



**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN DOKTOR VE
HEMŞİRELERİN YOĞUN BAKIMA ZĐÜ ETİK
KONULARDAKİ YAKLAŞIMLARININ ETİK
DUYARLILIKLA İLİŐKİŐİ**

Aybüke Kübra ÇELİK

TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ**

Yüksek Lisans Tezi-2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN YOĞUN
BAKIMA ÖZGÜ ETİK KONULARDAKİ YAKLAŞIMLARININ ETİK
DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ**

Aybüke Kübra ÇELİK

**Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Etik Nedir.....	2
2.2. Etik İlkeler	2
2.2.1. Yararlılık İlkesi	3
2.2.2. Özerklik-Otonomi İlkesi	3
2.2.4. Dürüstlük ve Doğruluk İlkesi	4
2.2.5. Adalet.....	5
2.2.6. Gizlilik	5
2.3. Meslek Etiği	5
2.4. Tıp Fakültesi Etik Eğitimi.....	6
2.5. Hemşirelik Fakültesi Etik Eğitimi	9
2.6. Yoğun Bakım Üniteleri.....	10
2.7. Yoğun Bakım Hastaları	12
2.8. Yoğun Bakım Hekimliği.....	12
2.9. Yoğun Bakım Hemşireliği	13
2.10. Etik Duyarlılık	14
3. MATERYAL VE METOD.....	16
3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	16
3.2. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi	16
3.3. Araştırmanın Tipi.....	16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları	17
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	17
3.5.2. Yoğun Bakıma Özgü Konulara Yaklaşım Anketi.....	17
3.5.3. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA).....	18
3.5.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	18

3.5.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.5.6. Araştırmanın Sınırlıkları	19
4.BULGULAR.....	20
4.1. Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulgular	20
4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketine Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	22
4.3. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi	29
4.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarının Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisi	31
5.TARTIŞMA	42
5.1. Çalışmaya Katılan Yoğun Bakımda Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulguların Tartışılması.....	42
5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketine İlişkin Bulguların Tartışılması	44
5.3. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisinin Tartışması	47
5.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisi.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	61
EK-1. Özgeçmiş.....	61
EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	63
EK-3. Kişisel Veri Formu	64
EK-4. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi	66
EK-5. Ahlaki Duyarlılık Anketi.....	67
EK-6. Etik Kurul İzni.....	68

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamda beni destekleyen bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım başta danışman hocam Sayın Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresinde ders veren bütün saygıdeğer hocalarıma,

Çalışmam esnasında, Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA'nın ölçeğini kullanmama izin verdiği için Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hale TOSUN'a,

Çalışmam esnasında tez çalışmasında kullandığı 'Yoğun bakıma özgü etik konulara yaklaşım anketi'n den faydalanmama izin veren Sayın Uzman Hemşire Gökçe ARSLAN'a,

Çalışmamın, istatistik değerlendirme aşamasında kahrımı çeken, danışmanlık eden İnönü Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi Sayın İpek BALIKÇI ÇİÇEK'e,

Her konuda beni cesaretlendiren uzakları yakın eden canım dostum Öğretim Görevlisi Kübra AKCAN'a,

Hayatımın her anında, doğrumda yanışımda yanımda olup beni destekleyen, varlıklarından güç aldığım sevgili annem, babam ve kardeşime,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmamda her zaman yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşime,

Yüksek lisans eğitimim sırasında ihmal ettiğim her şeyim canım oğluma,

Sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Aybüke Kübra ÇELİK

ÖZET

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Etik duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulardaki Yaklaşımlarının Etik Duyarlılıkla İlişkisi

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktor ve hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özgü etik konulardaki yaklaşımlarının etik duyarlılıkla ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Meteryal ve metot: Tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yoğun bakımlarda çalışan doktor ve hemşireler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek dahil edilme kriterlerine uyan tüm doktor ve hemşireler araştırmanın örneklemini oluşturdu. Toplamda 144 doktor ve 144 hemşireye ulaşıldı. Araştırmanın verileri Kişisel bilgi formu, Yoğun Bakıma Özgü Konulara Yaklaşım Anketi ve Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) ile elde edildi. Veriler medyan (min-maks), ortalama (standart sapma) ve sayı (%) ile verildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Analizlerde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygun olan yerlerde kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi için Conover testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Ahlaki duyarlılık anketi puan ortalaması 67.13 ± 22.01 olarak belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde bütüncül yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 10.53 ± 4.16 , yarar sağlama alt boyutu puan ortalaması 9.31 ± 4.29 , uygulama alt boyutu puan ortalaması 7.91 ± 4.03 , oryantasyon alt boyutu puan ortalaması 6.88 ± 3.66 , çatışma alt boyutu puan ortalaması 8.89 ± 3.12 , otonomi alt boyutu puan ortalaması 14.91 ± 5.22 olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılanlardan 36 yaş ve üzeri olanların ahlaki duyarlılık düzeyleri diğer yaş gruplarına göre, erkeklerin kadınlara göre, doktorların hemşirelere göre, cerrahi birimlerde çalışanların dahili birimlerde çalışanlara göre, Etik eğitim alanların almayanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Etik Duyarlılık, Etik Yaklaşım, Hemşirelik Etiği, Kritik Hasta Bakımı, Tıp Etiği, Yoğun Bakım Hekimliği, Yoğun Bakım Hemşireliği

ABSTRACT

The Relationship of Intensive Care Doctors and Nurses in Ethical Issues Unique to Intensive Care and Ethical Sensitivity

Aim: This study was conducted to determine the relationship between the ethical sensitivity levels of doctors and nurses working in intensive care units and their approaches to ethical issues specific to intensive care units.

Material and method: It is a descriptive study. Doctors and nurses working in intensive care units at İnönü University Turgut Özal Medical Center constitute the universe of the study. All doctors and nurses who met the inclusion criteria, by not using the sample selection method, formed the sample of the study. In total, 144 doctors and 144 nurses were reached. The data of the study were obtained by Personal Information Form, Questionnaire for Approach to Intensive Care-Specific Issues and ADA. Data were given as median (min-max), mean (standard deviation) and number (%). Compliance with the normal distribution was determined by the Shapiro-Wilk test and the Kolmogorov-Smirnov test. Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used where appropriate. Conover test was used for Kruskal Wallis test in multiple comparisons. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean score of the moral sensitivity questionnaire was determined as 67.13 ± 22.01 . When the scores obtained from the sub-dimensions of the scale are examined, the mean score of the holistic approach sub-dimension is 10.53 ± 4.16 , the mean score for the benefit sub-dimension is 9.31 ± 4.29 , the mean score for the application sub-dimension is 7.91 ± 4.03 , the mean score for the orientation sub-dimension is 6.88 ± 3.66 , the mean score for the conflict sub-dimension is 8.89 ± 3.12 , autonomy sub-dimension mean score was determined as 14.91 ± 5.22 .

Conclusion: The moral sensitivity levels of the doctors and nurses participating in our study were found to be high. The moral sensitivity levels of those 36 years of age and older who participated in the study were compared to other age groups, men compared to women, doctors compared to nurses, those working in surgical units compared to those working in internal units, Those who received ethics training compared to those who did not receive ethics training. Ethical and moral sensitivities were found to be higher than

Keywords: Ethical Sensitivity, Ethical Approach, Nursing Ethics, Critical Patient Care, Medical Ethics, Intensive Care Medicine, Intensive Care Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: Ahlaki Duyarlılık Anketi
DNR	: Kardiyopulmoner Canlandırma Yapmama
Vd.	: Ve Diğerleri
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
TTB	: Türk Tabipler Birliği



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Yoğun Bakıma Özgü Etik Sorunlara Yaklaşım Anketi Konuları ve Soru Sayısı.....	18
Tablo 4.1. Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulgular	20
Tablo 4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutları Tanımsal Bulguları.....	22
Tablo 4.3. ADA Alt Gruplarının Yaş Grubu Değişkenine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı	23
Tablo 4.5. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Görev Değişkenine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı	25
Tablo 4.7. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Etik Eğitim Alma Değişkenine Göre Dağılımı	26
Tablo 4.8. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Etik Konuda Yeterli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı	27
Tablo 4.9. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyutlarının Etik Sorunla Karşılaşma Değişkenine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.10. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketine Verilen Cevapların Dağılımı.....	29
Tablo 4.11. “Hastanın Durumu Ne Olursa Olsun DNR Kararının Alınması Vicdani Duygularıyla Çelişmektedir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi.....	31
Tablo 4.12. “DNR Ve Ötanazi Kavramlarının Aynı Olduğunu Düşünüyorum” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	32
Tablo 4.13. “DNR Kararını Hasta Ya Da Hastanın Birinci Dereceden Yakınları Almalıdır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi.....	33
Tablo 4.14. “Bilgilendirilmiş Onamı, Hastanın Bilinci Kapalı Olduğu Ve Tek Hasta Yakını Olan Kızı Yurtdışında Olduğu İçin Hekim İmzalayabilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	33

Tablo 4.15. “Hastada Başlayan Bilinç Bulanıklığı Döneminde De Hastadan Bilgilendirilmiş Onam Alınabilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	34
Tablo 4.16. “Sağlık Profesyonelleri İle Karar Vericiler Arasında Fikir Birliği Olmadığı Ya Da Vekil Kararı Hasta Yararına Olmadığında Etik Komiteye Başvurulması Gerekir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	35
Tablo 4.17. “Yaşamı Tehdit Eden Durumlarda Bilgilendirilmiş Onama Gerek Olmadan Hekim Hasta Hakkında Karar Verebilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	36
Tablo 4.18. “Hastanın Sosyal Endikasyon Varlığı (Başhekimin Yakını Olması), Kaynakların Adil Paylaşımına Engel Teşkil Etmektedir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	37
Tablo 4.19. “Hastaların Yoğun Bakıma Kabulünde Dağıtıcı Adalet İlkesi (Eşitlik Ve Yarar Sağlama Baz) Alınmalıdır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi.....	38
Tablo 4.20. “Kaynakların Adil Paylaşımı Hekimin Sorumluluğundadır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	39
Tablo 4.21. “Hastanın Terminal Dönem Olarak Kabul Edilmiş Olması Yoğun Bakım Gereksinimi Olmadığı Anlamına Gelmez” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi	40
Tablo 4.22. “Sosyal Endikasyon Nedeni İle (Başhekim Yakını) Hastaların Yoğun Bakıma Yatırılmasının Rahatsız Olunacak Bir Durum Olmadığını Düşünüyorum” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi Ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi.....	41

1. GİRİŞ

Hastaların bakım ve tedavilerini üstlenmek sağlık profesyonelleri açısından çok büyük bir sorumluluk gerektirmektedir. Bu sorumlulukta önemli olan konu hiç tanımadığın hastalar hakkında doğru karar verebilmektir. Bu amaçla sağlık profesyonelleri öğrenim görürken ve çalışma ortamında doğru kararların ne olduğunu saptama kabiliyetini geliştirebilmeli ve objektif olarak tüm hastalara aynı şekilde yaklaşabilmelidir. Doktor ve hemşireler kendilerini etik sorun ve konularda geliştirebilmeleri hem kendileri hem de hastaları açısından önemlidir.

Sağlık profesyonelleri hasta bakımıyla ilgili etik sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Bu bağlamda araştırma; Yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktor ve hemşirelerin yoğun bakıma özgü etik konulara yaklaşımının etik duyarlılıkla ilişkisini saptamak, çalışan ve öğrenim gören doktor ve hemşirelere yol göstermek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Etik Nedir

Etik kelime anlamı olarak, Yunanca “karakter”, “alışkanlık”, “gelenek”, “töre” anlamına gelen “ethos” kelimesinden gelmektedir. Etik kişi ve eylemlerinden oluşmaktadır. Toplumsal ve kişisel ilişkiler bazı ana değerlerle yürütülür. Etik, normlara ve eyleme yönelik problemleri ve doğru bilgiye ulaşma gayesi içinde olan felsefenin alt bilim dalıdır (1). Annemarie Pieper’ın Etige Giriş kitabında Etik “insanın davranış ve tutumlarını ahlaki açıdan inceleyen, ahlaki muhakeme ve yargı yetisini değerlendiren, sadece olanı değil aynı zamanda olması gerekeni ön gören, yani davranışları düzenleyen normları ortaya koyan bir konu alanı” olarak tarif edilmiştir (2). Etik, kişilerin birbirleriyle olan ilişkilerinin temelindeki normları, iyiyi veya kötüyü; yanlışı veya doğruyu araştıran felsefenin bir dalıdır (3). Tıbbi etik ise, tıbbı özgü kurallar ve normlarla alakalı olup, tıbbi ilişkilerde sağlık profesyonellerinin iyiyi ve doğru olan davranışın neler olduğunu anlamaları ve nelerden kaçınmaları gerektiğini tanımlamaktadır (4, 5). Etik prensiplere ve kodlara makul biçimde davranmak, bireylerin sağlığına yarar sağladığı gibi, sağlık personellerine de sorumluluklarının ve doğru davranışların belirlenmesi, mesleki anlamda dayanışma sağlanması, meslek içerisinde baskı altında kalmak ve peşin hüküm vermeyi önleme, mesleğin bulunduğu konumu güçlendirme ve otonomi sağlama, motivasyon, mesleki doyum ve tutarlılık gibi yararlar sağlamaktadır (6, 7). Sağlık çalışanları gerekli ve doyurucu bilgi birikimine sahip olmalı, tıbbi eylemlerinde etik açıdan doğru kabul edilen kararlar almaları da beklenmektedir (8). Bundan dolayı, etik problemler karşısında hüküm verirken mesleki etik prensipleri temel alınmalı sorunu belirleyip çözüm yolları aramalı ve etik sorunun sonuçlarını değerlendirmeleri konusunda konuya hakim olmalıdırlar (9).

2.2. Etik İlkeler

Üniversal etik norm ve ilkeler; kişinin, benliğine, çevresine, yapmış olduğu mesleğe, meslektaşlarına ve tüm cemiyete karşı sorumluluklarını yerine getirirken kullanmış olduğu yol gösteren kurallar bütünüdür. Etik ilkeler; “Yararlılık”, “Zarar Vermeme”, “Doğruluk”, “Güvenirlilik”, “Adalet”, “Otonomi”den meydana gelmektedir (10, 11). Tıp etiği ilmiyle uğraşan bilim insanları, ilkelerin kimisini diğerlerinden soyutlayarak öncelikli olarak kabul etmektedirler. "Evrensel", "temel", "asıl", "yüce" gibi

isimlendirilen bu etik ilkelere yönelik değişik belirlemeler bulunuyor olsa da, aralarında ortak bir benzerliğin var olduğu kabul edilir. Misalen; bir çalışmada tıp etiği iki etik prensibe (yararlılık, özerkliğe saygı) riayet olarak betimlenirken (12) bir başka çalışmada üç prensip (yararlılık, özerkliğe saygı, adalet) ana prensipler olarak incelenmiştir (13). Diğer bir çalışmada etik prensiplerin dört ana prensip olduğu görülmüştür (yararlılık, özerkliğe saygı, adalet, kötü davranmama) (14). Veatch ise, tıp etik prensiplerini sözünde durma, yararlılık, özerklik ve doğruluk olarak onaylarken (15), diğer bir çalışma adalet, yararlılık, özerklik ve eşitlik ilkelerini üniversal prensipler namına belirlemiştir (16). Belmont Raporu'nda (insan denekleri kapsayan araştırmalara yönelik prensipleri ve kuralları içeren rapor) "bireye saygı ilkesi", "yararlılık" ve "adalet" ana prensipler olarak belirlenmiştir (17). Dünya Tıp Birliği'nin bildirilerinde de, incelenen konuların kapsamında değişik prensiplerin ağırlık kazandığı gözlemlenmiştir (18).

2.2.1. Yararlılık İlkesi

Yararlılık ilkesi; kişinin hasta bireyi sağlığına kavuşturma yolunda hayatını koruma ve yararlı olabilme çabalarını kapsamaktadır (19). Ayrıca sağlık uğraşları içerisinde hasta bireye öncelikli olarak tepeden tırnağa tamamıyla yararlı olmayı amaçlayan prensip olarak tanımlanabilmektedir. Yararlılık ilkesinde kişisel hareketlerin kalitesinde “Yarar yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken, zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır” (20). Kişinin bir başka kişiye mutlak suretle yararlı olması gerekliliğini vurgulamaktadır. Yararlılık ilkesi; iyiliğin artırılması, zararın engellenmesi ve ortadan kaldırılması olarak üç ana başlık altında ele alınır (21).

2.2.2. Özerklik-Otonomi İlkesi

Yüzyıllardır tıp prensibinin en önemli etik normu olarak özerklik ilkesi kişinin otonomisini oluşmaktadır. Hekim, hastasının sadece tıbbi açıdan yararını düşünerek değil aynı zamanda ona bağımsız bir kişi olmasından dolayı sağlanan haklarını da kullanabilme imkânı sağlamaktadır (22). Özerklik, bireylerin olası bir baskı altında kalmadan kişisel kural ve yasalarını meydana getirmesi ya da kişinin kendi kendini idare edebilmesi anlamına gelmektedir ve kişinin bağımsızlığını oluşturmaktadır (21). Özerklik, bireyin olası bir tahakküm altında kalmadan bireysel irade gücüyle fikir yürütebilme, kişinin kendisiyle ilgili tüm hükümleri verebilme ve bu kararın sonucunda herhangi bir fiile geçebilme yeteneğidir. Özerklik ilkesinde etik sorunlar, hasta bireyin “özerk kişi” olma özelliğini riske atan, sonlandıran veya hakkını elinden alan durumlardan dolayı ortaya

çıkılmaktadır (23). Bireyin bireysel norm ve yargıları, fikirleri tarafından şekillenen hükümlerini tanımak, bireye özerk kişi olarak saygı göstermek anlamına gelmektedir (24). Özerklik, kişinin kendisinin seçtiği ve gözlemediği bir amaç istikametinde kendisini idare etme hakkıdır (25). Aydınlatılmış onam, sağlık profesyonellerinin, hasta bireyin kişiselliğine saygı duyulmasının mühim biçimlerinden birisidir. Aydınlatılmış onam, hasta bireyin kendine tatbik edilecek olan olası bir tıbbi işlemi reddedebilmesi veya işlemi onaylayabilmesi için yeteri kadar haberdar edilmesi işlemidir (26). Aydınlatılmış onamın alınması tıbbi tedavi ve müdahalelerde hasta hakları bakımından hasta için haklı, aynı zamanda sonrası için de herhangi hukuksal bir durumda doktor lehinde bir dokümandır (22).

Otonomi prensibi, hasta bireyin kendisini ilgilendiren, tıbbi tedavi ve bakımı mevzusunda hüküm verme hakkıdır. Otonomiyle ilişkili bir diğer başlık da aydınlatılmış onamdır. Aydınlatılmış onam; hasta bireye tatbik edilecek olan olası bir tıbbi işlemin yararını, tehlikelerini ve de tedavi alternatiflerini öğrenerek yapılacak işlemi onaylamasıdır.

Yoğun bakım şartlarında yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ilkelerinin uygulanabilirliği diğer birimlere göre zordur. Misalen; zarar vermeme ve yararlılık prensipleri, yoğun bakımda iyileştirme gayesiyle uygulanan cerrahi girişimlerin uygulanması arttıkça, sıklıkla çatışma konumuna gelir. Özerklik prensibi yoğun bakım birimlerinde hastalık ve iyileştirmesi hakkında fikirlerinin ne olduğu bilinmeyen ve herhangi bir sözel veya bedensel iletişim geliştiremeyecek pozisyonda olan hastalar ile çoğunlukla karşı karşıya gelineceğinden dolayı uygulanabilirliği güçtür. Bilgilendirilmiş onam prensibinin Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde uygulanabilirliği güçtür. Bu nedenle pek çok durumda acil koşullar hesap edilerek bu prensibin uygulamaya geçilmesi söz konusu olmamaktadır. Ayrıyeten yoğun bakım birimlerindeki sınırlı yatak ve sığa hesap edildiğinde, yoğun bakımlarda bulunan tüm olanakların her hasta bireye aynı biçimde kullanılabilirliği zor olmaktadır. Fakat bu imkanların kullanılabilirliğinde bir evlilik belirleme şartı bulunmaktadır. Sosyal adalet ilkeleri ve hasta haklarının çatışmasına neden olan bu durumda hasta bireyde yaşamsal desteğinin hangi biçimde sürdürüleceği sorusu önem kazanmaktadır (19).

2.2.4. Dürüstlük ve Doğruluk İlkesi

Doğruluk bir kimseye yakışan tutum ve davranışların bütünüdür. Kişiler kendileri hakkında doğru bilgilere ulaşma hakkına sahiptir (24). Etik davranış kişilerle olan

bağlantılarda doğru ve dürüst olmayı, saygıyı ve samimiyeti icap ettirmektedir. Güven bütün ilişkilerin ana kuralıdır (27).

2.2.5. Adalet

Bir toplumda bireyler eşit haklara sahiptirler (51). Adillik kavramı adaletten gelmektedir ve herkese eşit saygı gösterilmesi anlamına gelmektedir. Platon Adalet kavramını “her bireyin kişisel kabiliyetine kişinin yaşam süresi içinde üstüne düşen vazifeyi yapması” olarak tanımlamıştır. Kant ise adaleti tanımlarken üç farklı ilkenin üstünde durmuştur. Bunlar; Roma hukukundan gelen “şerefli yaşa, kimseye zarar verme, herkese payına düşeni ver” ilkeleridir (28). Tıbbi olarak adalet prensibi kaynakların gereksinimlerine göre hasta bireylere aynı oranda ve dürüstlikle dağılması anlamına gelmektedir. Adalet ilkesi sağlık profesyonellerinin, çalışma alanlarında etik olarak karşılaştıkları sorunlara yardımcı olmaktadır. Adaletle ilgili etik sorunlar ise sağlık kurumlarında, tıbbi olanakların kişi ve topluma adil bir şekilde sunulmasıdır (22).

2.2.6. Gizlilik

Hasta-Doktor veya hasta-hemşire ilişkilerinde bir esas olarak kabul edilmektedir (29). Günümüz şartlarında tüm işkollarında olduğu gibi sağlık işkolunda da teknolojik gelişmelerle teknolojinin kullanımının artması bilgiye erişimi artırmış ve buna bağlı olarak gizlilikle ilgili endişeler artmaktadır. Bir kişinin verilerine ancak hasta bakımını sağlamak amacıyla ulaşılmalıdır. Hastalarla ilgili kişisel bilgileri toplum içerisinde konuşulmamalıdır. Hastaya ait bilgiler sadece bakım amacıyla gerekli olan bilgileri içermelidir. Hastaya ilişkin tıbbi, demografik, sosyal ya da mali veriler, araştırma verileri ve bu verileri kullanan sağlık profesyoneline ilişkin veriler gizli tutulmalıdır. Saydığımız gizliliklerin dışında fiziksel gizlilikte saklanması gereken önemli bir unsurdur (30, 31, 32).

2.3. Meslek Etiği

Bir meslek dalında belirlenen etik esaslara mesleki etik denilmektedir. Bir mesleki ekibin bu meslek ile ilişkili olarak kurduğu, kolladığı, üyeleri olduğu bireylere neler yapması gerektiğini emreden, kişisel eğilimlerini sınırlayan, onları belirli bir özellikte davranmaları gerektiğini sağlayan, ilkesiz ve yetersiz azaları meslekten meneden, meslek içindeki çekişmeyi tertip eden ve mesleki düşünceleri koruyup kollamayı hedefleyen kural ya da ilkelerin tümüdür (33). Meslek etiği evrenseldir. Dünyada her nerede olursa

olsun özdeş mesleği simgeleyen bireylerden, meslek etiği kurallarına uygun davranmaları gerekir (34). Her mesleğin kendine özel değerleri bulunmaktadır. Normlar değişik özelliklere sadık olan bireysel gayelerdir ve etik hüküm vermenin ana unsurudur, kişisel davranışlara doğrultu vermektedir.

Tıp etiği ayrıca bir meslek etiği olup tatbik edilebilen etiğin incelendiği en önemli soruşturma mevzularından birisidir. Tıp etiği, sağlık profesyonellerinin hastasına yönelik olan yükümlülükleri ve mesuliyetlerin üzerinde durmaktadır. Tıp etiği, tıp alanındaki yürütümlerin ve davranışların etik normlar doğrultusunda araştırılmasıdır. Bu bağlamda sağlık sahasında var olan etik sıkıntılarının çözümünün sağlanmasında doğru-yanlış, iyi-kötü, onaylanabilir-onaylanamaz ve benzeri değerlendirmelerde bulunulur. Cevizci'ye göre: "Tıp etiğini bir meslek etiği olarak mümkün kılan ilk ve en önemli şeyin, tıbbın kendine özgü sanat ve bilim karışımı doğrudan doğruya insan hayatıyla ilgili bir disiplin veya meslek alanı olması olduğu söylenebilir" (35). Tıp etiği aynı zamanda bir mesleki etik olan biyoetik ile doğrudan alakalıdır, ancak anlam olarak aynı değildir. Biyoetiğin tıp etiği ve ahlâk felsefesinden beslendiği ifade edilmektedir. Uygulamalı etiğin bir alanıdır biyoetik. Biyoetik bir meslek etiği olmasının haricinde bilimdeki ve tıptaki etik dilemmalar konusunda düşünerek bir istintak etmek, çare aramak sahasını belirtmektedir (36). Biyoetik incelemeler, genel olarak birey sağlığı ve yaşamı yönünden etik sorunları inceleyerek, hareketlerin geçerliliğini ve doğruluğunu tayin eden ilkeleri tespit etmeye doğrultuyu çevirmiştir. Bu nedenle biyoetik inceleme sahası olarak tıp etiğinden daha kapsamlı bir sahaya sahiptir. "Biyoetik" kelimesi "canlı etiği" anlamına gelmektedir ve canlılar üstündeki birey davranış ve tutumlarını ahlâk bakımından ele alan incelemeleri kapsamaktadır (2).

2.4. Tıp Fakültesi Etik Eğitimi

Avrupa ülkelerinde Tıp Fakültelerinde Tıp Tarihi ve Etik derslerinin müfredata konulması XIX. Yüzyılın bitimine yakındır. Ülkemizde olan hal yaklaşık olarak aynıdır. Ülkemizde kurulan ilk tıp fakültesi İstanbul Tıp Fakültesi'dir. İstanbul'un fethedilişinin ardından Fatih Sultan Mehmet'in buyruğu üzerine Beyazıt Meydanı'nda kurulan Darülfünun'da modern olmayan tıp eğitimi başlamıştır. Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane 14 Mart 1827 yılında kurulmuş ve modern manada kurulan ilk tıp fakültesidir. O zamanın hükümdarı Sultan II. Mahmud'un emriyle kurulmuştur. Cumhuriyet Dönemi'nde yapılan Üniversite Reformu'yla beraber İstanbul Üniversitesi'nin tek Tıp Fakültesi resmi olarak İstanbul Tıp Fakültesi şeklinde

değiştirilmiştir (37). Bu fakültede 1874'de "Vezaif-i Tıbbiye" (Hekimlerin Vazifeleri) isimli derste "Deontoloji" (Görev Bilimi) ağırlıklı olarak dersler öğretim planına konulmuştur. 1933'de yapılan Atatürk'ün Üniversite Reformu'na dek farklı hocalarca verilen ders bu tarihten itibaren Tıp Tarihi ve Deontoloji olarak İstanbul Tıp Fakültesi'nde hür bir kürsü olarak kurulmuştur. Kurulan bu kürsünün ilk başkanı Ordinarius Prof. Dr. Süheyl Ünver seçilmiştir. 1750 sayılı Üniversite Kanunu'na göre bilim dalının adı "Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü" olarak tanımlanmıştır. 1981'de 2547 sayılı kanuna göre "Ana Bilim Dalı" adını alan dal günümüzde "Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı" olarak tıp eğitiminde yerini almaktadır (38). Tıp fakülteleri doktorluk mesleğiyle ilgili bilgi ve kazanımların, psikolojik ve sosyal vetirelerle öğrencilere devredildiği özel bir sosyal çevre olarak tarif edilebilir. Geleceğin hekimlerine mesleki hüviyetlerini elde etmelerini sağlayan bu fakülteler, öğrencilerin mezun olduktan sonra hekim olarak hissetme, hekim olarak düşünme ve davranma yetenekleri aşılacaktır. Tıp fakültesinde etik eğitimin amacı, tıp fakültesi öğrencisinin mesleğe geçtikten sonra hastaları, meslektaşları ve bütün toplum ile olan bağlarında, normların görevlerinin ne olduğunu incelemek, söz konusu değerlerin meslek kimliği içerisindeki yerini tartışabilme kabiliyetini kazandırmaktır. Tıp fakültesinde etik eğitim doktor adaylarının normlarını, sosyal ve toplumsal perspektif ve kişilerle olan bağların kabiliyetlerini geliştirmeyi amaçlayan büyük bir programın elzem bir yapıtaşdır (1).

Bireyin psiko-sosyal bir varlık olmasının neden olduğu diğer tüm varlıklarla iletişim halinde olduğu ve bu sebeple yaşamda tek başına değerlendirilmesinin muhtemel olmadığı düşüncesinden yola çıkarak norm problemleri açısından temel konusu insan olan tıp etiğinin, zamanla yerini konusu tüm canlı varlıklar olan biyoetiğe teslim etmekte olduğu veya değişmekte olduğuna şahit olunmaktadır (39). İlerleyen zamanda "tıp etiği eğitimi" de "biyoetik eğitimi" içinde yerini alacağı düşünülmektedir.

Tüm dünya da bulunan tıp fakülteleri gün geçtikçe giderek artan bir biçimde, öğrencilerin tıp etiği öğrenimi için doyurucu bir süre ve kaynak temin etmeleri konusunda giderek bilinçlenmektedirler. Aynı zamanda "Dünya Hekimler Birliği (World Medical Association)" ve "Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME)" benzeri örgütler bu amaca yönelmeleri için yoğun bir biçimde katkı sağlamaktadırlar (40). Son senelerde "UNESCO Etik Eğitimi Programı"nın öncülüğünde, bilim ve teknoloji sahalarında etik eğitiminin geliştirilmesi gayesiyle pek çok faaliyet yapılmaktadır. Bunlar arasında, Avrupa Birliği (AB) aracılığıyla maddi olarak desteklenen "Globalising European Bioethics Education" tasarısıyla, "Eubios Ethics Institute" aracılığıyla biyoetik eğitimi üzerine yapılan

incelemeler ve imal edilen gereçler ilgi çekicidir (41). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tıp sahasında etik ve etik öğrenim vetiresi 1960'larda "humanities" veya "sağlıkta insani değerler" görüşünün üzerinde durulacak konu durumuna gelmesi sonucu başlamıştır. Zamanla "Amerikan Tıp Birliği"nin liderliğinde ABD'de bulunan pek çok tıp fakültesinde hasta sırrı, terminal evredeki hasta bakımı ve benzeri mevzular ile etik kuram ders konularını içerisine almıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde uygun etik eğitim müfredatının ne olduğu mevzusunda yapılmış olan bir araştırmada açıklandığı gibi tıp fakültelerinde eğitim hedefleri, eğitim program içeriği ile metotları açısından bütüncül bir etik eğitimi bulunmamaktadır. Aynı zamanda Almanya'da akademik önceliklere bağlantılı olarak değişik muhteva, yöntem veya hedeflerle etik eğitim yapıldığı bilinmektedir. Almanya'da "insani değerler (humanities)" araştırmaların esasını oluşturmaktadır. Empati kurma ve davranış şekillendirmek, hastaların öyküleri üzerinden etik sıkıntılarının tanımlanması, ahlaki ve tıbbi mevzuların, tıp etiği ve tıp tarihi dersleri verilmektedir (42).

Tıp etiği ve biyoetik eğitiminin ehemmiyet ve zorunluluğu mevzusunda ulusal ve uluslararası seviyede bir uyuşma olmasıyla beraber, karşıtlam bir pozisyon ile yüz yüze geldiğimiz de yadsınamaz. Öte taraftan tıp fakültesi etik eğitimin zorunluluğu; dokrorlar içerisinde elzem etik değerlerin hangi şekilde uygulanacağı mevzusunda oluşan ihtilaflar, ilmi araştırmalarda ve bu araştırmaların maddi destelerinde oluşan etiğe aykırı kullanımlar ve benzeri pozisyonlara aykırı olaylara çare olarak görülürken, öte yandan bütün dünyada uygulamanın talep edilen seviyede olmadığı gözlenmektedir. Persad ve arkadaşlarının yaptıkları incelemede, Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan tıp fakültelerinde verilen biyoetik ve tıp hukuku ders konularının, bütün derslerin müfredatları arasında %2'den daha az yer kapladığı belirlenmiştir (43). Türkiye'de de buna benzeyen durumların varlığından bahsedilmektedir. Derslerin kredisi, ders kitabı, ders programı, dersleri anlatan öğretim üyeleri, ders notları, derslerin anlatılacağı sınıflar, derslerin anlatılma yöntemleri gibi mevzularda tıp fakültelerinde standart bir uygulama yoktur (44). "Türk Tabipler Birliği (TTB)" aracılığıyla düzenlenen "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu"nda belirtildiği gibi "Türkiye'de 2010 itibariyle 74 tıp fakültesi eğitim vermekte ve bunlar arasında sadece 33 tıp fakültesinde tıp etiği dersleri verilmektedir" ifadeleri çoğu doktorun üniversiteden etik eğitim almadan mezun olduğunu göstermektedir. Tüm olumsuz şartlara karşın, üniversitelerde tıp eğitim ve öğretiminde "Tıp Etiğinin" bilimsel bir saha olarak konumlanması ve bir norm olarak

kabul edilmesiyle, nicel anlamda kaliteli bir doktor geliştirmenin yanı sıra, nitel anlamda da hekimlerin gelişmesi mühim bir parçayı tamamlamaktadır (45).

Türkiye’de Tıp etiği derslerine içerik olarak baktığımızda etiğe giriş, bilimsel araştırma ve etik kurullar, yardımcı üreme teknikleriyle ilgili etik sorunlar, genetik ve etik, evrensel etik ilkeler, ötanazi, hasta hakları, hekimin hukuki sorumlulukları ve malpraktis, organ nakli, etik beyanname, yaşamın sonlandırılması gibi konular yer almaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalara baktığımızda tıp eğitiminde etik ders konularının nelerden oluşması, nasıl uygulanması gerektiği, öğrencilerin etik eğitim konusu hakkındaki düşünceleri, diğer ülkelerin konu ile ilgili tecrübeleri hakkında yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (46, 47).

2.5. Hemşirelik Fakültesi Etik Eğitimi

Bilimsel anlamda hemşireliğin akademik bir profil elde etme uğraşları sonucunda son senelerde mühim neticeler elde edilmiştir (48). II. Dünya savaşı itibariyle teknolojik gelişmelerin gün geçtikçe artmasıyla tıbbi teknolojilerin sağlık sektöründe yaygın ve süratli uygulanması, yaşam süresini uzatmak amacıyla marjinal metotların uygulanması, tanazi, AIDS, kanser, kürtaj, yapay döllenmenin var olması mühim ahlaki sorunlar yaratmış olup hemşirelerin karşılaştığı bu ahlaki sorunların özellikleri de farklılık göstermeye başlamıştır. Bu sorunlarla beraber ‘‘insan hakları hareketi’’ kişi ve ekiplerin kişiisel hayatlarına tesir edecek hükümler konusunda bilgi alma ve karar verebilme arzularının artmasına yol açmıştır (49-52). Sözü edilen gelişmelerin bir neticesi olarak etik hemşireler için önem kazanmıştır.

Etik, hemşirelik eğitimi esnasında elzem derslerden biridir. Etik kuram ve prensiplerin hemşirelik mesleğine tatbik edilmesi gerekir. Modern açıdan hemşirelik etiği tıp etiğine benzeyen temellere dayanarak oluşturulmuştur. Tıp da hemşirelik de birey ve topluma fayda sunmakta olup meslek icabı oluşturulan işlemler sonrası meydana gelen neticeler kişilerin üzerinde görülmektedir (53). Hemşirelikte etik eğitimin uygunluğunun bulunması ve muasır hemşirelik görevlerinin mesleki olarak uygulanması, nitelikli hasta bakımının hayata geçirilmesinin yanında hemşireliğin konumunun yüceltilmesi gibi mevzular için faydasının ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Etik mevzusunun sağlık alanında konuşulması ve öğretilmesi, sadece hemşirelerin tıbbi tatbiklerde etik kaidelere maruz kalmak değil aynı zamanda etik karar verme mesuliyeti sebebiyle de gerekli olmaktadır.

1975'ten günümüze, profesyonel normlardan etik ikilemlere geçiş, hasta savunucularının, hasta merkezli etik temsilcilerinin hemşire rolüne geçtiğini gördü. Etik konular ve hemşirelik de vaka analizi, vaka geliştirme ve iş başında eğitim desteklenerek etik eğitiminin amacına hizmet edebilir (32, 54- 56). Etik öğretiminin dünya çapında hemşirelik okullarında daha geniş bir varlığı olmasına rağmen, diğer personelin eğitimi konusunda da araştırmalar yapılmıştır (57). Hemşirelik etiği eğitiminin amacı çağdaş hemşirelik eğitimidir ve etik eğitiminin genel amacı, etik karar verme yeteneği ve ahlaki sorumluluk sahibi hemşireler yetiştirmektir. Diğer kullanımlar;

- Etik düşünceye katılmak,
- Hasta bakım uygulamalarını gözden geçirin,
- Ahlaki boyutta akıl yürütme ve yargılama yeteneği
- Karar verme, kanuni açıdan ehemmiyet bildiren mevzularda fikirlerini açıklama ve uygulamanın ahlaki boyutlarıyla ilgili çalışma yapabilme mevzularında etik bilgileri kullanabilecek yeterliliğe sahip olmaktır. Bu hedefle özellikle, ahlak ve düşünce konularında durduğu görülmektedir (56).

2.6. Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım birimleri, multidisipliner bir ekip tarafından hizmet verilen, ciddi hastalığı olan hastalara destek olan, onları iyileştirmeyi amaçlayan, hasta bakımında ayrıcalıklı, ileri teknolojik donanıma sahip, hastaların yaşamsal bulgularının 24 saat takip edildiği klinik olarak tanımlanmaktadır (58). Yoğun bakım hizmetleri, kritik hastaların bakımı için ayrıcalıklı olarak eğitim almış doktorlar ve hemşireler aracılığıyla sağlanmaktadır. Yoğun bakım görüşünün 1852'de Kırım Savaşı esnasında Florence Nightingale'in özel hizmetlere başvurmak için yakın takip gerektiren hastaları tek bir alanda gruplandırmasıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir (59). Yoğun bakım üniteleri ABD'nde ameliyat sonrası toparlanma odasından doğmuştur ve 1923 senesinde Johns Hopkins Hastanesi'nde beyin cerrahisi hastalarının ameliyattan sonra bakımları amacıyla üç yataklı bir koğu oluşturulmuştur. Dünya Savaşı, Kore Savaşı ve Vietnam Savaşı, yoğun bakıma ihtiyaç duyan hastaların resüsitasyon ve triyajında fazlaca gelişmelere neden oldu ve bu dönemde anestezi ve postoperatif bakım da gelişti (60). 1952 yılında Kopenhag'da Florence Nightingale'den 100 yıl sonra başlayan çocuk felci salgınının yoğun bakımda uzmanlığın temelini oluşturduğunu söyleyen bu dönemin anestezi uzmanı Björn Ibsen, öncesinde yalnız ameliyathanelerde kullanılan hava yolu bakımı hemşireliği ve pozitif basınçlı ventilasyonun, solunum felci olan hastalarda mortaliteyi önemli ölçüde

azalttığını belirtmiştir. Solunum fonksiyonlarını kaybetmiş bazı hastalar basit solunum cihazı ile nefes alarak yaşamlarına devam edebilmişlerdir (61). Anestezistler, hava yolu bakımı ve ventilatör bakımına odaklanarak yoğun bakım ünitelerinin oluşturulmasına öncülük etmiş ve yeni bir tıp dalı olan "Yoğun Bakım Tıbbı" geliştirmişlerdir. 1940'larda W. Kolff ilk hemodiyaliz makinesini geliştirmiş ve 1956'da Paul Zoll ilk defibrilatörü geliştirmiştir. Eksternal kardiyopulmoner resusitasyon 1960'larda başladı ve 1960'larda ve 1970'lerde uzay araştırmalarından alınan bilgiler 5 yoğun bakım ünitesine aktarıldı. Organ destek tedavi metotlarının gelişmesi, kardiyopulmoner monitörizasyon ve bu hastalıkların tedavilerindeki teknolojinin gelişmesi, durumu ciddi olan hastaların patofizyolojisi aydınlatılmaya başlayınca dahiliye uzmanlarının yoğun bakım birimlerine alakaları artmıştır (60, 62-64). 1960'lı senelerde koroner yoğun bakım üniteleri kurulmuştur. Bu ünitelerde özel eğitim almış doktor ve hemşireler görev almaya başlayarak protokoller geliştirmeye çalışmışlardır.

Sonuç olarak 1960'ların sonunda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki acil hastanelerin %95'inde yoğun bakım ünitesi olmuştur (60). Yoğun Bakım Ünitesi; kimi bakımdan işlevsiz veya tamamen işlevsiz durumdaki organları ve organların fonksiyonlarını izlemek, desteklemek, geçici olarak değiştirmek ve hastalığın ana nedenini organ veya organ fonksiyonu olumsuz etkilenene kadar tedavi etmek için ileri teknoloji ekipmanlarla donatılmıştır (65, 66). Günümüzde son derece tehlikeli durumda olan ve yoğun bakım birimlerinde bakıma gereksinim duyan hastalar, diğer birçok hastalığı olan hastaların beraberinde geçmiş yıllara oranla daha yaşlıdır. Sağlık hizmetlerinde mekanik ventilasyon, ekstrakorporeal oksijenasyon, intra-aortik balon cihazları, hemodiyaliz ve doku-organ nakli ve kritik bakım hizmetleri gibi ileri tıbbi uygulamalarla yaşam restore edilebilir, sürdürülebilir ve uzatılabilir. Bazı durumlarda, en son teknolojiler bile bazı hastaları hayatta tutabilen ancak diğerlerinde yalnızca ölümü geciktirebilen müdahalelerle sınırlı olabilir (67, 68). Bu gelişmeler genellikle sağlık profesyonellerini hasta ölümlerini ertelemeye ya da bu bilgilerin ve tekniklerin her hastaya uygulanması gerektiğini sezdirmeye zorunda bırakmaktadır. Bu sebeple, ölümü yakın olan hasta bireyler, saygın ve iyi bir ölümden yoksun bırakılmamakta, çoğunlukla durumu ciddi olan hastaların bakımını idare etmek, iyileştirmek için değil, destekleyici bir tedavi sunmaktadır (68). Yoğun bakım ünitelerinin çok yönlü ve karmaşık yapıları fazlasıyla problemleri beraberinde getirmektedir. Bu konular, hasta kabullerinden yoğun bakım ünitelerine kadar uzanan, uygulanan tedavinin sınırlarının ve yoğun bakım ünitelerinin maliyetinin belirlenmesine kadar değişebilmektedir. Yoğun bakım

ortamlarının değişkenliği ve ölümlerle yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği, yoğun bakım birimlerinde sıklıkla etik sorun yaşanmasına sebep olmaktadır (69, 70).

2.7. Yoğun Bakım Hastaları

Yoğun bakım birimlerine gereksinim duyan hasta bireyler, organlarında veya sistemsel fonksiyonlarda oluşan kifayetsizlik, yaşamsal işlevlerin durmaksızın takip edilerek homeostazisinin korunması için sıkı bir biçimde takip edilmesi ve destek olunmasının sağlanmasına ihtiyaç duyan hastalardır (70- 72). Yoğun bakım birimlerinden tedavi ve bakım sağlanabilmesi için belirlenen önceliği bulunan hasta grubu: (72-74)

- Kritik komorbiditeleri üzerine akut alevlenmeleri bulunan hasta bireyler,
- Tekli veya çoklu organ destek tedavisi ihtiyacı bulunan hasta bireyler,
- Gelişen akut sorununun tedavi edilme durumuna göre sıkı takip ihtiyacı bulunan hasta bireyler,
- Hali hazırda bulunan hastalık haricinde ekstradan gelişen ikincil bir hastalığa bağlı takip edilmesi zorunlu olan hasta bireyler,
- Mekanik ventilasyon ihtiyacı bulunan hasta bireylerdir.

Yoğun bakım hastalarının uyku problemleri, fiziksel ortam, gürültü, aile fertlerinden ayrı kalma durumu, zaman kavramının karışması, hastaların kaygı ve stres halini çoğaltmaktadır. Yoğun bakım birimlerine ihtiyaç duyan hastaların tümü mevcut sorunlarının erken tespit edilmesi, müdahale edilmesi, destekleyici ve koruyucu tedavi alma ve psikososyal açıdan desteklenerek bilgilendirilme hakkına sahiplerdir (71).

2.8. Yoğun Bakım Hekimliği

Yoğun bakım tıbbı 60 yılı aşkın süredir tıp alanında mühim bir konuma sahip olup, ağırlıklı olarak multidisipliner bir kurs yapısına dayalı olarak yeni bir tıp dalı haline gelmiştir. Tıbbi uzmanlıklar genellikle yaşa (pediatri, dahiliye), tekniğe (anesteziyoloji, radyoloji), organ sistemine (pulmoner, kardiyovasküler, gastroenteroloji, böbrek hastalığı) veya hastalığa (bulaşıcı hastalık, enfeksiyon, kanser, romatoloji) göre ayrılmaktadır. Yoğun bakım birimleri ve acil alanında uzmanlaşmada farklı yollar izlemiştir. Geleneksel sınırları yıkarak, ekip çalışması, acil hasta sorunlarını çözmek için gelişir. Bu takımda hekimlerin yanında hemşireler, beslenme uzmanları, farmakologlar, solunum terapistleri, fizyoterapistler ve teknik uzmanlar bulunmaktadır. Doktorlar ve yoğun bakım hemşireleri arasındaki kaliteli bir iletişim, yoğun bakım birimi ekip

çalışmasının en mühim parçalarından biridir. Yoğun bakım uzmanı, durumu riskli bulunan hasta bireyler için etkin bir birinci basamak bakımı sağlayan, her bir uzmanlığın belirli kısımlarını başucuna getiren ve kaynakların hastaya ayrılmasını sağlayan "birincil genel hekim" olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, kritik bakım tıbbı günümüzde artık bir bölümün bir dalı değil, nereden geldiğine bakılmaksızın iyi eğitilmiş, 24 saat, haftada 7 gün bir disiplin olarak tanımlanmaktadır.

Amerikan Yoğun Bakım Derneği, yoğun bakım ve yoğun bakım biliminin tanımlarını standart hale getirir. Bu standartlara göre yoğun bakımda; mesleki zamanının %50'den fazlasını yoğun bakımda geçirecek, bu konuda eğitim almış ve yoğun bakım takımının bir parçası olan bir doktor görev almalıdır. Yoğun bakım birimleri ise 7 gün 24 saat, yılda 365 gün yoğun bakım ünitesi gözetiminde hazır bulundurulmalıdır. Yoğun bakım uzmanı, kritik durumdaki hastalar için en etkili birinci basamak bakımı sağlayan, her bir uzmanlığın belirli kısımlarını başucuna getiren ve kaynakların hastaya ayrılmasını sağlayan "birincil genel hekim" olarak tanımlanır (75- 78).

YBÜ yapısı ve hekimlere verilen eğitim ülkeden ülkeye hatta aynı ülkede bulunan merkezlere göre değişebilmektedir (79, 80).

2.9. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım birimleri teknolojik ve fiziki ekipman açısından ayrıcalıklı olarak tasarlanmış birimlerdir. Bu birimlerin sunduğu hizmetler çok branşlı bir yaklaşım gerektirmektedir. Yoğun bakım hemşiresi bu takımın en mühim ve riskli halkalarından birisidir (81). Yoğun bakım hemşireleri, etkin ve terapötik iletişim kurmak için hastayı teşhis etmek, hastayı yakından takip etmek ve değişiklikleri fark etmek, tedaviyi uygulamak ve hasta üzerindeki etkisini gözlemlemek birincil sorumlulukları ile kritik hasta bakımında aktif rol almaktadır. Aynı zamanda hasta bireyler ve yakınlarıyla birlikte, hastaların haklarını savunmak, rehabilitasyon müdahalelerini uygulayarak (82, 83). Yoğun bakım hemşireleri hastaları öznel ve nesnel katsayılara göre değerlendirmeler yaparak elde ettikleri verilere göre yoğun bakımı planlarlar (84).

Yoğun bakım hemşirelerinin, hasta bireyin durumundaki farklılıkları ilk olarak gözlemleyen profesyoneller olarak karmaşık ve beklenmedik sıkıntılarla karşı karşıya gelme olasılıklarının daha fazla olduğu söylenebilir (85). Yoğun bakım ünitesinde bireylerin görsel ve işitsel problemlerinin sorgulanması, bununla bağlantılı olan tıbbi nedenlerin ve hastanın üzerindeki etkilerinin saptanması ve çoklu invaziv girişimlere

ikincil gelişebilecek enfeksiyonların önlenmesi için güvenli bir ortam sağlanmasına ihtiyaç vardır.

Yoğun bakım hemşireleri yoğun bakım ekibinin temel taşıdır ve yoğun bakım ve tedavi uygulamalarında sıklıkla etik ikilemlerle karşılaşır (86- 87).

2.10. Etik Duyarlılık

Duyarlılık, hastalıklı veya sağlıklı bir bireyin gerçek durumu hakkında yorum ve duygular olarak kabul edilen ahlaki tepkilerin bir bileşenidir. Etik sorunları belirleme yeteneği olarak da tanımlanan duyarlılık, ahlaki açıdan savunulabilir yargılar sağlamalıdır. Etik duyarlılık, etik sorunları ele alabilir, etik ikilemleri açıklığa kavuşturabilir ve çözebilir, yoğun bakım ünitesi ve tüm servislerde ikilemlerden kaynaklanan olası çatışmaları önleyebilir (89).

Ahlaki düşünme ayrıca belirli bir durum anında ne yapılacağına karar verme yeteneğidir (24). Etik karar verme, belirli faktörleri bilmeyi ve bunlara dikkat etmeyi gerektirir. Etik ilkelerin varlığında karar verme, sorunu tanımlama, istenen hedefleri belirleme, alternatifleri listeleme ve değerlendirme, bireyin bilgi ve durumuna en uygun tedavi yöntemini seçme ve alınan geri bildirimleri değerlendirme aşamalarını kapsar (91). Etik, sorunlarla karşılaştığımızda ne yapılması hakkında bize rehberlik eder.

Etik karar verme aşamasında sağlık çalışanları kendilerine bazı sorular sorarlar. Bunlar; etik sorunun ne olduğu, sonucun ne olacağı ve etik soruna en uygun şekilde nasıl yanıt verileceğidir. Bu problemlerin cevapları etik ikilemlerin çözülmesine yardımcı olur (92- 94). Etik karar vermede ilk adım, otomatik gözlem ve otomatik yansıtma yoluyla kişinin kendi değer sistemi içindeki değerleri tanımasıdır. Etik karar verme konusunda ikinci adım, bireyin davranışını etkileyen değerleri belirledikten sonra uygun yaklaşımı seçmek için bireyle birlikte çalışmaktır (94, 95). Başkalarının değer sistemlerini kabul etmek, saygı duymak ve bunların bizimki kadar doğru olduğuna inanmak etik kararlar almanın önemli bir koşuludur (24).

Etik duyarlılık eğitim yoluyla beslenir ve mesleki yeterliliğin korunması ve mesleki etikle uyumlu davranış sergilenmesiyle sürdürülür (96). Etik eğitimi ve etik bir kültürel anlayışın oluşturulması ve benimsenmesi de etik sorunların önlenmesinde önemli faktörlerdir. Sağlık kurumlarında etik bir kültürün ve duyarlılığın geliştirilmesi ve yerleştirilmesi, etik değer ve ilkelerin net bir şekilde tanımlandığı önem ve gereksinimlerinin tüm çalışanlara aşılandığı üst yönetim tarafından yönlendirilmelidir. Bir hastane etik kurulu oluşturulmalı ve tüm sağlık çalışanları bir etik danışmandan

yararlanmalıdır. Etik sıkıntılarla karşı karşıya kalan hekim ve hemşireler etik kodlara ve etik kurullara başvurabilmelidir (90). Yoğun bakım birimlerinde etik olarak doğru ve yanlışın ayırt edilmesinin yanında alınacak hükümlerin doğruluk ve verimliliğinin nasıl tatbik edileceğine yardımcı olunabilmektedir (87, 90).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Malatya ili sınırı içerisinde İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yoğun bakım ünitelerinde 15.09.2021-15.12.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi geçici olarak 1990 senesinde Devlet Hastanesi'ne ait konumda hizmet vermeye başlamıştır. Sağlık sahasında ülkemizin en mühim ve en kaliteli hastane projelerinden biri olan Turgut Özal Tıp Merkezinin temeli 1991 yılında atılmıştır ve 5 sene içerisinde bitirilerek 1996 senesinde halkın hizmetine sunulmuştur. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya'nın 10 km. doğusunda 309 nolu karayolu üzerinde 7.000 dönüm sahaya kurulmuştur ve İnönü Üniversitesi kampüsü içerisinde bulunmaktadır. Turgut Özal tıp merkezi sağladığı sağlık faaliyetleriyle bölgede etkin bir hastane olmakta ve çeşitli ülkelerden de hastaların gelip tedavi edilmesini sağlamaktadır. Karaciğer naklinde dünya sıralamasında ilk üçe giren Turgut Özal Tıp Merkezi, organ nakil enstitüsü, onkoloji hastanesi, kemik iliği transplantasyonu, yanık merkezi ile sağlıkla ilgili çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Turgut Özal Tıp Merkezi 24.000 metrekare sahaya kurulmuştur.

- Kapalı sahalar toplamı 154.500 metrekaredir.
- 16 katlı ana binada 27 ameliyathane ve Karaciğer Nakil Hastanesinde 12 ameliyathane toplam 39 ameliyathane,
- Temel binada 265 yoğun bakım yatak kapasitesi, Karaciğer Nakil Hastanesinde 36 yoğun bakım yatak kapasitesi ve Onkoloji Hastanesinde 16 adet yoğun bakım yatak kapasitesi toplamda 317 yoğun bakım yatağı,
- Onkoloji Hastanesinde 217 yatak kapasitesi, Karaciğer Nakil Hastanesinde 152 yatak kapasitesi ve temel binada gününbirlik yataklar dahil olmak üzere yoğun bakımlar dahil toplam 1585 yatak kapasitesine sahiptir.
- Dünyada ilk ve tek olan Karaciğer Nakil Hastanesi 2016 yılında hizmete girmiştir (102).

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin yoğun bakıma özgü etik konularda ki yaklaşımının etik duyarlılık ile ilgili ilişkisinin saptanması hedefiyle tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ile Turgut Özal Tıp Merkezine bağlı Onkoloji Hastanesi ile Karaciğer Nakil Hastanesinde bulunan yoğun bakımlarda çalışan doktor ve hemşireler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçme yoluna gidilmemiş dahil edilme ölçütlerine uymakta olan (yoğun bakım ünitesinde en az üç aydır çalışmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, tüm anket sorularını cevaplayan) tüm doktor ve hemşireler çalışmamızın örneklemini oluşturmuştur. Toplamda 144 doktor ve 144 hemşireye ulaşılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmamızın verileri Kişisel bilgi formu, Yoğun Bakıma Özgü Konulara Yaklaşım Anketi ve Ahlaki Duyarlılık Anketleri (ADA) ile elde edilmiştir.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacının kendisinin hazırlamış olduğu formda yoğun bakım birimlerinde görev yapan doktorlar ve hemşirelere ait demografik değişenler (yaş, cinsiyet, görev, çalıştığı birim vb) ile doktor ve hemşirelerin etik nedir, etik eğitim alma, çalıştığı süre boyunca etik sorunla karşılaşma, karşılaştığı etik sorunda önce kime başvurduğu, karşılaştığı etik sorun çözüme kavuştu mu, etik olarak kendini yeterli hissetme ve etik duyarlılığın geliştirilmesini belirlemeye yönelik 13 adet sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Yoğun Bakıma Özgü Konulara Yaklaşım Anketi

Literatür taramalarında Uzman Hemşire Gökçe Arslan'ın yoğun bakımda çalışan hemşireler üzerine hazırladığı, yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla karşı karşıya gelinen etik problemleri içine alan 22 sorudan oluşan "Etik Sorunlara Yaklaşım Anketi" doktorları da kapsayacak şekilde düzenlenerek hemşirelere özel sorulmuş olan 10 sorunun çıkarılmasıyla oluşturulmuştur (98).

Tablo 3.1. Yoğun Bakıma Özgü Etik Sorunlara Yaklaşım Anketi Konuları ve Soru Sayısı

Etik sorun	Soru Sayısı
Do Not Resuscitate (canlandırmama)	3
Bilgilendirilmiş Onam	4
Sınırlı Kaynakların Adil Paylaşımı	5
Toplam	12

3.5.3. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)

Ahlaki Duyarlılık Anketi, Kim Lutzen tarafından ahlaki duyarlılığı ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve Karolinska Hemşirelik Yüksek Okulu'nda (1994, Stockholm, İsveç) önce psikiyatri kliniklerinde, ardından diğer birimlerde çalışan doktor ve hemşireler tarafından uygulanmıştır. Ahlaki Duyarlılık Anketi 30 maddeden oluşmaktadır. Altı alt boyutu vardır: Özerklik (10, 12, 15, 16, 21, 24 ve 27. maddeler), Otonomi (2, 5, 8 ve 25. maddeler), bütüncül yaklaşım (1, 6, 18, 29 ve 30. maddeler), Çatışma (9, 11 ve 14. Maddeler), Uygulama (4, 17, 20 ve 28. Maddeler) ve Yarar sağlama (7, 13, 19 ve 22. Maddeler). Lutzen'in ölçeğe "faktör analizi" yaptığı için 3, 23 ve 26. maddeler alt boyutlara dahil edilmemiştir. Otuz sorudan oluşan yedili Likert tipi ankette ifadeler, 1=Tamamen katılıyorum, 7=Kesinlikle katılmıyorum şeklinde derecelendirilmiştir. 1 puan tamamen katılıyorum için etik duyarlılığın yüksekliğini, 7 puan kesinlikle katılmıyorum etik duyarlılığın düşüklüğünü ifade etmekte ve elde edilebilecek toplam puan 30-210 arasında değer alabilmektedir. Yüksek puanlar düşük etik duyarlılığı, düşük puanlar yüksek etik duyarlılığı gösterir. ADA geçerliliği Hale Tosun (2003) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirtilmiştir (96).

3.5.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri 15.09.2021-15.12.2021 tarihleri içerisinde toplandı. Veri toplamak gayesiyle anket formları uygulanmadan evvel yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktor ve hemşirelere sözel ve anket formunun ilk sayfasında mevcut olan yazılı açıklama ile bilgi verildi ve araştırmamıza katılmayı onaylayanların anket formunu doldurmaları sağlandı.

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 26.0 programı kullanılmıştır. Veriler medyan (min-maks), ortalama (standart sapma) ve sayı (%) ile verildi. Normal dağılıma

uygunluk Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. İstatistik analizlerde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygun olan yerlerde kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi için Conover testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

3.5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma “İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”nun 07-09-2021 tarih 18 oturum Sayılı Kurul Toplantısında görüşülmüş ve 2021/2167 karar numarası ile tıbbi etik açısından elverişli bulunarak gerçekleştirilmiştir (Ek 4). Ayrıyeten çalışmanın yapılmış olduğu hastaneden idari izin alınmıştır (Ek 5).

3.5.6. Araştırmanın Sınırlıkları

Çalışma yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktor ve hemşirelere ait olduğundan dolayı elde edilen neticeler hastanede çalışmakta olan bütün doktor ve hemşirelere ve araştırmanın yapıldığı hastane dışında daha geniş popülasyona genellenemez.

4.

BULGULAR

Bulgular bölümünde anket çalışmasından elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular Kişisel Bilgi Formuna, Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketine ve Ahlaki Duyarlılık Anketine ve verilen yanıtlara göre gruplandırılmıştır.

4.1. Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulgular

Tablo 4.1. Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulgular

Değişken	Doktor		Hemşire		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş	20-25	4	2.7	17	11.8	21	7.3
	26-30	45	31.2	65	45.1	110	38.2
	31-35	48	33.3	46	31.9	94	32.6
	36 ve üzeri	47	32.6	16	11.1	63	21.9
Cinsiyet	Erkek	117	72.7	44	20.6	161	55.9
	Kadın	27	27.8	100	79.4	127	44.1
Çalıştığı yoğun bakım birimi	Dahili yoğun bakımlar	46	31.9	17	11.8	63	21.9
	Cerrahi yoğun bakımlar	31	21.5	20	13.9	51	17.7
	Pediyatri-yenidoğan yoğun bakım	19	13.2	27	18.8	46	16
	Nöroloji-Beyin cerrahi yoğun bakım	9	6.3	33	22.9	42	14.6
	Reanimasyon	12	8.3	17	11.8	29	10.1
	Üroloji	8	5.6	0	0	8	2.8
	Ortopedi	3	2.1	0	0	3	1
	Göğüs cerrahi	4	2.8	1	0.7	5	1.7
	Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım	12	8.3	29	20.1	41	14.2
	Etik eğitim alma	Evet	135	93.8	136	94.4	271
Hayır		9	6.3	8	5.6	17	5.9
Etik eğitimi okulda alan	Evet	131	91	133	92.4	264	91.7
	Hayır	13	9	11	7.6	24	8.3
Etik eğitimi hizmet içi eğitimle alan	Evet	3	2.1	6	4.2	9	3.1
	Hayır	141	97.9	138	95.8	279	96.9
Etik eğitimi konferans panelde alan	Evet	6	4.2	3	2.1	9	3.1
	Hayır	138	95.8	141	97.9	279	96.9
Çalıştığı süre içerisinde etik sorunla karşılaşma	Evet	125	86.8	127	88.2	252	87.5
	Hayır	19	13.2	17	11.8	36	12.5

Karşılaştığınız etik sorunlarda önce kime başvurursunuz	Hastane idaresi	12	8.3	6	4.2	18	6.3
	Bölüm hocası	16	11.1	1	0.7	17	5.9
	Çalışma Arkadaşım	29	20.1	11	7.6	40	13.9
	Sorumlu hemşire	1	0.7	47	32.6	48	16.7
	Kıdemlim	25	17.4	18	12.5	43	14.9
	Kendim	0	0	6	4.2	6	2.1
	Vicdanım	5	3.5	5	3.5	10	3.5
	Kimseye	51	35.4	48	33.3	99	34.4
	Etiğe aykırı davranan kişiye	3	2.1	0	0	3	1.0
	Etik kurul	1	0.7	2	1.4	3	1.0
	Kaba kuvvet	1	0.7	0	0	1	0.3
Karşılaştığınız etik sorunlar çözüme kavuştu mu	Evet	39	27.1	25	17.4	64	22.2
	Hayır	105	72.9	119	82.6	224	77.8
Kendinizi etik konuda yeterli hissediyor musunuz	Evet	50	34.7	53	36.8	103	35.8
	Hayır	94	65.3	91	63.2	185	64.2
Kurumunuzda bulunan etik komisyon hakkında bilginiz var mı	Evet	16	11.1	16	11.1	32	11.1
	Hayır	128	88.9	128	88.9	256	88.9
Toplam		144	100	144	100	288	100

Tablo 4.1’de araştırmamıza katılım sağlayan doktor ve hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ve etiğe ilişkin sorular yer almaktadır. Örneklem grubunun %50’si (n=144) doktor, %50’si (n=144) hemşirelerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan doktorların %33.3’ü (n=48) 31-35 yaş aralığında, hemşirelerin %45.1’i (n=65) 26-30 yaş aralığında ve toplam yaş ortalaması %38.2’si (n=110) 26-30 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılan doktorların %72.7’i (n=117) erkek, hemşirelerin %79.4’ü (n=100) kadın, toplamda %55.9’u (n=161) erkeklerden oluşmaktadır. Örneklem grubunun çalıştığı birime baktığımızda doktorların %31.9 (n=46)’u dahili yoğun bakımlarda, hemşirelerin %22.9 (n=33) nöroloji-beyin cerrahi yoğun bakımlarda görev yapmaktadırlar. Örneklem grubunun etik eğitim alma oranı doktorlarda %93.8 (n=135), hemşirelerde %94.4 (n=136) toplamda %94.1 (n=271) dir ve etik eğitim alanların %91.7’si (n=264) etik eğitimi okulda

aldıklarını bildirmiştir. Çalıştığınız süre içerisinde etik sorunla karşıladınız mı diye sorduğumuzda doktorların %86.8 (n=125)'i, hemşirelerin de %88.2 (n=127)'i etik sorunla karşılaştığını bildirmiştir. Karşılaştığınız etik sorunda önce kime başvurursunuz diye sorduğumuzda doktorların %36.4 (n=51)'ü ve hemşirelerin %33.3 (n=48)'ü kimseye cevabını vermişlerdir. Örneklem grubundaki doktorların %72.9 (n=105)'u, hemşirelerin %82.6 (n=119)'unun karşılaştığı etik sorunlar çözüme kavuşmamıştır. Örneklem grubunda ki doktorların %65.3 (n=94)'ü, hemşirelerin %63.2 (n=91)'si kendisini etik açıdan yeterli hissetmemektedir. Örneklem grubunda ki doktorların %88.9 (n=128)'u, hemşirelerin %88.9 (n=128)'unun kurumlarında bulunan etik komisyon hakkında bilgisi bulunmamaktadır.

4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketine Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları Tanımsal Bulguları

Değişken	Ort	Ss	Min.	Max.
Bütüncül yaklaşım	10.53	4.16	5	25
Yarar sağlama	9.31	4.29	4	30
Uygulama	7.91	4.03	4	21
Oryantasyon	6.88	3.66	4	21
Çatışma	8.89	3.12	3	19
Otonomi	14.91	5.22	7	35
Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam	67.13	22.01	31	150

Tablo 4.2'de Ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarının tanımsal bulguları gösterilmiştir. Ahlaki duyarlılık anketi puan ortalaması 67.13 ± 22.01 olarak belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde bütüncül yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 10.53 ± 4.16 , yarar sağlama alt boyutu puan ortalaması 9.31 ± 4.29 , uygulama alt boyutu puan ortalaması 7.91 ± 4.03 , oryantasyon alt boyutu puan ortalaması 6.88 ± 3.66 , çatışma alt boyutu puan ortalaması 8.89 ± 3.12 , otonomi alt boyutu puan ortalaması 14.91 ± 5.22 olarak belirlendi.

Tablo 1.3. ADA Alt Gruplarının Yaş Grubu Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken**	Grup*				P***
	20-25	26-30	31-35	36 ve üzeri	
Bütüncül yaklaşım	12 ^{bc} (5-20)	11 ^{bc} (5-24)	10 (5-25)	9 (5-16)	<0.001
Yarar sağlama	13 ^{bc} (7-30)	11 ^{bc} (4-20)	7 (4-21)	7 (4-15)	<0.001
Uygulama	8 ^{bc} (4-16)	8 ^{bc} (4-20)	6 (4-21)	5 (4-16)	<0.001
Oryantasyon	8 ^{bc} (4-16)	7 ^{bc} (4-21)	5 (4-20)	4 (4-14)	<0.001
Çatışma	12 ^{bc} (6-14)	10 ^{bc} (3-19)	8 ^c (3-19)	7 (3-15)	<0.001
Otonomi	14 ^c (12-31)	14 ^{bc} (7-29)	13 ^c (7-35)	12 (7-22)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık					
Anketi Toplam Puan	62 ^{bc} (51-108)	59 ^{bc} (28-118)	52 ^c (29-135)	42 (27-90)	<0.001

*: a: 2 grubuna göre farklıdır, b: 3 grubuna göre farklıdır, c: 4 grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir. ***: Kruskal Wallis

Tablo 4.3’de Ahlaki Duyarlılık Anketi alt gruplarının yaş grubu değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi ve tüm alt gruplarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi (p<0.05). Yaş grupları arasından 36 ve üzeri yaş grubu diğer yaş gruplarına göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksektir.

Tablo 4.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup		P
	Kadın	Erkek	
Bütüncül yaklaşım	11 (5-24)	10 (5-25)	0.006
Yarar sağlama	10 (4-21)	8 (4-30)	0.009
Uygulama	8 (4-20)	6 (4-21)	0.006
Oryantasyon	5 (4-21)	5 (4-20)	0.270
Çatışma	9 (3-19)	8 (3-19)	0.209
Otonomi	14 (7-29)	13 (7-35)	0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	56 (29-118)	52 (27-135)	0.002

Tablo 4.4’te Ahlaki Duyarlılık Anketi alt gruplarının cinsiyet değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analizler sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve

hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve alt gruplardan bütüncül yaklaşım, yarar sağlama, uygulama ve otonomi alt gruplarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi ($p<0.05$). Ahlaki duyarlılık anketi alt boyutlarından oryantasyon ve çatışma alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlemlenemedi ($p>0.05$). Erkeklerin kadınlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.5. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Görev Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup		P
	Doktor	Hemşire	
Bütüncül yaklaşım	10 (5-25)	11 (5-24)	0.003
Yarar sağlama	8 (4-20)	9 (4-30)	0.007
Uygulama	6 (4-20)	7.5 (4-21)	0.077
Oryantasyon	5 (4-20)	5 (4-21)	0.847
Çatışma	8 (3-19)	8 (3-19)	0.506
Otonomi	13 (7-35)	14 (7-34)	0.021
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	49 (27-135)	55 (34-121)	0.008

Tablo 4.5'te Ahlaki Duyarlılık Anketi alt gruplarının görev değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve alt gruplardan bütüncül yaklaşım, yarar sağlama ve otonomi alt gruplarında görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi ($p<0.05$). Ahlaki duyarlılık anketi alt boyutlarından uygulama, oryantasyon ve çatışma alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlemlenemedi ($p>0.05$). Doktorların hemşirelere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup									p***
	Dahiliye	Cerrahi	Pediatric	Beyin Cerrahi	Reanimasyon	Üroloji	Ortopedi	Göğüs Cerrahi	Kardiyoloji	
Bütüncül yaklaşım	12 ^{abgh} (5-24)	11 (5-25)	10.5 ^h (5-16)	11 ^h (5-16)	11 ^h (5-24)	11 (5-16)	8 (5-14)	9 (5-10)	9 (5-16)	0.00385
Yarar sağlama	12 ^{bcdgh} (4-17)	8 (4-20)	8 (4-30)	7 (4-13)	9 (4-20)	11 (4-19)	12 (4-12)	5 (5-10)	7 (4-20)	0.01136
Uygulama	9 ^{acdh} (4-21)	6 (4-20)	8 ^c (4-17)	5 ^e (4-14)	7 (4-20)	11.5 (4-14)	12 (4-12)	6 (4-8)	6 (4-16)	0.00171
Oryantasyon	8 ^{abcdh} (4-16)	5 ^e (4-20)	5 (4-17)	5 ^e (4-13)	6 (4-21)	8 ^h (4-15)	8 (4-9)	4 (4-9)	4 (4-13)	0.00201
Çatışma	9 ^{beg} (3-15)	8 ^c (3-16)	7 ^{dh} (3-18)	7 ^{dth} (3-13)	9 ^g (3-19)	9.5 (3-14)	11 ^g (8-14)	7 ^h (6-8)	9 (6-13)	<0.001
Otonomi	15 ^{ach} (7-34)	13 ^e (7-35)	14 (7-27)	13 ^e (7-22)	14 (7-31)	18 ^h (13-27)	14 (13-14)	12 (12-17)	13 (7-22)	0.0284
Ahlaki Duyarlılık										
Anketi Toplam Puan	65 ^{abcdgh} (28-121)	55 (27-135)	54 (30-99)	52 ^e (34-81)	56 (29-118)	72.5 (38-99)	66 (38-74)	43 (37-60)	54 (36-91)	0.00208

Tablo 4.6’da Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve alt gruplarının çalıştığı yoğun bakım birimi ifadesi değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam puanı ve tüm alt gruplarının çalıştığı yoğun bakım birimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi ($p<0.05$). Çalıştığı birime baktığımızda göğüs cerrahide çalışanların diğer birimlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.7. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Etik Eğitim Alma Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup		p
	Etik eğitim alan	Etik eğitim almayan	
Bütüncül yaklaşım	11 (5-25)	11 (6-24)	0.119
Yarar sağlama	8 (4-30)	12 (5-17)	0.039
Uygulama	7 (4-21)	8 (4-16)	0.233
Oryantasyon	5 (4-21)	5 (4-16)	0.280
Çatışma	8 (3-19)	9 (6-16)	0.154
Otonomi	14 (7-35)	14 (7-28)	0.568
Ahlaki Duyarlılık Anketi			
Toplam Puan	54.5 (27-135)	59 (39-107)	0.142

Tablo 4.7’de Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ve alt gruplarının etik eğitim alma değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi ve tüm alt gruplarının etik eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi ($p<0.05$). Eğitim alanların eğitim almayanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.8. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Gruplarının Etik Konuda Yeterli Hissetme Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup		p
	Etik konuda yeterli hissedenden	Etik konuda yeterli hissetmeyen	
Bütüncül yaklaşım	11 (5-24)	10 (5-25)	0.064
Yarar sağlama	11 (4-21)	8 (4-30)	<0.001
Uygulama	8 (4-17)	6 (4-21)	<0.001
Oryantasyon	7 (4-18)	5 (4-21)	0.001
Çatışma	9 (3-19)	8 (3-19)	0.028
Otonomi	15 (7-31)	13 (7-35)	0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi	58.5 (27-112)	53 (28-135)	<0.001
Toplam Puan			

Tablo 4.8’de Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ve alt gruplarının etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve yarar sağlama, uygulama, oryantasyon, çatışma ve otonomi alt boyutlarında etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlemlendiği belirlendi ($p<0.05$). Ahlaki duyarlılık anketi alt boyutundan bütüncül yaklaşım alt boyutunun etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlenmediği belirlendi ($p>0.05$). Etik konuda yeterli hissetmeyenler etik konuda yeterli hissedenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.9. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyutlarının Etik Sorunla Karşılaşma Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup		p
	Etik sorunla karşılaşan	Etik sorunla karşılaşmayan	
Bütüncül yaklaşım	11 (5-25)	10 (5-24)	0.271
Yarar sağlama	8 (4-30)	8 (4-20)	0.341
Uygulama	7 (4-21)	6 (4-16)	0.412
Oryantasyon	5 (4-21)	5.5 (4-14)	0.783
Çatışma	8 (3-19)	8 (3-16)	0.020
Otonomi	14 (7-35)	14 (7-26)	0.855
Ahlaki Duyarlılık			
Anketi Toplam Puan	55 (27-135)	53.5 (28-107)	0.324

Tablo 4.9’da Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ve alt grupların çalıştığı süre boyunca etik sorunla karşılaşma grubu değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analiz sonunda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi alt boyutlarından çatışma alt boyutuna göre anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0.05$). Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ve alt gruplarından bütüncül yaklaşım, yarar sağlama, uygulama, oryantasyon, otonomi alt boyutlarının çalıştığı sürece etik sorunla karşılaşma grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gözlenmediği belirlendi ($p>0.05$). Etik sorunla karşılaşmayanların etik sorunla karşılaşanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

4.3. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi

Tablo 4.10. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketine Verilen Cevapların Dağılımı

		KATILIYORUM		KATILMIYORUM		TARAFSIZIM	
		n	%	n	%	n	%
DNR (DO NOT RESUSCITATE)	Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.	57	19.8	180	62.5	51	17.7
	DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.	74	25.7	176	61.1	38	13.2
	DNR kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır.	75	26.0	164	56.9	49	17.0
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM	Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir.	37	12.8	221	76.7	30	10.4
	Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.	19	6.6	245	85.1	24	8.3
	Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir.	265	92.0	8	2.8	15	5.2
	Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.	249	86.5	13	4.5	26	9.0
SINIRLI KAYNAKLARIN ADİL PAYLAŞIMI	Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.	155	53.8	105	36.5	28	9.7
	Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.	268	93.1	5	1.7	15	5.2
	Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.	237	82.3	18	6.3	33	11.5
	Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.	227	78.8	39	13.5	22	7.6
	Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.	37	12.8	223	77.4	28	9.7

Tablo 4.10’da yoğun bakıma özgü etik konulara yaklaşım anketine verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşireler DNR başlığı altında sorulan; “hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesine %62.5’i (n=180) katılmıyorum, “DNR ve ötenazi

kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum” ifadesine %61.1’i (n=176) katılmıyorum, “DNR kararını hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır” ifadesine %56.9’u (n=164) katılmıyorum cevabını verdiler.

Yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşireler bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorulan; “ bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir” ifadesine %76.7 (n=221)’si katılmıyorum, “hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir” ifadesine %85.1’i (n=245) katılmıyorum, “sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir” ifadesine %92’si (n=265) katılıyorum, “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesine %86.5’i (n=249) katılıyorum cevabını verdiler.

Yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşireler sınırlı kaynakların adil paylaşımı başlığı altında sorulan ; “hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir” ifadesine %53.8’i (n=155) katılıyorum, “hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır” ifadesine %93.1’i (n=268) katılıyorum, “kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır” ifadesine %82.3’ü (n=237) katılıyorum, “hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadesine %78.8’i (n=227) katılıyorum, “sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesine %77.4’ü (n=223) katılmıyorum cevabını verdi.

4.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarının Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisi

Tablo 4.11. “Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi

Değişken **	Grup*			P***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 ^{ab} (5-25)	13 ^b (5-20)	11 (5-24)	<0.001
Yarar sağlama	7 ^{ab} (4-30)	10 (5-20)	10 (4-21)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-21)	10 (4-16)	8 (4-20)	<0.001
Oryantasyon	5 ^{ab} (4-20)	8 (4-17)	8 (4-21)	<0.001
Çatışma	8 ^a (3-19)	11 (3-19)	9 (3-15)	0.03845
Otonomi	13 ^a (7-35)	17 ^b (8-31)	14 (7-29)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	54 ^{ab} (28-135)	73 (37-108)	60.5 (27-118)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir. ***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.11’de “Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisine bakıldı. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ve tüm alt boyutlarının sonuçları istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksektir.

Tablo 4.12. “DNR ve Ötenazi Kavramlarının Aynı Olduğunu Düşünüyorum” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			P***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 (5-25)	11 (5-21)	10 (5-24)	0.27925
Yarar sağlama	7 ^{ab} (4-30)	12 (4-20)	10 (4-20)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-21)	10 ^b (4-16)	8 (4-20)	<0.001
Oryantasyon	4.5 ^{ab} (4-20)	8 ^b (4-16)	6 (4-21)	<0.001
Çatışma	8 (3-19)	10 (3-16)	9 (3-19)	0.23683
Otonomi	13 ^a (7-35)	16.5 ^b (7-28)	14 (7-31)	0.00164
Ahlaki Duyarlılık				
Anketi Toplam Puan	52 ^{ab} (28-135)	67 ^b (39-108)	57 (27-118)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir. ***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.12’de “DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve alt boyutlarından yarar sağlama, uygulama, oryantasyon ve otonomi alt boyutlarında sonuç anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer alt boyutlardan çatışma alt boyutu ve bütüncül yaklaşım alt boyutu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.13. “DNR Kararını Hasta Ya Da Hastanın Birinci Dereceden Yakınları Almalıdır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 ^{ab} (5-25)	12.5 (5-24)	11 (5-24)	0.00408
Yarar sağlama	7 ^{ab} (4-30)	12 (5-19)	12 (5-18)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-20)	13 (4-21)	9 (4-20)	<0.001
Oryantasyon	5 ^{ab} (4-20)	8 (4-16)	8 (4-21)	<0.001
Çatışma	8 ^{ab} (3-19)	12 (4-16)	11 (6-16)	<0.001
Otonomi	13 ^{ab} (7-35)	17.5 (12-34)	16 (7-29)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	52 ^{ab} (27-135)	75 (37-121)	66 (38-118)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir. ***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.13’de “DNR kararını hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.14. “Bilgilendirilmiş Onamı, Hastanın Bilinci Kapalı Olduğu ve Tek Hasta Yakını Olan Kızı Yurtdışında Olduğu İçin Hekim İmzalayabilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 ^{ab} (5-25)	12.5 (5-24)	11 (5-24)	0.00408
Yarar sağlama	7 ^{ab} (4-30)	12 (5-19)	12 (5-18)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-20)	13 (4-21)	9 (4-20)	<0.001
Oryantasyon	5 ^{ab} (4-20)	8 (4-16)	8 (4-21)	<0.001
Çatışma	8 ^{ab} (3-19)	12 (4-16)	11 (6-16)	<0.001
Otonomi	13 ^{ab} (7-35)	17.5 (12-34)	16 (7-29)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	52 ^{ab} (27-135)	75 (37-121)	66 (38-118)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.**: Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.14’te “Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.15. “Hastada Başlayan Bilinç Bulanıklığı Döneminde De Hastadan Bilgilendirilmiş Onam Alınabilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 (5-25)	11 (5-22)	12 (5-24)	0.11745
Yarar sağlama	8 ^{ab} (4-30)	11.5 (5-17)	15 (5-20)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-20)	8 (4-20)	12 (4-21)	<0.001
Oryantasyon	5 ^{ab} (4-20)	8 (4-21)	14 (4-16)	<0.001
Çatışma	8 ^a (3-19)	11.5 (6-16)	9 (4-16)	0.00443
Otonomi	14 ^{ab} (7-35)	15.5 (10-29)	16 (7-34)	0.00369
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	54 ^{ab} (27-135)	65 (37-118)	77 (33-121)	0.00102

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir. ***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.15’te “Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.16. “Sağlık Profesyonelleri İle Karar Vericiler Arasında Fikir Birliği Olmadığı Ya Da Vekil Kararı Hasta Yararına Olmadığında Etik Komiteye Başvurulması Gerekir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	16 ^b (13-25)	15 ^b (5-24)	10 (5-21)	<0.001
Yarar sağlama	16 ^b (10-20)	14 ^b (5-18)	8 (4-30)	<0.001
Uygulama	14.5 ^b (8-21)	12 ^b (4-20)	6 (4-20)	<0.001
Oryantasyon	14.5 ^b (5-20)	13 ^b (4-21)	5 (4-16)	<0.001
Çatışma	12.5 ^b (9-15)	10 (6-15)	8 (3-19)	<0.001
Otonomi	22.5 ^b (13-35)	22 ^b (13-29)	14 (7-31)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	98 ^b (67-135)	89 ^b (39-118)	54 (27-108)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.16’da “Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.17. “Yaşamı Tehdit Eden Durumlarda Bilgilendirilmiş Onama Gerek Olmadan Hekim Hasta Hakkında Karar Verebilir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	12 ^b (6-25)	13 ^b (5-24)	10 (5-24)	<0.001
Yarar sağlama	14 ^b (5-21)	13.5 ^b (5-20)	8 (4-30)	<0.001
Uygulama	13 ^b (4-20)	11.5 ^b (4-20)	6 (4-21)	<0.001
Oryantasyon	8 ^b (4-20)	10 ^b (4-21)	5 (4-17)	<0.001
Çatışma	11 (4-15)	11 ^b (6-19)	8 (3-19)	<0.001
Otonomi	16 ^b (12-35)	18 ^b (7-29)	13 (7-34)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	77 ^b (37-135)	76 ^b (39-118)	54 (27-121)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.17’de “Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda ADA toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.18. “Hastanın Sosyal Endikasyon Varlığı (Başhekimin Yakını Olması), Kaynakların Adil Paylaşımına Engel Teşkil Etmektedir” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	11 ^{ab} (6-25)	13.5 ^b (5-24)	9 (5-24)	<0.001
Yarar sağlama	9 ^{ab} (4-30)	13 ^b (4-18)	7 (4-21)	<0.001
Uygulama	7 ^a (4-20)	10.5 ^b (4-21)	6 (4-20)	0.00118
Oryantasyon	5 ^a (4-21)	9 ^b (4-18)	5 (4-16)	0.00204
Çatışma	8 ^a (3-15)	10.5 ^b (5-16)	8 (3-19)	0.03529
Otonomi	14 ^a (7-35)	17 ^b (7-34)	13 (7-28)	0.00468
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	56 ^{ab} (38-135)	73 ^b (38-121)	46.5 (27-108)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.18’de “Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.19. “Hastaların Yoğun Bakıma Kabulünde Dağıtıcı Adalet İlkesi (Eşitlik ve Yarar Sağlama Baz) Alınmalıdır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	16 ^b (12-25)	11 (5-24)	10 (5-21)	0.00175
Yarar sağlama	14 ^b (14-20)	13 ^b (5-18)	8 (4-30)	<0.001
Uygulama	14 ^b (7-20)	8 ^b (4-21)	6.5 (4-20)	0.00133
Oryantasyon	17 ^b (10-21)	8 ^b (4-18)	5 (4-16)	<0.001
Çatışma	13 ^b (12-15)	10 ^b (6-14)	8 (3-19)	0.00142
Otonomi	27 ^b (17-35)	15 ^b (13-34)	14 (7-28)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	99 ^b (73-135)	63 ^b (39-121)	54 (27-108)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.19’da “Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.20. “Kaynakların Adil Paylaşımı Hekimin Sorumluluğundadır” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	14 ^b (10-25)	13 ^b (5-22)	10 (5-24)	<0.001
Yarar sağlama	13 ^b (10-21)	14 ^b (5-19)	7 (4-30)	<0.001
Uygulama	14.5 ^b (5-20)	11 ^b (4-20)	6 (4-21)	<0.001
Oryantasyon	12 ^b (5-20)	10 ^b (4-21)	5 (4-16)	<0.001
Çatışma	10 ^b (4-15)	11 ^b (6-14)	8 (3-19)	<0.001
Otonomi	21 ^b (7-35)	19 ^b (10-29)	13 (7-34)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık				
Anketi Toplam Puan	84.5 ^b (44-135)	76 ^b (38-118)	53 (27-121)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 20’de “Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.21. “Hastanın Terminal Dönem Olarak Kabul Edilmiş Olması Yoğun Bakım Gereksinimi Olmadığı Anlamına Gelmez” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 ^a (5-25)	15 ^b (5-24)	10 (5-20)	<0.001
Yarar sağlama	12 ^b (4-20)	13 ^b (5-20)	8 (4-30)	<0.001
Uygulama	10 ^b (4-20)	12.5 ^b (4-21)	6 (4-16)	<0.001
Oryantasyon	8 ^b (4-21)	10 ^b (4-18)	5 (4-16)	<0.001
Çatışma	10 ^b (4-19)	11 ^b (6-18)	8 (3-19)	0.00366
Otonomi	16 ^b (7-35)	19.5 ^b (12-34)	13 (7-28)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan	61 ^b (38-135)	87 ^b (39-121)	52.5 (27-108)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 4.21’de “Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.22. “Sosyal Endikasyon Nedeni İle (Başhekim Yakını) Hastaların Yoğun Bakıma Yatırılmasının Rahatsız Olunacak Bir Durum Olmadığını Düşünüyorum” İfadesinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Değişken**	Grup*			p***
	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	
Bütüncül yaklaşım	10 ^a (5-25)	12 (5-24)	11 (5-20)	0.01718
Yarar sağlama	7 ^{ab} (4-30)	13 (5-18)	10 (5-16)	<0.001
Uygulama	6 ^{ab} (4-20)	11 (4-21)	9 (4-16)	<0.001
Oryantasyon	5 ^{ab} (4-21)	8.5 (4-18)	8 (4-16)	<0.001
Çatışma	8 ^{ab} (3-19)	11 (5-16)	10 (4-19)	<0.001
Otonomi	13 ^{ab} (7-35)	16.5 (7-34)	15 (7-28)	<0.001
Ahlaki Duyarlılık				
Anketi Toplam Puan	53 ^{ab} (27-135)	70 (38-121)	65 (37-108)	<0.001

*: a: bilmiyorum grubuna göre farklıdır, b: katılıyorum grubuna göre farklıdır.

** : Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 23’de “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

5.

TARTIŞMA

Tartışma bölümünde çalışmadan sağlanan bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır. Kişisel bilgi formu, ahlaki duyarlılık anketi ve ahlaki duyarlılık anketi ile yoğun bakıma özgü etik konulara yaklaşım anketi ilişkisinin tartışılması biçiminde alt başlıklarla incelenmiştir.

5.1. Çalışmaya Katılan Yoğun Bakımda Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Kişisel Bilgi Formuna Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan doktorların % 72.7'i (n=117) erkek, hemşirelerin %79.4'ü (n=100) kadın, toplamda %55.9'u (n=161) erkeklerden oluşmaktadır.

Tosun'un yapmış olduğu çalışmada; doktorların %37.2'nin (n=135) kadın, %62.8'inin (n=228) erkek olduğu, hemşirelerin ise %97.9'unun (n=469) kadın, %2.1'nin (n=10) erkek olduğu belirlenmiştir (96).

Pekcan'ın çalışmasında doktorların %34.3'ün (n=24) kadın, %65.7'sinin (n=46) erkek olduğu görülmüş ve hemşirelerin ise %100'ünün (n=130) kadın olduğu belirlenmiştir (87).

Arslan'ın yoğun bakım hemşireleri üzerine yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %75.2'i (n=121) kadın, %24.8'i (n=40) erkek olduğu belirlenmiştir (97).

Filizöz vd. (2015)'nin hemşirelerle ilgili yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %81.7'si (n=245) kadın, %18.3'ü (55) erkek olduğu belirlenmiştir (98).

Bulgularımız cinsiyet grubu olarak bakıldığında Tosun'un, Pekcan'ın, Arslan'ın ve Filizöz'ün yapılmış olan çalışmalarlarıyla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan doktorların %33.3 (n=48)'ü 31-35 yaş aralığında, hemşirelerin %45.1'i (n=65) 26-30 yaş aralığında ve toplamda %38.2'si (n=110) 26-30 yaş aralığındadır.

Dikmen'in yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerine yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %46.0'ı 25-35 yaş aralığında (99);

Filizöz vd.'nin hemşireler üzerine yapmış oldukları araştırmada çalışmaya katılan hemşirelerin %46.0'ı 25-34 yaş aralığında (98);

Öztürk vd.'nin yapmış oldukları araştırmada hekimlerin yaş ortalaması 34.5 ± 6.9 ve hemşirelerin 28.9 ± 5.4 olduğu görülmüştür (42).

Pekcan'ın yapmış olduğu araştırmada hekimlerin %62.9'nun (n=44) 31-40 yaş arası olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %69.2'nin (n=90) 20-30 yaş arası olduğu görülmüştür (87).

Arslan'ın yoğun bakım hemşireleri üzerine yapmış olduğu araştırmada hemşire grubunun %47.2'i (n=76) 23-27 yaş aralığında olduğu görülmüştür (97).

Ersoy'un araştırmasında; hemşirelerin %67.8'nin (n=112) 25 ve altı yaş grubunda, doktorların %62.8'inin (n=130) 31-40 yaş grubunda bulunduğu görülmüştür (100).

Bulgularımıza yaş grubu olarak bakıldığında Dikmen'in, ztrk'n, Pekcan'ın, Ersoy'un, Arslan'ın ve Filizöz'n yapılmış olan çalışmalarıyla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

Çalışmada rneklem grubunun çalıştığı birime baktığımızda doktorların %31.9 (n=46)'u Dahili yoğun bakımlarda, hemşirelerin %22.9 (n=33) Nöroloji-Beyin Cerrahi Yoğun Bakımlarda görev yapmaktadırlar.

Tosun'un yapmış olduğu araştırmada; hekimlerin %36.6'ı (n=133) Cerrahi biriminde çalışmakta olduğu görülmüştür. Hemşirelerin ise; %28.4' (n=136) yoğun bakım üniteleri ve reanimasyon biriminde, %30.3' (n=145) Psikiyatri biriminde görev yapmakta bulunduğu görülmüştür (96).

Arslan'ın yoğun bakım hemşireleri üzerine yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %77'si (n=124) genel YBÜ'de çalışmakta olduğu belirlenmiştir (97).

Filizöz vd.'nin hemşirelerde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %37.3' (n=112) dahili servislerde çalıştığı belirlenmiştir (98).

Ersoy'un yapmış olduğu araştırmada; hekimlerin %56'sı (n=116) cerrahi birimlerinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin %63' (n=105) cerrahi birimlerinde çalıştığı görülmüştür (100).

Bulgularımıza alışma birimi grubu olarak bakıldığında Tosun'un, Ersoy'un, Arslan'ın ve Filizöz'n yapılmış olan çalışmalarıyla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

Çalışmada rneklem grubunun etik eğitim alma oranı doktorlarda %93.8 (n=135), hemşirelerde %94.4 (n=136) toplamda %94.1 (n=271) dir ve etik eğitim alanların %91.7'si (n=264) etik eğitimi okulda aldıklarını bildirmiştir.

Arslan'ın yoğun bakım hemşirelerine yönelik yapmış olduğu çalışmada %58.4' (n=94) mesleki eğitim sırasında etik eğitim aldıklarını bildirmişlerdir (97).

Filizöz vd.'nin hemşireler üzerine yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin %71'i (n=213) etik eğitim almıştır ve %69'u (n=147) etik eğitimi okulda aldıklarını bildirmişlerdir (98).

Bulgularımıza etik eğitim alma oranı ve bu eğitimi nerde almış olduğuna baktığımızda Arslan'ın ve Filizöz'ün yapılmış olan çalışmalarıyla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

Örnekleme grubunda ki doktorların %88.9 (n=128)'u, hemşirelerin %88.9 (n=128)'unun kurumlarında bulunan etik komisyon hakkında bilgisi bulunmamaktadır.

Tosun'un yapmış olduğu çalışmada doktorların %39.4'ü (n=143) , hemşirelerin %16.1'i (n=77) kurumlarında etik komite olduğunu bildirmişlerdir (96).

Çalışmamıza kurumda bulunan etik komisyon hakkında bilgisine bakıldığında Tosun'un yapmış olduğu çalışmayla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

Örnekleme grubunda ki doktorların %65.3 (n=94)'ü, hemşirelerin %63.2 (n=91)'si kendisini etik açıdan yeterli hissetmemektedir.

Arslan'ın hemşireler üzerine yapmış olduğu araştırmaya katılan hemşirelerin %64'ü (n=103) etik sorunları ayırt etmek ve bunları çözüme kavuşturmak için kendini yeterli gördüklerini bildirmişlerdir (97).

Bulgularımıza etik olarak yeterli hissetme grubu olarak bakıldığında Arslan'ın yapmış olduğu çalışmasıyla uyumlu olup paralellik gözlenmiştir.

5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda Ada puan ortalaması 67.13 ± 22.01 olarak belirlendi. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde bütüncül yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 10.53 ± 4.16 , yarar sağlama alt boyutu puan ortalaması 9.31 ± 4.29 , uygulama alt boyutu puan ortalaması 7.91 ± 4.03 , oryantasyon alt boyutu puan ortalaması 6.88 ± 3.66 , çatışma alt boyutu puan ortalaması 8.89 ± 3.12 , otonomi alt boyutu puan ortalaması 14.91 ± 5.22 olarak belirlendi (Tablo 2).

Çalışmamızda ahlaki duyarlılık anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımında istatistiksel bakımdan çok ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.001$).

Pekcan'ın çalışmasında ahlaki duyarlılık anketinin geneli ve diğer boyutlar ile hekimlerde ve hemşirelerde yaş grupları arasında yapılan ileri istatistiksel analizlerde istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$) (86).

Arslan'ın yapmış olduğu araştırmada ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve alt boyutlarının yaş grubu değişkenine göre dağılımı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (97).

Tosun'un yapmış olduğu araştırmada; oryantasyon alt boyutunda doktorlarda anlamlı bir farklılık saptanamadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) ve bütüncül yaklaşım boyutunda, hemşirelerde gruplar arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) saptanmıştır (96).

Çalışmamız diğer çalışmaların bulgularına göre farklılık göstermektedir. Pekcan'ın ve Arslan'ın çalışmalarıyla paralellik göstermemektedir. Tosun'un ise sadece bütüncül yaklaşım boyutu hemşirelerde anlamlı farklılık bulunmuş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ADA toplam puanı ve alt boyutlarından bütüncül yaklaşım alt boyutu, yarar sağlama alt boyutu, uygulama alt boyutu ve otonomi alt boyutları cinsiyet grubu değişkenine göre dağılımında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$)

Çalışmamızda Ahlaki duyarlılık anketi alt boyutlarından oryantasyon ve çatışma alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlemlenemedi ($p>0.05$).

Arslan'ın yapmış olduğu yoğun bakım hemşirelerine yönelik çalışmada ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımında kadın ve erkek hemşireler arasında anlamlı olarak farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (97).

Tosun'un çalışmasında ahlaki duyarlılık anketi toplam puanı ve alt boyutlarında cinsiyet grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (96).

Öztürk vd.'nin yapmış oldukları araştırmada cinsiyet ile Yarar Sağlama Alt Boyutu puanları arasında anlamlı fark bulunduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (43) .

Çalışmamız diğer çalışmaların bulgularına göre farklılık göstermektedir. Arslan ve Tosun'un çalışmalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Öztürk'ün çalışmasında yarar sağlama alt boyutuna göre anlamlı farklılık gözlenmiş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ADA toplam puanı ve alt boyutlarından bütüncül yaklaşım alt boyutu ve yarar sağlama alt boyutu ve otonomi alt boyutu görev grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ahlaki duyarlılık alt boyutlarından uygulama alt boyutu, çatışma alt boyutu ve oryantasyon alt boyutu görev değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tosun'un çalışmasında ADA'nın geneli ve alt boyutlarının hekim ve hemşire gruplarına bakıldığında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (96).

Çalışmamızın ahlaki duyarlılık alt boyutlarından uygulama alt boyutu, çatışma alt boyutu ve oryantasyon alt boyutu görev değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamış olup Tosun'un çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları çalıştığı yoğun bakım birimi grubu değişkenleri bakımından istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tosun'un çalışmasında ADA'nın genel puanlarına bakıldığında birimler arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (97).

Arslan'ın yapmış olduğu araştırmada görev yeri değişkenine bakıldığında hemşirelerin ahlaki duyarlılık anketi toplamından aldıkları puanlar farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Buna karşı yarar sağlama alt boyutunda (hemşirelik hizmetleri sunumunun bireye maksimum yarar sağlaması) kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puanları diğer bölümlerde çalışan hemşirelerin puanlarına göre anlamlı biçimde yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (97).

Pekcan'ın yapmış olduğu çalışmada ahlaki duyarlılık anketi toplamı ile alt boyutları araştırıldığında; hekimlerdeki Cerrahi, Dahiliye, Acil Servis ve Poliklinik en uzun çalışma birimlerinin karşılaştırılmasında, çatışma boyutu ve uygulama alt boyutlarında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (86).

Ersoy vd.'nin yapmış oldukları araştırmada, hekimlerde görev yapılan birimler arasında etik duyarlılık yönünden anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (100).

Çalışmamız Tosun'un, Arslan'ın, Pekcan'ın ve Ersoy'un çalışmalarıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ADA toplam ve alt boyutlarından yarar sağlama alt boyutu, uygulama alt boyutu, oryantasyon alt boyutu ve otonomi alt boyutları kendini etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur. ADA alt boyutlarından çatışma alt boyutu kendini etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamızda ahlaki duyarlılık alt boyutlarından bütüncül yaklaşım alt boyutu kendini etik konuda yeterli hissetme grubu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada ahlaki duyarlılık anketi toplam puan ve alt boyutlarında etik sorunları ayırt etmek ve bu sorunları çözüme kavuşturmak için kendini yeterli görme değişkenine göre dağılımına bakıldığında, yarar sağlama ve çatışma alt

boyutunda kendisini yeterli gören hemşirelerin puanlarının yüksek olduğu bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$) (96).

Çalışmamız Arslan'ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

5.3. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisinin Tartışması

Çalışmamızda yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktor ve hemşireler DNR başlığı altında sorulan; “hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesine %62.5'i (n=180) katılmıyorum, “DNR ve ötanazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum” ifadesine %61.1'i (n=176) katılmıyorum, “DNR kararını hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır” ifadesine %56.9'u (n=164) katılmıyorum cevabını verdiler.

Arslan'ın hemşireler üzerine yapmış olduğu araştırmada araştırmancının sonuçlarına göre hemşireler Do Not Resuscitate (DNR) başlığı altında sorulan, “hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesinde %55.3 (n=89)'ü katılıyorum, “DNR ve ötanazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.” ifadesine %49.1 (n=79)'i katılmıyorum, “DNR kararını hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır” ifadesine %60.9 (n=98)'u katılıyorum cevabını verdikleri görülmüştür (97).

Çalışmamız DNR başlığı altında sorduğumuz “DNR ve ötanazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum” sorusu bulguları Arslan'ın bulgularıyla paralellik göstermekte diğer soruların bulguları Arslan'ın bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda yoğun bakım ünitelerinde görev yapan doktorlar ve hemşireler bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorulan; “ bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir” ifadesine %76.7 (n=221)'si katılmıyorum, “hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir” ifadesine %85.1 (n=245)'i katılmıyorum, “sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığı etim komiteye başvurulması gerekir” ifadesine %92 (n=265)'si katılıyorum, “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesine %86.5 (n=249)'i katılıyorum cevabını verdiler.

Arslan'ın çalışmasında hemşireler bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorulan, “bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı

Amerika’da olduğu için hekim imzalayabilir” ifadesine %43.5 (n=70)’i katılıyorum, “ hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.” ifadesine %77.6 (n=125)’ı katılmıyorum, “sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir” ifadesine %80.1 (n=129)’i katılıyorum, “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesine %50.9 (n=82)’u katılıyorum cevabını vermişlerdir (97).

Çalışmamız bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorduğumuz “bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir” sorusu bulguları Arslan’ın bulgularıyla paralellik göstermemektedir. Diğer soruların, “hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir”, sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir”, “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” bulguları Arslan’ın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşireler sınırlı kaynakların adil paylaşımı başlığı altında sorduğumuz; “hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir” ifadesine %53.8 (n=155)’i katılıyorum, “hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır” ifadesine %93.1 (n=268)’i katılıyorum, “kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır” ifadesine %82.3 (n=237)’ü katılıyorum, “hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadesine %78.8 (n=227)’i katılıyorum, “sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesine %77.4 (n=223)’ü katılmıyorum cevabını verdi.

Arslan’ın çalışmasında hemşireler sınırlı kaynakların adil paylaşılması başlığı altında sorulan, “hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir” ifadesine %54.7 (n=88)’si katılıyorum, “hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama) baz alınmalıdır” ifadesine %74.5 (n=120)’i katılıyorum, “kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır” ifadesine %41.6 (n=67)’i katılıyorum, “hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadesine %69.6 (n=112)’i katılıyorum“ sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim

yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesine %41.6 (n=67)’ı katılıyorum cevabını vermişlerdir (97).

Çalışmamız sınırlı kaynakların adil paylaşımı başlığı altında sorulan “hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir”, “hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama) baz alınmalıdır”, “kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır”, “hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadeleri bulguları Arslan’ın yapmış olduğu çalışma ile paralellik göstermektedir. “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesine verilen bulgular Arslan’ın bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

5.4. Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi İlişkisi

Araştırmamızda “Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisine bakıldı. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu ($p<0.05$) ve katılmıyorum cevabını verenler, katılanlar ve bilmiyorum yanıtını verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda “DNR ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum.” İfadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve alt boyutlarından yarar sağlama, uygulama, oryantasyon ve otonomi alt boyutlarında sonuç anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer alt boyutlardan çatışma alt boyutu ve bütüncül yaklaşım alt boyutu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) ve katılmıyorum cevabını verenler, katılanlar ve bilmiyorum yanıtını verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “DNR kararını hasta veya hastanın birinciden yakınları almalıdır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Arslan’ın yapmış olduğu araştırmada “DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir” ifadesine katılmayanlar, katılanlar ve kararsız kalanlara

göre ADA anketi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). “DNR ve ötanazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum” ifadesine katılanlar, katılmayan ve kararsız kalanlara göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre yoğun bakım hemşirelerinin büyük bir çoğunluğu DNR kararını alması gereken kişinin hasta ya da hasta yakınlarının olması gerektiğini bildirdiği görülmüştür (97).

Çalışmamızda “Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim imzalayabilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığına etik komiteye başvurulması gerekir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel bakımdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Arslan’ın yapmış olduğu çalışmada bilgilendirilmiş onam başlığı altında sorgulanan “yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir” ifadesine kararsızım yanıtını veren hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının katılmıyorum yanıtını veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer sorularda istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (97).

“Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılıyorum yanıtı verenlerin katılmıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır. “Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesinin ahlaki duyarlılık anketi ve alt boyutlarıyla ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanı ve tüm alt boyutlarında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Katılmıyorum yanıtı verenlerin katılıyorum ve bilmiyorum yanıtı verenlere göre ahlaki duyarlılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Arslan’ın yapmış olduğu çalışmada sınırlı kaynakların adil paylaşımı başlığı altında “sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum” ifadesine katılıyorum cevabını veren hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının kararsızım yanıtını veren hemşirelere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer sorularda istatistiksel yönden anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$) (97).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakımda çalışan doktor ve hemşirelerin yoğun bakıma özgü etik konulara yaklaşımlarının etik duyarlılıkla ilişkisini incelemek adına yaptığımız çalışmada, araştırmamıza katılan doktor ve hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılanlardan 36 yaş ve üzeri olanların ahlaki duyarlılık düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Buna göre yaş ve tecrübe arttıkça ahlaki duyarlılık düzeyi artıyor diyebiliriz. Cinsiyet değişkenine baktığımızda erkeklerin ahlaki duyarlılıkları kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Doktorların hemşirelere göre ahlaki duyarlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Birim olarak baktığımızda cerrahi birimlerde çalışan doktor ve hemşirelerin dahili birimlere göre ahlaki duyarlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Etik eğitimi alan doktor ve hemşirelerin etik eğitimi almayanlara göre ahlaki duyarlılık düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçla eğitimin ne derece önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlardan yola çıkarak; etik eğitim alanların çalışma süreleri boyunca karşılaştığı etik sorunlara yaklaşımları ve ahlaki duyarlılıkları yüksek çıkmıştır. Özellikle üniversitelerde sağlık profesyonelleri yetiştirilirken sadece teorik değil aynı zamanda sahada karşılaşılabileceği etik problemlerle ilgili etik duyarlılıklarının gelişmesi açısından pratik derslerin olması, Kurumda bulunan etik kurulun daha aktif faaliyet yürütmesi, etik eğitim alanlardan oluşan bir etik eğitim komitesi kurulması ve bu komitenin tüm sağlık profesyonellerinin karşılaştığı her türlü etik problemde bir başvuru merkezi olarak yol gösterici olması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. Türkiye Felsefe Kurumu. Ankara, 2005: 35.
2. Pieper A. *Etiğe Giriş*. 2. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999: 22.
3. Aydın E. *Tıp Etiği*, 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 2006.
4. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği kavramları. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 29: 7-12.
5. Arda B. Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar. İçinde: Arda B, Kahya E, Gül TA. (editörler), *Bilim Etiği ve Bilim Tarihi*, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2004.
6. Yıldırım S, Dülgerler Ş. Psikiyatride etik ve psikiyatri hemşireliği uygulamasına yansımaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 2010, 18: 103-8.
7. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009, 40: 113-9.
8. Kadioğlu F. Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. İçinde: Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. (editörler), *Klinik Etik*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 44-63.
9. Burkhardt MA, Nathaniel AK. *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. (Çeviri editörleri), 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
10. Erkeköl F Ö, Numanoğlu N, Ural Gürkan Ö, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi*, 2002, 3: 307-16.
11. Ecker M. Ethics and values. In: Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*, 7th ed. Mosby, St Louis; 2009: 313-25.
12. Atherley G, Johnston N, Tennasee. Biomedical surveillance: rights conflict with rights. *Journal of Occupational Medicine*, 1986, 28: 958-65.
13. Beauchamp TL, Walters L. *Contemporary Issues in Bioethics*. 3thed, Belmont California, Wadsworth Inc 1989:1-40.

14. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3th ed, New York: Oxford Uni. Press, 1989: 7-65.
15. Veatch RM. *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*. Boston MA: Jones and Bartkett Publishers, 1989: 241-320.
16. Clements CD, Ciccone JR. Applied Clinical Ethics or Universal Principles. *Hosp and Community Psychiatry*, 1985, 36 (2): 121-2.
17. The Belmont Report US Government Printing National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research., Washington DC. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html> Son Erişim Tarihi 10.06.2022.
18. The World Medical Association, Inc. Handbook of Declations. Cedex, France, 1-128.
19. Üstündağ H, Aslan FE. Yoğun bakım ünitelerinde etik ikilemler. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 2010, 14(1): 27.
20. Ersoy N, Aydın E. Tıbbi Etikte Yararlılık İlkesi, *Tıbbi Etik Dergisi*, 1994, 2(2): 57-60.
21. Karaöz S. Cerrahi Hemşireliği ve Etik, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4 (1): 1-7.
22. Erdem A. *Tıp Etiğine Giriş*, Pegem Yayınevi, Ankara, 2001.
23. Ersoy N, Aydın E. Tıbbi Etikte Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1994, 2: 71-4.
24. Fry TS. Hemşirelik Uygulamalarında Etik. Bağ B (Çeviren). Aktif Yayınevi, Erzurum, 2000: 11-33.
25. Platin N. Mesleki ve Etik Sorunlar, *LEMON (Learning Metarial On Nursing) Hemşirelik Eğitim Meteryali*, Ankara, 1. Baskı, Ankara Sağlık Bakanlığı Yayınları, 1998.
26. Bahçecik N, Öztürk H, Paslı E. *Hemşirelikte Aydınlatılmış Onam*. Sendrom yayınları, 2004.
27. Pehlivan İ. *Yöneltil Mesleki ve Örgütsel Etik*, 1.Baskı, Önder Matbaacılık, Ankara, 1998: 6-7.

28. Elçioğlu Ö, Kırmıloğlu N. Tıp Etiği İlkeleri. İçinde: Demirhan AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. (editörler) *Çağdaş Tıp Etiği*, Nobel Tıp Kitabevi, 2003.
29. Peter E, Morgan KP. *Explorations of a trust approach for nursing ethics*, *Nursing Inquiry*, Canada, 2000: 10-3.
30. Ersoy N. Tıbbi Gizlilik İlkesi, *Sendrom*, 1998, 10(4): 24-8.
31. Jonsen A, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*, 3 rd. McGro-Hill, Newyork, 1992.
32. Vural H, İnanç N. Hemşirelikte Hatalı Uygulamaların ve Etik Tartışmaya Yol Açabilecek Olayların Örnek Vakalarla İncelenmesi. İçinde: Ersoy N., Gündoğmuş NÜ. (editörler). *I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, Kocaeli, 1999.
33. Arda B. *Tıp Etiği Araştırmaları*, Öncü Matbaacılık, Ankara, 1999.
34. Pehlivan İ. *Yönelisel, Mesleki ve Örgütsel Etik*, Pegem, 2. Baskı, Ankara, 2002.
35. Cevizci A, Tıp Etiğinin Temelleri. *Uygulamalı Etik*, Say Yayınları, Ankara, 2017, 71-2.
36. Harris J, *Bioethics*, Oxford University Press, New York, 2001.
37. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tarihi, <https://istanbultiptanitim.istanbul.edu.tr/index.php/tarih/#:~:text=Fatih%20Sultan%20Mehmet'in%20%C4%B0stanbul,Mahmud%20taraf%C4%B1ndan%20kurulmu%C5%9Ftur> Son Erişim Tarihi 07.06.2022.
38. İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, <https://www.aydin.edu.tr/akademik/fakulteler/tip/temeltip/tiptarihi/Pages/index.aspx#:~:text=1933%20Atat%C3%BCrk'%C3%BCn%20%C3%9Cniversite%20Reformu,ba%C4%9F%C4%B1ms%C4%B1z%20bir%20k%C3%BCrs%C3%BC%20olarak%20kurulmu%C5%9Ftur> Son Erişim Tarihi 01.06.2022.
39. *Türkiye Biyoetik Derneği*. Türkiye'de Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Dönemde Etik Eğitimi Raporu. Ankara, 2001: 1-4.
40. John RW. Tıp Etiği El Kitabı. Murat Civaner (Çeviren). Dünya Hekimler Birliği Yayını, 2005.
41. Henk ten Have, Bert G. Broadening education in bioethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2012, 15: 99-101.

42. Öztürk H. Medical ethics education and the Turkish experience: Medical education. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2009, 29: 246-53.
43. Persad GC, Elder L, Sedig L, Flores L, Emanuel EJ. The current state of medical school education in bioethics, health law, and health economics. *Journal Law Med Ethics*, 2008, 36: 89-94.
44. “Tıp Fakültelerinde Etik Eğitimi” Sonuç Bildirgesi. V. Tıp Etiği Sempozyumu, Türkiye Biyoetik Derneği Yayını. 2004.
45. Çobanoğlu N. *Tıp Etiği, Neden Tıp Etiği?* İlke Yayınevi, 2007: 1-6.
46. Claudot F, Alla F, Ducrocq X, Coudane H. Teaching ethics in Europe. *J Med Ethics*, 2007, 33: 491-5.
47. Goldie J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 2000: 34: 108-19.
48. Babadağ K. Hemşirelik Araştırmalarında Etik, *Hemşirelik Bülteni*, 1995, 9(38): 1-2.
49. Aydın E, Ersoy N. Klinikte Etik Karar Verme Süreci, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1995,1:43-4.
50. Latiner E. Ethical Challenges in Cancer Care, *Journal of Palliative Care*, 1992, 8: 1.
51. Özden H, Elçioğlu Ö. Değişim ve Etik, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1997, 5: 1.
52. Velioglu P, Babadağ K. *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, 1993.
53. McCarthy J. A Plualist View of Nursing Ethics, *Nursing Philosophy*, 2006, 7: 157-64.
54. Dinç L. Hemşirelik Eğitiminde Etik Konuların Önemi, III.Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İ.Ü. Basımevi, İstanbul, 1997.
55. Kadioğlu S. Etikodrama, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1995, 1: 7.
56. Terakye G, Ocakcı A. *Seçmeler*, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995.
57. Oberle K, Hughes D. Doctors and nurses perceptions of ethical problems in end of life decisions, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11298208/> Son Erişim Tarihi 17.06.2022

58. 59. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 13.03.2007 tarihli ve 17086 (2007/73) Sayılı Genelge Eki. Yoğun bakım üniteleri standartları, www.saglik.gov.tr/THGM/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=20483&DO_SYASIM=yogunbakim_standarlari.doc Son Erişim Tarihi: 07.06.2022.
59. Çelikel T. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2001, 1(1): 5-9.
60. Ellis, H., Florence Nightingale: creator of modern nursing and public health pioneer. *J Perioper Pract*, 2008, 18(9): 404-6.
61. Reisner-Senelar L. The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records. *Intensive Care Med*, 2011, 37(7): 1084-6.
62. Safar P, Grenvik A. Organization and physician education in critical care medicine. *Anesthesiology*, 1977, 47: 82-95.
63. Kelley MA. Critical care medicine-a new specialty? *N Engl J Med*, 1988, 318: 1613-7.
64. Colice GL. A historical perspective on intensive care monitoring. In: Tobin MJ (ed). *Principles and Practice of Intensive Care Monitoring*. New York: McGraw Hill 1998: 1-31.
65. Şahinoğlu AH. Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri. İçinde: H. Şahinoğlu (Ed.), *Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011: 1-3.
66. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010, 52(2): 76-81.
67. Tel H. Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1(1): 30-8.
68. Terzi C, Sayek İ. Cerrahide etik. İçinde: Sayek İ (Ed.), *Temel cerrahi*, Ankara: Güneş Kitabevi, 2004: 20-8.
69. Şahinoğlu AH. Yoğun bakım ünitesinde etik sorunlar. İçinde: H. Şahinoğlu (Ed.), *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011: 1895-7.
70. Dilek A, Kaya A, Şahinoğlu AH. *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 1-12.

71. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastaları üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013, 4(2): 33-46.
72. Bongard FS, Sue DY. Current Critical Care Diagnosis and Treatment. Çeviri: Güven M, *Yoğun Bakım Tanı ve Tedavi*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004.
73. Urden DL, Stacy KM, Loygh ME. *Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. 6nd edition. Canada: Mosby Elsevier, 2010: 30-49.
74. Irwin RS, Rippe JM. *Yoğun Bakım El Kitabı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 871-9.
75. Çelikel T. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2001, 1(1): 5-9.
76. Guidelines Committee; Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1559370/> Son Erişim Tarihi 17.06.2022.
77. Safar P, Grenvik A. Organization and physician education in critical care medicine. *Anesthesiology*, 1977, 47: 82-95.
78. Fischer MM. Critical care, a specialty without frontiers. *Crit Care Clin*, 1997, 13: 235-43.
79. Avcı G, Türker S, Çiftçi M ve Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4: 21-4.
80. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı:27515, Başbakanlık Basımevi, Ankara: 19 Nisan 2011.
81. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2002, 44: 475-90.
82. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 8.Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 2007.
83. Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11: 13-22.
84. Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2011, 1: 21- 5.

85. Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
86. Tosun H. Sağlık uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.
87. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 2010, 18(3): 183-91.
88. Aslan FE, Olgun N. *Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. İstanbul, Akademisyen Kitap Evi. 2016, 97-113.
89. Burkhard MA, Nathaniel AK. *Ethics Issues In Contemporary Nursing*, Delmar Publishers, 1998.
90. Craven RF., Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing, Human Health and Function*, Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2003.
91. Dinç L. Hemşirelerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1994, 1 (1): 33-43.
92. Heath HBM. *Potter and Perry's Foundations in Nursing Theory and Practice*, Mosby, London, 1995.
93. Yancey VJ. Values and Ethics, In: Potter PA., Perry AG (eds) *Fundamentals of Nursing: Theory and Practice*, Mosby, 4th Ed. St Louis, 1997.
94. Aksu T, Akyol A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 2010, 19(1): 16-24.
95. Tosun, H. "Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA): Türkçe geçerlik ve güvenirlik uyarlaması" *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2018, 8(4): 316-21.
96. Arslan G. Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: Acıbadem Mehmet Emin Aydınlar Üniversitesi, 2017.
97. Filizöz B, Mesci G, Aşcı A, Bağcıvan, E. Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 2015, 8(1): 47-66.

98. Dikmen Y. "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi"
Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2013, 2(1): 1-7.
99. Ersoy N, Gündoğmuş NÜ. *Hekimin Etik Duyarlılığı*, I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi
Bildiriler Kitabı, Kocaeli, 1999, 317-22.



EKLER



EK-1 Özgeçmiş



EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda ‘Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özgü etik konulardaki yaklaşımlarının etik duyarlılıkla ilişkisi’ başlıklı araştırma “Aybüke Kübra ÇELİK” tarafından gönüllü katılımcılarla yürütülmektedir. Araştırma sırasında sizden alınacak bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Araştırma sürecinde konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacıyla görüşebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmama hakkınız bulunmaktadır. Aynı zamanda çalışmaya katıldıktan sonra çalışmadan çıkabilirsiniz.

Bu formu onaylamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özgü etik konulardaki yaklaşımlarının etik duyarlılıkla ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yoğun bakımlarında çalışan doktor ve hemşirelere, Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında yapılması planlandı.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Katılmam beklenen çalışmanın amacını, nedenini, katılmam gereken süreyi ve yeri ile ilgili bilgileri okudum ve gönüllü olarak çalışma süresince üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklamalar sözlü olarak araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çalışma ile ilgili faydalar ve riskler ile ilgili bilgilendirildim. Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Islak imzası ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Aybüke Kübra Çelik

e-posta:

İmzası:

EK-3. Kişisel Veri Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sevgili katılımcı,

Doktor ve hemşirelere yönelik yapmış olduğumuz '**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN YOĞUN BAKIMA ÖZGÜ ETİK KONULARDAKİ YAKLAŞIMLARININ ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ**' adlı konu hakkında araştırma yapmak amacıyla siz değerli doktor ve hemşireleri dahil etmek istiyoruz. Size araştırmanın bir parçası olmayı kabul etmek isteyip istemediğinizi sormak istiyoruz.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır ve sadece siz izin verdiğiniz takdirde bu çalışmaya dahil edileceksiniz. Bu çalışma siz değerli katılımcılara olası bir risk içermemektedir.

Anket formu yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Çalışmayla ilgili her türlü sorularınızı araştırmacıya sorabilirsiniz. Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Aybüke Kübra Çelik

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

1. YAŞINIZ
2. CİNSİYETİNİZ.....
3. GÖREVİNİZ - DOKTOR -HEMŞİRE
4. HANGİ BİRİMDE GÖREV YAPMAKTASINIZ
5. SİZCE ETİK NEDİR?
6. ÖĞRENİM GÖRÜRKEN ETİK İLE İLGİLİ EĞİTİM ALDINIZ MI?

EVET() HAYIR ()

7. ETİK EĞİTİM ALDIĞINIZ YER?

-OKUL

-HİZMETİÇİ EĞİTİM

-KONFERANS PANEL

8. ÇALIŞMA SÜRECİNİZ BOYUNCA ETİK SORUNLARLA KARŞILAŞTINIZ MI?

EVET () HAYIR ()

9. KARŞILAŞTIĞINIZ ETİK SORUNLARDA ÖNCE KİME BAŞVURUSUNUZ

10. KARŞILATIĞINIZ ETİK SORUNLAR ÇÖZÜME KAVUŞTU MU?

EVET () HAYIR ()

11. KURUMUNUZDA BULUNAN ETİK KOMİSYON HAKKINDA BİLGİNİZ VAR MI

EVET () HAYIR ()

12. ETİK KONULARDA KENDİNİZİ YETERLİ HİSTEDİYOR MUSUNUZ?

EVET () HAYIR ()

13. ETİK DUYARLILIĞIN GELİŞTİLMESİNE YÖNELİK ÖNERİLERİNİZ NELERDİR?

EK-4. Yoğun Bakıma Özgü Etik Konulara Yaklaşım Anketi

	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM
14.Hastanın durumu ne olursa olsun DNR kararının alınması vicdani duygularıyla çelişmektedir.			
15.DNR (DO NOT RESİCİTATE) ve ötenazi kavramlarının aynı olduğunu düşünüyorum			
16.DNR kararı hasta ya da hastanın birinci dereceden yakınları almalıdır			
17.Bilgilendirilmiş onamı, hastanın bilinci kapalı olduğu ve tek hasta yakını olan kızı yurtdışında olduğu için hekim i imzalayabilir			
18.Hastada başlayan bilinç bulanıklığı döneminde de hastadan bilgilendirilmiş onam alınabilir.			
19.Sağlık profesyonelleri ile karar vericiler arasında fikir birliği olmadığı ya da vekil kararı hasta yararına olmadığı etik komiteye başvurulması gerekir.			
20.Yaşamı tehdit eden durumlarda bilgilendirilmiş onama gerek olmadan hekim hasta hakkında karar verebilir.			
21.Hastanın sosyal endikasyon varlığı (başhekimin yakını olması), kaynakların adil paylaşımına engel teşkil etmektedir.			
22.Hastaların yoğun bakıma kabulünde dağıtıcı adalet ilkesi (eşitlik ve yarar sağlama baz) alınmalıdır.			
23.Kaynakların adil paylaşımı hekimin sorumluluğundadır.			
24.Hastanın terminal dönem olarak kabul edilmiş olması yoğun bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez.			
25.Sosyal endikasyon nedeni ile (başhekim yakını) hastaların yoğun bakıma yatırılmasının rahatsız olunacak bir durum olmadığını düşünüyorum.			

EK-5. Ahlaki Duyarlılık Anketi

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE) Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakımı sırasında karşılaşılan durumlarda etik karar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında (1 tamamen katılıyorum-7 hiç katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz kutucuğu işaretleyiniz. Teşekkürler	TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	TARAFSIZIM	KISMEN KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	HIÇ KATILMIYORUM
26. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.							
27. Hastalarımda bir iyileşme görmezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.							
28. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.							
29. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.							
30. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.							
31. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak he zaman önemlidir.							
32. İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygı içerdiğine inanırım.							
33. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.							
34. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.							
35. Hastanın bakım/tehdavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.							
36. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.							
37. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.							
38. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.							
39. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.							
40. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.							
41. Çoğu kez iyi bakım/tehdavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.							
42. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenirim.							
43. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.							
44. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.							
45. Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgiden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.							
46. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tehdaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.							
47. İyi bir bakım/tehdavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım							
48. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.							
49. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.							
50. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tehdavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.							
51. Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.							
52. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.							

EK-6. Etik Kurul İzni

