



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ YOĞUN BAKIM
HEMŞİRELERİNDE ETİK DUYARLILIĞIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zehra BAŞAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

TRABZON-2017

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zehra BAŞAR'ın hazırladığı "Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

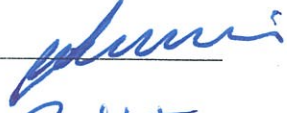
.....

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

.....

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

.....

Tarih:/....../2017

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/....../2017 tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

...../...../2017

Zehra BAŞAR

İthaf

Yüksek lisans tezim olan bu çalışmayı, hayatımın her aşamasında büyük fedakarlıklar ve desteklerini hissettiğim, her zaman yanımda olan anneme, babama ve kardeşlerime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışması sürecinde bilgi ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen danışman hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR’e,

İstatistik analizinde katkılarından dolayı Öğr. Gör. Hande ŞENOL’a,

Eğitimim sürecinde emeği geçen tüm öğretim elemanlarına,

“Ahlaki Duyarlılık Anketi’nin” Türkiye geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan Yrd. Doç. Hale TOSUN’a,

Çalışmanın yürütülmesine olanak sağlayan hastane yönetimlerine,

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşirelerine teşekkürlerimi sunarım.

Zehra BAŞAR

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****BEYAN****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****viii****ŞEKİLLER DİZİNİ****ix****KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ****x****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Etik Tanımı

6

4.1.1. Etik İle İlgili Kavramlar

7

4.1.1.1. Ahlak

7

4.1.1.2. Etik Değer

7

4.1.1.3. Etik Kod

8

4.1.1.4. Etik Kural

8

4.1.1.5. Etik İkilem

8

4.1.1.6. Norm

8

4.1.1.7. Biyoetik

8

4.1.1.8. Klinik Etik

9

4.1.1.9. Tıp Etiği

9

4.1.2. Etik Türleri

9

4.1.3. Etik Teoriler

10

4.1.4. Etik İlkeler

11

4.1.5. Etik Duyarlılık

15

4.2. Yoğun Bakım

16

4.2.1. Yoğun Bakım Türleri ve Özellikleri

18

4.2.2. Yoğun Bakım Hemşiresi

21

4.2.3. Yoğun Bakımda Kritik Hasta Bakımı

23

4.2.4. Cerrahi Yoğun Bakıma Gereksinimi Olan Hastalar

25

4.2.5. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

26

4.2.6. Yoğun Bakımda Hasta Bakım Etiği	27
4.2.7. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Etik Sorunlar	27
4.2.8. Yoğun Bakım Hemşiresinin Etik Duyarlılığı	32
5. GEREÇ ve YÖNTEM	33
5.1. Araştırmanın Tipi	33
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	33
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
5.4. Veri Toplama Araçları	33
5.4.1. Hasta Bilgi Formu	33
5.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)	34
5.5. Hasta Bilgi Formu'nun Ön Uygulaması	35
5.6. Veri Toplama Yöntemi	35
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	35
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
5.10. Araştırma Planı	36
6. BULGULAR	37
7. TARTIŞMA	55
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
8.1. Sonuçlar	62
8.2. Öneriler	66
9. KAYNAKLAR	68
10. EKLER	79
10.1. Ek 1. Hemşire Tanıtım Formu	79
10.2. Ek 2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)	80
10.3. Ek 3. Kurum İzinleri	82
10.4. Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	86
11. ETİK KURUL ONAYI	88
12. ÖZGEÇMİŞ	91

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyutları	34
Tablo 2. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Bilgileri	38
Tablo 3. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Durumuna İlişkin Bilgiler	39
Tablo 4. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İlgili Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bilgiler	40
Tablo 5. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İkilemle Karşılaşmasına İlişkin Bilgiler	41
Tablo 6. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Oluşmasında Etkili Olan Etmenler	42
Tablo 7. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin ADA Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları	42
Tablo 8. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Bilgilerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	44
Tablo 9. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Durumuna Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	47
Tablo 10. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Eğitim Alma Durumlarına Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	51
Tablo 11. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İkilemle Karşılaşma Durumlarına Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	53

ŞEKİLLER DİZİNİ**Şekil****Sayfa****Şekil 1.** Araştırma Planı**36**

KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ**Kısaltmalar**

AACN	American Association of Critical-Care Nurses
ADA	Ahlaki Duyarlılık Anketi
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Min-Max	Minimum- Maximum
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
SS	Standart Sapma
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
THD	Türk Hemşireler Derneği
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

Semboller

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskall Wallis Varyans Analizi
p	Test Değeri
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
$\bar{X}$	Ortalama
Z	Mann Whitney U Test

1. ÖZET

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi

Çalışma, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı. Araştırma Trabzon İl merkezi içinde yer alan dördü Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı hastaneler, biri üniversite hastanesi ve biri özel hastane olmak üzere toplamda altı kurumun cerrahi yoğun bakımlarında çalışan 160 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen “Hemşire Tanıtım Formu” ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanıldı. Cerrahi yoğun hemşirelerinin ADA toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre, etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puanı ile çalışılan kurum, meslekte çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, kurumlar ve çalışanlar arasında etik duyarlılık farkının giderilmesine yönelik eğitimler ve çalışmaların düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi yoğun bakım, etik, etik duyarlılık, yoğun bakım hemşireliği

2. SUMMARY

Evaluation of the Ethical Sensibility in Surgery Intensive Care Nurses

The study was made descriptively to assess the ethical sensitivity in surgery intensive care nurses. The study was carried out with the participation of 160 nurses employed in the intensive care units of a total of six institutions in the centre of Trabzon, four of them are affiliated hospitals of Public Hospitals Administration General Secretary, a university hospital and a private hospital. The data was collected by using “Nurse Introduction Form” and “Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ)”. In the assessment of the data; percentage, average, standard deviation, median, minimum and maximum values, importance test of difference between two averages, variance analysis, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis Variance Analysis were used. It was determined that the ethical sensitivity of surgery intensive care nurses was on average level according to MSQ total points and sub dimension point averages. A statistically meaningful difference was found between MSQ total points of surgery intensive care nurses and their institution, employment period in the job and employment period in intensive care unit ($p<0.05$). According to the results derived from the study, organization of trainings and studies to fulfil the ethical sensitivity difference between the institutions and the employees can be advised.

Key Words: Surgery intensive care, ethic, ethical sensitivity, intensive care nursing

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Cerrahi yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamayı amaçlayan, ortam ve çalışma düzeni yönünden kendine özgü özellikleri olan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat hastanın yaşamsal göstergelerinin gözlendiği, tedavisinin yapıldığı ve multidisipliner ekibin hizmet sunduğu klinikler olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşireleri, multidisipliner ekibin en önemli üyelerini oluşturmaktadır (1-3).

Girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu cerrahi yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakım alan hastaların, üniteye yatış süresince bireyselleştirilmiş kaliteli bakımı almaları doğrultusunda, cerrahi yoğun bakım hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Cerrahi yoğun bakım hemşiresinin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için yüksek düzeyde bilgi ve beceri, doğru ve hızlı karar verme ve aldığı kararları uygulamaya aktarma yeteneğine sahip olması gerekmektedir (4-7).

Cerrahi yoğun bakım hemşiresi, hizmet sunulan ortam, hastaların özellikleri ve yapılan girişimler nedeni ile karmaşık ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan ve etik karar vermeyi gerektiren birçok durumla karşılaşabilmektedir. Hastaların tedavi ve bakımı konusunda sağlık ekibinin diğer üyeleri ve kurum arasında yaklaşım farkı bulunması, hasta haklarının korunması, terminal dönemdeki hastanın bakımı, bilgilendirilmiş onam, sınırlı kaynakların eşit paylaşımı ve meslektaşların etik dışı tutumları cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları bu durumlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle, hemşirelik uygulamalarında hasta haklarının korunabilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için karşılaşılan etik sorunlara yönelik etik bir bakış açısı geliştirilmesi gerekmektedir (8-11). Gjerberg ve arkadaşlarının çalışmasında (12), malzeme yetersizliğine bağlı olarak hemşirelerin %37'sinin psikososyal bakıma ilişkin etik ikilem yaşadıkları ve %22'si'nin yetersiz hemşirelik bakımı verdikleri saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da, hemşirelerin yoğun bakımda çalıştıkları süre boyunca etik sorun yaşadıkları ve etik sorunlarını çözemedikleri bildirilmektedir (3, 8, 12).

Etik sorunların tanınabilmesi ve doğru kararların alınabilmesi için, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin, etik sorunları ayırt edebilmesini sağlayan etik duyarlılığa sahip olması gerekir. Duyarlılık ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, hasta ya

da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması olarak algılanmaktadır. Etik duyarlılık, etik karar verme sürecinde de önemli bir rol oynamaktadır. Etik duyarlılık, etik ikilemlerin belirlenmesi ve farklı çözümlerin içindeki uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir (13, 14). Etik duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi yoğun bakım ünitelerinde de etik sorunları çözme, sorunlara açıklık getirme, yapılan eylemi haklı çıkartma ya da yaşanan bir etik ikilemi önleyebilmeyi amaçlamaktadır. Hastaların bakımı ve tedavisi konusunda hekimler arasındaki fikir farklılıkları, hemşirelerin değer sistemleri ve kurumdaki uyumsuzluklar, kurumsal baskılar, hemşirenin uygun ahlaki durumları yerine getirmesinin kısıtlanması, hemşirenin onurunun korunması, hasta haklarının korunması, hastanın sağlık hizmeti almasını engelleyecek maddi konular, aydınlatılmış onam, sağlık bakım personellerinin etik ya da yasa dışı uygulamaları ve tutumları gibi durumlar cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (15-17).

Etik bir ikilem ile karşılaşan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin, bireysel değer ve inançlarına açıklık kazandırılması ve felsefesini geliştirmesi, yasalar ve profesyonel etik kodlar konusunda bilgi sahibi olması, etik ilkeleri sahiplenme gibi önemli stratejiler geliştirmesi ve etik ikilemlerin yaşanması durumunda en doğru kararı verebilmesi etik duyarlılıklarının gelişmiş olmasına bağlıdır. Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilmekte, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemekle devam ettirilebilmektedir (18-20).

Sağlık ve teknoloji alanındaki ilerleme ve gelişmelerle birlikte sağlık bakım ortamlarında ortaya çıkan etik sorunlar da sürekli değişim göstermektedir. Buna paralel olarak, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları önceden görebilecek bilgi ve duyarlılığa sahip olmaları ve evrensel etik ilkeler rehberliğinde çözüm geliştirmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığın belirlenmesi, mesleki gelişimlerine ve kendilerini gerçekleştirmelerine katkıda bulunmasının yanı sıra hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyebilecektir.

Literatür incelendiğinde, Türkiye’de hemşirelerin etik duyarlılığına ilişkin çalışmalar bulunmakla birlikte, mevcut çalışmaların sayıca az olduğu belirlendi ve cerrahi yoğun bakım hemşireleri ile ilgili yapılan bir çalışmaya ise rastlanamadı.

Araştırma bu bilgilerden yola çıkılarak, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Etik

Etik sözcüğünün kökü Latince “ethico” kelimesinden türetilmiştir. Yunancada etik terimi “karakter” anlamına gelen “ethos, ethice” (alışkanlık, töre, gelenek) sözcüğünden gelmektedir (6, 21-23). Ayrıca etik, moral ve ahlak kelimeleri ile aynı anlamda dile getirilmektedir (22). Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre etik, “töre bilimi” olmakla birlikte “çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması ya da kaçınması gereken davranışlar bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle de, etik teriminin bireyden bireye, toplumdan topluma değiştiği düşünülmektedir (24-26). Günlük kullanımda ise etik, bireylerin toplum içerisindeki davranışlarının nasıl olması gerektiğini belirleyen; bireylerin sorumluluklarını, ödevlerini, yükümlülüklerini yapması ve kaçınması gereken durumları belirleyen ahlak ilkelerinin tümü olarak ifade edilmektedir (27-29).

Etik, günlük yaşamda “moral” olarak belirtilen toplumsal ahlak ve “morality” olarak iyi ahlaklı anlamına gelen ifadelerle karıştırılmaktadır. Burada ahlak ve ahlak felsefesi olan etiğin ayrımını yapmak gerekmektedir. Etiğin bir “ahlak felsefesi”, ahlakın ise etiğin araştırma konusu olması etik ile ahlakın arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Etik, değerlerle ilgilenirken ahlak ise bu değerlerin uygulanması ile ilgilenmektedir. Ahlak; iyiyi, kötüyü, doğruyu, yanlış, haklıyı ve haksızı birbirinden ayıran kurallardan oluşmaktadır. Etik ise ahlakın kurallarını ve ahlaka konu olan sorunları ele alan ve ilkeleri belirleyen felsefenin bir dalıdır; bireylerin sergilediği davranışların nasıl olması gerektiğini ele almaktadır. Bununla birlikte etik, evrensel kurallardan oluşurken ahlak yöresel kurallardan oluşmaktadır. Başka bir tanımla ahlak yaşamda var olan durumlardır. Etik ise, yaşamdaki bu durumların analiz edilmesini, bunlara karşı fikir yürütmeyi ifade etmektedir (25, 27, 30, 31).

Toplum içindeki bireylerin, başkalarını etkileyecek şekilde davranışları ve tutumları harekete geçirmeleri ve bunları düşünme süreçleri etiğin gereğidir. Bireylerin birbirleri, toplumlar, gruplar ve örgütler ile kurdukları doğru ilişkileri araştırma ve bunlarla ilgilenen bir disiplindir. Bireyin davranışlarında örnek aldığı ahlaki kurallara uygun olarak nasıl davranması gerektiğini belirlemede yol gösteren ilkelere zamana bireyin herhangi bir uygulamada karar alırken belirli standartlara ve ilkelere

bağlı kalmasını gerektiren felsefî bir süreçtir. Yaşanan toplumda bilimsel ve teknolojik gelişmeler de dahil olmak üzere birçok mesleki boyutta davranışların, yapılan uygulamaların belirli bir ahlaki boyutta gerçekleşmesi için etik felsefesine ihtiyaç duyulmaktadır (18, 27, 28, 32, 33).

4.1.1. Etik ile İlgili Kavramlar

4.1.1.1. Ahlak

Ahlak; bireylerin sahip oldukları değerlerinin sonucu olarak sergiledikleri durum ve davranışları, vermiş oldukları kararları ifade etmektedir. Ahlak erdem, hak ve sorumluluklarla birlikte iyi, kötü, doğru, yanlış gibi kavramları içine almaktadır. Bireylerin gelenek, görenek ve dini inançlarını da yansıttığı bilinmektedir (23). Ayrıca “moral” kelimesiyle belirtilen ahlak, belirli bir toplumda yaşayan insanların değer yargılarını, norm ve ilkelerini, uymaları gereken kurallarını göstermektedir. Ahlakın toplumdan topluma hatta bireyden bireye değişiklik göstermesi, göreceli bir kavram olduğunu ortaya koymakta ve bireylerin niyet ve vicdanları ahlakın nasıl yansıtılacağını belirlemektedir. İyi niyet, dürüst ve bireylere yardım gerektiren ahlakı, iyi vicdan ise bireylere eşit davranan ve işkence yapmayan ahlakı yansıtmaktadır. Sonuç olarak, bireylerin davranışları ahlakın konusunu oluşturmakta, vicdan ve iyi niyet ise etiğin unsurları arasında sayılmaktadır (26, 31, 34).

4.1.1.2. Etik Değer

Türk Dil Kurumu’na göre değer, “Bir ulusun sahip olduğu sosyal, kültürel, ekonomik ve bilimsel değerlerini kapsayan maddi ve manevi öğelerin bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Etik değer ise, toplumun belirli kesimleri tarafından olumlu ya da olumsuz olarak nitelendirilen durumları ifade etmektedir. Ayrıca etik değer, herhangi bir şeyin, durumun, nesnenin ya da varlığın bireyler tarafından önemini belirtmekte, toplum içindeki durum ve davranışlara yol gösterici özellikte olup davranışların düzenlenmesinde gerekli olan kuralların temelini oluşturmaktadır. Toplumda benimsenen değerlerde farklılıkların ortaya çıkması beraberinde etik sorunların da oluşmasına zemin hazırlamaktadır (1, 22, 35, 36).

4.1.1.3. Etik Kod

Etik kod, belirli konulardaki etik kuralların topluluğu olarak bilinmektedir. Toplumsal yaşamın belirli bir düzen içerisinde olmasını, neyin doğru ve neyin yanlış olduğunun belirlenmesini sağlayan toplumsal değerler bulunmaktadır. Toplumsal normlar, toplum düzeninin sağlanması için gerekli olan ideal davranış ve tutumları, onaylanan ve yapılması istenen davranışları ya da onaylanmayan ve yapılması istenmeyen davranışları ifade etmektedir. Etik kodlar, davranışların düzenlenmesinde soyut ve genel nitelikli olup vicdanda doğrudan hissedilmeyen ödev ve yükümlülüklerdir (22, 37).

4.1.1.4. Etik Kural

Etik kurallar, etik ilkeler temel alınarak oluşturulan ve daha belirgin nitelikteki somut yargılardır. Örneğin mesleğin gerçekleştirilmesi için gerekli özellikler ve şartlar mesleğe ilişkin etik kurallardır. Bunun yanı sıra, mesleğin uygulanmasıyla ilgili etik kurallar da bulunmaktadır (1, 22).

4.1.1.5 Etik İkilem

Etik ikilem, herhangi bir durumla karşılaşıldığında istenmeyen birden fazla seçeneğin olması, bu seçeneklerin aynı anda uygulanamaması ya da seçenekler arasında etik olarak uygun olmayan bir durumun varlığı söz konusu olabilir. Buna bağlı olarak seçenekler arasında karar vermenin güç olmasıdır. Diğer bir ifadeyle etik ikilem, karar verilmesi gereken iki durum arasında yaşanan karmaşadır. Aynı zamanda, etik ve ahlaki değerlerin çatışması şeklinde de tanımlanabilmektedir (30, 38-41).

4.1.1.6. Norm

Norm, bireylerin davranışlarındaki doğru ve yanlış ayrımının yapıldığı ölçü ve kuralları ifade etmektedir. Normlar, bireylerin karşılaştıkları bir durumda neyi yapıp, neyi yapmaması gerektiğini ortaya koyması yönünden yol gösterici olarak görülmektedir (34).

4.1.1.7. Biyoetik

Tıp ve biyoloji alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmelerin, yeniliklerin beraberinde meydana getirmiş olduğu etik alanındaki araştırmalardır. İlk ve en gelişmiş meslek etiği olarak “biyoetik” ifade edilmektedir. Bu alanlarda görülebilecek etik

sorunlara karşı nasıl davranılması gerektiğini belirtmekle birlikte, verilen kararlar açısından da yol gösterici olmaktadır. Özellikle tıbbi, bilimsel, teknolojik gelişmelerin artması, organ naklinin daha fazla gündeme gelmesi ve yoğun bakım alanındaki ilerlemelerle birlikte geleneksel tıp yetersiz kalmaya başlamış ve biyoetik ile birlikte daha kapsamlı olarak etik kavramı ele alınmıştır. Biyoetiğin tıbbi uygulamalarıyla klinik etik ilgilenirken, bunun yanında kurumsal, sağlık ve çevre etiği gibi alanları da bulunmaktadır. Ayrıca biyoetik bitkiler, hayvanlar, tüm canlılar ve etik konularla ilgilenmektedir. Görüldüğü gibi farklı bilimlerle iç içe ve bağlantılı olması nedeniyle disiplinler arası bir bilim olma özelliğine sahiptir (26, 30, 31, 34, 42).

4.1.1.8. Klinik Etik

Klinik etik, hastanın tedavisi sırasında, bakım ve gerekli tanılama işlemlerinin uygulanması aşamasında etikle ilgili meydana gelen sorunları tespit etmektedir. Ayrıca klinik etik, tespit edilen etik sorunların giderilmesi için de uygun girişimlerde bulunmaktadır (30).

4.1.1.9. Tıp Etiği

İnsan sağlığı ile ilgili tanı ve tedavi gibi tıbbi uygulamalarda etikle ilgili sorunların meydana gelmesi, bunların fark edilmesi, belirlenmesi ve bu sorunların ortadan kaldırılması ve engellenmesine yönelik çözüm yollarının geliştirilmesiyle ilgilenmektedir. Tıp etiği, meslek etikleri arasında sayılmakta ve ilkeleri Hipokrat'a kadar dayanmaktadır (1, 26, 30).

4.1.2. Etik Türleri

Etik temel olarak normatif (kuralcı) ve normatif olmayan etik olarak iki şekilde incelenmektedir. Buna göre;

1. Normatif Etik: Normatif etik, metaetik ve uygulamalı etik arasında köprü niteliğindedir. Doğru ve iyiyi irdeleyen geleneksel etik anlayışı normatif etik olarak görülmektedir. Ahlaki olarak kabul edilen davranışların neler olduğunu ve bu davranışların oluşmasında nelerin etkili olduğunu belirler. Normatif etik tarafından konulan kurallar; bireylere yol göstericidir, kullanılacak normları belirler ve sorumluluklarının bilincini kazandırır. Ayrıca normatif etik, hangi davranışların etik olarak “iyi ya da kötü”, “doğru ya da yanlış” olduğunu ortaya koyar, ahlaki olarak

doğruyu yanlıştan ayırt etmeyi amaçlar. Normatif etik, “doğru/ yanlış, iyi/ kötü nedir?” ve “nasıl davranılması gerekir?” gibi sorulara açıklık getirmeye çalışır (4, 6, 39, 42-44).

2. Normatif Olmayan Etik: Normatif olmayan etik kapsamında betimsel (tanımlayıcı) etik ve metaetik yer alır.

- *Betimsel (Tanımlayıcı) Etik:* Bilimsel ya da materyalist yaklaşımın ahlak alanında uygulanmasıdır. Betimsel etik, toplumda yaşayan bireylerin davranışlarını ve o toplumun değerlerinin ne düzeyde doğru ve uygun olduğunu inceler. İnançları ya da davranışları tanımlar, analiz eder ve ortaya koyar. Betimsel etik, ahlakın bilimsel olarak incelenmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Betimsel etik, bireylerin davranışlarının, değerlerinin ve inançlarının altında yatan nedenin araştırılmasını ve incelenmesini sağlamaktadır (4, 6, 39, 42-44).
- *Metaetik:* Analitik ve eleştirel etik olarak da bilinmektedir. Metaetik, ahlaki tutum ve davranışları, kavramları mantık açısından inceler, ahlaki yargıların anlamlarını analiz eder. Metaetik ahlaksal yaklaşımı temel almakta ve ahlak felsefesinde günümüzdeki çağdaş yaklaşımı ifade etmektedir. Metaetik “Niçin iyi?” ya da “biz belirli bir eyleme iyi ya da doğru derken ne demek istiyoruz?” gibi soruların altta yatan nedenlerini inceler. Ayrıca metaetik, davranışlara anlam verme gibi konuları içine alır. Bununla birlikte metaetik, toplumdaki sorunları inceleyerek, yorumlayarak ve doğruyu araştırarak ahlak felsefesinde yerini almaktadır (4, 6, 39, 42-44).

4.1.3. Etik Teoriler

Etik teoriler, teolojik ve deontolojik olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Bu teorilerin anlaşılması hemşirelerin karşılaştıkları sorunlarda doğru karar vermesini sağlamakta ve sorunların çözümünde yol gösterici olmaktadır. Bu teoriler (43);

1. Teolojik Teoriler: İlk kez 1776 yılında David Hume tarafından tanımlanmış sonrasında da çok sayıda filozof tarafından geliştirilmiştir. Bu teoriye göre, çok sayıda bireyin iyiliği önemslenmektedir. Eldeki olanakların triyaj uygulamasında olduğu gibi yarar sağlayacak çok sayıda kişiye sunulmasını öngörmektedir. Bulunan kaynakların az sayıda kişi yerine çok sayıda kişinin yaşamını kurtaracak şekilde ayrıştırılması gerekmektedir.

2. *Deontolojik Teoriler:* Immanuel Kant, 1724-1728 yıllarında bu teoriyi geliştirmiştir. Eylemlerin sonuçlarının iyi ya da kötü olmasından çok yapma isteğinin iyi olmasını temel alır. Bireyin mesleğindeki sorumluluklarını ve görevlerini yapması “doğru”, yapmaması ise “yanlıştır”. Hemşirelik mesleğinde de deontolojik yaklaşım benimsenmektedir.

4.1.4. Etik İlkeler

Herhangi bir düşüncenin, görüşün etik olarak kabul edilebilmesi için belirli ilkelerle desteklenmesi gerekir. Bu nedenle, toplumlarda yaşayan bireylerin sahip oldukları etik değerlerinin işlevsellik kazanarak uygulamaya geçirilmesi amacıyla etik ilkeler ortaya çıkmıştır (39, 42).

Bireylerin düşünme aşamasında başvurduğu ahlaki yargılar “etik ilke” olarak tanımlanır. Etik ilkeler, uygulamalarda bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümü ve ikilemlerin giderilmesi açısından gerekli olup, uygulamalarda ve davranışlarda bireylere yol gösterici kurallar niteliğindedir. Genel olan ve dayatmacı olmayan bu ilkeler yardımıyla bireylerin içinde bulundukları kültürel ve sosyal duruma bağlı olarak da değerlendirme yapılabilmektedir. Bireylere uygulamalarında rehber görevi gören bu ilkeler, etik ikilemlerin giderilmesini sağlamak ve sahip olunan hakların ve değerlerin ortaya çıkmasına yardımcı olmaktadır (29, 39, 45).

Hemşirelik mesleği sürekli insan ile iletişim halinde ve iç içe olan profesyonel ekip üyelerinden oluşan değişim ve gelişime açık olmasının yanında, etik kurallara ve ilkelere sahiptir. Bu ilkeler, hemşirelerin çalışma alanlarında yaptıkları bakım, tedavi ve uygulamalarında sorunlarla karşılaştıkları ve ikileme düştükleri durumlarda karar vermelerine yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda etik ilkeler, hemşirelere mesleki sorumluluk getirmekle birlikte onlara rehber olarak da katkı sağlayacaktır. Etik kararın verilmesinde yol gösterici, rehber niteliğinde olan bu ilkelerin hangisinin kullanılacağı, neye daha fazla ağırlık verileceği konusunda o anki duruma ve içinde bulunulan koşullara göre karar verilerek ilkeler arasında tercih yapılmalıdır. Aksi halde ilkelerin çatışmasıyla karşı karşıya kalınacaktır (18, 29, 42).

Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından 2009 yılında “Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar” düzenlenmiştir. Buna göre, “zarar vermeme- yararlılık, özerklik-bireye saygı, adalet ve eşitlik ve mahremiyet ve sır saklama ilkesi” olarak dört temel

ilke yer almaktadır. Bu etik ilke ve sorumlulukların tanımlanması ile hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken etik ilkelere özen göstermeleri ve toplum açısından bilgilendirilmesinin artırılmasını ve doğrunun yanlıştan ayırımına etik açıdan dikkat çekilmesi amaçlanmıştır (38, 42, 46).

Zarar Vermeme- Yararlılık İlkesi: Sağlık uygulamalarında, hasta ve hemşire ilişkilerinde bireye yapılanların o bireye yarar sağlayacak uygulamalar olması gerekmektedir. Zarara neden olabilecek herhangi bir durum var ise ortadan kaldırılması ve bu durumun sürekliliğinin sağlanması esas alınır. Ayrıca, zararın tamamen engellenmesi de bireyin iyilik halinin devamı için gerekir (4, 15, 38, 46).

Tarihte bu ilkenin temellerinin Hipokrat'a dayandığı düşünülmektedir. Hipokrat, “önce zarar verme (primum non nocere)” diyerek zarar vermeme ilkesini dile getirmiştir. Hipokrat bu ifadeyle, hastaların iyileşmesi için doğanın gücünün etkili olduğunu ve çalışanlara düşen görevin ise bu güce engel olacak uygulamaların yapılmaması olduğunu belirtmiştir. Bu durum, zarara neden olabilecek uygulamaların yapılmamasının yanında yarar sağlayacak uygulamaların yapılmasını ve bunun ihmal edilmemesini de gerektirmektedir. Günümüzde yarar sağlama ilkesi daha öncelikli hale gelmiştir. Yarar ve zarar düşünüldüğünde birey için hangisi yararlı, hangisi zararlı ortaya konularak zarara göre daha çok yarar sağlayacak uygulamalar yapılmalıdır. Yarar sağlama kapsamında bireyin yaşamının değerli olduğu ve korunması gerektiği vurgulanmaktadır. Zarar vermeme-yararlılık ilkesi bilgisizlik, deneyimsizlik, dikkatsizlik ve ihmal gibi nedenlerden ortaya çıkabilecek zararın önüne geçmeyi; yalnızca yarar sağlamak yerine zarardan da kaçınmaya ve zarara neden olabilecek durumların engellenmesini hedefleyen bir ilkedir. Hemşire hastanın yararını sağlayacak uygulamalara öncelik verir, onu korur, destekler ve zarar durumunun önlenmesini sağlayarak hastaya bakım sağlar (26, 39, 42).

Hastaya yapılan uygulamalarda, hemşireler bazı durumlarda kararsız kalabilmektedir. Zarar vermeme-yararlılık ilkesi, hasta birey için faydalı olan ne ise onun yapılması için hemşireye yol gösterici niteliğindedir. Hemşirelerin hastaya yarar sağlayacak en iyi olan bakımı yapma sorumluluğu vardır. Gerekli durumlarda uygun girişimlerle zarar önlenmelidir. Hemşire bilgi birikimi, etik yaklaşımı ve profesyonelliğiyle hastalıkların önlenmesi, düzeltilmesi ve sağlığın geliştirilmesini

sağlamalıdır. Bu ilke ile bireye yarar sağlarken zarar da önlenecektir. Sonuç olarak, toplumun sağlığı korunarak toplumun daha da gelişmesine katkı sağlanacaktır (38, 42, 46).

Özerklik-Bireye Saygı İlkesi: Özerklik, dışarıdan gelen baskılar altında kalmadan, özgür ve bağımsız bir şekilde karar verme ve karara yönelik girişimlerde bulunabilme anlamına gelmektedir. Bireyin kendi değer yargılarına göre bir şeyin yapılmasına izin vermesi ve bunun sonucunda işlemin gerçekleştirilmesi gereklidir. Burada hastaya bilgilendirme yapılması ve sonucunda hastanın gönüllü olarak karar vermesi özerklik gereğidir. Başka bir ifadeyle, bireyin/ hastanın özgür bir şekilde düşünmek, kendi düşüncesiyle kendi başına karar vermek ve kendisi için yapılacak uygulamalarda kendisinin son sözü söylemek hakkıdır. Aynı zamanda özerklik, bireyin kendi yapacakları ve başka bir kişi tarafından kendisine yapılacaklar konusunda kendi fikrinin alınarak değer yargılarına özen gösterilerek uygulamaların yapılmasını ifade etmektedir. Özerk birey saygındır ve kendi hedefleri, tercihleri doğrultusunda karar verme yeteneği vardır. Ayrıca seçimlerini kararlarını özgür bir şekilde gerçekleştirebilmelidir (26, 42).

Bireyin özerkliğine saygı ile birlikte hemşirelik uygulamalarında bireyin kendisi ile ilgili uygulamalarda yeterince bilgilendirilmesi ve hastanın rızasının alınarak uygulamaların gerçekleştirilmesi esas alınır. Ancak bazen hastanın hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle özerk bir şekilde hareket edilemeyebilmekte ve hemşire karar verici olarak kendini görebilmektedir. Bu nedenle, hemşire özerkliğe saygı ilkesi doğrultusunda hastanın yeterli bilgiye sahip olduğundan emin olmalıdır (38, 39, 42).

Hastaya durumu anlayabileceği şekilde, açık sözlü ve gerçeklerin gizlenmeden söylenmesi, mahremiyete saygı gösterilerek söylenenlerin yerine getirilmesi, her uygulamada ayrı izin alınması, bilgi verildikten sonra kararın ona bırakılması ve durumu hakkında bilgi almak istemiyorsa da bu isteğine de saygı duyulması gerekmektedir. Aksi halde bireyin yeterince bilgilendirilmemesi nedeniyle kendisi ile ilgili doğru karar verememesi, değerlerine ve seçimlerine dikkat edilmemesi özerkliğinin hasar görmesine neden olacaktır. Özerklik ve bireye saygı ilkesindeki bu gereklilik bilgilendirilmiş (aydınlatılmış) onam ile başlamaktadır. Aydınlatılmış onam,

hastanın durumu hakkında bilgi vermek; uygulanacak tedavi veya bakımın nasıl olduğu, yararlarının ve zararlarının neler olabileceğinin açıklanması, anlatılan bu bilgilerin hasta tarafından doğru bir şekilde anlaşılması ve hastanın tedavi ya da bakımı kabul etmesi ya da reddetmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Bu durum, bireye ve insan haklarına olan saygının yanında hasta hakları ve yasalara olan saygının da göstergesidir. Hastanın durumu, tedavisi ve bakımı ile ilgili gerekli bilgilerin bireyin anlayabileceği şekilde anlaşılabilir ve açık olması gerekmektedir. Bilgilendirme, herhangi bir kültürel ve eğitim düzeyi farklılığı gözetmeksizin bilgilendirme anlaşılır bir şekilde yapılmalıdır. Aynı zamanda birey etik ve sahip olduğu haklar konusunda da bilgilendirilmelidir. Bireyin tam olarak özerklik gösterebilmesi için bakım sürecinde hemşirenin onu desteklemesinin önemi büyüktür (15, 22, 33, 38).

Adalet ve Eşitlik İlkesi: Adalet kelime olarak doğru olmak, hakkın elde edilmesi ve kazanılması anlamına gelmektedir. Adalet ve eşitlik ilkesi, bireylerin sahip olduğu hakların neler olduğunu, bunların araştırılması ve uygulama aşamasında yorumlanmasını ele almaktadır. Bununla birlikte sağlık hakkı, bireylerin doğuştan sahip olduğu, devredilemez ve ertelenemez bir hak olup adil olarak herkesin bu haktan yararlanması gerekmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesine göre, "Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" (22, 39, 42, 47).

Adalet ve eşitlik ilkesi, sağlık hakkı ile ilgili olarak her bireyin/ hastanın eşit sağlık hakkı alması temeline dayanır. Bu ilkeye göre, her hastaya adil olarak bakım ve tedavi sağlanmalıdır. Mevcut koşullarda, elde bulunan kaynaklar ve olanaklar çerçevesinde her birey eşit ve hakkı bir dağılım sonucunda adaletli bir şekilde sağlık hakkını almalıdır. Adalet ve eşitlik ilkesi, gerek elde bulunan kaynaklar, malzemeler gerekse hemşire yönünden aynı tanımlı ve gereksinimleri aynı olan hastaların eşit bir şekilde yararlanmasını ve tedavi almasını öngörmektedir (4, 15, 38, 39, 46).

Adalet ve eşitlik ilkesi, herkesin eşit haklara sahip olduğu bilincinde olup yaş, cinsiyet, dil, din, inanç, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal durum ayrımı yapmamayı gerektirir. Hemşire, hastalara sunduğu bakımda herhangi bir ayrım, üstünlük

gözetmeksizin bütün hastalara eşit ve adil olarak bakım vermelidir. Bunun yanında, hemşire mesleki uygulamalarında kendi bireysel çıkarını da gözetmeyerek hastaya adaletli olacak şekilde profesyonel bir hemşirelik sergilemelidir. Toplum olarak düşünüldüğünde de toplumun bütün kesimlerine tıbbi kaynaklar, bakım ve sağlık hizmeti adaletli ve eşit olarak verilmelidir. Bu ilke, uygulamalarda sınırlı sayıdaki kaynakların kullanımı konusunda rehber olmaktadır. Aynı zamanda, hemşirelere eşit bakım verme sorumluluğunu da yüklemektedir (22, 38, 39, 42, 46).

Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi: Bireyin mahremiyetine dikkat etmenin temelinde bireyin özerkliği ve bireye olan saygı yer almaktadır. Hasta bilgilerinin yalnızca hastanın yararı için kullanılmasını, gerekli olmadıkça ve hastanın onayı olmadan üçüncü şahıslara hasta ile ilgili bilgilerin paylaşılmamasını kapsar. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte hasta bilgileri bilgisayar üzerinden görülmektedir. Bu nedenle, bu bilgilerin gizliliğinin sağlanmasına dikkat edilmelidir. Bu bilgiler, hastanın bakımına katkı sağlayacak durumlarda kullanılmalıdır. Yine hastaya ilişkin bilgiler herkese açık ortamlarda ve hastanın güvenini sarsacak şekilde tartışılmamalı ve bilgilerin gizliliğine önem verilmelidir. Hasta ile hemşire arasındaki ilişkilerde hastanın mahremiyetine saygı göstermek ve dikkat etmek hastanın hemşireye olan güvenini artıracaktır ve sonuç olarak bu durum bakımın etkinliğinin artmasına da neden olacaktır (4, 15, 38, 46).

Sağlık bakımında bireylere yasal olarak gizliliğin garantisi sağlanmıştır. Buna bağlı olarak, hastaya ilişkin tedavi ve sonuçlar, hastanın bakım ve tedavisi sırasında fiziksel mahremiyeti, hastanın ruhsal olarak içinde bulunduğu durum ve sosyal yapısı hastaya özeldir ve gizliliğinin sağlanması gereklidir. Bu durum, hasta mahremiyetine ve de bireye olan saygıyı ortaya koyar. Bu nedenle hemşire kendisinin ya da başka bireylerin yaşamsal tehlikesi olan durumlar dışında, hastaya ilişkin bilgilerin paylaşımını hastanın kendi onayı olmadan yapmamalıdır. Hemşire, bildirilmesi zorunlu olan durumlarda ise, hastaya yönelik gelişebilecek olumsuz durumlara karşı tedbirler almalıdır (15, 22, 38, 46).

4.1.5. Etik Duyarlılık

Etik, bütüncül bir anlayışı içermektedir. Bütüncül anlayışın “Dört Bileşenli Modeli”; etik duyarlılık, etik karar, etik motivasyon ve etik eylemi içermektedir. Etik

duyarlılık, sağlıklı ya da hasta bireyde var olan durumun anlaşılması ve yorumlanmasıdır. Başka bir deyişle, etik sorunun varlığının ve etik boyutunun saptanmasıdır. Var olan etik sorunların farkında olma yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (17, 39, 48-50).

Etik duyarlılık, etik olarak doğru olanın ne olduğunu bilmek, yapılan eylemlerin doğruluğundan emin olmak, karşılaşılan etik sorunları ortaya koymak ve yaşanan ikilemleri önlemektir. Etik sorunların fark edilmesi, doğru kararların alınması ve en uygun davranışların uygulanması gerekir. Kısacası duyarlılık, etik konusunda bilinçli olmak ve uygulamalarda bunları yapmaya özen göstermektir (8, 18, 28).

Lützn ve arkadaşları ahlaki duyarlılığı bireysel bir kapasite olarak tanımlamaktadır (51). Hemşirenin hastada görülen sözlü ya da sözsüz değişimlerin farkında olması ve yorumlaması, davranışlarındaki ipuçlarını yakalaması gereklidir. Bu aşamada bireyin sahip olduğu cinsiyet, manevi değerler, cinsellik, kültür, din, yetiştirme tarzı, eğitim ve yaş gibi özellikleri etkili olmaktadır. Hemşirenin etik sorunu ayırt edebilmesi ve sorunun çözümünde en doğru kararı alabilmesi ve uygulayabilmesi için etik duyarlılığının gelişmiş olması gerekir. Bunun için ise, var olan etik sorunun ayırımında öncelikle etik değer ve ilkelerin neler olduğu bilinmelidir. Etik olarak doğru olanın karar verilmesi aşamasında hemşirenin çok dikkatli ve bilgili olması gerekir. Hemşire etik ilkenin ne olduğunu, var olan sorunun ne olduğunu, istenilen sonucu ve hasta için en uygun yöntemin ne olduğunu analiz edebilmelidir. Var olan etik sorunun ortaya konması, karşılaşılabilecek sonuçların neler olabileceği ve bu probleme yönelik en uygun tutum ve davranışın ne olması gerektiği hemşirenin sahip olduğu etik duyarlılığa bağlıdır (20, 52, 53).

Etik karar verme sürecinde birey öncelikle kendi gözlemlerinden ve bilgisinden yararlanır. Daha sonra karşısındaki bireyin değer yargılarını, tutum ve davranışlarını tanır, o bireye saygı duyar ve onu olduğu gibi kabul eder. Böylece etik karar verme sürecinde objektif olma yolunda gidilmiş olur. Bu durum etik duyarlılık yolunda empatik yaklaşımın ve objektif olmanın önemini ortaya koymaktadır (6, 39).

4.2. Yoğun Bakım

Yoğun bakım üniteleri farklı kritik hastaların bakım ve tedavisinde kullanılan teknolojik cihaz ve ekipmanın bulunduğu alanlardır. Buna bağlı olarak, bu birimlerde

alıřan hemřireler her an dođruyu yanlıřtan ayırarak seçim yapmakla, daha fazla yarar sađlayanı ya da aynı etkiye sahip iki seçenekten birini seçmekle karřı karřıya kalmaktadırlar. Bu řekilde hemřire etik ikileme içine dűřebilmektedir. Hemřirenin bu durumdan kurtularak, hasta için en dođru kararın verilebilmesi için, yeterli bilgiye sahip olması ve etik duyarlılıđının geliřmiř olması gerekir. Genel olarak bakıldıđında, hemřireler için iř yűkű ve stresin fazla olduđu ortamlar olan yođun bakımlarda çalıřan hemřirelerde duygusal tűkenme ve duyarsızlařmaya bađlı etik duyarlılıđın da olumsuz yűnde etkilendiđi gűrűlmektedir. Buna bađlı olarak da, etik duyarlılıđın azalması hastaya sunulan bakımın etik olarak uygunsuz olmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hemřirelerin sahip olduđu etik duyarlılıđın deđerlendirilmesi bűyűk űnem tařımaktadır (12, 16, 54, 55).

Yoğun bakım, herhangi bir yaralanma ya da hastalığa bağlı kısmen ya da tamamen etkilenen organ/sistem fonksiyonlarının tedavi edilmesi için gerekli destek tedavilerin sağlanması, hastalık nedenlerinin ortadan kaldırılarak tedavi edilmesi ve hastanın yaşamının devamı için yapılan uygulamaları tanımlamaktadır (56-58). Zehirlenmeler, ağır hastalık nedeniyle hemodinamisi bozulmuş hastalarda şok, felç ve koma gelişmesi, travma ve ameliyat nedeniyle tahmin edilemeyen komplikasyonların gelişmesi durumuyla karşılaşan hastaların yoğun bakıma gereksinimleri bulunmaktadır (59-62).

Yođun bakım űnitelerinde yođun bakıma gereksinimi olan hastalara tedavi ve bakım uygulanmaktadır. Yođun bakım űniteleri ileri teknoloji ve karmařık biyomedikal cihazların kullanıldıđı, yařamsal bulgularının 24 saat sűrekli izlendiđi, bilgi donanımının ve iyi bir performansın ortaya konuđu, multidisipliner ekip çalıřmasının gerekli olduđu űzelleřmiř alanlardır (63). Bu űnitelerde, solunum ve dolařımı destekleyen tedavilerin uygulanabilmesi için gerekli olan farklı tıbbi cihaz ve donanımlar bulunmaktadır. Yođun bakım hastalarının yařam bulguları sűrekli olarak monitűrizasyon ile takip edilmektedir. Kalp ya da solunum durması halinde resűsitasyon uygulaması yapılabilmekte, defibrilatűr ve acil gerekli ilaçlar her an hazır konumda bulunmaktadır. Ayrıca hastanın gereksinimine gűre endotrakeal entűbasyon da yapılabilmektedir (64-67).

4.2.1. Yoğun Bakım Türleri ve Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri ortamı, hasta popülasyonu, uygulanan tedavi ve girişimler yönünden diğer ünitelerden farklıdır. Yoğun bakımlarda temel ayırım dahili ve cerrahi yoğun bakım şeklindedir. Yatak sayısının az olduğu yerlerde ise karma yoğun bakımlar bulunmaktadır. Yoğun bakımlar genel olarak hastanın durumuna, personelin niteliğine, donanımına, ortamın özelliğine ve yapılanmasına göre üç düzeyde sınıflandırılmaktadır (1, 66, 68, 69):

- *Düzey 1 (Küçük Bölge Hastanesi)/ Birinci Basamak:* Kliniklere göre daha yoğun hemşirelik bakımının sağlandığı, temel monitorizasyonun (ateş, nabız, tansiyon, EKG ve oksijen satürasyonu) uygulandığı, 24 saat ya da daha az süreli invaziv olmayan solunum desteğinin ve ara resüsitasyonun olduğu yoğun bakım birimleridir. Bu ünitelerde hastanın ilk müdahalesi yapılır ve stabilizasyonu sağlanır, sıvı ve kan ürünleri replasmanı uygulanabilir. Hastalarda organ yetmezlikleri gibi ağır klinik tablolar oluşmamıştır ve buna yönelik tedavi uygulanmamaktadır. Gerekli durumlarda diğer yoğun bakımlara transferi sağlanabilir. Bu düzeyde hastada organ yetmezliği tablosu gelişmemiş olup ameliyat sonrası yakın takip altında olan hastalar, hafif travmalar, enfeksiyon ve zehirlenmeler takip edilmektedir (1, 59, 62, 66, 68, 70).
- *Düzey 2 (Büyük Genel Hastane)/ İkinci Basamak:* Yoğun hemşirelik bakımının uygulandığı, uzun süreli solunum desteği, kardiyak monitorizasyon, beslenme desteği ve fizik tedavi desteğinin sağlandığı birimlerdir. Aynı zamanda bu birimlerde kafa içi basıncı ölçümü, pulmoner arter kateterizasyonu, diyaliz, mekanik ventilasyon, hemofiltrasyon, plazmaferez gibi tedavi ve tanı işlemleri de uygulanmaktadır. Gerekli durumlarda hastanın üçüncü düzey yoğun bakım birimine transferi sağlanabilir. Bu düzeyde, organ yetmezliği tablosu gelişmiş olan büyük ameliyat geçiren hastalar yakından izlenmektedir (1, 59, 62, 66, 68).
- *Düzey 3 (Üçüncü Düzey Hastane)/ Üçüncü Basamak:* Multidisipliner ekip çalışmasının benimsendiği 24 saat kesintisiz laboratuvar ve radyoloji hizmetinin verildiği, ileri monitorizasyonun ve teknolojik cihazların bulunduğu yoğun bakım birimleridir. Bu birimlerde beyin cerrahi, kardiyovasküler cerrahi ve ciddi travma vakaları gibi kritik durumdaki yüksek riskli hastalar takip

edilmekte ve en üst düzey tıbbi bakım ve tedavi sağlanmaktadır. Solunum yetmezliği, septik şok, hipotansif ve hipoksik hastalar, çoklu organ yetmezlikleri gibi ağır, kritik ve komplike hastaların bakım ve tedavisi sağlanmaktadır. Solunum desteği, plazmaferez ve replasman tedavilerin hepsi bu birimlerde yapılabilmektedir (1, 59, 62, 66, 68).

Yoğun bakım üniteleri klinik yönetim şekline göre de sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (66, 68, 69);

- *Açık Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş ve çıkışlar kontrollü değildir ve enfeksiyon önlemleri de yeterli değildir.
- *Yarı Açık Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş ve çıkışlar kontrol altındadır ancak diğer birimlerden de çalışanların girebilmesi nedeniyle enfeksiyon yönünden riski olan birimlerdir.
- *Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi:* Giriş çıkışlar denetim altında olup diğer birimlerde çalışanların girmeleri yasaktır. Enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve önlenmesi yönünden olanakları uygundur.
- *Ara Yoğun Bakım Ünitesi:* Yoğun bakımda tedavisi gerekli olmayan ancak klinikte de takip edilemeyecek durumda olup yakın takip gerektiren hastaların tedavisinin sağlandığı alanlardır.

Yoğun bakımlarda diğer bir sınıflandırma ise, yoğun bakımların fonksiyonlarına göre yapılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (64, 68, 69);

- *Cerrahi Yoğun Bakım:* Ciddi travma, ameliyat öncesi ve sonrası yaşamı tehlikede olan hastaların yakından takip ve tedavisinin yapıldığı birimlerdir. Yaşamsal fonksiyonlarda gelişebilecek değişikliklere anında müdahale yapılmaktadır. Bu yoğun bakımların ameliyathaneye yakın olmaları gerekmektedir. Ayrıca bu üniteye gerekli ortam sağlanarak bazı cerrahi girişimler (trakeostomi açılması, PEG takılması vb.) de yapılabilmektedir.
- *Beyin ve Sinir Cerrahi (Nöroşirurji) Yoğun Bakım:* Kafa travmaları, omurilik yaralanmaları, beyin kanaması ve beyin damarı tıkanıklığı gibi nedenlerle cerrahi müdahale yapılmış olan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı yerlerdir. Burada, beyin cerrahi ameliyatı sonrası hastada bilinç durumu

değişiklikleri görülebilmekte; bu değişiklikler anında fark edilerek gerekli girişimler yapılmaktadır.

- *Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım:* Kalp ve damar cerrahi ameliyatı geçirmiş olan hastaların durumlarının yakından takip edildiği, tedavisi ve bakımının yapıldığı birimler olup herhangi bir durum gelişmesi halinde zamanında müdahale olanağı sağlanmaktadır.
- *Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım:* Bu birimde solunum, dolaşım, böbrek yetmezlikleri ve ağır biyokimyasal bozuklukların takip ve tedavisi sağlanmaktadır. Meydana gelen değişikliklerde uygun ve zamanında müdahale edilmektedir. Ayrıca anestezi uygulamasıyla birlikte cerrahi girişimlerde uygun imkanlar da sağlamaktadır.
- *Yanık Yoğun Bakım:* Ağır yanık hastaların takip ve tedavisinin uygulandığı birimlerdir.
- *Acil Cerrahi Yoğun Bakım:* Trafik kazaları, düşmeler ve yaralanmalar sonucunda acile getirilen ve yoğun bakım gereksinimi olan hastaların ilk müdahalelerinin yapıldığı birimlerdir. Ameliyathaneye yakın olması gerekmektedir.
- *Koroner Yoğun Bakım:* Kalp hastalıkları yönünden riskli durumları olup yakından takibin gerekli olduğu ve herhangi bir durumda zamanında müdahalenin yapıldığı birimlerdir.
- *Nöroloji Yoğun Bakım:* İnme, parkinson ve demans gibi tanıları olan hastaların takip, tedavi ve bakımının sağlandığı alanlardır. Durum değişikliklerinde gerekli müdahale anında yapılmaktadır.
- *Yenidoğan Yoğun Bakım:* Bu birimde doğuştan anomalisi olan, düşük doğum ağırlıklı ya da erken doğuma bağlı olarak yakından takip gerektiren hastaların tedavi, bakım ve takibi gerçekleştirilmektedir. Herhangi bir değişiklik durumunda anında müdahale sağlanmaktadır.
- *Pediatric (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları) Yoğun Bakım:* Çocukla ilgili alanlarda uzmanlıkları olan ekibin bulunduğu birimlerdir. Yaşamsal riski olan çocuk hastaların tedavi ve bakımı yapılarak meydana gelen durum değişikliklerine anında müdahale edilmektedir.

- *Ortopedi ve Travmatoloji Yoğun Bakım:* Ortopedi ile ilgili ameliyat geçiren hastaların yakından takip ve tedavisinin sağlandığı birimlerdir.
- *Dahiliye Yoğun Bakım:* Çoklu organ yetmezliklerine giren, ağır metabolik ve kronik hastalıkların yakından takip ve tedavisinin sağlandığı birimdir. Hastada meydana gelen değişiklikler anında fark edilerek gerekli girişimler gerçekleştirilmektedir.

4.2.2. Yoğun Bakım Hemşiresi

Yoğun bakım hemşiresi yoğun bakımda tıbbi cihazlara bağımlı, ileri yaşam desteğine ihtiyacı olan, destek tedavilerle yaşamının sürdürülmesine çalışılan “kritik hasta” olarak tanımlanan hastaların bakım ve tedavisini sağlayan profesyonel ekip üyesidir. Yoğun bakım hemşiresinin amacı, yapmış olduğu girişimlerle hastanın fiziksel, biyolojik, ruhsal, sosyal ve yaşamsal fonksiyonlarının durumunun olabildiği kadar iyi düzeye gelmesini ve bireysel bakımı gerçekleştirmektir (3, 56, 63). Yoğun bakım hemşiresi yoğun ilaç tedavisinin uygulandığı, tıbbi cihazlara bağımlı hastalarda meydana gelen değişiklikleri anında fark edip acil durumlarda uygun davranışları gösterebilecek özelliklere sahiptir. Aynı zamanda yoğun bakım hemşiresi, hastanın fiziksel ve psikolojik durumun iyileştirilmesini ve sürdürülmesini sağlar. Hastanın genel durumunun tanımlanması, hastanın gereksinimine uygun bakım ve tedavinin belirlenerek uygulanması, 24 saat sürekli takip ve gözetiminin sürdürülmesi, hasta ve yakınlarına karşı terapötik iletişimde bulunulması, eğitim verilmesi, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici uygulamalar da yoğun bakım hemşiresinin temel görev ve sorumluluklarının arasında yer almaktadır (65, 68, 71, 72).

Amerikan Hemşirelikte Yüksek Öğrenim Kurumları Birliği’ne (Amerikan Association of Colleges of Nursing; AACN) göre yoğun bakım hemşiresi, yaşamsal riski olan kritik durumdaki hastaların gerekli bakımı almasından sorumlu olan, özel eğitilmiş ve lisanslı hemşire niteliklerine sahip olmalıdır (73). Hemşirelik bilgi ve becerilerine ek olarak, yoğun bakım hemşiresi (63, 67, 69, 74);

- Diğer birimlere göre sorumluluk bilincinin daha fazla farkında olmalı ve o şekilde davranmalıdır.

- Acil durumlara karşı dikkatli ve iyi bir gözlemci olmalı, gerekli durumlarda nasıl davranacağını bilmeli ve hastanın durumundaki değişiklikleri zamanında fark etmeli, yorumlamalı, kayıt ve raporlanmasını sağlamalıdır.
- Hastanın fiziksel ve ruhsal olarak rahatını sağlayabilmelidir.
- Hastaların bakımını uygun şekilde yapabilmesi için öncelikle kendi bakımına dikkat etmelidir.
- Yoğun bakımda isteyerek ve severek çalışmalı, psikolojik olarak da hazır olmalıdır.
- Yoğun bakımda kullanılan araç, gereç ve ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmalı ve bunların nasıl uygulanması gerektiğini bilmelidir.
- Değişimlere ve yeniliklere açık olmalıdır.
- Genç, girişken ve dinamik özelliklerde olmalıdır.
- Eğitime önem vermeli, eğitime açık olmalı ve kendini geliştirmelidir.
- Yetkisi dahilinde almış olduğu kararları uygulamaya geçirebilmelidir.
- Kendi psikolojik durumu yoğun bakım ortamına ve hastasına uygun olmalıdır.
- Disiplinler arası ekip ilişkilerinde, hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkilerde uygun iletişim sağlayabilmelidir.

Yoğun bakım ünitesinde hastanın bakım ve tedavisi sürecinde hemşirenin bazı sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu sorumluluklar (63, 69, 71);

- Hava yolu açıklığının ve solunumun sağlanması, sürdürülmesi ve takip edilmesi,
- Etkin oksijenlenmenin gerçekleştirilmesi için nazal kanül veya maske kullanılması ve yetersiz olduğu durumlarda entübe olan hastanın mekanik ventilatör ile takip edilmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlanması,
- Hastanın monitorizasyonunun sağlanması, nabız ve kan basıncı gibi yaşamsal bulguların takip edilmesi,
- Hastanın damar yolu açıklığının sağlanması,
- Hastanın durumunun değerlendirilmesi için gerekli ölçükleri uygulamak ve değerlendirmek,

- Hastanın bilinç durumunun takip edilmesi ve meydana gelen değişikliklerin erken zamanda fark edilmesi,
- Hastanın allerjik reaksiyonlar yönünden takip edilmesi,
- Enfeksiyon, basınç yarası, kontraktür, tromboflebit ve yoğun bakım deliryumu gibi gelişebilecek komplikasyonların önlem tedbirlerinin alınması,
- Dehidratasyon ya da sıvı volüm artışına karşı hastanın sıvı alımının, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliklerinin takip edilmesi ve uygun hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesi,
- Kullanılan alet, araç, gereç ve malzemelerin kontrolünün yapılması,
- İletişimde terapötik yöntemin kullanılması ve hastaya psikolojik yönden destek verilmesi,
- Hasta ve yakınlarına gerekli eğitimin verilmesi ve bilgilendirmenin yapılması,
- Hastaya hastalığına uygun bakım ve pozisyonun verilmesinin sağlanması,
- Ekip içerisindeki iletişim ve işbirliğinin sağlanmasıdır.

4.2.3. Yoğun Bakımda Kritik Hasta Bakımı

Amerikan Yoğun Bakım Derneği'nin (Society of Critical Care Medicine) tanımına göre yoğun bakım hastası, fizyolojik fonksiyonlarda değişikliklerin olduğu, yaşamın devamı için multidisipliner ekip çalışmasının gerekli olduğu ve gelişebilecek risklere zamanında müdahale sağlamak için sürekli olarak yaşamsal bulguların izlenmesi ve monitörizasyonunun sağlanması gereken hastalar olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım hastalarının takip ve tedavisi teknolojik araç ve gereçler yardımıyla sağlanmaktadır. Yoğun bakım hastaları bağımlı ve yarı bağımlı durumda olduğundan fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir (66, 69). Yoğun bakımda;

- Kardiyovasküler sistem yetmezlikleri,
- Akut ve kronik solunum yetmezlikleri (akciğer travması, akciğer ödemi, KOAH vb.),
- Akut böbrek yetmezliği ve akut metabolizma bozuklukları,
- Politravmalar, kafa beyin travmaları ve omurilik travmaları,
- Trafik kazaları, yüksekte düşmeler,

- Şok,
- Yanıklar,
- Çeşitli nedenlere bağlı gerçekleşen kanamalar,
- Ameliyat sonrası kanamalar,
- Gastrointestinal sistem kanamaları,
- Kanama-pıhtılaşma bozuklukları ve buna bağlı gelişen kanamalar,
- Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozuklukları,
- Sinir sistemi ve kas hastalıkları,
- Zehirlenmeler,
- Reanimasyon sonrası durumlar,
- Tetanoz,
- Eklampsi,
- Yeni doğan ve pediatrik aciller,
- Yaşamsal tehlikesi olduğu düşünülen ve gerekli duyulan diğer durumlarda hastaların bakım ve tedavisi sağlanmaktadır (63, 67, 73).

Hastanın durumunda ortaya çıkabilecek değişiklikleri zamanında belirleyerek uygun tedavinin sağlanması, gelişebilecek semptom ve bulguların zamanında fark edilmesi, tedavi sürecinin ve tedaviye olan yanıtın daha yakından izlenmesi yoğun bakım hastasının takibinin başlıca amaçlarıdır. Yoğun bakım ünitesinde öncelikli olarak hastaya, temel ve ileri yaşam desteği sağlanarak acil tedavi uygulaması yapılır; hava yolu açıklığı ve solunum desteği sağlanır, yaşamsal bulguların monitörizasyonu ve destek cihazlarla birlikte tedavi ve bakım planlaması yapılarak uygulamaya geçilir. Kardiyak fonksiyonun belirlenmesi, doku perfüzyonu ve kan volümünün takibi yönünden hemodinamik monitörizasyon ile takip önemli bir yere sahiptir (71).

Yoğun bakımda bulunan hastaların birçoğu reflekslerini yitirmiş, koma, felç, şok, destek araç gerece gereksinimi olan, kendi gereksinimlerini karşılayamaz ve isteklerini belirtmez durumdadır. Bu nedenle, yoğun bakım hastası değerlendirilirken bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Yoğun bakım hastasının bireysel bakım, temizlik ve giyinmesi baştan ayağa kadar değerlendirilir. Saçlı derinin bakımı temizliği sağlanır, ağız bakımı verilir ve oral mukozanın bütünlüğü korunur, vücut tonüsü değerlendirilir, cilt kuruluğu varsa nemlendirilmesi sağlanır, ıslak alanlar var ise kuruluğu sağlanarak

bakımı yapılır. Hastanın kilosu boyu değerlendirilir ve uygun beslenme ile kalori ihtiyacının karşılanması sağlanır. Boşaltım için de gerekli olan araç gereç sağlanır ve yardımla birlikte boşaltımı gerçekleştirilir (67).

Beden ısı takibiyle beden sıcaklığının belirli sınırlarda tutulması ve hipotermi ya da hipertermi durumlarının engellenmesi, var olan durumun da gerekli girişimlerle düzeltilmesi sağlanır. Solunumu değerlendirilen hastanın dakikadaki solunum sayısı ve satürasyon takibi yapılır. Hastanın sekresyonu varsa niteliği değerlendirilir. Solunum için destek araç gerece gereksinimi olup olmadığı belirlenir; mekanik ventilasyona bağlı olan hastanın ayrılma durumu değerlendirilir. Hastada trakeostomi ve entübasyon gibi iletişimi etkileyen durumlar mevcutsa uygun iletişim sağlanır (57, 75).

Hastanın işitme, görme ya da tanıya bağlı duyuşal sorunları değerlendirilir. Hastaya uygun güvenli çevre sağlanır. Gelişebilecek enfeksiyonların önlenmesi için de gerekli tedbirler alınır. Hastanın aktivitesine göre basınç bölgeleri değerlendirilir, gerekli pozisyon belirli aralıklarla verilir ve eklemlerin hareketi sağlanır (57, 75).

Bilinci açık hastada organ kayıpları varsa beden imajı hakkındaki düşünceleri değerlendirilir. Hastanın yeterli uyku, dinlenme gerekli durumda sedasyonu da sağlanmalıdır. Ağrısı olan hastanın da ağrı değerlendirmesi yapılır ve ağrı düzeyine göre uygun tedavi planlanır (57, 75).

Yoğun bakım ortamında uzun süre kalmaya bağlı olarak oryantasyon bozukluğu, duyuşal bozukluklar ve gerçeğin doğru olarak algılanmasında bozukluk gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bunun için, olanaklar çerçevesinde uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Bu bağlamda, hastaların göstermiş oldukları tepkileri yorumlaması da hastalar ve tedavinin istendik ilerlemesi yönünden önemlidir (69).

4.2.4. Cerrahi Yoğun Bakıma Gereksinimi Olan Hastalar

Politravması olan hastalar, büyük cerrahi girişim geçirmiş olup sonrasında sürekli gözlem, inceleme, takip ve tedavisi gerekli olan, yaşamsal fonksiyonlarının da desteklenmesine ihtiyaç duyulan hastaların cerrahi yoğun bakıma gereksinimi olmaktadır. Ayrıca hava yolu açıklığının sürekli olarak sağlanması ya da akciğerlerin yapay olarak havalandırılması gereken, metabolik ya da enfeksiyon kaynaklı toksinemisi olan, kardiyovasküler sistemin desteklenmesi gereken, organ

transplantasyonu için hazırlanan ya da transplantasyon yapılan hastaların cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavisi ve bakımı yapılmaktadır (64).

Cerrahi hastalarında bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onam önemli bir yere sahiptir. Hastanın kendisiyle ilgili nelerin yapılacağını bilmesi ve bunun sonucunda da özerk bir şekilde seçim yapması gerekir. Hastaya tedavinin amacı, yararları ve riskleri, alternatif tedaviler ve tedaviyi gerçekleştirecek sağlık personeli açıklanmalıdır. Yoğun bakımlarda hasta kendisi ile ilgili karar verebilecek durumda olmayabilir. Bu durumda, hastanın yakınları bilgilendirilerek onam alınmalıdır (43).

4.2.5. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi

Cerrahi yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım hemşiresinin bilgi, beceri, görev ve sorumluluklarına ek olarak, ameliyat olacak ya da olan hastaların takibi, bakımı ve tedavisini sağlamaktadır. Buna göre, cerrahi yoğun bakım hemşiresi (43, 76, 77);

- Hasta gelmeden önce monitör, defibrilatör, ventilatör, aspirasyon aletleri, acil arabası, gerekli durumda kullanılacak ilaçlar hazır bulundurur, yatak düzenini de hastaya uygun olarak ayarlar.
- Üniteye yeni kabul edilen hastayı sık aralarla takip eder.
- Hastanın yaşamsal bulguları, alt ve üst ekstremité renk, ısı ve nabız kontrolü yapar.
- Kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistemi ve renal sistem fonksiyonlarına yönelik gerekli uygulamaları yapar.
- Sıvı- elektrolit ve asit- baz dengesi takibi yapar.
- Hastanın nörolojik fonksiyonlarını değerlendirir, psikolojik gereksinimlerini belirler.
- Hastanın ağrı kontrolünü ve skorlamasını yaparak ağrı durumunu belirler, gerekli tedavinin uygulanmasını sağlar.
- Ameliyat sonrası ya da hastalığına bağlı hareketsizlik nedeniyle hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için hastaya aktif pasif hareketler, derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırır.
- Vücut bakımı ve yatağın kuru ve temiz olmasını sağlar.
- Enfeksiyon riski açısından belirti ve bulguları takip eder.

- Endotrakeal aspirasyon, kateter bakımı ve cerrahi yara pansumanında aseptik tekniği uygular.

4.2.6. Yoğun Bakımda Hasta Bakım Etiği

Günümüzde teknolojik ve bilimsel ilerlemeler, yeni tedavi yöntemleri, olanakları ve biyomedikal cihazların kullanımıyla birlikte hastalara yaşam desteği sağlanmaktadır. Bu durum beraberinde etik ile ilgili konuları da gündeme getirmiştir. Yoğun bakım, kritik hasta bakımının, yaşam sonu bakımının ve temel yaşam desteğinin sağlandığı birimler olması açısından hastanelerin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu birimlerde sunulan bakımda ise insan onuruna ve insana olan saygıya uygun olarak etik kararların verilmesi önemli bir konudur. Hasta bakımı hemşirelik mesleğinin temelini oluşturmakla birlikte bilişsel, duyuşsal ve psikomotor beceriler gerektiren bir uygulamadır. Burada bireyin eşsiz bir varlık olduğu asla unutulmaması ve bireyin özerkliğine önem gösterilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Yoğun bakımda bulunan kaynakların ise hastalara “adalet” ilkesi dikkate alınarak kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle, bakım veren sağlık personelinin öncelikle kendi ödev ve sorumluluklarını, mesleğine ilişkin ilke ve kodlarını, insan haklarını ve hasta haklarını bilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, bireyin bu özellikleri benimsemesi ve uygulama da kullanması gereklidir. Ancak bu şekilde hastaya sunulan bakımın etik çerçevede istendik bir bakım olması sağlanabilir (1, 35, 46, 47, 61, 78).

4.2.7. Yoğun Bakımlarda Yaşanan Etik Sorunlar

Teknolojik, bilimsel ve tıbbi gelişmeler ve olanakların artmasıyla hastalara birçok yaşam desteği ve bakım uygulamaları sağlanabilmektedir. Hastaların gereksinimine göre solunum, dolaşım ve beslenme gibi gereksinimlerinin uzun zamanda devamı sağlanabilmektedir. Yoğun bakımlar sağlamış olduğu olanakların dışında çok sayıda sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar arasında etik, yasal, ekonomik, teknik, idari ve iletişimsel gibi sorunlar yer almaktadır (1, 9).

Hastalarla ilgili tıbbi kararları verme, bilgilendirilmiş onam alma, beyin ölümü ve organ transplantasyonu, tıbbi tedavi ve bakımda kullanılan kaynakların hastalara eşit paylaşımı, ötenazi, resüsitasyon, yaşam desteğinin başlatılması ve sürdürülmesi yoğun bakımda sıklıkla karşılaşılan etik konular arasındadır. Burada hastaya uygulanacak bakım ve tedavide ekip üyeleri arasında farklılıkların gözlenmesi, onam alınırken

karşılaşılan güçlükler, terminal dönemdeki hastanın bakım ve tedavisi ve faydasız tedavi uygulamaları hemşirelerin karşılaştığı etik sorunlardandır. Hemşirelerin öncelikle bu sorunların farkında olması gerekmektedir. Bunlardan yola çıkarak yoğun bakım hemşirelerinin daha fazla etik ikilemeyle karşı karşıya kaldıkları da görülmektedir. Bu sorunlardan bazıları teknolojinin çok fazla kullanılması gerektiği, hastanın istekleri ile tedavisinin uyuşmaması, iletişim ve ağrı kontrolünde başarısızlıkların yaşanması, ailede bilgi eksikliğinin olması ve yaşam desteğinin nasıl kullanılması gerektiği konusunda olmaktadır (3, 76, 79-83). Yoğun bakımlarda sıklıkla görülen etik sorunlar şu şekildedir:

Ötenazi: İyi ölüm anlamına gelen bu duruma karşı tarih boyunca doğru veya yanlış olduğuna ilişkin farklı farklı yorumlar ve yaklaşımlar görülmektedir. Yoğun bakımda tedavi gören ancak tedaviyle hiçbir şekilde yanıt alınamayacak durumdaki hastaların tedavilerinin ve yaşamlarının sonlandırılması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum aktif ya da pasif olarak yaşamın sona erdirilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Hemşire, ölmek üzere olan hastanın bakım ve tedavisinin uygulanmasında etik ikileme düşmektedir. Özellikle yoğun bakım hemşireleri bu durumla daha sık karşılaşmaktadır. Öncelikle “zarar vermeme ilkesi” olmak üzere etik ilkeler göz önüne alınarak hasta için neyin daha iyi olacağı değerlendirilmelidir. Ekip içerisindeki bazı üyelerin kendi değer yargıları, inançları ve duygularıyla ötenaziye karşı objektif olmayan bir yaklaşım sergilemesi sonucu, hastanın kendi isteği ve hastaya olan yararı fark edilememektedir. Ülkemizde Türk Ceza Kanunu’na (TCK) göre ötenazi yasak olmakla birlikte, dünya genelinde de yasal olan az sayıda ülke bulunmaktadır (1, 84-86).

Resüsite Etmeme Kararı: Kardiyopulmoner resüsitasyon, kritik hastalarda temel ve ileri kardiyak yaşam desteğinin sağlanması için yapılmakta ve işlem sırasında ilaçlardan ve tıbbi cihazlardan yararlanılmaktadır. Resüsitasyonda amaç kalp, akciğer ve beyin gibi yaşamsal organlara kan akımının sürdürülmesini sağlamaktır. Resüsite etmeme ise, defibrilasyon ve solunum desteği gibi destek uygulamaların yapılmaması anlamına gelmektedir. Bu durum hastanın önceden belirtmesi, hasta yakınlarının isteği ve hekimin hastanın durumu karşısında vereceği karara bağlı olmak üzere üç şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Özellikle yoğun bakımlarda kararın hekim tarafından verilmesi ve hemşirelerin karara yönelik hareket etmeleri hemşireleri etik ikileme düşürmekte ve sorunla karşı karşıya bırakmaktadır (1, 87).

Tedaviyi Başlatmama ve Sona Erdirme: Tedaviyi başlatmama ve sona erdirmeye tıbbi yararsızlığı nedenine bağlı olarak hastaya uygulanacak tedavinin başlanmaması ya da tedavinin sonlandırılmasıdır. Bu aşamada hastanın isteklerinin yerine getirilmesi de bir etik yükümlülük olarak düşünülmektedir. Türkiye Hasta Hakları Yönetmeliği'nin tedaviyi reddetme ve durdurma ile ilgili 25. maddesinde; “Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan ya da uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya ya da kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir” şeklinde yer almaktadır. Burada aynı zamanda hastanın rızasının alınmasına da dikkat çekilmektedir (61, 78). Genel olarak yoğun bakım ünitelerinde, yaşam desteğinin durdurulması ve tedavinin kesilmesi durumlarıyla ilgili etik sorunlarla daha fazla karşılaşilmektedir. Bu durum, hastaya yararı olmayan tedavinin sonlandırılması ya da hiç başlanmaması anlamına gelmekle birlikte yarar sağlayacak tedavinin ise uygulanması anlamına da gelmektedir (1, 31, 88-90).

Beyin Ölümü: Beyne ilişkin olaylar sonucunda bilinç ve solunum gibi yaşamsal fonksiyonların devamını sağlayan beyin sapı ve serebellum dahil beynin bütün fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak kaybolması “beyin ölümü” olarak tanımlanmaktadır. Beyin ölümü gerçekleşen hastada kalp ve akciğer fonksiyonları destek cihazlarla ancak kısa bir süre daha devam ettirilebilir; beyin ölümü gerçekleşen birey ölmüş olarak kabul edilmektedir (1, 91, 92). Beyin ölümü tanısının konması beraberinde çalışanları organ bağışı için aileden rıza alma durumuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Burada hemşire hasta yakınlarını bilgilendirerek yanlış inançlarının düzeltilmesini sağlamaktadır. Ancak beyin ölümü gerçekleşmiş olan hastanın organlarının bağışlanmaması durumunda, tıbbi desteği kesme yetkisi hekimde olmayıp hasta yakınlarına aittir. Bu hak, Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nde 1 Haziran 2000 tarihinde yapılan değişiklikle birlikte verilmiştir. Bu hakla birlikte, hasta yakınlarının tedavinin devamını istemeleri durumu beraberinde beyin ölümü gerçekleşen hastanın bakımını sağlayan hemşirelerin etik yönden sorun yaşamalarına da yol açmaktadır. Faydasız tedavinin devam ettirilmesi ve iyileşme olanağı olan başka bir hastaya sağlanabilecek olanakların harcanması hemşireyi etik sorunla karşı karşıya

bırakmaktadır. Ayrıca en önemli sorunlardan biri de bu durumun aileye nasıl söyleneceği ve aile tarafından nasıl kabullenileceğidir (1, 91-93).

Organ Donörü Olma Önerisi: Bireyin bedeninde çalışamayacak ya da bedene ve diğer organlara zarar verebilecek durumda olan bir organın yerine, sağlıklı durumdaki bir organın nakledilmesi “organ nakli” olarak tanımlanmaktadır. Burada vericide sağlıklı bir şekilde görevini gerçekleştiren organın alıcıda da aynı şekilde görevlerini yerine getirmesi amaçlanmaktadır. Bu işlem canlı ya da kadavradan olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Kadavradan olan nakillerde donörün beyin ölümü gerçekleşmiş olması, alınacak organların hasar görmemiş ve çalışır durumda olması gerekmektedir (1, 91, 92). Bu durumun çalışanlara etik yönden sorumluluklar yüklemesinin yanında, hemşirelerin donör tespiti ve aile ile iletişimde önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler bilgi eksikliği ve dini düşüncelere bağlı nedenlerle ailelerden organ nakli için onay almakta sorun yaşamaktadırlar. Burada gerçekleştirilecek iletişim önemli bir yere sahiptir. Bireyin organlarını bağışlaması ve bunun gerçekleştirilmesi özerkliğine saygı gereğidir. Bunun yanı sıra, organ nakli adalet ve yarar sağlama etik ilkelerini de gündeme getirmekte ve bunlara uygun bir şekilde uygulamanın ve bilgilendirmenin yapılmasını gerekli kılmaktadır (1, 91, 92, 94, 95).

Bitkisel Yaşamdaki Hastaya Bakım: Bitkisel yaşam travma, hastalıklar ve gelişimsel malformasyonlara bağlı olarak beyinde meydana gelen bir hasar sonucu ortaya çıkabilen bir durumdur. Bitkisel yaşamdaki hastalar anlamlı tepkiler verememektedir. Bu hastaların bakımında çalışan personelin hastaya yaklaşımı, bakımda karşılaşılan güçlükler ve hemşirelerin bu durumdan etkilenmeleri başlıca ele alınan konulardır. Bakımın yararlılığı ve yararsızlığı hemşirelerin düşündükleri konular arasında yer almaktadır (96).

Aydınlatma ve Onam Alma: Aydınlatma ve onam alma bireyin yapılacak uygulamayla ilgili bilgilendirilmesi, aydınlatılması ve seçim yaparak onam vermesini ifade etmektedir. Hastanın durumu hakkında bilgilendirmenin yapılması sürecinde bilgilendirmeyi yapan ve bilgi alanın yeterlilik ve kapasite sorunuyla karşılaşmaktadır. Bununla birlikte bireyin özerkliğine ve bireye olan saygıdan yola çıkarak, hastanın durumu hakkında bilgilenme hakkı bulunmaktadır. Ayrıca hastanın durumuna göre kendi isteğiyle bilgilenmeme hakkı da bulunmaktadır. Durumu hakkında bilgilendirilen

hastadan seçim yapması ve rızasının olduğuna ilişkin onam vermesi istenmektedir. Seçim, uygulamanın reddi ya da kabulü şeklinde olmaktadır. Bu konuda özellikle yoğun bakımlarda gerekli görülen uygulamanın kabul edilmemesi, bakım veren hemşireleri hastanın durumuna yönelik uygun tedaviyi sağlayamadıkları için ikileme sokmaktadır (1).

Yoğun Bakım Ekibi İlişkilerinden Kaynaklı Sorunlar: Ekip içerisinde sağlık profesyonelleriyle ya da hasta yakınlarıyla çatışmalar görülmektedir. Yoğun bakımlar ortam ve hasta popülasyonu açısından stresli ortamlardır. Buna bağlı olarak da, ekip içerisinde üyeler arasında hemşire-hemşire ya da hekim-hemşire arasında anlaşmazlıklar görülebilmektedir. Bu durum tanı ve tedavi uygulamaları, hiyerarşi ya da iletişim kaynaklı nedenlere bağlı olabilmektedir (1).

Eldeki Olanakların ve Sınırlı Kaynakların Dağılımıyla İlgili Sorunlar: Ekip ya da kullanılan araç, gereç ve ekipman yetersizliğine bağlı olarak elde bulunan sınırlı kaynakların hastalara adaletli olarak dağıtılmasıyla ilgili sorunlardır. Olanakların adaletli ve uygun dağılımının yapılması gerekmektedir. Ayrıca ekip üyelerinin eksikliği ile de hemşire başına düşen hasta sayısını artırmaktadır. Bu durum iş yükünün ve bireyin yaşadığı stresin artmasına neden olmaktadır (1).

Entübe Hastayla İletişim: Mekanik ventilasyona gereksinimi olan hastaya solunum desteğinin sağlanması amacıyla endotrakeal entübasyon yapılmaktadır. Bu durumdaki hastalar, yaşamsal olarak risk altındadırlar. Hastaya solunum desteğiyle birlikte yarar sağlayan bu işlem aynı zamanda hastanın iletişimini de kısıtlamaktadır. Bu durumda hemşireye bağımlı olan hasta, gereksinimlerini ifade etmekte güçlük çekecektir. Bununla birlikte, bilinci açık olan ve endotrakeal tüpü istemeyen hastaya bakım beraberinde etik sorunları da getirmektedir. Hasta yararı ve özerkliği ilkeleri arasında çatışma ortaya çıkabilmektedir (97).

Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Verme: Terminal dönemdeki hastanın korkularının belirlenmesi ve endişelerinin azaltılması bakım veren yoğun bakım hemşiresinin sorumlulukları arasındadır. Hemşirenin hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve donanımına sahip ve etik duyarlılığının gelişmiş olması gerekir. Ayrıca terminal dönemdeki hastaların ağrısının olması ve kontrolünün sağlanması da önemli sorunlar arasındadır. Hemşirenin öncelikle hastanın ağrısını

belirlemesi ve gerekli analjeziyi uygulaması gerekmektedir. Ancak hemşire tarafından hastanın ağrısına dikkat edilmemesi ya da terminal dönemde olması nedeniyle ağrının önemsenmemesi etik olarak sorun oluşturabilmektedir (2, 9).

4.2.8. Yoğun Bakım Hemşiresinin Etik Duyarlılığı

Kritik hasta bakımı, resüsitasyon, hastaların genel durumu, tıbbi cihazlar, ortamdan kaynaklı karışıklık ve hemşirenin sorumluluğunun artması stresinin de artmasına neden olmaktadır. Bu gibi nedenler yoğun bakım hemşiresinin her zaman profesyonel olmasını engelleyebilmekte ve strese bağlı etik karar verme becerisi azalmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin var olan stresörlere karşı etik karar verme duyarlılığı ve sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için çok dikkatli olması ve olası durumlarda hazır halde bulunması gerekmektedir (56, 70, 98). Ayrıca yoğun bakım hemşiresi sürekli hastalarla iç içe ve iletişim halinde bulunması nedeniyle onlarla aralarında bağ kurmakta ve ölüm kavramıyla diğer birimlere göre daha fazla karşılaşabilmektedir. Burada, hemşirenin ölüm ile ilgili düşüncelerinin neler olduğunun bilincinde olması hastalara karşı daha iyi ve etkili bakım sunmasını da sağlayacaktır (70).

Hemşire, hastayı tanıırken onun yanında olduğunu, ona faydalı olmak için orada bulunduğunu hastaya hissettirmeli ve hastaya güven vermelidir. Aynı zamanda hemşire kendisinin bir başkası için orada olduğu sorumluluğunu hissetmesi de gerekmektedir. Bu durum, hemşirenin duyarlılığı ile doğru orantılı olarak farklılık göstermektedir (5, 39).

Hemşirenin bir durum karşısında göstermiş olduğu tutum ve davranış, hasta yararını ve etik ilkeleri gözetmiş olması onun etik duyarlılığının ne düzeyde olduğunu da gösterecektir. Aynı zamanda herhangi bir sorunla karşılaşıldığında da verilecek kararın etik düşünce ile belirlenmesi etik duyarlılığın gereği olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca etik duyarlılık ve yeterliliğin gelişmiş olması bakımın sürekliliğini sağlayan temel beceriler olarak da nitelendirilmektedir (5, 39, 55).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin öncelikli olarak rol ve sorumluluklarını bilmesi, etikle ilgili teori, kod ve ilkelerin bilincinde olması ve bunları yorumlayabilmesi gerekmektedir. Böylelikle hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilem ve stresörlere karşı daha iyi baş edebileceği düşünülmektedir (43).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın verileri 01.09.2016-30.11.2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırma Trabzon İl merkezi içinde yer alan dördü Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı hastaneler, biri üniversite hastanesi ve biri özel hastane olmak üzere toplamda altı hastanede gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini araştırma kapsamına alınan hastanelerde bulunan Cerrahi Yoğun Bakım kapsamında yer alan Cerrahi Yoğun Bakım, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım ve Yanık Yoğun Bakım ünitelerinde çalışmakta olan toplam 188 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip bu ünitelerde çalışan tüm hemşirelere ulaşmak hedeflendi.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;

1. Cerrahi Yoğun Bakım kapsamında yer alan yoğun bakımlarda çalışıyor olmak,
2. Çalışmaya katılmaya istekli olmak.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 28 hemşire araştırma kapsamına alınmadı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 160 hemşire ile araştırma tamamlandı. Çalışmaya katılım oranı %85.1 idi.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacının literatür incelemeleri ve gözlemleri sonucunda oluşturulan “Hemşire Tanıtım Formu” ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)” kullanılarak toplandı.

5.4.1. Hemşire Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen Hemşire Tanıtım Formu'nda hemşirelerin sosyodemografik (yaş, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi), çalışma durumu (çalıştığı

kurum, çalıştığı yoğun bakım, meslekte ve yoğun bakımda çalışma yılı) ve etik duyarlılıkla ilgili bilgilerini (eğitim sürecinde ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma, etik ikileme karşılaşma durumu ve çözümleme şekli, etik duyarlılığın oluşmasındaki etmenler) belirlemeye yönelik 14 soru yer almaktadır (Ek 1).

5.4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)

“Ahlaki Duyarlılık Anketi” etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından geliştirilmiş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü’nde 1994 yılında (İsveç-Stokholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmıştır (99). Türkiye’de ölçeğin geçerlik ve güvenirliği (Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı 0.84) 2003 yılında Hale TOSUN tarafından yapılmıştır (39).

Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA), 30 madde ve altı alt boyuttan oluşan yedili Likert tipi bir ölçektir (Ek 2). Ölçekte yer alan ifadeler, verilen yanıtı göre bir puan (tamamen katılıyorum) ile yedi puan (hiç katılmıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı verilen yanıtı göre puanların toplamından oluşur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 210’dur. Puanın yüksek olması etik açıdan düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan yüksek duyarlılığı gösterir. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve alt boyutların puanları ise aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 1) (39).

Tablo 1. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyutları (6)

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri*	Min Puan	Max Puan
Otonomi	10,12,15,16,21,24,27	7	49
Yarar Sağlama	2,5,8,25	4	28
Bütüncül Yaklaşım	1,6,18,29,30	5	35
Çatışma	9,11,14	3	21
Uygulama	4,17,20,28	4	28
Oryantasyon	7,13,19,22	4	28
ADA Toplam Puan		30	210

* Değerlendirmeye alınmayan 3, 23 ve 26. maddeler herhangi bir alt boyut kapsamında yer almamaktadır.

5.5. Hemşire Tanıtım Formunun Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan hemşire tanıtım formunun ön uygulaması 17.08.2016- 20.08.2016 tarihleri arasında on hemşireyle yapıldı. Ön uygulama yapılan hemşireler çalışmaya dahil edilmedi. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verildi.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelere, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” dolduruldu. Daha sonra hemşirelere “Hemşire Tanıtım Formu” ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)” verildi. Üniteler düzenli aralıklarla ziyaret edilerek doldurulan form ve anketler üç aylık sürede toplandı.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca Trabzon İl merkezindeki hastanelerin cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yapıldığı için sonuçlar tüm yoğun bakım hemşirelerine genellenemez.

5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan 03/08/2016 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-481) alındı. Ayrıca Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden 19/09/2016 tarihinde (Sayı: 29765155-799), Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi’nden 16/08/2016 tarihinde (Sayı: 48814514-806) ve Özel İmperial Hastanesi’nden 19/07/2016 tarihinde (Sayı: 590) araştırma için yazılı izin alındı (Ek 3). Ayrıca katılımcılardan yazılı onamları alındı (Ek 4).

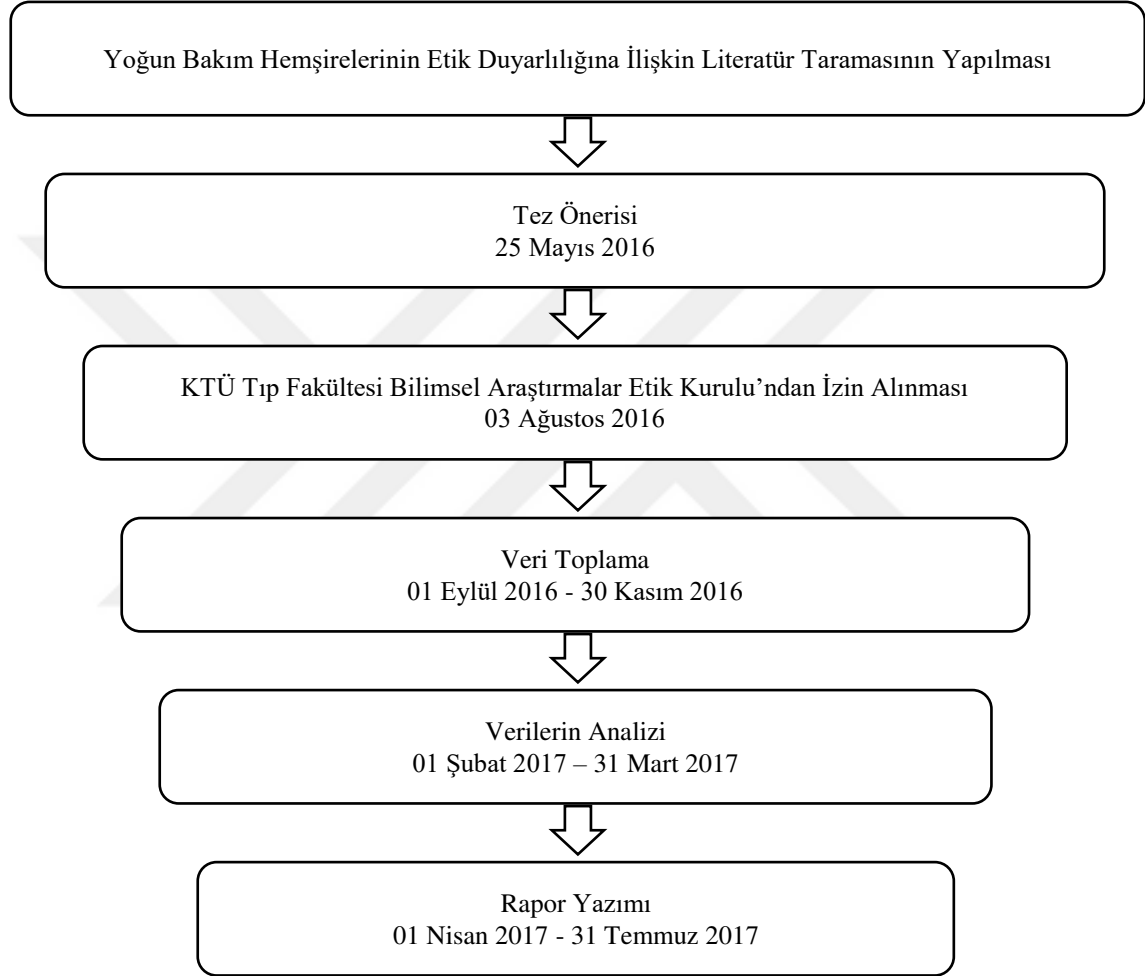
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan (minimum ve maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıklarının

karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Tüm analizlerde $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5.10. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

6. BULGULAR

Cerrahi yoğun hemşirelerinin etik duyarlılığının değerlendirilmesi amacıyla, araştırma kapsamına alınan 160 hemşire ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular altı başlık altında değerlendirildi.

1. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı ve çalışma durumuna ilişkin bulgular,
2. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etikle ilgili eğitim alma ve etik ikilemle karşılaşma durumuna ilişkin bulgular,
3. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığın oluşmasında etkili olan etmenlere ilişkin dūřüncelerini içeren bulgular,
4. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
5. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı ve çalışma durumu ile ilgili özelliklerine göre ADA toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
6. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik eğitim alma ve etik ikilemle karşılaşmaya ilişkin özelliklerine göre ADA toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı ve Çalışma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 2. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Bilgileri (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
19 – 25 yaş	49	30.6
26 – 35 yaş	69	43.1
36 – 44 yaş	42	26.3
Cinsiyet		
Kadın	132	82.5
Erkek	28	17.5
Medeni Durum		
Evli	92	57.5
Bekar	68	42.5
Eğitim Düzeyi		
Lise	45	28.1
Ön Lisans	29	18.1
Lisans	78	48.8
Lisansüstü	8	5.0

Tablo 2’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamaları 30.1 ± 6.2 olup, %43.1’inin 26-35 yaş aralığında olduğu saptandı. Hemşirelerin %82.5’inin kadın, %57.5’inin evli ve %48.8’inin lisans mezunu olduğu bulundu.

Tablo 3. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Durumuna İlişkin Bilgiler (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Çalıştığı Kurum		
Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Hastane	84	52.5
Üniversite Hastanesi	69	43.1
Özel Hastane	7	4.4
Çalıştığı Yoğun Bakım		
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	78	48.8
Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi	31	19.4
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	29	18.1
Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi	12	7.5
Yanık Yoğun Bakım Ünitesi	10	6.2
Meslekte Çalışma Süresi		
0-1 yıl	9	5.6
2-5 yıl	63	39.4
6-10 yıl	36	22.5
10 yıl ve üzeri	52	32.5
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi		
0-1 yıl	34	21.2
2-5 yıl	75	46.9
6-10 yıl	36	22.5
10 yıl üzeri	15	9.4

Tablo 3’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalışma durumuna ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %52.5’i Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı hastanelerde, %43.1’i üniversite hastanesinde ve %4.4’ü özel hastanede çalışmaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları yoğun bakımlar incelendiğinde, %48.8’inin anestezi yoğun bakım ünitesinde, %19.4’ünün kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde ve %18.1’inin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı belirlendi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %39.4’ü çalışma yılının 2-5 yıl aralığında olduğunu ve %46.9’i 2-5 yıl aralığında yoğun bakımda çalıştığını ifade etti.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İlgili Eğitim Alma ve Etik İnkilemle
Karşılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İlgili Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bilgiler (n=160)

Etik İlgili Eğitim Alma Durumu	n	%
Eğitim Sürecinde Etik Eğitimi Alma		
Alan	109	68.1
Almayan	51	31.9
Eğitim Sürecinde Alınan Etik Eğitimin Tipi (n=109)*		
Hatırlamayanlar	56	51.4
Mesleki Etik	39	35.8
Tıbbi Etik	14	12.8
Mezuniyet Sonrası Etik Eğitimi Alma		
Alan	75	46.9
Almayan	85	53.1
Mezuniyet Sonrası Alınan Etik Eğitimin Tipi (n=75)**		
Hizmet İçi Eğitim	63	84.0
Seminer	19	25.3
Kongre	8	10.7
Online Eğitim	4	5.3

*Yüzdele eğitim sürecinde etik eğitimi alanlar üzerinden alındı.

**Sorularda birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Tablo 4’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etikle ilgili eğitim alma durumuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %68.1’inin eğitim sürecinde etik ile ilgili eğitim aldığı; etik eğitimi alanların %51.4’ünün aldığı eğitimi hatırlamadığı ve %35.8’inin ise mesleki etik eğitimi aldıkları tespit edildi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %46.9’unun mezuniyet sonrası etik eğitimi aldıkları; etik eğitimi alanların %84.0’ının hizmet içi eğitim, %25.3’ünün seminer ve %10.7’sinin kongre programları kapsamında eğitim aldıkları saptandı.

Tablo 5. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İkilemle Karşılaşmasına İlişkin Bilgiler (n=160)

Etik İkilemle Karşılaşmaya İlişkin Bilgiler	n	%
Etik İkilemle Karşılaşma Durumu		
Karşılaşan	27	16.9
Karşılaşmayan	133	83.1
Karşılaşılan etik ikilemlerin niteliği (n=27)*		
Hasta mahremiyeti ile ilgili	9	33.3
Tanı ve tedavi ile ilgili	8	29.6
Hasta yararı için yapılan işlemlerle ilgili	8	29.6
Hastane kuralları, çalışan ve hasta yakını ile ilgili	6	22.2
İletişim ile ilgili	4	14.8
Karşılaşılan Etik İkilemin Çözümleme Şekli (n=27)*		
Meslektaşının yardımıyla	13	48.2
Kendi kendine	11	40.7
Çözüme ulaşmayan	7	25.9
Yönetim tarafından	1	3.7

*Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Tablo 5’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik ikilemle karşılaşmasına ilişkin bilgiler verilmektedir. Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %83.1’i çalışma süreci boyunca herhangi bir etik ikilemle karşılaşmadığını ve %16.9’u ise etik ikilemle karşılaştığını belirtti. Etik ikilemle karşılaşan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %33.3’ü hasta mahremiyeti, %29.6’sı tanı ve tedavi ve %29.6’sı hasta yararı için yapılan işlemlerle ilgili etik ikilem yaşadıklarını belirttiler.

Etik ikilemle karşılaşan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %48.2’sinin etik ikilemi meslektaşlarının yardımıyla ve %40.7’sinin kendi kendine çözümlediği saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %25.9’u ise yaşadıkları etik ikilemin çözüme ulaşmadığını belirttiler.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılığın Oluşmasında Etkili Olan Etmenlere İlişkin Düşüncelerini İçeren Bulgular

Tablo 6. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Oluşmasında Etkili Olan Etmenler (n=160)

Etik Duyarlılığın Oluşmasında Etkili Olan Etmenlere İlişkin Düşünceler*	n	%
Kişilik özellikleri	132	82.5
Etik eğitimi	115	71.9
Sosyal çevre	86	53.8
Meslekte çalışma süresi	77	48.1
Dini değerler	73	45.6
Yaş	66	41.3
Çalışılan klinik	1	0.6

*Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Tablo 6’da cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığın oluşmasında etkili olan etmenlere ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %82.5’i kişilik özelliklerinin, %71.9’u ise etik eğitiminin ve %53.8’i sosyal çevrenin etik duyarlılığın oluşmasında etkili olduğunu belirtti.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin ADA Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları (n=160)

ADA* Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (Min - Max)
Otonomi	19.2±6.2	18 (7 - 35)
Yarar Sağlama	12.7±4.3	13 (4 - 24)
Bütüncül Yaklaşım	13.1±4.4	13 (5 - 27)
Çatışma	13.6±3.8	14 (3 - 21)
Uygulama	12.0±3.5	12 (4 - 25)
Oryantasyon	8.8±3.6	8 (4 - 23)
ADA Toplam Puan	90.9±19.9	91 (30 - 142)

*Ahlaki Duyarlılık Anketi

Tablo 7’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmektedir. Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım

hemşirelerinin ADA toplam puan ortalamasının 90.9 ± 19.9 (min 30, max 142) olduğu saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin “otonomi” alt boyut puan ortalamasının 19.2 ± 6.2 (min 7, max 35), “yarar sağlama” alt boyut puan ortalamasının 12.7 ± 4.3 (min 4, max 24), “bütüncül yaklaşım” alt boyutunun puan ortalamasının 13.1 ± 4.4 (min 5, max 27), “çatışma” alt boyutunun puan ortalamasının 13.6 ± 3.8 (min 3, max 21), “uygulama” alt boyutunun puan ortalamasının 12.0 ± 3.5 (min 4, max 25) ve “oryantasyon” alt boyut puan ortalamasının ise 8.8 ± 3.6 (min 4, max 23) olduğu tespit edildi.



Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı ve Çalışma Durumu ile İlgili Özelliklerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 8. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Bilgilerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	n(%)	ADA						ADA Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
		Otonomi $\bar{X} \pm SS$	Yarar Sağlama $\bar{X} \pm SS$	Bütüncül Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Çatışma $\bar{X} \pm SS$	Uygulama $\bar{X} \pm SS$	Oryantasyon $\bar{X} \pm SS$	
Yaş								
19-25 yaş	49(30.6)	18.6±6.6	12.4±4.3	14.1±5.0	13.2±4.2	11.4±3.5	9.2±4.0	79.1±21.5
26-35 yaş	69(43.1)	20.1±5.6	13.1±3.9	13.3±3.8	14.1±3.3	12.4±3.1	8.9±3.3	82.2±14.0
36-44 yaş	42(26.3)	18.5±6.5	12.5±5.0	11.7±4.1	13.5±4.0	12.0±4.0	8.3±3.5	76.6±19.1
		F=1.337 p=0.266	F=0.479 p=0.620	KW=6.900 p=0.032	KW=0.985 p=0.611	F=1.026 p=0.361	KW=1.390 p=0.499	F=1.329 p=0.268
Cinsiyet								
Kadın	132(82.5)	19.7±6.0	13.0±4.4	13.2±4.5	13.7±3.6	12.1±3.5	8.8±3.5	92.1±19.0
Erkek	28(17.5)	16.7±6.4	11.6±3.7	12.7±3.5	13.3±4.5	11.3±3.4	9.1±4.1	85.0±23.1
		t=2.353 p=0.020	Z=-1.696 p=0.090	Z=-0.117 p=0.907	Z=-0.052 p=0.959	Z=-1.013 p=0.311	Z=-0.140 p=0.889	t=1.741 p=0.084
Medeni Durum								
Evli	92(57.5)	18.7±6.0	12.8±4.4	12.6±4.1	13.7±3.7	12.2±3.6	8.5±3.4	90.3±18.5
Bekar	68(42.5)	19.9±6.4	12.7±4.2	13.9±4.6	13.6±4.0	11.7±3.4	9.3±3.8	91.7±21.8
		Z=-0.990 p=0.322	Z=-0.616 p=0.538	Z=-1.707 p=0.088	Z=-0.300 p=0.764	Z=-0.526 p=0.599	Z=-1.456 p=0.145	t=-0.453 p=0.651
Eğitim Düzeyi								
Lise	45(28.1)	18.3±6.3	12.2±4.7	13.9±5.5	13.0±4.3	11.7±4.2	9.0±3.9	88.8±25.3
Ön lisans	29(18.1)	17.9±6.0	13.2±4.9	12.4±3.8	15.4±3.7	11.6±3.6	8.7±3.9	91.0±19.3
Lisans	78(48.8)	20.0±5.9	12.9±4.0	13.2±3.7	13.3±3.3	12.3±3.1	9.0±3.4	92.1±16.9
Lisansüstü	8(5.0)	21.5±7.8	12.6±3.2	10.7±4.1	14.0±4.0	11.3±3.2	6.7±2.2	90.5±17.6
		KW=4.925 p=0.177	KW=0.765 p=0.858	KW=3.447 p=0.328	KW=8.716 p=0.033	KW=1.756 p=0.625	KW=3.884 p=0.274	KW=1.119 p=0.773

Tablo 8’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı bilgilerine göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Tabloya göre 19-25 yaş aralığındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ortalaması 79.1 ± 21.5 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.6 ± 6.6 , yarar sağlama 12.4 ± 4.3 , bütüncül yaklaşım 14.1 ± 5.0 , çatışma 13.2 ± 4.2 , uygulama 11.4 ± 3.5 ve oryantasyon 9.2 ± 4.04 olduğu tespit edildi. Aynı şekilde, 26-35 yaş arası cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ortalaması 82.2 ± 14.0 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.1 ± 5.6 , yarar sağlama 13.1 ± 3.9 , bütüncül yaklaşım 13.3 ± 3.8 , çatışma 14.1 ± 3.3 , uygulama 12.4 ± 3.1 , oryantasyon 8.9 ± 3.3 olarak bulundu. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin 36- 44 yaş arasındaki ADA toplam puan ortalaması 76.6 ± 19.1 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.5 ± 6.5 , yarar sağlama 12.5 ± 5.0 , bütüncül yaklaşım 11.7 ± 4.1 , çatışma 13.5 ± 4.0 , uygulama 12.0 ± 4.0 ve oryantasyon 8.3 ± 3.5 olarak saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaş grupları yönünden bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p=0.032$), ADA toplam puan, otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin kadın cinsiyete göre ADA toplam puan ortalamasının 92.1 ± 19.0 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.7 ± 6.0 , yarar sağlama 13.0 ± 4.4 , bütüncül yaklaşım 13.2 ± 4.5 , çatışma 13.7 ± 3.6 , uygulama 12.1 ± 3.5 ve oryantasyon 8.8 ± 3.5 olduğu tespit edildi. Erkek hemşirelerin ise ADA toplam puan ortalaması 85.0 ± 23.1 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 16.7 ± 6.4 , yarar sağlama 11.6 ± 3.7 , bütüncül yaklaşım 12.7 ± 3.5 , çatışma 13.3 ± 4.5 , uygulama 11.3 ± 3.4 , oryantasyon 9.1 ± 4.1 olarak bulundu. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyetlere göre otonomi alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görölürken ($p=0.020$), ADA toplam puan, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında ise anlamlı farklılık görölmedi ($p>0.05$).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre evli hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 90.3 ± 18.5 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.7 ± 6.0 , yarar sağlama 12.8 ± 4.4 , bütüncül yaklaşım 12.6 ± 4.1 , çatışma 13.7 ± 3.7 , uygulama 12.2 ± 3.6 ve oryantasyon 8.5 ± 3.4 olarak elde edildi. Bekar

hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 91.7 ± 21.8 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.9 ± 6.4 , yarar sağlama 12.7 ± 4.2 , bütüncül yaklaşım 13.9 ± 4.6 , çatışma 13.6 ± 4.0 , uygulama 11.7 ± 3.4 , oryantasyon ise 9.3 ± 3.8 olduğu saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0.05$).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumu lise mezunu hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 88.8 ± 25.3 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.3 ± 6.3 , yarar sağlama 12.2 ± 4.7 , bütüncül yaklaşım 13.9 ± 5.5 , çatışma 13.0 ± 4.3 , uygulama 11.7 ± 4.2 , oryantasyon ise 9.0 ± 3.9 şeklinde olduğu tespit edildi. Ön lisans mezunu hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 91.0 ± 19.3 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 17.9 ± 6.0 , yarar sağlama 13.2 ± 4.9 , bütüncül yaklaşım 12.4 ± 3.8 , çatışma 15.4 ± 3.7 , uygulama 11.6 ± 3.6 ve oryantasyon 8.7 ± 3.9 olarak bulundu. Lisans mezunu hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 92.1 ± 16.9 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.0 ± 5.9 , yarar sağlama 12.9 ± 4.0 , bütüncül yaklaşım 13.2 ± 3.7 , çatışma 13.3 ± 3.3 , uygulama 12.3 ± 3.1 ve oryantasyon 9.0 ± 3.4 olarak saptandı. Ayrıca lisansüstü mezunu olan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 90.5 ± 17.6 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 21.5 ± 7.8 , yarar sağlama 12.6 ± 3.2 , bütüncül yaklaşım 10.7 ± 4.1 , çatışma 14.0 ± 4.0 , uygulama 11.3 ± 3.2 , oryantasyon ise 6.7 ± 2.2 olarak tespit edildi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre çatışma alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p = 0.033$). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 9. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Durumuna Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	n(%)	ADA						ADA Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
		Otonomi $\bar{X} \pm SS$	Yarar Sağlama $\bar{X} \pm SS$	Bütüncül Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Çatışma $\bar{X} \pm SS$	Uygulama $\bar{X} \pm SS$	Oryantasyon $\bar{X} \pm SS$	
Çalıştığı Kurum								
Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Hastane	84(52.5)	20.5±6.2	12.7±4.3	13.1±3.9	13.7±3.6	12.4±3.3	8.8±3.6	93.2±18.0
Üniversite Hastanesi	69(43.1)	17.2±5.7	12.2±4.0	12.1±3.7	13.2±4.0	10.8±3.0	8.5±3.2	84.5±18.6
Özel Hastane	7(4.4)	23.4±4.1	19.0±1.0	23.4±2.2	16.7±3.1	17.7±3.5	13.1±4.8	126.7±7.9
		KW=17.177	KW=16.245	KW=21.249	KW=4.989	KW=23.537	KW=7.710	KW=27.129
		p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.083	p=0.000	p=0.021	p=0.000
Çalıştığı Yoğun Bakım								
Cerrahi YBÜ*	29(18.1)	21.1±6.7	10.5±3.7	11.0±3.8	12.4±4.0	11.8±3.8	8.2±3.4	86.0±20.0
Anestezi YBÜ*	78(48.8)	18.3±6.0	13.1±4.1	13.5±4.9	14.6±3.3	12.2±3.5	8.7±3.3	91.9±19.7
Kalp Damar Cerrahisi YBÜ*	31(19.4)	20.7±5.2	13.4±4.8	14.6±3.3	13.4±3.4	12.4±3.2	9.9±4.4	95.7±18.3
Beyin Cerrahisi YBÜ*	12(7.5)	15.9±3.7	13.6±4.9	13.5±2.5	12.0±5.1	10.0±2.5	7.7±1.2	83.7±15.5
Yanık YBÜ*	10(6.2)	20.0±8.7	13.7±3.4	11.7±4.1	12.9±4.8	12.1±4.3	9.8±4.2	90.9±28.6
		KW=10.715	KW=8.796	KW=16.750	KW=7.429	KW=5.537	KW=3.579	F=1.327
		p=0.030	p=0.066	p=0.030	p=0.115	p=0.236	p=0.466	p=0.262
Meslekte Çalışma Süresi								
0-1 yıl	9(5.6)	16.0±4.7	11.3±4.0	11.6±4.0	11.5±3.8	9.3±3.2	8.6±3.6	77.2±20.1
2-5 yıl	63(39.4)	20.0±6.5	12.8±4.0	14.3±4.6	13.6±3.6	12.2±3.1	9.3±3.8	93.0±20.3
6-10 yıl	36(22.5)	19.9±5.5	13.9±3.9	13.0±3.7	14.5±3.5	12.7±3.2	8.9±3.2	94.7±16.7
10 yıl üzeri	52(32.5)	18.4±6.3	12.1±4.8	12.1±4.3	13.5±4.1	11.6±4.0	8.3±3.5	88.0±20.6
		KW=5.344	KW=5.672	KW=8.547	KW=4.297	KW=9.009	KW=2.517	KW=7.896
		p=0.148	p=0.129	p=0.036	p=0.231	p=0.029	p=0.472	p=0.048
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi								
0-1 yıl	34(21.2)	17.2±5.8	12.0±4.0	11.3±3.6	12.1±4.3	10.5±2.9	8.4±3.5	81.6±19.3
2-5 yıl	75(46.9)	20.3±6.4	12.8±4.3	14.4±4.7	14.2±3.7	12.5±3.4	9.4±3.8	95.2±20.8
6-10 yıl	36(22.5)	19.0±5.9	13.7±4.3	12.5±3.8	14.0±3.3	12.8±3.2	8.4±3.2	92.3±16.7
10 yıl üzeri	15(9.4)	19.0±5.4	11.6±4.6	12.4±4.2	13.6±3.5	10.6±4.8	8.1±3.6	87.0±18.1
		F=2.030	F=1.245	KW=13.219	KW=5.908	KW=14.728	KW=3.297	F=4.089
		p=0.112	p=0.295	p=0.004	p=0.116	p=0.002	p=0.348	p=0.008

* YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

Tablo 9’da cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalışma durumuna göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları bulunmaktadır. Tabloya göre Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 93.2 ± 18.0 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.5 ± 6.2 , yarar sağlama 12.7 ± 4.3 , bütüncül yaklaşım 13.1 ± 3.9 , çatışma 13.7 ± 3.6 , uygulama 12.4 ± 3.3 ve oryantasyon 8.8 ± 3.6 ’dır. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 84.5 ± 18.6 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 17.2 ± 5.7 , yarar sağlama 12.2 ± 4.0 , bütüncül yaklaşım 12.1 ± 3.7 , çatışma 13.2 ± 4.0 , uygulama 10.8 ± 3.0 , oryantasyon ise 8.5 ± 3.2 ’dir. Ayrıca özel hastanede çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 126.7 ± 7.9 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 23.4 ± 4.1 , yarar sağlama 19.0 ± 1.0 , bütüncül yaklaşım 23.4 ± 2.2 , çatışma 16.7 ± 3.1 , uygulama 17.7 ± 3.5 ve oryantasyon 13.1 ± 4.8 olarak belirlendi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları kurumlara göre ADA toplam puan, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu saptandı. ADA alt boyutları arasından yalnızca çatışma alt boyut puan ortalamaları kurumlara göre anlamlı şekilde farklılık göstermedi ($p = 0.083$).

Cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 86.0 ± 20.0 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 21.1 ± 6.7 , yarar sağlama 10.5 ± 3.7 , bütüncül yaklaşım 11.0 ± 3.8 , çatışma 12.4 ± 4.0 , uygulama 11.8 ± 3.8 ve oryantasyon 8.2 ± 3.4 olarak belirlendi. Anestezi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 91.9 ± 19.7 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.3 ± 6.0 , yarar sağlama 13.1 ± 4.1 , bütüncül yaklaşım 13.5 ± 4.9 , çatışma 14.6 ± 3.3 , uygulama 12.2 ± 3.5 , oryantasyon ise 8.7 ± 3.3 olarak tespit edildi. Kalp Damar Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 95.7 ± 18.3 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.7 ± 5.2 , yarar sağlama 13.4 ± 4.8 , bütüncül yaklaşım 14.6 ± 3.3 , çatışma 13.4 ± 3.4 , uygulama 12.4 ± 3.2 ve oryantasyon 9.9 ± 4.4 ’dür. Beyin Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 83.7 ± 15.5 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 15.9 ± 3.7 , yarar sağlama 13.6 ± 4.9 , bütüncül yaklaşım 13.5 ± 2.5 , çatışma 12.0 ± 5.1 , uygulama 10.0 ± 2.5 ve oryantasyon

7.7±1.2 olarak saptandı. Ayrıca yanık yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ise ADA toplam puan ortalaması 90.9±28.6; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.0±8.7, yarar sağlama 13.7±3.4, bütüncül yaklaşım 11.7±4.1, çatışma 12.9±4.8, uygulama 12.1±4.3 ve oryantasyon 9.8±4.2'dir. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları yoğun bakım ünitesine göre, ADA toplam puan ortalamasının Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde en yüksek ve Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde en düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakımlara göre otonomi ve bütüncül yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunurken ($p=0.030$), ADA toplam puan ve yarar sağlama, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin meslekte çalışma süreleri 0-1 yıl aralığında olanların ADA toplam puan ortalaması 77.2±20.1; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 16.0±4.7, yarar sağlama 11.3±4.0, bütüncül yaklaşım 11.6±4.0, çatışma 11.5±3.8, uygulama 9.3±3.2, oryantasyon ise 8.6 ± 3.6 'dır. Meslekte çalışma süreleri 2-5 yıl aralığında olan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 93.0±20.3; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.0±6.5, yarar sağlama 12.8±4.0, bütüncül yaklaşım 14.3±4.6, çatışma 13.6±3.6, uygulama 12.2±3.1, oryantasyon ise 9.3±3.8'dir. Meslekte 6-10 yıl aralığında çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 94.7±16.7; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.9±5.5, yarar sağlama 13.9±3.9, bütüncül yaklaşım 13.0±3.7, çatışma 14.5±3.5, uygulama 12.7±3.2, oryantasyon 8.9±3.2 olarak tespit edildi. Meslekte çalışma süresi 10 yıl üzerinde olan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 88.0±20.6; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.4±6.3, yarar sağlama 12.1±4.8, bütüncül yaklaşım 12.1±4.3, çatışma 13.5±4.1, uygulama 11.6±4.0 ve oryantasyon ise 8.3±3.5 olarak saptandı. Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre, ADA toplam puan, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$), otonomi, yarar sağlama, çatışma ve oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Meslekte 0-1 yıldır çalışan hemşirelerin aldıkları ADA toplam puan ortalaması diğer hemşirelere göre anlamlı şekilde düşüktü.

Yoğun bakımda 0-1 yıl aralığında çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 81.6±19.3; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 17.2±5.8,

yarar sağlama 12.0 ± 4.0 , bütüncül yaklaşım 11.3 ± 3.6 , çatışma 12.1 ± 4.3 , uygulama 10.5 ± 2.9 ve oryantasyon 8.4 ± 3.5 'dir. Yoğun bakımda 2-5 yıl çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 95.2 ± 20.8 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 20.3 ± 6.4 , yarar sağlama 12.8 ± 4.3 , bütüncül yaklaşım 14.4 ± 4.7 , çatışma 14.2 ± 3.7 , uygulama 12.5 ± 3.4 , oryantasyon ise 9.4 ± 3.8 'dir. Yoğun bakımda çalışma süresi 6-10 yıl aralığında olan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 92.3 ± 16.7 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.0 ± 5.9 , yarar sağlama 13.7 ± 4.3 , bütüncül yaklaşım 12.5 ± 3.8 , çatışma 14.0 ± 3.3 , uygulama 12.8 ± 3.2 ve oryantasyon 8.4 ± 3.2 olarak bulundu. Yoğun bakımda çalışma süresi 10 yılın üzerinde olan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 87.0 ± 18.1 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.0 ± 5.4 , yarar sağlama 11.6 ± 4.6 , bütüncül yaklaşım 12.4 ± 4.2 , çatışma 13.6 ± 3.5 , uygulama 10.6 ± 4.8 ve oryantasyon 8.1 ± 3.6 olarak tespit edildi. ADA toplam puan, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puan ortalamalarında hemşirelerin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık bulunurken ($p < 0.05$), otonomi, yarar sağlama, çatışma ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Yoğun bakımda 2-5 yıldır çalışan hemşirelerin aldıkları ADA toplam puan ortalaması diğer hemşirelere göre yüksekti.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Eğitim Alma ve Etik İkilemle Karşılaşmaya İlişkin Özelliklerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 10. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Eğitim Alma Durumlarına Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=160)

Etik Eğitimi Alma Durumları	n(%)	ADA						
		Otonomi X̄±SS	Yarar Sağlama X̄±SS	Bütüncül Yaklaşım X̄±SS	Çatışma X̄±SS	Uygulama X̄±SS	Oryantasyon X̄±SS	ADA Toplam Puan X̄±SS
Eğitim Sürecinde Etik Eğitimi								
Alan	109(68.1)	19.5±6.0	13.2±4.1	13.6±4.4	13.3±3.7	12.1±3.5	9.1±3.6	92.2±19.5
Almayan	51(31.9)	18.6±6.6	11.8±4.6	12.2±4.1	14.3±3.9	11.6±3.6	8.2±3.4	88.2±20.8
		t=0.794	t=1.978	Z=-1.708	Z=-1.754	Z=-0.543	Z=-1.309	t=1.178
		p=0.428	p=0.050	p=0.088	p=0.079	p=0.587	p=0.191	p=0.241
Mezuniyet Sonrası Etik Eğitimi								
Alan	75(46.9)	18.8±6.0	12.9±4.5	13.7±4.7	12.9±4.1	11.9±3.7	9.4±4.1	90.7±22.4
Almayan	85(53.1)	19.5±6.3	12.6±4.2	12.6±4.0	14.3±3.4	12.1±3.3	8.4±3.0	91.0±17.5
		t=-0.694	Z=-0.660	Z=-1.206	Z=-2.428	Z=-0.369	Z=-1.100	t=-0.086
		p=0.489	p=0.509	p=0.228	p=0.015	p=0.712	p=0.271	p=0.932

Tablo 10’da cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik eğitim alma durumlarına göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim sürecinde etik eğitimi alanların ADA toplam puan ortalaması 92.2 ± 19.5 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.5 ± 6.0 , yarar sağlama 13.2 ± 4.1 , bütüncül yaklaşım 13.6 ± 4.4 , çatışma 13.3 ± 3.7 , uygulama 12.1 ± 3.5 ve oryantasyon ise 9.1 ± 3.6 ’dır. Eğitim sürecinde etik eğitimi almayan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 88.2 ± 20.8 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.6 ± 6.6 , yarar sağlama 11.8 ± 4.6 , bütüncül yaklaşım 12.2 ± 4.1 , çatışma 14.3 ± 3.9 , uygulama 11.6 ± 3.6 ve oryantasyon 8.2 ± 3.4 olarak belirlendi. Eğitim sürecinde etik eğitimi alınması durumuna göre, yarar sağlama alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanırken ($p=0.050$), ADA toplam puan ve otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Eğitim sürecinde etik eğitimi alan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması diğer hemşirelere göre daha yüksekti.

Mezuniyet sonrası etik eğitimi alan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ortalaması 90.7 ± 22.4 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 18.8 ± 6.0 , yarar sağlama 12.9 ± 4.5 , bütüncül yaklaşım 13.7 ± 4.7 , çatışma 12.9 ± 4.1 , uygulama 11.9 ± 3.7 , oryantasyon 9.4 ± 4.1 ’dir. Mezuniyet sonrasında etik eğitimi almayan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 91.0 ± 17.5 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.5 ± 6.3 , yarar sağlama 12.6 ± 4.2 , bütüncül yaklaşım 12.6 ± 4.0 , çatışma 14.3 ± 3.4 , uygulama 12.1 ± 3.3 , oryantasyon ise 8.4 ± 3.0 olarak elde edildi. Mezuniyet sonrası etik eğitimi alınması durumuna göre, çatışma puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık grlrken ($p=0.015$), ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık grlmedi ($p>0.05$). Mezuniyet sonrası etik eğitimi alan hemşirelerin ADA toplam ve çatışma alt boyut puan ortalamaları diğer hemşirelere göre düşük olarak bulundu.

Tablo 11. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İikilemle Karşılaşma Durumlarına Göre ADA Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=160)

Etik İikilemle Karşılaşma Durumu	n(%)	ADA						ADA Toplam Puan $\bar{X} \pm SS$
		Otonomi $\bar{X} \pm SS$	Yarar Sağlama $\bar{X} \pm SS$	Bütüncül Yaklaşım $\bar{X} \pm SS$	Çatışma $\bar{X} \pm SS$	Uygulama $\bar{X} \pm SS$	Oryantasyon $\bar{X} \pm SS$	
Karşılaşan	27(16.9)	19.1±5.5	12.4±3.8	12.7±4.2	11.7±3.8	11.0±3.3	9.1±3.3	86.6±19.2
Karşılaşmayan	133(83.1)	19.2±6.3	12.8±4.4	13.2±4.4	14.0±3.7	12.2±3.5	8.8±3.6	91.8±20.0
		Z=-0.198	Z=-0.098	Z=-0.398	Z=-3.077	Z=-1.658	Z=-0.655	Z=-1.219
		p=0.843	p=0.922	p=0.691	p=0.002	p=0.097	p=0.512	p=0.225

Tablo 11’de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik ikilemle karşılaşma durumlarına göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde mesleği süresince etik ikilemle karşılaşanların ADA toplam puan ortalaması 86.6 ± 19.2 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.1 ± 5.5 , yarar sağlama 12.4 ± 3.8 , bütüncül yaklaşım 12.7 ± 4.2 , çatışma 11.7 ± 3.8 , uygulama 11.0 ± 3.3 , oryantasyon 9.1 ± 3.3 ’tür. Etik ikilemle karşılaşmayan hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması 91.8 ± 20.0 ; ADA alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde otonomi 19.2 ± 6.3 , yarar sağlama 12.8 ± 4.4 , bütüncül yaklaşım 13.2 ± 4.4 , çatışma 14.0 ± 3.7 , uygulama 12.2 ± 3.5 , oryantasyon ise 8.8 ± 3.6 olarak belirlendi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik ikilemle karşılaşma durumuna göre yalnızca çatışma alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.002$). Hemşirelerin etik ikilemle karşılaşma durumlarına göre, ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamaları karşılaşmayan hemşirelere göre düşük olarak belirlendi.

7. TARTIŞMA

Cerrahi yoğun bakım üniteleri, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, kritik hastalara sağladığı destek ve tedavi ile hayatta kalma şansını artıran, 24 saat hastanın yaşamsal verilerinin izlendiği ve multidisipliner bir ekibin hizmet sunduğu kliniklerdir. Bu ekibin en önemli üyelerinden biri olan cerrahi yoğun bakım hemşireleri, hizmet sunulan ortamın ve hastaların özellikleri ve yapılan girişimler nedeni ile etik karar vermeyi gerektirecek birçok durumla karşılaşabilmektedir. Karar verme, aydınlatılmış onam, kardiyopulmoner canlandırma yapılıp yapılmaması, yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması, yararsız tedavi ve tıbbi kaynakların adil şekilde paylaşımı etik karar vermeyi gerektiren durumlar arasında yer almaktadır. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları bu etik sorunların farkında olması ve çözüm bulabilmesi için doğru karar vermesi gerekmektedir. Bunun sağlanması için de cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının yüksek olması gerekmektedir (1-9). Etik duyarlılık; yaşanan bir sorun ya da karşılaşılan ikilem durumunda bireyin veya hemşirenin uygun yaklaşımlarıyla etik sorunun çözülmesi, ikilemin giderilmesi ve önlenmesi için gerekmektedir (3, 8).

Çalışmamızda cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının orta düzeyde olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde Tazegün'ün (15) çocuk hemşireleriyle, Ergene'nin (44) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerle ve Borhani ve arkadaşlarının (53) İran'da yoğun bakım hemşireleriyle yaptıkları çalışmalarda, hemşirelerin etik duyarlılığının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Köktürk'ün (4), Daşbilek'in (38), Dikmen'in (8) ve Tosun'un (39) çalışmalarında ise hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Lutzen ve arkadaşlarının çalışmasında yaşın artmasıyla otonomi düzeyinin arttığı belirlenmiştir (99). Lutzen ve arkadaşlarının başka bir çalışmasında da, hemşirelerde otonomi alt boyut puan ortalamalarının hekimlere göre daha yüksek olup uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında farklılık görülmediği saptanmıştır (100). Hemşirelerin orta düzeyde etik duyarlılık göstermelerinin çalıştıkları bölüme, bakım ve tedavi uyguladıkları hastaların tanılarına, hastaların bağımlılık düzeylerine ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ortalamalarına göre 36-44 yaş grubunda olanların daha yüksek etik duyarlılığa sahip oldukları bulundu. Pekcan'ın hekim ve hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada da hekimlerde yaş arttıkça duyarlılık azalırken hemşirelerde ise yaş arttıkça duyarlılığın da arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada çalışmamıza benzer olarak hemşire grubunda bütüncül yaklaşım alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır (6). Çalışmamızla benzer olarak, bazı çalışmalarda da yaş arttıkça etik duyarlılığın arttığı tespit edilmiştir (3, 8, 39, 50, 53). Çalışmamızdan farklı olarak, Tazegün'ün çocuk hemşireleriyle yaptığı çalışmada, 19-29 yaş grubundaki hemşirelerde etik duyarlılığın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15). Köktürk'ün (4) ve Ergene'nin (44) çalışmalarında ise yaş gruplarına göre ADA puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlara göre yaşı artmasıyla bazı birimlerde çalışan hemşirelerde etik duyarlılık artarken bazılarında ise azalmaktadır. Hemşirelerde yaşa göre bütüncül yaklaşımda anlamlı farklılık görülmesinde yaşı artmasıyla birlikte hemşirenin sorumluluk duygusunun ve hastaya karşı dürüst olma bilincinin artmış olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyetlerine göre yalnızca otonomi alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu ve etik duyarlılığın erkeklerde daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızla benzer olarak, Tosun'un çalışmasında da ADA toplam puan ortalamaları açısından erkek hemşirelerin etik duyarlılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (39). Çalışmamızdan farklı olarak, Tazegün'ün (15), Köktürk'ün (4) ve Ergene'nin (44) çalışmasında kadın hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması erkek hemşirelere göre daha düşük olup etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gilligan'ın ahlaki gelişim kuramına göre, kadının sahiplendiği sorumluluk duygusunun erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu durum, kadınların erkeklere göre bireylerin gereksinimlerini daha fazla karşılama eğiliminde olduğunu da göstermektedir (39, 101). Bundan yola çıkarak, etik duyarlılığın gelişmesinde cinsiyetin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Cinsiyete göre erkeklerin etik duyarlılığının daha yüksek olmasında duygusal yaklaşımdan çok ilke ve kodlara göre uygulamalarını yapma bilincinin olması etkili olabilir.

Çalışmamızda evli cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin bekar hemşirelere göre etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu saptandı. Bizim çalışmamıza benzer olarak

Köktürk (4), Pekcan (6) ve Ergene'nin (44) çalışmasında da medeni duruma göre ADA puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tazegün'ün çocuk hemşireleriyle ilgili yaptığı çalışmasında ise, medeni duruma göre ADA puanları karşılaştırıldığında yarar sağlama ve uygulama alt boyutlarında anlamlı bir şekilde farklılık görülmekle birlikte diğer alt boyutlarda farklılık görülmemiştir (15). Çalışmamızdan farklı olarak Tosun'un çalışmasında, ADA toplam puan ve diğer alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte evli grupta bekar gruba göre bütüncül yaklaşımın daha fazla olduğu tespit edilmiştir (39). Bu sonuç, evli hemşirelerin bekarlara göre daha fazla sorumluluğa sahip olması ve hastaya daha fazla yarar sağlamayı amaçlaması nedeniyle etik duyarlılık üzerine olumlu etki yaptığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre, yalnızca çatışma alt boyutunda anlamlı farklılık saptandı. Ayrıca lise mezunu hemşirelerin etik duyarlılığının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızla benzer olarak Ergene'nin çalışmasında da lise mezunu hemşirelerin etik duyarlılığının diğerlerine göre yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (44). Çalışmamızdan farklı olarak, Tazegün'ün (15) ve Köktürk'ün (4) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça özellikle lisans üstü eğitiminde etik duyarlılığın arttığı sonucu elde edilmiştir. Ertuğ ve arkadaşlarının araştırmasında ise eğitim durumu lisans düzeyinde olanların etik duyarlılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (50). Bu sonuçlar, hemşirelerin eğitim düzeyinin etik duyarlılıkta etkili olabileceğini, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin etik karar verme aşamasında daha fazla çatışma yaşayabileceklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı kurumlara göre ADA toplam puan ortalaması, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarda anlamlı farklılık görülürken yalnızca çatışma alt boyutunda anlamlı farklılık görülmedi. Buna göre üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin duyarlılığının diğer hastanelere göre daha yüksek, özel hastanede çalışanların ise daha düşük olduğu belirlendi. Çalışmamızla benzer olarak Tosun'un yaptığı çalışmada hemşirelerin bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık saptanmış; en yüksek etik duyarlılığın üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde olduğu görülmüştür (39). Çalışmamızdan farklı olarak Pekcan'ın yaptığı

çalışmada, en yüksek etik duyarlılığın devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde olduğu bildirilmiştir (6). Hastanelere göre hemşirelerin etik duyarlılığının farklılık göstermesinde kurum politikaları, tedavi gören hastaların özellikleri, hastanenin çalışan ve ekipman donanımı, yatak kapasitesi, hemşireye düşen hasta sayısının farklılık göstermesi, çalışma saati düzeni, çalışılan ortamın standartlara uygun olup olmaması ve çalışan hemşirelerin özellikleri etkili olabilir.

Araştırmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı yoğun bakımlara göre ADA puanları karşılaştırıldığında otonomi ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu; ADA toplam puan ortalamasının Kalp Damar Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde en yüksek ve Beyin Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde en düşük olduğu belirlendi ve Beyin Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulundu. Pekcan çalışmasında, çalışılan birimler arasında ADA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ve en yüksek etik duyarlılığın cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerde olduğunu bulmuştur (6). Tosun'un çalışmasında da yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının diğer birimlere göre orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (39). Konuyla ilgili yapılan çalışmalardan bazılarında sonuçlar çalışmamızdan farklı tespit edilmiştir (4, 7, 38, 44). Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre etik duyarlılıklarının değişkenlik göstermesi, çalışılan birimin yoğunluğu, çevrenin etkisi, tedavi gören hastanın durumu, hastalığının düzeyi ve çalışılan ekibin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerine göre ADA toplam puanı, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptandı. Buna göre, en yüksek etik duyarlılığın 0-1 yıldır çalışan hemşirelerde olduğu belirlendi. Konuyla ilgili benzer çalışmalarda mesleğin ilk yıllarında etik duyarlılığın daha düşük olduğu belirlenmiştir (3, 4, 8). Pekcan ise çalışmasında, en yüksek etik duyarlılığın 11 yıl üzerinde çalışan hemşirelerde olduğunu bildirmiştir (6). Genelde meslekte çalışma süresi arttıkça hemşirenin tecrübesiyle birlikte etik duyarlılığının da artması beklenir. Etik duyarlılığın meslekte çalışma sürelerine göre farklılık göstermesinde mesleğe yeni başlayan hemşirelerin öğrenme merakının ve ilgisinin yüksek olması etkili olabilir.

Çalışma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre ADA toplam puanı, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptandı. Buna göre 0-1 yıldır çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Pekcan (6) ve Ergene'nin (44) çalışmalarında birimde çalışma sürelerine göre ADA puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamıza benzer olarak, Pekcan'ın çalışmasında (6) birimde çalışma süresi daha az olanların etik duyarlılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Tosun (39) ve Ergene'nin (44) çalışmalarında birimde çalışma sürelerinin artması, hemşirelerin etik duyarlılığının arttığını göstermektedir. Yoğun bakımda çalışma sürelerine göre hemşirelerin etik duyarlılıklarının farklılık göstermesinde ve 0-1 yıldır çalışan hemşirelerin duyarlılıklarının daha yüksek olmasında hasta sorumluluğu almış olmanın ve yarar sağlamayı amaçlamanın etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin üçte ikisinin etik eğitimi eğitim sürecinde aldığı ve üçte ikisinin bu eğitimi mesleki etik dersi kapsamında aldığı saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yarıya yakını ise mezuniyet sonrası etik eğitimi aldığını ve beşte dördünün hizmet içi eğitim şeklinde bu dersi aldığını ifade ettiler. Birçok çalışmada hemşirelerin etik eğitimi aldığı saptanmıştır (4, 8, 15-17, 39). Etik duyarlılığın gelişmesinde eğitim, din, kültür ve yaşanan deneyimler etkili olmaktadır. Hemşirelik eğitimi ve mezuniyet sonrası alınan eğitimlerle birlikte etik duyarlılık geliştirilir. Bu eğitimlerde bireye etik sorumluluk bilinci ve ikilemden kurtularak etik karar verme özelliği kazandırılır. Bireyin eğitimle birlikte bilgi düzeyi ve farkındalığı artacağı için olaylar karşısında daha pratik ve hasta için en uygun ya da yararlı olan seçeneğe dikkat edecektir. Bu şekilde, eğitimle geliştirilen duyarlılık, mesleki ilke ve kodların uygulamaya geçilmesiyle devamlılığını sürdürür. Başka bir ifadeyle demografik özelliklere bağlı olarak ahlaki duyarlılığın değiştiği fakat eğitimle birlikte bunun geliştirilebileceği, duyarlılığın kazandırılabilceği ileri sürülmektedir (3, 6, 15, 39, 49, 101).

Araştırmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim sürecinde etik eğitimi alma durumunun ADA yarar sağlama alt boyutunda ve mezuniyet sonrası etik eğitimi alma durumunun ADA çatışma alt boyutunda anlamlı farklılık saptandı. Eğitim sürecinde etik eğitimi alanların ADA toplam puan ortalaması, almayanlara göre yüksek

ve etik duyarlılıkları düşük, mezuniyet sonrası etik eğitimi alanların ise toplam puan ortalamaları almayanlardan daha düşük ve etik duyarlılığı yüksekti. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışma da etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerin etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (38, 39, 44, 50, 102-106). Bu sonuçlar etik ile ilgili eğitim almanın etik duyarlılığın oluşmasında etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Taylan ve Arslan'ın çalışmasında ise etik ile ilgili eğitim alma durumunun etik duyarlılığı etkilemediği saptanmıştır (107). Çalışmamıza göre mezuniyet sonrası alınan etik eğitimin etik duyarlılık artışına daha fazla etki etmesinin nedeninin bireylerin çalışma hayatına başlamış olmalarının, deneyim kazanmalarının ve sorumluluk bilincinin artmasının etkisinin olduğunu düşündürebilir.

Araştırmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık beşte biri etik ikilem yaşadığını belirtirken üçte biri yaşadığı etik ikilemin mahremiyete ilişkin nedenlerden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca etik ikilem yaşayan hemşirelerin yaklaşık yarısı çoğunlukla meslektaşlarının yardımıyla etik ikilemi çözdüklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Tazegün'ün çalışmasında hemşirelerin yaklaşık yarısı etik ikilem yaşamış olup, etik ikilemi yaklaşık yarısının kendi başına çözdüğü bulunmuştur (15). Elçigil ve arkadaşlarının çalışmasında yaşanan etik ikilemin çoğunluğunu hastanede kullanılan malzemelerin teminine ilişkin nedenlerin oluşturduğu görülmektedir. Yine çalışmamızdan farklı olarak, Elçigil ve arkadaşlarının çalışmasında (7) en sık hemşire sayısının teminine ilişkin ve Gjerberg'in çalışmasında (11) kaynak ve malzeme yetersizliği nedeniyle etik ikilemin yaşandığı saptanmıştır.

Çalışmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik ikilemle karşılaşma durumlarına göre, yalnızca çatışma alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptandı. Ayrıca etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin etik duyarlılığı etik ikilemle karşılaşmayanlara göre daha yüksekti. Tazegün'ün çalışmasının (15) sonucu da çalışmamızla benzerdir. Hemşirelerin daha önce etik ikilemle karşılaşmış olması, onların deneyim kazanmalarını sağlayarak, ortaya çıkabilecek etik ikilemde yol gösterici olabilecektir. Bu şekilde kazanılmış olan deneyimle birlikte etik duyarlılığın geliştirilmesine de katkı sağlayabilecektir.

Araştırmamızda cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık beşte dördü kişilik özelliklerinin, dörtte üçü etik eğitiminin ve yarısının sosyal çevrenin etik duyarlılığın

oluşmasında etkili olabileceğini düşündüğü saptandı. Daşbilek'in çalışmasında ise, hemşirelerin yaklaşık yarısı dini değerlerin etik duyarlılığın oluşmasında etkili olduğunu bildirdi (38). Bu sonuçlar hemşirelerin etik duyarlılıklarının kişilik özelliklerine ve sahip oldukları dini değerlere göre oluştuğunu düşündürmektedir.



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı ve Çalışma Durumuna İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamaları 30.1 ± 6.2 olup, %43.1'inin 26-35 yaş aralığında olduğu saptandı. Hemşirelerin %82.5'inin kadın, %57.5'inin evli ve %48.8'inin lisans mezunu olduğu bulundu (Tablo 2).
- Araştırmada yer alan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %52.5'inin Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı hastanede ve %48.8'inin Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştığı tespit edildi. Hemşirelerin %39.4'ünün çalışma yılının 2-5 yıl aralığında olduğu ve %46.9'unun 2-5 yıl aralığında yoğun bakımda çalıştığı saptandı (Tablo 3).

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik İlgili Eğitim Alma ve Etik İkilemle Karşılaşma Durumuna İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %68.1'inin eğitim sürecinde etik ile ilgili eğitim aldığı; etik eğitimi alanların %51.4'ünün aldığı eğitimi hatırlamadığı ve %35.8'inin ise mesleki etik eğitimi aldıkları tespit edildi. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %46.9'unun mezuniyet sonrası etik eğitimi aldıkları; etik eğitimi alanların %84.0'ının hizmet içi eğitim kapsamında eğitim aldıkları saptandı (Tablo 4).
- Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %83.1'inin çalışma süreci boyunca herhangi bir etik ikilemle karşılaşmadığı ve %16.9'unun ise etik ikilemle karşılaşmıştır. Etik ikilemle karşılaşan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %33.3'ü hasta mahremiyeti, %29.6'sı tanı ve tedavi ve %29.6'sı hasta yararı için yapılan işlemlerle ilgili etik ikilem yaşamaktadırlar. Etik ikilemle karşılaşan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %48.2'sinin etik ikilemi meslektaşlarının yardımıyla ve %40.7'sinin kendi kendine çözüme

kavuşturduğu saptandı. Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %25.9'unun yaşadıkları etik ikilemin ise çözüme ulaşmadığı saptandı (Tablo 5).

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılığın Oluşmasında Etkili Olan Etmenlere İlişkin Düşüncelerini İçeren Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin %82.5'i etik duyarlılığın oluşmasında kişilik özelliklerinin etkili olduğunu belirtirken, %71.9'u etik eğitiminin ve %53.8'i ise sosyal çevrenin etkili olduğu belirlendi (Tablo 6).

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin ADA toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre, etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu bulundu (Tablo 7).

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı ve Çalışma Durumu İle İlgili Özelliklerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaş gruplarına göre ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyutları arasında anlamlı farklılık görülmezken ($p>0.05$), bütüncül yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p=0.032$). Otuzaltı-44 yaş grubunda olan hemşirelerin bütüncül yaklaşım puanlarının, 19-25 yaş grubu ve 26-35 yaş grubunda olan hemşirelere göre anlamlı şekilde düşük olduğu ve yaşın ilerlemesiyle birlikte bütüncül yaklaşımın ve etik duyarlılığın arttığı belirlendi (Tablo 8).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyete göre ADA toplam puan ve yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyetlerine göre otonomi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.020$).

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinden kadınların otonomi puanları erkeklerin otonomi puanlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulundu (Tablo 8).

- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumlarına göre ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Evli olan hemşirelerin bekar hemşirelere göre etik duyarlılığı daha yüksekti (Tablo 8).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre ADA toplam puanı ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre çatışma alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.033$). Lise mezunu olan hemşirelerin ADA toplam puan ve çatışma alt boyut puan ortalamaları diğer hemşirelere göre daha düşüktü (Tablo 8).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları kurumlara göre ADA toplam puan ve otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları kurumlara göre çatışma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ADA toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu bulundu (Tablo 9).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin çalıştıkları yoğun bakımlara göre otonomi ve bütüncül yaklaşım alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık bulunurken ($p=0.030$), ADA toplam puanı ve yarar sağlama, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). ADA toplam puan ortalamasının Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde en yüksek ve Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde en düşük olduğu belirlendi (Tablo 9).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerine göre ADA toplam puanı, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanırken ($p<0.05$), otonomi, yarar sağlama, çatışma ve oryantasyon

alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Sıfır-1 yıldır çalışan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamaları diğer hemşirelere göre düşüktü (Tablo 9).

- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre ADA toplam puanı, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyut puan ortalamaları anlamlı bulunurken ($p<0.05$), otonomi, yarar sağlama, çatışma ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). ADA toplam puan ortalamasının 2-5 yıldır cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerde en yüksek ve 0-1 yıldır çalışan hemşirelerde ise en düşük olduğu tespit edildi (Tablo 9).

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Eğitim Alma ve Etik İkilemle Karşılaşmaya İlişkin Özelliklerine Göre ADA Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin eğitim sürecinde etik eğitimi alma durumlarına göre, yarar sağlama alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p=0.050$), ADA toplam puanı, otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Eğitim sürecinde etik eğitimi alan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamaları diğer hemşirelere göre daha yüksekti (Tablo 10).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin mezuniyet sonrası etik eğitim alma durumuna göre, çatışma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülürken ($p=0.015$), ADA toplam puan, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$). Mezuniyet sonrası etik eğitimi alan hemşirelerin ADA toplam puan ortalamaları diğer hemşirelere göre düşüktü (Tablo 10).
- Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin etik ikilemle karşılaşma durumlarına göre, çatışma alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$), ADA toplam puan, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin ADA toplam puanı diğer hemşirelere göre daha düşüktü (Tablo 11).

8.2. Öneriler

Çalışmamızda cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının etmenlere ve özelliklere göre değişiklik gösterdiği saptandı. Elde edilen sonuçlar ışığında aşağıda önerilere yer verildi.

- Hemşirelerin eğitim sürecinde almış oldukları etik eğitiminin daha akılda kalıcı ve etik karar verme sürecinde hemşirelere yol gösterici olması için eğitim müfredatında ders saati arttırılmalıdır.
- Mezuniyet sonrası bireylerin hizmet içi eğitimin yanında seminer, kongre, online eğitim gibi etik eğitimini alabilecekleri programlara teşvik edilmelidir. Ayrıca var olan eğitim programları da iyileştirilmelidir.
- Etik ikilem yaşayan hemşirelerin çoğunluğu mahremiyete ilişkin sorunlar yaşadığı için buna yönelik kurum, yönetim ve çalışanlar tarafından hasta bilgilerinin gizliliği ve güvenliği sağlanmalı hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- Karşılaştıkları etik ikilemi çözüme kavuşturamayan hemşirelere yardımcı olması yönünden etik ilke ve kodlar ile ilgili eğitim verilmeli ve duyarlılığın artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına göre alt boyutlarda farklılık gözlemlendiği için hemşireler kişisel özelliklerine uygun olan ve eğitim aldıkları alanlarda çalıştırılmalıdır.
- Kurumlara göre duyarlılık puanlarında farklılıklar görülmektedir. Sağlıkta eşitliği sağlamak için ortak eğitim programlarıyla konular güncel tutulmalıdır.
- Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakımlar arasında bazı alt boyutlarda farklılık görülmekte olup bunun nedenini ortaya koyacak çalışmalar planlanmalıdır.
- Meslekte veya yoğun bakımda çalışma süresi 0-1 yıl aralığında olan hemşirelerin duyarlılığı 2-5 yıldır çalışanlara göre daha fazladır. Bu nedenle, bireylerin motivasyonunu ve farkındalığını artırıcı yazılar verilmeli, eğitim programları düzenlenmelidir.
- Etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin çatışma duyarlılıkları ikilem yaşamayanlara göre fazladır. Bu nedenle etik ikilem yaşayanların karar vermesini kolaylaştırıcı çözüm yolları ve metodların geliştirilmesi gerekir.

- Etik duyarlılığın oluşmasında özellikle kişilik özelliklerinin etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle bireye uygun eğitim ve çalışma koşulları sağlanmalıdır. Hemşire kişilik özelliklerine uygun olan birimde çalışmalıdır.



9. KAYNAKLAR

1. Şahin Gezer D (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları etik sorunlar konusunda Adana ölçeğinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
2. Yılmaz E, Vermişli S (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2(2):41-46.
3. Başak T, Uzun Ş, Arslan F (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 52(2): 76-81.
4. Köktürk B (2013). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
5. Orgun F (2008). “BYRD”ın hemşirelere yönelik Etik Duyarlılık Testi’nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
6. Pekcan HS (2007). Yalova ili çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
7. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(2): 52-60.
8. Dikmen Y (2013). Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2(1): 1-7.
9. Dinç L (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi. 40(2): 113-119.
10. Aslan FE, Çakır M (2016). Yoğun Bakım Ortamı. (Ed: Aslan FE, Olgun N). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

11. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R, Bollig G (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science and Medicine*. 71: 677-684.
12. Tel H (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 1: 30-38.
13. Weaver K, Morse J, Mitcham C (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 62(5): 607-618.
14. Hamric AB, Blackhall LJ (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine* 35(2); 422-429.
15. Tazegün A (2013). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
16. Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E (2015). Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Dergisi* 8(1): 47-66.
17. Öztürk H, Hindistan S, Kasım S, Candaş B (2009). Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 13(2): 77-84.
18. Utlu N (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi* 29(8): 17-35.
19. Cerit B (2010). Hemşirelik Etik İkilem Testi'nin geçerlik-güvenirlik çalışması ve hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 40(2): 47-67.
20. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Sage Journals*. 15(3): 304-321.
21. Türk Dil Kurumu. Etik [online]. Erişilebilir: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Etik> [Alındı 5 Aralık 2016]

22. Esen B (2013). Yenidoğan yoğun bakım ebe ve hemşirelerinin etik ikilemleri ve mesleki profesyonellik düzeyleri ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
23. Başalan İz F (2009). Kohlberg'in Bilişsel Ahlak Gelişimi Kuramına göre hemşire öğrencilerin ahlaki yargı yeteneklerinin belirlenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
24. Türk Dil Kurumu. Etik [online]. Erişilebilir: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=118065 [Alındı 18 Aralık 2016].
25. Orhan F (2007). Sağlık hizmetlerinde etik boyut: hastanelerde çalışan personelin etiksel sorunlara yaklaşımlarının belirlenmesine yönelik bir alan çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
26. Eltan C (2013). Etik, iş etiği ve sağlık hizmetlerinde etik (Çivril Devlet Hastanesi sağlık personeline iş etiği algısı). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
27. Aktaş K (2014). Etik-ahlak ilişkisi ve etiğin gelişim süreci. Journal of International Management and Social Researches 1(2): 22-32.
28. Yıldırım G, Kadioğlu S (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29(2): 7-12.
29. Avcı K (2007). Pediatri alanında hemşirelerin etik sorunların çözümüne yönelik yaklaşımlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
30. Demir M (2011). Hacettepe üniversitesi hastaneleri hekimlerinin klinik etik problemlerin farkındalığı araştırması -hastane etik kurul model önerisi-. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
31. Sancak N (2011). Tedaviye son vermenin etik boyutu. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
32. Vikipedi Özgür Ansiklopedi. Felsefe [online]. Erişilebilir: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Felsefe> [Alındı 5 Aralık 2016].

33. Yıldırım G (2008). Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kurumsal etik çalışması yapanlardan bekledikleri. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
34. Öztürk H (2010). Yönetici hemşirelerin etik davranışları ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
35. Topdal B (2012). Yönetici hemşirelerde etik davranışlar. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
36. Türk Dil Kurumu (2012). Değer [online]. Erişilebilir: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.588e71b1721553.77032891 [Alındı 30 Ocak 2017].
37. Yüksel M (2015). Etik kodlar, ahlak ve hukuk. Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi 5(1): 9-26.
38. Daşbilek F (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
39. Tosun H (2005). Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
40. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Özcan D, Bahçecik N (2013). Kamu hastanelerinde görev yapan başhekim ve başhemşirelerin duygusal zeka düzeyleri ile etik muhakeme yetenekleri ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 10(3): 18-26.
41. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nursing Ethics 16(5): 561-573.
42. Emir M (2013). Hukuki ve etik yönleri ile biyotıp araştırmalarında biyobankalar. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
43. Karaöz S (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(1): 8-15.

44. Ergene Z (2012). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
45. Çobanoğlu N (2012). Etik-hukuk ilişkisi. IV. Sağlık Hukuku Kurultayı (Ed: Doğan C). Ankara, 17-22.
46. Türk Hemşireler Derneği (2009). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar [online]. Erişilebilir: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/upload/hemsire%20brosur.pdf>. [Alındı 24 Aralık 2016].
47. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1949). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi [online]. Erişilebilir: http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf. [Alındı 31 Aralık 2016].
48. Robichaux C (2012). Developing ethical skills: from sensitivity to action. *Critical Care Nurse* 32(2): 65-72.
49. Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP (2016). Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nursing Ethics* 23(5): 507-522.
50. Ertuğ N, Aktaş D, Faydali S, Yalçın O (2014). Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital settings. *Acta Bioethica* 20(2): 265-270.
51. Baykara ZG, Demir SG, Yaman S (2015). The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics* 22(6): 661-675.
52. Kim YS, Kang SW, Ahn JA (2012). Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nursing Ethics* 20(4): 470-478.
53. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ (2015). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics* 1-9
54. Milliken A (2016). Nurse ethical sensitivity: an integrative review. *Nursing Ethics* 1-26.
55. Monteverde S (2009). The importance of time in ethical decision making. *Nursing Ethics* 16(5): 613-624.

56. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 51(3): 168-173.
57. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 10(2): 56-60.
58. Turan N (2015). Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3): 134-139.
59. Turgut P (2015). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralarına ilişkin bilgi ve uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
60. Kılıçaslan N (1998). Yoğun bakımda hemşire aktivitelerine harcanan zamanların saptanması ve Tedavi Girişimleri Skoru Sistemi (TGSS). Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
61. Akpınar A (2005). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşmakla ilgili tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
62. Araç B (2012). Müzik terapinin cerrahi yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
63. Sarsılmaz H (2011). Yoğun bakım hemşireliği durum indeksi Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
64. Vatansever HE (2004). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağrı davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
65. Göçmen Avcı G, Türker S, Çifçi M, Sürücü Ş (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 4: 21-24.

66. Sağlık Bakanlığı (2016). Yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesi [online]. Erişilebilir: <http://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html> [Alındı 25 Aralık 2016].
67. Hatipoğlu S (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 44(4): 475-479.
68. Önder G, Önder E (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş tatminine etki eden faktörlerin önem derecelerinin analitik hiyerarşi prosesi yöntemi ile belirlenmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 3(2): 195-216.
69. Hemşirelik Hizmetleri (2016). Yoğun bakım hemşireliğinde temel konular [online]. Erişilebilir: <http://hemsirelikhizmetleri.beun.edu.tr/dosyalar/2016/12/tek/yoğun-bakimkitapcik.pdf> [Alındı 28 Aralık 2016].
70. İnce F (2014). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde ölüm kavramı ve ölüm kaygısının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
71. Çiftçi E (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
72. Kaya H, Kaya N, Turan Y, Tan YM, Terzi B, Barlas DB (2011). Nursing activities in intensive care units in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 17: 304-314.
73. American Association of Colleges of Nursing. Intensive care nurse [online]. Erişilebilir: <http://www.aacnnursing.org/Nursing-Education> [Alındı 15 Aralık 2016].
74. Karaman Özlü Z (2010). Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde bazı çevresel faktörleri kontrol altına almanın hastaların gece uyku durumuna etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
75. Terzi B, Kaya N (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 1: 21-25.

76. Torjuul K, Sorlie V (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing* 56(4): 404-413.
77. Babacan F (2007). Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin bakıma yönelik uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
78. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Tıbbi müdahalede hastanın rızası [online]. Erişilebilir: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>. [Alındı 30 Aralık 2016].
79. Meltzer LS, Huckabay LM (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 13(3): 202-208.
80. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 23: 256-263.
81. Sibbald RW, Lazar NM (2005). Bench-to-bedside review: ethical challenges for those in directing roles in critical care units. *Critical Care* 9(1):76-80.
82. Baggs JG, Norton SA, Schmitt MH, Dombeck MT, Sellers C R, Quinn JR (2007). Intensive care unit cultures and end-of-life decision making. *Journal of Critical Care* 22: 159-168.
83. Strandas M, Fredriksen STD (2015). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing Ethics* 22(8): 901-912.
84. Ay MA (2013). Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
85. Çelik S, Kalkan M, Gündoğdu A, Topal H (2012). Yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi hakkındaki düşünceleri [online]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 5(3): 101-109. Erişilebilir: <http://www.deuhyoedergi.org> [Alındı 28 Aralık 2016].

86. Kumaş G (2005). Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
87. Parlakgümüş A, Nursal TZ, Yorgancı K (2010). Bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde kardiyopulmoner resüstasyon sonuçları. Yoğun Bakım Dergisi 2: 40-44.
88. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in france: a prospective survey. The Lancet 357:9-14.
89. Gavrin JR (2007). Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. Critical Care Medicine 35(2): 85-94.
90. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjöqvist P, Dodek P, Griffith L, Freitag A, Varon J, Bradley C, Levy M, Finfer S, Hamielec C, McMullin J, Weaver B, Walter S, Guyatt G (2003). Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. The New England Journal of Medicine 349(12): 1123-1132.
91. Şapulu Y (2011). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin organ/doku bağıışı ve nakline yönelik bilgi, tutum ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
92. Karaman A (2015). Yoğun bakım hemşirelerinin beyin ölümü gerçekleşen hasta ailelerini/yakınlarını organ bağıışına yönlendirmedeki rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
93. Camut S, Baumann A, Dubois V, Ducrocq X, Audibert G (2016). Non-therapeutic intensive care for organ donation: a healthcare professionals' opinion survey. Nursing Ethics 23(2): 191-202.
94. Yaman Aktaş Y, Karabulut N (2012). Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesindeki hemşirelik öğrencilerinin beyin ölümü ve organ bağıışına ilişkin bilgi ve tutumları. Fırat Tıp Dergisi 17(3): 129-134.
95. Rustom CT, Palmer J, Thomas GL (2009). Ethical issues in resuscitation and intensive care medicine. Anaesthesia and Intensive Care Medicine 11(1): 1-5.

96. Sütçü Çiçek H, Yava A, Demirtaş A, Tosun N, Özcan CT, Akbayrak N (2012). The experiences of intensive care nurses caring for patients in vegetative state. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 6(3): 162-168.
97. Albayram T (2016). Kalp ve Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde entübe hastalarla iletişim amacıyla geliştirilen resimli iletişim kartlarının etkinliğinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
98. Erlen JA, Sereika SM (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing* 26: 953-961.
99. Lützén K, Evertzon M, Nordin C (1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics* 4(6): 472-482.
100. Lützén K, Johansson A, Nordström G (2000). Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics* 7(6): 520-530.
101. Tuveson H, Lützén K (2016). Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics* 28: 1-9.
102. Gül Ş, Duru Aşiret G, Bayrak Kahraman B, Devrez N, Örnek Büken B (2013). Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1: 23-31.
103. Lee HL, Huang SH, Huang CM (2016). Evaluating the effect of three teaching strategies on student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics* 24(6): 732-743.
104. Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ (2016). Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing Ethics* 24(6): 644-652.
105. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics* 19(4): 568-580.
106. Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S (2015). Moral distress among Iranian nurses. *Iran J Psychiatry* 10(1): 32-36.

107. Taylan S, Arslan S (2017). Hastane öncesi alanda ve hastane acil servislerinde çalışan sağlık ekibinin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10(2): 100-112.



10. EKLER

10.1. Ek 1. Hemşire Tanıtım Formu

Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Etik duyarlılık, etik ikilemlerin belirlenmesi ve farklı çözümlerin içindeki uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir. Etik duyarlılık, etik sorunları çözme, sorunlara açıklık getirme, yapılan eylemi haklı çıkartma ya da yaşanan bir etik ikilemi önleyebilmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın amacı, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığı değerlendirmektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığı belirlemekte yardımcı olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim Düzeyiniz: () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü

5. Çalıştığınız Kurum: () Kamu hastaneler Birliği'ne bağlı Hastane
() Üniversite Hastanesi
() Özel Hastane

6. Çalıştığınız Yoğun Bakım Ünitesi:

() Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi () Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi
() Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
() Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi () Diğer.....

7. Meslekte Çalışma Süreniz: (gün/ay/yıl)

8. Yoğun Bakımda Çalışma Süreniz: (gün/ay/yıl)

9. Eğitim sürecinizde etik ile ilgili eğitim aldınız mı?

() Evet ise, (hangi ders) () Hayır

10. Mezuniyet sonrası dönemde etik ile ilgili eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

11. 10. soruya yanıtınız EVET ise bu eğitimi nereden aldınız?

() Kongre () Seminer () Online eğitim () Hizmet içi eğitim
() Diğer.....

12. Mesleğiniz süresince herhangi bir etik ikilemle karşılaştınız mı?

() Evet ise, Yaşadığınız etik ikilem: Zamanı:.....
() Hayır

13. 12. soruya yanıtınız EVET ise karşılaştığınız etik ikilemi nasıl çözüme kavuşturdunuz?

() Meslektaşımın yardımıyla () Kendi kendime () Çözüme ulaşmadı
() Diğer:.....

14. Size göre etik duyarlılığın oluşumunda etkili olan etmenleri işaretleyiniz.

() Etik eğitimi () Sosyal çevre () Meslekte çalışma süresi () Yaş
() Kişilik özellikleri () Dini değerler () Diğer.....

10.2. Ek 2. Ahlakî Duyarlılık Anketi (ADA)

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE)

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

LÜTFEN BU İFADELERE NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI UYGUN GÖRDÜĞÜNÜZ SAYIYI DAİRE İÇİNE ALARAK BELİRTİNİZ.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|----------------------|---|---|-------------------|---|---|---|
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 1. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 2. Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 3. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 6. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 7. İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 13. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |
| 14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | Tamamen katılıyorum. | | | Hiç katılmıyorum. | | | |

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

29. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen katılıyorum.			Hiç katılmıyorum.			

10.3. Ek 3. Kurum İzinleri



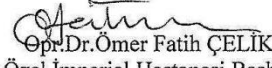
Sayı: 590
Konu: Araştırma.

19.07.2016

Sayın, Zehra BAŞAR

İlgi; 15.07.2016 Tarih ve Bila sayılı dilekçenize istinaden,

İlgi yazınız gereği; Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı öğrenilerinden Zehra BAŞAR'ın "Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi" adlı çalışmayı kurumumuzda yapmanız yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica olunur.


Op.Dr.Ömer Fatih ÇELİK
Özel İmperial Hastanesi Başhekimisi
(Mesul Müdür)

Kemerkaya Mah. Devlet Sahil Yolu
No: 27-29 TRABZON - TÜRKİYE
Tel: 0 (462) 444 44 61
Faks: 0 (462) 321 36 30
info@imperialhastanesi.com
www.imperialhastanesi.com

10.3. Ek 3. Kurum İzinleri (Devamı)



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yarı İşleri Birimi
16/08/2016 10:36 - 48814514-806.01.03-E.4573
00982545

Konu : Anket Çalışması Hk.

Sayın Zehra BAŞAR
KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

- İlgi: a) 18.05.2016 tarihli ve 2016-3870 EBYS No'lu dilekçeniz.
b) 20/05/2016 tarihli ve E.2884 sayılı yazımız.
c) 12.08.2016 tarihli ve 5725 EBYS No'lu dilekçeniz.

İlgi (a) dilekçenize karşılık ilgi (b) yazımızla istenilen etik kurulu kararının ilgi (c) dilekçeniz ekinde sunulmuş olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, yürütmekte "*Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi*" başlıklı anket çalışmanızı hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Servet KERİMOĞLU
Başhekim V.

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şef Emine DİNÇ
eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1



Evrak teyidinde <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514-806.01.03-E.4573 ve Barkod Num.:982545 bilgileriyle erişebilirsiniz.

10.3. Ek 3. Kurum İzinleri (Devamı)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TRABZON İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - TRABZON İLİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
19/09/2016 10:30 - 29765155 - 799 - E 10345
00029941439

Sayı : 29765155/799
Konu : Araştırma/
Doç.Dr. Dilek ÇİLİNGİR

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 12/08/2016 tarihli ve 36229669-132 sayılı yazınız.

Üniversiteniz, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç.Dr. Dilek ÇİLİNGİR danışmanlığında Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zehra BAŞAR'ın "Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi" başlıklı Araştırma Başvurusunu, 01.09.2016 - 30.11.2016 tarihleri arasında Birliğimize bağlı T.C S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Fatih Devlet hastanesi, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları Hastanesi ve Rehabilitasyon Hastanesinde uygulama talebi ile ilgili olarak Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından "Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları" ve adı geçen Sağlık Tesislerinin uygun görüşleri doğrultusunda çalışmaların Sağlık Tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımının gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışmanın sonucunun Bakanlığımız Bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla değerlendirilmiş ve uygulama talcibi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Halit ÇINARKA
Genel Sekreter

EKLER:

1- Komisyon Tutanağı (1 sayfa)

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA İLE AYNIŞIDIR
19.09.2016
KAMU HAST.DIR.GEN.SEK.
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
E-İMZA YERİ
Genel Sekreter

Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-ge Birimi
Faks No:

c-Posta:nazire.asik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0 4622341111/1954 NAZİRE AŞIK

nazire.asik@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8500886e-4598-43ec-bc43-0c224e000479 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nazire AŞIK

Unvan:EBE

Telefon No:0 462 234 11 11 \ 1954

10.3. Ek 3. Kurum İzinleri (Devamı)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
TRABZON İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
BİLİMSSEL ÇALIŞMA DEĞERLENDİRME İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

KARAR TARİHİ : 09 /09/2016

KARAR NO : 10

Gündem : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç Dr. Dilek ÇİLİNGİR danışmanlığında Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zehra BAŞAR'ın **"Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi"** başlıklı araştırması ile ilgili izin talebi, Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyon Kararı. 09 /09/2016 tarihinde sonuçlanmış olup; toplantı konusu ve sonucu aşağıda belirtilmiştir.

Konu : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Doç Dr. Dilek ÇİLİNGİR danışmanlığında Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zehra BAŞAR'ın **"Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi"** başlıklı araştırmasını 01.09.2016 - 30.11.2016 tarihleri arasında Birliğimize bağlı T.C S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Fatih Devlet hastanesi, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları Hastanesi ve Rehabilitasyon Hastanesinde uygulama talebi yazı ekindeki Başvuru Formu ile belirtilmiştir.

Sonuç : İlgili çalışma, Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları ve T.C S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesinin uygun görüşleri doğrultusunda çalışmaların hizmeti aksatmayacak şekilde, araştırmalara katılımın gönüllülük esasına uygun olacağı, kişisel verilere /özel hayata özen gösterilmesi, sağlık tesisi idaresine çalışma yapılmadan 1 (bir) gün öncesi, bilgi verilmesi ve çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla; uygulama izni verilmesi, tarafımızca uygun görülmüştür.

İş bu tutanak Komisyonumuzca imza altına alınmıştır.

Nazire AŞIK
Ebe
Yedek Üye

Uzm. Dr. Cevahir ARDUÇ
Tıbbi Hizmetler Başkanı
Üye

Ecz. Selim SEYİS
Mali Hizmetler Başkanı
Üye (izinli)

Dr. Şafak SÜNBÜL
İdari Hizmetler Başkanı
Başkan
09/09/2016

10.4. Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığın değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOSULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

1. Cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitelerinde çalışmanız,
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma için size araştırmacı tarafından hazırlanan hemşire tanıtım formunda bulunan sorular sorulacak ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi” uygulanacaktır.

Sorumluluklarım nedir?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık 400-450 hemşiredir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu olmamakla birlikte bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar etik duyarlılığın geliştirilmesinde cerrahi yoğun hemşirelerine katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma, anket formunun doldurulmasından ibaret olup, sizi bu çalışmada bekleyen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma, anket formlarının doldurulmasından ibaret olup, araştırma süresince birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen herhangi bir ilaç ya da besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket formlarının doldurulmasında verdiğiniz yanıtların içten olmadığı izlenimi oluştuğu takdirde araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Size anket formlarının uygulanması dışında, çalışma kapsamında herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Size yalnızca anket formları uygulanacağı için çalışma nedeniyle herhangi bir zarar görmeniz mümkün değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Anket formları hastanede uygulanacağından ve yaklaşık 20 dakikanızı alacağından herhangi bir sorun olduğunda bunu araştırmacıyla paylaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Size, anket formları için herhangi bir araştırma masrafı ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, bu bilgiler bilimsel amaçlı mesleğe katkı sağlayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında bana sunulan anket sorularının değerlendirilmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-481
Konu: Etik kurul onay belgesi

03/08/2016

Sayın; Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2016/111 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

11. ETİK KURUL ONAYI (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2016/ 111		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR. UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Zehra BAŞAR		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

11. ETİK KURUL ONAYI (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 9	Tarih: 01/08/2016
	Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Zehra BAŞAR'a ait "Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi" başlıklı 2016/111 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Evrim Ö. KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı, : Zehra BAŞAR
Uyruğu : T.C
Doğum tarihi ve yeri : 12.08.1990 LADİK
Medeni hali : Bekar
Telefon : 0 462 341 56 56
E-Posta : zehrabasar55@hotmail.com
Yazışma adresi : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Üniversite Mah.
Farabi Cad. No:88 61080/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Yüksek Okulu	2011
Lise	Ladik Çok Programlı Lisesi	2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Samsun Özel Mediva Hastanesi	2011
Hemşire	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2014
Hemşire	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2017

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Güner Y, Turna Ö, Başar Z, Gürsoy A, Çilingir D “Hasta Güvenliği İçin Kimlik Doğrulama Hasta Bilekliği Kullanımına İlişkin Hemşirelerin Görüş ve Uygulamaları”, Sözlü Sunum, 20. Ulusal Cerrahi Kongresi ve 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya/ Belek, 15 Nisan 2016.

2. Güner Y, **Başar Z**, Turna Ö, Gürsoy A, Çilingir D “Identity Verification for Patient Safety: Opinions and Applications of Nurses and Patients for Using Identifier Wristbands”, E-poster Bildiri, 8th EORNA The Colossus of Perioperative Nursing, Rodos/Yunanistan, 4-7 Mayıs 2017.

