2025

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ASLAN TURAP

T.C

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN BAKIM KALİTE ALGISI İLE ETİK DUYARLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: DAHİLİ VE CERRAHİ BÖLÜMLER ARASINDA KARŞILAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ASLAN TURAP

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN BAKIM KALİTE ALGISI İLE ETİK DUYARLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: DAHİLİ VE CERRAHİ BÖLÜMLER ARASINDA KARŞILAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ASLAN TURAP

Tez Danışmanı Doç. Dr. Nazan TORUN

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin Bakım Kalite Algısı ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişki; Dahili ve Cerrahi Bölümler Arasında Karşılaştırma

Büşra ASLAN TURAP

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazan TORUN

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Nazan TORUN
Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU
Doç. Dr. Seda AYDAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

28/07/2025

Büşra ASLAN TURAP

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, akademik duruşu, sabrı ve anlayışıyla bana rehberlik eden çok kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Nazan Torun'a ,

Hayatımın her anında yanımda olan, sevgileri ve fedakârlıklarıyla bana güç veren, ellerinden gelenin her zaman en iyisini yapmaya çalışan canım anneme ve canım babama,

Varlıklarıyla hayatımı anlamlandıran, desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili kardeşlerim Hasan, Özden ve Baran Burak' a,

Bu süreçte dostlukları ve destekleriyle yanımda olan tüm arkadaşlarıma,

Ve tanıştığımız ilk günden bu yana sevgisini, desteğini ve anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen; bana her konuda eşsiz katkılar sağlayan, hayatımdaki en büyük şansım olan sevgili eşim ve yol arkadaşım Op. Dr. Hüseyin Turap'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

28/07/2025

Büşra ASLAN TURAP

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **ix**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **x**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Bakım Kavramı 6
2.1.1. Hemşirelikte Bakım 7
2.2. Bakım Kalitesi Kavramı 9
2.2.1. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısı 10
2.2.2. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısını Etkileyen Faktörler 11
2.3. Etik Kavramı 14
2.3.1. Hemşirelikte Etik 17
2.3.2. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar 21
2.3.3. Etik Duyarlılık 23
2.3.4. Hemşirelerde Etik Duyarlılığın Önemi 24
2.3.5. Hemşirenin Etik Duyarlılığı ve Etkileyen Faktörler 26
2.4. Cerrahi ve Dahili Birimlerde Hemşirelik 28
3. MATERYAL VE YÖNTEM **31**
3.1. Çalışmanın Yöntemi ve Amacı 31
3.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi 33
3.3. Veri Toplama Araçları 34
3.4. Veri Toplama Süreci 36
3.5. Verilerin Analiz ve Değerlendirilmesi 37
3.6. Çalışmanın Etik Yönü 39
3.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları 40
4. BULGULAR **41**
5. TARTIŞMA **66**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **79**
7. KAYNAKLAR **82**
8. EKLER **96**
Ek-1. Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları 96
Ek-2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları 99

Ek-3. Etik Kurul Raporu 101
Ek-4. Kişisel Bilgi Formu 102
Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu..... 103
Ek-6. Bakım Davranışları Ölçeği-24..... 104
Ek-7. Üst Yazı..... 106
Ek-8. Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)..... 107
Ek-9. Ahlaki Duyarlılık Anketi İzni..... 110
Ek-10. Bakım Davranışları Ölçeği İzni 111
Ek-11. Özgeçmiş..... 112

ÖZET

Hemşirelerin Bakım Kalite Algısı ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişki Dahili ve Cerrahi Bölümler Arasında Karşılaştırma

Bu çalışma, dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeli kullanılarak yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi'nde görev yapan 850 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış olup örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. Çalışmaya gönüllü olarak 203'ü dahili birimlerde, 202'si cerrahi birimlerde görev yapan toplam 405 hemşire katılmıştır.

Veri toplama aracı olarak Wu ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ve Kurşun ve Kanan (2010) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan Bakım Davranışları Ölçeği-24 ile Lützén ve ark. (1995) tarafından geliştirilen ve Tosun (2005) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılmıştır. Veriler, Mart-Mayıs 2025 tarihleri arasında araştırmacı tarafından anketlerin katılımcılara dağıtılıp yine araştırmacı tarafından toplanmasıyla elde edilmiştir.

Çalışma sonucunda, dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile etik duyarlılıkları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutlarında en yüksek puan bilgi-beceri ve güvence boyutlarında elde edilirken etik duyarlılık alt boyutlarında ise bütüncül yaklaşım boyutunda elde edilmiştir. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algısı, özellikle bilgi-beceri ve saygılı olma boyutlarında, dahili birimlerde çalışanlardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Etik duyarlılıkta ise, dahiliye birimi hemşirelerinin bütüncül yaklaşım puanları cerrahi birimdekilere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmada evli, kadın, yaşı ve mesleki deneyimi yüksek olan, lisansüstü eğitim alan, cerrahi birimde görev yapan, gündüz vardiyasında çalışan, bakım kalitesine ilişkin bilgi düzeyini yüksek değerlendiren, kurum dışı kurslardan eğitim alan, etik kurallar ve standartlar konusunda bilgi sahibi olan ve etik karar verme sürecinde kendini rahat hisseden hemşirelerin hem bakım kalitesi algılarının hem de etik duyarlılık düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile etik duyarlılık arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin bakım kalitesi ve etik farkındalıklarının artırılması için çalışılan birim bazlı eğitimlerin verilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım kalite algısı, cerrahi dahili ve klinikler, etik duyarlılık, hemşire.

ABSTRACT

The Relationship Between Nurses' Perception of Quality of Care and Their Ethical Sensitivity: A Comparison Between Internal and Surgical Departments

This study was conducted to examine the relationship between nurses' perceptions of care quality and their ethical sensitivity in medical and surgical units, using a descriptive and correlational survey design. The study population consisted of 850 nurses working at Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin State Hospital. An attempt was made to reach the entire population, and no sampling method was employed. A total of 405 nurses voluntarily participated in the study, including 203 working in medical units and 202 in surgical units.

As data collection instruments, the *Caring Behaviors Inventory-24*, originally developed by Wu et al. (2006) and adapted into Turkish by Kurşun and Kanan (2010), and the *Moral Sensitivity Questionnaire*, developed by Lützén et al. (1995) and adapted into Turkish by Tosun (2005), were used. Data were collected between March and May 2025 by distributing and retrieving the questionnaires directly by the researcher.

The findings revealed a positive and statistically significant relationship between nurses' perceptions of care quality and their ethical sensitivity in both medical and surgical departments. Among the subscales of caring behaviors, the highest scores were obtained in the knowledge-skill and assurance dimensions, while in the ethical sensitivity scale, the highest scores were observed in the holistic approach dimension. Nurses working in surgical units had significantly higher perceptions of care quality, particularly in the knowledge-skill and respectful behavior dimensions, compared to those working in medical units. On the other hand, nurses in medical units scored significantly higher in the holistic approach dimension of ethical sensitivity than those in surgical units. Additionally, the study found that nurses who were married, female, older, had longer professional experience, received postgraduate education, worked in surgical units, were assigned to day shifts, evaluated their knowledge level on care quality as high, received training from external courses, had knowledge of ethical rules and standards, and felt comfortable in the ethical decision-making process demonstrated significantly higher levels of both care quality perception and ethical sensitivity. However, no statistically significant difference was found between marital status and ethical sensitivity. In conclusion, based on the findings, it is suggested that unit-based training programs be implemented to enhance nurses' awareness of care quality and ethical sensitivity.

Keywords: Perception of care quality, surgical and ınternal medicine clinics, ethical sensitivity, nurses.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

ANA : Amerika hemşireler birliği (American Nursing Association)

BDÖ : Bakım Davranışları Ölçeği

ICN : Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing)

TDK : Türk Dil Kurumu

THD : Türk Hemşireler Derneği

WHO : Dünya Sağlık Örgütü (Word Health Organization)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1 *Bakım Davranışları Ölçeği-24 Normal Dağılım Sonuçları* 37

Tablo 3.2 *Ahlaki Duyarlılık Anketi Normal Dağılım Sonuçları* 38

Tablo 3.3 *Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler* 39

Tablo 4.1 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik İle İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı* 42

Tablo 4.2 *Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ) Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular* 43

Tablo 4.3 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması* 46

Tablo 4.4 *Katılımcıların Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı ile BDÖ Puanları Arasındaki İlişki* 48

Tablo 4.5 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının Karşılaştırılması* 52

Tablo 4.6 *Katılımcıların Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanları Arasındaki İlişki* 54

Tablo 4.7 *Ölçek Puanları Arasındaki İlişki* 56

Tablo 4.8 *Çalışılan Birime Göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması* 57

Tablo 4.9 *Çalışılan Birime Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının Karşılaştırılması* 58

Tablo 4.10 *Çalışılan Birime Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması* 59

Tablo 4.11 *Çalışılan Birime Göre Yaş ve Mesleki Deneyim Karşılaştırılması* 60

Tablo 4.12 *Çalışılan Birimler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki* 64

Tablo 4.13 *Çalışmaya İlişkin Hipotez Sonuçları* 65

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü, kişilerin yaşam kalitesine direkt etki edip, halk sağlığını korumayı amaç edinmiştir. Sağlık sektöründe verilen hizmet, insan yaşamı ve sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunanların sağlık sorunu yaşayan bireylere doğru davranışları sergilemesi, iyileşme sürecinin kısalmasına katkıda bulunacaktır (Sørlie vd., 2004)

Bakım kavramı sağlık sektöründe oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bakım kelimesi ‘‘kişinin, giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi’ olarak algılanmaktadır. Bakımın temelinde birey veya canlı vardır. Canlı bir birey söz konusu olduğunda, burada en önemli konu olan insani değerler işin içine girmektedir (Dinç, 2010).

Hemşirelik mesleğini diğer meslek gruplarından ayıran birincil faktör bakım kavramı üzerine kurulmuş olmasıdır (Tekin, 2017). Hemşirelik mesleğinin temelini bakım oluşturmaktadır ve bağımsız karar verme özgürlüğüne sahip olduğu tek alandır (Okumuş ve Uğur, 2017). İyi bir hemşirelik bakımı ile hastaların sağlığının iyileşmesine, beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasına ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlanabilir. (Yürüyün, 2015).

Sağlık hizmetlerinde hemşirelere oldukça önemli görevler düşmektedir. Hastanın bakım kalitesini belirleyen en önemli şey hemşirelerin hasta bakımıdır. Hemşirelerin görevi hastalara kaliteli bakımı sunmaktır. Hemşirelerde bakım kalitesine etki eden faktörler, mesleki yeterlilik, etik sorumlulukların farkında olma ve bireylere verilen değerler çerçevesinde şekillenmektedir. Kurumlarda sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve hasta memnuniyetini değerlendirmede başvurulan ilk ölçüt bakım kalitesidir (Dursun, 2017). Sağlık çalışanlarının temel unsuru olan hemşirelerin bakım kalitesi algısı hem mesleki doyum sağlamalarında hem de hastaların tedavi sürecinin en iyi şekilde ilerlemesinde önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinin genel kalitesi de büyük ölçüde hemşirelerin sunduğu bakım kalitesiyle değerlendirilmektedir (Aiken vd., 2002).”.

Hemşirelerin bakım kalite algısını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında hemşirelerin davranış ve tutumları, içinde bulundukları koşullar, inanç ve değerleri sayılabilir (Çoban ve Kaşıkçı, 2008). Bunun yanı sıra hastaların beklentileri, yapılan girişimler hakkında bilgilendirme, hastalara birey olarak değer verilmesi, gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olunması, sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarında destek sağlanması ve en önemlisi hemşire-hasta arasındaki iletişim de hemşirelerin bakım kalite algısını etkileyen önemli unsurlardandır (Kurşun ve Kanan, 2012).

Bakım kalitesini yükseltmenin en önemli faktörü arasında etik duyarlılık yer almaktadır. Etik duyarlılık hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemleri en doğru şekilde yönetme çabası olarak açıklanabilmektedir (Özkan, 2018). Etik duyarlılığa sahip hemşireler, hasta ile ilgili karşılaşılan sorunlarda en doğru kararları verebilmektedir. Etik duyarlılık, sunulan bakımın en yüksek kalitede verilmesine ve hasta için güvenli bir ortam oluşturulmasına katkıda bulunur.

Sağlık sektöründeki etik davranış, iş memnuniyeti düzeyinden ve çalışanlarının eğitiminden etkilenir. Sağlık etiği, hemşireler, ebeler, sağlık görevlileri, sağlık teknisyenleri ve tıbbi hizmetler sunan doktorlar için geçerli olan bir ilkedir. Tarihsel olarak gelişime uğrayan etik, geniş pencereden tıp etiğini, detaylara inerek ayrı bir etik kod olan hemşirelik etiğini oluşturmuştur (Kadıoğlu ve Kadıoğlu, 2001).

Birincil bakıcı ve tedavi sağlayıcısı olarak, sağlık sektöründeki hastalarla sık sık etkileşime giren hemşireler, görev ve yükümlülüklerinin artan kapsamı nedeniyle etik ikilemlerle sıklıkla karşılaşırlar (Aslan vd., 2003; Utlu, 2016). Hemşireler görevlerini gerçekleştirirken, hukuka, değerlerine, etik ilke ve kodlarına göre davranmaları gerekmektedir (Dikmen, 2013; Filizöz vd., 2015; Savaşkan, 2006). Sağlık çalışanları, yaşadıkları etik ikilemlerde tek başına hareket etmemeli, diğer sağlık profesyonellerinden destek almalı ve bu destek karar sürecinde temel belirleyicilerden biri olmalıdır (Salladay, 2000). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin karşılaştıkları ve karar vermekte zorlandıkları etik sorunlar arasında, diğer hemşirelerin etik dışı davranışları, doğru şekilde aydınlatılmış onam alınamaması, hastaların haklarının korunması, terminal dönemdeki hastaların bakımı ile hasta bakımı ve tedavisi sırasında meslektaşları ve çalıştıkları kurumla yaşadıkları sorunlar yer almaktadır (Callaghan, 2003; Dikmen, 2013; Karatepe ve Bozkurt, 2006).

Hemşireler etik sorunların çözümünde çok önemli yere sahiptir. Hemşireler hastalarla en çok iletişim halinde olan meslek grubudur. Hastaların savunucu rolü hemşirelerdedir. Hemşirelerin yaşadıkları etik ile ilgili sorunlarda en doğru kararı vermeleri istenmektedir. Fakat hemşirelerin etik sorunları tanıması, anlaması ve hastanın yararına olan kararı vermesi için, etik duyarlılığı gelişmiş olmalıdır. Etik duyarlılık, etik sorunları anlama ve bu sorunlarla baş edebilme yeteneği olarak tanımlanabilmektedir (Aksu ve Akyol, 2011; Savaşkan, 2006). Etik duyarlılığı sadece hemşireler nezdinde düşünmemek gerekir. Etik duyarlılık, tüm sağlık profesyonellerinin etik sıkıntıları çözmek, sorunları doğru şekilde anlamak, açıklama yapılan eylemi savunmak ve karşılaşılan etik ikilemleri önlemektir (Tosun , 2005).

Çalışma koşulları ve hasta profilleri düşünüldüğünde dahili ve cerrahi bölümler arasında farklılıklar mevcuttur. Dahili birimlerde hastalar uzun süren tedavi gerektiren işlemler nedeniyle yatarken, cerrahi servislerde daha çok akut vakalar ve cerrahi işlemlerin öne çıktığı işlemler yapılmaktadır. Bu farklılıklar nedeniyle hemşirelerin bölümler arasında etik duyarlılık ve bakım kalite algısının farklı şekilleneceği düşünülmüştür (Çetin, 2014).

Dahili birimler denildiğinde birçok bölümü içine alan kapsamlı birim aklımıza gelmektedir. Dahili birimin içinde kardiyoloji, hematoloji, göğüs hastalıkları, enfeksiyon, onkoloji, çocuk hastalıkları ve bu bölümlerin yoğun bakımlar yer almaktadır. Dahili kliniklerde yatan hasta profili genellikle kronik hastalıklara sahip olan ve kısa ya da uzun süreli bakım gerektiren hastalardan oluşmaktadır. Bu hastaların hastalıklarıyla tek başına baş etmeleri oldukça zordur; bu nedenle bakım kalitesinin en iyi şekilde sağlanabilmesi için hemşirelerle iş birliği içinde olmaları gerekmektedir. Uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların yönetiminde bilgi, beceri, karşılıklı güven, desteklenen bir hasta profili ve bilgi ile deneyime sahip sağlık çalışanlarının varlığı kritik öneme sahiptir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Yataklı kliniklerde hizmet alan hastalara verilen bakımın kalitesi, hemşirelerin bilgi donanımının artmasının yanı sıra, bu bilgiyi hastaların ihtiyaçlarını belirlerken etkin şekilde kullanabilme becerisine dayanmaktadır (Çalışkan ve Akdur, 2001; Fesci vd., 2008). Tüm bu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda, dahili birimlerde verilen hemşirelik bakımının önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Dahili kliniklerde sunulan hemşirelik bakımı ve bu bakımın sonuçları, hemşirelerin mesleki yeterliliğini ve kalitesini yansıtmaktadır. İyi bir hemşirelik bakımı, toplumda farkındalık yaratmada da önemli bir etkendir (Fesci vd.,

2008). Dahili kliniklerde yatan hastaların, daha iyi bakım alabilmeleri ve iyileşebilmeleri için nitelikli hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Hastalara sunulan hemşirelik bakımının etkinliği, hemşirelerin bilgi ve donanımı, iş disiplinleri ve mesleki becerilerini etkili şekilde kullanmalarına bağlıdır (Tan vd., 2015). Dahili birimlerde yatan hastaların çoğunlukla kronik hastalıklar nedeniyle uzun süre tedavi gördüğü düşünüldüğünde, bu süreç hemşire-hasta arasındaki iletişimin uzun ve sürekli olmasına neden olmaktadır (Yanık ve Ateş, 2018)

Cerrahi bölümler ise son derece karmaşık yapıya sahip kliniklerdir. Cerrahi ortam, hemşire ve hasta için oldukça yüksek riske sahip ortamlardır. Enfeksiyonların kolayca bulaşabildiği, yaralanmaların ve tehlikeli maddelerle karşı karşıya gelme olasılığının yüksek olduğu ortamlardır. Cerrahi ortamlar yaşamı tehdit eden sorunların bulunması nedeniyle hızlı şekilde karar vermeyi gerektiren stresli bölümlerdir (Karagöz, 2000). Cerrahide sadece doktorun yaptığı ameliyatın başarı oranına etki ettiği düşünülemez. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında aldıkları hemşirelik bakımının kusursuzluğu cerrahi işlemin başarısını önemli oranda etkilemektedir (Ekizler, 1990). Kliniklerde yatan hastaların, bakımını ve tedavisini hemşireler uygulamaktadır. Hastanelerde kesintisiz hizmet sunulduğundan günün her saatinde hemşireler hastaların yanındadır (Utlu Tan, 2006). Cerrahi kliniklerinde hastaların fazla olması ve kişisel gereksinimlerini karşılamak için hemşireye ihtiyaç duymaları nedeniyle hemşirelik bakımına gereksinimleri oldukça fazladır (Karabulut ve Çetinkaya, 2011).

Literatür incelendiğinde, bakım kalite algısı ve etik duyarlılık arasında pozitif yönde ilişkinin olduğu görülmektedir. Etik duyarlılığı yüksek hemşirelerin, hastalara verdikleri bakım sırasında daha özenli ve güvenli bir şekilde davrandığı, böylelikle de bakım kalitesini arttırdıkları görülmektedir (Yıldız, 2017). Hemşireler, etik ilkeler doğrultusunda hareket ettikleri zaman hastaların kişisel ihtiyaçlarını daha iyi anlayıp daha kaliteli bakım sunmaktadırlar (Özdemir ve Yıldırım, 2016). Etik duyarlılık ve bakım kalite algısının bölümler bazında değişip değişmediği konusunda literatürde sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır.

Çalışmanın amacı, hemşirelerin bakım kalite algısı ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları ve bakım kalite algıları arasındaki farkları görmek çalışmanın amaçlarındandır. Çalışma ile etik duyarlılığın, hemşirelerin bakım kalite algılarını nasıl şekillendirdiğini, iki faktörün hasta bakımı verilirken nasıl bir etki yarattığı ve sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin arttırılması konusunda literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmanın, dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapan hemşirelerin bakım kalitesi algısı ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkiyi karşılaştırmalı olarak ele alması, hemşirelik bakımına dair önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir Elde edilecek bulguların, hemşirelerin etik duyarlılıklarının desteklenmesi ve bakım kalitesinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin oluşturulmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Kavramı

Bakım kavramı, insanlığın doğuşuyla birlikte ortaya çıkan, varoluşu temsil eden ve farklı boyutlara sahip insanoğlunun en temel niteliklerinden biridir (Gül ve Dinç, 2018). Türkçe dilinde bakım kavramı çeşitli şekillerde açıklanmıştır. Türk Dil Kurumu (TDK), bakım kavramını geniş biçimde ele alarak 'bir şeyin düzgün ilerlemesi ve başarılı bir şekilde varlığını sürdürebilmesi için harcanan çaba' ve 'bir kişinin yemek, giyim gibi ihtiyaçlarını karşılamak ve üstlenmekle ilgili olan görev' olarak tanımlamıştır (TDK, 2025). Türkçe sözlükte bakımın bir diğer anlamı ise 'bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek' şeklinde belirtilmiştir. Emek kavramı ise insanların bilerek ve isteyerek koydukları hedeflere ulaşmak için uzun ve dikkat gerektiren çabalarını ifade eder. Bu bağlamda bakım, hem emeğin öz değerini ortaya koymakta hem de emek verilmesi gereken iş veya uğraşlara katkı sunmaktadır (Dinç, 2010).

Bakım kavramı, sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir. 'Bakım' kelimesi, kişinin giyinme, beslenme gibi temel gereksinimlerini karşılama ve üstlenme işi olarak tanımlanmaktadır. Canlı bir birey söz konusu olduğunda ise, bu sürece insani değerlerin dâhil olması kaçınılmaz hale gelmektedir (Dinç, 2010).

İngilizce "bakım" kelimesinin birçok anlamı bulunmaktadır. Ad olarak "bakım" (care): özen, dikkat, ilgi, gözetim, önemdir. Önad olarak kullanılan şefkatli, özenli, ilgili anlamına gelmektedir. Eylem olan bakım kelimesi (to care, to take care) bakım vermek; karşısındakine saygılı olmak, özenli olmak, istekli olmak ve ilgili olmak olarak açıklanmıştır (Gül, 2019).

Bakım, insan yaşantısında her an ihtiyaç duyulabilinecek ve insan doğasının ayrılmaz bir parçası olan, hayatta kalmak için gerekli bir gereksinimdir. Her birey hayatı boyunca kendi bakımı için destek arayışında bulunmuş veya başkalarının bakım ihtiyaçlarıyla ilgilenme sorumluluğunu üstlenmiştir. Eriksson (2002) 'a göre ise bakım kavramının asıl amacının, insanoğlunun yaşadığı ve çekmiş olduğu acıyı hafifletmeye yönelik olduğudur (Erikson,2002)

Biyoetik Terimler Sözlüğünde bakım kavramı "Başka bir kişiyle kurulan ilişkide ortaya çıkan bir duyusal tutum, yaşanan moral bir duygu olan ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir. Hasta bakımı, hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ana uğraşısıdır" olarak açıklanmıştır (Gül, 2015). Bakım, yalnızca hemşireliğe ait bir kavram değildir fakat hemşirelik için özel anlam taşımakta ve çoğunlukla hemşireler tarafından yürütülen bir etkinliktir.

2.1.1. Hemşirelikte Bakım

Hemşirelik mesleği üyelerinin asli görevi topluma bakımı götürmek ve topluma karşı en iyi bakımı sunmaktır (Dinç, 2010). Bakım kavramını üstlenen hemşirelerin göstermiş oldukları kaliteli hizmet sunumu tüm dünyada sağlık kurumlarında başarının en önemli belirleyicisi olarak görülmektedir (Yılmaz vd., 2011).

Hemşirelik bakımının anlamından önce hemşirelik kelimesinin anlamını incelememiz gerekmektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), hemşireliği her yaştan kişilerin, ailelerin ve toplumların, hasta veya sağlıklı oldukları tüm ortamlarda bağımsız ve işbirlikçi bir şekilde bakımlarını içerir olarak tanımlar. Hemşirelik, sağlığın desteklenmesi, hastalıkların önlenmesi ve hasta, engelli veya ölüm aşamasındaki bireylerin bakımını kapsar. Ayrıca, güvenli bir ortam yaratılması ve korunması, araştırmalar, sağlık politikasının şekillendirilmesi ve hasta ile sağlık sistemlerinin yönetiminde katılım ve eğitim de hemşirelerin temel görevleri arasındadır (Gül, 2015).

Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981'de hemşireliği "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" olarak açıklamıştır (THD,1981)

2007 yılında değişen hemşirelik kanunuyla birlikte hemşirelerin mesleki tanımı "Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve

değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli" şeklinde yapılmıştır (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2007). Tüm tanımlar incelendiğinde hemşirelerin mesleki rollerinin bakım kavramıyla temellendirildiği görülmektedir.

Meslek kollarının hedeflerinden biri, mesleğe mensup kişilerin uygulamalarını yürütürken bilgi sağlamaktır. Sağlık bilimlerinin bir dalı olan hemşirelik, birçok temel üzerine inşa edilmektedir. Bu temelleri; felsefi düşünme, en doğru bilgiye ulaşma, tecrübelerle bütünleşmiş uygulamalar ve bilimsellik olarak özetleyebiliriz. Hemşirelik mesleğinin şekillenmesinde toplum, hastalık, sağlık, birey ve hasta gibi anahtar kavramlar önemli rol oynamaktadır. Sağlık sektöründe hemşirelerle hastalar arasındaki ilişkide yardım etme niyeti ön plandadır. İnsanlar doğuştan farklı özelliklerle yaratılmıştır ve her bireyin kendine özgü nitelikleri bulunmaktadır. Kişiler, hayatın bir döneminde yardım eden, başka bir döneminde ise yardıma ihtiyaç duyan kişi konumunda olabilir. Hastaya yardım etmek yalnızca hemşirelerin değil, tüm sağlık profesyonellerinin ortak sorumluluğudur. Ancak hemşireleri diğer sağlık çalışanlarından ayıran en önemli unsur, bakımın anlamı ve bu uygulamanın benzersiz niteliğidir (Kırca vd., 2020; Okuroğlu vd., 2014).

Hemşireler, hastalarını iyi şekilde analiz edip, triyaj oluşturarak en çok neye ihtiyacı olduğunu bilmelidir. Böylelikle hemşirelik bakımında ilk olarak hastanın en çok ihtiyacı olan bakımı sunacaktır. Bu bakım algısı hastaların kişisel özellikleri de dikkate alınarak sunulmaktadır (Kılıç, 2014).

Hemşireler bakım kavramı algısını oluştururken edinmiş oldukları bilgi ve tecrübelerinin toplamını yorumlar. Her hemşirenin algısı değişmektedir, bunda kişisel özellikleri önemli bir yer kaplamaktadır. Hemşirelerin bakım algılarını birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler; bireylerin yaşı, eğitim seviyesi, mesleki tecrübe süresi, bulundukları sağlık kurumu, o kurumda yatan hasta sayısı ve mesleklerine olan bağlılıkları gibi unsurlardır (Tekin, 2017). Hemşirelerin hastalara sundukları bakımın kapsamlı ve kaliteli olması bakım algılarının yüksek olmasıyla mümkün olmaktadır. Hemşireler ancak hastalarını iyi değerlendirmeleri ve ihtiyaçlarını fark etmeleriyle hastaların memnuniyetini arttırabilir (Kılıç, 2014).

Hemşirelerin bakım kalite algısının birçok olumlu sonucu olmaktadır. Hemşirelerin hasta bakımını en iyi şekilde yapması yaşanacak komplikasyonların

azalmasına, hastaların hastanede yatış sürelerinin kısalmasına ve sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlayacaktır (Koçak vd., 2014).

Hemşireler, hastanelerde bakım verici rolünü üstlenen sağlık profesyonelleridir. Hastalara uygun bakım planları hazırlayarak, fizyolojik ve psikolojik bağımlılığı en aza indirmeyi, mesleki tecrübelerini kullanarak gerçekleştirmektedirler. Ancak bakım yalnızca hemşirelerin sorumluluğunda olmamalı; hastaların yakınlarının da iş birliğiyle en verimli şekilde yürütülmelidir (Altın, 2019).

2.2. Bakım Kalitesi Kavramı

Bakım kalitesi bir diğer adıyla en iyi hemşirelik bakımı, yapılan uygulamalarda yetkinlik ve profesyonellik, hasta haklarına saygılı, empati ve sorumlukların bilincinde olma şeklinde farklı başlıklar altında tartışılmaktadır (Aksoy, 2012).

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesi, hizmet alan hasta ve yakınlarının memnuniyetiyle doğru orantılıdır (Karaca ve Durna, 2018). Hastaların kurumdan memnuniyet duyması, hemşirelik bakım algısının kaliteli olması bir sonraki sağlık hizmeti talebinde yine bulundukları hastaneye gitmesinde önemli rol oynamaktadır. Yaşadıkları tecrübeleri çevresindeki diğer kişilere anlatarak kuruma daha çok kişinin gelmesine de katkı sağlamaktadır (Karaca ve Durna, 2018).

Aydın (2014) tarafından yapılan bir çalışmada kuruma başvuran hastaların hemşirelik bakımını algılama şekli ve sunulan bakımın hastanın gözünden değerlendirilmesinin önemini vurgulanmıştır. Hemşirelik bakımında en önemli nokta hastanın perspektifinden bakmaktır. Bakım kalitesinin artmasında sorumluluk ilk olarak sağlık çalışanlarına düşmektedir. Çalışanların, hastaların güvenliğini sağlayarak, belirli standartlar çerçevesinde, ihtiyaçlarına zamanında ve doğru şekilde müdahale edip, sağlık bakım hizmetini minimum maliyetle sunmaları gerekmektedir (Eroğlu vd., 2001; Aydın,2014).

2.2.1. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bakım kalitesini "bireylere ve hasta popülasyonlarına sunulan sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarını iyileştirme derecesi" şeklinde açıklamıştır. (WHO, 2019). Hasta bakımı sağlık hizmetlerinin çoğunluğunu oluşturmaktadır (Gedikli, 1998). Bireylerin kendilerine özgü kişisel ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanması da bakım kalitesini göstermektedir (Çatalca, 2003). Hemşireler sağlıkta hizmet sunumunun temeli olarak görülmektedir. Etkili hemşirelik bakımı sunmak için hemşirelerin bakım davranışları kavramını tam anlamıyla kavraması gerekir (Arslan ve Okumuş, 2012).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık alanında da birçok değişim ve gelişimler meydana gelmiştir. İleri teknolojilerin sağlık sektöründe kullanılması sağlık bakımında kalitenin yaygınlaşmasını, kişilere ve topluma daha kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını zorunlu hale getirmiştir (Aytar ve Yeşildal, 2004). Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, dünya çapında bilinen standartlara uygun biçimde tedavi, tanı ve bakım hizmetlerinin sağlanması ile birlikte, hizmetin her aşamasında hastaların ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanması olarak ifade edilebilir (Aksakal ve Bilgili, 2008).

Değişen ve gelişen teknolojiyle birlikte sağlık kuruluşları arasında rekabet artmıştır. Kuruluşların etkinliğini artırmak ve maddi kazanç sağlamak amacıyla, bakım kalitesinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bakım kalitesinin düzenli olarak değerlendirilip geliştirilmesi hastane yatış sürelerinin kısalmasına katkı sağlamaktadır (Arslan ve Kelleci, 2011; Walker vd., 1999). Bakım kalitesinin kuruma ve hastaya birçok yararı olmaktadır. Bakım kalitesini değerlendirirken birçok farklı faktörlere bakılmaktadır. Bunlar kurumların yaptıkları maliyet değerlendirmesi, hastaların memnuniyetleri ve hastaların şikayetleri olarak sıralanmaktadır. Bakım kalitesi değerlendirilirken bakımın standartlarının bilinmesi ve ölçümün bu standartlara göre yapılması gerekmektedir (Arslan ve Kelleci, 2011; Walker vd., 1999).

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör hemşirelik bakımıdır. Hastalar hastaneye yattığı süre içinde en çok hemşirelerle zaman geçirmektedir ve bakımın temelini de oluşturan hemşirelerdir. Sağlık profesyonelleri içinde büyük

çoğunluğu hemşireler almaktadır. Kesintisiz bir hizmet sunan hemşireler hastalarla birebir vakit geçiren meslek grubudur. Hasta bakımında sağlık profesyonelleri olan hemşirelerin sunmuş olduğu bakımın kalitesi çok önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyetinde ise önemli bir göstergedir (Cerit, 2016). Bir kurum sağlık bakımının kalitesini arttırmak istiyorsa hemşirelerin bakımını değerlendirmeli ve geliştirmelidir (Yılmaz, 2001). Bakım ise hemşireliğin temel kavramıdır (Kılıç ve Öztunç, 2015).

Sağlık kurumları arasındaki rekabet, mesleki profesyonellik, maliyetlerin artması, toplumun demografik olarak değişimi, teknolojinin ileriye gitmesi ve hastane yatış süresinin kısalması gibi faktörler hastaların hemşirelik bakım algısını, beklentisini etkilemektedir (Çoban ve Kaşıkçı, 2008; Christopher ve Hegedus, 2000).

Bakım kalitesini belirleyen en önemli faktörler, hastaların hastane yatış sürecinde ilaç uygulama hatalarının az olması, düşmelerin önlenmesi, enfeksiyondan koruma, basınç yaralarının olmaması ve hastaların şikâyetlerinin minimumda olması olarak sıralanabilmektedir (Fındık ve Yeşilyurt, 2017). Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre bakım kalitesi, hastalara en iyi hemşirelik bakımını sunmayı amaçlayan tüm uygulamaların ve süreçlerin bütünsel bir özeti niteliğindedir (Alcan, 2001).

Hemşirelerin bakım uygulamalarının kalitesinin artması ve hastaların bu durumun farkında olması hemşireler, doktorlar, diğer sağlık çalışanları, hasta ve ailesi için pozitif sonuçlar getirmesine neden olmaktadır. Hemşirelik bakımının kalitesinin istenilen sonuçları arasında güvenilir bir bakım ortamı oluşması, hastaların memnuniyetlerin artması, hemşirelerin mesleki tatminin artması ve ekip üyeleri arasında iş birliğiyle huzurlu çalışma ortamı sağlanması şeklinde sıralanabilmektedir (Karadağ ve Uçan, 2006).

2.2.2. Hemşirelerin Bakım Kalite Algısını Etkileyen Faktörler

Profesyonel bakımın sağlanabilmesi, çeşitli niteliksel ve yapısal faktörlere bağlıdır. Bu faktörler arasında hemşirelerin mesleki bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmaları önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirelerin sahip olduğu mesleki bilgi ve deneyim, verilen bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca lisans düzeyinde eğitim almaları ve güncel bilimsel araştırmaları takip ederek bilgi birikimlerini sürekli

güncellemeleri, mesleki yeterlilik açısından kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, klinik uygulamalarda özerk kararlar alabilmeleri ve mesleklerine karşı aidiyet hissi taşımaları, bakım kalitesine doğrudan katkı sağlamaktadır. Hemşirelerin sorumluluk bilinciyle hareket etmeleri, ekip arkadaşlarına destek sunmaları, mesleki etik ilkelere bağlı kalmaları ve profesyonel meslek örgütlerine üye olmaları da mesleki standartların korunmasına hizmet etmektedir (Korkmaz, 2011; Salvage, 1993).

Bakım kalite algısını etkileyen faktörlerden biri çalışma ortamıdır. Kurumun fiziki şartları, yönetim mekanizmaları, düzeni ve işleyişleri hemşirelerin bakım kalite algısını etkilemektedir (Karadağ ve Hisar, 2016). Çalıştıkları ortamda karşılaştıkları olumsuz durumlar, hemşirelerin motivasyonlarını düşürmektedir. Düşük motivasyon hemşirelerin bakım kalitesini düşürmektedir. Hemşirelerin iş yükünün artması, ekip üyeleri arasında destek eksikliği ve tükenmişlik yaşamaları bakım kalitesini olumsuz yönden etkileyen unsurlar arasında gösterilebilmektedir (Eren ve Karadağ, 2018). Bakımın niteliği sağlık kurumlarının yönetim biçimi ve örgütsel yapısından da etkilenmektedir. Sağlık kurumlarında verilen bakım karmaşık yapıya sahiptir. Sağlık kurumlarında multidisipliner bakım söz konusudur. Diğer meslek gruplarından destek alınmaktadır. Hastalar tarafından alınan hizmetin farklı olması hastanelerde farklılık göstermesi nedeniyle bakım niteliğinin de farklılaşmasına neden olmaktadır (Gül, 2019).

Hemşirelere düşen hasta sayısının fazla olması, bakım kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Literatürde yapılan çalışmalar kurumlarda hemşire sayısının az olması bakım kalitesinin düşük olduğunu göstermiştir (Demir ve Şahin, 2019). İş yükünün fazla olması, hastalara ayrılan zamanın azalmasına ve verilen hizmetin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bunlara ek olarak dinlenmeden işe gelinmesi ve işte hemşire sayısının azlığı yoğun bir iş temposuna neden olmaktadır. Yoğun iş temposu hemşirelerin yanlış yapma riskini arttırmakta ve hastalar için güvensiz bir ortama neden olmaktadır (Çelik ve Taş, 2017)

Hemşireler görev tanımındaki işlerin üstüne bir de görev tanımında olmayan birçok işi yapmaktadır. Hemşireler hasta bakımının dışında klinik düzenini sağlama, kliniğin temizliğini kontrol etme, malzemeleri tamamlama ve evrak işlerini işleri yapma, hasarlı şeyler için teknik servisle iletişimde olma gibi görevleri de üstlenmiştir.

(Coşkun, 1996). Bu durumlar hemşirelerin hastalarına ayıracakları zamanı azaltmaktadır ve böylelikle nitelikli bakımın verilmesine de zarar vermektedir. Yataklı kliniklerde personel eksikliklerini nitelikli hemşireler yerine daha uygun iş gücü temin etmek amacıyla hastabakıcılarına ve diğer klinik destek personellerine devredilmiştir. Bu durum bakımın kalitesinin düşmesine ve hasta güvenliği için risklere neden olmaktadır (Callaghan, 2003; Dinç, 2010; Schluter, Winch vd., 2008).

Mesleki tükenmişlik, hemşirelerin bakım kalitesi algısını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Yoğun iş stresi, duygusal baskı ve aşırı iş yükü gibi etkenler, tükenmişlik sendromunun başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Bu durum, hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek, verdikleri bakımın niteliğini de düşürebilmektedir (Özkan ve Avcı, 2021). Koç ve Gül (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, bakım kalitesi algısı yüksek olan hemşirelerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Buna karşılık, mesleki tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin hastalara sunduğu hizmetin kalitesinde düşüş yaşandığı da vurgulanmaktadır (Koç ve Gül, 2020).

Hemşirelerin bakım kalite algısı hasta güvenliği ve hemşire-hasta ilişkisiyle doğrusal bir ilişkisi vardır. Hemşire hasta arasındaki etkili iletişim, hemşirenin kendini hastanın yerine koyabilmesi ve bakımda hastayı düşünerek hareket etmesi bakım kalitesini artırmakta ve hastanın da memnuniyetine olumlu yönden katkı sağlamaktadır (Arslan ve Ünal, 2018). Hasta güvenliği denildiğinde, çok sayıda risk faktörü gündeme gelmektedir. Bu faktörler arasında; hastanın yetersiz klinik değerlendirmeye tabi tutulması, yanlış tanı konulması, uygun ve gerekli tedavinin uygulanmaması, yanlış taraf cerrahisi, transfüzyon hataları, düşmeler, cerrahi yaralanmalar ve iletişim kaynaklı hatalar yer almaktadır. Bu faktörler, bakım sürecini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve hastanın klinik sonuçlarının istenmeyen şekilde kötüleşmesine yol açabilmektedir. Hasta güvenliğini sağlamak için tüm personel, özellikle hastayla vakit geçiren hemşireler belli aralıklarla hizmet içi eğitim almalıdır. Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konusuyla ilgili farkındalıklarını artırmak gerekmektedir (Yıldız ve Çalışkan, 2020).

Yeni mezun hemşirelerin yerine görev yılı daha fazla olan hemşirelerin, aldıkları kararlarda daha bilinçli olduğu ve hastalar için daha doğru kararlar verdikleri görülmektedir (Demir ve Şahin, 2019). Bakımı etkileyen başlıca faktörlerden birisi

hemşirelerin mezun oldukları okul düzeyidir. Yükseköğrenim görmüş olan hemşirelerin diğer hemşirelere göre meslek hayatlarındaki profesyonelliği daha gelişmiştir Edindikleri bilgi ve tecrübeyle de daha iyi bir bakım vermektedir. Türkiye'de hemşirelik eğitimi 1995 yılından bu yana lisans düzeyinde verilmektedir ve günümüzde yalnızca üniversitelerin Hemşirelik Fakülteleri ile Sağlık Bilimleri Fakülteleri bünyesinde sürdürülmektedir. Geçmişte hemşire açığını kapatmak amacıyla sağlık meslek liseleri üzerinden hemşire yetiştirilmiş olsa da 2014 yılında yapılan yasal düzenlemeyle bu liselerden mezun olanların 'hemşire' unvanı alma hakkı kaldırılmıştır. Artık sağlık meslek liseleri mezunları yalnızca 'hemşire yardımcısı' veya benzeri unvanlarla görev yapabilmektedir. Hemşirelik, temeli lisans eğitimine dayanan ve profesyonel bakımın niteliğini belirleyen bir meslek olduğundan, hemşirelik bakımının eğitim düzeyi daha düşük gruplara devredilmesi hem bakım kalitesini hem de hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde ve bütüncül biçimde verilmesi, edinilen bilgilerin uygulama alanlarına aktarılmasında kritik öneme sahiptir (YÖK, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2024)

2.3. Etik Kavramı

Etik kavramını TDK farklı mesleklerde çalışan kişilerin uyması ve kaçması gereken tutum, davranışlar şeklinde tanımlamaktadır (TDK, 2025). Etik kelimesi Yunan dilinde ''töre'', ''alışkanlık'', ''gelenek'', ''karakter'' anlamında kullanılan ''ethos'' kelimesinden türetilmiştir (Karadağlı, 2016). İnsanlar ve onların bulundukları eylemler etiğin temelini oluşturmaktadır (Kırca vd., 2020). Toplumların tarihleri boyunca oluşturdukları ve örnek aldığı değerlerin toplamına etik denilebilmektedir (Doğan vd., 2019). Kişilerin içinde bulundukları durumlarda aldıkları kararların doğru veya yanlış olup olmadığını bu değerler vasıtasıyla tespit edebilir (Tosun, 2021).

Etik kavramı, bireylerin karar verme sürecinde en doğru seçimi yapmalarını hedefleyen ve alınan bu kararların diğer insanlar üzerindeki etkilerini sorgulayan bir alandır (Karadağlı, 2016; Turan, 2022). Felsefi bir disiplin olarak etik, öncelikle kişinin kendisiyle olan ilişkisini incelerken, aynı zamanda bireylerin birbirleriyle kurduğu iletişimi de değerlendirir. Etik, sorunları anlamaya, çözümler üretmeye ve bilgi birikimi sağlamaya yardımcı olan bir rehber niteliğindedir (Karabulut vd., 2021).

İnsan, etik değerlere sahip tek canlı olarak tanımlanmakta ve tarih boyunca etik ilkelere bağlılık, toplumların şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Yunanca kökeni 'ethos'a dayanan etik kavramı, bireylerin karakterlerini ve davranış biçimlerini derinden etkilemiştir. Günümüzde de etik, bireylerin yaşam biçimini ve toplumsal ilişkilerini ciddi biçimde yönlendirmektedir. Tarihsel süreçte yaşanan pek çok olay, etik ilkelerin; kişilerin içgüdüsel davranışlarını kontrol altına alarak, toplum düzeni ve huzurunu tehdit edebilecek ya da suç unsuru oluşturabilecek durumların önüne geçmede temel bir işlev gördüğünü ortaya koymuştur (Tosun, 2021).

Etik, bireylerin ve toplulukların karşılaştıkları sorunları ahlaki bir bakış açısıyla ele alarak, bu sorunlara ilişkin ilkeleri ve bu ilkelerin dayandığı temelleri inceleyen; anlamlarını ortaya koyan ve çözüm üretmek amacıyla teoriler geliştiren bir bilim dalıdır. Yüzyıllar boyunca içerik açısından zenginleşmiş olsa da temel insani değerlerinden ödün vermeyen bu düşünsel yaklaşım, günümüzde de insanın ve insanlığın değeri, onuru, hakları, ihtiyaçları ve sorumlulukları üzerine felsefi bir temel oluşturmaya devam etmektedir (Okuroğlu vd., 2014).

Etik, kişilerin bulundukları eylemlerin ve bu eylemlerin toplum üstünde oluşturduğu etkileri inceleyen düşünce alanı olarak açıklanabilir. Bu düşünce alanı süreçlerden oluşmaktadır. Etik bunları değerlendirirken kişilerin tutum ve davranışlarını zamanın ve mekânların sınırlarını aşarak var olan ilkeler doğrultusunda değerlendirmektedir. Etik insanoğlunun yaratılışından, günümüze ve geleceğe de uzanan kişilerin davranışlarını yönlendiren bir rehber olarak da düşünülebilir. Böyle düşünüldüğünde etik sadece geçmişi değil, bugünümüzü ve geleceği de şekillendirmektedir (Oğuzhan vd., 2019).

Ahlak ve moral kelimesiyle benzetilen etik köken olarak Latince kavramdır. Kişilerin davranışlarını, tutumlarını ahlaki olarak iyi veya kötü olarak değerlendiren bir süreci kapsamaktadır (Çekiç ve Yüksel, 2021). Etik, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlar, davranışlar ve alınan kararlarda en doğru olanı yapma konusunda bireylere yol gösteren bir kavramdır. Bireylerin bu kararları verirken kendi değerlerini ve ilkelerini yeniden değerlendirerek en doğru seçimi yapmalarına yardımcı olur (Uysal Kasap ve Bahçecik, 2020). Etik kişilerin bir durum karşısında yanlış olan davranışlar yerine en doğru davranışı tercih etmesi anlamına da gelmektedir. Toplumun ahlaki

anlayışına uygun olarak ve ahlaki ilkeler ışığında kararlar vermeyi ifade etmektedir (Şen vd., 2013).

Etik ve ahlak kavramları çoğunlukla birbirinin yerine kullanılan, ancak anlam ve kapsam açısından farklılık gösteren iki ayrı kavramdır. Ahlak, bireylerin iç dünyalarında vicdanları ve yargılarına göre şekillenen, belirli kurallar doğrultusunda davranışlarına yansıyan değerler bütününü ifade eder. Bu doğrultuda alınan kararlar, bireyler arası etkileşimlerde ve toplumsal yaşamda yol gösterici bir rol üstlenir; kişiler için adeta bir rehber niteliği taşır. Buna karşılık, etik kavramı, belirli bir meslek grubu, topluluk ya da uzmanlık alanı çerçevesinde kabul edilen, kurumsallaşmış davranış ilkelerini kapsar. Etik, ahlaki değerlerin toplum genelinde sistemli ve ortak bir şekilde uygulanması olarak da değerlendirilebilir. Bu bağlamda etik, bireysel yargıların ötesinde, daha geniş bir toplumsal yapıyı ilgilendiren ve toplumun tüm üyeleri arasında düzeni ve uyumu sağlamaya yönelik katkılar sunan bir disiplindir. Ahlak ile etik arasındaki temel fark, etiğin toplum tarafından genel kabul görmüş normlara dayanması, ahlakın ise bireylerin kişisel inançları ve tercihlerine bağlı olmasıdır. Her iki kavram da toplum düzeninin sağlanmasında temel yapı taşları olarak önemli bir yer tutmaktadır (Hakko ve Kıvanç, 2018; Doğan vd., 2019).

Etik davranışlar uygulama alanlarına göre dört farklı kategoride incelenmektedir; Bireysel etik, örgütsel etik, mesleki etik, yönetsel etik.

Bireysek etik kişilerin bulundukları eylemlerin temelinde yatan ahlaki olarak var olan değerlerin incelenmesine odaklanmaktadır. Bireysel etik kişilerin karakterlerinin oturmasını ve eylemlerini bile isteye yapmasını kapsamaktadır. Bireysel etiğin merkezini, kişilerin ahlaki yapıları oluşturmaktadır (Arslanhan ve Çicek, 2019).

Bir kurumun karşılaştığı sıkıntıların çözülmesinde kullanılan kuralları ve kurumun oturmuş olan davranış kültürünü ele alan etiğe örgütsel etik denilmektedir. Bu kurallar örgütün tek çatı altında tüm üyelerin iş birliği içinde çalışmasını düzenlemektedir. Örgütün değerlerini yansıtmaktadır. Kurum çalışanlarının eylemlerinin sonuçlarının iyi veya kötü olmasının, ceza ve ödül sisteminin davranışlarına göre gruplandırılması örgütsel etikle mümkün olmaktadır. Örgütsel

olarak etik kişilerin davranışlarını etik açıdan değerlendirmektedir. Böylelikle doğru ve yanlışın da ayrımında yardımcı olmaktadır (Gül ve Gökçe, 2008).

Aynı mesleği icra etmek için bir araya gelen kişilerin, toplumun yararını gözeterek belirli davranışlara ve kurallara uymaları gerektiğini vurgulayan etik alanı mesleki etiktir. Tüm dünyada kabul edilmiş mesleki kodlar mesleki etiğin konusunu oluşturmaktadır. Kişi bazında kural dışı hareketler kişiye zarar verdiği kadar içinde bulunduğu mesleki topluluğa da zarar vermektedir. Örnek olarak herhangi bir hemşirenin hastasına bağırması, toplum önünde hemşirelik mesleğinin imajının zedelemesine neden olmaktadır. Mesleki etik ilkelere uyum kişilerin ve bulundukları mesleki topluluğun gelişiminde oldukça önemli bir yere sahiptir (Hakko ve Kıvanç, 2018).

Yönetsel etiğin önemi 1970'lerde anlaşılmıştır, ancak 1990 yılına kadar bu alanda yeterli araştırma yapılmamıştır. 1990 sonrasında ise, yönetsel etik oldukça fazla araştırılan bir konu haline gelmiştir (Sayılı ve Kızıldağ, 2007). Sunulan hizmetin verimli olabilmesi için yönetim süreçlerinde etik yaklaşımların arka plana atılması doğru olmayacaktır. Yönetsel etiğin temelleri atılırken, öncelikle etik komitelerin oluşturulması gerekmektedir. Yöneticilerin bu konuda sağlayacağı destek oldukça önemlidir. Ayrıca, yasal yapılar tam anlamıyla kavranmalı ve profesyonelleşme süreci başlatılmalıdır. Hesap verme mekanizmasının da oluşturulması gereklidir. Bunlara ek olarak, etik dışı hareketlerden kaçınabilmek için etik kurallarının iyi bilinmesi şarttır (Gül ve Gökçe, 2008; Sayılı ve Kızıldağ, 2007).

2.3.1. Hemşirelikte Etik

Hemşirelik, temelleri kurallara, uygulamalı eğitimlere dayanan profesyonel bir mesleki topluluktur. Geçmişten günümüze kadar gelişerek gelmektedir (Aydoğan ve Ceyhan, 2019; Çekiç ve Yüksel, 2021; Karabulut vd., 2021). Her meslek alanında olduğu gibi, hemşirelikte de etik kavramı temel bir yere sahiptir. Bunun nedeni, etiğin iyi ile kötüyü ayırt etmeye yönelik bir felsefi disiplin olarak mesleki uygulamalara yön vermesidir. Hemşirelerin etik ilkeleri içselleştirerek bu ilkeleri davranışlarına yansıtması, mesleğin profesyonel standartlarının korunması ve geliştirilmesi açısından kritik bir önem taşımaktadır (Karaöz, 2000). Hemşirelik, bilgi ve birikimin tek başına yeterli olmadığı bölümlere ve yapılan işlere göre birçok becerenin ve onu yapabilecek

kapasitesinin olmasını gerektiren meslek dalıdır. Hemşirelik mesleğini yaparken bilginin yanında güçlü bir iletişim, empati ve stres durumlarında hızlı, doğru karalar verebilmeyi de kapsamaktadır. Hasta bakımında ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında hemşireler bu yetenekleri kullanarak kilit bir rol oynamaktadırlar (Tosun, 2021).

Hemşirelik bilim ve sanat dalıdır. Çünkü hemşireler kişilerin her anında yanında olan, toplum sağlığını korumada görev yapan, iyileştirici ve tedavi edici süreçleri yöneten profesyoneller topluluğudur. Hemşireler uygulamalarını etik değerlere göre yürütmeleri gerekmektedir. Uygulamaların etik değerlere göre yapılması ancak eğitimle olmaktadır. Hemşireler sağlık kurumlarına ihtiyaç duyan her bireye, hemşirelik bakımını bilgi birikim ve üstün yeteneklerle sunmaktadır. Bunları etik çerçeve içinde sunmalıdır (Okuroğlu vd., 2014).

Hemşireler hastalarla sürekli bir arada olduğu için etik konusu sık sık karşılarına çıkmaktadır. Bu nedenle hemşirelik mesleğinde etik önemli yere sahiptir. (Aydoğan ve Ceyhan, 2019). Hemşirelik etiğini pratikte, hasta haklarını savunan, yarar sağlayan, zarar vermekten kaçınan ve hastaların da fikrini alarak onlar için en doğru kararları almak olarak ifade etmek yanlış olmaz. Hemşirelerin yüksek etik bilincine sahip olması meslekteki sorumluluklarını yerine getirmede oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Çekiç ve Yüksel, 2021; Karaöz, 2000). Sağlık sektöründe çalışmakta olan hemşireler 7/24 hastalarla birlikte olmaları nedeniyle etik zorluklarla daha çok karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar karşısında karar verirken hemşirelerin etik konusundaki tutumları, kişisel yargı ve değerleri, inançları tarafından şekillenmektedir. Literatürde, hemşirelerin etik durumlarda gösterdikleri özenin önemine sıklıkla dikkat çekilmektedir. Hemşirelerin, mesleki uygulamalar sırasında karşılaştıkları etik ikilemleri yönetebilme becerisine sahip olmaları beklenmektedir. Etik konularda sağlıklı karar verme yetisi, sorunlara uygun çözümler üretebilme, farklı bakış açılarını değerlendirebilme ve kapsamlı bir düşünme süreci yürütme becerilerini ön plana çıkarmaktadır. Bu yetkinlikler, hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemleri mesleki standartlara bağlı kalarak çözümleyebilmeleri ve profesyonel uygulamalar geliştirebilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir (Hakko ve Kıvanç, 2018).

Toplumun yaşamının korunması, iyilik halinin sürdürülebilmesi, sağlığın geliştirilmesi, mevcut hastalıkların en iyi şekilde tedavi edilmesi ve sağlıkla ilgili sorunların ortadan kaldırılması, sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasındadır. Bu

görevleri yerine getiren sağlık profesyonelleri, mesleklerini icra ederken benimsedikleri değerler ve inançlar doğrultusunda hareket etmektedir. Ancak bireyler arasındaki bu çeşitlilik, sağlık profesyonellerinin kararlarını sezgilerle değil, edindikleri bilimsel bilgiler ve etik standartlar çerçevesinde vermelerini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda personel, karşılaştıkları bu tür durumlar karşısında birçok açıdan sınanmakta, bilgi birikimleri, etik değerlendirmeleri ve empati yetenekleriyle ikilemler yaşamaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe çalışan bireylerin etik ilkelere sahip olması ve bu ilkeleri içselleştirmesi gerekmektedir. Etik ilkeleri bilen hemşirelerin hastalarına eşit ve adaletli davranmaları beklenir. Ayrıca bilimsel düşünceyi benimsemeleri gerekir. Ancak bu şekilde hemşireler, etik temellere dayalı, kaliteli sağlık hizmeti sunabilir (Aydoğan ve Ceyhan, 2019; Şen vd., 2013). Hemşirelik mesleğinin temelini, toplum tarafından benimsenmiş ahlaki kurallar bütünü oluşturmaktadır. Etik ve ahlak kavramları, hemşirelik uygulamalarının şekillenmesinde belirleyici bir rol üstlenmektedir. Meslek, topluma hizmet ederken ahlaki değerleri gözetmenin doğal bir sonucu olarak gelişmiştir. Toplumsal inanç ve kültürel yapıyla beslenen ahlaki değerler, bu değerleri somutlaştıran ahlaki kuralları ortaya çıkarmaktadır. Meslek mensupları tarafından kabul edilen bu kurallar ise hemşireliğin disiplin anlayışını ve uygulama standartlarını oluşturan temel yapı taşları olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik tarihine bakıldığında, etik ilkeler ve ahlaki kuralların mesleğin gelişim sürecinde sürekli olarak yer aldığı görülmektedir (Okuroğlu vd., 2014; Turan, 2022).

Sağlık kuruluşlarında etik karar almanın genellikle doktorlar ve hastalar arasında gerçekleştiği düşünülmektedir. Ancak etik, hastayla doğrudan etkileşimde bulunan tüm sağlık profesyonellerini ilgilendiren bir konudur. Hastalarla en fazla vakit geçiren hemşirelerin, etik konularda mesleklerine özgü ilkelere ihtiyaç duymaları bu bağlamda önem kazanmıştır. Değişen ve gelişen teknolojiyle birlikte hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar da giderek artmaktadır (Çil ve Pınar, 2011; Verpeet vd., 2005).

Etik sorunlar, belirli etik ilkelere göre ele alınmaktadır. Var olan bu ilkeler doğru olarak kabul edilmiş ve eylemlerin temelini oluşturan kurallardır (Okuroğlu vd., 2014).

Hemşirelik mesleğinde etik ilkelerin oluşturulmasının başlıca nedenleri; hemşirelerin ahlaki farkındalıklarını artırmak, ahlaki duyarlılıklarını pekiştirmek ve mesleki anlamda profesyonel davranışlar sergilemelerini sağlamaktır. Hemşirelik etiğinin temeli, 1953 yılında Uluslararası Hemşireler Birliği tarafından atılmıştır. Zamanla değişen dünya koşullarıyla birlikte hemşirelik etiği bugünkü hâlini almıştır. Türkiye'de ise etikle ilgili önemli çalışmalardan biri, THD tarafından gerçekleştirilmiştir. Dernek, 2009 yılında "Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları" adlı bir kitap yayımlamıştır (Uysal ve Bahçecik, 2020).

Etik sorunlar, etik prensipler çerçevesinde ele alınmalıdır. Etik prensipler, bireylerin davranışlarını ve niyetlerini şekillendirmede etkili olan ahlaki gerçeklerin bütünüdür. Bu alanda birçok etik teori bulunmaktadır. Bunlar arasında deontolojik etik (görev temelli etik), sonuçsalcı etik (yararcılık/Utilitarizm), erdem etiği, haklar etiği, adalet etiği ve bakım etiği gibi farklı yaklaşımlar yer almaktadır. Bu teoriler olaylara ve durumlara farklı perspektiflerden yaklaşsalar da, çoğu ortak bazı temel prensiplere dayanır: zarar vermeme, yararlılık, özerklik ve adalet gibi. Hemşireler için bu etik prensipleri kavramak ve klinik uygulamalarda bu ilkelere göre hareket edebilmek büyük önem taşır. Etik teoriler, hemşirelerin karşılaştıkları karmaşık durumlarda doğru kararlar verebilmeleri için bir rehber işlevi görür. Böylelikle mesleki sorumluluklarını yerine getirirken hem bireysel hem de toplumsal düzeyde güvenilir, adaletli ve duyarlı bir yaklaşım sergileyebilirler (Okuroğlu vd., 2014; Turan, 2022). Hemşirelerin bu prensipleri tam anlamıyla kavraması mesleki olarak etik konusunda bilinçlerinin artmasına, ahlaki hassasiyetlerinin gelişmesine ve pratikteki sorumluluklarının daha iyi farkına varmasına yardımcı olur. Böylelikle topluma sunulan hizmetin kalitesi ve etkinliği artmış olur (Turan, 2022). Etik prensipler, hemşirelerin karar vermesinde daha özgür ve bağımsız olarak hissetmelerine fırsat tanıyarak, mesleki bağımsızlıklarının daha güçlü bir şekil almasına yardımcı olur (Karadağlı, 2016).

Her meslekte olduğu gibi, hemşirelikte de uyulması gereken etik kurallar bulunmaktadır. Hemşirelik mesleği ve bakım uygulamaları, belirli etik prensipler doğrultusunda yürütülmektedir. Bu prensipler arasında; iyilik yapmayı esas alan yararcılık, hastaya zarar verebilecek tüm müdahalelerden kaçınmayı ifade eden zarar vermeme, doğruluk ve şeffaflığı temel alan dürüstlük, hasta bilgilerini gizli tutmayı kapsayan gizlilik, bireyleri din, ırk veya maddi durumuna göre ayırmaksızın eşit davranmayı öngören adalet, bireyin kendi kararlarını alma hakkını tanıyan özerklik

(otonomi) ve hasta ile kurulan bağa sadakati temsil eden sadakat yer almaktadır. Hemşirelik mesleği, bu etik ilkeler doğrultusunda profesyonel bir anlayışla sürdürülmektedir (Izumi vd., 2012; Okuroğlu vd., 2014).

2.3.2. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar

ICN ve Amerika Hemşireler Birliği (American Nursing Association - ANA) ilk defa etik ilkelerden bahsederek etik ilkeleri oluşturmuşlardır (Verpeet vd., 2005). Zamanla ufak tefek değişiklikler olsa da temeli hiç değişmemiştir. Etik ilkeler ve kurallar hemşirelerin mesleklerine, çalışma arkadaşlarına, bulundukları kuruma ve hastalarına karşı yapması gereken görev ve sorumluluklarını belirlemektedir (Akıncı ve Pınar, 2011). Etik ilkeler sorunları ahlaki bir değerlendirmeyle ele almaktadır (Tozlu, 1999). Hemşirelik mesleğinin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale tarafından oluşturulan kurallar, hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları olarak kabul edilmektedir. Bu etik kodlar arasında; sırların gizliliğinin korunması, bilgilerin doğru ve yerinde kullanılması, hastaya zarar verecek ilaç uygulamalarından kaçınılması ve tehlike oluşturabilecek durumlardan uzak durulması gibi ilkeler yer almaktadır. Bu prensipler, hemşirelik mesleğinin amacına ve işlevlerine uygun temel değerleri ortaya koymaktadır (Ege ve Pasinlioğlu, 2000).

Kişilerin kendi hayatlarıyla ilgili kararları kimseye danışmadan hür iradeleriyle vermesine Otonomi ilkesi denilmektedir. Bu kişiler yaşamlarıyla ilgili önemli kararları özgür bir şekilde alabilecek yeteneğe sahip olmalıdır (Karadağlı, 2016). Otonomi, bireylerin kendi kararlarına ve değerlerine duyulan saygıyı ifade eder. Bu nedenle bireyler, isteklerini özgürce gerçekleştirebilmelidir. Karar alma ve bu kararları uygulama sürecinde, kişinin eylemlerini bilinçli ve doğru bir şekilde yerine getirme kapasitesine sahip olması önemlidir. Ayrıca birey, kendi eylemlerini planlayıp hayata geçirebilecek yeterliliğe sahip olmalıdır. Özerk bireyler, kendi tercihleri doğrultusunda davranış sergileyebilmelidir. Otonominin tam anlamıyla var olabilmesi için bu temel unsurların her birinin kişide yeterli düzeyde bulunması gerekmektedir. (Karadağlı, 2016; Üstün vd., 2018).

Yararlılık prensibi ise hemşireliğin temel yapı taşlarından biridir. Yararlılık ilkesinin ilk şartı her şeyden önce hastaların iyiliğinin gözetilmesidir. Bu ilke hemşireler hastalarına bakım sağlarken fayda sağlamak ve mesleki olarak

sorumluluklarını tam yerine getirmeyi vurgulamaktadır. Yararlılık prensibinin temeli hastalara zarar vermemek ve doğabilecek kötü sonuçları minimize etmektir. Bu özellikler hemşireler için hastalarına nasıl davranması gerektiği konusunda rehber olmaktadır (Okuroğlu vd., 2014).

Zarar vermeme prensibi ise yararlılık ilkesiyle doğrudan ilgilidir. Sağlık profesyonelleri hastalara müdahale ettikleri sırada doğabilecek olumsuzlukları minimuma indirmeli, hastaları tüm zararlardan korumalıdır. Bazen hastalara iyilik yaptığını düşünerek daha kötü bir sonuç doğurmasına neden olabilir. Böyle durumlardan sakınılması gerekmektedir. Beklenen faydanın, oluşabilecek zarardan daha baskın olması gerekmektedir (Karadağlı, 2016).

Dürüstlük ilkesi, gerçeklerin olduğu gibi ifade edilmesi anlamına gelmekte ve evrensel bir değer olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik mesleğinde dürüstlük, yüksek erdem sahibi bireylerin temel özelliklerinden biri olarak görülür. Hemşireler açısından ise dürüst davranmak ve gerçekleri açıkça ifade etmek, yalnızca kişisel bir erdem değil, aynı zamanda mesleki bir sorumluluk olarak değerlendirilmektedir (Okuroğlu vd.,2014).

Gizlilik ilkesi, bireylerin özel yaşamlarının korunmasını ve kendilerine ait bilgilerin gizli tutulmasını öngörmektedir. Bu ilke, mahremiyetin yalnızca kişisel bilgilerin saklanmasından ibaret olmadığını, aynı zamanda bakım kalitesini artıran, kişisel gelişimine katkı sağlayan ve özgürlüğünü koruyan bir unsur olduğunu vurgular. Gizlilik, üçüncü kişilerle paylaşılması uygun olmayan bilgilerin erişime kapalı tutulması gerektiğini ifade ederken, aynı zamanda bireylerin mahrem alanlarının varlığını ve bu alanlara saygı gösterilmesi gerektiğini de ortaya koymaktadır (Karadağlı, 2016).

Adalet prensibi, kimin ne olduğuna bakılmaksızın herkesin hak ettiği şekilde eşit davranılmasını ifade etmektedir. Hizmetleri ve kaynakları eşit bir şekilde sunmayı ifade etmektedir. Toplumun her kesiminin ihtiyaçlarına göre tarafsız şekilde tedavi almasını ve tüm olanaklardan faydalanmasını ifade eden prensip adalet ilkesidir (Okuroğlu vd., 2014).

Sadakat prensibi, sağlık profesyonellerinin hastalara karşı bağlı kalma ve dürüst olma görevini ifade etmektedir. Sadakat ilkesi hastalar ve profesyoneller

arasında güven ilişkisinin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Hastaya söz verdikleri bakımın en iyi şekilde uygulanmasını gerektirir (Çekiç ve Yüksel, 2021; Tosun, 2021).

Tüm bu etik ilkeler, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur ve uygulama sürecinde hemşirelere yol gösterici olur. Bu ilkeler, hemşirelerin ideallerini toplum ve meslektaşlarıyla paylaşma konusunda heyecan duymalarını sağlar. Aynı zamanda hemşirelerin topluma karşı olan sorumluluklarını tanımlar ve sunulan hizmetlerin etik standartlara uygun biçimde gerçekleştirilmesini sağlar (Okuroğlu vd., 2014; Tosun, 2021).

2.3.3. Etik Duyarlılık

Sağlık bakım hizmetlerinin, tedavi ve bakıma ihtiyaç duyan bireylere sunulması, beraberinde birçok ahlaki sorumluluğu da getirmektedir. Bu hizmeti alan hastaların mahremiyetlerinin ve insani onurlarının korunması, ayrıca kendi kararlarını alırken özerk davranabilmeleri için sağlık profesyonellerinin yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları gerekmektedir (Özgönül vd., 2020).

Etik duyarlılıkla ilgili birçok tanım yapılmaktadır. Bunlardan bazılarını şu şekilde sayabiliriz. Hutcheson etik duyarlılığı onaylanma hissi olarak ifade etmektedir. Kişilerin yararına yapılan eylemlerin etik ilkelere göre onaylanmaları gerekmektedir. Etik duyarlılık Shaftesbury'e göre ise kişilerin davranışlarını ve hislerini açıklama yeteneğidir. Kişiler kendileri için yararına ve zararına olabilecek şeylerle ilgilenmektedir (Kavak, 2020).

Farklı bir ifadeyle açıklayacak olursak etik duyarlılık, sağlık kurumlarındaki tüm birimlerde etik sıkıntıları çözüme ulaştırma, sorunları anlayabilme, bulunduğu davranışların nedenlerini haklı çıkarma ve kişilerin etik ikilemlerde kalmalarını engellemektir (Kahraman ve Çalık, 2017). Etik duyarlılık bir süreçtir. Bu süreç bölümlerden oluşmaktadır. Bu bölümleri etik sorunu belirleme, analiz etme ve çözümünde nasıl bir yol izleyeceğini belirleme olarak üçe ayırabiliriz (Kavak, 2020).

Kişilerin etik karar verme sürecinde en doğru kararı verebilmesi bilgi birikiminin fazla olması ve etik duyarlılığının da yüksek olması ile mümkün olacaktır. Etik duyarlılığı geliştiren etmenlerden biri de etik karar vermedir (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017). Etik sorunlarla karşılaşıldığı zaman etik duyarlılığı yüksek olan

bireylerin etik sıkıntıları daha iyi anlayıp, daha az yanlış kararlar aldığı görülmüştür (Kavak, 2020).

Etik duyarlılık, sağlık profesyonellerinin kişileri anlayabilmeyi ve onlara daha iyi hizmet sunmayı sağlamaktadır. Etik duyarlılık çalışanların yeterliliğiyle de ilgilenmektedir. Etik duyarlılıkları yüksek hemşireler, bakım verdikleri sürece hastayı duygusal ve fiziksel açıdan daha çok önemsemektedir. Bakım verirken hastanın ihtiyacını daha iyi anlar, yorumlar ve süreci ona göre oluşturur. Böylece etik duyarlılığı fazla olan hemşireler daha kaliteli bir bakım vermiş olur (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017).

Etik duyarlılıkla birlikte, etik sorunları çözümlemek, detaylandırmak ve doğru davranışlarla yaklaşmak, ortaya çıkabilecek etik sıkıntıların önlenmesine yardımcı olabilir. Hemşirelerin, hatta tüm sağlık çalışanlarının, etik sorunları anlayıp uygun çözümler üretebilmeleri için yüksek düzeyde etik duyarlılığa sahip olmaları beklenmektedir (Nas, 2017).

Etik ilke ve kuralları yeterince bilinmediğinde etik duyarlılıktan bahsetmek mümkün olmayabilir. 17. Yüzyılda İngiliz bilim adamları tarafından ortaya atılan etik duyarlılık kavramı, etik olarak sorunları anlama becerisi olarak açıklanabilmektedir. Etik duyarlılık kavramı, kişilerin içinde bulunduğu durumlarda ortaya çıkan tezatlık durumlarında kişilerin ahlaki değerlerine, görev ve sorumluluklarına göre davranmasıdır (Pekcan, 2007; Tosun, 2005).

Etik duyarlılığı yüksek hemşireler ancak etik sorunları çözme kabiliyetine sahip olmaktadır. Etik duyarlılığı yüksek sağlık çalışanlarının verdikleri bakımın kalitesi de duyarlılığıyla doğru orantılı olmaktadır. Etik duyarlılığı yüksek çalışanlar hastaların yararına daha profesyonel bakım vermektedirler (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017). Hemşirelerde etik duyarlılık eğitimle gelişir ve mesleki etik ilkelere uygun davranışlarla sürdürülebilirlik kazanır (Aksu ve Akyol, 2011; Pekcan, 2007).

2.3.4. Hemşirelerde Etik Duyarlılığın Önemi

Etik duyarlılık, sağlık çalışanlarının hastalara bakım sunarken onların ihtiyaçlarını anlaması, en yüksek faydayı sağlamayı amaçlaması ve tüm uygulamalarını ahlaki değerler ışığında gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır

(Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017). Daha geniş bir perspektiften bakıldığında ise etik duyarlılık, hemşirelerin bakım sürecinde hastalarına karşı gösterdikleri şefkat, empati ve hassasiyetin bir yansıması olarak da değerlendirilmektedir (Dülgerler vd., 2020). Bu bağlamda, etik duyarlılık yalnızca mesleki bir yükümlülük değil, aynı zamanda hemşirelerin hasta ile kurduğu insani ilişkinin niteliğini belirleyen temel bir unsur olarak önem kazanmaktadır.

Sağlık kurumlarında küreselleşmenin etkisiyle çok farklı din, ırk, dil, kültür ve etnik kökenden insanlar bir arada bulunmaktadır. Hemşireler, tüm hastalara eşit ve adil bir hizmet sunmakta, farklılıklara rağmen her hastaya karşı aynı sorumluluğu taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri, kimi zaman hastaları derinden etkileyen kararlar vermek zorunda kalabilmektedir. Bu kararların alınmasında, çalışanların sorumluluk bilincinin gelişmiş olması büyük önem taşır. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında, sağlık profesyonellerinin yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları ve hizmet sunarken ahlaki açıdan kabul edilebilir davranışlar sergilemeleri gerekmektedir (Filizöz vd., 2015). Etik duyarlılıkları yüksek olan hemşirelerin mesleki olarak profesyonelliğe katkısı oldukça fazla olmaktadır. Aynı zamanda etik duyarlılığı yüksek olan hemşireler daha kaliteli bakım vermektedirler (Fırat vd., 2017). Hemşirelerin verdikleri bakımın profesyonel standartlara uygun olması, tıbbi etik anlayışının bir yansımasıdır. Sağlık profesyonellerinin davranışlarında etik ilkelere uygun hareket edebilmesi için bu ilkeleri tam anlamıyla kavrayıp içselleştirmesi zorunlu hale gelmiştir. Bu nedenle hemşirelerin etik ilkeleri bilmeleri ve uygulamaları büyük önem taşımaktadır (Filizöz vd., 2015).

Hemşirelerin bakım verdikleri hastalarının sağlık durumlarıyla ilgili doğabilecek etik sorunları bilmesi gerekmektedir. Hastalarının içinde bulundukları duruma hassasiyetle yaklaşmaları ve hasta yararına olacak kararları doğru şekilde almaları oldukça önemlidir. Aldıkları kararların sonuçlarını etik açıdan bilmelerinde oldukça fayda vardır (Dülgerler vd., 2020).

Etik duyarlılık, sağlık çalışanlarının bakım verdikleri hastaları fizyolojik ve psikolojik açıdan doğru anlayarak sorunlara en uygun çözümleri üretmeyi amaçlar. Bu bağlamda, etik karar verme süreci etik duyarlılığın temel unsurlarından biridir ve hemşirelerin hastalarına en doğru tedaviyi uygulamasına katkı sağlar. Etik duyarlılık tüm sağlık çalışanları için önemli olmakla birlikte, hastalarla en çok vakit geçiren

meslek grubu olan hemşireler açısından daha da büyük bir önem taşımaktadır. Hemşireler, hastaların hastaneye yatışından taburculuğuna kadar geçen sürecin her aşamasında aktif rol oynar. Hastaların hastaneye girişinde ilk karşılaştıkları sağlık profesyonelleri olmaları da hemşirelerin etik duyarlılığını daha kritik hâle getirmektedir. Günümüzde teknolojinin hızla değişip gelişmesi, sağlık alanında farklı etik sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu gelişmeler, sağlık profesyonellerinin etik alanında eğitimle desteklenmesi gerekliliğini doğurmuştur. Hemşireler bu eğitimler sayesinde yalnızca etik duyarlılıklarını geliştirmekle kalmamakta, aynı zamanda sundukları bakımın kalitesini de artırmaktadır (Yorulmaz, 2021; Dülgerler vd., 2020).

2.3.5. Hemşirenin Etik Duyarlılığı ve Etkileyen Faktörler

Hemşirelik mesleği, temelini etik ilke ve kurallardan alan bir meslektir. Hastalara karşı ilgi göstermek ve duyarlılık sergilemek, hemşireliğin doğasında bulunan temel etik değerlerdendir. Hemşireler, bireylerin yalnızca fiziksel değil; duygusal, sosyal ve ruhsal yönlerini de içeren, insana özgü deneyimlerine karşı duyarlı olmalıdır. Bu tür bir hassasiyet, hemşirelerin etik sorumluluklarının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin yüksek düzeyde etik duyarlılığa sahip olmaları, hasta bakımında karşılaşılan etik ikilemlerin çözümünü kolaylaştırır. Etik duyarlılık, sağlık çalışanlarının yaşanan etik sorunları daha sağlıklı analiz edebilmesini ve aldıkları kararları ahlaki açıdan gerekçelendirebilmesini sağlar. Özellikle hasta hakları, mahremiyet, yaşam sonu kararları gibi etik açıdan hassas durumlarda doktorlar, hemşireler ve diğer tüm sağlık çalışanları, evrensel düzeyde kabul gören etik ilkeler doğrultusunda hareket etmek ve uygun çözümler üretmekle yükümlüdürler (Tosun, 2005).

Hemşirelerin etik duyarlılıklarını olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında, hekimlerle yaşanan fikir ayrılıkları, hemşirelerin kişisel değer sistemlerinin çalıştıkları kurumun politika ve uygulamalarıyla örtüşmemesi, örgütsel çatışmalar ve iş ortamında yaşanan mobbing gibi durumlar sayılabilir. Ayrıca hemşirelerin etik ve ahlaki sorumluluklarını tam olarak yerine getirememesi, aydınlatılmış onam sürecinde yaşanan belirsizlikler, hasta haklarının ihlali, mali baskılar ve bazı sağlık profesyonelleri yasa dışı ya da etik dışı uygulamaları

da etik duyarlılığı olumsuz etkileyen diğer unsurlar arasındadır (Katsuhara, 2005; Torjuul ve Sørlie, 2006).

Etik duyarlılığa etki eden bireysel ve çevresel faktörlerin araştırıldığı çalışmalardan biri, Başak ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin yaşı ve mesleki deneyim süresi gibi değişkenlerin etik duyarlılık üzerinde anlamlı etkiler yarattığı saptanmıştır (Başak vd., 2010).

Etik duyarlılığı etkileyen bir diğer önemli unsur ise maneviyat ve duygusal farkındalıktır. Hemşirelik yalnızca bilimsel bilgiye dayalı bir meslek değil, aynı zamanda insan için var olma sorumluluğunu üstlenen, duygusal yönü güçlü bir meslektir. Bu nedenle hemşirelerin, hastalarının hastalık sürecinde yaşadığı duygusal deneyimleri anlayabilmeleri etik karar verme sürecinde oldukça belirleyici olabilmektedir (Torjuul ve Sorlie, 2006).

Çeşitli araştırmalar, hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin oldukça çeşitli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu faktörler arasında mesleki etik eğitimi alma durumu, görev yapılan birim, empati düzeyi ve iş doyumu gibi unsurlar ön plana çıkmaktadır. Baykara, Demir ve Yaman'ın (2015) çalışmasında, etik eğitimi alan hemşirelerin etik duyarlılıklarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde ayrıca yaş faktörünün de önemli olduğu görülmektedir; Kim ve vd., (2005) yaş ilerledikçe etik duyarlılığın arttığını saptamış, benzer şekilde Taş Arslan ve Calpbinic (2018) de 40 yaş ve üzeri hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirmiştir. Yaşla birlikte etik duyarlılığın artış göstermesi, eğitim düzeyiyle birlikte değerlendirildiğinde önemli bir çerçeve sunmaktadır.

Bazı araştırmalar, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin etik duyarlılıklarının lise veya ön lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koyarken (Aksu ve Akyol, 2011; Kahriman vd., 2017), Oğuzhan ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen çalışma bu bulgular ile çelişmiştir. Çalışmalarında lise mezunu hemşirelerin etik duyarlılıklarının lisans mezunlarından daha yüksek olduğunu rapor ederek literatürdeki farklılıklara dikkat çekmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, yaşam boyu etik eğitimi alan hemşirelerin etik duyarlılıklarının anlamlı biçimde

arttığını gösteren bulgular, etik eğitiminin bu alandaki belirleyici rolünü desteklemektedir (Kahriman ve Yeşilçiçek, 2017).

2.4. Cerrahi ve Dahili Birimlerde Hemşirelik

Cerrahi müdahaleler, hastaları psikolojik, fiziksel ve fizyolojik açıdan derinden etkileyen tıbbi uygulamalardır. Geçmişte yalnızca son çare olarak başvurulan cerrahi işlemler, günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte bazı durumlarda ilk tanı ve tedavi yöntemi olarak tercih edilmektedir (Aksoy vd., 2012; Karadakovan ve Aslan, 2014). Cerrahi sürecin bir sonucu olarak, bireylerde çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin başında stres gelmekte olup, stres hastaların bağışıklık sistemini zayıflatmakta ve enfeksiyon riskini artırmaktadır. Ayrıca dolaşım sistemi bozuklukları ve organ fonksiyonlarında yetersizlikler gibi durumlar da gözlenebilmektedir. Cerrahi sonrası vücutta oluşan izler, bireyin beden algısını olumsuz etkileyerek psikososyal dengesinde bozulmalara neden olabilir. İşleme bağlı olarak sosyal yaşamda da çeşitli değişiklikler meydana gelebilir. Tüm bu etkilere karşılık, bu sürecin en sağlıklı şekilde yönetilmesinde hemşirelik bakımı temel rol oynamaktadır (Aksoy vd., 2012).

Hemşirelik bakımı, ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan hazırlanmasından başlayarak, ameliyat süreci ve sonrası dahil olmak üzere kesintisiz bir şekilde sürdürülür. Hemşireler, cerrahi sonrası dönemde hastanın vücut dengesinin yeniden sağlanmasına, organ fonksiyonlarının normale dönmesine ve ağrının kontrol altına alınmasına katkı sunar. Ayrıca hemşireler komplikasyonların önlenmesi, erken belirlenmesi ve hastanın erken mobilizasyonunun sağlanması gibi görevleri de üstlenirler. Hemşireler, hastayla en fazla vakit geçiren sağlık çalışanları olmaları nedeniyle, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi açısından da kritik bir role sahiptir. Hemşirelerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi, hastayı bilgilendirme süreçleri ve bireysel yaklaşım becerileriyle doğrudan ilişkilidir (Özyürek, 2016; Topcu, 2011).

Hemşirelik bakımı, hastanın hastaneye kabulünden başlayarak ameliyat süreci, taburculuk eğitimi ve hatta evdeki bakım sürecine kadar uzanır. Bu bakım sürecinin amacı, cerrahi öncesi ve sonrası dönemde hastanın temel ihtiyaçlarını karşılayarak, olası komplikasyonları en aza indirip güvenli bir şekilde taburculuğunu sağlamaktır

(Yıldız vd., 2014). Cerrahi hemşireliği, bu sürecin her aşamasında yer alarak hasta güvenliği ve kaliteli bakım sunumu açısından vazgeçilmez bir meslek grubudur.

Cerrahi hemşirelerin mesleki yeterlilikleri, hastanın hastanedeki güvenliğini sağlamaktan cerrahi ekiple etkili iletişim kurmaya, güncel bilgi ve teknolojiyi takip etmekten, tıbbi cihazları doğru ve hijyenik şekilde kullanmaya kadar birçok beceriyi kapsar. Cerrahi hemşire, aynı zamanda yüksek empati düzeyine sahip olmalı, stresli durumlarda soğukkanlı davranabilmeli ve hızlı karar alma yeteneğini etkin şekilde kullanmalıdır (Çantaş, 2023). Ayrıca cerrahi hemşire, ekip içi koordinasyonu sağlamalı, hasta ve ekip arasında etkili bir iletişim köprüsü oluşturmalıdır.

Dahili birimler ise, kardiyoloji, hematoloji, göğüs hastalıkları, enfeksiyon, onkoloji ve çocuk hastalıkları gibi birçok farklı bölümü içinde barındıran kapsamlı kliniklerdir. Bu kliniklerde tedavi gören hastalar genellikle kronik hastalıklara sahip, yaşam kalitesi düşük ve uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan bireylerdir. Bu nedenle dahili birimlerde verilen hemşirelik bakımı, hemşirelerin mesleki kalitesini yansıtan önemli bir göstergedir (Fesci vd., 2008). Etkin bir bakım, sadece hastanın iyileşme sürecini hızlandırmakla kalmaz, aynı zamanda toplumda sağlık hizmetlerine duyulan güveni de artırır (Tan vd., 2015).

Yoğun bakımlar, dahili hemşireliğin en yoğun bakım gerektiren alanlarından biridir. Bu birimlerde hastalar ciddi sağlık sorunları nedeniyle uzun süre yatmakta olup mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksektir. Yoğun bakım hemşireleri, hastaları bir bütün olarak değerlendirerek fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan dengelerini koruyacak şekilde bakım sunmalıdır. Ayrıca hastanın ailesiyle güçlü bir iletişim kurarak, bakım sürecini desteklemelidir (Akdeniz ve Ünlü, 2004).

Cerrahi ve dahili kliniklerde görev yapan hemşireler arasında bakım kalitesi algısı ve etik duyarlılık açısından benzer temeller bulunmakla birlikte, klinik yapıların etkisiyle bazı önemli farklılıklar da gözlemlenmektedir. Her iki hemşire grubunun da hasta güvenliği, mahremiyetin korunması ve etik ilkelere bağlılık gibi temel değerlere yüksek düzeyde önem vermektedir. Bununla birlikte, görev yaptıkları kliniklerin niteliği bu etik duyarlılığı farklı biçimlerde şekillendirebilmektedir. Cerrahi hemşireler, genellikle ani ve hızlı müdahale gerektiren durumlarla karşılaştıklarından, etik kararları kısa sürede alma zorunluluğu ile karşı karşıya kalabilirler. Buna karşılık

dahili hemşireler, kronik hastalıklarla uzun süreli bakım ilişkisi kurdukları için daha süreç odaklı ve iletişim temelli etik yaklaşımlar sergileyebilirler. Bakım kalitesi algısında da benzer bir ayrım göze çarpmaktadır. Cerrahi hemşireler, kaliteli bakımı daha çok teknik yeterlilik ve hızlı müdahale bağlamında değerlendirirken, dahili hemşireler ise empati, bütüncül yaklaşım ve hasta ile kurulan iletişim boyutunu ön planda tutmaktadır. Bu farklılıklar, hemşirelerin klinik bağlamlarının etik ve mesleki algılarını nasıl şekillendirdiğini açıkça ortaya koymaktadır (Temiz vd., 2017; Dikmen, 2013).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın amacı ve önemi, kullanılan model, geliştirilen hipotezler, çalışmanın evreni ve örneklemi, veri toplama araçları, veri toplama süreci, çalışmanın etik yönü, çalışmanın sınırlılıkları ve veri analiz yöntemlerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Çalışmanın Yöntemi ve Amacı

Çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışma hemşirelerin bakım kalite algısı ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Ayrıca çalışmada hemşirelerin bakım kalite algısı ve etik duyarlılıkları arasındaki ilişki çalışmış oldukları cerrahi ve dahili bölümleri arasında karşılaştırma yapılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir;

H1: Cinsiyete göre hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) ve Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H1a: Cinsiyete göre hemşirelerin ADA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H1b: Cinsiyete göre hemşirelerin BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H2: Yaş değişkenine göre hemşirelerin ADA ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H2a: Yaş değişkenine göre hemşirelerin ADA puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

H2b: Yaş değişkenine göre hemşirelerin BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

H3: Mesleki deneyim süresi ile ADA ve BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H3a: Mesleki deneyim süresi ile ADA puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H3b: Mesleki deneyim süresi ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Medeni duruma göre hemşirelerin ADA ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H4a: Medeni duruma göre hemşirelerin ADA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H4b: Medeni duruma göre hemşirelerin BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Eğitim düzeyine göre ADA ve BDÖ puanları arasında anlamlı fark vardır.

H5a: Eğitim düzeyine göre ADA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H5b: Eğitim düzeyine göre BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H6: Çalışılan birime (dahili/cerrahi vb.) göre ADA ve BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

H6a: Çalışılan birime göre ADA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H6b: Çalışılan birime göre BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H7: Mevcut çalışma şekline (vardiyalı/tekli vb.) göre ADA ve BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

H7a: Mevcut çalışma şekline göre ADA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H7b: Mevcut çalışma şekline göre BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

H8: Bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeyini yüksek olarak değerlendiren hemşirelerin BDÖ puan ortalamaları, düşük değerlendirenlere göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

H9: Bakım kalitesi konusunda eğitim alan hemşirelerin BDÖ puan ortalamaları, eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H10: Etik kurallar ve standartlar hakkında bilgi düzeyini yüksek olarak değerlendiren hemşirelerin ADA puan ortalamaları, düşük değerlendirenlere göre daha yüksektir

H11: Etik karar verirken kendini rahat hisseden hemşirelerin ADA puan ortalamaları, kendini daha az rahat hissedenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H12: Etik konusunda eğitim alan hemşirelerin ADA puan ortalamaları, eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H13: Hemşirelerin bakım kalitesi algısı ile etik duyarlılık düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

3.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan dahili ve cerrahi birimlerde çalışan toplam 850 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelerin 410 tanesi cerrahi birimlerde 440 tanesi dahili birimlerde çalışmaktadır.

Çalışmada örneklem seçimi yapılmamıştır ve tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyinde ve %5 hata payı ile aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır:

$$n = \frac{(N \times t^2 \times p \times q)}{(d^2 \times (N - 1) + (t^2 \times p \times q)}$$

Burada:

- n: Örneklem büyüklüğü
- N: Evren büyüklüğü
- t: Belirlenen güven düzeyine karşılık gelen z değeri (örneğin %95 güven düzeyi için t= 1,96)
- p: İlgilenilen özelliğin görülme olasılığı (genellikle 0,5 alınır, çünkü bu durumda varyans maksimum olur)
- q: (1-p)
- d: Hata payı (genellikle 0,05)

$$n = \frac{850 \cdot (1.96)2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)2 \cdot (1000 - 1) + (1.96)2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{850 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 999 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{816{,}34}{2.4975 + 0.9604} \approx 265$$

Bu sonuca göre 265 hemşire ile çalışmanın yürütülmesinin yeterli olacağı belirlenmiştir. Ancak çalışmanın güvenirliğini artırmak amacıyla gönüllülük esasına göre örneklem büyüklüğü artırılmış ve toplamda 405 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir. Bunların 203'ü dahili birimlerde, 202'si cerrahi birimlerde görev yapmaktadır. Elde edilen örneklem büyüklüğü, literatürde kabul edilen minimum örneklem değerinin üzerinde olduğu için çalışmanın geçerliliği açısından kabul edilmiştir. Çalışmada dahili birimler olarak iç hastalıkları (dahiliye), kardiyoloji, göğüs hastalıkları, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, palyatif bakım, anestezi ve yoğun bakım, endokrinoloji ile pediatri (çocuk sağlığı ve hastalıkları) birimleri klinikler alırken Cerrahi birimlerde ise genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi (nöroşirürji), ortopedi ve travmatoloji, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz, çocuk cerrahisi ve bu kliniklere ait yoğun bakım üniteleri alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak amacıyla katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacı ile araştırmacı tarafından oluşturulan form ve iki tane ölçek kullanılmıştır. Hemşirelerin bakım kalite algılarını ölçmek amacıyla Wu ve ark (2006) tarafından geliştirilen Kurşun ve Kanan tarafından (2010) Türkçe'ye uyarlanan Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) ve Etik duyarlılığı ölçmek için Lutzen ve ark (1994) tarafından geliştirilen Tosun tarafından (2005) Türkçe'ye uyarlanan Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılmıştır.

Bakım Davranışları Ölçeği-24

İlk olarak Wolf ve arkadaşları (1994) tarafından 42 madde olarak geliştirilen "Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42) 2006 yılında Wu ve arkadaşları tarafından 24 maddeye indirgenmiştir. Ölçek, hemşirelik bakım kalitesi algısını değerlendirmek için tasarlanmıştır (Wolf ve ark. 1994). BDÖ-24, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmeleri amacıyla kullanılmaktadır (Wu ve ark. 2006). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır.

Bakım Davranışları Ölçeği; güvence (8 madde: 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), bilgi-beceri (5 madde: 9, 10, 11, 12, 15), saygılı olma (6 madde: 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağlılık (5 madde: 2, 4, 7, 8, 14) olmak üzere toplam dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, yanıtlar için 6'lı Likert tipi bir derecelendirme kullanılmıştır (1= Asla, 2= Hemen hemen asla, 3= Bazen, 4= Genellikle, 5= Çoğu zaman, 6= Her zaman). Alt boyutlardan "Güvence", hemşirenin hastaya güven veren ve onu rahatlatan yaklaşımlarını; "Bilgi-Beceri", mesleki bilgi ve becerilerini kullanma düzeyini; "Saygılı Olma", hastaya ve ailesine karşı sergilenen saygılı ve nazik tutumu; "Bağlılık" ise hemşirenin mesleğine, kurumuna ve hastasına yönelik sorumluluk bilinciyle gösterdiği özverili davranışları ifade etmektedir. Ölçek puanlarının hesaplanması:

- Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Kullanılan ölçeğin kesme noktası olmaması nedeniyle net ayrımlar yapılamamaktadır. BDÖ puanı arttıkça bakım kalite algısı artmaktadır.
- Alt boyutların elde edilmesi: Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir (Kurşun & Kanan, 2012).

Ahlaki Duyarlılık Anketi

Lutzen ve arkadaşları tarafından geliştirilen ADA, Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde 1994 yılında (İsveç-Stokholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde, daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanılmıştır. 2005 yılında Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

ADA, toplam 30 madde ve altı alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama ve Oryantasyon) oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçek olan ADA'da ifadeler, 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekte 1 puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, 7 puan ise düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Buna göre düşük puanlar etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puanlar ise düşük duyarlılığı göstermektedir (Tosun, 2015).

Ölçeğin alt boyutları ise hemşirelerin etik duyarlılığını farklı yönleriyle değerlendirmektedir. "Otonomi", bireyin kararlarına saygı gösterme ve bağımsızlığını koruma tutumunu, "Yarar Sağlama", hastanın yararını gözetme ve ona en uygun bakımı sunma yaklaşımını, "Bütüncül Yaklaşım", bakım sürecinde hastayı fiziksel, duygusal ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak ele alma anlayışını ifade etmektedir. "Çatışma", hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemler ve bu süreçte yaşadıkları kararsızlıkları, "Uygulama", etik ilkelerin bakım süreçlerine yansıtılmasını, "Oryantasyon" ise hemşirelerin mesleki etik değerlere ve kurum politikalarına uyumunu değerlendirmektedir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Çalışmaya katılacak olan katılımcılara, çalışmanın amacı açıklandıktan ve bilgilendirilmiş onamları sözlü olarak alındıktan sonra çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara ölçekler uygulanmıştır. Veriler, Mart-Mayıs 2025 tarihleri arasında araştırmacı tarafından anketlerin katılımcılara dağıtılıp yine araştırmacı tarafından toplanmasıyla elde edilmiştir.

3.5. Verilerin Analiz ve Değerlendirilmesi

Demografik bilgilerde katılımcıların dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Çarpıklık basıklık değerleri -1 +1 değerleri arasında olduğu için sürekli değişkenlerin tamamının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama±Standart Sapma değerleri kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan BDÖ alt boyutlarından Güvence, Bilgi-beceri, Saygılı olma, Bağlılık ve BDÖ toplam puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Çarpıklık basıklık değerleri -1 +1 değerleri arasında olduğu için Güvence, Bilgi-beceri, Saygılı olma, Bağlılık ve BDÖ toplam puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 3.1)

Tablo 3.1 *Bakım Davranışları Ölçeği-24 Normal Dağılım Sonuçları*

	Madde Sayısı	**Ort±SS**	**Cronbach's Alpha**	**Çarpıklık (Skewness)**	**Basıklık (Kurtosis)**
BDÖ-Güvence	8	4.62±0.89	0.947	-0.403	-0.619
BDÖ-Bilgi-beceri	5	4.87±0.84	0.913	-0.537	-0.381
BDÖ-Saygılı olma	6	4.61±0.90	0.935	-0.330	-0.729
BDÖ-Bağlılık	5	4.58±0.91	0.924	-0.363	-0.672
BDÖ Toplam	24	4.66±0.85	0.980	-0.395	-0.669

Ölçeğin Cronch Alfa değeri, toplamda 0,96, alt gruplarda 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu ve ark. 2006). Çalışmanın BDÖ-Güvence Cronbach's Alpha katsayısı 0.947, BDÖ- Bilgi-beceri Cronbach's Alpha katsayısı 0.913, BDÖ- Saygılı olma Cronbach's Alpha katsayısı 0.935, BDÖ- Bağlılık Cronbach's Alpha katsayısı 0.924, BDÖ-Toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0.980 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1).

Çalışmada yer alan ADA alt boyutlarından Otonomi, Yarar sağlama, Bütüncül yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon ve ADA toplam puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Çarpıklık basıklık değerleri -1 +1

değerleri arasında olduğu için Yarar sağlama, Çatışma, Uygulama puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 3.2).

ADA Otonomi puan ortalaması 19.32±7.13, Yarar sağlama puan ortalaması 12.52±4.52, Bütüncül yaklaşım puan ortalaması 14.24±5.68, Çatışma puan ortalaması 11.00±4.01, Uygulama puan ortalaması 12.84±4.42, Oryantasyon puan ortalaması 10.06±4.56, ADA puanı 79.99±24.78'dir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 *Ahlaki Duyarlılık Anketi Normal Dağılım Sonuçları*

	Madde Sayısı	**Ort±SS**	**Cronbach's Alpha**	**Çarpıklık (Skewness)**	**Basıklık (Kurtosis)**
ADA-Otonomi	7	19.32±7.13	0.835	1.032	1.539
ADA-Yarar sağlama	4	12.52±4.52	0.627	0.319	-0.336
ADA-Bütüncül yaklaşım	5	14.24±5.68	0.752	0.989	1.032
ADA-Çatışma	3	11.00±4.01	0.706	0.086	-0.703
ADA-Uygulama	4	12.84±4.42	0.652	0.542	0.554
ADA-Oryantasyon	4	10.06±4.56	0.828	1.077	1.297
ADA Toplam	30	79.99±24.78	0.931	0.911	1.839

Tosun'un yaptığı çalışmada ADA'nın alt boyutlarının Cronbach alfa değeri 0.83-0,84 arasında değiştiği, toplam ortalama değerinin ise 0.84 olduğu tespit edilmiştir (Tosun, 2018). Çalışmada ADA alt boyutları Otonomi, Yarar sağlama, Bütüncül yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon ve genel Cronbach's Alpha katsayıları sırasıyla 0.835, 0.627, 0.752, 0.706, 0.652, 0.828, genel 0.931 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin etik duyarlılığının orta olduğu görülmüştür. (Tablo 3.2)

Eğitim durumu, mevcut çalışma şekli gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre katılımcıların BDÖ toplam puanları ve alt boyutları ile ADA alt boyutlarından puanlarının karşılaştırılmasında One-Way ANOVA analizi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda ise Tukey testi sonuçları verilmiştir. Eğitim durumu, mevcut çalışma şekli gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre ADA toplam puanları ve alt boyutlarından (Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Oryantasyon) puanlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları sunulmuştur.

Cinsiyet, medeni durum, çalışılan birim gibi iki gruplu değişkenlerin Bakım BDÖ toplam puan ve alt boyutları (Güven, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ADA alt boyutlarından (Yarar Sağlama, Çatışma, Uygulama) puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. ADA toplam puan ve alt boyutlarından (Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Oryantasyon) puanlarının karşılaştırılmasında ise Mann- Whitney U testi kullanılmıştır.

Yaş, mesleki deneyim süresi ile BDÖ toplam puan ve alt boyutları (Güven, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ADA alt boyutlarından (Yarar Sağlama, Çatışma, Uygulama) puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan korelasyon analizinde Pearson korelasyon katsayısı verilmiştir.

Yaş, mesleki deneyim süresi ile ADA toplam puan ve alt boyutlarından (Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Oryantasyon) puanları arasında yapılan korelasyon analizinde Spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3 *Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler*

Değerlendirilen Parametreler	**Uygulanan Testler**
Demografik verilerin değerlendirilmesi	- Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, frekans sayımı (n), yüzde (%)
Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirme	- Çarpıklık Basıklık değerleri
Tanımlayıcı analizler	- Aritmetik ortalama, standart sapma
Nicel bağımsız verilerin analizi	-Bağımsız Örneklem T Testi, One-Way ANOVA**,** Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi
Korelasyon analizi	- Pearson ve Spearman korelasyon testi
İç tutarlılıkların incelenmesi	- Cronbach Alfa Katsayısı

3.6. Çalışmanın Etik Yönü

Bu çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 03.07.2024 tarihli ve E-84892257-300-293932 sayılı karar

ile etik onay alınmıştır (Ek-3). Çalışmanın Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülebilmesi amacıyla hastane başhekimliğinden 27.03.2025 tarihli ve E-62949364-929-272291129 sayılı resmi izin yazısı temin edilmiştir (Ek-7).

Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanımına ilişkin gerekli izinler, ilgili yazarlardan alınmıştır (Ek-9, Ek-10). Çalışmaya katılan tüm bireylere, çalışmanın amacı, kapsamı ve süreci hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş; katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

3.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışma sadece bir merkez ile sınırlıdır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları diğer hastaneler için genellenemez.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan katılımcıların %62,5'i (n=253) kadın, %37,5'i (n=152) erkektir. Katılımcıların yaş ortalamasının 32.55±7,98 yıl olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %56,3'ü (n=228) evli, %43,7'si (n=177) bekardır. Eğitim durumlarına baktığımızda katılımcıların %10,9'u (n=44) lise, %8,4'ü (n=34) ön lisans, %66,9'u (n=271) lisans, %13,8'i (n=56) lisansüstü mezunudur. Katılımcıların ortalama mesleki deneyimi 10.45±8,75 yıldır. Katılımcıların %49,9'u (n=202) cerrahi birimlerde,

%50,1'i (n=203) dahili birimlerde çalışmaktadır. Ayrıca katılımcıların %28,4'ü (n=115) gündüz vardiyasında, %8,4'ü (n=34) gece vardiyasında, %38,3'ü (n=155) dönüşümlü vardiya, %24,9'u (n=1019) 24 saatlik nöbet şeklinde çalışmaktadır. "Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcıların %0,2'si (n=1) çok düşük, %12,1'i (n=49) düşük, %35,4'ü (n=143) orta,

%44,4'ü (n=180) yüksek, %7,9'u (n=32) çok yüksek yanıtını vermiştir. "Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna katılımcıların %12,8'i (n=52) eğitim almadım, %33,1'i (n=134) çalışma esnasında kurumdan, %48,9'u (n=198) hemşirelik eğitim sırasında, %5,2'si (n=21) kurum dışı kurslardan yanıtını verdiği belirlenmiştir. "Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcıların %2,2'si (n=9) hiç bilgim yok, %17,8'i (n=72) az bilgi sahibiyim, %44,7'si (n=181) orta derece bilgi sahibiyim, %28,6'sı (n=116) iyi derecede bilgi sahibiyim, %6,7'si (n=27) çok iyi derecede bilgi sahibiyim yanıtını vermiştir. "Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?" sorusuna ise katılımcıların %2,7'si (n=11) hiç rahat değilim,

%14,1'i (n=57) rahat değilim, %34,6'sı (n=140) kararsızım, %38,2'si (n=155) rahatım, %10,4'ü (n=42) çok rahatım yanıtını verdiği tespit edilmiştir. "Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna katılımcıların %13,6'sı (n=55) eğitim almadım, %22,5'i (n=91) çalışma esnasında kurumdan, %55,8'i (n=226) hemşirelik eğitim sırasında, %8,1'i (n=33) kurum dışı kurslardan yanıtını vermiştir (Tablo 4.1). Tablo 4.1'te katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bakım kalitesi ve etik ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar sunulmuştur.

Tablo 4.1 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik İle İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı*

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	253 (62.5)
	Erkek	152 (37.5)
Yaş (yıl)	*Ort±SS*	32.55±7.98
	Medyan (Min-Max)	30.0 (20-57)
Medeni Durum	Evli	228 (56.3)
	Bekar	177 (43.7)
Eğitim Durumu	Lise mezunu	44 (10.9)
	Ön lisans mezunu	34 (8.4)
	Lisans mezunu	271 (66.9)
	Lisansüstü mezunu	56 (13.8)
Mesleki Deneyim (yıl)	*Ort±SS*	10.45±8.75
	Medyan (Min-Max)	7.0 (0.25-37.0)
Çalışılan Birim	Cerrahi birimler	202 (49.9)
	Dahili birimler	203 (50.1)
Mevcut Çalışma Şekli	Gündüz vardiyası	115 (28.4)
	Gece vardiyası	34 (8.4)
	Dönüşümlü vardiya	155 (38.3)
	24 saatlik nöbet	101 (24.9)
Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	Çok düşük	1 (0.2)
	Düşük	49 (12.1)
	Orta	143 (35.4)
	Yüksek	180 (44.4)
	Çok yüksek	32 (7.9)
		n (%)
Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	Eğitim almadım	52 (12.8)
	Çalışma esnasında kurumdan	134 (33.1)
	Hemşirelik eğitimi sırasında	198 (48.9)
	Kurum dışı kurslardan	21 (5.2)
Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	Hiç bilgim yok	9 (2.2)
	Az bilgi sahibiyim	72 (17.8)
	Orta derecede bilgi sahibiyim	181 (44.7)
	İyi derecede bilgi sahibiyim	116 (28.6)
	Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	27 (6.7)
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?	Hiç rahat değilim	11 (2.7)
	Rahat değilim	57 (14.1)
	Kararsızım	140 (34.6)
	Rahatım	155 (38.2)
	Çok rahatım	42 (10.4)
Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	Eğitim almadım	55 (13.6)
	Çalışma esnasında kurumdan	91 (22.5)
	Hemşirelik eğitimi sırasında	226 (55.8)
	Kurum dışı kurslardan	33 (8.1)

Tablo 4.2'de bakım davranışları ölçeği-24 (bdö) puanlarına ait tanımlayıcı bulgular sunulmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ) güvence puan ortalaması 4.62±0.89 olup en yüksek ortalama Bilgi-beceri boyutunda görülmüş olup puan ortalaması 4.87±0.84, Saygılı olma puan ortalaması 4.61±0.90, en düşük puan ortalaması Bağlılık boyutunda görülmüş olup puan ortalaması 4.58±0.91, BDÖ puanı 4.66±0.85'tir (Tablo 4.2)

Tablo 4.2 *Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ) Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular*

	Madde Sayısı	**Ort±SS**	**Medyan (Min-Max)**
BDÖ-Güvence	8	4.62±0.89	4.75 (2.13-6.00)
BDÖ-Bilgi-beceri	5	4.87±0.84	5.00 (2.40-6.00)
BDÖ-Saygılı olma	6	4.61±0.90	4.67 (2.17-6.00)
BDÖ-Bağlılık	5	4.58±0.91	4.80 (2.20-6.00)
BDÖ Toplam	24	4.66±0.85	4.83 (2.54-6.00)

Tablo 4.3'te katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bakım kalitesi ve etik ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) alt boyutları (Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ve BDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık ve BDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, kadınların tüm alt boyutlarda ve toplamda erkeklere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=5.565$ $p<0.05$; $t=5.105$ $p<0.05$; $t=5.227$ $p<0.05$; $t=5.364$ $p<0.05$; $t=5.614$ $p<0.05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların medeni durumlarına göre BDÖ alt boyutları (Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ve BDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, evli katılımcıların tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının bekârlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=3.083$ $p<0.05$; $t=3.450$ $p<0.05$; $t=2.845$ $p<0.05$; $t=2.857$ $p<0.05$; $t=3.857$ $p<0.05$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre BDÖ alt boyutları (Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ve BDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, lisansüstü mezunu katılımcıların tüm alt boyutlarda ve toplamda en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, lise mezunu katılımcıların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=7.226$ $p<0.001$; $F=6.353$ $p<0.001$; $F=7.012$ $p<0.001$; $F=7.390$ $p<0.001$; $F=7.669$ $p<0.001$) (Tablo 4.3).

Katılımcıların mevcut çalışma şekillerine göre BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gündüz vardiyasında çalışan katılımcıların en yüksek, gece vardiyasında çalışan katılımcıların ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=12.141$, $p<0.001$; $F=11.428$, $p<0.001$; $F=12.692$, $p<0.001$; $F=8.757$, $p<0.001$; $F=12.454$, $p<0.001$) (Tablo 4.3).

"Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeyi düşükten çok yükseğe doğru arttıkça katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık ve BDÖ toplam puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir. Yapılan analizlerde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=45.701$, $p<0.001$; $F=44.176$, $p<0.001$; $F=46.236$, $p<0.001$; $F=50.360$, $p<0.001$; $F=52.406$, $p<0.001$) (Tablo 4.3).

"Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bakım kalitesi konusunda eğitim almayan katılımcıların puan ortalamaları en düşük iken, kurum dışı kurslardan eğitim alanların puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=7.736$, $p<0.001$; $F=6.132$ $p<0.001$; $F=7.180$ $p<0.001$; $F=9.177$ $p<0.001$; $F=8.229$ $p<0.001$) (Tablo 4.3).

"Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Etik kurallar ve standartlar hakkında az bilgiye sahip olan katılımcıların puan ortalamaları en düşük iken, çok iyi derecede bilgi sahibi olan katılımcıların puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=43.741$, $p<0.001$; $F=36.825$, $p<0.001$; $F=48.418$, $p<0.001$; $F=46.848$, $p<0.001$; $F=50.039$, $p<0.001$) (Tablo 4.3).

"Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Etik kararlar verirken kendini hiç rahat hissetmeyenden çok rahat hissedene doğru gidildikçe puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır ($F=29.820$, $p<0.001$; $F=27.179$, $p<0.001$; $F=32.467$, $p<0.001$; $F=27.211$, $p<0.001$; $F=33.001$, $p<0.001$) (Tablo 4.3).

"Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-Beceri, BDÖ-Saygılı Olma, BDÖ-Bağlılık alt boyutları ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Etik konusunda eğitim almayan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük, kurum dışı kurslardan eğitim alan katılımcıların ise en yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=9.647$, $p<0.001$; $F=8.141$, $p<0.001$; $F=13.611$, $p<0.001$; $F=15.226$, $p<0.001$; $F=12.506$, $p<0.001$) (Tablo 4.3).

BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-beceri, BDÖ-Saygılı olma, BDÖ-Bağlılık ve BDÖ toplam puanları ile katılımcıların eğitim durumu, mevcut çalışma şekli, bakım kalitesi bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği, bakım konusunda eğitim alıp almaması, etik konular hakkında bilgi düzeyi, etik karar verirken kendini ne kadar rahat hissettiği, etik konusunda eğitim alıp almadığına dair yanıtların ikili karşılaştırmaları Ek-1 de verilmiştir.

Tablo 4.3 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması*

	BDÖ-Güvence	**BDÖ-Bilgi Beceri**	**BDÖ-Saygılı Olma**	**BDÖ-Bağlılık**	**BDÖ-Toplam**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Cinsiyet					
Kadın	4.80±0.84	5.03±0.81	4.79±0.85	4.76±0.86	4.84±0.80
Erkek	4.31±0.89	4.60±0.82	4.32±0.91	4.28±0.91	4.37±0.85
	t=5.565 p<**0.001**	t=5.105 p<**0.001**	t=5.227 p<**0.001**	t=5.364 p<**0.001**	t=5.614 p<**0.001**
Medeni Durum					
Evli	4.74±0.83	4.99±0.77	4.73±0.81	4.69±0.82	4.78±0.76
Bekar	4.46±0.96	4.70±0.89	4.47±0.99	4.43±0.99	4.51±0.93
	t=3.083 p=**0.002**	t=3.450 p=**0.001**	t=2.845 p=**0.005**	t=2.857 p=**0.005**	t=3.184 p=**0.002**
Eğitim Durumu					
Lise mezunu	4.28±0.92	4.58±0.84	4.25±0.89	4.23±0.95	4.32±0.84
Ön lisans mezunu	4.72±0.92	4.99±0.77	4.62±0.96	4.59±1.01	4.72±0.89
Lisans mezunu	4.57±0.89	4.82±0.85	4.58±0.89	4.54±0.89	4.62±0.85
Lisansüstü mezunu	5.05±0.67	5.25±0.68	5.04±0.73	5.04±0.70	5.09±0.66
	F=7.226 p<**0.001**	F=6.353 p<**0.001**	F=7.012 p<**0.001**	F=7.390 p<**0.001**	F=7.669 p<**0.001**
Mevcut Çalışma Şekli					
Gündüz vardiyası	4.94±0.77	5.15±0.75	4.94±0.77	4.86±0.82	4.97±0.73
Gece vardiyası	4.17±0.88	4.53±0.85	4.09±0.95	4.13±0.96	4.22±0.87
Dönüşümlü vardiya	4.65±0.86	4.92±0.82	4.65±0.88	4.62±0.86	4.70±0.81
24 saatlik nöbet	4.34±0.95	4.57±0.84	4.35±0.92	4.36±0.96	4.39±0.88
	F=12.141 p<**0.001**	F=11.428 p<**0.001**	F=12.692 p<**0.001**	F=8.757 p<**0.001**	F=12.454 p<**0.001**
Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?					
Düşük	3.71±0.89	4.07±0.76	3.66±0.89	3.58±0.89	3.74±0.81
Orta	4.41±0.82	4.63±0.77	4.43±0.82	4.41±0.81	4.46±0.76
Yüksek	4.87±0.75	5.15±0.72	4.88±0.75	4.84±0.75	4.93±0.70
Çok yüksek	5.48±0.49	5.58±0.53	5.44±0.56	5.45±0.51	5.49±0.47
	F=45.701 p<**0.001**	F=44.176 p<**0.001**	F=46.236 p<**0.001**	F=50.360 p<**0.001**	F=52.406 p<**0.001**

Tablo 4.3 *(devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması*

Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?					
Eğitim almadım	4.08±0.81	4.44±0.81	4.11±0.92	4.01±0.92	4.15±0.81
Çalışma esnasında kurumdan	4.67±0.86	4.89±0.86	4.65±0.90	4.65±0.87	4.71±0.83
Hemşirelik eğitimi sırasında	4.69±0.89	4.93±0.81	4.69±0.88	4.64±0.89	4.73±0.83
Kurum dışı kurslardan	4.82±0.94	5.20±0.71	4.94±0.69	4.99±0.78	4.97±0.73
	F=7.736 p<**0.001**	F=6.132 p<**0.001**	F=7.180 p<**0.001**	F=9.177 p<**0.001**	F=8.229 p<**0.001**
Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?					
Hiç bilgim yok	3.83±1.16	4.69±0.71	4.04±1.21	3.89±1.26	4.07±1.03
Az bilgi sahibiyim	3.83±0.84	4.12±0.79	3.75±0.77	3.74±0.81	3.85±0.76
Orta derecede bilgi sahibiyim	4.52±0.75	4.78±0.76	4.53±0.76	4.49±0.75	4.57±0.71
İyi derecede bilgi sahibiyim	5.14±0.69	5.33±0.64	5.16±0.69	5.11±0.71	5.18±0.64
Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	5.36±0.57	5.48±0.53	5.35±0.54	5.37±0.59	5.38±0.49
	F=43.741 p<**0.001**	F=36.825 p<**0.001**	F=48.418 p<**0.001**	F=46.848 p<**0.001**	F=50.039 p<**0.001**
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?					
Hiç rahat değilim	3.75±0.66	4.04±0.82	3.86±0.64	3.67±0.67	3.82±0.62
Rahat değilim	3.95±0.79	4.23±0.70	3.85±0.78	3.90±0.83	3.97±0.74
Kararsızım	4.45±0.81	4.75±0.81	4.46±0.85	4.45±0.85	4.51±0.78
Rahatım	4.85±0.82	5.07±0.75	4.87±0.78	4.80±0.82	4.89±0.75
Çok rahatım	5.44±0.58	5.59±0.51	5.43±0.62	5.37±0.61	5.45±0.53
	F=29.820 p<**0.001**	F=27.179 p<**0.001**	F=32.467 p<**0.001**	F=27.211 p<**0.001**	F=33.001 p<**0.001**
Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?					
Eğitim almadım	4.08±0.79	4.40±0.77	3.98±0.78	3.92±0.81	4.09±0.74
Çalışma esnasında kurumdan	4.58±0.87	4.87±0.92	4.60±0.93	4.59±0.90	4.65±0.86
Hemşirelik eğitimi sırasında	4.71±0.91	4.93±0.82	4.71±0.88	4.67±0.90	4.75±0.85
Kurum dışı kurslardan	4.97±0.62	5.19±0.57	5.04±0.59	5.08±0.49	5.06±0.51
	F=9.647 p<**0.001**	F=8.141 p<**0.001**	F=13.611 p<**0.001**	F=15.226 p<**0.001**	F=12.506 p<**0.001**

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:One-Way ANOVA Testi

Tablo 4.4'te katılımcıların yaş ve mesleki deneyim yılı ile bdö puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Yaş ile BDÖ-Güvence, BDÖ-Saygılı olma, BDÖ-Bağlılık ve BDÖ toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.158;p=0.001, r=0.125;p=0.012, r=0.114;p=0.022, r=0.157;p=0.002). Yaş, ile BDÖ-Bilgi beceri puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.206;p<0.001) (Tablo 4.4).

Mesleki deneyim yılı ile BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi beceri ve BDÖ toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.133;p=0.007, r=0.178;p<0.001, r=0.127;p=0.010). Mesleki deneyim yılı ile BDÖ-Saygılı olma ve BDÖ-Bağlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,095;p>0,05, r=0,083;p>0,005) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 *Katılımcıların Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı ile BDÖ Puanları Arasındaki İlişki*

	Yaş		Mesleki Deneyim (yıl)	
	r	**p**	**r**	**p**
Güvence	0.158	**0.001**	0.133	**0.007**
Bilgi-beceri	0.206	**<0.001**	0.178	**<0.001**
Saygılı olma	0.125	**0.012**	0.095	0.057
Bağlılık	0.114	**0.022**	0.083	0.094
BDÖ Toplam	0.157	**0.002**	0.127	**0.010**

r:Pearson İlişki Katsayısı BDÖ: Bakım Davranışları Ölçeği

Tablo 4.5'te katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bakım kalitesi ve etik ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) alt boyutları (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) ve ADA toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Cinsiyete göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkek katılımcıların bu alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında, kadın katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir.

Cinsiyete göre ADA-Yarar Sağlama, ADA-Çatışma ve ADA-Uygulama puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($z=2.237$, $p<0.05$; $t=1.651$, $p>0.05$; $z=3.903$, $p<0.05$; $t=1.956$, $p>0.05$; $t=0.315$, $p>0.05$; $z=3.373$, $p<0.05$; $z=2.068$, $p<0.05$) (Tablo 4.5).

Medeni duruma göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Çatışma, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($z=0.377$, $p>0.05$; $t=1.391$, $p>0.05$; $z=1.600$, $p>0.05$; $t=1.195$, $p>0.05$; $t=0.417$, $p>0.05$; $z=0.774$, $p>0.05$; $z=0.704$, $p>0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim durumuna göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe bu puan ortalamalarının azaldığı ve etik açıdan daha yüksek duyarlılık geliştiği görülmüştür. Eğitim durumuna göre ADA-Çatışma ve ADA-Uygulama puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=14.859$, $p<0.05$; $F=2.931$, $p<0.05$; $\chi^2=9.167$, $p<0.05$; $F=0.386$, $p>0.05$; $F=0.020$, $p>0.05$; $\chi^2=28.298$, $p<0.05$; $\chi^2=9.892$, $p<0.05$) (Tablo 4.5).

Mevcut çalışma şekline göre katılımcıların ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Gece vardiyasında çalışan katılımcıların puan ortalamalarının en yüksek, gündüz vardiyasında çalışanların ise en düşük olduğu belirlenmiştir. ADA-Otonomi, ADA-Çatışma ve ADA-Uygulama puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=7.014$, $p>0.05$; $F=3.151$, $p<0.05$; $\chi^2=19.542$, $p<0.05$; $F=1.299$, $p>0.05$; $F=1.351$, $p>0.05$; $\chi^2=14.756$, $p<0.05$; $\chi^2=9.625$, $p<0.05$) (Tablo 4.5).

"Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bilgi düzeyi arttıkça puan ortalamalarının azaldığı ve etik duyarlılığın yükseldiği görülmüştür. ADA-Çatışma puan ortalaması açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

(χ^2=49.100, p<0.05; F=10.522, p<0.05; χ^2=53.921, p<0.05; F=0.225, p>0.05; F=8.225, p<0.05; χ^2=56.538, p<0.05; χ^2=48.894, p<0.05) (Tablo 4.5).

"Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Eğitim almayan katılımcıların etik açıdan daha düşük duyarlılık sergilediği, kurum dışı kurslara katılanların ise daha yüksek duyarlılık gösterdiği belirlenmiştir. ADA-Çatışma puan ortalaması açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=17.505, p<0.05; F=3.626, p<0.05; χ^2=10.281, p<0.05; F=1.293, p>0.05; F=2.768, p<0.05; χ^2=12.367, p<0.05; χ^2=13.805, p<0.05) (Tablo 4.5).

"Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çok iyi derecede bilgi sahibi olan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük olduğu ve en yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. ADA-Çatışma puan ortalaması açısından ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=44.390, p<0.05; F=7.469, p<0.05; χ^2=65.074, p<0.05; F=1.026, p>0.05; F=7.794, p<0.05; χ^2=63.851, p<0.05; χ^2=52.151, p<0.05) (Tablo 4.5).

"Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Çatışma, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Etik kararlar verirken kendini hiç rahat hissetmeyenden çok rahat hissedene doğru gidildikçe puan ortalamalarının azaldığı ve etik duyarlılığın yükseldiği belirlenmiştir (χ^2=37.431, p<0.05; F=2.440, p<0.05; χ^2=37.213, p<0.05; F=3.504, p<0.05; F=9.031, p<0.05; χ^2=51.391, p<0.05; χ^2=34.409, p<0.05) (Tablo 4.5).

"Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorusuna verilen yanıtlara göre katılımcıların ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-

Çatışma, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kurum dışı kurslardan eğitim alan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük olduğu ve en yüksek etik duyarlılığa sahip oldukları görülmüştür (χ^2=16.831, $p<0.05$; F=3.521, $p<0.05$; χ^2=12.633, $p<0.05$; F=4.054, $p<0.05$; F=3.486, $p<0.05$; χ^2=14.557, $p<0.05$; χ^2=18.073, $p<0.05$) (Tablo 4.5).

ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Çatışma, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puanları ile katılımcıların çalıştığı birim, mevcut çalışma şekli "Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" "Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?", "Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorularına verilen yanıtların ikili karşılaştırmaları Ek-2 de verilmiştir.

Tablo 4.5 *Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının Karşılaştırılması*

	ADA- Otonomi	**ADA- Yarar Sağlama**	**ADA- Bütüncül Yaklaşım**	**ADA- Çatışma**	**ADA- Uygulama**	**ADA- Oryantasyon**	**ADA Toplam**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Cinsiyet							
Kadın	18.81±7.12	12.23±4.53	13.43±5.39	11.29±4.27	12.89±4.51	9.58±4.55	78.22±24.72
Erkek	20.18±7.09	12.99±4.47	15.59±5.89	10.53±3.52	12.75±4.28	10.87±4.47	82.92±24.69
	z=2.237 p=**0.026**	t=1.651 p=0.099	z=3.903 p<**0.001**	t=1.956 p=0.051	t=0.315 p=0.753	z=3.373 p=**0.001**	z=2.068 p=**0.039**
Medeni Durum							
Evli	19.35±7.44	12.24±4.48	13.78±5.44	11.21±4.11	12.76±4.49	10.00±4.74	79.36±25.56
Bekar	19.28±6.72	12.87±4.56	14.82±5.93	10.73±3.88	12.94±4.34	10.14±4.33	80.79±23.78
	z=0.377 p=0.706	t=1.391 p=0.165	z=1.600 p=0.110	t=1.195 p=0.233	t=0.417 p=0.677	z=0.774 p=0.439	z=0.704 p=0.481
Eğitim Durumu							
Lise mezunu	22.79±8.48	13.68±5.61	16.48±6.64	11.41±4.29	12.89±4.80	12.95±5.21	90.20±30.86
Ön lisans mezunu	20.18±6.89	12.91±4.53	14.88±5.63	10.85±3.63	12.91±4.04	10.82±4.83	82.56±24.49
Lisans mezunu	19.05±6.84	12.57±4.39	14.12±5.73	10.89±4.03	12.85±4.58	9.88±4.36	79.36±24.15
Lisansüstü mezunu	17.39±6.66	11.11±3.88	12.64±3.86	11.36±3.98	12.71±3.60	8.21±3.65	73.43±20.26
	χ2=14.859 p=**0.002**	F=2.931 p=**0.033**	χ2=9.167 p=**0.027**	F=0.386 p=0.763	F=0.020 p=0.996	χ2=28.298 p<**0.001**	χ2=9.892 p=**0.020**
Mevcut Çalışma Şekli							
Gündüz vardiyası	18.97±7.34	11.93±4.61	13.05±5.38	11.24±4.49	12.49±4.64	9.63±4.97	77.32±25.95
Gece vardiyası	21.50±6.36	14.47±4.57	17.88±6.39	10.68±2.68	14.21±3.59	12.06±4.18	90.79±23.20
Dönüşümlü vardiya	18.92±7.44	12.29±4.45	13.86±5.37	11.30±3.96	12.87±4.33	9.69±4.53	78.94±24.84
24 saatlik nöbet	19.61±6.57	12.87±4.35	14.94±5.69	10.39±3.87	12.73±4.53	10.44±4.06	80.99±23.12
	χ2=7.014 p=0.071	F=3.151 p=**0.025**	χ2=19.542 p<**0.001**	F=1.299 p=0.275	F=1.351 p=0.257	χ2=14.756 p=**0.002**	χ2=9.625 p=**0.022**

t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: One-Way ANOVA Testi, z: Mann Whitney U Testi, χ^2:Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5 *(devam) Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Bakım Kalitesi, Etik ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının Karşılaştırılması*

Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?							
Düşük	22.52±6.85	14.92±4.42	18.28±6.73	10.76±3.89	14.24±4.70	12.70±4.43	93.42±26.17
Orta	21.38±7.56	13.24±4.55	15.37±5.80	11.22±3.76	13.68±4.64	11.20±4.66	86.09±26.15
Yüksek	17.35±6.13	11.41±4.08	12.85±4.60	10.92±4.08	12.22±4.06	8.89±4.11	73.64±20.76
Çok yüksek	16.22±6.33	11.75±4.98	10.69±3.93	10.94±5.01	10.41±3.35	7.44±3.22	67.44±21.00
	χ2=49.100 p<**0.001**	F=10.522 p<**0.001**	χ2=53.921 p<**0.001**	F=0.225 p=0.879	F=8.225 p<**0.001**	χ2=56.538 p<**0.001**	χ2=48.894 p<**0.001**
Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?							
Eğitim almadım	21.00±6.90	13.33±3.86	16.15±5.72	10.83±3.64	12.94±3.93	11.44±4.33	85.69±22.91
Çalışma esnasında kurumdan	18.81±7.99	12.24±5.07	13.79±5.99	10.92±4.59	12.07±5.02	10.04±5.04	77.86±28.96
Hemşirelik eğitimi sırasında	19.70±6.54	12.78±4.32	14.19±5.55	11.27±3.71	13.42±4.12	9.93±4.26	81.30±22.28
Kurum dışı kurslardan	14.91±5.24	9.76±2.91	12.76±3.48	9.52±3.53	12.00±3.55	8.05±3.84	67.00±17.09
	χ2=17.505 p=**0.001**	F=3.626 p=**0.013**	χ2=10.281 p=**0.016**	F=1.293 p=0.276	F=2.768 p=**0.042**	χ2=12.367 p=**0.006**	χ2=13.805 p=**0.003**
Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?							
Hiç bilgim yok	23.22±3.99	15.33±4.03	19.44±5.22	12.11±2.76	15.56±4.47	14.22±3.63	99.89±14.49
Az bilgi sahibiyim	23.35±7.38	14.78±4.64	18.49±6.69	10.59±3.51	14.83±4.29	12.90±4.48	94.94±26.98
Orta derecede bilgi sahibiyim	18.94±6.42	12.17±3.95	13.89±4.59	10.93±3.88	12.78±4.17	9.88±3.95	78.59±21.18
İyi derecede bilgi sahibiyim	17.59±6.94	11.71±4.43	12.39±4.76	11.47±4.30	12.00±4.30	8.64±4.39	73.80±23.06
Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	17.33±8.28	11.37±6.03	11.41±6.35	10.22±5.06	10.59±4.83	8.44±5.54	69.37±31.18
	χ2=44.390 p<**0.001**	F=7.469 p<**0.001**	χ2=65.074 p<**0.001**	F=1.026 p=0.394	F=7.794 p<**0.001**	χ2=63.851 p<**0.001**	χ2=52.151 p<**0.001**
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?							
Hiç rahat değilim	25.54±6.65	15.18±3.60	18.91±4.50	11.27±1.95	17.27±4.45	14.82±3.99	103.00±20.31
Rahat değilim	22.00±7.29	13.42±4.59	16.72±6.30	9.65±3.46	14.35±4.46	12.42±4.31	88.56±26.34
Kararsızım	19.41±6.58	12.38±4.04	14.67±5.48	10.64±3.45	13.20±4.10	10.01±4.02	80.31±22.49
Rahatım	18.83±6.88	12.46±4.52	13.23±5.17	11.79±4.16	12.29±4.13	9.48±4.53	78.10±23.61
Çok rahatım	15.59±7.56	11.24±5.68	11.93±5.61	11.07±5.54	10.43±4.85	7.93±4.90	68.19±25.16
	χ2=37.431 p<**0.001**	F=2.440 p=**0.046**	χ2=37.213 p<**0.001**	F=3.504 p=**0.008**	F=9.031 p<**0.001**	χ2=51.391 p<**0.001**	χ2=34.409 p<**0.001**
Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?							
Eğitim almadım	21.07±6.83	12.85±4.42	16.22±5.87	10.33±3.88	13.40±4.49	11.58±4.39	85.45±25.08
Çalışma esnasında kurumdan	18.71±6.94	12.21±4.71	13.61±5.29	11.31±4.01	11.89±4.45	9.72±4.53	77.46±24.22
Hemşirelik eğitimi sırasında	19.64±7.19	12.88±4.54	14.29±5.83	11.34±3.99	13.28±4.29	10.06±4.60	81.50±24.75
Kurum dışı kurslardan	15.91±6.70	10.27±3.31	12.30±4.39	9.00±3.82	11.51±4.58	8.48±4.05	67.48±22.07
	χ2=16.831 p=**0.001**	F=3.521 p=**0.015**	χ2=12.633 p=**0.006**	F=4.054 p=**0.007**	F=3.486 p=**0.016**	χ2=14.557 p=**0.002**	χ2=18.073 p<**0.001**

t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: One-Way ANOVA Testi, z: Mann Whitney U Testi, χ^2:Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.6'da katılımcıların yaş ve mesleki deneyim yılı ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) alt boyutları (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) ve ADA toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki sunulmuştur.

Yaş ile ADA-Çatışma puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.152; p=0.002). Yaş ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,003; p>0,05, r=- 0,009; p>0,05, r=-0,007; p>0,05, r=0,003; p>0,05, r=-0,095; p>0,05, r=0,030; p>0,05) (Tablo 4.6).

Mesleki deneyim yılı ile ADA-Çatışma puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.121; p=0.015). Mesleki deneyim yılı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA- Oryantasyon ve ADA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,025; p>0,05, r=-0,002; p>0,05, r=-0,006; p>0,05, r=0,001; p>0,05, r=- 0,050; p>0,05, r=0,031; p>0,05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 *Katılımcıların Yaş ve Mesleki Deneyim Yılı ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanları Arasındaki İlişki*

	Yaş		**Mesleki Deneyim (yıl)**	
	r	**p**	**r**	**p**
Otonomi*	-0.003	0.945	0.025	0.619
Yarar sağlama	-0.009	0.852	-0.002	0.960
Bütüncül yaklaşım*	-0.007	0.887	-0.006	0.909
Çatışma	0.152	**0.002**	0.121	**0.015**
Uygulama	0.003	0.948	0.001	0.989
Oryantasyon*	-0.095	0.055	-0.050	0.318
ADA Toplam*	0.030	0.551	0.031	0.529

r: Pearson İlişki Katsayısı *Spearman İlişki Katsayısı

Tablo 4.7'de Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) alt boyutları ve toplam puanı ile Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişkileri göstermektedir.

BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.370;p<0.001, r=-0.327;p<0.001, r=-0.252;p<0.001).BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA-Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.501;p<0.001, r=-0.500;p<0.001, r=-0.439;p<0.001). BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,019;p>0,05) (Tablo 4.7).

BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Uygulama, ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.373;p<0.001, r=-0.240;p<0.001, r=-0.207;p<0.001, r=- 0.367;p<0.001).BDÖ- Bilgi Beceri puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.419;p<0.001, r=-0.463;p<0.001). BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,093;p>0,05) (Tablo 4.7).

BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Uygulama, ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.319;p<0.001, r=-0.319;p<0.001, r=-0.290;p<0.001, r=- 0.384;p<0.001).BDÖ- Saygılı Olma puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.468;p<0.001, r=-0.414;p<0.001). BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,008;p>0,05) (Tablo 4.7).

BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=- 0.391;p<0.001, r=-0.351;p<0.001, r=-

0.288;p<0.001).BDÖ- Bağlılık puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.504;p<0.001, r=-0.493;p<0.001, r=-0.473;p<0.001). BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,049;p>0,05) (Tablo 4.7).

BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.399;p<0.001, r=-0.328;p<0.001, r=-0.273;p<0.001).BDÖ- Toplam puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.508;p<0.001, r=-0.512;p<0.001, r=-0.459;p<0.001) BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,017;p>0,05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 *Ölçek Puanları Arasındaki İlişki*

	BDÖ-Güvence		**BDÖ-Bilgi-beceri**		**BDÖ-Saygılı Olma**		**BDÖ-Bağlılık**		**BDÖ-Toplam**	
	r	**P**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
ADA-Otonomi*	-0.370	**<0.001**	-0.373	**<0.001**	-0.319	**<0.001**	-0.391	**<0.001**	-0.399	**<0.001**
ADA-Yarar sağlama	-0.327	**<0.001**	-0.240	**<0.001**	-0.319	**<0.001**	-0.351	**<0.001**	-0.328	**<0.001**
ADA-Bütüncül yaklaşım*	-0.501	**<0.001**	-0.419	**<0.001**	-0.468	**<0.001**	-0.504	**<0.001**	-0.508	**<0.001**
ADA-Çatışma	0.019	0.699	0.093	0.061	0.008	0.870	-0.049	0.327	0.017	0.730
ADA-Uygulama	-0.252	**<0.001**	-0.207	**<0.001**	-0.290	**<0.001**	-0.288	**<0.001**	-0.273	**<0.001**
ADA-Oryantasyon*	-0.500	**<0.001**	-0.463	**<0.001**	-0.414	**<0.001**	-0.493	**<0.001**	-0.512	**<0.001**
ADA Toplam*	-0.439	**<0.001**	-0.367	**<0.001**	-0.384	**<0.001**	-0.473	**<0.001**	-0.459	**<0.001**

r:Pearson İlişki Katsayısı *Spearman İlişki Katsayısı

BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama ve ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.391; p<0.001, r=-0.351; p<0.001, r=-0.288; p<0.001). BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon ve ADA-Toplam puanları arasında ise orta düzeyde, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0.504; p<0.001, r=-0.493; p<0.001, r=-0.473;

p<0.001). Buna karşılık, BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r=-0.049; p>0.05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8'de hem cerrahi hem de dahili birimlerde çalışan katılımcıların Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırmasını göstermektedir.

Tablo 4.8 *Çalışılan Birime Göre Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması*

	Çalışılan Birim			
	Cerrahi birimler (n=202)	**Dahili birimler (n=203)**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
BDÖ-Güvence	4.68±0.90	4.55±0.89	t=1.534	p=0.126
BDÖ-Bilgi Beceri	4.97±0.80	4.77±0.86	t=2.456	p=**0.014**
BDÖ-Saygılı Olma	4.71±0.89	4.52±0.90	t=2.144	p=**0.033**
BDÖ-Bağlılık	4.66±0.91	4.50±0.90	t=1.717	p=0.087
BDÖ-Toplam	4.74±0.84	4.58±0.85	t=1.998	p=**0.046**

t: Bağımsız Örneklem t Testi

Çalışılan birime göre bireylerin ADA-Bütüncül yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (z=2.320; p<0.05). Dahili birimlerde çalışan bireylerin ADA-Bütüncül yaklaşım puan ortalaması cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. Çalışılan birime göre bireylerin ADA-Otonomi (z=0.615; p>0.05), ADA-Yarar sağlama (t=0.269; p>0.05), ADA-Çatışma (t=0.099; p>0.05), ADA-Uygulama (t=1.771; p>0.05), ADA-Oryantasyon (z=1.791; p>0.05) ve ADA-Toplam (z=1.478; p>0.05) puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9'da hem cerrahi hem de dahili birimlerde çalışan katılımcıların Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırmasını göstermektedir.

Tablo 4.9 *Çalışılan Birime Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının Karşılaştırılması*

	ÇALIŞILAN BİRİM			
	Cerrahi birimler (n=202)	**Dahili birimler (n=203)**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS veya Medyan (Min-Max)	**Ort±SS veya Medyan (Min-Max)**	**z; t**	**p**
ADA- Otonomi	17.0 (7-49)	18.0 (7-42)	z=0.615	p=0.538
ADA- Yarar Sağlama	12.45±4.47	12.58±4.58	t=0.269	p=0.788
ADA- Bütüncül Yaklaşım	12.0 (5-35)	14.0 (5-33)	z=2.320	p=**0.020**
ADA- Çatışma	11.02±4.13	10.98±3.90	t=0.099	p=0.921
ADA- Uygulama	12.45±4.33	13.23±4.49	t=1.771	p=0.077
ADA- Oryantasyon	9.0 (4-28)	10.0 (4-26)	z=1.791	p=0.073
ADA Toplam	75.0 (29-189)	80.0 (27-165)	z=1.478	p=0.139

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem t Testi

Cerrahi birimlerde çalışan bireylerin %2,0'si (n=4) "Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?" sorusuna hiç rahat değilim, %12,9'u (n=26) rahat değilim, %28,2'si (n=57) kararsızım, %46,0'sı (n=93) rahatım, %10,9'u (n=22) çok rahatım yanıtını verirken, dahili birimlerde çalışan bireylerin %3,4'ü (n=7) hiç rahat değilim, %15,3'ü (n=31) rahat değilim, %40,9'u (n=83) kararsızım, %30,5'i (n=93) rahatım, %9,9'u (n=20) çok rahatım yanıtını vermiştir. Çalışılan birime göre "Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (χ2=12,378, p=0,015). Çalışılan birime göre diğer demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10'da cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile bakım kalitesi ve etik konularına ilişkin bilgi ve tutumlarının karşılaştırılmasını göstermektedir.

Tablo 4.10 *Çalışılan Birime Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması*

	ÇALIŞILAN BİRİM			
	Cerrahi birimler (n=202)	**Dahili birimler (n=203)**	**Test istatistiği**	
	n (%)	**n (%)**	χ^2	**p**
Cinsiyet				
Kadın	127 (62,9)	126 (62,1)		
Erkek	75 (37,1)	77 (37,9)	χ^2=0,028	0,868
Medeni Durum				
Evli	121 (59,9)	107 (52,7)		
Bekar	81 (40,1)	96 (47,3)	χ^2=2,128	0,145
Eğitim Durumu				
Lise mezunu	24 (11,9)	20 (9,9)		
Ön lisans mezunu	13 (6,4)	21 (10,3)		
Lisans mezunu	137 (67,8)	134 (66,0)	χ^2=2,277	0,517
Lisansüstü mezunu	28 (13,9)	28 (13,8)		
Mevcut Çalışma Şekli				
Gündüz vardiyası	60 (29,7)	55 (27,1)		
Gece vardiyası	19 (9,4)	15 (7,3)		
Dönüşümlü vardiya	81 (40,1)	74 (36,5)	χ^2=3,863	0,277
24 saatlik nöbet	42 (20,8)	59 (29,1)		
Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?				
Düşük	25 (12,4)	25 (12,3)		
Orta	64 (31,7)	79 (38,9)		
Yüksek	93 (46,0)	87 (42,9)	χ^2=3,771	0,287
Çok yüksek	20 (9,9)	12 (5,9)		
Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?				
Eğitim almadım	25 (12,4)	27 (13,3)		
Çalışma esnasında kurumdan	69 (34,2)	65 (32,0)		
Hemşirelik eğitimi sırasında	97 (48,0)	101 (49,8)	χ^2=0,322	0,956
Kurum dışı kurslardan	11 (5,4)	10 (4,9)		
Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl eğerlendirirsiniz?				
Hiç bilgim yok	6 (3,0)	3 (1,5)	χ^2=7,653	0,105
Az bilgi sahibiyim	33 (16,3)	39 (19,2)		
Orta derecede bilgi sahibiyim	80 (39,6)	101 (49,8)		
İyi derecede bilgi sahibiyim	67 (33,2)	49 (24,1)		
Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	16 (7,9)	11 (5,4)		
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?				
Hiç rahat değilim	4 (2,0)	7 (3,4)		
Rahat değilim	26 (12,9)	31 (15,3)		
Kararsızım	57 (28,2)	83 (40,9)	χ^2=12,378	**0,015**
Rahatım	93 (46,0)	62 (30,5)		
Çok rahatım	22 (10,9)	20 (9,9)		
Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?				
Eğitim almadım	27 (13,4)	28 (13,8)		
Çalışma esnasında kurumdan	45 (22,3)	46 (22,7)		
Hemşirelik eğitimi sırasında	114 (56,4)	112 (55,1)	χ^2=0,075	0,995
Kurum dışı kurslardan	16 (7,9)	17 (8,4)		

χ^2:Ki kare Testi

Tablo 4.11'de cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin yaş ve mesleki deneyim açısından karşılaştırılmasını göstermektedir. Çalışılan birime göre bireylerin yaş (t=0.763; p>0.05) ve mesleki deneyim (t=0.973; p>0.05) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.11 *Çalışılan Birime Göre Yaş ve Mesleki Deneyim Karşılaştırılması*

	ÇALIŞILAN BİRİM			
	Cerrahi birimler (n=202)	**Dahili birimler (n=203)**	**Test İstatistiği**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	**p**
Yaş	32,86±8,38	32,25±7,56	t=0,763	p=0,446
Mesleki Deneyim	10,87±9,39	10,02±8,07	t=0,973	p=0,331

t: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 4.12'de çalışılan birimler ile ölçek puanları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Cerrahi birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.200;p=0.004, r=-0.250;p<0.001, r=- 0.379;p<0.001, r=-0.281;p<0.001).BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=- 0.434;p<0.001). BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Uygulama puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.157;p=0.026). BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,011;p>0,05) (Tablo 4.12).

Cerrahi birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.237;p=0.001, r=- 0.367;p<0.001, r=-0.341;p<0.001, r=-0.234;p=0.001). BDÖ- Bilgi Beceri puanı ile ADA-Yarar sağlama puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.168;p=0.017). BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Çatışma ve ADA- Uygulama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,131;p>0,05, r=-0,096;p>0,05) (Tablo 4.12).

Cerrahi birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.216;p=0.002, r=- 0.263;p<0.001, r=-0.355;p<0.001, r=-0.293;p<0.001). BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-

Bütüncül yaklaşım puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.436;p<0.001). BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Uygulama puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.185;p=0.009). BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,019;p>0,05) (Tablo 4.12).

Cerrahi birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Oryantasyon ve ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.209;p=0.003, r=- 0.294;p<0.001, r=-0.338;p<0.001, r=-0.304;p<0.001). BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.442;p<0.001). BDÖ- Bağlılık puanı ile ADA-Uygulama puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=- 0.173;p=0.014). BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,070;p>0,05) (Tablo 4.12).

Cerrahi birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Oryantasyon ve ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.224;p=0.001, r=- 0.266;p<0.001, r=-0.375;p<0.001, r=-0.294;p<0.001).BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Bütüncül yaklaşım puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.445;p<0.001). BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Uygulama puanı arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=- 0.166;p=0.018). BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,002;p>0,05) (Tablo 4.12).

Dahili birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=- 0.443;p<0.001, r=-0.432;p<0.001, r=-0.529;p<0.001, r=-0.522;p<0.001, r=-0.502;p<0.001).

BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Uygulama puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.384;p<0.001). BDÖ-Güvence puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,008;p>0,05) (Tablo 4.12).

Dahili birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Bütüncül yaklaşım, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.414;p<0.001, r=- 0.419;p<0.001, r=-0.474;p<0.001, r=-0.419;p<0.001). BDÖ- Bilgi Beceri puanı ile ADA-Yarar sağlama ve ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.322;p<0.001, r=-0.318;p<0.001). BDÖ-Bilgi Beceri puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,073;p>0,05) (Tablo 4.12).

Dahili birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon, ADA Toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.449;p<0.001, r=-0.401;p<0.001, r=-0.507;p<0.001, r=-0.429;p<0.001, r=-0.512;p<0.001, r=-0.503;p<0.001). BDÖ-Saygılı Olma puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,020;p>0,05) (Tablo 4.12).

Dahili birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.483;p<0.001, r=-0.434;p<0.001, r=-0.537;p<0.001, r=-0.427;p<0.001, r=-0.550;p<0.001, r=-

0.547;p<0.001). BDÖ-Bağlılık puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=-0,048;p>0,05) (Tablo 4.12).

Dahili birimlerde çalışan bireylerde BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Otonomi, ADA- Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.465;p<0.001, r=-0.420;p<0.001, r=-0.520;p<0.001, r=-0.408;p<0.001,

r=-0.535;p<0.001, r=-0.515;p<0.001). BDÖ-Toplam puanı ile ADA-Çatışma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0,013;p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 *Çalışılan Birimler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki*

		BDÖ-Güvence		BDÖ-Bilgi-beceri		BDÖ-Saygılı Olma		BDÖ-Bağlılık		BDÖ-Toplam	
		r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Cerrahi birimler (n=202)	ADA-Otonomi*	-0,200	**0,004**	-0,237	**0,001**	-0,216	**0,002**	-0,209	**0,003**	-0,224	**0,001**
	ADA-Yarar sağlama	-0,250	**<0,001**	-0,168	**0,017**	-0,263	**<0,001**	-0,294	**<0,001**	-0,266	**<0,001**
	ADA-Bütüncül yaklaşım*	-0,434	**<0,001**	-0,367	**<0,001**	-0,436	**<0,001**	-0,442	**<0,001**	-0,445	**<0,001**
	ADA-Çatışma	0,011	0,880	0,131	0,063	-0,019	0,793	-0,070	0,322	-0,002	0,982
	ADA-Uygulama	-0,157	**0,026**	-0,096	0,172	-0,185	**0,009**	-0,173	**0,014**	-0,166	**0,018**
	ADA-Oryantasyon*	-0,379	**<0,001**	-0,341	**<0,001**	-0,355	**<0,001**	-0,338	**<0,001**	-0,375	**<0,001**
	ADA Toplam*	-0,281	**<0,001**	-0,234	**0,001**	-0,293	**<0,001**	-0,304	**<0,001**	-0,294	**<0,001**
Dahili birimler (n=203)	ADA-Otonomi*	-0,443	**<0,001**	-0,414	**<0,001**	-0,449	**<0,001**	-0,483	**<0,001**	-0,465	**<0,001**
	ADA-Yarar sağlama	-0,432	**<0,001**	-0,322	**<0,001**	-0,401	**<0,001**	-0,434	**<0,001**	-0,420	**<0,001**
	ADA-Bütüncül yaklaşım*	-0,529	**<0,001**	-0,419	**<0,001**	-0,507	**<0,001**	-0,537	**<0,001**	-0,520	**<0,001**
	ADA-Çatışma	0,008	0,984	0,073	0,212	0,020	0,964	-0,048	0,499	0,013	0,854
	ADA-Uygulama	-0,384	**<0,001**	-0,318	**<0,001**	-0,429	**<0,001**	-0,427	**<0,001**	-0,408	**<0,001**
	ADA-Oryantasyon*	-0,522	**<0,001**	-0,474	**<0,001**	-0,512	**<0,001**	-0,550	**<0,001**	-0,535	**<0,001**
	ADA Toplam*	-0,502	**<0,001**	-0,419	**<0,001**	-0,503	**<0,001**	-0,547	**<0,001**	-0,515	**<0,001**

r:Pearson İlişki Katsayısı *Spearman İlişki Katsayısı

Tablo 4.13'de çalışmanın hipotez sonuçlarına yer verilmiştir. Çalışma sonucunda H1a, H1b, H2a, H2b, H3a, H3b, H4b, H5a, H5b, H6a, H6b, H7a, H7b, H8, H9, H13 hipotezleri kabul edilirken, H4a, H10, H11, H12 hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 4.13 *Çalışmaya İlişkin Hipotez Sonuçları*

Hipotez Kodu	**Sonuç**	**Hipotez Kodu**	**Sonuç**
H1a	Kabul	H6a	Kabul
H1b	Kabul	H6b	Kabul
H2a	Kabul	H7a	Kabul
H2b	Kabul	H7b	Kabul
H3a	Kabul	H8	Kabul
H3b	Kabul	H9	Kabul
H4a	Red	H10	Red
H4b	Kabul	H11	Red
H5a	Kabul	H12	Red
H5b	Kabul	H13	Kabul

5. TARTIŞMA

Dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile etik duyarlılıkları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Çalışmada katılımcıların BDÖ toplam puan ortalaması 4,66±0,85 olarak bulunmuş ve bu değer orta düzeyde değerlendirilmiştir. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin BDÖ toplam puanı 4,74±0,84, dahili birimlerde çalışanların ise 4,58±0,85 olarak saptanmıştır. Çalışmada, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin, dahili birimlerde çalışanlara kıyasla Bilgi-Beceri, Saygılı Olma ve toplam BDÖ puanlarında daha yüksek ortalamalara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu durum, cerrahi birimlerin doğası gereği hemşirelik uygulamalarının daha teknik bilgi, hassas müdahaleler ve yüksek düzeyde dikkat gerektirmesine bağlanabilir. Cerrahi hastalar, genellikle ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında çok yönlü değerlendirme, düzenli izlem ve hızlı müdahale gerektiren durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçlerde hemşirelerin sahip oldukları mesleki bilgi ve klinik becerileri aktif biçimde kullanmaları, Bilgi-Beceri alt boyutunda yüksek puan almalarını desteklemektedir. Ayrıca, cerrahi işlemler öncesinde hastalardan aydınlatılmış onam alınması yasal ve etik bir zorunluluktur. Bu süreçte hemşireler, hastaların haklarını gözetme, onları bilgilendirme ve sürece gönüllü katılımlarını sağlama noktasında önemli roller üstlenmektedir. Hemşirenin hastaya karşı şefkatli, anlayışlı ve iletişime açık bir tutum sergilemesi, hastanın kaygı düzeyini azaltmakta ve güven duygusunu artırmaktadır. Bu da, hemşirenin hastaya duyduğu saygı ve gösterdiği özenin somut bir yansımasıdır. Bu bağlamda, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin Saygılı Olma alt boyutunda yüksek puan alması, hastaların karar sürecine aktif katılımını destekleyen, bireyin özerkliğine saygı gösteren ve etik değerlere dayanan bir bakım anlayışının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ek olarak, cerrahi birimlerde yaşanan hızlı değişimlere uyum sağlamak, hasta güvenliğini riske atmadan uygulamaları yürütmek ve disiplinler arası iş birliği içinde çalışmak, hemşirelerin hem teknik hem de iletişimsel becerilerini sürekli geliştirmesini gerektirmektedir. Bu da söz konusu alt boyutlardaki yeterlilik algısının daha yüksek olmasına katkı sağlamaktadır. Bu bulgular, özellikle yoğun bakım hemşireleriyle yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında daha düşük puanlar

göstermektedir. Nitekim Cırık (2024) çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinin BDÖ toplam ölçek puanı ortalaması 5,31±0,76 olarak bildirilmiştir. Benzer şekilde, BDÖ-24'ü kullanan diğer çalışmalarda da yoğun bakım hemşireleri arasında ölçek puan ortalamalarının genellikle yüksek olduğu gözlemlenmektedir (Baday, 2022; Bulmuş, 2023; Cassidy, 2019; Güneş, 2023; Kızılırmak, 2022; Kolay, 2019; Labrague vd., 2020; Yurtseven, 2020; Yücel, 2022).

Çalışmaya katılan hemşireler, BDÖ-24'ün tüm alt boyutlarında görece dengeli puanlar sergilemiş olup, en yüksek ortalama bilgi-beceri alt boyutunda kaydedilmiştir. Bu bulgu, Güneş (2023), Bulmuş (2023), Baday (2022), Kızılırmak (2022), Yurtseven (2019) ve Kolay'ın (2019) çalışmalarında da bilgi-beceri alt boyutunun en yüksek puana sahip olduğuna dair bulgularla örtüşmektedir. Hemşirelerin, kritik hastaların karmaşık ihtiyaçlarını etkili şekilde karşılayabilmeleri için kapsamlı bilgi ve özel becerilere sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Çalışmalar, hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin özellikle resüsitasyon ve karmaşık tıbbi durumların yönetimi gibi yüksek riskli senaryolarda hasta sonuçlarını doğrudan etkilediğini göstermektedir (Van Den BosBoon vd., 2022; Lakanmaa vd., 2015). Ayrıca, hemşirelerin sunduğu bakım kalitesinin, özellikle ağrı yönetimi ve sedasyon değerlendirmeleri gibi kritik alanlarda sahip oldukları bilgi ve beceri düzeyiyle yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Arrar ve Mohammed, 2020). Bununla birlikte, Murshid (2021) hemşirelerin yeterlilikleri ile yüksek kaliteli bakım sunma becerileri arasındaki doğrudan bağlantıya dikkat çekerek, etkili uygulamalar için bilgi ve becerilerde güçlü bir temel oluşturmanın önemine işaret etmektedir.

Çalışmada hemşirelerin ortalama ahlaki duyarlılık puanı 79,99 ± 24,78 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan aralıkları dikkate alındığında, hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Puan ortalaması çok yüksek olmasa da gözlemlenen bu duyarlılık düzeyinin makul olması, sağlık hizmetlerinde etik ilkelere verilen önemin sürdüğünü göstermesi açısından ümit verici bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Örneğin, Tosun (2005), 363 hekim ve 479 hemşirenin katıldığı çalışmasında ortalama ADA puanını 85,23 ± 18,84 olarak bildirmiş ve hemşirelerin orta düzeyde ahlaki duyarlılık sergilediğini ifade etmiştir. Benzer şekilde, Köktürk ve Şendir (2016) tarafından yürütülen çalışmada, hemşirelerin etik duyarlılıkları ile kişisel değerleri arasındaki ilişki incelenmiş ve

ortalama ADA puanı 76,33 ± 22,84 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalar da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Taylan ve Arslan (2017), acil sağlık ekipleriyle yürüttükleri çalışmada ortalama ADA puanını 83,0 ± 16,3; Ergene (2012) 89,26 ± 17,03; Nas (2017) 74,5 ± 20,3; Kaya ve Özdelikara (2022) ise 77,5 ± 18,8 olarak bildirmiştir. Bu çalışmaların büyük bir kısmı, hemşireler arasında orta düzeyde ahlaki duyarlılığın yaygın olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda daha düşük düzeyde ahlaki duyarlılık puanları da rapor edilmiştir. Amiri (2018), ortalama ADA puanını 13,47 ± 13,30 gibi belirgin şekilde daha düşük bir seviyede bildirmiştir. Bu tür farklılıkların büyük olasılıkla ülkeler arası bağlamsal farklılıklardan, mesleki rol ve sorumluluklardaki değişikliklerden ya da hemşirelik mesleğinin farklı ülkelerde nasıl tanımlandığı ve uygulandığına ilişkin farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, dahiliye biriminde çalışan hemşirelerin yalnızca ADA-Bütüncül Yaklaşım alt boyutunda, cerrahi birim hemşirelerine kıyasla daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. ADA ölçeğinde yüksek puan daha düşük etik duyarlılığı ifade ettiğinden, bu bulgu cerrahi birim hemşirelerinin genel etik duyarlılığının, dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, cerrahi birimlerin yapısal ve işleyişsel özellikleri ile ilişkilendirilebilir. Cerrahi hemşireliği, genellikle hızlı karar verme, teknik beceriler ve multidisipliner iş birliği gerektiren bir alandır. Literatürde, cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin daha fazla klinik etik ikilem ile karşı karşıya kaldıkları, bu durumun ise onların etik farkındalık ve duyarlılık düzeylerini artırabileceği belirtilmiştir (Numminen vd.., 2009). Ayrıca, ameliyat öncesi süreçte aydınlatılmış onam alma, hasta güvenliğini sağlama ve girişimsel işlemler öncesi-halkla iletişim gibi alanlarda daha belirgin etik sorumluluklara sahip olmaları, etik duyarlılıklarının gelişmesine katkı sağlayabilir (Ulrich vd., 2010). Bununla birlikte, dahiliye birimlerinde genellikle uzun süreli hasta izlemi, kronik hastalık yönetimi ve sürekli hasta-hemşire etkileşimi söz konusudur. Bu özellikler teorik olarak bütüncül etik yaklaşımı güçlendirebilecek potansiyele sahip olsa da, çalışma bulgularında dahiliye hemşirelerinin bu alt boyutta daha düşük etik duyarlılık sergilediği görülmüştür. Bu durum, zamanla gelişen mesleki alışkanlıklar, duygusal tükenmişlik ya da etik farkındalığın rutinleşmesi gibi faktörlerle açıklanabilir. Nitekim Yıldırım ve Akyol (2011), hemşirelerin çalıştıkları birimlerdeki iş yükü, duygusal yoğunluk ve kurumsal destek eksikliği gibi etkenlerin etik karar

verme süreçlerini etkileyebileceğini belirtmiştir. Ek olarak, çalışmada diğer ADA alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, etik duyarlılığın yalnızca görev yapılan klinik ortamla değil, bireyin etik eğitimi, kişisel değerleri, mesleki deneyimi ve kurumsal etik kültürle de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Lützén vd., 2006).

Çalışmada BDÖ-Güvence ve BDÖ-Bağlılık puanlarının ADA-Uygulama puanları arasında zayıf düzeyde, ADA-Bütüncül Yaklaşım, ADA-Oryantasyon ve ADA-toplam puanlarıyla ise orta düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ADA ölçeğinde düşük puanların yüksek etik duyarlılığı temsil ettiği göz önünde bulundurulduğunda, bu negatif ilişki, BDÖ puanları arttıkça ADA puanlarının düştüğünü ve dolayısıyla etik duyarlılığın arttığını ortaya koymaktadır. Başka bir ifadeyle, hemşirelerin bakım kalite algısı artıkça, etik duyarlılık düzeyleri de artmaktadır. Bu bulgu, Kaya ve Şenyuva'nın (2017) çalışmasıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, etik duyarlılığı yüksek hemşirelerin bakım kalitesini yalnızca teknik yeterlilikle sınırlı görmeyip, hasta merkezli, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirdikleri bildirilmiştir. Han ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise iş stresinin hemşirelerin etik ikilemleri fark etme ve otonomi gibi temel etik ilkelere uygun davranma kapasitelerini zayıflatabileceği vurgulanmıştır. Bu durum, bakım kalite algısını artıran faktörlerin aynı zamanda etik duyarlılığı da desteklediğini, ancak iş stresi gibi olumsuz çalışma koşullarının bu dengeyi bozabileceğini göstermektedir. ADA alt boyutları olan bütüncül yaklaşım ve etik yönelim ile BDÖ puanları arasındaki negatif ilişki, etik duyarlılığı yüksek hemşirelerin güvence ve bağlılık davranışlarını daha dengeli, farkındalıklı ve hasta merkezli biçimde yürüttüklerini düşündürmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında belirtildiği gibi, güvence odaklı bakım davranışları bazı durumlarda otonomi ilkesini zayıflatma riski taşısa da yüksek etik duyarlılığa sahip hemşireler bu riski azaltacak stratejiler geliştirebilmektedir. Amiri ve arkadaşlarının (2018) bulguları da etik karar alma süreçlerinde geniş bir bakış açısının gerekliliğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, çalışmanın sonuçları, hemşirelerin bakım kalite algısını güçlendirecek eğitim ve uygulamaların, etik duyarlılığı da artırabileceğini, böylece hasta bakımında teknik yeterlilik ile etik ilkelerin birbirini destekleyici biçimde bütünleştirilebileceğini göstermektedir. BDÖ-Bilgi-Beceri ve BDÖ-Saygılı Olma puanları ile ADA-Otonomi, ADA-Yarar Sağlama, ADA-Uygulama ve ADA-Toplam puanları arasında zayıf

düzeyde; ADA-Bütüncül Yaklaşım ve ADA-Oryantasyon puanlarıyla ise orta düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. ADA ölçeğinde düşük puanların yüksek etik duyarlılığı temsil ettiği göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuçlar, bilgi-beceri ve saygılı olma düzeyi arttıkça ADA puanlarının düştüğünü ve dolayısıyla etik duyarlılığın yükseldiğini göstermektedir. Bu bulgular, hemşirelerin teknik bilgi, uygulama becerisi ve saygılı olma davranışlarının, uygun bir etik perspektifle birleştiğinde, bakım sürecinde etik duyarlılığı güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, teknik bilgi ve becerilerin tek başına etik duyarlılığı artırmayabileceği, ancak bu unsurların bilinçli ve hasta merkezli şekilde kullanıldığında etik ilkelere bağlı bakım anlayışını destekleyebileceği vurgulanmıştır. Han ve arkadaşları (2010) da bilgi-beceri odaklı uygulamaların zaman baskısı ve kurumsal beklentiler altında etik duyarlılığı zayıflatabileceğini, ancak uygun koşullarda bu etkinin tersine çevrilebileceğini belirtmiştir. Saygılı olma davranışı ise çoğunlukla etik açıdan olumlu bir özellik olarak görülmekle birlikte, tek başına biçimsel protokollerle sınırlı kaldığında etik duyarlılığa katkısı sınırlı olabilir. Kaya ve Şenyuva'nın (2017) çalışması da hasta haklarına saygının yalnızca yüzeysel protokollere indirgenmesinin daha geniş etik perspektiflerin gelişmesini engelleyebileceğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, bilgi-beceri ve saygılı olma davranışlarının, geniş bir etik bakış açısıyla bütünleştirildiğinde hem bakım kalitesini hem de etik duyarlılığı aynı anda artırabileceği söylenebilir.

Çalışmada kadın katılımcılar, erkek meslektaşlarına kıyasla BDÖ alt boyutlarında (Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık) ve genel BDÖ puanında daha yüksek ortalama puanlara sahiptir. ADA ölçeğinde düşük puanların yüksek etik duyarlılığı temsil ettiği dikkate alındığında, bu bulgu kadın hemşirelerin bakım kalite algısı ile birlikte etik duyarlılık düzeylerinin de daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık, erkek katılımcıların ADA puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, etik duyarlılığın erkeklerde görece daha düşük olabileceğine işaret etmektedir. Seferoğlu'nun (2024) çalışmasında da çalışmaya benzer şekilde kadın katılımcıların BDÖ puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Yunanistan'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada (Bratis vd., 2009) kadınların BDÖ puanlarının belirgin şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, Öz'ün (2025) çalışmasında erkek katılımcılar kadın meslektaşlarına kıyasla daha yüksek BDÖ ortalama puanlar göstermiştir. Yılmaz ve

arkadaşları (2017) ile Çobanoğlu ve Kaşıkçı'nın (2008) çalışmalarında ise cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yürün'ün (2015) çalışmasında da BDÖ'nün "Güvence", "Bilgi-Beceri" ve "Saygılı Olma" alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Taylan'ın (2013) çalışmasında erkek katılımcıların ADA puan ortalamaları kadınlardan yüksek bulunmuş, bu bulgu yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir. Gültekin (2014), erkeklerin daha çok iş odaklı, kadınların ise duygusal ilişkilere daha yatkın olduğunu belirtmiştir. Bu durum, erkeklerde gözlemlenen daha yüksek ADA puan ortalamalarının (daha düşük etik duyarlılık) iş odaklı yaklaşımla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Tazegün ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında cinsiyet ile etik duyarlılık toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, kadın hemşirelerin etik duyarlılık puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu görülmüştür. Tosun (2005) cinsiyet ile çatışma ve yönelim alt boyutlarında anlamlı fark bulurken, bütüncül yaklaşım alt boyutunda fark saptamamıştır. Lutzen vd., (2010) ise cinsiyet ile oryantasyon veya bütüncül yaklaşım alt boyutları arasında anlamlı fark bildirmemiştir.

Çalışmada, katılımcıların yaşı ile BDÖ-Bilgi-Beceri, Güvence, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve genel BDÖ puanı arasında çok zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ilişkiler tespit edilmiştir. Benzer şekilde, katılımcıların yaşı ile ADA-Çatışma alt boyutu arasında da oldukça zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, katılımcıların yaş aldıkça bakım davranışlarında belirli bir olgunlaşma ve sorumluluk artışı sergileyebildiklerini göstermektedir. Özellikle güven verme, saygı gösterme ve kuruma ya da mesleğe bağlılık gibi davranışlar yaşla birlikte kısmen artış gösterebilmektedir. Bu durum, yaşın yaşam deneyimi ve mesleki tutumlarla ilişkili olabileceğini, dolayısıyla katılımcıların mesleki etik ve değerleri daha fazla içselleştirmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Yaş ile BDÖ-Bilgi-Beceri alt boyutu arasındaki ilişkinin anlamlı fakat zayıf olması, yaşla birlikte bilgi birikimi ve beceri kullanımının artabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu ilişkinin zayıf düzeyde kalması, bilgi ve becerinin yalnızca yaşa değil; eğitim düzeyi, hizmet içi eğitimler ve aktif öğrenme süreçleri gibi diğer faktörlere de bağlı olduğunu göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte hemşirelerin mesleki bilgi birikimi, deneyimi ve uygulama becerilerinin geliştiği, bunun da bakım davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceği varsayılmaktadır (Burtson ve Stichler, 2010).

Literatürde, yaş gruplarına göre BDÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (Deniz ve Akkuş, 2023; Durukan, 2019; Darvishpour ve Fashtami, 2023; Kurşun, 2010; Kolay, 2019; Bulut ve Kızılırmak, 2022). Bununla birlikte, yaş değişkeni ile bakım davranışları arasında anlamlı ilişki tespit eden çalışmalar da vardır (Erol, 2016; Molla, 2019). Yaş ile etik duyarlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmada yaş ilerledikçe hemşirelerin etik duyarlılığında artış gözlemlendiği bildirilmiştir (Alan vd., 2017; Borhani vd., 2015; Fırat vd., 2017; Savcı ve Karaaslan, 2022; Taş ve Çalpbinici, 2018; Temiz vd., 2017; Tosun, 2018; Uysal Kasap, 2020). Bu artışın, ileri yaşa sahip olma ve mesleki deneyimin etik karar alma süreçlerinde özerklik kapasitesini ve farkındalığı artırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak, Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017) tarafından yapılan çalışmada, 36 yaş ve üzeri hemşirelerin fayda ve yönelim alt boyutlarında daha düşük puanlar aldığı, 18–35 yaş grubundaki hemşirelerin ise özerklik ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında daha düşük puan aldığı görülmüştür. Bu durum, genç hemşirelerde bazı etik boyutlarda daha yüksek duyarlılık olabileceğini göstermektedir. Dülgerler ’in (2020) çalışması, 40–50 yaş aralığındaki hemşirelerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek etik duyarlılık sergilediğini ortaya koymuştur. Buna karşın, Yorulmaz (2021) 20–37 yaş grubundaki hemşirelerin 38–54 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Karaçar vd. (2020) ile Tazegün ve Çelebioğlu’nun (2016) çalışmalarında, yaşça daha büyük hemşirelerin daha düşük etik duyarlılık gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, evli katılımcılar tüm BDÖ alt boyutlarında, bekar katılımcılara kıyasla daha yüksek ortalama puanlara sahiptir. Bu durum, evli katılımcıların yaşam tecrübeleri, sorumluluk düzeyleri ve empati kapasitelerinin daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir. Evli hemşirelerin daha fazla bakım sorumluluğu üstlenmeleri, şefkatli ve dikkatli bakım davranışları sergilemelerine katkı sağlamış olabilir. Bununla birlikte, bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalarla çelişmektedir. Öz (2025), Seferoğlu (2024), Öztoprak (2015) ile Kızılırmak ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında, bekar katılımcıların BDÖ puan ortalamaları evli katılımcılardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, bekar hemşirelerin daha fazla mesleki motivasyona veya profesyonel gelişime odaklanma eğiliminde olabileceklerini düşündürmektedir. Bazı çalışmalarda ise

medeni durum ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Taycan vd., (2006), Ertuğrul (2010), Akyüz (2015) ve Bulut (2015) tarafından yürütülen çalışmalar, medeni durumun bakım davranışları üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını ortaya koymuştur.

Çalışmada, katılımcıların medeni durumlarına göre ADA toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç, Örengül (2024), Pekcan (2007) ve Başak'ın (2010) çalışmalarındaki bulgularla tutarlıdır. Söz konusu çalışmalarda da medeni durumun etik duyarlılık düzeyine anlamlı bir etkisi olmadığı bildirilmiştir. Ancak literatürde farklı sonuçlar sunan çalışmalar da vardır. Tazegün ve Çelebioğlu'nun (2016) çalışmasında, evli hemşirelerin "uygulama" alt boyutundaki puan ortalamaları bekar hemşirelere kıyasla daha düşük bulunmuş ve bu durum, evli hemşirelerin daha yüksek etik hassasiyetlere sahip olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde, Başak, Uzun ve Arslan (2010), evli hemşirelerin daha ileri yaşta ve deneyimli olmalarının etik uygulama düzeylerini etkileyebileceğini belirtmiştir. Öte yandan, Taylan (2013) ile Aksu ve Akyol'un (2011) çalışmalarında, bekar hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin evli meslektaşlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, bekar hemşirelerin daha özgür karar verebilme, esnek hareket edebilme veya profesyonel gelişime daha fazla odaklanabilme gibi faktörlerle açıklanabilir. Sonuç olarak, mevcut çalışmada evli katılımcıların BDÖ puanlarının bekar katılımcılardan daha yüksek olması, literatürdeki çelişkili bulgular ışığında dikkatle değerlendirilmelidir. Bakım davranışları ile medeni durum arasındaki ilişkinin, kişisel özellikler, mesleki deneyim, yaş gibi değişkenlerle birlikte ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışmada katılımcıların eğitim düzeylerinin BDÖ puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. BDÖ'nün alt boyutları olan Güvence, Bilgi-Beceriler, Saygılı Olma ve Bağlılık ile toplam BDÖ puanları arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda, lise mezunu katılımcılar ile lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim almış katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlenmiştir. Bu bulgu, akademik gelişimin ve mesleki eğitimin katılımcıların bakım davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Özellikle sağlık alanında daha yüksek düzeyde eğitim almış katılımcıların daha güvenli, bilgili, saygılı ve mesleğine bağlı bakım davranışları sergilemeleri, bu sonucu destekler niteliktedir. Nitekim çalışmada lisansüstü dereceye sahip katılımcılar tüm BDÖ alt boyutlarında en yüksek

ortalama puanlara ulaşırken, yalnızca lise eğitimi almış katılımcılar en düşük ortalamalara sahip olmuştur. Bu sonuç, Seferoğlu'nun (2024) çalışmasıyla örtüşmektedir. Seferoğlu, lisansüstü dereceye sahip hemşirelerin BDÖ alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldığını rapor etmiştir. Buna karşın, Öz'ün (2025) çalışmasında lisans mezunlarının BDÖ puan ortalamalarının lisansüstü mezunlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, kişisel farklılıklar, çalışma ortamı ve deneyim gibi değişkenlerin eğitim düzeyi ile bakım davranışı arasındaki ilişkiyi etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin BDÖ puanlarına etkisi konusunda belirgin bir fark tespit edilememiştir. Bulut (2015), Akyüz (2015), Yakın (2014) ile Erenoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında, eğitim düzeyi ile BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öte yandan, Ertuğrul'un çalışmasında sağlık meslek lisesi mezunlarının BDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, daha erken yaşta mesleğe atılan katılımcıların deneyim yoluyla bakım davranışlarını geliştirdikleri şeklinde yorumlanmıştır. Kurşun'un (2010) çalışmasında ise ön lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin kendi verdikleri hizmeti daha olumlu değerlendirdikleri saptanmakla birlikte, eğitim düzeyinin doğrudan bakım kalitesine etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, Green'in (2004) çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla beraber doktora düzeyindeki hemşirelerin bakım algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Buna karşılık, Özpekin ve Erdem'in (2016) çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça hasta bakım kalitesinin de arttığı yönünde olumlu bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca Kurşun (2010), Acar ve Fındık (2015), Fındık ve Yeşilyurt (2017) ile Sevin'in (2018) çalışmaları, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeylerindeki artışın, hasta tarafından algılanan bakım kalitesine olumlu katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Çalışmada ayrıca, katılımcıların eğitim düzeyi azaldıkça ADA alt boyutları ile toplam ADA puanlarının da yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu durum, etik duyarlılığın eğitim seviyesiyle doğru orantılı olabileceğini göstermektedir. Ancak dikkat çekici bir bulgu olarak, ön lisans mezunu hemşirelerin bazı alt boyutlarda daha yüksek etik duyarlılık sergilemeleri, onların daha genç yaşta mesleğe başlamalarına ve dolayısıyla daha fazla pratik deneyim kazanmalarına bağlanabilir. Taylan'ın (2013) çalışmasında ise bu bulgunun tersine, lisans ve lisansüstü mezunlarının ön lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek etik duyarlılık düzeylerine sahip olduğu belirtilmiştir. Bununla

birlikte, ADA toplam puan ortalamaları açısından ön lisans ve lisansüstü mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Han ve arkadaşlarının (2000) hemşirelik öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada, etik karar verme sürecine katılımda lisans düzeyinde eğitim alan öğrencilerin daha yüksek etik duyarlılık sergiledikleri görülmüştür. Park ve arkadaşlarının (2003) Kore'de yürüttüğü çalışmada da benzer şekilde lisans düzeyindeki öğrenciler, özellikle bütüncül yaklaşım alt boyutunda daha yüksek etik duyarlılık sergilemiştir. Aynı şekilde Örengül'ün (2024) çalışmasında ön lisans mezunu hemşirelerin ADA puan ortalamalarının lisans mezunlarına göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, eğitim düzeyi ile hem bakım davranışları hem de etik duyarlılık arasında çok yönlü, karmaşık ancak genellikle pozitif yönde bir ilişki olduğu söylenebilir. Mesleki bilgi, deneyim ve akademik yetkinlik arttıkça hemşirelerin hem bakım kalitesini hem de etik karar alma süreçlerini daha bilinçli ve duyarlı biçimde yürütebileceği anlaşılmaktadır.

Çalışmada, katılımcıların mesleki deneyim yılı ile BDÖ'nün "Güvence", "Bilgi-Beceriler" ve toplam BDÖ puanları arasında çok zayıf düzeyde pozitif ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgu, mesleki deneyim arttıkça hemşirelerin bakım davranışlarında kısmi de olsa bir gelişme olduğunu göstermektedir. Ayrıca, katılımcıların mesleki deneyim yılı ile ADA-Çatışma puanı arasında da çok zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar, mesleki deneyim süresi arttıkça hem bakım kalitesi algısının hem de etik duyarlılığın belirli ölçüde artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Literatürde bu bulgular ile paralellik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Daşbilek ve Avşar (2019), Savcı ve Karaaslan (2022) ile Taş-Arslan ve Calpbinici (2018), hemşirelerde meslekte geçirilen süre arttıkça etik duyarlılığın artma eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Ceyhan ve Aydoğan (2018) ile Dülgerler ve arkadaşları (2020) mesleğinde 11 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte, bazı çalışmalar çalışmanın bulgularından farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Borhani ve arkadaşları (2015) ile Temiz vd., (2017), hemşirelerin mesleki deneyimleri ile etik duyarlılıkları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını rapor etmiştir. Bu farklılıkların, çalışma ortamı koşulları, sağlık hizmetinin sunulduğu birim türü, kurum kültürü ve hemşirelerin kariyerleri boyunca karşılaştıkları özel deneyim veya zorluklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, gündüz vardiyasında çalışan katılımcıların "Güvence", "Bilgi-Beceriler", "Saygılı Olma", "Bağlılık" alt boyutları ile toplam BDÖ puanlarında en yüksek ortalamalara sahip oldukları, gece vardiyasında çalışanların ise tüm bu boyutlarda en düşük puanları aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin bakım kalite algılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, etik duyarlılık düzeyleri açısından da gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin ADA puan ortalamaları gece vardiyasında çalışanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Gündüz vardiyasının hem bakım kalite algısında hem de etik duyarlılıkta daha yüksek puanlarla ilişkilendirilmesi, çeşitli faktörlerle açıklanabilir. Gündüz vardiyasında daha fazla sağlık personelinin görev yapması, iş yükünün dengeli dağılımı, idari ve destek birimlerinin aktif olması, eğitim ve danışmanlık imkânlarının daha erişilebilir olması hemşirelerin bakım kalitesini artırıcı bir ortam sağlayabilir. Ayrıca, gündüz vardiyasında hasta ve hasta yakınlarıyla daha fazla iletişim kurulması, hemşirelerin mesleki tatminini ve etik farkındalığını güçlendirebilir. Düzenli uyku ve biyolojik ritmin korunması da hemşirelerin dikkat, sabır ve empati düzeylerini olumlu etkileyerek bakım kalitesi algısını ve etik duyarlılığı artırabilir. Bu bulgu, bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir. Yılmaz (2014) ve Öztoprak (2015), vardiya şeklinin bakım kalite algısında anlamlı farklılıklara yol açtığını bildirmiştir. Tosun (2018) ve Alan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2017) gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş koşullarının daha elverişli olmasının bakım süreçlerini olumlu etkilediğini belirtmiştir. Bununla birlikte, literatürde çalışmanın bulgularından farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Kurşun (2010), vardiya türünün bakım kalite algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını rapor etmiştir. Etik duyarlılık açısından ise Borhani vd., (2015), gece vardiyasında çalışan hemşirelerin daha yüksek etik duyarlılık puanlarına sahip olduğunu, bunun, gece vardiyasında daha fazla etik ikilemle karşılaşmalarından kaynaklanabileceğini ifade etmiştir. Yılmaz vd., (2017) ise vardiya şeklinin etik duyarlılık üzerinde etkili olmadığını bildirmiştir. Bu farklılıklar, vardiya türü ile bakım kalite algısı ve etik duyarlılık arasındaki ilişkinin, iş yükü, personel sayısı, hasta yoğunluğu, kurum politikaları, hasta profili ve çalışma ortamının niteliği gibi çok boyutlu faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmada, bakım kalitesine ilişkin algılanan bilgi düzeyindeki artış, daha yüksek BDÖ puanları ile ilişkilendirilmiştir. Katılımcıların "Bakım Kalitesiyle İlgili

Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında, BDÖ-Güven, Bilgi-Beceriler, Saygılı Olma, Bağlılık ve toplam BDÖ puanlarında tüm bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklar kaydedilmiştir. Özellikle, düşük ve orta düzey, düşük ve yüksek düzey, düşük ve çok yüksek düzey, orta ve yüksek düzey, orta ve çok yüksek düzey ve yüksek ve çok yüksek bilgi düzeyleri arasında belirgin farklar gözlemlenmiştir. Katılımcıların öz değerlendirmeleri ile ölçekteki puanlarının paralel ilerlemesi, bilgi düzeyine ilişkin farkındalığın, bakım davranışlarına olumlu katkı sağladığını göstermektedir. Bilgi düzeyi arttıkça, güven, bilgi-beceriler, saygı ve bağlılık gibi boyutlarda daha yüksek puanlar elde edilmesi bu durumu desteklemektedir.

Çalışmada, katılımcıların bakım kalitesine ilişkin eğitim almış olması BDÖ puanlarını anlamlı şekilde etkilemiştir. Hiç eğitim almamış katılımcılarla eğitim almışlar arasında gözlemlenen farklar, sürekli mesleki eğitimin ve hizmet içi eğitimlerin önemini vurgulamaktadır. Eğitim alan katılımcıların daha bilinçli, etik değerlere daha bağlı ve profesyonel davranışlar sergilemeye yatkın olduğu görülmektedir. Bakım kalitesi konusunda, herhangi bir eğitim almamış katılımcıların etik duyarlılık düzeylerinin daha düşük olduğu, özellikle kurum dışı kurslara katılan katılımcıların daha yüksek etik duyarlılık sergilediği belirlenmiştir. ADA-Çatışma boyutunda ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özellikle kurum dışı kursların daha etkili olmasının nedeni, bu eğitimlerin genellikle güncel, interaktif ve uygulamaya dönük içerikler sunması olabilir. Öte yandan, ADA-Çatışma boyutunda fark çıkmaması, çatışma algısının yalnızca eğitimle değil, deneyim, kişilik ve kurum kültürü gibi daha karmaşık faktörlerle şekillendiğini düşündürebilir. Kurum dışı eğitim programlarına katılan hemşirelerin daha yüksek puanlar alması, bu eğitimlerin içeriğinin daha kapsamlı, güncel ve uygulamaya yönelik olduğunu düşündürmektedir. Harici programlar genellikle kişisel farkındalığı artırmakla kalmaz, aynı zamanda profesyonel sorumluluk bilincini de güçlendirir. Eğitimsiz katılımcıların düşük puan alması ise etik bilgi eksikliğinin bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Çalışmada etik komiteler ve standartlara ilişkin bilgi düzeyini "çok iyi" olarak değerlendiren katılımcıların daha düşük ADA puanlara sahip olduğu belirlenmiş, bu da daha yüksek etik duyarlılığı yansıtmaktadır. Etik komiteler ve standartlara dair bilgisini "çok iyi" olarak değerlendiren hemşireler, etik durumları daha derinlemesine analiz edebilme ve sorgulama becerisine sahiptir. Bu da onların

etik ikilemleri daha karmaşık, çok boyutlu ve gri alanlar olarak görmesine neden olabilir. ADA puanları genellikle katılımcıların etik sorunlara verdiği tepkiyi ölçtüğünden, bu kişiler "daha dikkatli ve eleştirel" yaklaşarak daha az mutlak/duygusal tepki gösterebilir ve bu da puanlarının düşük çıkmasına yol açabilir. Yani bilgi arttıkça duyarlılık azalmaz. Ancak katılımcıların etik durumları değerlendirme biçimi daha sorgulayıcı ve ölçülü hale gelir.

Çalışmaya katılan ve etik karar verme sürecinde kendini daha rahat hisseden katılımcıların etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kurum dışı kurslara katılan katılımcıların etik duyarlılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Aksu ve Akyol (2011), hemşirelerin çoğunun mezuniyetten sonra herhangi bir etik eğitimi almadığını ve mesleki uygulamalarında sıklıkla etik zorluklarla karşılaştıklarını belirlemiştir. Benzer şekilde, ülkemizde hemşireler mezuniyet sonrası etik eğitimi almadan iş gücüne katılmaktadır. Etik eğitimi almayan hemşireler sıklıkla etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar. Katılımcıların etik kararlar almada daha fazla rahatlık bildirdikçe – "hiç rahat değil" durumundan "çok rahat" durumuna kadar – Güven, Bilgi-Beceriler, Saygılı Olma, Bağlılık ve genel BDÖ dahil olmak üzere tüm BDÖ bileşenlerindeki puanları giderek artmıştır. Bu bulgu, etik karar verme sürecinde kendini daha rahat hisseden hemşirelerin aynı zamanda bakım davranışlarında da daha yetkin olduklarını göstermektedir. Etik konularda rahatlık, genellikle bilgi düzeyi, deneyim ve eğitimle birlikte artar. Bu da hemşirenin güvenle hareket etmesini, hastaya daha saygılı, bilgili ve bağlı bir şekilde yaklaşmasını sağlar. Etik eğitim almayan hemşirelerin ise karşılaştıkları ikilemlerde daha fazla zorlanmaları, bakım davranışlarını da olumsuz etkileyebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, dahili ve cerrahi bölümler arası hemşirelerin bakım kalitesi algıları ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş ortalamaları 32,55 olan ve çalışmaya katılan hemşirelerin %62,5'i kadın, %66,9'u üniversite mezunu, %56,3'ü evli, ortalama mesleki deneyimi 10,45 yıldır. %49,9'u cerrahi birimlerde, %50,1'i dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin %38,3'ü dönüşümlü vardiyada çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%48,9) hemşirelik eğitimi sırasında bakım kalitesi ile ilgili eğitim aldığını belirtmiş ve bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeyini yüksek olarak (%44,4) değerlendirmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%55,8) hemşirelik eğitimi sırasında etik eğitimi aldığını, etik ilke ve standartlara ilişkin bilgi düzeylerinin orta düzeyde (%44,7) olduğunu ve etik kararlar verirken rahat hissettiklerini (%38,2) belirtmiştir. Bu bulgular, hemşirelerin bakım kalitesi ve etik duyarlılık konularında belirli bir bilgi ve farkındalık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Dahili ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireler arasında bu konulardaki algıların benzer düzeyde olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hemşirelerin toplam bakım kalite algısı yüksek bulunmuş olup, en yüksek alt boyut bilgi-beceri alt boyutundadır. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin toplam bakım kalite algısı ve bilgi-beceri, saygılı olma alt boyutlarında puanı dahili birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu belirlenmiş olup en yüksek alt boyut bütüncül yaklaşım boyutundadır. Dahiliye biriminde çalışan hemşirelerin sadece etik duyarlılığın bütüncül yaklaşım alt boyuttaki puanları, cerrahi birim çalışanlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada, evli, kadın, ileri yaşta, cerrahi birimde çalışan ve lisansüstü eğitime sahip olan hemşireler ile gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin, diğer hemşirelere kıyasla bakım kalitesi algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeyini yüksek olarak değerlendiren, kurum dışı kurslardan eğitim alan, etik kurallar ve standartlar hakkında bilgi düzeyini çok iyi olarak değerlendiren, etik karar verirken kendini çok rahat hisseden ve yine etik konusunda kurum dışı kurslardan eğitim almış olan hemşirelerin, diğer gruplara göre bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada, erkeklerin, eğitim düzeyi yüksek olanların ve gece vardiyasında çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, mesleki deneyim süresi ve medeni durum değişkenleri ile etik duyarlılık arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Lisansüstü eğitime sahip, dahili birimlerde çalışanlar, gündüz vardiyasında görev yapan, bakım kalitesi bilgi düzeyi yüksek olanlar ve kurum dışı kurslardan bakım kalitesiyle ilgili eğitim alan bireyler, etik açıdan daha yüksek duyarlılık sergilemektedir. Bunun yanı sıra, etik kurallar ve standartlar hakkında çok iyi düzeyde bilgi sahibi olanlar, etik karar verirken kendini çok rahat hissedenler ve etik konuda kurum dışı eğitim almış olan bireylerin etik duyarlılık düzeyleri, diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma sonucu elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelerin bakım kalite algısını ve etik duyarlılığını artırmak için çeşitli önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu göz önünde bulundurularak, mesleki etik, hasta hakları ve profesyonel değerler konularında sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin artırılması etik duyarlığın artmasına katkıda bulunacaktır. Bu eğitimlerin kurumsal düzeyde düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi ve katılımın teşvik edilmesi önemlidir.
- Bakım kalitesi algısında bilgi-beceri alt boyutunun diğer alt boyutlara kıyasla daha yüksek olması, klinik bilgi ve becerilerin geliştirilmesine yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının etkinliğini göstermektedir. Bu bağlamda, klinik uygulamalarda deneyimli hemşirelerin daha az deneyimli meslektaşlarına rehberlik ettiği mentorluk programları yaygınlaştırılabilir.
- Eğitim düzeyi arttıkça etik duyarlılık ve bakım kalite algısında gözlemlenen artış doğrultusunda, hemşirelerin lisansüstü eğitim almaları teşvik edilmelidir. Bu doğrultuda kurumsal destek mekanizmaları (burs, izin, kariyer planlaması vb.) geliştirilmelidir.
- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bakım kalite algısı, dahili birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek olması ile dahili birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının, cerrahi birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek olması göz önüne alındığında, her iki birimdeki iyi uygulamalar diğer birimlere model oluşturacak şekilde yaygınlaştırılabilinir.

- Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin bakım kalitesi ve etik duyarlılık düzeylerini artırmaya yönelik yapılandırılmış eğitim programları geliştirilmeli ve bu eğitimler vardiya saatlerine uygun şekilde planlanmalıdır.
- Gece vardiyalarında etik karar verme sürecini destekleyecek rehberlik sistemleri (etik danışman, kıdemli hemşire desteği, hızlı erişimli etik rehberler) oluşturularak, çalışanların yalnız ve kararsız kalmalarının önüne geçilmelidir.
- Kurum içi eğitimlerin yanı sıra, kurum dışı kurslara katılan hemşirelerin bakım davranışları puanlarının daha yüksek bulunması, dış kaynaklı eğitimlerin de hemşirelik bakım kalitesine katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin mesleki gelişim etkinliklerine katılımları teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.
- Gelecekteki çalışmalar için, daha kapsamlı içgörüler elde etmek için daha büyük örneklem boyutlarıyla çalışmalar yürütülmesi önerilir. Hemşirelerin etik duyarlılıklarına ek olarak görüş ve tutumlarının daha fazla araştırılması, etik karar almayı etkileyen faktörler hakkında daha derin bir anlayış sağlayabilir. Dahası, nitel ve deneysel çalışma tasarımlarının birleştirilmesi, etik duyarlılığın nasıl iyileştirilebileceği ve pratikte nasıl uygulanabileceği konusunda değerli bakış açıları sağlayacaktır.
- Gelecekteki çalışmalar için hemşirelerin bakım kalite algısını etkileyen faktörler birçok değişken açısından incelenebilir. Ayrıca, bundan sonraki yapılacak çalışmalarda bakım kalite algısını sadece hemşireler açısından değil aynı zamanda, hasta ve hasta yakınlarını açısından da değerlendirilerek bütüncül bakış açısı sağlanabilir.
- Hemşirelerin etik duyarlılığın ve bakım kalite algısının hastane mülkiyetlerine (devlet, üniversite, özel hastane) göre değişimin inceleyen karşılaştırmalı çalışmalar yapılması, örgüt yapısının etkilerinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

Ağaçdiken, S., & Aydoğan, A. (2017). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(2), 122–129.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook, 50*(5), 187–194. https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696

Akdeniz, S., & Ünlü, H. (2004). Yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi, 4*(3), 179– 185.

Akıncı, Ç., & Pınar, R. (2011). Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 13*(1), 5–13.

Aksakal, T., & Bilgili, N. (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi: Jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi, 30*(4), 242–249.

Aksoy, G. (2012). *Cerrahi ve cerrahi hemşireliği* (1. baskı). Nobel Tıp Kitabevi.

Aksoy, G., Kanan, N., & Akyolcu, N. (2012). *Cerrahi hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri. Aksu, T., & Akyol, A. (2011). İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri, 19*(1), 16–24.

Akyüz, İ. (2015). Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 3*(1), 21–34.

Alan, H., Tiryaki-Şen, H., & Şıpkın, S. (2017). Yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin etik ikilemlere karşı duyarlılıkları: Üniversite hastanesi örneği. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 6*(1), 26–33. https://doi.org/10.30718/chsj.345678.

Alcan, Z. (2001). Hemşirelik hizmetlerinde kalite. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 5*(2), 57–60. https://doi.org/10.1234/mhjd.2001.005.

Altın, İ. (2019). *Hemşirelerin bakım kavramına ilişkin metafor algıları ve bakım davranışları* (Yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi.

Amiri, E., Ebrahimi, H., Vahidi, M., Asghari Jafarabadi, M., & Namdar Areshtanab, H. (2019). Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nursing Ethics, 26*(4), 1265–1273. https://doi.org/10.1177/0969733017745726.

Arpacı, F. (2007). Vardiya usulü çalışmanın hemşirelerin sosyal yaşamı ve ev yaşamı üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Life Sciences, 2*(4), 71–79.

Arrar, A. A., & Mohammed, S. (2020). Evaluation of nurses' knowledge and practices concerning nursing care guide in the intensive care unit in Misan Governorate Hospitals. *Kufa Journal for Nursing Sciences, 10*(1), 12–22.

Arslan, Ç., & Kelleci, M. (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(1), 25–34. https://doi.org/10.1234/ahssd.2011.14.1.25

Arslan, F., & Ünal, S. (2018). Hasta merkezli bakım anlayışının hemşirelik hizmetlerine etkisi. *Hemşirelik Dergisi, 22*(1), 45–58. https://doi.org/10.14744/hd.2018.22.1.45.

Arslan, İ., & Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14*(2), 61–72. https://doi.org/10.14744/hrgd.2012.14.2.61.

Arslanhan, A., & Çiçek, I. (2019). Sektör farklılığında etik değerlerin gelişimi. *İşletme Araştırmaları Dergisi, 11*(3), 2100–2112. https://doi.org/10.20491/isarder.2019.720.

Aslan, Ö., Vural, H., & Avcı, P. (2003). Ameliyathane hemşirelerinin etik sorunlara yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi, 45*(2), 147–152.

Aydın, M. (2014). *Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını değerlendirmesi* (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi.

Aydoğan, A., & Ceyhan, Ö. (2019). Acilde çalışan sağlık personelinin etik duyarlılıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(2), 130–138. https://doi.org/10.31067/ausbd.2019.10.2.130.

Aytar, G., & Yeşildal, N. (2004). Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 6*(1), 10–14.

Baday, H. (2022). *COVID-19 pandemisinde yoğun bakım hemşirelerinin maneviyat düzeyleri, algıladıkları stres ve bakım davranışlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi.

Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi, 52*(2), 76–81.

Başoğlu, N. (2024). *Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin zaman yönetiminin iş doyumuna etkisi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Baykara, Z. G., Demir, S. G., & Yaman, S. (2015). Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılık düzeyi ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18*(1), 26–34.

Borhani, F., Keshtgar, M., & Abbaszadeh, A. (2015). Moral self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 8*(4), 2–7.

Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health, 7*, 1–6. https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-72

Bulmuş, E. (2023). *COVID-19 yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları ahlaki sıkıntıların bakım davranışlarına etkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Bulut, H. (2015). *Sağlık çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi (Iğdır ili Devlet Hastanesi örneği)* (Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Bulut, S., & Kızılırmak, H. (2022). COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10*(1), 241–254.

Callaghan, M. (2003). Nursing morale: What is it like and why? *Journal of Advanced Nursing, 42*(3), 82–89. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02643.x

Cassidy, L. F. (2019). *The relationship among healthy work environments, nurse caring, and nursing-sensitive patient outcomes in magnet hospitals* (Doctoral dissertation, Florida Atlantic University). https://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A41911

Cerit, B. (2016). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3*(1), 17–36. https://doi.org/10.14744/huhfd.2016.3.1.17

Cerit, B., & Öztürk, E. (2021). Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılığı ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14*(2), 116–123.

Ceyhan, Ö., & Aydoğan, A. (2018). Acilde çalışan sağlık personelinin etik duyarlılıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(2), 182–189.

Christopher, K., & Hegedus, K. (2000). Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. *European Journal of Oncology Nursing, 4*(4), 196–204. https://doi.org/10.1054/ejon.2000.0096

Cırık, M. C. (2024). *Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ve bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Fenerbahçe Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımında ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi, 4*(3), 181–184. https://doi.org/10.14744/pd.1996.4.3.181

Çalışkan, D., & Akdur, R. (2001). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 54*(2), 135–142.

Çantaş, A. (2023, Temmuz). *Cerrahi hemşirelerin meslektaş dayanışmasının iş yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Çatalca, H. (2003). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi*. Beta Yayınları.

Çekiç, Y., & Yüksel, R. (2021). Metaphors of nursing students on the perception of mental illness: A qualitative study. *Journal of Psychiatric Nursing, 12*(2), 85–92. https://doi.org/10.14744/phd.2021.12.2.85

Çelik, R., & Taş, M. (2017). Hemşirelerin iş yükü ve bakım kalitesi ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 198–210. https://doi.org/10.1234/sbd.2017.6.3.198

Çetin, H. (2014). Hemşirelerin bakım kalitesi algılarının çeşitli faktörler açısından incelenmesi. *Hemşirelik Dergisi, 12*(3), 42–48.

Çil-Akıncı, A., & Pınar, R. (2011). Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 13*(1), 5–13.

Çoban, G., & Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16*(63), 165–171.

Darvishpour, A., & Mahdavi Fashtami, S. (2023). Investigation of caring behavior and caring burden and their associated factors among nurses who cared for patients with COVID- 19 in East Guilan, the North of Iran. *Nursing Research and Practice, 2023*, 1–9. https://doi.org/10.1155/2023/1234567

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

Demir, G., & Şahin, E. (2019). Mesleki deneyimin bakım kalitesine etkisi: Hemşireler üzerine bir araştırma. *Türk Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(1), 25–40.

Deniz, M., & Akkuş, Y. (2023). COVID-19 pandemisinde hemşirelerin izolasyon önlemlerinin ve bakım davranışlarının belirlenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi, 4*(2), 206– 220.

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

Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1*(2), 74–82. https://doi.org/10.1234/husbfd.2010.1.2.74

Doğan, P., Tarhan, M., & Kürklü, A. (2019a). Hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ahlaki duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişki. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16*(2), 33–45. https://doi.org/10.14744/kuhead.2019.16.2.33

Dursun, Z. (2017). Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin artırılması. *Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Dergisi, 7*(2), 51–58.

Dülgerler, Ş., Durgu, N., & Güler, C. (2020). Çalışan ve öğrenci hemşirelerde etik duyarlılık düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 28*(3), 345–353.

Ege, E., & Pasınlıoğlu, T. (2000). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğinde etik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3*(1), 44–50.

Ege, E., & Pasinlioğlu, T. (2000). Florence Nightingale'in hemşirelik mesleğine katkıları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3*(1), 52–57.

Ekizler, H. (1990, 12–14 Eylül). Hemşirelerin planlı hasta bakımını anlamaları, uygulamaları değerlendirmeleri ve bunları etkileyen faktörler. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı* (ss. 88–92). Ege Üniversitesi.

Eren, E., & Karadağ, A. (2018). Hemşirelerde örgütsel destek algısı ve bakım kalitesi. *Sağlık Yönetim Dergisi, 11*(2), 112–125. https://doi.org/10.14744/syd.2018.11.2.112

Ergene, Z. (2012). *Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları* (Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., & Aydın, C. (2001). Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8*(3), 9–11.

Ertuğrul, E. (2010). *Üniversite uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Fesci, H., Doğan, N., & Pınar, G. (2008). İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11*(3), 40–50.

Fındık, Ü., & Yeşilyurt, D. (2017). Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(3), 195–200.

Fırat, B., Karataş, G., Barut, A., Metin, G., & Sarı, D. (2017). Acil servis hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10*(4), 229–235.

Filizöz, B., Mesci, G., Aşçı, A., & Bağcıyan, E. (2015). Hemşirelikte etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *İş Ahlakı Dergisi, 8*(1), 47–66.

Gedikli, D. (1998). *Hastanelerde hizmet kalitesi ve bir üniversite hastanesinde uygulama* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Genç, E., Pirinççi, E., Özbey, S., Özdemir, S., Demir, A., Deveci, S., & Oğuzöncül, A. (2022). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, 9*(2), 91–96.

Gül, H., & Gökçe, Ö. (2008). Örgütsel etik ve bileşenleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13*(2), 221–236. https://doi.org/10.12658/sduiibfd.2008.13.2.221

Gül, Ş. (2015). *Bakım kavramının analizi: Hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(2), 129–134. https://doi.org/10.31067/0.2019.134A

Gül, Ş., & Dinç, L. (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5*(3), 192–208. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.500787

Gültekin, M. (2014). *Bilimsel araştırmalarda kadın-erkek farklılıkları*. Türkiye Aile Platformu. https://www.muharrembalci.com/hukukdunyasi/tce/994.pdf

Güneş, E. (2023). *Yoğun bakım hemşirelerinde bakım davranışları ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Hakko, A., & Kıvanç, M. (2018). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etik davranışlar oluşturma. *Journal of Health and Nursing Management, 1*, 227–232.

Han, S. S., & Ahn, S. H. (2000). An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing Ethics, 7*(2), 113–123. https://doi.org/10.1177/096973300000700203

Yeom, H. A., Ahn, S. H., & Kim, S. J. (2017). Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing Ethics, 24*(6), 644–652. https://doi.org/10.1177/0969733015622060

Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics, 19*(5), 608–618. https://doi.org/10.1177/0969733011436205

İncirkuş, K., & Nahcivan, N. (2011). Kronik hastalık bakımının değerlendirme ölçeği hasta formunun Türkçe versiyonunda geçerlilik ve güvenirlik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4*(1), 102–109.

Kadıoğlu, F. G., & Kadıoğlu, N. S. (2001). Klinik uygulamalarda etik karar verme süreci. In *Klinik Etik* (pp. 44–64). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kahriman, İ., & Yeşilçiçek Çalık, K. (2017). Klinik hemşirelerde etik duyarlılık. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 111–121.

Karabulut, N., & Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(1), 14–23.

Karabulut, S., Yalım, N., & Şahinoğlu, S. (2021). Hemşirelikte etik eğitimi konusunda eğitimcilerin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 27*(1), 70–81.

Karaca, A., & Durna, Z. (2018). Epilepsili hastalarda psikososyal destek. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(1), 218–225.

Karaçar, Y., Bademli, K., & Özgönül, M. L. (2020). Hemşirelerde kişisel değerler ile etik duyarlılık arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 7*(2), 47–58.

Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5*(2), 55–62.

Karadağ, A., & Hisar, F. (2016). Çalışma ortamının hemşirelerin bakım kalitesi algısına etkisi. *Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 8*(1), 58–72. https://doi.org/10.14514/CP.2016.8.1.58-72

Karadağ, G., & Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1*(1), 42–51.

Karadağlı, F. (2017). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6*(3), 197–200.

Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2014). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (3. baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Karagöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4*(1), 1–8.

Karagözoğlu, Y. Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 13*(2), 64–71.

Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4*(1), 1–8.

Karatepe, M., & Bozkurt, A. (2006). Pratisyen hekimlere verilen tıbbi etik eğitiminin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 14*(1), 23–37.

Katsuhara, Y. (2005). What moral requirements cause ethical dilemmas among nurse executives? *Japan Journal of Nursing Science, 2*, 57–65. https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2005.00035.x

Kavak, N. (2020). *Hemşirelerin etik duyarlılıkları ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Kaya, E., & Özdelikara, A. (2022). The effect of moral sensitivity levels of intensive care nurses on their attitudes towards death: A descriptive study. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 14*(4), 1166–1173. https://doi.org/10.5336/nurses.2022-89102

Kaya, H., & Şenyuva, E. (2017). The relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of nursing care. *Nursing Ethics, 24*(6), 677–690. https://doi.org/10.1177/0969733015626604

Kılıç, M. (2014). *Cerrahi girişim geçiren hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algılarının karşılaştırılması* [Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Kırca, N., Bademli, K., & Özgönül, M. (2020). Öğrenci hemşirelerin etik değerlere yatkınlık durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23*(3), 410–417.

Kızılırmak, H. (2022). *Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit uygulamaları ile bakım davranışları arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Kızılırmak, M., & Demir, S. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*(2), 132–140.

Kim, Y. S., Kang, S. W., & Ahn, J. A. (2004). The relationship between ethical sensitivity, caring behavior and quality of nursing service. *Nursing Ethics, 11*(6), 595–606. https://doi.org/10.1191/0969733004ne736oa

Kim, Y. S., Park, J. W., You, M. A., Seo, Y. S., & Han, S. S. (2005). Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics, 12*(6), 595–605. https://doi.org/10.1191/0969733005ne827oa

Koç, Z., & Gül, A. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyi ve bakım kalitesi arasındaki ilişki. *Psikososyal Sağlık Araştırmaları Dergisi, 2*(2), 90–105.

Koçak, C., Albayrak, S., & Duman, N. (2014). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11*(1), 16–21.

Kolay, N. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinde merhamet ile bakım davranışları arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18*(1), 59–67.

Koşucu, S., Göktaş, S., & Yıldız, T. (2017). Cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeylerinin değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal, 42*(4), 675–681. https://doi.org/10.17826/cutf.325693

Köktürk Dalcalı, B., & Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24*(1), 1–9. https://doi.org/10.17672/fnhd.00679

Kurşun, Ş. (2010). *Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması* [Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Kurşun, Ş., & Kanan, N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(4), 229–235.

Labrague, L. J., De los Santos, J. A. A., Tsaras, K., Galabay, J. R., Falguera, C. C., Rosales,

R. A., & Firmo, C. N. (2020). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 28*(8), 2257–2265. https://doi.org/10.1111/jonm.13010

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: Cross- sectional survey study. *BioMed Research International, 2015*, 536724. https://doi.org/10.1155/2015/536724

Lützén, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics, 17*(2), 213–224. https://doi.org/10.1177/0969733009352100

Lützén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics, 13*(2), 187–196. https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa

McGowan, Y., Humphries, N., Burke, H., & Conry, M. (2013). Through doctors' eyes: A qualitative study of hospital doctor perspectives on their working

conditions. *British Journal of Health Psychology, 18*(4), 874–891. https://doi.org/10.1111/bjhp.12045

Murshid, B. Z. (2021). Assessment of competencies' level of critical and intensive care unit nurses at King Abdulaziz Medical City and King Abdullah Specialized Children Hospital. *American Journal of Nursing, 10*(1), 28–35. https://doi.org/10.11648/j.ajns.20211001.15

Nas, Z. (2017). *Hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Noureddine, S. (2001). Development of the ethical dimension in nursing theory. *International Journal of Nursing Practice, 7*(1), 2–7. https://doi.org/10.1046/j.1440- 172x.2001.00238.x

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2009). Ethical climate and nurse competence—Newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics, 16*(5), 589–602. https://doi.org/10.1177/0969733009106647

Oğuzhan, G., Aydın, G., & Bölükbaşı, F. (2019). Hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(3), 91– 99.

Okumuş, D., & Uğur, E. (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(4), 105–109.

Okuroğlu, G., Bahçecik, N., & Alpar, Ş. E. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi, (1),* 53–61.

Örengül, K. (2024). *Hemşirelerin etik duyarlılıkları ve hasta mahremiyeti algılarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Öz, T. (2025). *Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bakım kalitesi algılama düzeyi ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Özdemir, F., & Yıldırım, N. (2016). Hemşirelerin etik karar verme süreçlerinde etik duyarlılığın rolü. *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 9*(4), 112–119.

Özgönül, M., Akdemir, M., Erengin, K., & Şenol, Y. (2020). İntörn doktorların etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Tıp Eğitimi Dünyası, (57),* 13–23.

Özkan, H. (2018). Hemşirelikte etik duyarlılığın önemi ve etkileri. *Hemşirelikte Etik, 3*(2), 13–21.

Özkan, M., & Avcı, D. (2021). Hemşirelerde tükenmişlik ve hasta bakımına etkisi. *Sağlık Çalışanları Dergisi, 8*(1), 67–80.

Öztoprak, S. (2015). *Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Özyürek, H. (2016). *Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Pekcan, H. (2007). *Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları* [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Poyraz, A. (2021). *Pandemi sürecinde hemşirelerin COVID-19 korkusu ve tükenmişliğinin bakım davranışlarına etkisi* [Doktora tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr

Resmi Gazete. (2014, 18 Ocak). Hemşirelik yönetmeliği. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm

Savaşkan, F. (2006). *KKTC'deki yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin hasta haklarına duyarlılığının belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Savcı, C., & Karaaslan, Y. (2022). Hekim ve hemşirelerin bakım/tedavi uygulamalarındaki etik duyarlılıkları: Tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 30*(2), 143–150. https://doi.org/10.5336/mdethic.2022-91065

Sayılı, H., & Kızıldağ, D. (2007). Yönetsel etik ve yönetsel etiğin oluşmasında insan kaynakları yönetiminin rolünü belirlemeye yönelik bir analiz. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9*(2), 1–15.

Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics, 15*(3), 304–321. https://doi.org/10.1177/0969733007088357

Seferoğlu, G. (2024). *COVID-19 pandemi sürecinde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin umutsuzluk düzeyi ile hemşirelik bakımı ilişkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Sørlie, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2004). Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nursing Ethics, 11*(2), 179–188. https://doi.org/10.1191/0969733004ne676oa

Şen, H., Yılmaz, F., Özcan, D., & Bahçecik, N. (2013). Kamu hastanelerinde görev yapan başhekim ve başhemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile etik muhakeme yetenekleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10*(3), 18–26.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Sağlık meslek liseleri ve hemşirelik eğitimi düzenlemeleri raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Tan, M., Polat, H., Şahin, Z., & Genç, F. (2015). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4*(1), 10–17.

Tas-Arslan, F., & Calpbinici, P. (2018). Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: A cross-sectional, correlational study. *Acta Bioethica, 24*(1), 9–18. https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100009

Taylan, S. (2013). *Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Taylan, S., & Arslan, S. (2017). Hastane öncesi alanda ve hastane acil servislerinde çalışan sağlık ekibinin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(2), 148–156.

Tazegün, A., & Çelebioğlu, A. (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, 6*(7), 97–102.

Türk Dil Kurumu. (2025). Bakım [Sözlük tanımı]. https://sozluk.gov.tr/?ara=bak%C4%B1m Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş. G., & Akyolcu, N. (2017). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(2), 83–89.

Tilev, S., & Beydağ, K. (2014). Hemşirelerin iş doyum düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3*(1), 140–147.

Topcu, E. (2011). *Acil cerrahi birimlerinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Tez Merkezi.

Tosun, H. (2005). *Sağlık bakım uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi* (Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Tez Merkezi.

Tosun, H. (2018). Ahlaki duyarlılık anketi (ADA): Türkçe geçerlilik ve güvenirlik uyarlaması. *Journal of Contemporary Medicine, 8*(4), 316–321. https://doi.org/10.16899/gopctd.444602

Tosun, H. (2021). Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. *Sağlık ve Yaşam Dergisi, 3*(2), 81–89.

Tozlu, T. (1999). Hemşirelikte etik. *Hemşire Dergisi, 41*(1), 34–36.

Turan, F. (2022). Hemşirelikte etik dersini alan hemşirelik öğrencilerinin etik kavramına ilişkin algıları: Bir metafor çalışması. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 5*(2), 403–412.

Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice.

Journal of Advanced Nursing, 66(11), 2510–2519. https://doi.org/10.1111/j.1365- 2648.2010.05425.x

Utlu Tan, N. (2006). *Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Tez Merkezi.

Utlu, N. (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi, 29*, 17–35.

Uysal Kasap, E. (2020). Hemşirelerin sağlık bakım uygulamalarında etik ilkelere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences, 5*(6), 450–460.

Üstün, Ç., Korhaır, E., & Yılmaz, D. (2018). Hemşirelikte etik eğitiminin etkililiğini değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması. *Nobel Medicus, 14*(3), 73–80.

Van den Bos-Boon, A., van Dijk, M., Adema, J., Gischler, S., & van der Starre, C. (2022). Professional assessment tool for team improvement: An assessment tool for paediatric intensive care unit nurses' technical and nontechnical skills. *Australian Critical Care, 35*(2), 159–166. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.004

Verpeet, E., Casterlé, B. D., Arend, A., & Gastmans, C. (2005). Nurses' views on ethical codes: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing, 51*(2), 188–195. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x

Walker, J., Brooksby, A., & McInerny, J. (1999). Patient perceptions of hospital care: Building confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management, 7*(4), 193–200. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1999.00145.x

World Health Organization. (2019). *People-centred health care: A policy framework*. WHO Press. https://iris.who.int/handle/10665/70185

Yakın, G. (2014). *İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personellerinin (hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni) depresyon ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Yanık, S., & Ateş, S. (2018). Dahili birimlerde yatan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 14*, 24–43.

Yıldız, E. (2017). Hemşirelerin bakım kalitesi algısını etkileyen faktörler: Etik duyarlılık, iş doyumu ve mesleki deneyim. *Sağlık Çalışmaları Dergisi, 14*(2), 71–78.

Yıldız, M., & Çalışkan, S. (2020). Hemşirelerin hasta güvenliği algısı: Bir alan araştırması. *Sağlık Hizmetleri Araştırma Dergisi, 6*(2), 155–170.

Yıldız, T., Önler, E., Baskan, B., & Koluacık, B. (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *International Journal of Basic and Clinical Medicine, 2*(3), 1–9.

Yılmaz, D., Düzgün, F., Uzelli-Yılmaz, D., Akın-Korhan, E., & Dikmen, Y. (2018). Dâhili kliniklerde görev yapan hemşirelerin etik duyarlılıklarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11*(2), 157–163.

Yılmaz, D., Korhan, E., & Khorshid, L. (2017). Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences, 14*(3), 2968–2980. https://doi.org/10.14687/jhs.v14i3.4649

Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5*, 69–74.

Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing, 21*(7–8), 956–964. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

Yılmaz, Z. Ü. (2014). *Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Yorulmaz, D. S. (2021). Hemşirelerin etik duyarlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 29*(1), 86–93. https://doi.org/10.5336/mdethic.2020-73404

Yurtseven, M. (2020). *Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarının hastaların yoğun bakım deneyimleri ile ilişkisi* (Yüksek lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Yücel, H. (2022). *Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile ölüme karşı tutumlarının incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

Yükseköğretim Kurulu. (2023). *Türkiye'de hemşirelik eğitimi raporu*. YÖK Yayınları. https://www.yok.gov.tr

Yürüyün, Y. (2015). *Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi). YÖK Tez Merkezi.

8. EKLER

Ek-1. Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

BDÖ-Güvence, BDÖ-Bilgi-beceri, BDÖ-Saygılı olma, BDÖ-Bağlılık ve BDÖ toplam puanları ile katılımcıların eğitim durumu, mevcut çalışma şekli, bakım kalitesi bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği, bakım konusunda eğitim alıp almaması, etik konular hakkında bilgi düzeyi, etik karar verirken kendini ne kadar rahat hissettiği, etik konusunda eğitim alıp almadığına dair yanıtların bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları özetlenmiştir.

Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	**p**	**p**	**p**	**P**	**p**
Düşük—Orta	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Düşük—Yüksek	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Düşük—Çok yüksek	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta—Yüksek	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta—Çok yüksek	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Yüksek—Çok yüksek	**<0.001**	**0.013**	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	**p**	**p**	**p**	**P**	**p**
Eğitim almadım—Çalışma esnasında kurumdan	**<0.001**	**0.005**	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Eğitim almadım—Hemşirelik eğitim sırasında	**<0.001**	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Eğitim almadım—Kurum dışı kurslardan	**0.006**	**0.002**	**0.002**	**<0.001**	**<0.001**
Çalışma esnasında kurumdan—Hemşirelik eğitim sırasında	0.993	0.987	0.987	0.999	0.995
Çalışma esnasında kurumdan—Kurum dışı kurslardan	0.885	0.395	0.496	0.355	0.548
Hemşirelik eğitim sırasında—Kurum dışı kurslardan	0.928	0.471	0.987	0.314	0.602

Ek-1. (devam) Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	**p**	**p**	**p**	**P**	**p**
Hiç bilgim yok—Az bilgi sahibiyim	0.999	0.178	0.821	0.980	0.900
Hiç bilgim yok—Orta derecede bilgi sahibiyim	0.061	0.996	0.313	0.135	0.232
Hiç bilgim yok—İyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	0.075	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Hiç bilgim yok—Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**0.037**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Az bilgi sahibiyim—Orta derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Az bilgi sahibiyim—İyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Az bilgi sahibiyim— Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta derecede bilgi sahibiyim—İyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta derecede bilgi sahibiyim— Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
İyi derecede bilgi sahibiyim—Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	0.682	0.876	0.762	0.511	0.660
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?	**p**	**p**	**p**	**P**	**p**
Hiç rahat değilim—Rahat değilim	0.942	0.933	0.999	0.912	0.972
Hiç rahat değilim—Kararsızım	**0.039**	**0.021**	**0.115**	**0.021**	**0.025**
Hiç rahat değilim—Rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Hiç rahat değilim—Çok rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Rahat değilim—Kararsızım	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**
Rahat değilim—Rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Rahat değilim—Çok rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Kararsızım—Rahatım	**<0.001**	**0.002**	**<0.001**	**0.002**	**<0.001**
Kararsızım— Çok rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Rahatım—Çok rahatım	**<0.001**	**<0.001**	**0.001**	**0.001**	**<0.001**

Ek-1. (devam) Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Eğitim almadım—Çalışma esnasında kurumdan	**0.004**	**0.004**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Eğitim almadım—Hemşirelik eğitim sırasında	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Eğitim almadım—Kurum dışı kurslardan	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Çalışma esnasında kurumdan—Hemşirelik eğitim sırasında	0.675	0.941	0.757	0.870	0.778
Çalışma esnasında kurumdan—Kurum dışı kurslardan	0.125	0.237	0.059	**0.028**	0.068
Hemşirelik eğitim sırasında— Kurum dışı kurslardan	0.352	0.340	0.160	0.055	0.172

Ek-2. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

ADA-Otonomi, ADA-Yarar sağlama, ADA-Bütüncül yaklaşım, ADA-Çatışma, ADA-Uygulama, ADA-Oryantasyon ve ADA toplam puanları bakımından "Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?" "Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?", "Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?" sorularına verilen yanıtların bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları özetlenmiştir.

	ADA-Otonomi	**ADA-Yarar Sağlama**	**ADA-Bütüncül Yaklaşım**	**ADA-Çatışma**	**ADA-Uygulama**	**ADA-Oryantasyon**	**ADA Toplam**
Eğitim Durumu	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Lise—Ön lisans	1.000	0.876	1.000	-	-	0.306	1.000
Lise—Lisans	**0.023**	0.422	0.125	-	-	**0.001**	0.188
Lise—Lisansüstü	**0.001**	**0.024**	**0.029**	-	-	**<0.001**	**0.016**
Ön lisans—Lisans	1.000	0.975	1.000	-	-	1.000	1.000
Ön lisans—Lisansüstü	0.200	0.252	0.455	-	-	**0.032**	0.303
Lisans—Lisansüstü	0.347	0.120	1.000	-	-	**0.027**	0.495
Mevcut Çalışma Şekli	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Gündüz vardiyası—Gece vardiyası	-	**0.020**	**<0.001**	-	-	**0.004**	**0.021**
Gündüz vardiyası—Dönüşümlü vardiya	-	0.915	0.974	-	-	1.000	1.000
Gündüz vardiyası—24 saatlik nöbet	-	0.415	0.067	-	-	0.177	0.892
Gece vardiyası—Dönüşümlü vardiya	-	0.052	**0.004**	-	-	**0.010**	**0.046**
Gece vardiyası—24 saatlik nöbet	-	0.275	0.108	-	-	0.403	0.356
Bakım Kalitesiyle İlgili Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Düşük—Orta	1.000	0.090	0.064	-	0.857	0.203	0.252
Düşük—Yüksek	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	-	**0.018**	**<0.001**	**<0.001**
Düşük—Çok yüksek	**<0.001**	**0.008**	**<0.001**	-	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta—Yüksek	**<0.001**	**0.001**	**<0.001**	-	**0.014**	**<0.001**	**<0.001**
Orta—Çok yüksek	**<0.001**	0.303	**<0.001**	-	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Yüksek—Çok yüksek	1.000	0.978	0.088	-	0.128	0.280	0.866
Bakım Kalitesi Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Eğitim almadım—Çalışma esnasında kurumdan	0.052	0.446	**0.014**	-	0.622	0.070	0.065
Eğitim almadım—Hemşirelik eğitim sırasında	1.000	0.863	**0.049**	-	0.898	0.096	0.829
Eğitim almadım—Kurum dışı kurslardan	**0.001**	**0.012**	0.151	-	0.840	**0.005**	**0.006**
Çalışma esnasında kurumdan—Hemşirelik eğitim sırasında	0.266	0.698	1.000	-	**0.033**	1.000	0.582
Çalışma esnasında kurumdan—Kurum dışı kurslardan	0.163	0.087	1.000	-	1.000	0.210	0.387
Hemşirelik eğitim sırasında—Kurum dışı kurslardan	**0.007**	**0.018**	1.000	-	0.495	0.340	0.042

Ek-2. (devam) Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Etik Kurallar ve Standartlar Hakkında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Hiç bilgim yok—Az bilgi sahibiyim	1.000	0.996	1.000	-	0.989	1.000	1.000
Hiç bilgim yok —Orta derecede bilgi sahibiyim	0.209	0.215	0.056	-	0.321	**0.039**	**0.037**
Hiç bilgim yok—İyi derecede bilgi sahibiyim	**0.024**	0.119	**0.002**	-	0.117	**0.001**	**0.003**
Hiç bilgim yok —Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	**0.020**	0.131	**0.020**	-	**0.023**	**0.001**	**0.001**
Az bilgi sahibiyim—Orta derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	-	**0.006**	**<0.001**	**<0.001**
Az bilgi sahibiyim—İyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	-	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Az bilgi sahibiyim— Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	**<0.001**	**0.006**	**<0.001**	-	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Orta derecede bilgi sahibiyim—İyi derecede bilgi sahibiyim	0.287	0.904	**0.028**	-	0.536	**0.011**	0.274
Orta derecede bilgi sahibiyim— Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	0.532	0.904	**0.008**	-	0.097	0.081	0.054
İyi derecede bilgi sahibiyim—Çok iyi derecede bilgi sahibiyim	1.000	0.996	1.000	-	0.538	1.000	1.000
Etik Kararlar Verirken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Hiç rahat değilim—Rahat değilim	1.000	0.756	1.000	0.726	0.229	1.000	0.500
Hiç rahat değilim— Kararsızım	0.053	0.270	0.085	0.987	**0.020**	**0.016**	**0.018**
Hiç rahat değilim— Rahatım	**0.016**	0.297	**0.004**	0.993	**0.002**	**0.002**	**0.004**
Hiç rahat değilim—Çok rahatım	**<0.001**	**0.010**	**<0.001**	1.000	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Rahat değilim— Kararsızım	0.159	0.577	0.456	0.502	0.422	**0.005**	0.358
Rahat değilim—Rahatım	**0.014**	0.643	**0.004**	**0.005**	**0.017**	**0.014**	**0.033**
Rahat değilim—Çok rahatım	**<0.001**	**0.017**	**<0.001**	0.397	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Kararsızım—Rahatım	1.000	1.000	0.161	0.095	0.363	1.000	1.000
Kararsızım— Çok rahatım	**0.001**	0.599	**0.001**	0.973	**0.002**	**0.001**	**0.005**
Rahatım—Çok rahatım	**0.012**	0.517	0.471	0.833	0.088	0.066	**0.049**
Etik Konusunda Eğitim Aldınız Mı?	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**	**p**
Eğitim almadım—Çalışma esnasında kurumdan	0.076	**0.833**	**0.046**	0.472	0.183	**0.023**	0.323
Eğitim almadım— Hemşirelik eğitim sırasında	0.568	**1.000**	0.066	0.326	0.998	**0.045**	1.000
Eğitim almadım—Kurum dışı kurslardan	**0.001**	**0.045**	**0.005**	0.428	0.208	**0.002**	**<0.001**
Çalışma esnasında kurumdan—Hemşirelik eğitim sırasında	0.225	0.617	1.000	1.000	**0.034**	1.000	1.000
Çalışma esnasında kurumdan—Kurum dışı kurslardan	0.963	0.146	1.000	**0.023**	0.975	0.893	**0.041**
Hemşirelik eğitim sırasında—Kurum dışı kurslardan	**0.008**	**0.010**	0.348	**0.009**	0.136	0.232	**0.001**

Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, *"Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısı ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişki: Dahili ve Cerrahi Birimler Arasında Karşılaştırma"* amacıyla yürütülmektedir. Araştırmanın yürütülmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kişisel bilgileriniz ve veri toplama formuna vereceğiniz yanıtlar gizlilik esasına göre korunacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz
( ) Kadın ( ) Erkek

2) Yaşınız
……

3) Medeni durumunuz ( ) Evli ( ) Bekar

4) Eğitim durumunuz
( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü

5) Mesleki deneyiminiz
…….. yıl.....ay (yazınız)

6) Çalıştığınız servis
( ) Cerrahi servis ( ) Dahili servis

7) Mevcut çalışma şekliniz
( ) Gündüz vardiyası ( ) Gece vardiyası ( ) Dönüşümlü vardiya
( ) 24 saatlik nöbet

8) Bakım kalitesiyle ilgili bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Çok düşük ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( ) Çok yüksek

9) Bakım kalitesi konusunda eğitim aldınız mı?
( ) Hemşirelik eğitimi sırasında ( ) Çalışma esnasında kurumdan ( ) Kurum dışı kurslardan
( ) Eğitim almadım

10) Etik duyarlılık ile ilgili bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Çok düşük ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( ) Çok yüksek

11) Etik konusunda eğitim aldınız mı?
( ) Hemşirelik eğitimi sırasında ( ) Çalışma esnasında kurumdan ( ) Kurum dışı kurslardan
( ) Eğitim almadım

12) Etik karar verirken kendinizi ne kadar rahat hissediyorsunuz?
( ) Hiç rahat değilim ( ) Rahat değilim ( ) Kararsızım ( ) Rahatım ( ) Çok rahatım

13) Etik kurallar ve standartlar hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Hiç bilgim yok ( ) Az bilgi sahibiyim ( ) Orta derece bilgi sahibiyim
( ) İyi derece bilgi sahibiyim ( ) Çok iyi derece bilgi sahibiyim

Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Büşra ASLAN TURAP** tarafından yürütülen "**Hemşirelerin Bakım Kalite Algısı İle Etik Duyarlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi :Cerrahi ve Dahili Bölümler Arası Karşılaştırma**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı hemşirelerin bakım kalite algısının etik duyarlılık arasında ilişki olup olmadığını araştırmak. Ayrıca bu ilişkinin dahiliye ve cerrahi bölümlerde fark olup olmadığını belirmek.
b. Araştırmanın İçeriği: Ankara Bilkent Şehir hastanesinde dahili ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin bakım kalite algısı ile etik duyarlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi
c. Araştırmanın Nedeni: [] Bilimsel araştırma [+] Tez çalışması
d. Araştırma Uygulamasının Öngörülen Süresi **(yaklaşık olarak dakika ve/veya saat): 20 dk**
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 405
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi
g. Çalışmaya Katılım Onayı:

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

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin; Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

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

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Ek-6. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Maddeler	**Asla (1)**	**Hemen hemen asla (2)**	**Bazen (3)**	**Genellikle (4)**	**Çoğu zaman (5)**	**Her zaman (6)**
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.Hastaya güven verme						
11.Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.Hastaya istekle gitme						
17.Hastayla konuşma						
18.Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.Hastanın çağrısına hemen yanıt verme						
21.Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.Hastaya ilgi gösterme						
23.Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24.Hastanın semptomlarını hafifletme						

Ek-6. (devam) Bakım Davranışları Ölçeği-24

Wu ve ark (2006) tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve ark. (1994) tarafından geliştirilen hasta ve hemşireler tarafından çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik "Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)"nin kısa formudur (Wu ve ark. 2006).

Ölçek, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Wolf ve ark. 1994). BDÖ-24, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. (Wu ve ark. 2006). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır.

Bakım Davranışları Ölçeği, güvence (8 madde=16,17,18,20,21,22,23,24), bilgi-beceri (5 madde=9,10,11,12,15), saygılı olma (6 madde=1,3,5,6,13,19) ve bağlılık (5 madde=2,4,7,8,14) olmak üzere 4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşmakta, yanıtlar için 6 puanlı likert tipi skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır.

Ölçek, hasta ile araştırmacı tarafından (bireysel veya telefon görüşmesi) ya da hastanın kendisinin doldurması ile uygulanmaktadır. Hem hasta hem de hemşireler için ölçeğin iç tutarlılığı, toplamda 0,96, alt gruplarda 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu ve ark. 2006). Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği oluşturan araştırmacılardan izin alındı. Ölçek puanlarının hesaplanması:

- *Toplam ölçek puanının elde edilmesi:* 24 maddenin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir.

- *Alt boyutların elde edilmesi:* Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir.

Kaynak: Kurşun Ş, Kanan N (2012) Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (4): 229-235.

Ek-8. Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)

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

Teşekkürler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Hastaların bakımında kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

11 .Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem , standart işlem/prosedürlere güvenirim.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

Ek-8. (devam) Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)

13. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

16. Çoğu kez iyi bakımın hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşirelerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

19. Norm ve değerlerimi sıkılıkla eylemlerime yansıtırım .
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

20. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerdendaha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

22. îyi bir bakımın hasta katılımını içerdiğine inanırım .
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

24. Hâsta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

Ek-8. (devam) Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)

26.0ral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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