi hemşireler, 39,8'ini özel hastanede çalışan cerrahi hemşireler oluşturmaktadır. Literatüre baktığımızda çalışmaya paralel Yumuşak'ın çalışmasında da hemşirelerin %68,2 devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerden oluştuğu görülmüştür. Çalışmanın büyük bir kısmını, %61,2'sini 1-5 yıl çalışma süresine sahip hemşireler oluşturmaktadır. Literatüre baktığımızda Tosun'un araştırmasında katılımcıların %72,4'ünün mesleki çalışma süresinin 10 seneden az, Daşbilek ve Avşar'ın araştırmasında katılımcıların %66,5'inin 5 yıldan az mesleki çalışma süresine sahip olduğunu bildirilmiştir (Tosun, 2005; Daşbilek ve Avşar, 2019). Çalışmamızda 1-5 yıl çalışma süresine sahip hemşirelerin çoğunlukta olmasının, çalışmaya ilgi gösteren ve yanıt veren grubunun genç hemşirelerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %20,7'sini Ameliyathanede çalışan hemşireler, %31,8'ini Cerrahi serviste çalışan hemşireler, %16,4'ünü Acil serviste çalışan hemşireler, %31,1'ini Yoğun bakımda çalışan hemşirelerden oluşturmaktadır. Literatüre bakıldığında Yorulmaz'ın çalışmasında hemşirelerin %13,8'i cerrahi serviste çalışmakta, Filizöz ve arkadaşlarının çalışmasında 19,3'ü cerrahi serviste çalışmaktadır (Yorulmaz, 2021; Filizöz ve ark., 2015). Ancak çalışma bulgularının acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin oluşturduğu oranın literatürden farklı olmasının sebebi; çalışmadaki hastanelerin, birimlerinin yoğunluk ve hemşire ihtiyacına paralel hemşire sayısının alanlara göre dağılımının değişkenlik göstermesidir.

Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğu, %87,3'ü gece gündüz vardiyasında değişimli çalışmaktadır. Literatüre baktığımızda Kasap ve Bahçecik'in çalışmasında %62'sinin gece gündüz vardiya şeklinde çalıştığı, Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında %61,2'sinin gece gündüz vardiya şeklinde çalıştığı görülmüştür (Kasap ve Bahçecik, 2020; Kılıç ve ark., 2020). Çalışma bulgularında gece ve gündüz vardiyasında değişimli çalışan hemşire sayısının fazla olması, çalışmada genç bir grubun değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Vardiyalı çalışma sistemini en iyi tolere eden grubun genç yaştakilerin olduğu düşünülmektedir ve araştırma bulguları beklenen bir sonuçtur.

Çalışmadaki hemşirelerin %51,5'i çalışmakta olduğu kliniğin kendi tercihi olduğu saptanmıştır. Literatüre baktığımızda çalışma bulgularına paralel olarak Kasap ve Bahçecik'in çalışmasında %52.3'ünün çalıştıkları birimi kendilerinin tercih ettiği, yapılan başka çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularından farklı olarak Erenoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %84,8'i çalışmakta oldukları birimde çalışmanın kendi tercihi olduğunu, Ergene'nin çalışmasında hemşirelerin %71,3'ünün çalışmakta oldukları birimde çalışmanın kendi tercihi olduğunu, Pekcan'ın çalışmasında hemşirelerin %69,2'sinin çalışmakta oldukları birimde çalışmanın kendi tercihi olduğu, bildirmişlerdir (Kasap ve Bahçecik, 2020; Erenoğlu ve ark., 2019; Ergene, 2012; Pekcan, 2007). Bu çalışmada ise çalışmaya katılanların pandemi döneminde zorunlu yer değiştirmelere maruz kalmasından ötürü istemedikleri yerde çalışanların oranının benzer çalışmalardan yüksek olduğu bunun sebebinin de yönetimsel farklılıklarından olabileceği öngörülmüştür.

Çalışmadaki hemşirelerin %58,2'si çalıştıkları klinikte etik duyarlılığa ve etik değerlere uygun hasta yaklaşımına önem verildiğini bildirmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğu etik duyarlılığa önem verildiğini bildirmiş olup, ADA puan ortamasına göre de orta düzey etik duyarlılığa sahip oldukları saptanmıştır. Aksu ve Akyol çalışmalarında hemşirelerin etik duyarlılık puan ortalamasının orta düzeyde olduğunu, Enes ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin etik duyarlılıkları orta düzeyde olduğunu, çalışmalardan farklı olarak Sasso ve ark. çalışmasında etik duyarlılığının daha daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (Aksu ve Akyol, 2011; Enes ve ark. 2004; Sasso ve ark. 2008). Çalışmanın bulgularındaki farklılığın hemşirelerin etik

duyarlılık algılarının, eğitim, çalıştıkları kurum, yaşadıkları ülke ve kültürel farklılıklarda etik duyarlılığa verilen önem hakkında değişkenliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %36,5'i çalıştıkları kurumda etik komite olduğunu, %59,5'i çalıştıkları kurumda etik komite varlığıyla ilgili fikrinin olmadığını bildirmiştir. Literatür incelendiğinde Daşbilek ve Avşar'ın çalışmasında %45,5'i çalıştıkları kurumda etik komitenin varlığından bilgisi olmadığını, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında %35,4'ü çalıştıkları kurumda etik komitenin varlığından bilgisi olmadığını bildirmişlerdir (Daşbilek ve Avşar, 2019; Öztürk ve ark., 2009). Çalışmadaki hemşirelerin çoğunun çalıştığı kurumda etik komitenin varlığından haberdar olmaması hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar karsısında doğru bir tavır takılmamalarına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %44,8'i hemşirelikte etik konularda/sorunlara dair aldığı hizmetçi eğitimleri yeterli görüyor, hemşirelerin %32,1'i hemşirelikte etik konularda/sorunlara dair aldığı hizmetçi eğitimleri yeterli görmüyor ve %28,8'i etik konularda hizmet içi eğitim programlarının olmasını istiyor. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularına benzer olarak; Baykara hemşirelerin %38,3'ü eğitim almadıklarını belirtmiştir (Baykara, 2010). Leape'nin çalışmasında hemşirelerin %63,5'i, Schluter ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yarıdan fazlası hemşirelikte etik eğitimi almadıklarını bildirmişlerdir (Leape, 2005; Schluter ve ark., 2008). Karamanoğlu ve arkadaşlarının ve Utkualp'in çalışmasındaki hemşireler hizmetiçi eğitim almadıklarını ve etik bilgilerinin yetersiz olduğunu söylemişlerdir (Karamanoğlu ve ark., 2009; Utkualp, 2015). Literatür incelendiğinde bu eğitim ihtiyacına değinen çalışmaların az olduğu çalışmamızdaki ihtiyaç tanımlamasının hemşirelere sorulmadığı anlaşılmış olup çalışmamızdaki farklılığın sebebinin kurumların farklı yönetim tarzından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %36,1'i cerrahi alanlarda çalışması esnasında herhangi bir etik ikilem/etik sorun ile karşı karşıya kaldığı ve etik sorunla karşılaşanlardan %11,4'ü yaşadığı etik sorunu kendisi çözdüğü, %16,4'ü yaşadığı etik sorunu yardım alarak

çözdüğü, %8'inin de çözemediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Aydoğan ve Ceyhan'ın çalışmasında %54,1'i çalışması esnasında etik sorunla karşılaştığını, Dikmen'in çalışmasında hemşirelerin %74,0'ının etik sorun yaşadığı ve etik sorun yaşayanlardan %62'sinin yaşadığı etik sorunu çözemediğini bildirmişlerdir (Aydoğan ve Ceyhan, 2019; Dikmen, 2013). Literatür ile çalışma bulgularında farklılıklar görülmüştür. Etik duyarlılık ve etik karar verme yetisinin bireysel olarak değişkenlik göstermesi ve etik bilgisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki hemşirelerin %30,8'i karşılaştıkları etik problemlerin diğer meslek üyelerinden kaynaklandığını, %17,1'i kurum ile farklı yaklaşımlardan kaynaklandığını, %30,1'i yeterli etik duyarlılığa sahip olmamaktan kaynaklandığını, %9'u sınırlı kaynakların paylaşımından kaynaklandığını, %13'ü de diğer sebeplerden dolayı olduğunu ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde Gjerberg ve arkadaşları Norveç 'de hemşirelerin %37'sinin malzeme yetersizliğine bağlı etik sorun yaşadığını, Elçigil ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşanan etik sorunların ilk sırasında sınırlı kaynakların paylaşımı olduğunu bildirmişlerdir (Gjeberg, 2010; Elçigil ve ark.,2011). Literatür ile çalışma bulgularında farklılıklar görülmüştür. Bu durumun, kurumların malzeme temini, kaynak paylaşımı konularındaki hassasiyetinden ve farklı yaklaşımlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin %67,2'si cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığın artması gerektiğini düşünmektedir. Daşbilek ve Avşar'ın çalışmasında da hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğunu ve etik duyarlılığı arttırmak için eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Literatür ve çalışma bulguları paralellik göstermektir. Sonuç olarak etik eğitimi, mesleki eğitim döneminde ve meslek hayatı boyunca teorik ve uygulamalı olarak, sürekli ve güncellenerek verilmesi cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının artmasını sağlayacaktır.

Çalışmadaki hemşirelerin %40,8'i cerrahi alanlarda yaşadığı etik ikilem veya sorunların Covid-19 pandemisi sırasında arttığını, %52,8'i değişmediğini, %100'ü de covid-19 yaşadığı/şahit olduğu etik ikilem veya sorunun olmadığını söylemiştir. Literatür incelendiğinde Palandöken'in çalışmasında yaşanan pandemi sürecinin tüm sağlık

sistemini derinden etkilediği ve birçok sorunu beraberinde getirdiği, hemşirelerin pandemi nedeni ile birçok etik sorunla ve ikilemler ile karşılaştığını bildirmiştir (Palandöken, 2020). Literatür ile çalışma bulguları ayrılmaktadır. COVID-19 pandemisi ile küresel düzeyde benzeri görülmemiş bir kriz yaşanmıştır. Ancak çalışma bulgularının literatürden farklı olmasının nedeni; bu süreçte hastanelerin uyguladığı politika, kaynakların kullanımı, hemşirelerin pandemi sürecine uyumu, çalışma hastanelerinin bulunduğu şehir gibi çeşitli faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.2.2. ADA Ölçeğine Dair Verilerin Tartışılması

Araştırmamızda katılımcıların etik duyarlılık düzeylerine yönelik bulgular incelendiğinde; ADA ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 100.70±27.47 olduğu ve orta düzey etik duyarlılığa sahip oldukları görülmüştür. ADA Ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; otonomi 21.98±8.23; yarar sağlama 14.07±5.16; bütüncül yaklaşım 15.25±6.30; çatışma 12.75±4.37; uygulama 13.66±4.78; oryantasyon 11.24±6.09 puana sahip olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Başak ve arkadaşlarının araştırmasında ve Tazegün'ün çalışmasındaki hemşirelerin de orta düzey etik duyarlılığa sahip olduklarını bildirmişlerdir (Başak ve ark., 1010; Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). Çalışmamızın literatürle paralellik gösterdiği görülmüştür.

4.2.3. ADA ile Bazı Verilerin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmadaki hemşirelerin cinsiyetlerine göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 6) ($p>0,05$). Tosun'un çalışmasında kadınların 'yarar sağlama' alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu, erkek hemşirelerde ise oryantasyon' alt boyutunda daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Tosun., 2005). Bu farklılığın kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre olaylara daha duygusal yaklaşmalarının olduğu düşünülmektedir. Çalışma bulgularına paralel Dalcalı'nın çalışmasındaki bulgularda da cinsiyet durumu ile ADA puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir (Dalcalı ve Şendir, 2016; Nas., 2017).

Çalışmadaki hemşirelerin medeni durumuna göre etik duyarlılıklarının ADA'nın otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda bakıldığında medeni durumu bekar olan hemşirelerin, medeni durumu evli hemşirelere göre etik duyarlılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7) ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde çalışma bulgularına benzer Kahrimar ve Yeşilçiçek'in çalışmasında da ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda bekar olan hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirmişlerdir (Kahrimar ve Yeşilçiçek, 2017). Pekcan ve Dalcalı'nın çalışmalarında, çalışma bulgusundan farklı olarak hemşirelerin medeni durumuyla ADA ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir (Pekcan, 2007; Dalcalı ve Şendir, 2016). Bu sonucun evli hemşirelerin ilgilenmesi gereken daha çok durum varlığından dolayı kafa karışıklığı yaşamalarından olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre etik duyarlılıklarının ADA'nın otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak ADA'nın 'bütüncül yaklaşım' alt boyutuna bakıldığında çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, çocuk sahibi olan hemşirelerden etik duyarlılığının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 8) ($p<0.05$). Literatüre baktığımızda çalışma bulgusuna paralel Yumuşak'ın çalışmasında da çocuk sahibi olanların bütüncül yaklaşım alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirmişlerdir (Yumuşak, 2020). Tosun ve Taylan'ın çalışmalarında ise yarar sağlama alt boyutunda evli hemşirelerin, bekar hemşirelerden daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğunu belirlenmiştir (Tosun, 2005; Taylan, 2013). Çocuk sahibi olanların ahlaki duyarlılıklarının yüksek olmasının, bu kişilerin daha fazla empati kurmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler olan hemşirelerin ADA, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Otonomi alt boyutundan aldıkları puanlar bakmakla

yükümlü olduğu kişiler değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğunu belirten hemşirelerin otonomi alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür (Tablo 9) ($p<0.05$). Hemşireler hizmet verdiği bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, etnik kökeni, kültürü, manevi değerleri, dini inançları ne olursa olsun kendi kararlarını alabilme yetilerini değerlendirip hastaların sözel ve sözel olmayan tüm davranışlarının farkında olmalı ve bu davranışları yorumlayarak bu doğrultuda bakım verme rolü için gerekli en uygun kararı özerk olarak verebilmelidir (Kim ve ark., 2005; Schluter ve ark., 2008). Çalışmadaki bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğunu bildiren hemşirelerin öncelikle sosyal hayatlarında sorumluluk bilinci yüksek ve karar verme becerisinin gelişmiş olması beklenen bir sonuçtur. Bu durumun meslek hayatına da yansıdığı için etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ahlaki duyarlılık ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin varlığını bildiren hemşireleri birlikte inceleyen çalışmalara rastlanmamasına bağlı genel teorik bilgilere göre çalışma sonuçlarımızın literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin devlet hastanesi veya özel hastanede çalışma durumunun ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, oryantasyon alt boyutunun puan ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak ADA'nın 'uygulama' alt boyutundan aldıkları puanlar kurum değişkenini üzerinden kıyaslandığında alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kamu kurumunda çalışanların, özel kurumda çalışanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir (Tablo 10). Özel hastanede çalışan hemşirelerin 'uygulama' alt boyunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda Tosun'un ve Pekcan'ın çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ADA toplam ve alt boyutlarında etkili olmadığını bildirmişlerdir (Tosun, 2005; Pekcan, 2007). Bu durumun kurumlar arasındaki farklılıklardan, hastanelerin yoğunluk ve sirkülasyonların hemşirelerin uygulamada çelişki yaşamalarına sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin tercih edilen yerde çalışma durumunun ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 11) ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Yumuşak'ın çalışmasında ve Nas'ın çalışmasında da hemşirelerin bulunulan birimde çalışmayı seçme durumlarına göre ADA'nın alt boyutlarında anlamlı bir fark bildirmemişlerdir (Yumuşak, 2020; Nas, 2017). Çalışma bulgusu ile literatür benzerlik göstermektedir. Literatür açıklamalarında; hemşirelerin tercih ettiği birimde çalışmasının iş doyumlarını arttırabileceğini düşünülmektedir (Yeşiltaş ve Gül, 2016). Çalışmanın pandemi döneminde yapılmasına ve hemşirelerin ihtiyaç durumuna göre istekleri dışında her alanda çalışmalarına rağmen tercih edilen yerde çalışma ya da çalışmama durumunun etik duyarlılıklarını etkilemediği görülmüştür. Bu durumun hemşirelerin bireysel farklılığı, özverisi ve ahlaki değerlere verdikleri önemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin gelir durumlarına göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 12) ($p>0.05$). Çalışma bulgusuna paralel Nas'ın çalışmasında hemşirelerin gelir durumuna göre ADA'nın tüm alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir farklılığın olmadığını bildirmiştir (Nas, 2017). Dalcalı'nın araştırmasında geliri giderinden fazla hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Dalcalı, 2016). Literatürde yapılan açıklamalarda gelir durumunun etik duyarlılığı etkileyebileceği düşünülmektedir (Hakmal ve ark., 2012). Ancak çalışma bulgusunda hemşirelerin etik duyarlılığının gelir durumundan etkilenmediği görülmüştür. Bu durumunun çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğunun genç, bekar ve daha az maddi sorumluluğu olan hemşirelerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin eğitim durumuna göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, oryantasyon alt boyutu üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çatışma alt boyutundan elde edilen ortalamaların eğitim durumu değişkeninin

farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ön lisans mezunu olanların aldığı puanların sağlık meslek lisesi mezunu olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Uygulama alt ölçeğinden elde edilen ortalamaların eğitim durumu değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, ön lisans mezunu olanların aldığı puanların sağlık meslek lisesi mezunu olanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ADA'nın çatışma ve uygulama alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Oğuzhan ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim durumuna göre ADA'nın tüm alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğunu bildirmiştir (Oğuzhan ve ark., 2019). Köktürk tarafından yapılan çalışmada lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Köktürk, 2013). Arslan'ın çalışmasında eğitim durumuna göre ADA ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir (Arslan, 2017). Literatür ile farklılıklar görülmüştür. Çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ADA'nın çatışma ve uygulama alt boyutunda ahlaki duyarlılığının daha gelişmiş olmasının, mezun olduktan sonra uzun yıllar cerrahi kliniklerde çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin, hemşirelikte çalışma yılına göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutuyla kıyaslandığında ölçekten alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 14) ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde çalışma bulgusuna paralel Arslan çalışmasında hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile ADA puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık göstermediğini bildirmiştir (Aslan, 2017). Temiz ve arkadaşlarının çalışmasında ve Lützén ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada meslekte geçirilen süreye göre ADA toplam puanında anlamlı farklılık olduğunu bildirmiştir (Temiz ve ark., 2017;Lützén ve ark., 2010). Literatür ile çalışma bulgusunda

farklılıkların görülmesinin sebebi ülke, kurum ve bireysel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin çalıştığı cerrahi alana göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 15) ($p>0.05$). Çalışmada cerrahi hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğu ($\bar{X}=100.70, SS=27.47$), ve çalıştığı birime göre değişmediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde çalışma bulgularına benzer Filizöz ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi yoğun bakım hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğunu, Başak ve arkadaşlarının çalışmasında da yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığını orta düzey olduğunu bildirmişlerdir (Filizöz ve ark., 2017; Başak ve ark., 2010). Cerrahi hemşireleri, iş yükünün ve stresin daha fazla olduğu ortamlarda çalışmaktadır. Literatüre göre özellikli birimlerin yani yoğun bakım ve acil hemşirelerinin iş yükünün fazla olması ve çalışma süresinin uzunluğu nedeniyle daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yasadıkları düşünülmektedir (Filizöz ve ark., 2017). Ancak çalışma bulgularında çalışılan birime göre hemşirelerin etik duyarlılığının değişmediğini göstermiştir. Bu durumun hastanenin etik yaklaşımı ve hizmetiçi eğitim programlarının etkinliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin çalışma şekline göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, oryantasyon alt boyutu üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 16) ($p>0.05$). Uygulama alt boyutundan ($F(2.296)=4.53, p<0.05$) elde edilen ortalamaların çalışma şekli değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, sürekli gündüz vardiyasında ve sürekli gece vardiyasında çalışanların aldığı puanların gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışanların uygulama alt boyutunda etik duyarlılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür

incelendiğinde Yeşilçınar ve arkadaşlarının çalışmasında etik duyarlılık ile çalışma şekli arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını bildirmiştir (Yeşilçınar ve ark., 2020). Turan ve Atasoy'un çalışmasında da çalışma şekli ile etik duyarlılık arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır (Turan ve Atasoy, 2020). Çalışma bulgularının literatürden farklı olduğu görülmüştür. Çalışmalardan elde edilen sonuçların farklı olmasının; çalışmaların farklı hemşire popülasyonları üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem verilmesine dair görüşlere göre ADA ölçeği, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 17) ($p>0.05$). Çalışmadaki hemşirelerin etik duyarlılığının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmadaki hemşirelerin yarıdan fazlasının çalıştıkları klinikte etik duyarlılığa önem verildiğini bildirmesi sonucu hemşirelerin orta düzeyde etik duyarlılığa sahip olması beklenen bir sonuçtur. Literatür incelendiğinde Fırat ve arkadaşlarının çalışmasında benzer şekilde etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu; Temiz ve arkadaşlarının çalışmasında da hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirilmişlerdir (Fırat ve ark., 2017; Temiz ve ark., 2017). Çalışma bulgusu ile literatür paralellik göstermektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin çalıştığı kurumda etik komite varlığı bilgisine göre ADA, otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 18) ($p>0.05$). Bütüncül Yaklaşım alt boyutundan ($F(2.296)=3.20,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların çalıştığı kurumda etik komite varlığı bilgisi değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, hayır diyenlerin aldığı puanların evet diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalıştığı kurumda etik komite olmadığını ifade eden hemşirelerin 'Bütüncül Yaklaşım' alt boyutunda daha düşük etik

duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Ergene çalışmasında kurumda etik komite bulunma durumuna göre ADA puan ortalamalarında anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir (Ergene., 2012). Nas çalışmasında kurumda etik komite olmadığını ifade eden hemşirelerin 'uygulama' alt boyutunda daha düşük etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirmiştir (Nas., 2017). Çalışma bulguları ile literatür arasında farklılıklar görülmüştür. Çalışma bulgusundaki hemşirelerin çalıştığı kurumda etik komite varlığına; %4'ü etik komitenin olmadığı, %59,5'u fikrim yok yanıtını vermiştir. Çalışmadaki hemşirelerin büyük bir kısmının etik komite varlığı bilgisindeki eksikliği hastanelerinde oryantasyon programlarının etkinliğini arttırması gerektiğini düşündürmüştür. Literatür ve çalışma bulgusu değerlendirildiğinde; etik komitenin varlığı ve işleyişi hakkındaki bilgi eksikliğinin giderilmesi etik sorunların çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin, hemşirelikte etik konularda/sorunlara dair aldığı hizmetiçi eğitimleri yeterli görme değişkenine göre ADA Ölçeği, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 19) ($p>0.05$). Çatışma alt boyutundan ($F(2.296)=5.94, p<0.05$) elde edilen ortalamaların hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görme değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, aldığı hizmetiçi eğitimi yeterli görmeyenlerin aldığı puanların, aldığı eğitimi yeterli görenlere ve fikri olmayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerden aldığı hizmetiçi eğitim yeterli görmeyenlerin, ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda etik duyarlılığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; Pekcan'ın çalışması ile Başak ve arkadaşlarının çalışmalarında hemşirelerin etik konusunda eğitim alma durumları ADA ve alt boyutları puanları karşılaştırmasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir (Pekcan., 2007; Başak ve ark., 2010). Çalışma bulgusunda hemşirelerin etkin bir etik eğitimi almadıklarını düşünmemeleri, mesleki yaşantılarına yansımıştır. Literatür ve çalışma bulgusunda

farklılıklar görülmektedir. Bu durumun alınan eğitimin içeriği, sürekliliği ve kurumsal farklılıklarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin, hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim alma isteğine göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 20) ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde hemşirelerin etik ile ilgili eğitim alma isteği üzerine çalışmaya rastlanmaması ile, Borhani ve arkadaşları çalışmalarında etik duyarlılığın ancak eğitimle edinilebileceğini savunmuştur (Borhani ve ark., 2013). Etik eğitimi, etik duyarlılığın önemli bir ön gerekliliğidir. Sağlık personellerinin etiğe önem vermesi, etiği anlaması ve bunu davranışlarına yansıtabilmeleri uygun bir eğitimle sağlanabilir (Aydoğan ve Ceyhan., 2019). Kim ve arkadaşlarının çalışmasında etik eğitiminden geçen öğrencilerin duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Tosun'un çalışmasında da etik eğitimi alan hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (Kim ve ark., 2005; Tosun., 2005). Kahrimar ve Çalık'ın çalışmasında hemşirelerin etik ile ilgili eğitim alma durumları ile etik duyarlılıkları arasında gruplar arasında anlamlı fark olduğu bildirmişlerdir (Kahrimar ve Çalık., 2017). Bu bağlamda hemşirelerin hizmet içi eğitim alma isteği ile etik duyarlılığın etkilenmemesi sonucu, literatür farklılık göstermektedir. Çalışmanın pandemi döneminde yapılması; yoğun ve iş yükünün fazla olmasından dolayı etik duyarlılık konusundaki eksikliğin yeterince anlaşılamadığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma durumuna göre ADA, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo21) ($p>0.05$). Otonomi alt boyutundan ($F(2.296)=4.34,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bazen diyenlerin aldığı puanların evet diyenlere

göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Uygulama alt ölçeğinden (*F(2.296)=4.52, p<0.05*) elde edilen ortalamaların cerrahi alanlarda etik sorunla karşılaşma değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir (p>0.05). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, bazen diyenlerin aldığı puanların evet ve hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin ADA'nın 'otonomi' ve 'uygulama' alt boyutunda; cerrahi alanlarda etik sorunla/sorunlarla 'bazen' karşılaştım yanıtını verenlerin etik duyarlılığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Aydoğan ve Ceyhan'ın çalışmasında çalıştığı serviste etik ikilem yaşama durumuna hayır yanıtını verenlerin ADA'nın 'çatışma' alt boyutunda etik duyarlılıklarının daha düşük olduğunu bildirmiştir (Aydoğan ve Ceyhan., 2019). Mohammadi ve arkadaşlarının çalışmasında karşılaşılan etik sorunlar ile hemşirelerin etik duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, Tazegün çalışmasında hemşirelerin etik sorun yaşama durumuyla ADA ölçeği puan ortalamasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını bildirmiştir (Mohammadi ve ark., 2017; Tazegün., 2013). Çalışma bulgusu ile literatür arasında farklılıklar görülmektedir. Bunun sebebinin çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğu genç hemşire grubundan oluşmasından dolayı etik sorunu ayırt edebilmede zorlandığı, 'bazen' yanıtını verenlerin bundan dolayı 'otonomi ve uygulama' alt boyutunda etik duyarlılığının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunu nasıl çözdüğüne yönelik yanıtlarının ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 22) (p>0.05). Literatür incelendiğinde çalışma bulgusuna paralel Aydoğan'ın çalışmasında ve Fırat ve arkadaşlarının çalışmasında da hemşirelerin ADA toplam puanları ve tüm alt boyutları açısından hemşirelerin etik ikilemlere yaklaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olamadığını bildirmiştir (Aydoğan., 2015;Fırat., 2017). Başak ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin yaklaşık yarısının etik sorun yaşadıkları, etik sorun yaşayanların önemli bir kısmının ise bu sorunu çözemedikleri, ADA'nın çatışma ve uygulama alt boyutunda daha düşük duyarlılığa sahip olduğunu bildirmiştir (Başak ve

ark., 2010). Çalışmamızdaki hemşirelerin etik sorunu nasıl çözdüğüne yönelik yanıtlarında ADA'nın alt boyutlarına göre anlamlı bir farklılık olmasa da cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının arttırılması ve dolayısıyla etik sorunları tanıma, ayırt etme ve çözümünün sağlanabilmesi için, mezuniyet sonrası ve hizmet içi sürekli eğitim programlarının düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin karşılaştıkları etik problemlerin sebebi hakkındaki fikirlerinin ADA Ölçeği, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 23) ($p>0.05$). Çalışmadaki hemşirelerin karşılaştıkları etik problemlerin sebepleri etik duyarlılıklarını etkilememiştir. Literatür incelendiğinde çalışma bulgusuna paralel Fazljoo ve arkadaşlarının çalışmasında da etik problemlerin sebebinin ahlaki duyarlılıklarına etki etmediğini; çalışma bulgusundan farklı olarak Cerit ve Öztürk'ün çalışmasında hemşirelerin karşılaştıkları etik problemlerin sebeplerinin, hemşirelerin etik duyarlılıklarına ortalamanın üzerinde etki ettiği ve ADA'nın bütüncül yaklaşım alt boyutunda anlamlı bir farklılığın olduğunu bildirmiştir (Fazljoo ve ark., 2016; Cerit ve Öztürk., 2021). Çalışma bulgusu ile literatür arasında farklılıkların olmasının; çalışmaların farklı ülkelerde gerçekleştirilmiş olması, görev tanımlarına ilişkin algı, yönetici desteği, kurum kaynaklarının paylaşımı ve politikaların yansımalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Etik karar verme sürecinde çevresel faktörlerin önemli etkisi olabilmektedir. Ancak çalışmamızda etik problemlerin sebebi/sebepleri hemşirelerin etik duyarlılığını etkilemediği görülmüştür.

Çalışmadaki hemşirelerin cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığına dair görüşlerine göre ADA Ölçeği, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, oryantasyon alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 24) ($p>0.05$). Uygulama alt boyutundan ($F(2.296)=3.80,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların 'cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının artması gerektiği' değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans

homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, evet diyenlerin aldığı puanların bazen ve hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığı artmalı yanıtını verenlerin ADA'nın uygulama alt boyutunda daha düşük etik duyarlığa sahip olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Yumuşak'ın çalışmasında hemşirelerin ADA puan ortalamasının iyi olduğu ancak otonomi alt boyutunda daha düşük etik duyarlığa sahip olduğuklarını bildirmiştir (Yumuşak., 2020). Dikmen çalışmasında hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğunu, ölçek alt boyutlarından otonomi alt boyutunda daha düşük etik duyarlılığa sahip olduklarını bulmuştur (Dikmen., 2013). Çalışma bulgusu ile literatür farklılık göstermiştir. Hemşirelerin etik duyarlılıklarının düzeyleri ve etik duyarlılık ile ilgili görüşleri birçok değişkene bağlı olmakla birlilkte; çalışılan kurumların, birimlerin, hemşire popülasyonunun farklılığı, çevresel faktörler gibi birçok parametreye bağlı değişebilmektedir. Bu sebeple çalışma bulgusu ile literatürde farklılığın görülmesi, beklenen bir sonuçtur. Çalışmadaki hemşirelerin etik duyarlılıklarının artması gerektiğini düşünmeleri uygulamada sorun yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuda güncel, sürekli hizmetiçi eğitimlerin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumuna göre ADA, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma alt boyutu kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 25) ($p>0.05$). Uygulama alt boyutu ($F(2.296)=3.60,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumuyla farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, azaldı diyenlerin aldığı puanların değişmedi ve arttı diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Oryantasyon alt boyutundan ($F(2.296)=3.11,\ p<0.05$) elde edilen ortalamaların cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu değişkeninin farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve sonrasında karşılaştırma analizlerine geçilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar

verilmiştir ($p>0.05$). Post-Hoc Testinin varyans homejenliği sağlandığında yapılan Tukey Testi bulguları sonuçlarına göre, azaldı diyenlerin aldığı puanların arttı diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu 'azaldı' yanıtını verenlerin ADA'nın uygulama ve oryantasyon alt boyutunda etik duyarlılığının daha düşük olduğu bulunmuştur. Covid-19 pandemisi sürecinde klinik uygulamada 'cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığın nasıl değiştiğine dair görüşlerini' araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatür incelendiğinde Ursavaş ve Bayrak'ın çalışmalarındaki hemşirelik son sınıf öğrencilerinin covid-19 pandemisi süresince etik duyarlılığı orta düzeyde bulunmuş olup covid-19 ile hemşirelerin ADA 'bütüncül yaklaşım' alt boyutunda etik duyarlılığının azaldığını bildirmiştir (Ursavaş ve Bayrak 2022). Khodaveisi ve arkadaşlarının, Covid-19 hastalarına bakım veren hemşirelerde etik duyarlılığı değerlendiren bir başka çalışmada hemşirelerin yüksek düzeyde etik duyarlılığa sahip olduklarını ve ADA alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olmadığını bildirilmiştir (Khodaveisi ve ark., 2021). Çalışma bulgusu ile literatür arasında farklılıklar görülmüştür. Çalışmadaki hemşirelerden covid-19 sürecinde etik sorunların azaldığını bildirenlerin aslında covid 19 sürecinden oldukça etkilendiği, hemşirelik mesleğinin gereği etik duyarlılık konusunda eksiklerinin bu süreçte farkedilmediği ve covid 19 sürecine uyum sağlayarak etik ilkelere uygun bakım verme rolünü gerçekleştirmekte oldukça zorlandığı görülmüştür. Literatürdeki diğer çalışmalarla farklılıkların görülmesi hemşirelik öğrencilerinin uzun süredir klinik hasta bakımından uzak olması, çalışma hastanelerinin covid sürecindeki farklı yaklaşımları, ülke farklılıkları gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmada;

Sosyo-demografik veriler incelendiğinde; Hemşirelerin yaş ortalamasının $\overline{X}$=28.13 ± 4.78, %73,9'u kadın, %67,6'sı bekar, %80,3'ünün çocuğu yok, %68,9'unun bakmakla yükümlü olduğu kişiler yok, katılımcıların %100'ü COVID-19 pandemisi süresince bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler ile alakalı çalışmasına engel teşkil edecek sorun yaşamamış, %51,8'inin geliri giderine denk, %71,9'u lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %60,2'si kamu kurumunda çalıştığı, %39,8'i özel kurumda çalıştığı, %61,2'si 1-5 yıldır hemşire olarak çalışıyor, %20,7'si ameliyathane, %31,8'i cerrahi servis, %16,4'ü acil servis, %31,1'i yoğun bakım bölümünde çalışıyor, %87,3'ü gece ve gündüz vardiyasında değişerek çalışıyor, %51,5'i çalıştığı kliniğin kendi tercihi olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların %58,2'sinin çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem verildiğini, %59,5'inin çalıştığı kurumda etik komitenin varlığına dair fikri yok, %44,8'i hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim gördüğünü, hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim görmeyenlerin %28,8'i eğitim görmek istediği saptanmıştır.

Katılımcılar %36.1'i cerrahi alanda etik sorunlarla karşılaştığı, cerrahi alanda etik sorunlarla karşılaşanların %16.4'ü sorunu yardım alarak çözdüğü, karşılaştıkları etik problemlerin kaynağı olarak %30.8'i diğer meslek üyeleri olarak gördüğü, %67.2'si cerrahi hemşirelerde etik duyarlılığın artması gerektiğini belirtti, cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorunların %52,8'i değişmediğini, çalışmadaki hemşirelerin %100'ünün COVID-19 pandemisi sırasında yaşadığı/şahit olduğu etik ikilem veya sorun olmadığı saptanmıştır.

ADA Ölçeğine dair veriler incelendiğinde; ADA Ölçeği genel ortalaması $\overline{X}$*=100.70±27.47 iken,* alt boyutları sırası ile; Otonomi ortalaması $\overline{X}$*=21.98±8.23,* Yarar Sağlama ortalaması $\overline{X}$*=14.07±5.16*, Bütüncül Yaklaşım ortalaması $\overline{X}$*=15.25±6.3,*

Çatışma ortalaması $\bar{X}=12.75\pm4.37$, Uygulama ortalaması $\bar{X}=13.66\pm4.78$, Oryantasyon ortalaması $\bar{X}=11.24\pm6.09$ olduğu ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin orta düzey etik duyarlılığa sahip olduğu saptandı.

ADA ile bazı verilerin karşılaştırılması incelendiğinde;

• Çalışmadaki hemşirelerin cinsiyet, tercih edilen yerde çalışma, çalışma yılı, gelir durumları, çalıştığı cerrahi alan, çalıştığı klinikte etik duyarlılığa önem verilmesine dair görüşleri, hemşirelikte etik konularda hizmet içi eğitim alma isteği, karşılaştıkları etik sorunu nasıl çözdüğüne yönelik yanıtları, karşılaştıkları etik problemlerin sebebi hakkındaki fikirlerine göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık görülmediği ($p>0,05$),

• Bekar olan hemşirelerin ADA'nın 'çatışma' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

• Çocuk sahibi olan hemşirelerin ADA'nın 'bütüncül yaklaşım' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

• Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler olan hemşirelerin ADA'nın 'otonomi' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$)

• Özel hastanede çalışan hemşirelerin ADA'nın 'uygulama' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$),

• Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ADA'nın 'çatışma' ve 'uygulama' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$),

• Gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışanların ADA'nın 'uygulama' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$)

• Çalıştığı kurumda etik komite olduğunu ifade eden hemşirelerin ADA'nın 'bütüncül yaklaşım' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$)

• Aldığı hizmetiçi eğitim yeterli görenlerin ADA'nın 'çatışma' boyutunda etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$)

• Cerrahi alanlarda etik sorunlarla 'bazen' karşılaştım yanıtını veren hemşirelerin ADA'nın 'otonomi' ve 'uygulama' boyutunda etik duyarlılıklarının daha düşük olduğu ($p<0.05$)

• 'Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığı artmalı' yanıtını veren hemşirelerin ADA'nın 'uygulama' boyutunda etik duyarlılıklarının daha düşük olduğu ($p<0.05$)

• Cerrahi alanda pandemi döneminde etik konularda sorun durumu ‘azaldı’ yanıtını veren hemşirelerin ADA’nın ‘uygulama’ ve ‘oryantasyon’ boyutunda etik duyarlılıklarının daha düşük olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Sonuç olarak, cerrahi hemşirelerinin etik ilkeler doğrultusunda bakım vermeleri meslekte profesyonelleşmelerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine katkı sağlayacaktır. Bireyleri her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi süreç boyunca hemşirelerin, bakım verme rolünü gerçekleştirirken en temel etik ilke olan insana saygı çerçevesinde çalışmaları çok önemlidir. İnsana saygı aynı zamanda hasta haklarını da içerir. Hemşirelerin etik temelli bakım verebilmeleri için mesleki eğitim döneminde ve sonrasında etik duyarlılık kazanmalarını sağlayacak eğitim programları eklenmeli, sürekli ve güncel tutulmalıdır.

5.1. Özet

Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı onaylayan 299 cerrahi hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmada, araştırmacının geliştirdiği soru formu’na ilave olarak veriler; Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) adlı ölçek ile toplanmıştır. Değerlendirme için ortalama, yüzdelik, standart sapma, Students-T testi ve ANOVA analizleri kullanılmıştır. Çalışmadaki hemşirelerin yaş ortalaması $\bar{X}=28.13 \pm 4.78$, %73,9’u kadın, %67,6’sı bekar, %80,3’ünün çocuğu yok, %71,9’u lisans mezunu, %60,2’si kamu kurumunda, %61,2’si 1-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı görülmüştür. Katılımcıların ADA Ölçeği toplam puan ortalamalarının 100.70±27.47 olduğu görülmüştür. Çalışmada sonuç olarak; katılımcıların pandemi döneminde değerlendirildiği halde ADA Ölçeği ve alt boyutlarında orta düzeyde etik duyarlılık ile bakım verdikleri görülmüştür.

5.2. Yargı

Katılımcıların ADA Ölçeği toplam puan ortalamalarının 100.70±27.47 olduğu ve alt boyutlarında orta düzeyde etik duyarlılık ile bakım verdikleri görülmüştür. Ancak cerrahi alanlarda çalışan hemşirelerin birçok değişkene göre etik duyarlılıkları etkilenmektedir. Bu değişkenlere göre etik duyarlılıkları artmakta ya da azalmaktadır. Etik açıdan yüksek kalitede bakım vermeyi hedefleyen cerrahi hemşirelerinin; etik duyarlılıklarının etkileyen faktörlerin bilinip, değerlendirilmesi alanlarda katkı sağlayacak hemşirelerin daha az etik

sorun yaşamasına veya etik duyarlılığı yüksek kararlar verebilmelerini sağlayacaktır. Literatürde cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığını değerlendiren az sayıda çalışmanın varlığı, literatüre katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

5.3. Öneriler

Cerrahi hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması için, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim, seminer programlarının düzenlenmesi,

Cerrahi hemşirelerinin en sık karşılaştıkları etik sorunlar/ikilemlerin belirlenmesi ve yöneticilerin bu problemleri değerlendirilip çözüm getirilmesi,

Etik duyarlılık gelişimini destekleyici, mesleki etik ilkelerin/kodların çalışılan birimlerde levha, broşür vs. şeklinde görünür hale getirilerek hatırlatıcı nitelikte olmasının sağlanması,

Ayrıca, cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılıklarını etkileyen farklı etkenleri belirleyebilmek için, daha geniş çalışma gruplarıyla etik duyarlılıkların belirlenmesi amacıyla yeni çalışmalar yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Çalık, K., Aktaş, S., Bulut, H., & Anahar, E. (2015). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkis. *HSP*, 1(1):33-45.

Özdamar, B. (2018). İşletmelerde Etik Körlüğün Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir*.

Özlem, M. (2016). Etik Eğitim Programının Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyine Etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir*.

Öztürk, H., Hindistan, S., Kasım , S., & Candaş, B. (2009). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 13(2):77-84 .

Aksu, T., & Akyol, A. (2019). İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri,* 16-24.

Albert, J. S., Younas , A., & Sana, S. (2020). Nursing students ethical dilemmas regarding patient care: An integrative reviev. *Nurse Educ Today,* 88.

Alpar, Ş. E., Bahçecik , N., & Okuroğlu, G. K. (2014). Felsefe ve Hemşirelik Etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, 53-61.

Arslan, G. (2017). Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul*.

Avcı, K. (2007). Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunlarının Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

Aydın , E., & Ersoy , N. (1995, 3). Tıp etiği ilkeleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* , s. 48-52.

Aydın , İ. (2014). *Yönetsel, mesleki ve örgütsel etik.* içinde Ankara: Pegem Akademi.

Aydın, E. (2001). E. Aydın içinde, *Tıp etiğinde temel ilkeler. I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı.* Ankara: ODTÜ.

Aydoğan, A. (2015). Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Kayseri*.

Aydoğan, A., & Ceyhan , Ö. (2019). Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıkları. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2):182-189 .

Büken, N. Ö., & Büken, E. (2002). Nedir şu tıp etiği dedikleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, s. 17-20.

Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52: 76-81.

Barlow, N. A., Hargreaves, J., & Gillibrand, W. P. (2018). Nurses contributions to the esolution of ethical dilemmas in practice. *Nursing Ethics*, 25(02) 230-242.

Basar, Z., & Cihangir , D. (2019). Evaluating ethical sensitivity in surgical intensive care nurses. *Nurs Ethics*, 26(7-8):2384-2397.

Baykara, B. Z. (2010). Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. *Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara*.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. *Oxford University Press*, 107.

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E., & Hoseinabad-Farahani, M. J. (2017, June). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, s. 24(4):474-482.

Butts, J. B., & Rich, K. L. (2016). *Nursing Ethics: Across The Curriculum and into Practice.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Cerit , B. (2010). Hemşirelik Etik İkilem Testi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve, hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, s. 17(2): 47-67 .

Cerit, B., & Öztürk , E. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ahlaki Duyarlılığı ile Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *DEUHFED,* 14(2),116-123 .

Daşbilek, F., & Avşar, G. (2019). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , s. 2(2): 45-53.

Dalcalı, B., & Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, s. 24(1): 1–9.

Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi*, s. 74-82.

Elçigil, A., Bahar, Z., Beşer, A., Mızrak, B., Bahçelioğlu, D., Demirtaş , D., . . . Yavuz, H. (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, s. 52-60.

Elçioğlu, Ö., & Kırımlıoğlu, N. (2003). Tıp etiği ilkeleri. *Çağdaş Tıp Etiği* (s. 26-40). içinde İstanbul: Nobel Kitapevleri.

Enes, S., & Vries , K. (2004). A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people . *Nurs Ethics*, 11(2):150-64.

Erenoğlu, R., Can, R., & Tambağ, H. (2019). Hemşirelik Bakım Davranışları ve Bakım Davranışları İle İlgili Faktörler; Doğumevi Örneği. *Sağlık ve toplum*.

Ergene, Z. (2012). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Ersoy, N., & Aydın, E. (1994). Tıbbi Etik'te "Yararlılık İlkesİ". *Türkiye Klinikleri*, 57-60.

Fırat, B., Karataş, G., Barut, A., Metin, G., & Sarı, D. (2017). Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *DEUHFED*, 10 (4), 229-235. .

Fırat, M., Kanbay, Y., Utkan , M., Gökmen, B., & Okanlı , A. (2021). COVID-19 Pandemisinde Hizmet Veren Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Zorlanmaları: Türkiyeden Nitel Bir Çalışma. *GEVHER NESIBE JOURNAL OF MEDICAL & HEALTH SCIENCES* , 74-80.

Fazljoo, E., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Dadgari, A. (2016). Assessment of moral reasoning ability of the nurses in dealing with moral dilemmas. *J Med Ethics* , 10(36):47-54.

Filizöz, B., Aşçı, A., Mesci, G., & Bağcıvan, E. (2015). Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 8(1) 47-66.

Güngör, E. (2000). *Değerler psikolojisi üzerinde araştırmalar.* içinde İstanbul: Ötüken Yayıncılık.

Ganz, F., & Berkowitz, K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *J Adv Nurs.*, s. 68(7):1516-25 .

Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., & Thorne, L. (2011). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nurs Ethics.*, s. 9-19.

Gjerberg , E., Førde, R., Pedersen, R., & Bollig , G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* , 71(4):677-84.

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer , P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas; A review. *Nursing Ethics*, 258-272.

Hakko, A., & Kıvanç, M. M. (2018). Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Etik Davranışlar Oluşturma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 227-232.

Hakmal, H., Karadağ, M., & Demir, C. (2012). Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerine Etki Eden Faktörler; Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 2012.

Ünsal, A. (2021). *Hemşirelik Tarihi Deontoloji ve Etik.* İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Köktürk, B. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1):1-9.

Kılınç , E., & Aydın , A. (2017). Disiplin yönetiminin yönetsel etik açıdan incelenmesi: bir kamu üniversite hastanesi örneği. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, s. 11-22.

Kılavuz, R. (2002). Yönetsel etik ve halkın yönetsel etik oluşumuna etkiler. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 26: 255-266.

Kahriman, İ., & Çalık Yeşilçiçek, K. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *GÜSBD*, 6(3):111-121.

Karaçar, Y., Bademli, K., & Özgönül, M. (2020). Hemşirelerde Kişisel Değerler ile Etik Duyarlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisİ*, s. 47-58.

Karabakır, B. (2011). Hemşirelerin Tabi Oldukları Mevzuat Ve Hukuki Sorumlulukları Konusundaki Farkındalıkları. *İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Karagöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, s. 4 (1).

Karamanoğlu, A. Y., Özer, F. G., & Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1): 12-17.

Kasap, E., & Bahçecik, N. (2020). Hemşirelerin Sağlık Bakım Uygulamalarında Etik İlkelere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *GEVHER NESIBE JOURNAL OF MEDICAL & HEALTH SCIENCES*, s. IESDR, 5(6), 51–58.

Khodaveisi, M., Oshvandi, K., Bashirian, S., Khazaei, S., Gillespie, M., Masoumi, S., & Mohammadi, F. (2021). Moral courage, moral sensitivity and safe nursing care in nurses caring of patients with COVID- 19. *Nursing Open*, 8(6), 3538-3546. .

Kim, Y. S., Park, J. W., YOU, M. A., Seo, Y. S., & Han, S. S. (2005). Sensitivity to ethical ıssues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics*, 12, 595-605.

Kurnaz, D., & Karaçam, Z. (2021). Ebe ve Hemşirelerin COVID-19 Pandemi Sürecinde Yaşadığı Psiko-Sosyal ve Mesleki Zorluklar. *J Educ Res Nurs.*, 65-68.

Lützén, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224.

Leape, L. L. (2005). Ethical issues in patient safety. *Thorasic Surgery Clinics*, 5(4):493.

Leblebicioğlu, H., & Nair, F. (2020). Covid-19 Salgınıyla Mücadele: Yoğun Bakım Hemşireliği Meslek ve Kişisel Etik Perspektifi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24:73-80.

McCormick, T. R., & Min, D. (2013). Principles of Bioethics. *School of Medicine, University of Washington*.

Mohammadi, S., Borhani, F., & Roshanzadeh, F. (2017). Moral Sensitivity and Moral Distress İn Critical Care Unit Nurses. *Medical Ethics journal*, 10(38):19-28.

Nas, Z. (2017). Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Neçare, E. (2017). Duygusal zeka ve etik karar verme ilişkisi: insan kaynakları alanında bir araştırma. *Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Ojienda, T., & Juma, K. (2011). *Professional Ethics: A Kenyan Perspective.* LawAfrica Publishing .

Orgun, F. (2008). Byrd'ın Hemşirelere Yönelik Etik Duyarlılık Testi'nin geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, 62-81.

Oğuz, N. Y. (1999). Özerkliğe Saygı İlkesi. *Deontoloji.* içinde Ankara: Antıp Yayınları.

Oğuzhan, G., Aydın, G., & Bölükbaşı, F. (2019). Hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2).

Palandöken, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Hemşireler için Etik Sorunlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2): 139-142.

Parkı, M., Kjervik, D., Crandell, J., & Oerman, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics*, 568-580.

Pavlich, C., Brown, K., Hersh, M., Shirk, M., & Rounkle, A. (2011). Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *J Nurs Scholarsh.*, 385-395.

Pekcan , H. S. (2007). Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

Rainer, J., Schneider, J., & Lorenz, R. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *J Clin Nurs.*, 3446-3461.

Raper, R. F., & Fisher, M. (2009). *Ethics in intensive care. In OH's Intensive Care Manua* (s. 61-66). içinde Butter- worth Heineman Elsevier, Elsevier .

Robertson, D., Snarey, J., Ousley, O., Harenski, K., Bowman, F. D., Gilkey, R., & Kilts, C. (2007). The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care . *Neuropsychologia.*, s. 755-756.

Sasso, L., Stievano, A., Jurado, M. G., & Rocco, G. (2008). Code of ethics and conduct for European nursing . *Nurs Ethics* , 15(6):821-36.

Schluter, J., Winc, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, s. 304-321.

Şen, H., & Yılmaz , F. (2012-2013). Hemşirelik ve Etik Karar Verme Süreci. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, s. 94-97.

Tatlı, T. (2018). Sağlık Çalışanlarının empatik eğilim ve etik duyarlılık düzeylerinin hasta hakları bağlamında incelenmesi: ağrı ili örneği. *Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya*.

Taylan , S. (2013). Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana*.

Tazegün, A. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.

Tazegün, A., & Çelebioğlu, A. (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* , 6(2):97-102.

Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, G., Akyolcu, N., Kanan, N., & Nur, F. (2017). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.

Tiryaki, Ş. H., & Taşkın, Y. F. (2012). Hemşirelik Ve Etik Karar Verme Süreci. *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Dergisi,* s. (25): 94-97.

Torjuul, K., & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: Ethical difficulties in the process of care in surgical units. *J Adv Nurs.*, s. 404-413.

Tosun, H. (2005). Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim Ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*.

Tosun, H. (2021). Sağlık Bakım Uygulamalarında Etik Duyarlılık. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi,* s. 101-104.

Turan, Z., & Atasoy, L. (2019). Ebelerin Ahlaki Duyarlılıkları ile Bireysel Değerleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *ACU Sağlık Bil Derg* , 10(4):567-575.

Ursavaş, F., & Bayrak, D. (2022). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulama Sırasındaki Covid-19 Korkusu ve Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 508-520.

Utkualp, N. (2015). Hemşire ve ebelerin kişisel olarak eksikleri giderme tutumunun etik açısından değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Bursa*.

Utlu, N. (2016). Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi,* 17-35.

Weaver, K. (2007). Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics*, 141-155.

Yıldırım, S., & Dülgerler , Ş. (2010). Psikiyatride etik ve psikiyatri hemşireliği uygulamasına yansıması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 103-108.

Yıldırım, S., & Kadıoğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 75-84.

Yeşilpınar, İ., Yanık, D., Şahin, E., & Tarhan, R. (2020). Yoğunbakım Hemşirelerinde Ahlaki Duyarlılık, İş Motivasyonu ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *J Contemp Med* , 10(4):578-584 .

Yeşiltaş, A., & Gül, İ. (2016). Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler Ve Tercih Nedenleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2):74-87.

Yorulmaz, D. (2021). Hemşirelerin Etik Duyarlılığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, . *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 29(1):86-93 .

Yumuşak, T. (2020). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin ve etik duyarlılıklarının değerlendirilmesi. *İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

EKLER

Ek.1: Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.2: Bilimsel Araştırma Başvurusu

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.3: Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.4: Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.5: Ölçek İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.6: Kişisel Bilgi Formu ve ADA Ölçeği

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN ETİK (AHLAKİ) DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

SAYIN KATILIMCI:

Sayın katılımcı bu araştırma, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Cerrahi alanda çalışan hemşirelerin etik duyarlılığı'nın belirlenmesini amaçladık. Araştırmamızda anket formu ve ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık otuz dakikadır.Bu araştırmaya katılımınızda gönüllülük esastır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırmanın amacına yönelik kullanılacaktır.Tez çalışmamıza katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacının Adı Soyadı- Simge URUF
Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman Adı Soyadı- Demet AVCI ALPAR

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Lütfen boşlukları doldurunuz, size uygun şıkkı/şıkları işaretleyiniz.

Anket No:

Görüşme Tarihi:

1)Çalışmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

2)Adınız-Soyadınız (İsteğe Bağlı)

…….....

3)Cinsiyetiniz:

1)Erkek 2)Kadın 3)Belirtmek istemiyorum

4) Yaşınız:

.....

5)Medeni Durumunuz:

1) Bekâr 2)Evli

6)Çocuğunuz var mı?

1)Evet 2)Hayır

7)Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?(anne, baba, kardeş vb).

1)Evet 2)Hayır

8)Covid-19 pandemisi süresince bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler ile alakalı çalışmanıza engel teşkil edecek sorun yaşadınız mı? Kısaca anlatınız.

…….

9)Gelir durumuzun nasıl?

1)Gelirim giderimden az 2)Gelirim giderime denk 3)Gelirim giderimden fazla

10)Mezun olduğunuz son program nedir?

1)Sağlık meslek lisesi 2) Ön Lisans 3) Lisans 4) Lisans Üstü

11)Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

1)1-5 yıl

2)6-10 yıl

3)10-15 yıl

4)15 yıl ve üzeri

12)Hangi cerrahi alanda çalışmaktasınız?

1)Ameliyathane 2)Cerrahi Servis 3)Acil Servis 4)Yoğun Bakım

13)Çalışma şekliniz nedir?

1)Sürekli gündüz vardiyasında çalışmaktayım.

2)Sürekli gece vardiyasında çalışmaktayım.

3)Gece ve gündüz vardiyasında değişerek düzensiz çalışmaktayım.

14)Çalışmakta olduğunuz klinikte çalışmak sizin tercihiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

15)Çalıştığınız klinikte çalışanlar tarafından etik duyarlılığa ve etik değerlere uygun hasta yaklaşıma önem verildiğini düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Bazen

16)Çalıştığınız kurumun Etik Komitesi var mı?

1)Evet 2)Fikrim yok 3)Hayır

17)Hemşirelikte etik konularda/sorunlara dair aldığınız hizmetiçi eğitimleri yeterli görüyor musunuz?

1)Evet, görüyorum 2)Fikrim yok 3)Hayır, görmüyorum

18)Bir önceki soruya cevabınız hayır ise bu konuda hizmet içi eğitim programlarının olmasını ister miydiniz?

1)Evet isterim 2)Fikrim yok 3)Hayır düşünmüyorum

19)Cerrahi alanda çalışmanız esnasında herhangi bir etik ikilem/etik sorun ile karşı karşıya kaldınız mı?

1)Evet 2)Hayır 3)Bazen

20)Bir önceki soruya cevabınız evet ise çözümünü nasıl gerçekleştirdiniz?

1)Kendim, yalnız çözdüm. 2)Yardım alarak çözdüm.

3)Çözemedim 4)Diğer(.....)

21)Karşılaştığınız etik problemlerin genellikle kimden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?

1)Diğer meslek üyeleri 2) Kurum ile farklı yaklaşımlar

3)Yeterli etik duyarlılığa sahip olmama 4)Sınırlı kaynakların paylaştırılması

5)Diğer

22)Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığın artması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Bazen

23)Cerrahi alanlarda yaşadığınız etik konularda ikilem veya sorunlar Covid-19 pandemisi sırasında nasıl değişti?

1)Arttı 2)Değişmedi 3)Azaldı

24)Covid-19 pandemisi sırasında yaşadığınız/şahit olduğunuz etik ikilem veya etik sorun olduysa örnek verir misiniz? Kısaca anlatınız.

…….

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE)

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.
Teşekkürler

1. Hemşire olarak sorumluluğum , hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

2.Hastalarımdabir iyileşme göremezsem , işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

3.Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

4.Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

5.Hastanın güvenini kaybedersem hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

6.Güçbir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

7.îyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

8.Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

9.Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

10.Hastaların bakımında 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 karşılaşırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

15.Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

16. Çoğu kez iyi bakımın 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 hemşirelerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

18.Doğru karar verip vermediğimi herşeyden çok hastanın yanıtı belirler.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

19.Norm ve değerlerimi sıkılıkla 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 bilgilerdendaha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

21.Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı / tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

22.îyi bir bakımın 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.Hâsta 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 vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

26.0ral 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 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

ADA'da ifadelerin 1 (tamamen katılıyorum) ile 7 (hiç katılmıyorum) sayısı arasında derecelendirilmesi istenmiştir.1 sayısı tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 sayısı hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210 'dur. Alınan düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir.

EK.7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

.../.../20...

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Simge URUF tarafından yürütülen ""Cerrahi Hemşirelerinin Etik (Ahlaki) Duyarlılığının Belirlenmesi"" b
ştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın nec
ıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşıma
r anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz
çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katı
ra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılı**
m verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskıs
ni altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Katılacağınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup Cerrahi hemşirelerinin etik duyarlılığının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.
b. Araştırmanın İçeriği:Cerrahi alanlarda çalışan hemşirelerin yaşadığı etik problemlerin sebepleri, problem çözme sürecindeki etik duyarlılıklarının belirlenmesi, etik duyarlılığı arttıran veya azaltan durumların ele alınması ve hemşirelik bakımına etkisinin belirlenmesi.
c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma X Tez çalışması

2.Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK.8: Etik Sempozyumu Katılım Belgesi

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek.9: ADA Ölçeği Alt Boyutları

Alt Boyut	Madde No	Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)
OTONOMİ	10	Hastanın bakımı/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
	12	Hastanın kişisel gelişimi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.
	15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
	16	Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi içerdiğine de inanırım.
	21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim birtakım kuralların olması önemlidir.
	24	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
	27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
YARAR SAĞLAMA	2	Hastalarımda bir iyileşme görmezsem, işimin bir anlamı olmadığını hissederim.
	5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
	8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
	25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
BÜTÜNCÜ YAKLAŞIM	1	Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
	6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
	18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
	29	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
	30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü başarılı bulurum.
ÇATIŞMA	9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişki yaşarım.
	11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
	14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
UYGULAMA	4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
	17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
	20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
	28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
ORYANTASYON	7	İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
	13	Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
	19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
	22	İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.

Ek.10: ADA Ölçeği Alt Boyutları

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

ÖZGEÇMİŞ

Simge URUF

Disipilinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Y. Ls
Ls.	2017	Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
Lise	2012	Ödemiş Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019	Hemşire- Marmara Üniversitesi Pendik EAH
2017- 18	Hemşire- Acıbadem Hastaneleri

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2022.	Türk Hemşireler Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	*Burs/Ödül*
-	

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Organizasyon Komite Üyesi; Inovation in Nursing, 13-14 Mart 2017 Maltepe University Internatıonal Student Congress (MUISC-2017)