T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİNİN VE ETİK DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

TUĞBA YUMUŞAK

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2020

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİNİN VE ETİK DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

TUĞBA YUMUŞAK

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2020

İTHAF

Annem, Babam, Kızım Beyza Rana, Eşim ve tüm sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince konumun seçilmesinde bana rehber olan saygıdeğer hocam Zeynep ÖZASLAN'a, tezime danışmanlık yapan bilgileriyle ve eğitim konusundaki hassasiyetiyle bize rehber olan ve her zaman şükranla anımsayacağım saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN'e, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya ve tüm hocalarıma, yardım ve desteklerini esirgemeyen arkadaşım Uzm. Hem. Hamide ŞİŞMAN'a, yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda yardımcı olan sevgili Eşim'e ve Kızım'a,

Teşekkür ederim.

Tuğba YUMUŞAK

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI i
ETİK BEYANI ii
İTHAF iii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiii
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 3
1.1. Profesyonellik Kavramı 3
1.2. Meslekte Profesyonellik 4
1.3. Hemşirelikte Profesyonellik 6
1.4. Değer Kavramı 9
1.4.1. Değerlerin Sınıflandırılması 9
1.4.2. Mesleki/Profesyonel Değerler 10
1.5. Profesyonel Değerler Modeli 11
1.5.1. Modelin Temel Kavramları 12
1.5.2. Modelin Amacı 12
1.5.3. Modelin Varsayımları 13
1.6. Hemşireliğin Temel Değerleri 13
1.7. Etik ve Etik Duyarlılığa İlişkin Kavramsal 15
1.7.1. Etik Kavramı 15
1.7.1.1. Felsefi Etik 16
1.7.1.2. Örgütsel Etik 17
1.7.1.3. Yönetsel Etik 18
1.7.1.4. Mesleki Etik 18
1.7.1.5. Sağlık Etiği 19
1.7.2. Etik İlkeler 19

1.7.2.1. Özerkliğe Saygı İlkesi 20
1.7.2.2. Yarar Sağlama İlkesi 20
1.7.2.3. Zarar Vermeme İlkesi 21
1.7.2.4. Adalet İlkesi 22
1.7.3. Etik İkilemler ve Etik Karar Verme 23
1.7.4. Etik Duyarlılık 24
1.7.5. Etik Duyarlılık İle İlişkili Kavramlar 25
1.7.6. Hemşirelik Disiplininde Etik Duyarlılık 27
1.7.7. Hemşirelik Etiği 28
1.7.8. Ameliyathane Hemşireliğinde Etik 29
2. MATERYAL VE METOD 31
2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 31
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 31
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı 33
2.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Süreci 33
2.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları 33
2.5.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu 33
2.5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi 34
2.5.3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği 34
2.5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri 35
2.6. İstatistiksel Değerlendirme 35
2.7. Araştırmanın Etik Yönü 36
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 36
3. BULGULAR 37
3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri 38
3.2. Katılımcı Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerleri Düzeyleri . 39
3.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerleri Ölçekleri Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 40
3.4. Ölçekler Arası İlişkiler 54
4. TARTIŞMA VE SONUÇ 57
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 57
4.2. Ahlaki Duyarlık Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması 57
4.3. Profesyonel Değer Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 60

4.4. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılıklar ve Profesyonel Değerler Arasındaki İlişkinin Tartışılması 63
4.5. Sonuç ve Öneriler 63
KAYNAKÇA 65
EKLER 77
Ek 1. Etik Kurul Formu 77
Ek 2. Bilimsel Çalışma İzin Kararı 78
Ek 3. Ölçek Kullanım İzin Formu 80
Ek 4. Sosyo Demografik Özellikler Formu 82
Ek 5. Ahlaki Duyarlılık Anketi 84
Ek 6. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği 86
İNTİHAL RAPORU 89
ÖZGEÇMİŞ 90

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Power Gücüne İlişkin Örneklem Hesaplama Tablosu.....32
Tablo 3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (N=157) 38
Tablo 3.2. Katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Potansiyel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=157) 39
Tablo 3.3. Katılımcıların Genel Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Tanıtıcı Özelliklere Göre incelenmesi 40
Tablo 3.4. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlar ile Ahlaki Duyarlılık ve Potansiyel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 41
Tablo 3.5. Katılımcıların Yaş Bakımından Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 43
Tablo 3.6. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 44
Tablo 3.7. Katılımcıların Medeni Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 45
Tablo 3.8. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157).....46
Tablo 3.9. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157).....47
Tablo 3.10. Katılımcıların Çalışma Güvenceleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157).....48
Tablo 3.11. Katılımcıların Meslekteki Toplam Çalışma Süreleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 49
Tablo 3.12. Katılımcıların Bulunulan Birimde Çalışmayı Seçme Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 50

Tablo 3.13. Katılımcıların Mesleki Eğitim Döneminde Etik Dersi Alma Durumu ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 51
Tablo 3.14. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlarda Etik ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 52
Tablo 3.15. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlarda Etik ile İlgili Alınan Eğitim Türü ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157) 53
Tablo 3.16. Katılımcıların çalıştıkları Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=157) 54
Tablo 3.17. Ahlaki Duyarlılık Ölçeğini Etkileyen Bağımsız Parametreler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi 55
Tablo 3.18. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğini Etkileyen Bağımsız Parametreler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi 56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Profesyonel Değerler Modeli.....12

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

% : Yüzde

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

HPDÖ : Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği

ICN : Uluslararası Hemşirelik Konseyi

N : Sayı

PDM : Profesyonel Değerler Modeli

TDK : Türk Dil Kurumu

UKCC : İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi

vd. : Ve Diğerleri

ÖZET

AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİNİN VE ETİK DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ

Tuğba YUMUŞAK
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2020

Araştırma, ameliyathanede çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve etik duyarlılıklarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde yapıldı. Çalışmanın örneklemini Adana İl'inde yedi hastanenin ameliyathanesinde çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden 157 hemşire oluşturdu. Veriler Şubat-Nisan 2020 tarihleri arasında, Tanıtıcı Özellikleri İçeren Form, Profesyonel Değerler ve Ahlaki Duyarlılıklar Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirmesinde ortalama, standart sapma, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis, Spearman korelasyon testleri kullanıldı. Çalışmada hemşirelerin %45,9'unun 36-45 yaş grubunda,%83,4'ünün kadın,%63,7'sinin lisans mezunu, %68,2'sinin devlet hastanesinde, %19.1'inin 16-20 yıl çalıştığı belirlendi. Ameliyathane hemşirelerinin etik duyarlılık (80,88±23,32) ve profesyonel değerler (125,87±18,42) puan ortalamaları iyi düzeyde bulundu. Etik duyarlılıkta 36-45 yaş grubunda, etik ile ilgili hizmet içi ve oryantasyon eğitimi alanların otonomi ve çatışma alt boyutunda anlamlı farklılık bulundu. Yaş ve çalışma yılı artıkça etik duyarlılık ve profesyonel değerlerin arttığı; eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, çalışılan birim ve mesleği isteyerek seçmenin etkilemediği belirlendi ($p>0.05$). Ameliyathane hemşirelerinin etik duyarlılıkları ile profesyonel değerleri arasında negatif yönde zayıf ilişki bulundu. Çalışmada ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerler ve etik duyarlılıklarının iyi düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelerin etik sorunları tanıma ve çözüm sağlamada mezuniyet öncesi eğitim programlarının güçlendirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının yaş grupları ve deneyim süresi göz önüne alınarak yapılmasının profesyonel değerler ve bakımın kalitesini artırmada yararlı olacağı önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Etik, Etik Duyarlılık, Profesyonel Değer.

ABSTRACT

DETERMINING THE PROFESSIONAL VALUES AND ETHICAL SENSITIVITY OF NURSES WORKING IN THE OPERATION ROOM

Tuğba YUMUŞAK
Departman of Medical Surgical Nursing
Supervisor: Dr. Sennur Kula ŞAHİN

2020

The research was conducted in a descriptive and cross-sectional manner in order to determine the professional values and ethical sensibilities of nurses working in the operating room. The sample of the study consisted of 157 nurses working in the operating rooms of seven hospitals in Adana Province and agreeing to participate in the study. The data were collected between February and April 2020 using the Introductory Form, Professional Values and Moral Sensitivity Scale Mean, standard deviation, Mann Whitney U and Kruskal Wallis, Spearman correlation tests were used to evaluate the data. In the study, it was determined that 45.9% of the nurses were in the 36-45 age group, 83.4% were female, 63.7% had a bachelor's degree, 68.2% had worked at a state hospital, and 19.1% had worked for 16-20 years. The mean scores of the operating room nurses on ethical sensitivity (80.88 ± 23.32) and professional values (125.87±18.42) were found at a good level. The orientation (10.02±4.56) and holistic approach (11.74±4.14) sub-dimensions of ethical sensitivity were determined to be high. A significant difference ($p < 0.05$) was determined in the autonomy and conflict sub-dimensions of those who received in-service and orientation training on ethics in the age group 36-45 in ethical sensitivity. Ethical sensitivity and professional values increase as the age and working years increase; It was determined that voluntary election did not affect educational status, gender, marital status, the unit and profession ($p > 0.05$). A weak negative correlation was found between operating room nurses' ethical sensibilities and professional values. In the study, it was determined that the professional values and ethical sensitivity of operating room nurses were at a good level. It can be suggested that strengthening the pre-graduate education programs in recognizing the ethical problems of nurses and providing solutions, and carrying out post-graduate continuing education programs considering the age groups and the experience period would be beneficial in increasing the professional values and quality of care.

Keywords: Nursing Profession, Ethical, Ethical Sensitivity, Professional Value.

GİRİŞ

Hasta bakımındaki ilerlemeler, dünyadaki global değişimler sağlık uygulamalarına yansımış, hemşireler yeni etik sorunlarla karşılaşmaya başlamışlardır. Bu gelişmeler hemşirelik mesleğinin bilimsel bir bilim dalı olarak gelişmesi hasta bakımında etik problemin varlığından haberdar olma ve etik karar verme ile ilgili hemşirelerin kendilerine dönüp bakmalarını, etik duyarlılıklarını gözden geçirmelerini gerektirmiştir. Çünkü hemşirelik; değerleri, tutumları kişisel davranışları geliştiren ve besleyen bir süreç olup sağlıklı veya hasta bireye hizmet veren bir sağlık disiplinidir (Aksu ve Akyol, 2011).

Hemşirelik hizmeti almak her birey için yaşamsal öneme sahiptir. Amacı sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamak ve sağlık problemlerine çözüm bularak yaşama nitelik kazandırmak olan hemşireliğin; insanın onuruna, bütünlüğüne, yaşamına, değerlerine ve kararlarına saygı duyarak nitelikli hizmet verebilmesi için kişisel ve profesyonel davranışlarını şekillendiren değerlerinin, meslek üyeleri tarafından farkında olunması çok önemlidir (Çelik ve ark., 2012). Profesyonellik, belirli bir mesleğe uygun olduğuna inanılan tutum ve davranışlar kümesi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Hemşireler Birliği en önemli durumun; sağlıklı/hasta bireyin esenliği olduğunu, temel değerin yararlılık olduğunu vurgulayarak, özgecilik, estetik, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet, doğruluk olmak üzere hemşirelikte yedi temel değer belirlemiştir (Neçare, 2017). Hemşirelerin sahip olduğu değerler profesyonel değerlerin de temelini oluşturmaktadır. Hemşireliğin profesyonel değerleri; insan onuru, sorumluluk, harekete geçme, güvenlik ve otonomi başlıkları altında ele alınmaktadır (Orak ve Alpar, 2012; Sayiner, 2005).

Değer, bir kişinin davranışlarına standart getiren kişisel kanaatlerdir. Değerler insanların ihtiyaçları, dünya inancı, aile tutumları, eğitim-öğretim sistemi ile gelişir ve insanların sağlığa-hastalığa olan cevapları hakkındaki düşüncelerini etkiler (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012). Bireyin davranışı için temel olarak seçtiği etkili inanışlar olup etik davranışların bir yansımasıdır. Zaman içerisinde değişebilen bu değerler bireye özgü olup diğer bireylerin beklentileri ile uyum sağlayamadığı zaman çatışma nedeni olabilirler (Orak ve Alpar, 2012).

Etik duyarlılık, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler günlük uygulamalarda evrensel etik ilkeler çerçevesinde bakım vermekle

birlikte kişiler arası ilişkilerde de ahlaksal bir yaklaşım göstermelidir. Böylece ahlaksal tutum ve davranış, mesleki bilgi ve beceri ile bütünleştirilmelidir (Ersoy,1998;Kanan, 1999).

Ameliyathanelerde hemşirelerin etik karar verme sürecine katıldığı ortamlar arasında yer almaktadır. Etik kararlar özellikle anestezi altında olan bilinçsiz, tüm yaşam aktivitelerinde bağımlı, kendi kararlarını veremeyen hastalar için kritiktir. Hasta savunucusu olarak ameliyathane hemşiresi hastanın güvenliğini sağlamak zorundadır (Özen, 2014). Ameliyathane hemşirelerinin hastaların haklarını, sağlığını ve güvenliğini sağlamak için etik ilkeleri kullanmaları gerekmektedir. Bireyleri her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin temel etik ilke olan insana saygı çerçevesinde çalışmaları çok önemlidir (Kanan, 1996).

Literatür incelendiğinde, araştırmaların büyük çoğunluğunun öğrenci, genel veya yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel değer ve etik duyarlılıklar üzerine yoğunlaştığı gözlenmektedir (Cerit, 2010; Çelik Bekleviç, 2019; Çalışkur ve ark., 2012; Çelik ve ark., 2012; Kaya, 2013; Küçük, 2016). Oysa ki, hasta güvenliğinde önemli bir yer tutan ameliyathanelerde hızlı hasta sirkülasyonu, stresli, karmaşık ve izole çalışma alanları olmasına bağlı çok fazla etik sorun, tıbbi hatalar gelişmektedir. Ameliyathane hemşireleri etik karar verme ve problem çözmede profesyonel değer ve etik ilkeleri en fazla kullanan özel hemşirelik alanı olmasına karşın çok sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılması düşündürücüdür. Bu düşünceden hareketle ameliyathanede çalışan hemşirelerin profesyonel değer ve etik duyarlılıklarını ortaya koymak ve etkili faktörleri belirlemek amacı ile yapıldı.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Profesyonellik Kavramı

"Profesyon" kelimesi, herhangi bir işi yerine getirmek üzere toplum önünde ya da huzurunda söz vermek anlamındaki Lâtince "profitere" kelimesinden kök almaktadır. Kavram, "toplum huzurunda verilen bu sözün içeriğinde; a) En iyisini yapma ve bunu yaşam boyu sürdürme, b) Standardı yüksek bir eğitimin sözü yer alır. Böyle bir sözü veren kişi yönünden ise; yaptığı işe kendini adama, sadık olma ve güvenli ilişki beklentisi getirirken, insanların yaşamlarını değiştirme yetkisi de tanınmış olur. Toplum önünde verilen bu sözler aslında meslek ile toplum arasında yer alan bir kontrat" olarak tanımlanmaktadır (Özen, 2014).

Abraham Flexner (1915)'e göre profesyonelliğin karakteristik özellikleri şu şekilde tanımlanmıştır (Hisar vd., 2010);

- Meslekler, büyük bireysel sorumluluklar ile gerçekleştirilmiş temel düşünsel operasyonlar içerir.
- Profesyonellerin düşünsel kaynakları, bilim ve öğrenmeden oluşur.
- Bu kaynaklar uygulamalı ve kesin bir sonuca doğru ilerlemektedir.
- Eğitim ile yayılmış bir iletişim tekniğine sahiptir.
- Kendiliğinden örgütlenme eğilimindedir.
- Motivasyon bağlamında artarak altruistik hale gelmektedirler.

Profesyonellik, belirli bir kariyer kimliğine sahip bireylerin mesleki değerlere ve davranışsal tutumlara karşı adanmışlık dereceleri olarak nitelendirilmektedir (Hisar vd., 2010). Profesyonel olmak genellikle, örgün eğitime, ileri seviyede yeteneklere, herhangi bir uzmanlığa giriş yapıldığına dair kanıt niteliğinde bir sertifika ya da belgeye sahiplik ve ona adanmışlık durumunu göstermektir (Wynd, 2003). Profesyonellik terimi, bir mesleği şekillendiren davranış, nitelikler ve amaçlar ile bağlantılıdır ve genellikle belirli bir meslek grubuna ait bireylerden beklenen davranışlar olarak da tanımlanmaktadır (Hisar vd., 2010).

Günümüzde profesyonellik denildiğinde, alanında eğitimli, uzman kişiler tarafından yapılan ve alana özgü meslek örgütleri tarafından desteklenen hizmet akla gelmektedir. Adıgüzel ve ark (2011) çalışmasında, Edgett tarafından "bireyin kendisini profesyonel olarak düşünüp buna yönelik davranış sergilemesi" şeklinde tanımlanan profesyonellik kavramını kullanmıştır. Bu kavram etrafında, iş yaşamında profesyonellik ölçütleri doğrultusunda davranışlar sergilenmesi, profesyonelleşmede

önemli rol oynamaktadır. Profesyonel çalışanlar hizmetin kalitesini arttırarak, hep daha iyiye erişmek üzere çaba göstermeli, sürekli gelişimle özgünlüğünü ortaya koymalıdır (Adıgüzel vd., 2011).

Profesyonellik ölçütleri literatürde şöyle özetlenmektedir:

- Etik kurallar çerçevesinde planlanmış meslek içi sürekli eğitimin parçası olmak,
- Çalışma alanında bireysel çıkarlar çerçevesinde değil toplumsal fayda sağlama bağlamında hareket etmek,
- Görev alanına ilişkin yeterlilik ve yetkinliğe sahip olmak,
- Bilimsel ve teknolojik gelişmeler ışığında ortaya konulan yeni yöntem ve tekniklerin benimsenmesine açık olmak (Demir Dikmen vd., 2014).

TDK Güncel Türkçe Sözlük mesleği "Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" olarak tanımlamaktadır (TDK). Bu bakış açısıyla, meslek; insanların karşılığında ücret aldıkları, belirli bir eğitim gerektiren, toplum için gerekli hizmetlerin sunumunu sağlayan ve kendine has yasal ve ahlâki kuralları olan bir uğraştır (Özdamar, 2018).

Çağımızda, teknolojinin de etkisi ile meslek grupları, mesleklerin iş tanımları, işlevleri, örgütlenme şekilleri, ödenen ücretler, ihtiyaç duyulan yetenekler, çalışma koşulları ve toplumun bu mesleklere biçtiği değer de hızla değişmektedir. Bu hızlı değişimin içerisinde bireysel veya topluluk olarak mesleki profesyonellik gösterebilen meslek üyeleri, mesleklerine fonksiyonellik kazandıracak ve mesleklerinin kalıcılığına katkıda bulunacaklardır. Bu bağlamda mesleki anlamda profesyonellik, bireysel profesyonelliğin yerini örgütsel profesyonelliğe devretmektedir (Kacaroğlu Vicdan, 2010). Mesleğin, toplumda cazip ve saygın olması, o mesleğin üyelerinin yaptıkları işten doyum almalarında önemli rol oynamaktadır (Özdamar, 2018). Mesleki profesyonelliğin olmaması hizmet kalitesini düşürür, kurumsal sorunlara yol açar (Kacaroğlu Vicdan, 2010).

1.2. Meslekte Profesyonellik

Son yıllarda görülen bilimsel ve teknolojik gelişmelere ayak uydurabilmek için mesleki profesyonelleşmenin de olması gerekir (Adıgüzel vd., 2011). Mesleki uygulamalarda görülen hataların en aza indirgenmesi ve düzenli bir şekilde yerine getirilmesi olarak da kabul edilen mesleki profesyonellik, bireysel ve toplumsal

gereksinimlerin karşılanmasında önemli bir unsur haline gelmiştir (Demir ve Yıldırım, 2014). Bir mesleğin topluma kaliteli hizmet vermesinde ve profesyonelleşmesinde, meslek üyelerinin profesyonel kimliklerinin güçlü olması gerekir. Her meslek grubu için profesyonel kimlik gelişimi çok önemlidir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012). Mesleki profesyonellik, mesleki standartlar ve kaliteli hizmet sunumunda son derece önemlidir (Demir ve Yıldırım, 2014).

Mesleki profesyonellik; bireysel profesyonelleşmenin örgütsel profesyonelliğe dönüşmesidir. Başka bir ifade ile mesleki profesyonellik mesleki kuralların belirlenmesinde ve kaliteli hizmet sunumunda temel faktörlerdendir. Bir mesleğin toplumda yüksek statüye ulaşması ile birlikte meslek uygulayıcılarının saygınlığının artmasında ve iş doyumuna ulaşmalarında mesleki profesyonelliğin etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir (Çelik vd., 2012).

Roberg ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, profesyonellik ölçütleri şu şekildedir:

- Meslek ile ilgili mesleki kuruluşların ve derneklerin oluşması,
- Mesleki uygulamalarda otonomi sahibi olma,
- Yüksek düzeyde verilen eğitim,
- Toplumsal çıkarları sağlayan hizmetin verilmesi,
- Seçilen uzmanlık alanlarında çalışabilmek için gerekli olan nitelik ve yeterliliğin olması,
- Mesleki kurallara uymak ve bilimsel yöntemlerden faydalanarak düzenli olarak yapılan mesleki uygulamaların yeniliklere açık olmasıdır (Adıgüzel vd., 2011).

Sağlık sektöründe hizmeti alan ve karşılayanların insan olması nedeniyle profesyonellik daha fazla önem kazanır. Sağlık sektöründe yaşanan karışıklıklar ve yoğunluklar profesyonelleşmeyi zorlaştırdığı için bireysel ve kurumsal fedakarlıklar gerektirir (Küçük, 2016).

Profesyonelliğin yetkinlikleri, hizmet kalitesini arttırmak için çalışma koşullarının uygun hale gelmesi, bağımsız olarak en iyi standartları belirlemek, mesleğini tamamlamak için uzun süreli çalışma, gerçekçi hedefler belirlemek, mesleki uygulamalar sonuçlanana kadar düzenli ve sistemli olarak çalışmak, yarar zarar hesabı yapmak, mesleğine ve kurumuna yenilikler getirmek, yeniliklere açık ve başkalarının gelişimine yardımcı olmak, hizmet verdiği ve diğer meslek uygulayıcılarıyla etkili

iletişim içerisinde olmak ve onların gereksinimlerini kontrol edip karşılamaya çalışmak şeklinde özetlenebilir (Erbil ve Bakır, 2009).

1.3. Hemşirelikte Profesyonellik

Dünyanın geneline yayılmış hızlı bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık alanında büyük değişimlere neden olmuştur. Hemşirelerin bu değişimlere paralel olarak maruz kaldığı değişken çalışma koşulları, hizmet alan bireylerin olumsuz davranışları, insan hayatı veya sağlığını etkileyebilecek, görevlerinden kaynaklı stresörler altında çalışmaları gibi unsurlar hemşirelik mesleğinde profesyonelliği çok önemli kılmaktadır (Adıgüzel vd., 2011).

Hemşirelikte profesyonelliğin en temel yapısı hasta-hemşire ilişkisidir. Bu açıdan bakıldığında hastalar, hasta aileleri ve toplum, sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelerin profesyonelce bir tutum sergilemelerini beklemektedir. Bu tutumlar; geniş bilgi birikimi, yetenek, güvenilirlik, kişilerarası etkin ilişkiler ya da etkili iletişim, empati ve nezaket gibi profesyonellik özelliklerini içerebilmektedir (Alidina, 2013).

Miller (1988), hemşirelerin profesyonellik adına bilmeleri gereken tutum ve davranışları tanımaları için "Hemşirelikte Profesyonellik Modeli'' ni geliştirmiştir. Bu model, merkeze temel karakteristikleri, çevresine ise bahse konu karakteristikleri destekleyen davranışları almaktadır (Miller, 1988). Miller (1988)'a göre profesyonellik sürecinin merkezinde hemşirelikte profesyonelliğin temelini teşkil eden üniversite ortamında eğitim ve bilimsel özgeçmiş yer almaktadır. Profesyonel davranışsal tutum ve karakteristik özelliklerini ise hemşirelik kodlarına uyum sağlama, toplumsal hizmet, merkezi organizasyona katılma, otonomi, bilimsel yayın oluşturma ve iletişim, mesleki gelişim, mesleki araştırma, hemşirelik teorilerinin kullanımını, sürekli eğitim ve yeterliliği destekleyen davranışlar olarak belirtmiştir (Miller, 1988).

Hemşireleri profesyonel çalışma alanlarında ne yapmaları ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda yönlendirmek üzere Ontario Kayıtlı Hemşireler Birliği 2007'de "Hemşirelikte Profesyonellik Rehberi" hazırlamıştır. Rehbere göre hemşirede, iyi seviyede teorik, pratik ve klinik bilgi birikimi olmalıdır. Hemşire; sorgulayan, sorumluluk alan, insiyatif kullanan, savunucu, yenilikçi, vizyon sahibi, işbirliğine açık, hemşirelik etik değerlerini klinik pratiğe dönüştüren bir profesyonel olmalıdır.

Hemşirenin sergilemesi gereken tutumları rehberde bu şekilde sıralanmıştır (Registered Nurses Association of Ontario, 2007);

Bilgi birikimi:

- İyi seviyede teorik, pratik ve klinik bilgi birikimine sahip olmak;
- Sahip olunan bilgi birikimini uygulamaya geçirebilmek,
- Farklı kaynaklardan elde edilen bilgileri sentezleyebilmek,
- Hemşirelik ve diğer disiplinlerden elde edilen bilgi ve kanıtları alana katkı sağlamak için kullanmak,
- Sağlık ve bakım hizmetlerini geliştirmek için meslektaşlar, hastalar, aileler ve sağlık profesyonelleri ile paylaşım ve iletişim içinde olmak,

Sorgulama ruhu:

- Açık fikirli olmak ve yeni bilgiler keşfetmek için istekli olmak,
- Var olan bilginin geliştirilmesi ve yeni bilgiler üretilmesi için öncülük edecek sorular sormak,
- Hastalardan ve paydaşlardan gelecek cevaplar ışığında bir yol haritası tanımlamak için çaba göstermek,
- Yaşam boyu öğrenmeye adanmış olmak,
- Sorumluluk/ hesap verebilirlik:
- Özdenetim ve bunun uygulamadaki sonuçlarını anlamak,
- Mevzuat, uygulama kuralları ve etik kodları kullanmak,
- Arzu edilen çıktılara ulaşmak için hastalar ve ailelerle birlikte çalışmaya adanmış olmak,
- Bakım kalitesini artırmak düşüncesine aktif bir şekilde bağlı olmak,
- Gelişim için, kişisel yeteneklerinin, bilgi birikiminin ve sorumluluk alanının farkında olmak,

Otonomi/İnisiyatif:

- Bağımsız çalışabilme ve gerektiğinde uygun şekilde karar verebilme,
- Herhangi birinin otonom çalışması durumunda doğabilecek karşıtlık ve engellerin farkında olup bunların üstesinden gelebilecek yollar aramak,

Savunuculuk:

- Hastanın bakış açısını anlamak,
- Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda onlara yardımcı olmak,
- Sağlık hizmetlerini geliştirmek adına profesyonel girişim ve etkinliklere katılımda bulunmak,

- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkili politika ve mevzuat hakkında bilgi sahibi olmak,

Yenilikçi ve vizyoner tutum:

- Hasta ve ailelerin faydalandığı hizmetlerin güçlendirilmesi için yenilikçi bir kültürü benimsemek,
- Yeni fikirler için girişimci davranarak harekete geçmek,
- Hemşireliğin geleceğinde, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve sağlık hizmetleri sisteminde etki sahibi olmak adına çaba göstermek,

Meslektaş dayanışması ve işbirliği:

- Profesyonel bağlamda işbirlikçi ortaklık geliştirmek,
- Profesyonel gelişimi kuvvetlendirmek ve desteklemek için hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve meslektaşlarına gerektiğinde rehberlik etmek,
- Hizmet sağlayıcılar arasındaki birbirine bağlılığın farkında olmak ve kabullenmek,

Etik ve değerler:

- Etik değerler, kavramlar ve bunlarla ilgili karar-verme süreci konusunda bilgi sahibi olmak,
- Etik kaygıları, sorunları ve ikilemleri tanımlayabilme yetisine sahip olmak,
- Hemşirelik etik değerlerini karar verme ve alınan kararları yerine getirme esnasında uygulayabilmek,
- Etik kararları alırken, farklı kaynaklardan bilgi toplama ve bu bilgiyi kullanma yetisine sahip olmak,
- Hemşirelere ve onların etik ve profesyonel sorumluluklarına saygı duyulan bir çalışma çevresi inşa etmek ve bunu geliştirmek için meslektaşlar ile işbirliği içerisinde bulunmak,
- Klinik ve profesyonel çalışma ortamında etik sorunlar hakkında eleştirel düşünce yapısına bağlı kalmak, olarak tanımlanmaktadır (Registered Nurses Association of Ontario, 2007).

Bu rehber tam bir kural kitabı niteliğinde olmamakla birlikte, hemşirelere sergiledikleri profesyonellik tutumlarını gözden geçirip, kendi değer ve davranışlarında olumlu sonuçlar doğurabilecek tutumları benimsemeleri için yol göstericidir. Türk Hemşireler Derneğinin 2009'da yayınladığı "Hemşirelik Etik Kodları" da ülkemizde hemşirelikte profesyonelliğin gereklerini içermektedir (Türk Hemşireler Derneği, 2009).

Hemşirelerin profesyonellik tutumlarını günlük çalışma alanlarında uygulamaları, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin gelişiminde pozitif bir etki oluşturmaktadır. Bu etki ise hemşirelere hem kişisel hem profesyonel anlamda gelişme ve iş doyumu fırsatı sunmaktadır (Alidina, 2013).

1.4. Değer Kavramı

Değer kavramı; TDK Büyük Sözlükte "kişinin bir varlık olarak nesne ile bağlantısında nesne özelliklerine göre bir değerlendirme ölçütü geliştirmesine yardımcı olan sosyal, kültürel, ekonomik ve bilimsel değerleri kapsayan maddi ve manevi öğelerin bütünü" olarak tanımlanmaktadır (TDK).

İngilizce "value" kelimesinin sözlük karşılığı "İnsanların, özellikle neyin doğru neyin yanlış ve yaşamda neyin en önemli olduğunu değerlendirmesine katkı sağlayan ve davranışlarını kontrol eden inançları" olarak yer almaktadır (Cambridge Dictionary Sözlük, 2020).

Birey davranışları bağlamında bir yol gösterici olarak karşımıza çıkan değer için çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Çalışkur vd., (2012)'na göre değer, "bireyin çevresindeki olayların iyi ya da doğruluğu konusundaki yargılarını oluşturan temel"dir (Çalışkur vd., 2012). Bireylerin kişilik gelişimi üzerinde değerler, önemli bir yer tutmakta ve dolayısıyla birey davranışları üzerinde doğrudan bir etki oluşturmaktadır Değer yalnızca doğru, iyi veya en kabul edilen davranışın sergilenmesine etki etmekle kalmayıp, etkileşim sırasında karşı tarafta bulunan kişilerin değer yargılarının kavranmasında ve olaylar karşısında ortaya konulabilecek davranışların tahmin edilmesinde son derece önemlidir (Hills, 2002).

1.4.1. Değerlerin Sınıflandırılması

Değer kavramı için geçmişten günümüze özellikle felsefi ve sosyal bilimlerle ilgili çalışmalarda farklı tanımlamalarla karşılaşılmakta ve değerlerin nasıl geliştiğine ve dönüştüğüne ilişkin çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır.

Değerler ile ilgili sınıflandırmalar incelendiğinde kısaca, değerler yaşam standartlarıdır; diğer bir deyişle değerler bireylerin belirli bir sosyal konuda nasıl bir pozisyon alacağına ilişkin rehberlik eden yaşam standartları olarak karşımıza çıkmaktadır (Rassim, 2008). Değerlerin öğrenilebilir bir yapıda olması sebebiyle, Rokeach'a göre değerler; kültürel çevre, sosyal gruplar, eğitim ve geçmiş tecrübelere göre şekillenmektedir. Rokeach (1973) değerleri, araçsal (instrumental) ve amaçsal

(terminal) olarak iki şekilde sınıflandırmıştır. Rokeach (1973) bu ayrıma, değere ilişkin etkilediği birey davranışı ve bu davranışların arzu edilen son duruma erişmede oynadığı rol bakımından yaklaşmıştır. Amaçsal değerleri kişisel ve sosyal değerler olarak tanımlarken, araçsal değerleri ahlâki değerler olarak tanımlamıştır (Morsümbül, 2014).

Spranger (1928)'e göre, her bireyde altı temel davranış veya değer bulunmaktadır. Estetik, bilimsel, ekonomik, siyasal, sosyal ve dini olarak adlandırılan bu temel değerler, bireylerin dünya görüşlerini şekillendirmekte ve bu bağlamda bireylerin sosyal ilişkilerinde gösterdikleri davranışları "değerli, önemli, iyi ve arzu edilebilir" şeklinde sınıflandırarak, bahse konu yönde yaklaşımlar sergilemelerine neden olmaktadır (Yazıcı, 2014).

Değeri, "belirli durumları diğerlerine tercih etme eğilimi" olarak değerlendiren Hofstede (1980), kültürlerarası iletişim alanındaki çalışmaları sonuncunda "Ulusal Kültürel Boyut" olarak tanımlanan ve birey ile toplum davranışlarını sınıflandıran kavramı geliştirmiştir. Hofstede (1980); kültürü "bir insan grubunun üyelerini diğerinden ayıran, zihnin kolektif olarak programlanması" olarak tanımlamış ve insanların birlikte hareket edebilmeleri için kültürler arasındaki farklılıkların farkında olması ve onları anlaması gerektiğini savunmuştur (Özen, 2014). Aynı kültürün üyelerinin dünyayı benzer şekilde göreceğini belirterek, kültürlerarası ayrımı anlayabilmek ve ölçmek maksadıyla "Güç mesafesi, Belirsizlikten kaçınma, Bireycilik/Ortaklık ve Erillik/Dişilik" şeklinde dört boyut geliştirmiştir (Yazıcı, 2014).

Aktif olarak yaşayan, etkileşimde bulunan bir varlık olarak insan, sadece sosyal hayatta değil aynı zamanda iş yaşamında da olağan ya da olağan dışı durumlarla karşılaşmaktadır. Torabizadeh vd., (2018) değerlerin sadece sosyal davranış ve algıları etkilemediğini aynı zamanda doğru, iyi veya arzu edilebilir bağlamında profesyonel davranışları harekete geçirdiğini belirtmiştir. Profesyonel değerlerin uzmanlar, yasaların oluşturulmasında ve kurumlar tarafından kabul görmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Profesyonel davranışları etkileyen değerler ve inançları bütün olarak tanımlamış ve durumlar karşısında standart hareket tarzı olarak değerlendirmiştir.

1.4.2. Mesleki/Profesyonel Değerler

Bireyin yaşamı boyunca aşamalı olarak elde ettiği değerler gibi profesyonel değerlerin edinimi de eğitim ile başlayan uzun soluklu bir süreçtir (Şenyuva, 2018). Bireyin sahip olduğu değerlerle temeli atılmış profesyonel değerlerde aile, kültür, çevre, din ve etnik köken tarafından etkilenmektedir. Çalışma alanına ilişkin temel profesyonel

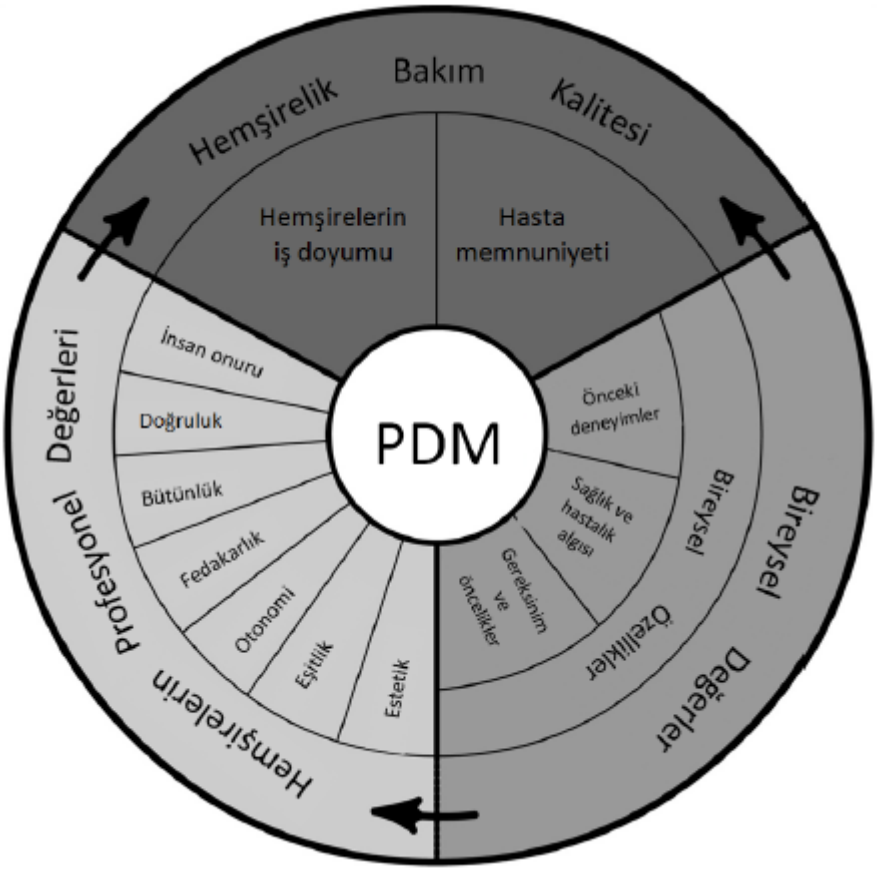
değerlerin ortaya konulmasına rağmen, profesyonel değerlerin algılanması kişiden kişiye değişebilmektedir (Torabizadeh vd., 2018).

Mesleki değerler, belirli bir çalışma alanında görev alan kişilerin iş ilişkilerini düzenleyen ilke, kural ve standartlar bütünüdür. Profesyonel değerler mesleğe ilişkin ahlaki ve etik kuralların yansımasıdır. Bu kurallar, ilgili mesleğin eğitiminden, uygulanmasına ve uygulama alanının belirlenmesine değin tüm aşamaları kapsamakta, meslek üyeleri tarafından genel olarak kabul edilmektedir (Karaöz, 2000, Can 2013). Ancak değişimin sürekliliği göz önüne alındığında meslek üyeleri arasında genel geçer olduğu düşünülen mesleki norm, standart ve ilkelerde değişimlerin olacağı gerçeği de unutulmamalıdır. Hemşirelik mesleğinin profesyonel değerlerinin daha çok 19 ve 20. yüzyıllarda şekillenmiş olması nedeniyle 21. yüzyıl da zaman zaman değer çatışmalarının yaşanması da beklenilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.5. Profesyonel Değerler Modeli

Kaya ve Boz (2019) tarafından geliştirilmiş olan Profesyonel Değerler Modeli (PDM) Türkiye'de hemşirelere yönelik geliştirilmiş ilk teorik modeldir. PDM, Watson İnsan Bakım Kuramı ve Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nden temel alınmış, bireyin sağlık davranışlarında doğrudan ya da dolaylı etkisi olan faktörlerin tanımlandığı kavramsal bir modeldir. Profesyonel değerler algısı ve iş doyumunun hemşirelerin yaşamında büyük bir öneme sahip olduğu ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkili kavramlar olduğu bilinmektedir (Gurkova ve ark., 2012; Ravari ve ark., 2012; Kantek ve Kaya, 2017). Ayrıca, profesyonel değerlerin gelişiminin, bakım alan bireylerin memnuniyetini ve hemşirelerin iş doyumlarını ve bakım kalitesini yükselten önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Kaya ve Boz, 2019). PDM'de, bakım alan bireylerin ve hemşirelerin bireysel değerleri ve hemşirelerin profesyonel değerlerinin önemi vurgulanmıştır. Modelde adı geçen birey kavramı hemşire ve bakım verdiği bireyleri kapsamaktadır. Modelin çerçevesi "Bireysel Değerler", "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri", "Hemşirelik Bakım Kalitesi" olmak üzere üç temel kavramdan oluşmaktadır.

Modelde bu temel kavramlar arasındaki mantıksal ilişki açıklanmış ve bireysel ve profesyonel değerlerin önemi, hasta memnuniyeti ve hemşirelerin iş doyumunu yükseltmek, sonuç olarak, kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmadaki sorumluluklar tanımlanmıştır (Şekil 1).



Kaynak: Kaya ve Boz, 2019

Şekil 1.1. Profesyonel Değerler Modeli

1.5.1. Modelin Temel Kavramları

Modelin çerçevesi üç temel kavramdan oluşmaktadır:

- Bireysel Değerler
- Hemşirelerin Profesyonel Değerleri
- Hemşirelik Bakım Kalitesi

1.5.2. Modelin Amacı

- Bireylerin özelliklerini, değerlerini ve geçmiş deneyimlerini tanımlamak ve bu sayede, bireye özgü bütüncül bakım sunabilmek,
- Hemşirelerin sahip oldukları bireysel ve profesyonel değerlerini tanımlayarak kendilerini tanımalarına yardımcı olmak,
- Kaliteli bakım sonucunda hasta memnuniyeti ve hemşirelerin iş doyumlarını yükseltmek,

- Bireyin sağlık davranışlarına ilişkin algısını etkileyebilecek diğer faktörleri değerlendirmektir (Kaya ve Boz, 2019).

1.5.3. Modelin Varsayımları

Bireyler;

- Bireysel değerlerine göre sağlık davranışlarını en iyi şekilde ifade edebilecekleri kendi yaşam alanları ve koşullarını oluşturmaya çalışırlar.
- Geçmiş deneyimlerinden etkilenirler.
- Devamlı değişim ve gelişim gösterirler.
- Yetenekleri doğrultusunda kendilerini yansıtma kapasiteleri vardır.
- Yaşamlarının her döneminde çevreden etkilenir ve çevrelerini etkilerler.
- Hemşire, insan-çevre etkileşiminin önemli bir parçasıdır (Kaya ve Boz, 2019).

1.6. Hemşireliğin Temel Değerleri

Sağlık bakım alanındaki gelişmeler bilimsel bilgilerin de genişlemesini sağlamıştır. Bu durumda rol ve sorumlulukları artan hemşireler etik ikilemlerle karşılaşmakta ve bu duruma çözüm bulmak zorunda kalmaktadırlar. Etik bir şekilde verilen bakım hemşirelik uygulamalarında değerleri anlamayı ve bu değerleri uygun koşullarda uygulamayı gerektirir (Dalcalı ve Şendir, 2016).

Hemşirelikte esas alınan değerler, hemşirelerin uygulama alanlarında, alınan kararlarda ve etik problemleri çözmede yol gösterirken, aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyler, diğer meslek üyeleri ve meslektaşları ile etkileşimlerinde de yol göstermektedir (Açıkgöz 2015). Hemşireler temel değerlerini bilmelerinin yanında, bu değerlerini geliştirip davranışlarında göstermelidirler. Temel değerlerini davranışa dönüştüren hemşireler daha profesyonel ve kaliteli bakım sağlarlar (Daşbilek, 2016).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 1965 -1975'de, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1960-1968 yıllarında ve Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği 1985-86 yıllarında hemşirelikte yedi temel değer belirlemişlerdir (Kaya, 2013). Hemşirelerde olması gereken bu yedi temel değer; alturizm/özgecilik, estetik, eşitlik, özgürlük/otonomi, insan onuru, adalet ve doğruluk şeklindedir (Şahin, 2014).

Alturizm/Özgecilik: Başka bireylerin sağlık/esenliği merkezli hareket etmektir. İyilikseverlik, cömertlik, şefkat ve sempati özelliklerini kullanarak diğerlerinin refahı için çalışmaktır (Can, 2013). Meslek seçiminde büyük etkisi olan ve mesleki

uygulamalarda en başta gelen temel değer alturizmdir (Kaya, 2013). Uygulamalarda bu değerin benimsendiğini gösteren profesyonel davranışlar şunlardır:

- Bireylerin inanç, kültür ve bakış açılarını anlamaya çalışır.
- Hastalarını zarar görmesini engeller ve güvenliğinin korunmasını sağlar.
- Meslektaşlarının ve hastalarının yararı doğrultusunda riskler alır.
- Gerektiğinde profesyonel kişilere danışarak yardım alır (Orak, 2005).

Estetik: Bakım, şefkat ve öz-disiplin kavramlarını temel alır. Bu değeri dikkate alarak çalışan hemşireler olumlu imaj kazanırlar ve eğlenceli, güzel bir çalışma ortamı sağlarlar. Altun (2002) yaptığı çalışmasında tükenmişlik düzeyi yüksek olan bireylerin bu değere öncelik tanıdığını bildirmiştir. Örnek davranışlar şunlardır:

- Çevreyi uygun koşullar altında düzenleyerek beğeni sağlar.
- Kendisi ve diğerleri için güzel ve etkili ortam sağlar ve
- Olumlu imaj geliştirir (Kaya, 2013).

Eşitlik: Bu değere göre hemşire her hastanın aynı haklarının olduğunu kabul eder. Eşitlik değerini benimseyen hemşire, bireyin karakter ve özelliklerine bakmadan bakım gereksinimlerini yerine getirir. Sağlık bakımında hemşire, etkili fikirler üretmeli ve sağlık ekibi içinde ayrımcılık taşımayan ilişkiler kurmalıdır (Kaya, 2013).

Özgürlük/Otonomi: Öz-disiplin, bağımsızlık ve seçme gibi bireysel özellikleri kapsayan, kişilerin inançları doğrultusunda seçenekleri gözden geçirerek seçme hakkını kullanabilme yeteneğidir (Kaya, 2013). Otonomi ile ilgili örnek davranışlar şu şekildedir:

- Hastalarla ilgili bakım planı yaparken hastaların görüşlerini de dikkate alır.
- Bireylerin sağlık bakımında aldığı kararlara saygı gösterir.
- Danışmanlık/bilgilendirme rolünü etkin bir şekilde kullanarak hastaların karar vermesini sağlar (Orak, 2005).

İnsan Onuru: Kişilerin değerliliğine ve eşsizliğine saygı göstermektir. Etik kodlarda ve hemşirelik bakımındaki uygulamalar insan onurunu esas alarak planlanır (Can, 2013).

Profesyonel davranışlara örnek olarak; bakım verirken kültürel değerlere duyarlı olmak, hasta ve diğer sağlık çalışanlarının mahremiyetini korumak, hemşirelik bakım planı yaparken kişisel ihtiyaçları dikkate almak gösterilebilir (Orak, 2005).

Adalet: Hemşireler sağlık bakımı verirken adil, ahlaklı, tarafsız olmalıdırlar (Kaya 2013). Acaroğlu ve Şendir'in (2012) çalışmasında belirttiği, sağlık bakımı

savunucuları olan hemşirelerin bakım verirken; sunulan imkanlar doğrultusunda bireylere adil şekilde davranmak, uygun bakım hizmeti vermek, etik olmayan ve yasa dışı uygulamaları bildirmek vs. profesyonel davranışlara örnek gösterilebilir (Can, 2013).

Doğruluk: Etik ilkelere uygun, kabul görmüş ve benimsenmiş bakım uygulamalarını kullanmaktır. Hemşire etik ilkeleri temel alarak dürüst bir şekilde bakım verdiği zaman davranışlarında doğruluk ilkesi görülür. Profesyonel davranışlara örnekler şu şekildedir:

- Bireylere doğru bilgiler verir.
- Verdiği bakımı doğru bir şekilde kayıt altına alır.
- Kişi kendi yaptıklarından sorumludur.
- Yapılan hataları doğruluk ilkesine göre düzeltmeye çalışır (Orak, 2005).

1.7. Etik ve Etik Duyarlılığa İlişkin Kavramsal

1.7.1. Etik Kavramı

Geçmiş dönemlerden bu yana insanların davranışları ve ardında yatan sebepler üzerinde durulmuş ve herhangi bir amaca dayanan davranışları irdelemek için birçok görüş ortaya konulmuştur. Bu durum özellikle de insanları davranışsal olarak ele alan etiğin üzerinde durduğu temel bir konu haline gelmiştir (Oruç, 2004). O halde öncelikle etik kavramının açıklanarak netlik kazanması ve teorik gelişimi üzerinde durulması, hem gündelik hem de mesleki yaşamda sıklıkla karşılaşılan etik problemlere karşı doğru ve yerinde eylemde bulunabilmek için gerekli görülmektedir (Kuçuradi, 2003).

Felsefenin bir alanı olan etik kavramının temelleri ilk olarak Sokrates'in "nasıl davranılması gerektiği" hakkında sistematik fikirler öne sürdüğü zaman atılmıştır. Sokrates'ten sonra gelen tüm filozoflar etik problemler üzerinde durarak etiği çalışma alanı haline getirmişlerdir (Güngör, 2000). Örneğin Aristoteles, etiği matematik, fizik gibi teorik felsefeden ayrı tutarak bağımsız bir felsefe alanı olarak incelemiştir (Pieper, 2012; Öcal, 2018). Ayrıca birçok bilim insanı da etiğin, hayatın önemli bir parçası olduğunu ve kararların alınmasında büyük önem taşıdığını vurgulamışlardır (Özdamar, 2018). Ahlaki görüşlerine ve inanç yapılarına göre toplumların etik üzerine yüklediği anlamlar farklılaşabildiği için literatürde birbirinden ayrı birçok tanımla karşılaşmak mümkündür (Güngör, 2000) ancak, etiğin komplike bir yapıya sahip olmasından dolayı yapılan tanımlamaların eksikliği tam olarak giderilememiştir (Özdamar, 2018).

Dar bir şekilde tanımlandığında etik, ideal varlık biçimlerini ve ideal insan davranışlarını incelemek için kullanılan bir felsefe dalıdır (Butts ve Rich, 2016). Eylemlerin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayarak, sonuçlarını iyiye yönlendiren ahlaki değer ve ilkeleri içermektedir (Arens, Elder ve Beasley, 2006). Diğer bir ifadeyle etik, insanlara yapması gerekenleri veya yapmaktan kaçınması gerekenleri gösteren bir dizi değerler toplamıdır. Bu değerleri ödev, erdem, ilke ve toplumun çıkarları olmak üzere dört grupta incelemek mümkündür. Ödevler; bireylerin üstlenmiş oldukları rollerden beklenen davranışları, erdemler; iyi bir bireyde olması gereken özelliklerin tümünü, ilkeler; davranışları şekillendiren temel doğruları, toplumun çıkarları ise genel olarak toplumun tamamına yarar sağlayacak her türlü eylemi ifade etmektedir (Butts ve Rich, 2016). Bireyler, yapılması gereken doğruları bu değer ve ilkeleri rehber alarak belirlerler. Bu yüzden bahsi geçen değerler toplamı etik davranışların genel bir çerçevesi olarak düşünülmektedir. Etik davranışlar ise toplumun düzenli işleyişini sağlayarak bir arada tutan yapıştırıcı görevi görmektedir (Arens, Elder ve Beasley, 2006).

İçerisinde birçok farklı anlam barındıran etik, multidisipliner bir kavram olmasıyla birlikte kullanım alanlarına göre çeşitli alt dallara ayrılmaktadır (Kırılmaz ve Kırılmaz, 2014).

1.7.1.1. Felsefi Etik

Etik, fikirlerini yaşanmış olgulardan yola çıkarak inşa ettiği için ilk olarak felsefenin uygulama alanına dayalı bir mülahaza dalı olarak ortaya çıkmıştır (Kesgin, 2009) ve eski Yunan dönemindeki felsefi araştırmaların geleneksel çalışma sahalarından birini oluşturmuştur (Neçare, 2017). Zamanla felsefenin temel bir disiplini haline gelerek, davranışsal anlamda iyi olanı bulmayı ve o yönde bireylerin davranışlarını idealize etmeyi kendisine amaç edinmiştir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

Felsefi açıdan etik kavramı genel olarak normatif etik, normatif olmayan (meta ve tanımlayıcı) etik ve uygulamalı etik gibi yaklaşımlar içerisinde incelenmektedir (Beauchamp ve Childress, 2001).

Normatif etik, davranışların yönlendirilmesi ve sonrasında değerlendirilmesi için hangi genel ahlaki normlar, neden kabul edilmelidir? sorusuna yanıt bulmaya çalışan bir soruşturma şeklidir (Beauchamp ve Childress, 2001). Ahlaki yönden doğru-yanlış veya iyi-kötü olarak nitelendirilen davranış biçimlerini tanımlayabilmek için belirli kıstaslar

oluşturup, sonrasında onları haklı kılma ve temellendirme işiyle ilgilenmektedir (Cevizci, 1999).

Normatif etikten farklı olarak *metaetik,* 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 (Cevizci, 1999). Örneğin; hak, yükümlülük, erdem, gerekçelendirme, ahlak ve sorumluluk gibi etik terimlerin anlamlarını ele alarak muhakeme yöntemlerinin analizine odaklanır. Aynı zamanda ahlaki epistemoloji ve akıl yürütme ile mantıksal kalıpların yanı sıra ahlakın nesnel mi öznel mi yoksa akılcı ve rasyonel mi olduğunu, yani ahlakın nedenselliğini araştırmaktadır. Normatif olmayan diğer bir etik türü *tanımlayıcı (betimleyici) etik,* ahlaki inanç ve davranış biçimlerinin fiili olarak incelenmesini ele almaktadır (Beauchamp ve Childress, 2001). Etik üzerine betimsel bir fonksiyon yüklenilmesi, insanların ahlaki olan davranışları ve bu davranışların nasıl bir süreç sonucu meydana geldiği ile ilgili bulguların ortaya çıkarılması için çaba harcanması anlamına gelmektedir (Kesgin, 2009).

Son olarak *uygulamalı etik* ise, belirli problemler ve çözümlerine ilişkin genel norm ve teorileri uygulama girişimidir. Daha geniş bir ifadeyle, meslek, kurum ve toplumdaki ahlaki problemleri, uygulamaları ve politikaları incelemek için teori, argüman ve analiz kullanımı anlamına gelmektedir (Beauchamp ve Childress, 2001).

1.7.1.2. Örgütsel Etik

Herhangi bir eylemin etik açıdan kabul edilebilir olup olmaması, sadece bireylerin şahsi değer ve görüşleri tarafından değil, aynı zamanda toplum içerisinde önemli bir yer tutan örgütler tarafından da belirlenebilmektedir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2011). Örgütlerdeki etik kavramı, içeriden ya da dışarıdan kaynaklanan ve ikilemlere sebep olan problemlerin çözümünde, örgütün ve çalışanların ihtiyaç duyacağı bir çerçeve belirler. Bu çerçeve, örgüt içerisinde yerine getirilmesi tercih edilen davranışları tanımlar ve davranışlarda etik ilkeleri dikkate alma noktasında güdüleyici bir etki ortaya koyar (Aydın, 2014).

"Freeman'a (1999) göre etik standartları benimseyen bir örgütte çalışan bireyler, uygun şartların sağlanması halinde örgütün amaçlarına ulaşabilmesi için çaba sarf ederler" (Doğan ve Karataş, 2011). Ancak örgütsel etiğin oluşturulabilmesi için, öncelikle çalışanların etik davranışlarda bulunabilecek düzeyde olmaları gerekmektedir.

Bunu sağlayabilmek için çalışanların etik sorumluluklarını karşılayabilmelerinin yolunu açan etik duyarlılıklarının geliştirilmesine öncelik verilmelidir.

1.7.1.3. Yönetsel Etik

Hizmet anlayışında verimliliği artırma arzusu, yönetsel fonksiyonlara etik açıdan yaklaşmayı gerekli kılmaktadır (Hakko ve Kıvanç, 2018). Bu gereklilik doğrultusunda gelişen yönetsel etik, örgütlerin almış oldukları kararları ve gerçekleştirdikleri işlemleri ahlaki yönden değerlendirerek doğru ya da yanlış olarak vasıflandıran bir alandır (Schermerhorn, Hunt ve Osborn, 1994). Konusu, süreklilik ve sorumluluk arz eden yönetsel fonksiyonlardaki etik ilkeleri ve davranış kurallarını içermektedir (Kılınç ve Aydın, 2017). Yönetsel etik, davranışların taşıması gereken özellikleri kesin olarak tanımlamış olsa bile, örgüt üyeleri arasındaki dengeler, örgütün mevcut durumu, dağıtım politikaları ve bireylerin buna yönelik tutumları gibi etkenlerden etkilenmektedir (Sayiner, 2005).

1.7.1.4. Mesleki Etik

Toplumsal iş bölümlerinin meydana gelmesi ve her işi yapabilecek kişinin ustalığına göre ayrılması sonucunda gelişen meslekleşme süreci beraberinde meslek etiğini de doğurmuştur (Aydın, 2006). Böylece etiğe dayalı genel ilkelerin belirli bir mesleğe göre şekillendirilmiş hali meslek etiği olarak kaynaklara geçmiştir (Dinç, 2009).

Mesleki Etik, herhangi bir meslek grubuna ilişkin yükümlülükleri yerine getirirken dikkat edilmesi gereken davranış kuralları ve kabul gören davranış biçimlerini ifade etmektedir (Ojienda ve Juma, 2011). Diğer bir ifadeyle, profesyonel davranışların uygun bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için mesleki alanlara belirli çerçeveler çizen etik ilke ve kurallardır (Tatlı, 2018). Günümüz dünyasında her mesleğin sahip olduğu kendine has etik değerlerinin bulunması ve beraberinde meslek mensuplarının davranışları için bir otokontrol mekanizması oluşması tüm global yapılar tarafından talep edilen bir durumdur. Mesleklerin evrensel anlamda birer alt kültür niteliğinde bulunmaları iki temel özelliği ortaya çıkarmaktadır. İlki, mesleki etiğin, kendisine mensup olanların dışındakileri bağlamaması; ikinci ise aynı meslek grubunda olanlar için mesleğe ait etik ilkelerin tüm dünyada geçerliliğini korumasıdır (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007). Dolayısıyla aynı meslekten olanların nerde ne zaman olduğu fark etmeksizin bu ilke ve kurallara uyma zorunlulukları vardır. Mesleki etiğe aykırı

davranış sergileyen meslek mensupları, kendi saygınlıklarını kaybetmenin yanında mesleklerine de zarar vermektedir. Örneğin, bir sağlık çalışanı hizmet sunduğu herhangi bir hastaya etik dışı davranışta bulunduğu takdirde sadece kendisinin değil kurumundaki tüm sağlık çalışanlarının itibarının zedelenmesine de yol açabilmektedir (Hakko ve Kıvanç, 2018).

1.7.1.5. Sağlık Etiği

Tıbbi etik veya tıp etiği gibi farklı söylemleri de olan sağlık etiği, mesleki etiğin sağlık alanındaki bir uzantısıdır. En genel anlamıyla sağlık alanındaki teorik ve pratik tüm çalışmaların, faaliyetlerin, davranış ve tutumların uygun olup olmadığının belirli ilke ve kurallar çerçevesinde değerlendirilmesi ve olası etik ikilemlere çözüm getirilmesini amaçlayan bir disiplindir (Akdur, 2013). Sağlık uygulamaları içerisindeki değer sorunlarına yaklaşımı ifade eden "doğru ve yanlışı" belirlerken hangi değer ölçütlerinin dikkate alınacağının ve uygulamaların kapsamında toplumsal veya evrensel nitelikli değerlerin bulunup bulunmayacağın belirlenmesi en temel amaçları içerisinde sayılabilir (Arda ve Pelin, 1995).

Sağlık etiği, özellikle hizmet sunumlarında dikkate alınması gereken bir hususdur, çünkü karşı karşıya kalınan insan ve hayatıdır (Sarı, 2007). İnsanın sağlığını ve dolayısıyla hayatını etkileyebilecek olaylar için etik bir soruşturma niteliği taşır ve belirli ilkeler doğrultusunda neyin doğru ve geçerli olduğuna yönelik çıkarımlarda bulunur (Akdur, 2013). Mevcut ilke ve kuralların değerlendirilmesi ve eklemeler yapılarak genişletilmesi, sağlık çalışanlarının ödev ve yükümlülükleri, felsefi açıdan temellendirme gibi anlamları içerisinde barındırmaktadır (Aydın, 2014).

1.7.2. Etik İlkeler

Bireylerin etik yönden kabul edilebilir davranışlar ortaya koymaları için çoğu zaman belli başlı ilkeleri rehber edinmeleri gerekmektedir. İlkeler, tutum ve davranışların şekillenmesinde bir araç niteliği taşımakla birlikte, etiğe uygun hale getirilmelerine de zemin hazırlamaktadır. Günümüzde özellikle sağlık etiği alanında, gizliliğe saygı, özerklik, eşitlik, yararlılık, aydınlatılmış onam, sadakat, sır saklamak gibi çok sayıda ilke ile karşılaşılmaktadır. Ancak sayıca bu kadar fazla olması herhangi bir ikilemi çözümlemede ilkelerin önceliğinin saptanması güçlüğünü ortaya çıkarmıştır. Bu gerekçeyle ilk Beauchamp ve Childress tarafından araştırmacılar, bazı ilkelere kendilerine göre öncelik vererek sağlık etiğini ilkeler bazında temellendirmişlerdir

(Aydın ve Ersoy, 1995). Sağlık çalışanları, hizmet sunumu sırasında ortaya çıkan etik problemlerin çözümünde ilk olarak bu temel ilkelere başvurmaktadırlar. Etik akıl yürütmenin özü sayılan bu ilkeler aracılığıyla etik kararlar verebilir ve uygun davranışlar sergilemeleri için teşvik edilirler.

1.7.2.1. Özerkliğe Saygı İlkesi

Özerklik, bireylerin kendilerinin belirlediği şekilde davranabilme özgürlüğü ve yeteneği olarak ifade edilmektedir. Bir bireyin dışarıdan gelen etkenlerden bağımsız bir şekilde kişisel kararlarını ifade edebilme ve bu kararların ardında durabilme hakkını temsil etmektedir (Butts ve Rich, 2016). Karar verme işleminde yer alması gereken bazı unsurlar vardır. Bunlar; bireyin özerk olması, kararını özerk bir şekilde alabilmesi, gösterdiği davranışları bilinçli ve gönüllü olarak yerine getirmesidir (Beauchamp ve Childress, 1989, Akt; Arda ve Pelin, 1995). Özerklik kavramının üzerinde durulan alanlardan biri de 'hasta özerkliğine saygı' ilkesi çerçevesinde geliştirilmiş olan sağlık etiği alanıdır (Aydın, 2001). Sağlık hizmeti kararlarında hastanın özerkliğine duyulan saygı; hastanın, davranışlarının olası etkileri kontrol edilmek suretiyle, gönüllü ve özgür davranabilme kapasitesine sahip olduğu anlamına gelmektedir (McCormick ve Min, 2013). Kavramın sağlık etiği alanına dahil olması bilinçli veya rastlantısal bir eylem sonucu değil, insan ilişkilerinin geldiği noktanın doğal bir sonucudur (Aydın, 2001). İnsan ilişkilerinin etik tarafından kabul edilebilir biçimi ise karşılıklı saygı çerçevesinde gelişmiş olmasına bağlıdır. Bu saygı sadece bir tutum meselesi değil, aynı zamanda hastanın özerk eylemlerini doğrulamak ve hatta teşvik etmek için harekete geçmenin bir yoludur (McCormick ve Min, 2013). Ancak sağlık etiği kapsamında yapılan değerlendirmelerde bu ilkeyi sadece hastanın özerkliği açısından ele almak, ikilemlerin çözümlenmesinde düşülen önemli bir yanlıştır. Çünkü özerklik sadece hastanın değil sağlık çalışanlarının, üçüncü kişilerin ve hatta genel olarak toplum açısından da ele alınarak değerlendirilmelidir (Oğuz, 2008).

1.7.2.2. Yarar Sağlama İlkesi

Yararlılık; insanların, başkalarına fayda sağlamak ve onların refahını artırmak amacıyla harekete geçmesi ve o yönde bir eylemde bulunması anlamına gelmektedir (Butts ve Rich, 2016). Yararlı olma edimi sağlık etiği içerisine dâhil olduğunda ise başkalarına fayda sağlamayı ahlaki bir yükümlülük haline getiren 'yararlılık ilkesi' şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2001). İlkesel olarak tarihi geçmişine

bakıldığında sağlık alanındaki en eski ilke yararlılık ilkesidir ve her şartta hastaya yararlı olmayı gerektirmektedir (Aydın ve Ersoy, 1995). Diğer bir ifadeyle, sağlık etiğinde yararlılık ilkesi dikkate alındığında hastanın mutlak bir önceliği söz konusu olur. Bu öncelik, 'hastaya mutlaka yarar sağlamak gerekir' şeklinde değil de, bir yarar mevzubahis olduğunda bunun öncelikle hastanın yararına olması gerektiği şeklinde anlaşılmalıdır (Oğuz, 2008).

Yararlılık ilkesiyle asıl hedeflenen, gerçekleştirilecek eylemlerin olumlu ya da olumsuz yöndeki muhtemel sonuçlarını belirli bir dengede tutabilmektir. Bu şekilde bir denge durumu yakalandığında eylemlerin olumlu sonuçları artı yönde, olumsuz sonuçları ise eksi yönde bir değişim gösterecektir. Buradan hareketle yararlılık ilkesinin, 'mutlak yararlı olma' ediminin yanı sıra 'yarar ve zararın dengelenmesi' edimini de bünyesinde barındırdığı söylenebilir. Mutlak yararın sağlanabilmesi için sırasıyla zararın engellenmesi, zararın tamamen ortadan kaldırılması ve sağlanan faydanın artırılması koşullarının olabildiğince yerine getirilmesi gerekmektedir Bu koşullar, sağlık etiğinde yararlılık ilkesi ile bir sonraki kısımda bahsedilecek olan zarar vermeme ilkesinin birbiriyle paralellik gösterdiğinin işaretidir (Ersoy ve Aydın, 1994).

1.7.2.3. Zarar Vermeme İlkesi

Zarar vermeme ilkesi, araştırmacıların sağlık alanındaki ahlaki değer problemlerini gündemine almasıyla birlikte temel ilkelerden birisi olmuştur (Oğuz, 2008). Sağlık etiğiyle özdeşleşmiş olan dört temel ilke kendi aralarında herhangi bir hiyerarşi içerisinde olmamasına rağmen zarar vermeme ilkesi diğer ilkelere nazaran daha öncelikli olarak kabul edilir. Bu ilke herhangi birine kasten zarar verilmemesi ve zarar verebilecek her türlü eylemden kaçınılması gerektiğini ifade etmektedir. (Forester-Miller ve Davis, 2016). Diğer bir ifadeyle, zarar vermeme yükümlülüğünü bildirmek için kullanılır. Bu yükümlülük çoğu kez yararlılık ilkesiyle ilişkilendirilmektedir. Şöyle ki; sağlık uzmanları geçmişten bu yana iyi işler yapmaya ve başkalarına faydalı olmaya teşvik edilirler, ancak geçerli sebepleri olmak şartıyla fayda sağlayamadıkları zamanlarda en azından zarar vermemeleri gerekmektedir. Bu iki ilke arasında madeni paranın iki yüzü gibi bir çağrışım olması nedeniyle bazı araştırmacılar tek bir ilke olarak görmüşlerdir (Butts ve Rich, 2016). Bu nedenle çoğu zaman iki temel ilkeyi aynı perspektiften değerlendirmek mümkün gözükmektedir. Yararlılık ilkesinin zarar vermemeyi kapsaması gibi zarar vermemek ilkesi de yararlı olmayı içinde barındırmaktadır (Aydın, 2001).

Zarar vermeme ilkesi, tıbbi yeterliliğe olan ihtiyacı ortaya koymaktadır ve sağlık çalışanlarının hastalarını zarar görebilecekleri risklerden korumaları noktasında temel bir taahhüdü ifade etmektedir (McCormick ve Min, 2013). Ancak özerkliğe saygı ilkesinde bahsedildiği gibi zarar vermeme ilkesinde de zarar sadece "hastanın zarar görmesi" olarak anlaşılmamalıdır. Aynı şekilde burada da yeri geldiğinde sağlık çalışanları ve üçüncü kişiler yeri geldiğinde ise toplum zarar vermeme ilkesi içerisinde düşünülmeli ve etik değerlendirmelerde dikkate alınmalıdır (Oğuz, 2008).

1.7.2.4. Adalet İlkesi

Genel anlamda adalet kavramı, bireylerin toplumsal mükellefiyetleri ve kazanımları arasında bir denge durumunun olup olmamasına dayanmaktadır (Aydın, 2014). Adalet ilkesi ise verilecek bir kararın etik ilke ve kurallara dayandırılması ve tüm bireylere adil davranılmasını sağlamak amacıyla objektif ve doğrulanabilir etik bakış açısının oluşturulmasını kapsamaktadır (Botes, 2000: 1071). Diğer bir ifadeyle; bireylerin, eylemlerin ve ikilemlerin yargılanmasının adil, objektif ve tarafsız olduğunu belirten bir durumdur (Johnson, 2007).

Adalet ilkesi ekonomik ve sosyal olanaklardan adil olarak yararlanılmasını ön gördüğü gibi (Aydın ve Ersoy, 1994) sağlık uygulamalarında kıt kaynaklardan ve olanaklardan yararlanma konusunda da yol göstericidir (Yıldırım, 2008). Sağlıkla alakalı haklar ve bu hakların kazanılması noktasında bireylerin eşitliğine vurgu yapan etik bir ilkedir (Aydın ve Ersoy, 1994). Bu bağlamda, etik çatışma sorunlarına ilişkin kararlar verilirken sağlık çalışanlarının başvuracağı perspektiflerden biri de adalet ilkesi olacaktır.

Adalet ilkesinin sağlık hizmetlerinde işlerlik kazanması öncelikle mevcut kaynakların adil bir şekilde kullanılmasına bağlıdır (Avcı, 2007). Ayrıca hizmet talebinde bulunan tüm bireylerin aynı biçimde hizmetten yararlanıp yararlanamayacağı veya aynı ilke ve kuralların her birey için uygulanıp uygulanmayacağı dikkate alınmalıdır (Şen ve Yılmaz, 2012). Sağlık çalışanları, tüm bireylerin aynı haklara sahip olması gerektiği bilinci ile aralarında cinsiyet, ırk, dil, din ve hiçbir ideolojik ayrım yapmaksızın herkese aynı düzeyde hizmet sunumunda bulunmalı ve mesleki değerlerine ters düşebilecek kişisel çıkar ilişkilerine girmemelidir (Akdur, 2013).

1.7.3. Etik İkilemler ve Etik Karar Verme

İnsanlar yaşamlarının her safhasında iyi ya da kötü olarak nitelendirilebilecek durumlar arasında kalırlar ve doğru olanı bulmaya çalışırlar (Elçigil ve diğerleri, 2011). Bu arayış içerisinde genel olarak etik sorunlarla mücadele ederler. Etik sorunlar, aralarında ahlaki bir değerlendirme yapıldıktan sonra tercihte bulunmayı gerektiren, kesin olarak doğru ya da yanlış denilebilecek kadar yalın ve net çözümleri bulunmayan komplike yapılardır ve bireyleri ikilemde bırakırlar (Dinç, 2009). Diğer bir ifadeyle, davranışların doğru olup olmadığına yönelik kararsızlıkların ya da itirazların meydana geldiği durumlardır. Etikle alakalı bu sorunlar, davranışların belirlendiği zihinsel süreçlerde olabileceği gibi yerine getirildiği sosyal ortamlarda da söz konusu olabilir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

Etik sorunlar, 'ikilem' ve 'ihlal' olmak üzere iki şekilde kategorize edilmektedir. İkilem, değer ve ilkelerin çatışmasına bağlı olarak istenmeyen iki ya da daha fazla seçeneğin bulunması durumunda, karar verecek olan bireyin yaşadığı tercih sorunu; ihlal ise mesleki davranışları sınırlandıran kuralların göz ardı edilmesi olarak ifade edilmektedir. Temel ilkeler göz önüne alındığında ise karşı karşıya kalınan genellikle ikilemlerdir (Kılınç ve Aydın, 2017). Etik ikilemlerle sağlık sektöründe de sıklıkla karşılaşılmakta ve özellikle bakım hizmeti veren hemşireler ile diğer tüm sağlık çalışanlarının karar verme süreçlerini etkilemektedir (Hakko ve Kıvanç, 2018). Sağlık çalışanları karar vereceği aşamada, hem bilimsel ve teknik bilgilerin kabul edilebilir şekilde yerine getirilmesine ilişkin sorumluluk üstlenmekte, hem de hastaların insani ve şahsi değer yargılarına saygı duymak gibi etik bir yükümlülüğün altına girmektedir Bu bağlamda sağlık çalışanlarının ikilemler karşısında etik kararlar verebilme yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir (Cin, 2004).

Etik karar verme, bir dizi alternatif içerisinden etik olarak en uygun olduğu düşünülen bir hareket tarzının seçilmesi anlamına gelmektedir. Özellikle mesleki uygulamalarda, çalışanlar herhangi bir karar verirken en iyi seçeneği tercih edecek şekilde davranmalıdır. Etik karar verme ve etik davranış sergileme çoğu zaman etik norm ve ilkelerin oluşturulması ve uygulanmasıyla sağlanabilmektedir (Kılınç ve Aydın, 2017). Ancak, etik karar vermenin kişisel ve duygusal doğası güçlükler doğurabilmekte ve insanlar farklı ahlaki bakış açılarına sahip oldukları için ikilemler kaçınılmaz olabilmektedir (Cin, 2004). Bu sebeple ahlaki düşünce ve davranışların altında yatan süreçler uzun zamandır tartışılan bir konu haline gelmiş ve etik karar

vermenin ampirikve teorik açıdan değerlendirilmesi ahlaki yargılama sürecine odaklanmıştır. Süreç için önkoşul ise bilinçli farkındalık seviyesini ve karar verme yeteneğini ifade eden etik duyarlılıktır (Robertson vd., 2007). Dolayısıyla etik duyarlılığın anlaşılması hem etik ikilemlerin kaynağının netleştirilmesine hem de karar vermenin kolaylaştırılmasına yardımcı olacaktır.

1.7.4. Etik Duyarlılık

Etik ikilemlerle karşı karşıya kalan insanların, karar verirken akıllarında neler olduğu sorusu uzun yıllardır tartışma konusu olmuştur. Bu bağlamda verilen kararlar değerlendirilirken karşımıza dört ana unsur çıkmaktadır: (1) Bireyler, içinde bulundukları herhangi bir durumu veya ikilemi nasıl yorumlar? (2) Etik açıdan ideal olan eylem tarzının ne olacağını nasıl belirler? (3) Tercih edeceği seçeneğe nasıl karar verir? (4) Doğru veya yanlışlığına bakmaksızın kendi yapmak istediklerini mi yapar? Etik dışı davranışlar sergilemek bu dört bileşenden herhangi birinin, etik ilke ve değerlere dayandırılarak cevaplanamadığı durumlardan kaynaklanabilir (Rest, 1982). Bu bileşenler ışığında, etik ikilemlerle karşılaşan sağlık çalışanlarının; kişisel değer ve inançlarını net olarak açıklayabilmesi, kurallar ve mesleki etik kodlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olması, etik değer ve ilkeleri hayatına geçirebilmek için önemli stratejiler geliştirmesi, ikilemler karşısında etiğe uygun kararlar verebilmesi için önemli faktörlerdir (Aksu ve Akyol, 2011). Ancak sağlık çalışanlarının mesleki etik konularında teorik bilgilere vakıf olmaları, doğrudan etik açıdan kabul edilebilir davranışlar sergilediklerini ve doğru kararlar aldıklarını göstermeyebilir (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007). Çünkü etik karar verme öncelikle ahlaki düşünebilme 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 çıkmış, daha sonra Rest (1982) tarafından, etik davranış kurallarıyla olan bağını yansıtmak üzere işlevsel hale getirilmiştir. 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). İnsanların yardım eden davranışlarının merkezindedir ve ahlaki sorunların tespit edilmesi ve yorumlanmasının yanı sıra etik ilkelere dayanarak akıl yürütme ve hareket etme kabiliyetini kapsamaktadır (Robertson vd., 2007).

Sağlık çalışanlarının etik duyarlılığı, gerçekleştirdikleri eylemlerin etik yapısını tanıyabilmelerine olanak sağlar. Esasen her bir eyleminin temel amacı da mesleğin etik standartlarına uygun olarak yerine getirilmesi olmalıdır. Bu bağlamda eksik veya düşük düzeyde olan etik duyarlılık, sağlık çalışanlarının mesleki yükümlülükleriyle tutarsız olan, etik olarak da uygun olmayan düşük bakım kalitesiyle sonuçlanabilir. Dolayısıyla etik duyarlılığı ve ilişkili olduğu faktörleri değerlendirmek, etik kararlar verebilmeyi kolaylaştırmak ve sağlık çalışanlarının mesleki etik yükümlülüklerinin doğasını ve kapsamını tanımasını sağlamak için önemli görülmektedir (Milliken, 2018).

1.7.5. Etik Duyarlılık İle İlişkili Kavramlar

Sağlık bakım sisteminde yaşanan etik ikilemler ve sorunlar hasta bakım sunumunu olumsuz yönde etkilemekte, hemşirelerin hem fiziksel ve hemde zihinsel olarak problem yaşamalarına neden olabilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerde iş doyumunun azalması, tükenmişliğin artması, çalışma stresi ve işyükü fazlalığı mesleğin etik beklentilerini ve bireye sunulan tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Günümüzde hemşirelerin yaşadıkları etik kaygıları ele alma ve çözme, sağlık bakım profesyonellerini rekabetçi bir ortama çekme ve işten ayrılmaları önleme, hemşirelerde iş doyumunu artırabilme, tükenmişliği azaltabilme sağlık bakım kurumlarının üzerinde önemle durduğu konulardır (Schluter ve ark., 2008).

Etik İklim

Sağlık bakım kuruluşları farklı etik ortama sahiptir. Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere, Olson, etik iklimi "tutumları ve davranışı etkileyen ve çalışan davranışı için bir referans olarak alınabilen, hizmet eden kuruluşun bireysel algıları" olarak tanımlamaktadır. Etik açıdan duyarlı bir ortamda çalışma ahlaki karar vermeyi pozitif yönde etkiler. Etik açından duyarlı bir ortamda çalışan hemşire ahlaki açıdan duyarlılık gerektiren durumları kolaylıkla belirleyebilir ve planladığı eylemlerin mevcut durumun sonucunu nasıl etkileyebileceğini anlayabilir. Hızlı akut tedavi ve bakım sunabilme, hemşirelerin etik problemleri tam zamanında gecikmeden tanımlayabilmeleri ile yakından ilişkilidir (Schluter vd., 2008).

Ahlaki Distres

Ahlaki distres, artan etik duyarlılığın yetersiz etik ortam ile birleştiği durumlarda ortaya çıkan bir durumdur. Schluter ve arkadaşlarının bildirdiği (2008) üzere ahlaki

distres “bir kişinin ahlaki bir karar verdiği fakat bu kararın işaret ettiği ahlaki davranışı uygulayamadığı durumlarda ortaya çıkan psikolojik dengesizlik ve olumsuz duygu durumu” olarak tanımlanmaktadır. Ahlaki distres “sancılı duygular” olarak da açıklanabilmektedir (Schluter vd., 2008).

Ahlaki distres, ahlaki açıdan uygun bir eylemin üst düzeyde çaba gösterilmesine rağmen, organizasyonel yada diğer nedenlere bağlı olarak yerine getirilemediği durumlarda ortaya çıkan duygusal ve zihinsel bir ıstırap olarak da değerlendirilebilir. Bununla birlikte hastaların duyarlılıklarının artması, personel-hasta oranının uygun olmaması, kültürel değerlerin çakışması, ileri teknoloji, yapılması planlanan doğru eylemleri engelleyen politikaların varlığı, personel yetersizliği, zaman kısıtlaması ve yasal sınırlılıklar gibi faktörler ahlaki distres ile ilişkilidir. Özellikle yetersiz istihdam ve zaman kısıtlaması, hemşirelerin kaliteli ve yeterli hasta bakımı sunabilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Schluter vd., 2008).

Hemşirelerin etik ikilemleri ele alma ve çözme yeteneği, hemşirelerin hastalarla olan ilişkilerinde yaşadığı ahlaki distres ile birlikte sağlık bakım kuruluşunun sahip olduğu etik iklim ile yakından ilişkilidir. Ahlaki distres, bireyin doğru eylemi bildiği fakat ahlaki olarak doğru eylemi uygulayamadığı durumlarda meydana gelen bir durumdur. Ahlaki distresin düzeyi hemşirelerin mesleği bırakmasına neden olan tükenmişlik ile yakından ilişkili bir kavramdır. Hemşireler sağlık bakım sektörünün en önemli işgücünü oluşturmakla birlikte mevcut hemşire sayısında meydana gelebilecek bir azalma sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine doğrudan doğruya etki etmektedir (Schluter vd., 2008).

Literatürde ahlaki distresin, düşük kaliteli/yararı olmayan bakım, hastanın yetersiz savunulması, hasta ve ailelerine gerçekçi olmayan umut verilmesinden kaynaklanabileceği ve bu koşulların zayıf bir etik ortam egemen olduğunda daha da artabileceği bildirilmektedir. Azalan iş memnuniyeti, uygun bakımı verememe, yararı olmayan bir bakım sunma ve tükenmişlik ahlaki distres ile yakından ilişkilidir. Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere Meltzer ve Huckabay, yararı olmayan bakımı “bir hasta için tıbbi bir faydası olmayan yaşamsal müdahaleler ve tedaviler” olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte yararı olmayan bir bakım hastanın yatış süresini uzatabilmektedir. Hemşire sayısının azlığına bağlı olarak bakım kalitesinden ödün verilmesi ve buna bağlı olarak meydana gelebilecek tıbbi hatalarda ahlaki distres ile sonuçlanabilmektedir (Schluter vd., 2008).

Tepkisel Distres

Ahlaki distres ile tepkisel distres birbirinden farklı kavramlar olmakla birlikte, ahlaki distres, "etik açıdan duyarlı bir hemşirenin zayıf bir ahlaki ortam içerisinde ahlaki bir durum ile ilk kez karşılaştığında tecrübe ettiği bir his" olarak tanımlanmaktadır. Tepkisel distres, "asıl duyguları ile hareket edemeyen insanların hissettiği bir duygudur". Tepkisel distres genellikle kaygı ve suçluluk duygusu ile sonuçlanabilir (Schluter vd., 2008).

1.7.6. Hemşirelik Disiplininde Etik Duyarlılık

Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, klinik uygulamalardaki etik sorunların etkili çözümü ve karar verme sürecine ilişkin etik konularda duyarlılığa gereksinimi vardır (Orgun, 2008). Duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin gerçek/doğru durumunun yorumlanması şeklinde ifade edilebilir (Schluter vd., 2008). Etik duyarlılık ise; hasta gereksinimlerinin belirlenebilmesinde, hastanın sözel ya da sözel olmayan ifade ve davranışlarının hemşire tarafından yorumlayabilmesini ve farkındalığını gerektirir (Pekcan, 2007). Etik duyarlılık hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir faktör olup etik duyarlılık etik ikilem ve sorunların belirlenmesi ve alternatif çözüm yolları içindeki uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir (Torjuul ve Sorlie, 2006). Başka bir ifade ile var olan problem karşında net karar verebilmemiz için etik duyarlılığımızın gelişmesi gerekir (Pekcan, 2007). Etik duyarlılığın gelişmesi için eleştirel yaklaşım, açık fikirlilik, duygulara göre hareket etmek ve cesaret gereklidir (Torjuul ve Sorlie, 2006).

Hemşireler hastalarına bakım verirken dikkatle hastalarını gözlemlemelidir. Uygulama sırasında etik ikilemlerle karşı karşıya kalan hemşirelerin etik ilkeler rehberliğinde çözüm yolları üretmek sorumluluğu bulunmaktadır (Schluter vd., 2008). Hemşire "bir başkası için var olma" sorumluluğunu hissettirmelidir (Orgun, 2008). Ancak hemşire hekim arasındaki fikir farklılıkları, yönetici baskıları, hasta hakları, aydınlatılmış onam, sağlık personellerinin etik olmayan uygulama ve davranışları hemşirelerin etik duyarlılıklarını etkilediği ileri sürülmektedir (Dikmen, 2013). Burada hekim ve hemşireler arasında mesleki rolün farklılığı etik duyarlılık açısından etkili olmaktadır (Pekcan, 2007). Ayrıca etik duyarlılık eğitim, din, kültür ve yaşam deneyimlerinden de etkilenir (Orgun, 2008). Bu kapsamda hemşirenin etik duyarlılığı, etik problemi çözme, probleme açıklık getirme ve yapılan eylemi haklı çıkarmakla birlikte etik ikilemi önleyebilmektir (Pekcan, 2007). Etik duyarlılık son dönemde

profesyonel meslekler için önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir. Etik duyarlılık ahlaki yük, etik boyutun sorumluluğu, barış ve etik boyutun önemi gibi birçok konuda bilinçli olmayı gerektirir (Çalışkur vd., 2012). Etik duyarlılığın yüksek olması hemşirelerin mesleki profesyonelliğine katkıda bulunup, hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesini de arttırmaktadır (Kaya vd., 2012).

1.7.7. Hemşirelik Etiği

Temel görevi birey, aile ve topluma gereksinim duyduğu bakımı sunmak olan hemşirelik, bakım kavramıyla bütünleşmiştir. Hemşireliğin tarihsel gelişimine bakıldığın da; hemşirelik ve bakım hizmetinin ilk çağlardan günümüz toplumlarına kadar her dönem varlığını özenle koruyup sürdürdüğü ve toplumlar için vazgeçilmez olduğu görülmektedir (Dinç, 2009).

Hemşirelik, insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve etik ilkelere sahiptir. Klinik uygulamalarda bu ilkeleri dikkate alan hemşireler sorumluluklarının farkında olup daha kaliteli hemşirelik bakımı sunmaktadırlar (Avcı, 2007). Günümüz bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, aynı zamanda yaşam ile ölüm arasındaki çizginin giderek belirsizleşmesine, etik problemlerin ortaya çıkmasına ve bakım işlevlerinin karmaşık bir hal almasına neden olmaktadır. Bu karmaşıklık hemşirelerin etik ikilemlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin etik sorunlar karşısında temel aldığı referanslar, insan haklarına, hemşireliğin doğasına, insana değer verme konusuna ve insana saygıya odaklanmıştır (Yıldırım, 2008).

Hemşireler için önemli kurallar içeren ve hemşirelikte ilk etik kodlar olarak kabul edilen Florance Nightingale Andı'dır. Hemşirelerin mesleki etik kodları Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) ve Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) tarafından düzenlenmiştir (Dobrowalska vd., 2007).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Meslek Ahlak Yasasını Temel Alarak Düzenlenen Hemşirelik Etik Kuralları /Kodları Şunlardır:

- Hemşire yaşamı korumalı, sağlığı yükseltmeli, acıları hafifletmelidir.
- Hemşire bakım standardını en yüksek düzeyde tutmalıdır.
- Hemşire uygulamaya iyi hazırlanmış yeterli düzeyde bilgi ve beceri sahibi olarak başlamalıdır.
- Hemşire inançlara saygılı olmalıdır.

- Hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri mesleğin konumunu, onurunu koruyarak toplumun çıkarlarına ve güvenine uygun hizmet vererek sağlıklı bireylerin ve hastaların haklarını her şeyin üzerinde tutarak hizmet vermelidir.
- Hemşire bilgileri gizli tutmalıdır. Yalnız acil ve zorunlu durumlarda hekim istemi olmaksızın bazı ilaçları uygulamalı, ancak en kısa sürede doktora bildirmelidir.
- Hemşire etik olmayan uygulamaları reddedebilmelidir.
- Hemşire sağlık ekibinin etik olmayan davranışlarını otoritelere bildirmelidir.
- Hemşire ürün reklamı için kullanılmamalıdır.
- Hemşire bir çerçeve içinde kazanç sağlama hakkına sahiptir.
- Hemşire özel yaşamında da mesleğin prestijini yansıtan etik standartlara uymalıdır.
- Meslektaşları ve diğer sağlık personeliyle işbirliği yapmalıdır.
- Hemşire toplumun bölgesel, ulusal, uluslararası, sağlık gereksinimlerini karşılamak için diğer disiplinlerle sorumlulukları paylaşmalı ve ortak çalışmalara katılmalıdır (Terakye ve Ocakçı, 2013).

Sonuç olarak hemşireler için etik kodlar sadece evrensel normları içermeyip, hasta bakımı sırasında hastanın onayı ya da mahremiyetin sağlanması gibi özel sorunları da kapsar (Şentürk, 2013).

1.7.8. Ameliyathane Hemşireliğinde Etik

Hastasına bakım vermekle yükümlü olan hemşire, uyguladığı bakım sırasında bireyi biyopsiko-sosyal bir varlık olarak değerlendirir ve uygulayacağı bakımı pek çok alanda (acil, yoğun bakım, ameliyathane ve klinik v.b) sunar. Bakımı sunmada özellikle anestezi altında olan bilinçsiz, tüm yaşam aktivitelerinde bağımlı, kendi kararlarını veremeyen hastalar için kritiktir. Hasta savunucusu olarak ameliyathane hemşiresi hastanın güvenliğini sağlamak zorundadır. Ameliyathane hemşirelerinin hastaların haklarını, sağlığını ve güvenliğini sağlamak için etik ilkeleri kullanmaları gerekmektedir. Bireyleri her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin temel etik ilke olan insana saygı çerçevesinde çalışmaları çok önemlidir (Kanan,1996).

Tarihi gelişim sürecinde, bilimsel bilgi açısından her geçen gün zenginleşen hemşirelik, çalışma alanlarına özgü etik ve mesleki sorunları çözmek zorunda kalmıştır.

Teknolojik ilerleme, kaynak paylaşımı, kişi hakları ve hemşirelerin rolleri de yaşanan değişimler; çalışma ortamında hemşirelerin karşılaşabileceği etik problemlere ortam yaratmaktadır. Bu durumlar içinde, ameliyathane hemşireleri etik karar alma süreçlerine katılmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinde etik konusunda yapılan araştırmalar çerçevesinde saptanan etik sorunlar genel olarak şu şekildedir (Kanan ve Aksoy, 1999);

- Hasta onayı olmaksızın, ameliyatta gözlemci olması,
- Hastaya cerrahlarla ilgili tavsiyede bulunmak,
- Ameliyathanede kullanılacak aletlerin steril edilmesinde standartları göz ardı etmek,
- Yanlış hasta veya hastada yanlış bölgeye müdahale etmek,
- Şüpheli ilaç kullanımını rapor etmek.
- Cerrahi girişim öncesi hasta onamı içeren durumlarda etik sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

2. MATERYAL VE METOD

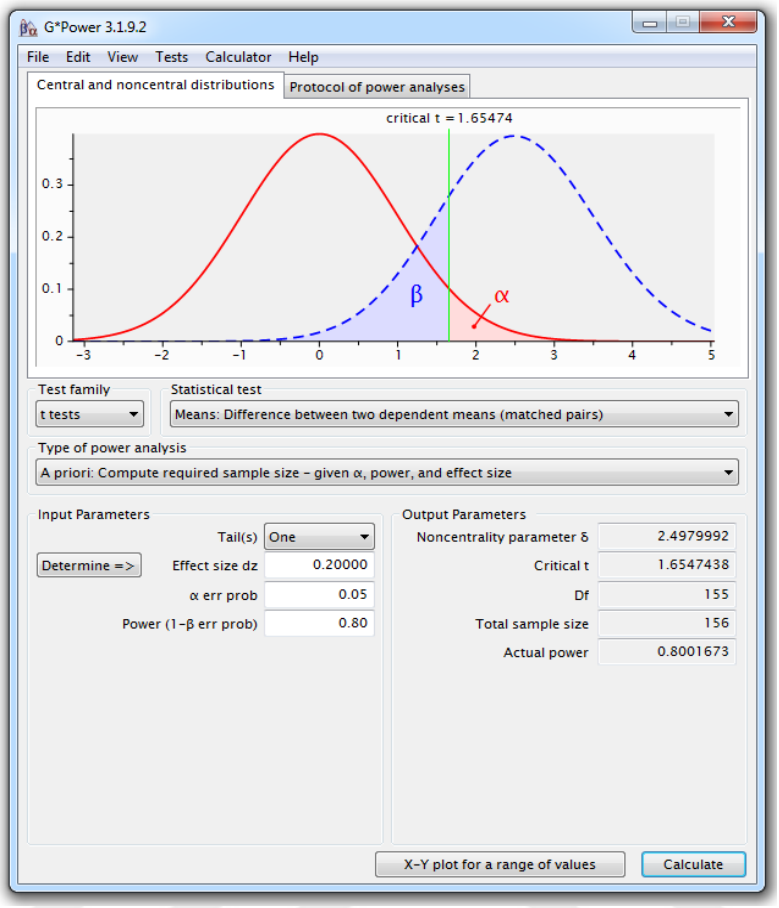
2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin profesyonel değer ve ahlaki duyarlılıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde yapıldı. Araştırmada şu sorulara yanıt arandı;

- ✓ Ameliyathane hemşirelerinin ahlaki duyarlılık ve profesyonel değer düzeyleri nasıldır?
- ✓ Ameliyathane hemşirelerinin ahlaki duyarlılık ve profesyonel değerleri tanıtıcı özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- ✓ Ameliyathane hemşirelerinin ahlaki duyarlılıkları ile profesyonel değer düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Adana ilinde bir üniversite (n=59), dört devlet (n=191) ve iki özel hastane (n=39) olmak üzere yedi hastanede çalışan 289 hemşire çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, orta düzeyde etki büyüklüğü (effect size=0,2), %80 güç analizine göre 156 hemşire olarak hesaplanmış olmasına karşın istekli bir katılımcı ile 157 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturdu (Şekil 1.1, Tablo 2.1.). Çalışmaya bir yıl ve altı çalışma süresine sahip 8 kişi, raporlu, ücretsiz izinli, doğum öncesi izinli/sonrası izinli 7 kişi ve araştırmaya katılmak istemeyen 20 kişi olmak üzere toplam 35 kişi araştırma kapsamı dışında kaldı.



Şekil 1.1. G*Power Version 3.1.9.2 programı ile hesaplanan örneklem büyüklüğü

Tablo 2.1. Power Gücüne İlişkin Örneklem Hesaplama Tablosu

Power	Total Sample Size
0,80	**156**
0,81	160
0,82	165
0,83	170
0,84	176
0,85	181
0,86	187
0,87	194
0,88	200
0,89	208
0,90	215
0,91	224
0,92	234
0,93	245
0,94	257
0,95	**272**

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmada gerekli etik izin ve Adana ilindeki yedi hastaneden kurum izinleri alındıktan sonra 18 Ocak-15 Mart 2020 tarihleri arasında veriler toplandı. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelere ilişkin bilgiler;

Üniversite hastanesi 1171 hasta yatak kapasitesine sahip olup, bunların 145 yoğun bakım, 1026'sı kliniklerdir. Kurum bünyesinde 907 hekim, 872 hemşire çalışmaktadır. Çalışmanın yapıldığı birim olan ameliyathanelerde ise görev alan 59 hemşire, haftada 45 saat olmak üzere 8:00-17:00 saatleri arasında çalışmaktadır. Skrup ve sirküle hemşire olarak dönüşümlü günde 4-5 operasyona girmektedir.

Devlet hastaneleri ise 586'sı yoğun bakımda, 2632'si kliniklerde olmak üzere 3218 hasta yatak kapasitesine sahiptir. Çalışmanın uygulandığı devlet hastanelerinde toplam 191 ameliyathane hemşiresi çalışmaktadır ve çalışma saatleri üniversite hastanesi ile benzerdir.

Özel hastaneler, 382 yatak kapasiteli olup, 145'i yoğun bakıma, 237'si kliniklere aittir. Çalışmanın uygulandığı özel hastanelerin ameliyathanelerinde 39 hemşire görev almakta, haftada 54 saat, 8.00-18.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Skrup hemşire olarak günde 5-6 operasyona girmektedirler.

2.4. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Araştırmacı tarafından çalışmanın yapıldığı ameliyathane sorumlu hemşireleri ile iletişime geçilerek ameliyat listesine göre hemşirelerden randevu talep edilerek formları doldurmaları istendi. Sorulara rahat cevap verebilmeleri için boş bir oda tahsis edildi. Katılımcıların formları doldurma süreleri 10-15 dakika sürmüş, doldurmakta zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

2.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla "Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu", "Ahlaki Duyarlılık Ölçeği" ve "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği" kullanıldı.

2.5.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Başak ve ark., 2010, Orak ve Alpar, 2012) oluşturulan bu form; hemşirelerin çalıştıkları kurum, yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sahibi olup olmama durumları, eğitim düzeyleri, çalışma güvenceleri, meslekteki toplam çalışma süreleri, mesleklerini isteyerek seçme

durumları, bulundukları birimde çalışmayı seçme durumları, okul eğitimleri süresince etik konu üzerine eğitim alma durumlarını içeren 14 soru yer almaktadır.

2.5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi

Lutzen ve ark. (2006), tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tosun (2018) tarafından yapılmıştır. 7'li likert tipi hazırlanan ölçekte "tamamen katılıyorum" 1 puan ile "hiç katılmıyorum" 7 puan arasında derecelendirilmektedir. 30 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan etik açıdan düşük duyarlılığı ifade etmektedir (Lutzen ve ark., 2006). Ölçeğin alt boyutları; otonomi (10, 12, 15, 16, 21, 24 ve 27. maddeler), yarar sağlama (2, 5, 8 ve 25. maddeler), bütüncü yaklaşım (1, 6, 18, 29 ve 30. maddeler), çatışma (9, 11 ve 14. maddeler), uygulama (4, 17, 20 ve 28. maddeler) ve oryantasyon (7, 13, 19 ve 22. maddeler)'dur. Lutzen'in (2006) yaptığı faktör analizi sonucunda 3., 23.ve 26. maddeler herhangi bir alt boyutun altında yer almamıştır. Tosun (2018)geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,82 olarak bulunmuştur.

2.5.3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

Ölçek, Weis ve Schank (2000) tarafından Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kurallarını yansıtan ve hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilmiştir. Orjinal ölçek 44 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçeğin toplam puanı 44-220 arasında değişmektedir. Yüksek puan hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdiklerini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Şahin Orak ve Ecevit Alpar (2012) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunda, 44 madde 31 maddeye indirgenmiş olarak kullanılabilmektedir. Ölçek toplam puanı 31 maddenin puan ortalamasının alınmasıyla hesaplanmaktadır. Bu doğrultuda ölçeğin Türkçe versiyonundan alınabilecek puan 31-155 arasında değişmektedir. Beş boyuttan oluşan ölçek geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması insan onuru alt boyutu için (11 madde=28, 29, 27, 25, 24, 26, 31, 30, 14, 13, 22) Cronbach alpha değeri 0.87, sorumluluk alt boyutu için (7 madde=6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) Cronbach alpha değeri 0.81, harekete geçme (5 madde=4, 16, 17, 18, 23) alt boyutu için 0.79, güvenlik (4 madde=1, 2, 3, 5) alt boyutu için Cronbach alpha değeri 0.65, otonomi alt boyutu için (4

madde=19, 20, 21, 29) Cronbach alpha değerleri 0.68 ve ölçeğin toplamı için Cronbach alpha değeri 0.95 olarak hesaplanmıştır.

2.5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Ölçeklerin güvenirliği için Alfa (α) modeli (Cronbach Alpha Coefficieent) kullanılmıştır. Bu yöntem ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. 0 ile 1 arasında değer alan bu katsayı (Cronbach) alfa katsayısı olarak adlandırılır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı sıfır değerine yaklaştıkça güvenirlik düzeyi azalmakta, bire yaklaştıkça güvenirlik düzeyi artmaktadır. Aldığı değerlere göre aşağıda ifade edildiği gibi değerlendirilir.

0.80 – 1.00 Yüksek Güvenilirlik

0.60 – 0.79 Güvenilir

0.40 – 0.59 Düşük Güvenilirlik

0.00 – 0.39 Güvenilir Değil

Bu çalışma grubu için kullanılan Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı Crα = 0,897, otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarının iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0,736; 0,540; 0,640; 0,611; 0,628 ve 0,750'dir. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı Crα=0,959, insan onuru, sorumluluk, harekete geçme, güvenlik ve otonomi alt boyutlarının ise iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,905; 0,853; 0,837; 0,807 ve 0,779 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler kullanılan ölçeklerin oldukça güvenilir olduğunu ifade etmektedir.

2.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Ölçekler üzerindeki demografik farkların analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Çoklu regresyon modeli kullanılarak Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık boyutlarının etkileri incelenmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı.

2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce etik izin (21.01.2020-Sayı: 96172664-799) (Ek1), çalışmanın gerçekleştirileceği kurumlardan bilimsel çalışma izni (13.01.2020-Sayı: 45868485-900) (Ek 2) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 7) alınmıştır. Ölçeklerin kullanabilmesi için Türkçe geçerliliğini yapan Orak ve Tosun'dan e-mail aracılığı ile izinler (Ek 3) alındı.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelerin iş yoğunluklarının fazla olması araştırmanın sınırlıklarını oluşturdu.

3.BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular dört bölüm şeklinde sunuldu.

3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

3.2. Katılımcı Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerleri

3.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

3.4. Ölçekler Arası İlişkiler

3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=157)

Değişkenler		**n (%)**
Çalışılan kurum	Devlet Hastanesi	107 (68,2)
	Üniversite Hastanesi	30 (19,1)
	Özel Hastane	20 (12,7)
Yaş grubu	18-25	14 (8,9)
	26-35	49 (31,2)
	36-45	72 (45,9)
	46-55	18 (11,5)
Yaş ortalaması Ortalama±ss		36,94±7,70
Cinsiyet	Kadın	131 (83,4)
	Erkek	26 (16,6)
Medeni durum	Evli	117 (74,5)
	Bekar	40 (25,5)
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	119 (75,8)
	Hayır	38 (24,2)
Eğitim düzeyi	Lise	18 (11,5)
	Ön Lisans	30 (19,1)
	Lisans	100 (63,7)
	Lisansüstü	9 (5,7)
Çalışma güvencesi	Kadrolu	126 (80,3)
	Sözleşmeli	31 (19,7)
Meslekteki toplam çalışma süresi	1-5 yıl	23 (14,6)
	6-10 yıl	25 (15,9)
	11-15 yıl	26 (16,6)
	16-20 yıl	30 (19,1)
Bulunulan birimde çalışmayı kendilerinin seçme durumu	Evet	145 (92,4)
	Hayır	12 (7,6)
Okul eğitimi süresince etik konu hakkında ders alma durumu	Evet	129 (82,2)
	Hayır	27 (17,2)
Etik konu hakkında alınan ders (ler)	Etik	62 (39,5)
	Deontoloji	21 (13,4)
	Diğer	12 (7,6)
	Etik ve Deontoloji	34 (21,7)
Çalışma hayatı süresince etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	113 (72.0)
	Hayır	44 (28,0)
Etik ile ilgili alınan eğitimin niteliği	Hizmet İçi Eğitim	59 (37,6)
	Oryantasyon Eğitimi	9 (5,7)
	Diğer	2 (1,3)
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	48 (30,6)

Tablo 3.1'de çalışma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %68,2'sinin devlet hastanesinde çalıştığı, %45,9'unun 36-45 yaş aralığında, %83,4'ünün kadın, %74,5'inin evli, %63,7'si lisans mezunu olduğu, %19,1'inin 16-20 yıl çalışma süresine sahip olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %92,4'ü bulunduğu birimi kendisi seçtiğini, %82,2'si okul eğitimi süresince etik eğitimi aldığını, %37,6'sının etik ile ilgili hizmet içi eğitim aldığını ifade ettiği saptandı.

3.2. Katılımcı Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerleri Düzeyleri

Tablo 3.2. Katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçekleri'nin Genel ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=157)

Ölçekler	Ölçek Aralığı	Min	Maks	Ortalama±SS
Otonomi	7-49	7	38	20,36±6,99
Yarar sağlama	4-28	4	27	12,20±4,61
Bütüncü yaklaşım	5-35	5	32	13,28±5,34
Çatışma	3-21	3	21	11,74±4,14
Uygulama	4-28	4	28	13,26±4,79
Oryantasyon	4-38	4	25	10,02±4,56
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği genel puan ortalaması	**30-210**	**36**	**151**	**80,88±23,32**
İnsan onuru	11-55	24	55	45,00±6,99
Sorumluluk	7-35	15	35	27,87±4,61
Harekete geçme	5-25	10	25	20,00±3,42
Güvenlik	4-20	9	20	16,79±2,58
Otonomi	4-20	7	20	16,22±2,88
Profesyonel Değerler Ölçeği genel puan ortalaması	**31-155**	**76**	**155**	**125,87±18,42**

Min: Minimum; Maks: Maksimum

Tablo 3.2'de ameliyathanede çalışan hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nden aldıkları genel puan ortalaması (80,88±23,32) iyi düzeyde olduğu belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması değerlendirildiğinde oryantasyon (10,02±4,56) ve bütüncü yaklaşım (13,28±5,34) alt boyutlarının, diğer alt boyutlarından daha düşük puan ortalamasına ve daha yüksek duyarlılığa sahip olduğu bulundu.

Potansiyel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin iyi düzeyde olduğu (125,87±18,42) saptandı. Ölçeğin insan onuru (45,00±6,99) ve sorumluluk (27,87±4,61) alt boyutunun, diğer alt boyutlarından daha yüksek olduğu bulundu.

3.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerleri Ölçekleri Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=157)

Tanıtıcı Özellikler	Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalaması		Profesyonel Değerler Puan Ortalaması	
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks
Çalışılan kurum				
Devlet Hastanesi	78	36-151	124	82-155
Üniversite Hastanesi	79,5	57-127	134	93-155
Özel Hastane	79,5	39-132	130,5	76-155
Ki-kare/sd/p	x^2: 0,092/ sd: 3/ p= 0,955		x^2: 6,077/ sd: 3/ p=0,051	
Yaş				
18-25	73,5	46-111	128	104-150
26-35	84	37-122	127	94-155
36-45	77,5	43-151	126	76-155
46-55	74,5	36-122	127,5	93-155
Ki-kare/sd/p	x^2:2,713/ sd: 2/ p=0,433		x^2:0,080/ sd: 2/ p=0,994	
Cinsiyet				
Kadın	78	36-142	128	76-155
Erkek	83,5	39-151	120	88-155
Z/p	Z: -0,406/ p=0,685		Z: -0,86/ p=0,39	
Medeni durum				
Evli	78	36-151	127	76-155
Bekar	80	37-129	126	94-155
Z/p	Z:-0,111/ p=0,912		Z: -0,274/ p=0,784	
Eğitim düzeyi				
Lise	80	39-132	127	76-150
Önlisans	71,5	44-129	126,5	88-155
Lisans	78,5	36-151	127,5	82-155
Lisansüstü	97	43-121	119	94-149
Ki-kare/sd/p	x^2:3,434/ sd: 3/ p=0,329		x^2:0,196/ sd: 3/ p=0,978	
Çalışma Güvencesi				
Kadrolu	79	36-151	129	76-155
Sözleşmeli	78	39-132	45	26-55
Z/p	Z:-0,463/ p=0,643		Z:-0,616/ p=0,538	
Meslekteki toplam çalışma süresi				
1-5 yıl	84	39-116	134	97-153
6-10 yıl	78	43-111	119	100-155
11-15 yıl	85,5	37-129	127	94-155
16-20 yıl	71,5	46-151	133	76-155
Ki-kare/sd/p	x^2:3,919/ sd: 3/ p=0,27		x^2:0,248/ sd: 3/ p=0,969	
Mesleki eğitim döneminde etik dersi alma durumu				
Evet	80	36-151	129	76-155
Hayır	75	39-129	124	93-155
Z/p	Z:-0,377/ p=0,706		Z:-1,258/ p=0,208	
Çalışılan kurumlarda etik ile ilgili eğitim alma durumu				
Evet	80	37-151	127	76-155
Hayır	77	36-127	126,5	93-155
Z/p	Z:-0,59 / p=0,555		Z:-0,285/ p=0,775	
Etik ile ilgili alınan eğitimin türü				
Hizmet içi eğitim	80	43-151	131	88-155
Oryantasyon eğitimi	84	69-142	108	97-144
Diğer	95,5	87-104	120,5	117-124
Hizmet içi eğitim ve oryantasyon eğitimi	70,5	37-132	126	76-155
Ki-kare/sd/p	x^2:8,017/ sd: 3/p=0,051		x^2:5,38/ sd: 3/ p=0,146	

Tablo 3.3'de Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel boyutları üzerinde yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, çocuk sahibi olma durumunun, eğitim düzeyinin, meslekte toplam çalışma süresinin, mesleki eğitim ve çalışılan kurumlarda etik ile ilgili eğitim alma durumunun etkili olmadığı ($p > 0.05$) belirlendi.

Tablo 3.4. Katılımcıların çalıştıkları kurumlar ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Çalışılan Kurum**	**Medyan (Min-Max)**	X^2	**p**
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Devlet Hastanesi	78 (36-151)	0,092	0,955
	Üniversite Hastanesi	79,5 (57-127)		
	Özel Hastane	79,5 (39-132)		
Otonomi	Devlet Hastanesi	21 (7-38)	0,767	0,681
	Üniversite Hastanesi	19 (8-32)		
	Özel Hastane	17,5 (11-30)		
Yarar sağlama	Devlet Hastanesi	12 (4-27)	1,623	0,444
	Üniversite Hastanesi	12 (4-19)		
	Özel Hastane	12 (4-23)		
Bütüncü yaklaşım	Devlet Hastanesi	13 (5-32)	2,743	0,254
	Üniversite Hastanesi	14 (6-24)		
	Özel Hastane	11 (5-26)		
Çatışma	Devlet Hastanesi	11 (3-21)	7,533	0,051
	Üniversite Hastanesi	14 (8-18)		
	Özel Hastane	14 (4-18)		
Uygulama	Devlet Hastanesi	13 (4-28)	5,033	0,081
	Üniversite Hastanesi	14 (7-22)		
	Özel Hastane	14,5 (6-28)		
Oryantasyon	Devlet Hastanesi	10 (4-25)	8,401	0,015 Post Hoc 1-2; p=0,044
	Üniversite Hastanesi	8,5 (4-20)		
	Özel Hastane	7 (4-18)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Devlet Hastanesi	124 (82-155)	6,077	0,051
	Üniversite Hastanesi	134 (93-155)		
	Özel Hastane	130,5 (76-155)		
İnsan onuru	Devlet Hastanesi	44 (26-55)	4,255	0,119
	Üniversite Hastanesi	49 (33-55)		
	Özel Hastane	47 (24-55)		
Sorumluluk	Devlet Hastanesi	27 (19-35)	5,257	0,072
	Üniversite Hastanesi	29,5 (20-35)		
	Özel Hastane	28,5 (15-35)		
Harekete geçme	Devlet Hastanesi	20 (10-25)	2,853	0,240
	Üniversite Hastanesi	20 (15-25)		
	Özel Hastane	21 (14-25)		
Güvenlik	Devlet Hastanesi	17 (9-20)	6,554	0,051
	Üniversite Hastanesi	18 (11-20)		
	Özel Hastane	18 (10-20)		
Otonomi	Devlet Hastanesi	16 (7-20)	4,487	0,106
	Üniversite Hastanesi	17,5 (12-20)		
	Özel Hastane	18 (11-20)		

*p<0,05, Kruskall Wallis testi, 1: Devlet hastanesi, 2: Üniversite hastanesi, 3: Özel hastane

Tablo 3.4'de çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları kurum ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin oryantasyon alt boyutundan aldıkları puan ortalaması üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı farklılık (X^2=8,401; p=0,015) oluşturduğu

belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Bonferroni analizi sonuçlarına göre; Oryantasyon alt boyutunda özel hastanede çalışan hemşirelerin aldıkları puan ortalaması devlet ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bu gruptan kaynaklandığı bulundu (p=0,044). Diğer Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde çalışılan kurumun etkili olmadığı belirlendi.

Tablo 3.5. Katılımcıların Yaş Aralığı ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	Yaş aralığı	Medyan (Min-Max)	X^2	p
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	18-25	73,5 (46-111)	2,713	0,438
	26-35	84 (37-122)		
	36-45	77,5 (43-151)		
	46-55	74,5 (36-122)		
Otonomi	18-25	22,5 (7-38)	8,547	0,036 Post Hoc 2-1; p=0,045
	26-35	22 (8-37)		
	36-45	18,5 (7-38)		
	46-55	20,5 (10-32)		
Yarar sağlama	18-25	14 (4-19)	1,384	0,709
	26-35	12 (5-23)		
	36-45	12 (4-27)		
	46-55	12 (4-19)		
Bütüncü yaklaşım	18-25	10 (5-23)	5,941	0,115
	26-35	13 (5-32)		
	36-45	13 (5-32)		
	46-55	12 (5-23)		
Çatışma	18-25	12,5 (4-16)	0,500	0,919
	26-35	13 (4-18)		
	36-45	12 (4-21)		
	46-55	10,5 (3-18)		
Uygulama	18-25	14,5 (8-18)	2,038	0,564
	26-35	14 (5-28)		
	36-45	13 (4-24)		
	46-55	12 (4-26)		
Oryantasyon	18-25	6,5 (4-19)	10,547	0,014 Post Hoc; 3-1; p=0,036
	26-35	9 (4-20)		
	36-45	10 (4-25)		
	46-55	9,5 (4-17)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	18-25	128 (104-150)	0,080	0,994
	26-35	127 (94-155)		
	36-45	126 (76-155)		
	46-55	127,5 (93-155)		
İnsan onuru	18-25	46,5 (33-53)	0,276	0,964
	26-35	45 (33-55)		
	36-45	45 (24-55)		
	46-55	47 (31-55)		
Sorumluluk	18-25	27,5 (22-34)	0,107	0,991
	26-35	27 (19-35)		
	36-45	28 (15-35)		
	46-55	27,5 (20-35)		
Harekete geçme	18-25	18,5 (10-25)	0,906	0,824
	26-35	20 (13-25)		
	36-45	20 (13-25)		
	46-55	20 (15-25)		
Güvenlik	18-25	17,5 (15-20)	1,940	0,585
	26-35	17 (11-20)		
	36-45	17 (9-20)		
	46-55	17 (12-20)		
Otonomi	18-25	17 (12-20)	0,128	0,988
	26-35	16 (11-20)		
	36-45	16,5 (7-20)		
	46-55	16 (12-20)		

*p<0,05, Kruskall wallis testi, 1: 18-25, 2: 26-35, 3: 36-45, 4: 46-55

Tablo 3.5'de çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş grupları ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin otonomi ve oryantasyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı farklılık (sırasıyla x^2=8,547; p=0,036 ve x^2=10,547; p=0,014) oluşturduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Bonferroni analizi sonuçlarına göre; Otonomi alt boyutunda 26-35 yaş grubunda olan hemşirelerin aldıkları puan ortalaması 18-25 yaş grubunda yer alan hemşirelerden daha düşük olduğu (p=0,045), oryantasyon alt boyutunda ise yine 26-35 yaş grubunda yer alan hemşirelerin aldıkları puan ortalaması 36-45 yaş grubunda olan hemşirelerden daha düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bu gruplardan kaynaklandığı bulundu (p=0,036). Diğer Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin yaşının etkili olmadığı belirlendi.

Tablo 3.6. Katılımcıların cinsiyetleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157)

Ölçekler	**Cinsiyet**	**Medyan (Min-Max)**	**Z**	**P**
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Kadın	78 (36-142)	-0,406	0,685
	Erkek	83,5 (39-151)		
Otonomi	Kadın	21 (7-38)	-0,563	0,574
	Erkek	21 (7-38)		
Yarar sağlama	Kadın	12 (4-27)	-0,047	0,962
	Erkek	12 (5-27)		
Bütüncü yaklaşım	Kadın	12 (5-32)	-0,215	0,829
	Erkek	12,5 (5-27)		
Çatışma	Kadın	12 (3-21)	-0,578	0,563
	Erkek	12 (4-21)		
Uygulama	Kadın	14 (4-28)	-0,187	0,852
	Erkek	13 (6-28)		
Oryantasyon	Kadın	9 (4-24)	-1,1	0,272
	Erkek	10 (4-25)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Kadın	128 (76-155)	-0,86	0,39
	Erkek	120 (88-155)		
İnsan onuru	Kadın	46 (24-55)	-1,036	0,312
	Erkek	43,5 (31-55)		
Sorumluluk	Kadın	28 (15-35)	-0,99	0,322
	Erkek	25,5 (20-35)		
Harekete geçme	Kadın	20 (13-25)	-0,294	0,768
	Erkek	19,5 (10-25)		
Güvenlik	Kadın	17 (9-20)	-1,209	0,227
	Erkek	17 (11-20)		
Otonomi	Kadın	17 (7-20)	-0,38	0,704
	Erkek	16 (11-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Tablo 3.6'da katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin cinsiyetinin etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.7. Katılımcıların Medeni Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Medeni durum**	**Medyan (Min-Max)**	**Z**	**P**
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Evli	78 (36-151)	-0,111	0,912
	Bekar	80 (37-129)		
Otonomi	Evli	20 (7-38)	-0,655	0,512
	Bekar	19 (9-37)		
Yarar sağlama	Evli	12 (4-27)	-1,297	0,195
	Bekar	13,5 (4-19)		
Bütüncü Yaklaşım	Evli	12 (5-32)	-0,186	0,853
	Bekar	13 (5-27)		
Çatışma	Evli	12 (3-21)	-1,811	0,071
	Bekar	11 (4-19)		
Uygulama	Evli	13 (4-28)	-0,479	0,632
	Bekar	14 (4-26)		
Oryantasyon	Evli	10 (4-25)	-1,623	0,534
	Bekar	9 (4-20)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Evli	127 (76-155)	-0,274	0,784
	Bekar	126 (94-155)		
İnsan onuru	Evli	45 (24-55)	-0,525	0,615
	Bekar	46 (33-55)		
Sorumluluk	Evli	28 (15-35)	-0,085	0,932
	Bekar	28 (21-35)		
Harekete geçme	Evli	20 (13-25)	-0,535	0,593
	Bekar	20 (10-25)		
Güvenlik	Evli	17 (9-20)	-0,494	0,621
	Bekar	17 (12-20)		
Otonomi	Evli	16 (7-20)	-0,740	0,459
	Bekar	17 (11-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Tablo 3.7'da katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin medeni durumun etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.8. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Çocuk Sahibi Olma Durumu**	**Medya (Min-Max)**	**Z**	**P**
Ahlaki Duyarlılık Anketi	Evet	78 (36-151)	-0,414	0,679
	Hayır	83,5 (37-137)		
Otonomi	Evet	20 (7-38)	-0,295	0,769
	Hayır	19 (9-37)		
Yarar sağlama	Evet	12 (4-27)	-1,481	0,139
	Hayır	14 (4-19)		
Bütüncü yaklaşım	Evet	12 (5-32)	-0,331	0,741
	Hayır	12,5 (5-27)		
Çatışma	Evet	12 (3-21)	-1,59	0,555
	Hayır	12 (4-21)		
Uygulama	Evet	13 (4-28)	-1,828	0,068
	Hayır	15 (4-28)		
Oryantasyon	Evet	10 (4-25)	-1,559	0,119
	Hayır	8 (4-20)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Evet	127 (76-155)	-0,279	0,780
	Hayır	127,5 (94-150)		
İnsan onuru	Evet	45 (24-55)	-0,351	0,726
	Hayır	46 (33-55)		
Sorumluluk	Evet	28 (15-35)	-0,388	0,698
	Hayır	28 (21-34)		
Harekete geçme	Evet	20 (13-25)	-0,095	0,924
	Hayır	20 (10-25)		
Güvenlik	Evet	17 (9-20)	-0,012	0,990
	Hayır	17 (11-20)		
Otonomi	Evet	16 (7-20)	-0,755	0,450
	Hayır	16,5 (11-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Tablo 3.8'de katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarının etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.9. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	Eğitim Düzeyi	Medyan (Min-Max)	X^2	p
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Lise	80 (39-132)	3,434	0,329
	Önlisans	71,5 (44-129)		
	Lisans	78,5 (36-151)		
	Lisansüstü	97 (43-121)		
Otonomi	Lise	19 (11-32)	3,809	0,283
	Önlisans	18 (7-33)		
	Lisans	20 (8-38)		
	Lisansüstü	27 (10-30)		
Yarar sağlama	Lise	13,5 (4-23)	2,783	0,426
	Önlisans	11,5 (5-19)		
	Lisans	12 (4-27)		
	Lisansüstü	12 (4-16)		
Bütüncü yaklaşım	Lise	11,5 (5-26)	1,338	0,720
	Önlisans	12 (5-27)		
	Lisans	12 (5-32)		
	Lisansüstü	14 (6-20)		
Çatışma	Lise	12,5 (4-18)	3,405	0,333
	Önlisans	11 (4-19)		
	Lisans	12 (3-21)		
	Lisansüstü	14 (6-19)		
Uygulama	Lise	14,5 (6-23)	2,969	0,396
	Önlisans	12 (7-26)		
	Lisans	13,5 (4-28)		
	Lisansüstü	16 (6-24)		
Oryantasyon	Lise	10 (4-19)	1,463	0,691
	Önlisans	9 (4-20)		
	Lisans	10 (4-25)		
	Lisansüstü	10 (5-18)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Lise	127 (76-150)	0,196	0,978
	Önlisans	126,5 (88-155)		
	Lisans	127,5 (82-155)		
	Lisansüstü	119 (94-149)		
İnsan onuru	Lise	46 (24-52)	0,786	0,853
	Önlisans	44,5 (26-55)		
	Lisans	46 (31-55)		
	Lisansüstü	42 (33-55)		
Sorumluluk	Lise	28 (15-34)	0,178	0,981
	Önlisans	28,5 (19-35)		
	Lisans	28 (19-35)		
	Lisansüstü	27 (21-35)		
Harekete geçme	Lise	20 (14-25)	0,151	0,985
	Önlisans	19 (13-25)		
	Lisans	20 (10-25)		
	Lisansüstü	20 (15-25)		
Güvenlik	Lise	17 (10-20)	2,078	0,556
	Önlisans	17 (12-20)		
	Lisans	17 (9-20)		
	Lisansüstü	16 (11-19)		
Otonomi	Lise	17 (7-20)	0,12	0,989
	Önlisans	16 (9-20)		
	Lisans	17 (9-20)		
	Lisansüstü	16 (12-20)		

* $p<0,05$, Kruskall Wallis testi

Tablo 3.9'da katılımcıların Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin eğitim düzeyinin etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.10. Katılımcıların Çalışma Güvenceleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Çalışma Güvencesi**	**Medyan (Min-Max)**	X^2	**p**
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Kadrolu	79 (36-151)	-0,463	0,643
	Sözleşmeli	78 (39-132)		
Otonomi	Kadrolu	21 (7-38)	-1,395	0,163
	Sözleşmeli	18 (9-37)		
Yarar sağlama	Kadrolu	12 (4-27)	-0,915	0,361
	Sözleşmeli	12 (4-23)		
Bütüncü yaklaşım	Kadrolu	12,5 (5-32)	-1,339	0,181
	Sözleşmeli	12 (5-26)		
Çatışma	Kadrolu	12 (3-21)	-0,763	0,445
	Sözleşmeli	13 (4-18)		
Uygulama	Kadrolu	13 (4-28)	-0,666	0,505
	Sözleşmeli	14 (6-28)		
Oryantasyon	Kadrolu	10 (4-25)	-2,14	0,032
	Sözleşmeli	8 (4-20)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	Kadrolu	126 (82-155)	-0,688	0,491
	Sözleşmeli	129 (76-155)		
İnsan onuru	Kadrolu	45 (26-55)	-0,616	0,538
	Sözleşmeli	47 (24-55)		
Sorumluluk	Kadrolu	28 (19-35)	-0,495	0,620
	Sözleşmeli	28 (15-35)		
Harekete geçme	Kadrolu	20 (13-25)	-0,738	0,461
	Sözleşmeli	20 (10-25)		
Güvenlik	Kadrolu	17 (9-20)	-0,815	0,415
	Sözleşmeli	17 (10-20)		
Otonomi	Kadrolu	16 (7-20)	-0,064	0,949
	Sözleşmeli	17 (11-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Tablo 3.10'da Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma güvenceleri ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin oryantasyon alt boyutundan aldıkları puan ortalaması üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı farklılık (Z=-2,140; p=0,032) oluşturduğu belirlendi. Oryantasyon alt boyutunda sözleşmeli çalışan hemşirelerin aldıkları puan ortalaması kadrolu çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bu gruptan kaynaklandığı bulundu. Diğer Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde çalışma güvencesinin etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.11. Katılımcıların Meslekteki Toplam Çalışma Süreleri ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (N=157)

Ölçekler	**Çalışma Süresi**	**Medyan (Min-Max)**	X^2	*p*
Ahlaki Duyarlılık Anketi	0-5 yıl	84 (39-116)	3,919	0,270
	6-10 yıl	78 (43-111)		
	11-15 yıl	85,5 (37-129)		
	16-20 yıl	71,5 (46-151)		
Otonomi	0-5 yıl	20 (10-37)	1,893	0,595
	6-10 yıl	20 (9-29)		
	11-15 yıl	21,5 (8-33)		
	16-20 yıl	18 (7-38)		
Yarar sağlama	0-5 yıl	15 (4-19)	4,082	0,253
	6-10 yıl	13 (5-18)		
	11-15 yıl	12,5 (5-23)		
	16-20 yıl	9,5 (4-27)		
Bütüncü yaklaşım	0-5 yıl	11 (5-24)	4,161	0,245
	6-10 yıl	13 (7-23)		
	11-15 yıl	13,5 (6-32)		
	16-20 yıl	13 (5-32)		
Çatışma	0-5 yıl	13 (4-16)	3,037	0,386
	6-10 yıl	12 (5-16)		
	11-15 yıl	12,5 (4-19)		
	16-20 yıl	11,5 (4-21)		
Uygulama	0-5 yıl	15 (6-28)	4,139	0,247
	6-10 yıl	14 (5-25)		
	11-15 yıl	14 (6-20)		
	16-20 yıl	11,5 (7-22)		
Oryantasyon	0-5 yıl	7 (4-20)	5,39	0,145
	6-10 yıl	8 (4-19)		
	11-15 yıl	10 (4-20)		
	16-20 yıl	10 (4-25)		
Profesyonel Değerleri Ölçeği	0-5 yıl	134 (97-153)	0,248	0,969
	6-10 yıl	119 (100-155)		
	11-15 yıl	127 (94-155)		
	16-20 yıl	133 (76-155)		
İnsan onuru	0-5 yıl	47 (33-55)	0,559	0,906
	6-10 yıl	42 (33-55)		
	11-15 yıl	45 (33-55)		
	16-20 yıl	47,5 (24-55)		
Sorumluluk	0-5 yıl	29 (21-35)	0,671	0,880
	6-10 yıl	26 (19-35)		
	11-15 yıl	27,5 (19-35)		
	16-20 yıl	28,5 (15-35)		
Harekete geçme	0-5 yıl	20 (10-25)	0,645	0,886
	6-10 yıl	19 (13-25)		
	11-15 yıl	20 (15-25)		
	16-20 yıl	21,5 (13-25)		
Güvenlik	0-5 yıl	18 (12-20)	1,157	0,763
	6-10 yıl	17 (11-20)		
	11-15 yıl	17 (12-20)		
	16-20 yıl	18 (9-20)		
Otonomi	0-5 yıl	17 (11-20)	0,61	0,894
	6-10 yıl	16 (12-20)		
	11-15 yıl	16 (11-20)		
	16-20 yıl	17,5 (9-20)		

* p<0,05, Kruskall Wallis testi

Tablo 3.11'de Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin meslekteki toplam çalışma sürelerinin (p>0.05) etkili olmadığı belirlendi.

Tablo 3.12. Katılımcıların Çalıştıkları Birimi Seçme Durumları ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Çalıştıkları Birimi Seçme Durumu**	**Medyan (Min-Max)**	**Z**	**p**
Ahlaki Duyarlılık Anketi	Evet	78 (36-151)	-0,671	0,502
	Hayır	79,5 (39-95)		
Otonomi	Evet	20 (7-38)	-1,267	0,205
	Hayır	18 (11-28)		
Yarar Sağlama	Evet	12 (4-27)	-0,391	0,696
	Hayır	13 (6-17)		
Bütüncü Yaklaşım	Evet	12 (5-32)	-1,576	0,115
	Hayır	9,5 (5-20)		
Çatışma	Evet	12 (3-21)	-0,162	0,871
	Hayır	12 (5-15)		
Uygulama	Evet	13 (4-28)	-0,527	0,598
	Hayır	14 (7-17)		
Oryantasyon	Evet	10 (4-25)	-1,406	0,161
	Hayır	8 (4-13)		
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri	Evet	128 (76-155)	-1,064	0,287
	Hayır	122,5 (93-149)		
İnsan onuru	Evet	46 (24-55)	-0,576	0,565
	Hayır	43 (31-53)		
Sorumluluk	Evet	28 (15-35)	-1,587	0,113
	Hayır	26 (20-35)		
Harekete geçme	Evet	20 (10-25)	-1,906	0,057
	Hayır	18,5 (16-23)		
Güvenlik	Evet	17 (9-20)	-0,394	0,694
	Hayır	17 (12-20)		
Otonomi	Evet	17 (7-20)	-0,682	0,495
	Hayır	15,5 (11-19)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin bulunulan birimde çalışmayı seçme durumlarının etkili (p>0.05) olmadığı belirlendi.

Tablo 3.13. Katılımcıların Mesleki Eğitim Döneminde Etik Dersi Alma Durumu ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Etik Dersi Alma Durumu**	**Medyan (Min-Max)**	X^2	**p**
Ahlaki Duyarlılık Anketi	Evet	80 (36-151)	-0,377	0,706
	Hayır	75 (39-129)		
Otonomi	Evet	20 (7-38)	-1,065	0,287
	Hayır	18 (7-33)		
Yarar Sağlama	Evet	12 (4-27)	-0,423	0,673
	Hayır	12 (5-19)		
Bütüncü Yaklaşım	Evet	12 (5-32)	-0,963	0,336
	Hayır	13 (5-27)		
Çatışma	Evet	12 (3-21)	-0,583	0,560
	Hayır	13 (4-19)		
Uygulama	Evet	14 (4-28)	-0,303	0,762
	Hayır	12 (7-24)		
Oryantasyon	Evet	10 (4-25)	-0,851	0,395
	Hayır	10 (4-20)		
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	Evet	129 (76-155)	-1,258	0,208
	Hayır	124 (93-155)		
İnsan onuru	Evet	46 (24-55)	-0,929	0,353
	Hayır	44 (33-55)		
Sorumluluk	Evet	28 (15-35)	-1,827	0,068
	Hayır	26 (19-35)		
Harekete geçme	Evet	20 (13-25)	-0,815	0,415
	Hayır	20 (10-25)		
Güvenlik	Evet	17 (9-20)	-1,516	0,130
	Hayır	17 (12-20)		
Otonomi	Evet	17 (7-20)	-0,884	0,377
	Hayır	16 (12-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin mesleki eğitim döneminde etik dersi alma durumlarının etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.14. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlarda Etik ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	**Etik ile İlgili Eğitim Alma Durumu**	**Medyan (Min-Max)**	**Z**	***p***
Ahlaki Duyarlılık Anketi	Evet	80 (37-151)	-0,59	0,555
	Hayır	77 (36-127)		
Otonomi	Evet	21 (7-38)	-0,849	0,396
	Hayır	19 (7-37)		
Yarar Sağlama	Evet	12 (4-27)	-0,333	0,739
	Hayır	12,5 (4-23)		
Bütüncü Yaklaşım	Evet	13 (5-32)	-0,449	0,654
	Hayır	12 (5-24)		
Çatışma	Evet	12 (4-21)	-0,571	0,568
	Hayır	12 (3-18)		
Uygulama	Evet	14 (4-28)	-0,637	0,524
	Hayır	12 (6-28)		
Oryantasyon	Evet	10 (4-25)	-0,739	0,460
	Hayır	9 (4-20)		
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri	Evet	127 (76-155)	-0,285	0,775
	Hayır	126,5 (93-155)		
İnsan onuru	Evet	46 (24-55)	-0,059	0,953
	Hayır	45 (33-55)		
Sorumluluk	Evet	28 (15-35)	-0,437	0,662
	Hayır	28 (19-35)		
Harekete geçme	Evet	20 (13-25)	-0,656	0,512
	Hayır	20 (10-25)		
Güvenlik	Evet	17 (9-20)	-0,746	0,456
	Hayır	17 (12-20)		
Otonomi	Evet	17 (7-20)	-0,718	0,473
	Hayır	16 (11-20)		

* p<0,05, Mann Whitney U testi

Ahlaki duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda etik ile ilgili eğitim alma durumlarının etkili olmadığı (p>0.05) belirlendi.

Tablo 3.15. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlarda Etik ile İlgili Alınan Eğitim Türü ile Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=157)

Ölçekler	Alınan Eğitimin Türü	Medyan (Min-Max)	X^2	*p*
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	Hizmet İçi Eğitim	80 (43-151)	8,017	0,051
	Oryantasyon Eğitimi	84 (69-142)		
	Diğer	95,5 (87-104)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	70,5 (37-132)		
Otonomi	Hizmet İçi Eğitim	22 (8-38)	10,391	0,016 **Post hoc:** 1-4; p=0,027
	Oryantasyon Eğitimi	24 (13-32)		
	Diğer	26,5 (23-30)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	17 (7-34)		
Yarar sağlama	Hizmet İçi Eğitim	12 (4-27)	6,893	0,075
	Oryantasyon Eğitimi	15 (7-27)		
	Diğer	15 (14-16)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	10 (4-23)		
Bütüncü yaklaşım	Hizmet İçi Eğitim	13 (5-27)	2,488	0,477
	Oryantasyon Eğitimi	14 (8-32)		
	Diğer	14,5 (11-18)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	12 (5-32)		
Çatışma	Hizmet İçi Eğitim	13 (5-21)	16,963	0,001 **Post hoc:** 1-4; p=0,003
	Oryantasyon Eğitimi	15 (10-17)		
	Diğer	17 (15-19)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	10,5 (4-20)		
Uygulama	Hizmet İçi Eğitim	14 (4-28)	3,369	0,338
	Oryantasyon Eğitimi	15 (8-19)		
	Diğer	13,5 (13-14)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	12,5 (5-26)		
Oryantasyon	Hizmet İçi Eğitim	10 (4-25)	0,535	0,911
	Oryantasyon Eğitimi	10 (5-24)		
	Diğer	9 (9-9)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	9,5 (4-18)		
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri	Hizmet İçi Eğitim	131 (88-155)	5,38	0,146
	Oryantasyon Eğitimi	108 (97-144)		
	Diğer	120,5 (117-124)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	126 (76-155)		
İnsan onuru	Hizmet İçi Eğitim	47 (26-55)	6,916	0,075
	Oryantasyon Eğitimi	36 (33-52)		
	Diğer	45 (42-48)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	44,5 (24-55)		
Sorumluluk	Hizmet İçi Eğitim	28 (20-35)	5,253	0,154
	Oryantasyon Eğitimi	23 (21-31)		
	Diğer	27 (25-29)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	28 (15-35)		
Harekete geçme	Hizmet İçi Eğitim	20 (13-25)	6,742	0,081
	Oryantasyon Eğitimi	16 (15-23)		
	Diğer	17,5 (16-19)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	21 (13-25)		
Güvenlik	Hizmet İçi Eğitim	17 (11-20)	2,779	0,427
	Oryantasyon Eğitimi	17 (11-20)		
	Diğer	16 (16-16)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	17 (9-20)		
Otonomi	Hizmet İçi Eğitim	17 (7-20)	4,458	0,216
	Oryantasyon Eğitimi	14 (12-20)		
	Diğer	16,5 (16-17)		
	Hizmet İçi Eğitim ve Oryantasyon Eğitimi	16 (9-20)		

* p<0,05, Kruskall wallis testi, 1: Hizmet içi eğitim, 2: Oryantasyon eğitimi, 3: Diğer, 4: Hizmet içi eğitim ve oryantasyon eğitimi

Tablo 3.15. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin aldıkları eğitimin niteliği ile Ahlaki Duyarlılık Ölçeği'nin otonomi ve çatışma alt boyutundan aldıkları puan ortalaması üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı farklılık (sırasıyla

Z=10,391; p=0,016 ve Z=16,963; p=0,001) oluşturduğu belirlendi. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Bonferroni analizi sonuçlarına göre; hizmet içi eğitim alanların otonomi (p=0,027) ve çatışma (p=0,003) alt ölçek boyutu skorlarının, hizmet içi eğitim ve oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin skorlarına göre anlamlı yüksek olduğu belirlendi (p<0,05). Diğer Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutları üzerinde alınan eğitimin niteliğinin etkili olmadığı belirlendi.

3.4. Ölçekler Arası İlişkiler

Tablo 3.16. Katılımcıların çalıştıkları Ahlaki Duyarlılık ve Profesyonel Değerler Ölçeğinin Genel ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=157)

		İnsan Onuru	**Sorumluluk**	**Harekete Geçme**	**Güvenlik**	**Otonomi**	**Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği**
Otonomi	r	-0,081	-0,255	-0,099	-0,182	-0,028	-0,146
	p	0,311	**0,001****	0,215	**0,010***	0,728	0,068
Yarar sağlama	r	-0,077	-0,201	-0,095	-0,040	0,008	-0,097
	p	0,340	**0,021***	0,235	0,618	0,920	0,227
Bütüncü yaklaşım	r	-0,121	-0,275	-0,176	-0,241	-0,094	-0,209
	p	0,132	**0,002****	**0,005****	**0,005****	0,240	0,028
Çatışma	r	0,054	-0,091	0,025	0,025	0,144	0,019
	p	0,504	0,260	0,761	0,761	0,072	0,817
Uygulama	r	0,058	-0,102	0,008	0,008	0,110	0,021
	p	0,470	0,206	0,925	0,925	0,172	0,791
Oryantasyon	r	-0,260	-0,342	-0,252	-0,369	-0,197	-0,318
	p	**<0,001****	**<0,001****	**<0,001****	**<0,001****	0,033	**0,001****
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği	r	-0,090	-0,280	-0,174	-0,164	-0,008	-0,164
	p	0,261	**0,001****	**0,030***	**0,030***	0,926	**0,041***

**. p<0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı*. p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

Ameliyathane hemşirelerin genel ahlaki duyarlılıkları ile profesyonel değerleri arasında negatif yönlü doğrusal ilişki olduğu (r=-0,164;p=0,041) bulundu. Ahlaki duyarlılık düzeyinin oryantasyon alt boyutu ile hemşirelerin profesyonel değerlerinin genel ve tüm alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki bulunmakta olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (r=-0.260; p<0.001).

Profesyonel değerler ölçeğinin sorumluluk alt boyutunun; ahlaki duyarlılığın çatışma ve uygulama alt boyutu dışında diğer alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki

bulunmakta olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık (r: -280; p<0.001) bulundu (Tablo 3.16).

Tablo 3.17'de hemşirelerin ahlaki duyarlılık ölçeği skorlarını etkileyen bağımsız parametreler incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda hemşirelerin çalışma süresi (β=-1,498) değişkenleri ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Başka bir ifade ile hemşirelerin çalışma süreleri artması ahlaki duyarlılık ölçek skorlarına OR=-1,498 kat negatif yönlü etkisi olduğu anlaşıldı.

Tablo 3.17. Ahlaki Duyarlılık Ölçeğini Etkileyen Bağımsız Parametreler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**t**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Yaş	1,527	0,796	0,503	1,919	0,057
Cinsiyet	-1,794	5,900	-0,028	-0,304	0,761
Medeni durum	-5,086	6,938	-0,096	-0,733	0,465
Çocuk varlığı	6,902	7,945	0,128	0,869	0,386
Öğrenim durumu	-1,279	2,802	-0,041	-0,457	0,649
Çalışma güvencesi	-4,308	5,906	-0,074	-0,729	0,467
Çalışma süresi	-1,498	0,731	-0,552	-2,051	**0,042**
Mesleğini isteyerek seçme	1,999	4,706	0,037	0,425	0,672
Birimde çalışma	-5,652	7,724	-0,065	-0,732	0,466
Etik konusunda eğitim	2,596	5,468	0,042	0,475	0,636
Etik eğitimi alma	-2,808	4,730	-0,054	-0,594	0,554
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	-0,187	0,104	-0,149	-1,799	0,074
Model 1: R= 0,262; R^2= 0,068; Adjusted R= -0,011; F= 0,858; p=0,591					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

Tablo 3.18'de hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği skorlarını etkileyen bağımsız parametreler incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği skorunu hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin etkisi istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.18. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğini Etkileyen Bağımsız Parametreler Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Model	**Standardize olmayan katsayılar**		**Standardize katsayılar**	**t**	**p**
	B	**Std Hata**	**Beta**		
Yaş	0,156	0,646	0,065	0,241	0,810
Cinsiyet	-2,889	4,725	-0,058	-0,612	0,542
Medeni durum	0,674	5,572	0,016	0,121	0,904
Çocuk varlığı	-1,165	6,385	-0,027	-0,183	0,855
Öğrenim durumu	-0,301	2,247	-0,012	-0,134	0,893
Çalışma güvencesi	3,471	4,734	0,075	0,733	0,465
Çalışma süresi	-0,160	0,594	-0,074	-0,269	0,788
Mesleğini isteyerek seçme	3,132	3,766	0,072	0,832	0,407
Birimde çalışma	-7,565	6,170	-0,110	-1,226	0,222
Etik konusunda eğitim	-4,432	4,371	-0,091	-1,014	0,312
Etik eğitimi alma	0,586	3,796	0,014	0,154	0,877
Ahlaki duyarlılık ölçeği	-0,120	0,067	-0,152	-1,799	0,074
Model 1: R= 0,220; R^2= 0,049; Adjusted R= -0,033; F= 0,595; p=0,843					

* p<0,05, ** Çoklu regresyon analizi

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tamamına yakını (%83,4) kadın, çoğunluğu 36-45 yaş grubunda (%45,9), evli (%74,5), çocuğu olan (%75,8), devlet hastanesinde görev yapan (%68,2), 16-20 yıl (%19,1) çalışma süresine sahip, lisans mezunu (%63,7) ve mesleğini isteyerek seçen (%92.4) hemşireler olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan katılımcıların bulguları incelendiğinde mesleki deneyimi ve eğitim seviyesi yüksek, mesleğini kendi seçmiş, bilinçli hemşire profiline sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 3.1).

4.2. Ahlaki Duyarlık Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Etik duyarlılık son dönemde profesyonel meslekler için önemli bir ilgi alanı haline gelmiş (Çalışkur vd., 2012), etik duyarlılığı yüksek hemşirelerin mesleki profesyonel değerlerinde ve hastalara verilen hemşirelik bakımının kalitesini de arttırmaktadır (Kaya vd., 2012). Çalışmada ameliyathane hemşirelerinin etik duyarlılıklarının iyi (80,88±23,32) düzeyde olduğu bulundu (Tablo 3.2). Ülkemizde yapılmış çalışmalar incelediğinde; Basar ve Cilingir (2019) cerrahi yoğun bakım ünitesinde iyi (79.1±21.5), Boğa ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını 89 (75-101) yüksek olduğunu belirlemişler. Ancak Dikmen'in (2013) genel yoğun ünitelerinde, Zeynep ve ark (2017) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde etik duyarlılığın orta (89.77±19.43) olarak belirlemişler. Çalışmada ameliyathane hemşirelerinin diğer klinik alanlara göre çok fazla etik sorun yaşamaları, etik karar verme süreçlerinde rol almaları ve çoğunluğunun klinik alanda çok deneyimli ahlaki duyarlılıklarının gelişmesine bağlı etik duyarlılıklarının fazla olduğu kanısını uyandırmaktadır.

Literatüre genel olarak bakıldığında hemşirelerin etik duyarlılıklarının düzeyleri birçok değişkene bağlı olmakla birlikte çalışılan klinikle ilişkisi olmadığı düşünülmüştür (Ergene, 2012; Basar, 2019, Aslan ve ark., 2003). Hemşirelik alanında otonomi, hemşirenin bakım için karar vermesinin yanında yapmış olduğu uygulamalardaki bağımsızlığını ifade etmektedir. Bu durum hemşirelerin profesyonel anlamda mesleki becerilerini geliştirdiği gibi yapılan işten haz duyma, doyuma ulaşma, tükenmişlik duygusunun ve depresyon gibi kaygıların en aza inmesine de neden olmaktadır (Çam ve Büyükbayram, 2017). Bu çalışmada 36-45 yaş grubunda, etik ile

ilgili hizmet içi ve oryantasyon eğitimi alanların etik duyarlılığın otonomi ve çatışma alt boyutlarında anlamlı farklılık ($p<0.05$) belirlendi (Tablo 3.3, Tablo 3.5). Hizmet içi ve oryantasyon eğitimleriyle birlikte hemşirelerin otonomilerinin arttığı düşünülebilir. Yetim ve Beydağ (2015)'ın 166 hemşire, Karagözoğlu ve Kangallı (2009)'nın üç farklı hastanede görev alan 582 hemşire üzerine yaptıkları çalışmaların sonuçlarında, hemşirelerin otonomi düzeyleri orta olduğu bulunmuştur. Hastaların savunucusu rolünde olan ameliyathane hemşirelerinin otonomi alt boyutunun diğer alt boyutlardan daha fazla ön planda olması beklenen bir sonuçtur.

Çalıştıkları kurum ile ahlaki duyarlılık ölçeğinin çatışma oryantasyon alt boyutunda üniversite hastanesinde çalışan ameliyathane hemşirelerinde puan ortalamalarının daha yüksek olup anlamlılığa yakın sonuç elde edildi. Oryantasyon alt boyutunda özel hastanede çalışan hemşirelerin aldıkları puan ortalaması devlet ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu ve ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3.4). Ancak Tosun'un (2005) ve Pekcan'ın (2007) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kurum ile genel ahlaki duyarlılık toplam ve alt boyutlarında etkili olmadığı bulunmuştur. Bu durumun kurumlar arasındaki özlük haklarındaki farklılıklardan (ücret, izin hakları, iş güvencesi gibi) kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca bu durumun özel hastanelerde (özellikle kurumsal ve akredite olmuş olanlarda) hizmet içi eğitimin ve oryantasyon eğitiminin çok daha etkin ve kapsamlı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada yaşın ahlaki duyarlılık üzerinde etkili olmadığı ($p<0.05$) ancak yaş ilerledikçe ahlaki duyarlılığın arttığı bulundu. Ancak otonomi alt ölçek boyutunda 36-45 yaş aralığındakiler, oryantasyon alt boyutunda 18-25 yaş aralığında olanlar diğer yaş gruplarında yer alan hemşirelere göre düşük ortalamaya sahip olup anlamlı farlılık saptandı. Bu gruplarda ahlaki duyarlılık diğer yaş gruplarından daha yüksek belirlendi (Tablo 3.5). Tural Büyük ve ark., (2015) ile Öztürk ve ark., (2019)'da bizim sonuçlarımızla benzer sonuç bularak hemşirelerin yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Yine Kim, Park, You, Seo ve Han (2005)'ın, Aksu ve Akyol (2011)'un, Temiz ve ark., (2017)'nın, Kahriman ve Çalık (2017)'ın, Dikmen (2013)'nin, Pekcan (2007)'ın çalışmalarında ise hemşirelerin yaşla birlikte hemşirelerin etik duyarlılıklarının arttığı saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşanan deneyimler kişilerin olaylara/durumlara ilişkin farkındalıklarının artmasına bağlı ahlaki duyarlılık da gelişmektedir. Ayrıca hemşirelerin yaşla birlikte iş tanımlarını

kabullenmelerinde ve planlanan programa sadık kalmalarına önemli bir etki sağladığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada evli ameliyathane hemşirelerinin ahlaki duyarlılık, otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt ölçek boyutlarında ahlaki duyarlılıkları yüksek olmasına karşın çatışma alt ölçek boyutunda düşük bulundu (Tablo 3.6). Çocuk sahibi olanların daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu belirlendi. Tosun (2005) ve Taylan (2013)'ün çalışmalarında ise; yarar sağlama alt boyutunda evli hemşireler, bekar hemşirelerden daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Taylan (2013)'ın çatışma alt boyutunda ve Tosun (2005)'un çalışmasında yarar sağlama, uygulama ve toplamda çocuk sahibi olanların etik duyarlılığın yüksek olduğu belirtilmiştir. Anne ve baba olmak; aile ve toplumun değerlerini irdeleme, ahlaki değerlere göre çocuk yetiştirme sorumluluğunu gerektirmektedir. Bu bağlamda özellikle çocuk sahibi olan hemşirelerin toplam puan ve çoğu alt boyutunda anlamlı ölçüde daha fazla etik duyarlılık göstermeleri beklenen bir durumdur (Tablo 3.8).

Çalışmada yer alan hemşirelerin eğitim düzeyinin genel ahlaki duyarlılık toplam ve alt ölçek boyutlarında etkili olmadığı saptandı. Kim ve ark., (2005), Aksu ve Akyol (2011), Temiz (2017), Tural ve ark., (2015), Kahriman ve Çalık (2017), Öztürk ve ark., (2019) çalışmalarında da eğitim düzeyinin hemşirelerin genel ahlaki duyarlılık toplam ve alt ölçek boyutlarına herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Tablo 3.9). Elde edilen bu bulgunun çalışmada yer alan katılımcıların büyük çoğunluğun lisans mezunu olmasına bağlı istatiksel farkın ortaya çıkmaması ya da mesleki eğitimin genel ahlaki duyarlılık kazanımlarını elde etmede çok fazla etkin olmadığı, çalışmaya hayatında edinilen tecrübenin daha fazla etkilediğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalışma güvencesi ile etik duyarlılık arasında sadece oryantasyon alt ölçek boyutunda sözleşmeli hemşirelerin, kadrolu hemşirelerden daha fazla duyarlılığa sahip olduğu bulundu (Tablo 3.10). Tosun'un (2005) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalışma güvencesi ile genel ahlaki duyarlılık toplam ve alt boyutlarında etkili olmadığını belirlemiştir. Bizim elde ettiğimiz bu bulgunun literatürden farklı olmasını çalışmayı gerçekleştirdiğimiz hastanede her dört hemşireden birinin sözleşmeli olarak hastanelerde çalışmakta olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süreleri ileetik duyarlılık genel ve alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık olmadığı bulundu. Ancak çoklu regresyonda çalışma sürelerinin artması ile ahlaki duyarlılık ölçeği arasında anlamlı ilişki (β=-1,498) olduğu OR=-1,498kat negatif yönlü etkisi olduğu anlaşıldı

(Tablo 3.17). Tural ve ark.,(2015), Temiz (2017), Kahriman ve Çalık (2017) ve Öztürk ve ark., (2019) çalışmalarında da bizim sonuçlarımızla benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır.

Hemşirelik uygulamalarında etik üzerine yapılan önceki araştırmalar, hemşirelik öğrencilerini hemşire olarak gelecekteki rollerinde etik zorluklarla başa çıkmaya hazırlama ihtiyacını güçlü bir şekilde göstermiştir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin, hemşirelik eğitimi sırasında etik duyarlılık eğitimine ihtiyaçları vardır. Bu nedenle, Japonya'daki çoğu hemşirelik okulu tıp etiği ile ilgili zorunlu dersleri birleştirmiştir (Yamamoto ve ark., 2015). Çalışmada mesleki eğitim süresince etik konu hakkında eğitim alma durumu alma değişkeni ile hemşirelerin genel ahlaki duyarlılık toplam ve alt ölçek boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Ancak mezuniyet sonrası çalışılan kurumlarda etik ile ilgili eğitim almanın etkili olduğu bulundu. Başar ve Çilingir'in (2018) 160 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin % 68,1'inin etik konusunda eğitim aldığı; etik eğitimi alanların %51,4'ü eğitimi hatırlamadığı, % 46,9'u mezun olduktan sonra etik eğitimi alırken, etik eğitimi alanların % 84,0'nın hizmet içi eğitim kapsamında aldığı sonucuna ulaşmışlardır. Taylan (2013) ve Tosun'un (2005) çalışmalarında genel ahlaki duyarlılıkta etkili olmamasına karşın bütüncül yaklaşım alt boyutunda, eğitim alan hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak katılımcı hemşirelerin büyük kısmı lisans eğitiminde etik konusunda ders alırken, hizmet içi eğitimlerle etik konusunda eğitimin tekrarlandığı ve ameliyathanede çok fazla yaşanılan etik sorunlara bağlı etik karar verme süreçlerine bağlı ahlaki duyarlılıklarının gelişmesine bağlı anlamlı farklılık elde edildiği düşünülmektedir.

4.3. Profesyonel Değer Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane hemşirelerin Potansiyel Değerler Ölçeği'nin genel ve alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin iyi düzeyde olduğu (125,87±18,42) saptandı (Tablo 3.2). Ölçeğin insan onuru (45,00±6,99) ve sorumluluk (27,87±4,61) alt boyutunun, diğer alt boyutlarından daha yüksek bulundu. Shahriari ve Baloochestani (2014)'de İran'daki sekiz farklı hastanede lisans ve üzerinde mezuniyeti olan çalışan 150 hemşire üzerine gerçekleştirdikleri çalışmalarında profesyonel değerlerinin iyi olduğu, bakım uygulamalarında profesyonel değerlerin kullanımı ile pozitif bir bakış açısına sahip oldukları bildirilmektedir. Schank ve Weiss'in (2000) Amerika'da (173,66±19,43) ve İngiltere'de (173,56±17,36) eğitimci

hemşirelerde, profesyonel değer algılarının yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara incelendiğinde; Can'ın (2013) yaptığı çalışmasında profesyonel değerlerin iyi düzeyde (123,55±19,36), Orak'ın (2005) çalışmasında (181,05±21,17) yüksek düzeyde bulunmuştur. Orak çalışmasında insan onuru (44,05±7,24) ve sorumluluk (26,62±5,32) alt ölçek boyutları sonuçları çalışmamızın sonuçları ile paralel olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde, yurt dışında ve ülkemizde konu ile ilgili yapılmış olan ve araştırmamızdan elde edilen sonuçlar ile paralellik gösteren çalışmalara rastlanmıştır (Göriş ve ark., 2014; Orak, 2005; Leduc ve Kotzer, 2009; Kaya, 2013; Bulut, 2015). Çalışmamızda hemşirelerin profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olması, çalışmamızın sonuçları açısından olumlu bir bulgu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda çoklu regresyon analizinde ameliyathane hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin (çalıştıkları kurum, yaş, cinsiyeti, vb) genel profesyonel değerleri etkilemediği belirlendi ($p>0.05$).Ancak yaşla birlikte değerlerin arttığı bulundu. Literatüre bakıldığında (Kubsch ve ark 2008; Kaya'nın 2013; Can, 2013; Kaya, 2013; Shahriari ve Baloochestani, 2014; Bulut, 2015) yaşın profesyonel değerleri etkilediğine ilişkin çalışmalar olmasına karşın çalışma etkilemediğine ilişkin çalışmalarda vardır (Orak'ın 2005, Kaya'nın 2013, Göriş ve ark.,2014, Shahriari ve Baloochestani'nin 2014, Bulut'un 2015). Yine hemşirelerin cinsiyet değişkenleri ile profesyonel değerlerini etkilemediğini bildiren çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (Orak'ın 2005, Kaya'nın 2013, Shahriari ve Baloochestani,2014).

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumun toplam puan ortalamaları ve beş alt boyuta ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde, medeni durumun profesyonel değerler üzerinde etkili olduğunu belirtirken (Göriş ve ark., 2014; Orak, 2005; Kaya, 2013) bazı çalışmalarda (Öz ve Özyürek 2018, Dikmen ve arkadaşlarının 2014 ve Çelik Bekleviç 2019) ise bekar olan hemşirelerin, evli hemşirelere göre daha yüksek profesyonel değerlere sahip olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda örneklem grubuna dahil olan hemşirelerin medeni durumlarının bekar olanlara göre yüzdelik oranlarının daha fazla olması, evlilerin evin yönetimi ve çocuk bakımında üstlendikleri sorumluluk, otonomi, güvenlik ve harekete geçme alt boyutları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Profesyonel uygulamalarda yüksek eğitim temel gereklilikler içerisindedir. Hemşireliğin meslekleşmesi için gerekli eğitim tüm dünyada kabul edildiği üzere lisans eğitimidir. Bir meslek için gerekli bilgi ve yeteneğin yanında her mesleğin üyesi olan

bireylerin geliştirmek zorunda olduğu değerler, kurallar ve roller mevcuttur. Meslek eğitimleri bunları içermelidir ve bunlar mesleğin alt kültürü olarak tanımlanır ve bir mesleğin üyelerini diğer meslek gruplarından ayırt eder (Öztunç, 2012). Buna karşın çalışmamızda yer alan ameliyathane hemşirelerin eğitim durumlarının genel profesyonel değerleri ve tüm alt boyutlarını etkilemediği bulundu. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak; Orak'ın (2005) hemşireler üzerine gerçekleştirdiği çalışmasında, yüksek lisans öğrencisi/yüksek lisans mezunu/doktora öğrencisi hemşirelerin profesyonel toplam puanları, lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek, doktora öğrencisi hemşirelerin puanları ise diğer hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine Bulut'un (2015) hemşirelerin profesyonellik düzeylerini incelediği çalışmasında da, lisans üstü eğitime sahip hemşirelerin sağlık meslek lisesi (SML) ve ön lisans mezunu hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Konuyla ilgili olarak Can'ın (2013) çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeylerine göre profesyonel değerlerinin toplam ve dört alt boyut puanları arasında fark bulunmazken, otonomi boyutu puan ortalamalarının lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde diğer hemşirelere (SML, ön lisans) göre biraz daha yüksek olduğu, bunun da sebebinin, hemşirelerin eğitim seviyeleri arttıkça profesyonel kararlarında bağımsızlıklarını gösteren otonomiyi destekleyici mesleki değerlerini, biraz daha fazla algılamalarından kaynaklanmış olabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulguların literatürden farklı olarak bulunması; çalışma kapsamına dahil edilen hemşirelerin lisans mezunu sayısının yüksek, yaş aralığı, çalışma yılı açısından deneyimli ameliyathane hemşireleri olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmaların genel hemşirelik alanlarında yapılmış olmasının da farklı olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin bulundukları birimde çalışma kendileri seçme durumu ile profesyonel değerler ve alt boyutlarında anlamlı fark bulunmadı. Can'ın (2013) hemşirelerin mesleki değerlerini incelediği çalışmasında da, hemşirelerin mesleği isteyerek ya da istemeyerek seçmelerinin mesleki değerlerini etkilemediği görülmüştür. Bu sonuçlar dikkate alındığında, hemşirelerin mesleklerini istemeyerek seçmiş olmalarının, mesleki değerlerinin geliştirilmesine olumsuz etkisinin olmadığı düşünülebilir.

4.4. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılıklar ve Profesyonel Değerler Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Hemşirelik bakımı temelde zarar vermeme-yarar sağlama, özgecilik, eşitlik ve adalet ilkelerine dayanan, hümanistik ve holistik bir kavram olması açısından doğal olarak etik bir süreçtir. Hemşireler hizmet verdiği bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, etnik kökeni, kültürü, manevi değerleri, dini inançları ne olursa olsun kendi kararlarını alabilme yetilerini değerlendirip sözel ve sözel olmayan tüm davranışlarının farkında olmalı ve bu davranışları yorumlayabilmelidir (Kim ve diğerleri, 2005; Schluter, Winch, Holzhauser ve Henderson, 2008). Hemşireler mesleki uygulamalarının her boyutunda insan-insana bir ilişki içinde oldukları için bu ilişki aynı zamanda etik bir ilişkidir. Hemşire, insanı en değerli varlık olarak görüp, onun yaşamına, onuruna, bireysellik ve bütünlüğüne, değer ve rollerine saygı duyarak hizmet vermek durumundadır. Bu anlamda hemşirelerin ahlaki duyarlılığın yüksek olması profesyonellik düzeyini arttırmaktadır. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerin genel ahlaki duyarlılıklarının profesyonel değerleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Ahlaki duyarlılık ve profesyonel değerleri birlikte inceleyen çalışmalara rastlanmamasına bağlı genel teorik bilgilere göre çalışma sonuçlarımızın literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir.

4.5. Sonuç ve Öneriler

Araştırmada ameliyathane hemşirelerinin etik duyarlılıkları ve profesyonel değerlerinin genel ve alt boyutlarının iyi düzeyde olduğu saptandı. Etik duyarlılıkları oryantasyon ve bütüncü, profesyonel değerlerin insan onuru ve sorumluluk alt boyutlarının daha öncelikli olduğu bulundu.36-45 yaş grubunda, etik ile ilgili hizmet içi ve oryantasyon eğitimi alanların etik duyarlılığın otonomi ve çatışma alt boyutunda etkili olduğu, yaş ve çalışma yılı artıkça etik duyarlılık ve profesyonel değerlerin arttığı belirlendi. Ancak eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, çalışılan birim ve mesleği isteyerek seçmenin etik duyarlılık ve profesyonel değerleri etkilemediği saptandı. Ameliyathane hemşirelerinin etik duyarlılıkları ile profesyonel değerleri arasında negatif yönde zayıf ilişki bulundu.

Hemşirelerin etik sorunları tanıma ve çözüm sağlamada mezuniyet öncesi eğitim programlarının güçlendirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının yaş grupları ve deneyim süresi göz önüne alınarak yapılması ve uzmanlık eğitimlerini

(yüksek lisans, doktora) yapmaları yönünde desteklerin profesyonel değerler ve bakımın kalitesini artırmada yararlı olacağı önerilebilir.

KAYNAKÇA

Acaroğlu, R., Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 10-16.

Açıkgöz, G. (2015). Hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin ve profesyonellik davranışlarının belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H., Özkan, DS. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği, *Yönetim Bilimleri Dergisi,* 9(2), 239-259.

Akay, M. (2008). Hemşirelikte otonomi, *Vakıf Hastanesi Dergisi*, 13(4), 24-26.

Akdur, R. (2013). *Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi*. Anadolu Sağlık Meslek Liseleri Hemşirelik Bölümü, Songür Eğitim Hizmetleri, Ankara.

Aksu, T., Akyol, A. (2011). İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri,* 19(1), 16-24.

Alidina, K. (2013). Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 128.

Altun, İ. (2012). *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı*. İçinde: Aştı TA ve Karadağ A (editörler). Etik ve değerler, 1. Baskı, Pasifik Ofset/Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 113-122.

Arda, B.,Pelin, SŞ. (1995). Tıbbi etik: tanımı, içeriği, yöntemi ve başlıca konuları, *Ankara Tıp Mecmuası*. 48, 323-336.

Arens, A., Elder, J., Beasley, M. (2006). *Auditing and Assurance Services*. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall, Inc.

Avcı, K. (2007). Pediatri alanında hemşirelerin etik sorunların çözümüne yönelik yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

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

Aydın, E., Ersoy, N. (1994). Tıbbi etik'te adalet ilkesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 2(2), 61-70.

Aydın, E., Ersoy, N. (1995). Tıp etiği ilkeleri, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*. 3(2), 48-52.

Aydın, İ. (2006). *Eğitim ve öğretimde etik*, İkinci baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara.

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

Basar, Z., Cilingir, D. (2019). Evaluating ethical sensitivity in surgical intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 26(7), 2384-2397.

Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi,* 52(1), 76-81.

Başçakal, Z., Kılıç, M. (1997). Pediatrik ameliyathane hemşireliğinde etik sorunlar, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13(1), 137-152.

Beauchamp, TL., Childress, JF. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Edition. New York: Oxford University Pres, Inc.

Beerman, M. C. (1997). The nurse's role in bioethics, *AORN Journal*, 65(5), 923-926.

Boğa, SM., Sayilan, AA., Kersu, Ö., Baydemir, C. (2020). Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses, *Nursing Ethics,* 27(3), 673-685.

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Kohan, M., Fazael, M. (2010). Comparssion of the moral resoning ability of nurses and nursing students at kerman university of medical sciences in dealing with ethical problems. *J Med Ethic History Med.* 4, 74-6.

Botes, A. (2000). A Comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing*. 32(5), 1071-1075.

Bulut, BS. (2015). Hastane hemşiresinin profesyonellik düzeyinin değerlendirilmesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Burkhardt, MA., Nathaniel, AK. (2013). *Çağdaş hemşirelikte etik.* (Çev. Alpar Ş, Bahçecik, N. ve Karabacak, Ü.) 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 20-200.

Butts, JB.,Rich, KL. (2016). *Nursing Ethics: Across The Curriculum and into Practice*. Fourth Edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning.

Cambridge Dictionary Sözlük, Erişim: (https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce/value). Erişim tarihi: 16.03.2020.

Can, Ş. (2013). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Cerit, B. (2010). Hemşirelerin profesyonellik davranışları ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Cevizci, A. (1999). *Felsefe sözlüğü.* Üçüncü baskı, Paradigma Yayınları, İstanbul.

Cherie, A., Mekonen, AH., Shimelse, T. (2005). *Introduction to professional nursing and ethics*. The Ethiopia Public Health Training Initiative, Ethiopia.

Chinn, PL., Kramer, MK. (2014). *Knowledge development in nursing-e-book: theory and process*. Elsevier Health Sciences.

Cin, MO. (2004). Tıp etiği ve cezai sorumluluk. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Çalışkur, A., Demirhan, A., Bozkurt, S. (2012). Değerlerin belirli meslek alanları ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 219-236.

Çam, O., Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 8(2), 118-126.

Çelik Bekleviç, A. (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisi: Zonguldak ili örneği, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.

Çelik S., Ünal Ü., Saruhan S. (2012). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi,* 20(3), 193-199.

Çelik, S. (2010).Hemşirelerin profesyonellik davranışlarının iş doyumuna etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Dalcalı, BK., Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 24(1), 1-9.

Daşbilek, F. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Demir Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım Usta, Y., Umur, S., Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 17(3), 158-164.

Demir, S., Yıldırım, NK. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 5(1), 25-32.

Dempsey, J. (2009). Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *Journal of Clinical Nursing,* 18, 838-848.

Dikmen, Y. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 2(1), 1-7.

Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 113-119.

Dobrowalska, B., Wronska, I., Fidecki, W., Wysokinski, M. (2007). Moral obligations of nurses based the ICN, UK, Irısh and polish codes of ethics for nurses. *Nursing Ethics*, 14(2), 171-180.

Doğan, S., Karataş, A. (2011). Örgütsel etiğin çalışan memnuniyetine etkisi üzerine bir araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 37, 1-40.

Elçigil, A., Bahar, Z., Beşer, A, Mızrak, B., Bahçelioğlu, D. ve ark. (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 52-60.

Erbil, N., Bakır, A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 290-302.

Ergene, Z. (2012). Ethical sensitivities of nurses working in psychiatry clinics. Master's dissertation, Institute of Medial Sciences, Halic¸ University, Istanbul.

Erkus, G., Dinc, L. (2017). Turkish nurses' perceptions of Professional values. *Journal of Professional Nursing*, In Press Corrected Proof, 1-7.

Ersoy, N., Aydın, E. (1994). Tıbbi Etik'te "Yararlılık İlkesi". *Türkiye Klinikleri*. 2, 57-60.

Ersoy, N. (1998). *Hemşireliğe Etik Yaklaşımlar*, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. tip.kocaeli.edu.tr/.../Hemsirelige_etik_yaklasimlar.doc.

Ertuğ, N., Aktaş, D., Faydali, S., Yalçin, O. (2014). Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital settings. *Acta Bioethica*, 20(2).

Forester-Miller, H., Davis, TE. (2016). Practitioner's Guide to Ethical Decision Making. American Counseling Association, *The Center for Counseling Practice, Policy and Research*. 1-6.

Gökçen, C., Zengin, S., Oktay, MM., Alpak, G., Al, B., Yıldırım, C. (2013). Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anatolian Journal of Psychiatry,* 14, 122-128.

Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 5(3), 137-142.

Gurkova, EC., Ap, J., Zıakova, KD., Urıskova, M. (2012). Job satisfaction and emotional subjective well-being among Slovak nurses. *Int Nurs Rev,* 59(1), 94-100.

Güngör, E. (2000). *Değerler psikolojisi üzerinde araştırmalar*, Üçüncü basım, Ötüken Yayıncılık, İstanbul.

Hakko, A., Kıvanç, MM. (2018). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etik davranışlar oluşturma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3), 227-232.

Hills, MD. (2002). Kluck hohn and Strodtbeck's values orientation theory. *Online readings in psychology and culture*. 4(4), 3.

Hisar, F., Karadağ, A., Kan, A. (2010). Development of an instrument to measure Professional attitudes in nursing students in Turkey. *Nurse Education Today*, 30(8), 726-730.

http://www.tdk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 19.03.2020).

Işık, G., Çetişli, NE., Tokem, Y., Yılmaz, D., İlhan, A. (2018). Hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerlerinde kuşaklararası farklılıklar, *HSP*, 5:72-80.

Johnson, JS. (2007). Organizational justice, moral ıdeology, and moral evaluation as antecedents of moral intent, *Doctor of Philosophy in Human Development*. Falls Church, Virginia.

Kacaroğlu Vicdan, A. (2010). *Hemşirelikte Profesyonellik*, Maltepe Üniversitesi Ders notları.

Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, Ş., Öztürk, E. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 4(1), 12-18.

Kahriman, İ., Çalık, KY. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(3), 111-121.

Kanan, N., Aksoy, G. (1999). Ameliyathane hemşireliğinde etik sorunlar, *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 434-438.

Kanan, N. (1999). *Ameliyathanede Etik Sorunlar*. II. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu İzmir: E.Ü. Basımevi, 2001:37-43.

Kanbay, A. (2010). Hemşirelerin iş doyumu ve örgütsel bağlılığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Kantek, F., Kaya, A. (2017). Professional values, job satisfaction, and intent to leave among nursing managers. *Journal of Nursing Research*, 25(4), 319-325.

Karagözoğlu, Ş., Kangallı, P. (2009). Autonomy levels among nurses: Professional institutional factors that affect autonomy. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(5), 1085-1097.

Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 8-15.

Kaya, A. (2013). Antalya il merkezi hastanelerindeki yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ile iş doyum düzeylerinin incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

Kaya, A., Boz, İ. (2019). The Development of the professional values model in nursing. *Nursing Ethics,* 26(3), 914-923.

Kaya, H., Işık, B., Şenyuva, E., Kaya, N. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 18-26.

Kennedy-Schwarz, J. (2000). The ethics' of Instict: Trust your gut but use your head, *Am J Nurs,* 100(4), 71-73.

Kesgin, A. (2009). Etik Üstüne. *Dini Araştırmalar.* 12(35), 143-160.

Kılınç, E., Aydın, A. (2017). Disiplin yönetiminin yönetsel etik açıdan incelenmesi: bir kamu üniversite hastanesi örneği, *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 11-22.

Kırılmaz, H., Kırılmaz, SK. (2014). Sağlık hizmetlerinde etik ikilemlerde ampirik etik çalışmalarının yararları, *İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, 1(1), 35-44.

Kim, YS., Park, JW., You, MA., Seo, YS., Han, SS. (2005). Sensitivity to ethical ıssues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics,* 12, 595-605.

Köktürk Dalcalı, B., Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *F.N. Hem. Derg,* 24(1), 1-9.

Kubsch, S., Hansen, G., Eatwell, VH. (2008). Professional values: The case for RN-BSN completion education. *J Contin Educ Nurs.* 39(8), 375-384.

Kuçuradi, I. (2003). Etik ve etikler. *Türkiye Mühendislik Haberleri,* Sayı: 423.

Küçük, N. (2016). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin profesyonel benlik algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Leduc, K., Kotzer, MA. (2009). Bridging the gap: A comparison of the Professional nursing values of students, new graduates and seasoned professionals. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 279-284.

Lutzen, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *NursingEthics*,13(2), 96-187.

Malak, B., Üstün, B. (2011). Hemşirelerin sosyotropi otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-16.

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

Miller, BK., Adams, D., Beck, LAA. (1993). Behavioral inventory for Professional is min nursing. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 290-95.

Miller, BKA. (1988). Model for professionalism in nursing. *Today's OR Nurse*. 19 (9), 18-23.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2015). Meslek etiği ve ilkeleri, *Sağlık Hizmetleri*, Ankara.

Milliken, A. (2018). Nurse ethical sensitivity: an integrative review. *Nursing Ethics*. 25(3), 278-303.

Morsümbül Ş. (2014). Değerlerin kuşaklar arası değişimi: Ankara örneği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

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

Oğuz, NY. (2008). Tıp etiğinde temel ilkeler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Ojienda, T., Juma, K. (2011). *Professional ethics*, First Edition, Law Africa.

Orak, NŞ. (2005). İstanbul ilindeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Orak, NŞ., Alpar, ŞE. (2012). Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Marmara Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 22-31.

Orgun, F. (2008). Byrd'ın hemşirelere yönelik etik duyarlılık testi'nin geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Öcal, D. (2018). Etik iklimin çalışanların tükenmişlik düzeyine etkisi: mersin ili kamu kurumlarında bir alan araştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Öz, M., Özyürek, P. (2018). Cerrahi hemşirelerinin profesyonel değer algıları ve örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 113-122.

Özdamar, B. (2018). The influence of ethical blindness on organizational citizenship behavior in organizations. Master's Thesis. Dokuz Eylül University Graduate School of Social Sciences, İzmir.

Özen, Y. (2014). Değerlerin kişilik ve kimlik kazanımındaki rolü. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 1 (4), 167-181.

Öztunç, G. (2012). Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı, İçinde: Aştı TA ve Karadağ A (editörler). Hemşireliğin Doğası, 1. Baskı. İstanbul, Pasifik Ofset/kademi Basın ve Yayıncılık, 25-36.

Öztürk, EA., Şener, A., Koç, Z., Duran, L. (2019). Factors influencing the ethical sensitivity of nurses working in a university hospital. *Eastern Journal of Medicine*, 24(3), 257-264.

Pekcan, HS. (2007). Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1-75.

Pieper, A. (2012). *Etiğe Giriş*. 2. Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

Rassin, M. (2008). Nurses professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15(5), 615-630.

Ravari, A., Bazargan-Hejazi, S., Ebadi, A., Mirzaei, T., Oshvandi, K. (2012). Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses. *Nursing Ethics*, 20(4), 448-458.

Registered Nurses Association of Ontario. (2007). Professionalism in nursing. healthy work environments best practice guidelines. registered nurses association of ontario. Toronto, RNAO. Erişim: (https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Professionalism _in_Nursing.pdf). Erişim tarihi: 18.03.2020.

Rest, JR. (1982). A psychologist looks at the teaching of ethics. *The Hastings Center*. 29-36.

Robertson, D., Snarey, J., Ousley, O., Harenski, K., Bowman,FD., Gilkey, R., Kilts, C. (2007). The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care. *Neuropsychologia.* 45(4), 755-766.

Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 15(4), 275-282.

Sarı, N. (2007). *Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı*, İstanbul Üniversitesi Matbaası.

Sayiner, MA. (2005). Yönetsel etik kavramının örgütlerde uygulanması, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Schank, MJ., Weiss, D. (2000). Exploring commonality of professional values among nurse educators in the United States and England. *Journal of Nursing Education,* 39(1), 41-44.

Schermerhorn, JR., Hunt, JG., Osborn, RN. (1994). *Managing organizational behavior*. 5.Edition. Von Hoffmann Press.

Schluter, J., Winc, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, 15(3), 304-321

Shahriari, M., Baloochestani, E. (2014). Applying professional values: the perspective of nurses of Isfahan hospitals. *J Med Ethics Hist Med.* 7(1), 1-7.

Şen, HT.,Yılmaz, FT. (2012). Hemşirelik ve etik karar verme süreci. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 25, 94-97.

Şendir, M. (2012). *Hemşirelik felsefesi*. Atabek-Aştı, T., Karadağ, A. (Ed). Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 104-112.

Şentürk, ES. (2013). Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. İstanbul, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 10-69.

Şenyuva, E. (2018). Inter generational differences in the personal and Professional values of nurses. *Nursing Ethics*, 25(7), 939-950.

Şimşek, MŞ., Akgemci, T., Çelik, A. (2011). *Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış*, 7. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi.

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

Taylan, S. (2013). Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 1-86.

Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş. G., Akyolcu, N ve ark. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 83-89.

Terakye, G., Ocakçı, AF. (2013). *Etik konulardan seçmeler*, 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 20-49.

Torabizadeh, C., Darari, F., Yektatalab, S. (2018). Operating roomnurses' perception of professional values. *Nursing Ethics*, 26(6), 1765-1776.

Torjuul, K., Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine; ethical difficulties in the process of care in surgical units, Psilosophical and Ethical Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 404-413.

Tosun, H. (2005). Sağlık bakım uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1-147.

Tosun, H. (2018). Ahlaki duyarlılık anketi (ADA): Türkçe geçerlik ve güvenirlik uyarlaması, *Çağdaş Tıp Dergisi,* 8(4), 316-321.

Tural Buyuk, E., Rizaral, S., Güdek, E. (2015). Ethical sensitivity, job satisfaction and related factors of the nurses working in different areas. *Progress in Health Sciences*, 5(1), 138-149.

Türk Hemşireler Derneği (THD). *Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar*, Türk Hemşireler Derneği, Ankara. 2009.

Vural, H., İnanç, N. (2000). Hemşirelikte hatalı uygulamaların ve etik tartışmaya yol açabilecek olayların öyküsel vakalarla incelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi,* 42(2), 159-164.

Weaver, K. (2007). Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research, *Nursing Ethics*. 14(2), 141-155.

Wynd, CA. (2003). Current factors contributing to professionalism in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-61.

Yamamoto, M., Washio, M., Iribe, H. (2015). The present status of nursing ethics education in Japanese nursing colleges and schools: a survey. *J Jpn Nurs Ethics.* 7(1), 77-85.

Yazıcı, M. (2014). Değerler ve toplumsal yapıda sosyal değerlerin yeri, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(1), 209-223.

Yetim, S., Beydağ, KD. (2015). Nazilli Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörler, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 2(2), 67.

Yıldırım, G. (2008). Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kuramsal etik çalışması yapanlardan bekledikleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

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