

← Adınızı soyadınızı giriniz



Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak  
Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;  
← Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya  
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak  
(sol yandaki gibi) olacak.

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**HEMŞİRELERİN KİŞİSEL DEĞERLERİ İLE ETİK  
DUYARLILIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
BELİRLENMESİ**

**BERNA KÖKTÜRK**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. MERDİYE ŞENDİR**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**






**İSTANBUL-2013**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Berna Köktürk tarafından hazırlanan Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Uyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

31 / 07 / 2013

### Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>   | <u>İmzası</u>  |
|---|--|
| 1.Doç.Dr.Deniz Öztekin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi         |  |
| 2. Doç.Dr. M.Nihal Esin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                |  |
| 3.Doç.Dr. Merdiye Şendir ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi       |  |
| 4.Doç.Dr. Yasemin Kutlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr. Ayşegül Oksay Şahin Karabük Üniversitesi / Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi  |  |

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Berna KÖKTÜRK



## İTHAF

*'Hayatım boyunca aldığım tüm kararlarda beni maddi manevi destekleyen hayatıma  
anlam katan anneme ithaf ediyorum'*

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, bana güç veren, ufkumu genişleten, öğrencisi olmakla her zaman gurur duyduğum ve duyacağım tez danışmanı hocam Doç. Dr. Merdiye Şendir'e,

Bilimsel bilgi ve deneyimleri ile mesleki gelişimime katkıda bulunan hocalarım başta Doç. Dr.Rengin Acaroğlu, Doç. Dr. Hatice Kaya olmak üzere Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim elemanlarına,

Hayatımın her anında en büyük destekçim olduğunu hep hissettiğim nişanlım Adem Dalcı'ya

Tezimin planlama ve veri toplama aşamasında beraber çalışma şansını yakaladığım Yalova Devlet Hastanesi'ndeki meslektaşlarıma,

Eğitimim boyunca yardım ve manevi desteğini esirgemeyen arkadaşlarım Mine Çolak, Şeyda Can, Meryem Ünülü'ye,

Aynı okulda meslektaş olarak çalışmaktan her zaman gurur duyduğum ve zor zamanlarımda kurtarıcısı sevgili halam Öğr. Gör. Meral Köktürk'e,

Bana eğitimim boyunca evinin kapılarını açan sevgili arkadaşım Serap Köktürk'e,

Çalışmaya katılan tüm hemşire meslektaşlarıma,

Hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim, bana güç veren ve varlıkları ile hayatıma anlam katan canım aileme, özellikle anneme,

Ve adını saymadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla ve tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	Vİİİ
ÖZET .....	İX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Değer.....	4
2.1.2. Değer Türleri.....	8
2.1.2.1. Kişisel Değerler.....	8
2.1.2.2. Profesyonel Değerler.....	12
2.2. Etik.....	13
2.2.1. Etik Türleri.....	17
2.2.1.1. Betimsel(Deskriptif) Etik.....	17
2.2.1.2.Metaetik.....	17
2.2.1.3. Kuralcı (Normatif) Etik.....	17
2.3. Hemşirelik ve Etik.....	18
2.3.1. Etik İnkilem ve Etik Karar Verme.....	21
2.3.2. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar.....	23
2.3.2.1. Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi.....	24
2.3.2.2.Özerklik/Bireye Saygı İlkesi.....	24
2.3.2.3. Adalet ve Eşitlik İlkesi.....	25
2.3.2.4. Gizliliğin Korunması ve Sır Saklama.....	25
2.3.3. Etik Duyarlılık.....	26
2.4. Kişisel Değerler ve Etik Duyarlılık Arasındaki İlişki.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33

3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	33
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.1. Yapılandırılmış Soru Formu.....	34
3.4.2. Değerler Hiyerarşisi Ölçeği.....	34
3.4.3. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA.....	35
3.5. Verilerin Toplanması.....	38
3.6. Araştırmanın Etik Yönleri.....	38
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	39
3.8. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Olumsuz Durumlar .....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	41
4.2. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerine İlişkin Bulgular.....	43
4.3. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Hemşirelerin Kişisel Değer Tercihleri ile Etik Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	59
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması....	61
5.2. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması..	69
5.3. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimleri İle Etik Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	74
KAYNAKLAR.....	78
FORMLAR.....	87
ETİK KURUL KARARI.....	99
ÖZGEÇMİŞ.....	102



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Değer Tercihleri İfadeleri ve Değer Türleri.....	35
Tablo 3-2:Ahlaki Duyarlılık Anketi Maddeleri ve Alt Boyutları.....	36
Tablo 3-3: Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı.....	37
Tablo 4-1: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri (N=170).....	42
Tablo 4-2: Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerinin Dağılımı (N=170).....	43
Tablo: 4-3: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değer Seçimlerinin Karşılaştırılması(N=170). ....	45
Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değer Seçimlerinin Karşılaştırılması(devam) (N=170).....	47
Tablo 4-5:Hemşirelerin ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları(N=170) .....	49
Tablo 4-6:Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170).....	50
Tablo 4-7:Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170).....	51
Tablo 4-8:Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=170) .....	53
Tablo 4-9:Hemşirelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumlarına Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170).....	55
Tablo 4-10: Hemşirelerin Mesleki Deneyim Yıllarına Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170).....	56
Tablo 4-11:Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=170).....	58
Tablo 4-12:Hemşirelerin Temel Tercihlerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=170) .....	60

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

**ADA:** Ahlaki Duyarlılık Anketi

**ANA :** American Nurses Association- Amerikan Hemşireler Derneği

**DHÖ:** Değerler Hiyerarşisi Ölçeği

**ICN:** International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi

**THD:** Türk Hemşireler Derneği

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**UKCC:** United Kingdom Central Council for Nursing-İngiliz Hemşireler  
Merkez Konseyi

## ÖZET

Köktürk, B.(2013). Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları, AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çalışma, hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini, Yalova ilinde bulunan iki devlet hastanesi ile iki özel hastanede çalışmakta olan hemşireler, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 170 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri, ‘Yapılandırılmış Soru Formu’, ‘Değerler Hiyerarşisi Ölçeği (DHÖ)’ ve ‘Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)’ ile toplandı. Veriler bilgisayarda SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Örneklemdaki hemşirelerin yaş ortalaması  $32\pm 7,41$  yıl, çoğunluğu kadın (%94,1), lisans mezunu (%54,1) ve 1-15 yıl arasında (% 76,4) mesleki deneyime sahipti. Hemşirelerin DHÖ ile değerlendirilen kişisel değer seçimlerinde, benzer oranlar (%28,2) ile *siyasi* ve *ahlaki* değerlerin ilk iki sırada yer aldığı görüldü. Daha sonra üçüncü sırada (%22,9) *dini*, dördüncü (%20,0) *sosyal*, beşinci (% 25,3) ve altıncı (% 23,5) olarak *iktisadi* değerlerin tercih edildiği ve yedinci (% 23,5) değer seçiminin de yine *sosyal* değerler olduğu saptandı. Estetik ve teorik değerler ise yedi değer sahası içinde öncelikli tercihler arasında bulunamadı. Hemşirelerin **ADA toplam** ( $X\pm SS$  76,33 $\pm$ 22,84) ve alt boyutları (otonomi 17,74 $\pm$ 4,61; yarar sağlama 11,90 $\pm$ 4,32; bütüncül yaklaşım 12,61 $\pm$ 4,17; çatışma 6,74 $\pm$ 2,65; uygulama 9,59 $\pm$ 2,99; oryantasyon 9,87 $\pm$ 3,90) puan ortalamalarına göre yüksek etik duyarlılık düzeyine sahip oldukları belirlendi

Hemşirelerin temel kişisel değer tercihlerine göre etik duyarlılık düzeylerinin farklılaştığı, sosyal değerleri temel olarak benimseyen hemşirelerin en yüksek iktisadi değerleri temel değer tercihi olarak benimseyenlerin ise en düşük etik duyarlılık düzeyine sahip olduğu görüldü.

Sonuç olarak, hemşirelerin temel kişisel değer tercihlerine göre etik duyarlılık düzeylerinin farklılık gösterdiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Etik, Etik Duyarlılık, Kişisel Değerler.

## ABSTRACT

Köktürk, B.(2013). Determining the Relationship Between Nurses' Personal Values and Their Ethical Sensitivity Level. Istanbul University, Institute of Medical Sciences, Fundamentals of Nursing Department, Master's Degree Dissertation. Istanbul.

The study was performed as descriptive, comparative and correlational to evaluate the personal values and ethical sensitivity level of the nurses and to examine the relation in-between.

The scope of the research is the nurses who are working in two state and two private hospitals in the province of Yalova. Sample of the research are 170 nurses who accepted to take part in this research. The data of the research were collected by using "Structured Questionnaire", "Hierarchy of Values Scale" and "Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ" and analyzed by using SPSS 15.0 Statistical Package for Social Sciences.

The statistical features of nurses who took part in the research are as follows: The mean age of sample is  $32\pm 7,41$ . Most of the nurses are women (% 94,1). %54,1 of them have bachelor's degree and % 76,4 of them have 1-15 year work experience. Among the value choices of the nurses, *political and moral* values ranked first and second with similar percentage among the nurses in the sample (%28,2). *Religious* values ranked the third (%22,9), *social* values ranked fourth (%20,0), *economic* values ranked fifth (%25,3) and sixth (%23,5). The social values ranked seventh with %23,5. *Aesthetic* and theoretical values were not found among priority preference in the seven values area. The nurses' ADA total (( $X\pm SS$  **76,33 $\pm$ 22,84**) and its sub-dimensions (*autonomy* is  $17,74\pm 4,61$ ; *expressing benevolence* is  $11,90\pm 4,32$ ; *holistic approach* is  $12,61\pm 4,17$ ; *experiencing conflict* is  $6,74\pm 2,65$ ; *following praxis* is  $9,59\pm 2,99$ ; *relational orientation* is  $9,87\pm 3,90$ ) are found to have high ethical sensitivity levels according to mean marks.

It is seen that nurses ethical sensitivity levels differ according to their basic personal value preferences. The findings show that nurses who adopt social values as their basic value have high ethical levels and nurses who adopt economic values as their basic value have the lowest ethical sensitivity level.

In conclusion, it is determined that ethical sensitivity levels vary according to nurses basic personal value preferences.

**Key Words:** Nursing, Ethics, Ethical Sensitivity, Personal Values.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini araştıran bir felsefe dalı olarak etik, gün geçtikçe hemşirelikte önem kazanmaktadır. Çünkü hemşirelik, sağlıklı/hasta bireyi bütüncül yaklaşımla ele alarak ailesi, yakın ve geniş çevresiyle birlikte değerlendiren hümanistik ve holistik bakım felsefesine odaklanır (Karaöz 2000; Acaroğlu 2012; Şendir 2012). Hemşireliğin odağını oluşturan bakım, hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşirenin kendi değer ve ödevlerinin çatışması için uygun bir süreçtir (Acaroğlu 2003). Hemşirenin sağlıklı/hasta bireye sunduğu bakım esnasında yaşanan bu çatışmalar etik ikilemlerin nedenini oluşturur. Değer çatışmaları ile etkili bir şekilde başa çıkabilmek için hemşirenin kişisel değerlerinin farkında olması önemlidir. Böylesi bir yaklaşım hemşirenin net ve dikkatli kararlar verebilmesini destekleyerek daha etkili iletişim kurmasını ve bakım vermesini mümkün kılar (Karabacak 2013).

Bilim ve teknolojiye ilerlemelerin birtakım değer sorunlarının ortaya çıkışına neden olması sağlık alanında etiğin önemini arttırmakta, bilimsel bilgi içeriği gittikçe zenginleşen hemşirelik, çalıştığı alanlara özgü mesleki ve etik problemleri çözümlenemeyen durumda kalmaktadır. Toplumdaki teknolojik / organizasyonel değişimler, kaynakların paylaşımı, birey hakları ve değişen roller; çalışma ortamında uygulayıcı pozisyonundaki hemşirelik mesleğinin yüzyüze kalabileceği etik sorunlara yol açabilmektedir (Karaöz 2000;Aslan ve ark. 2003).

Etik ikilem; iki ya da daha fazla seçenek olduğunda, hangi seçeneğin daha iyi olduğuna karar verme güçlüğü olduğunda ve mevcut gereksinimler var olan alternatiflerle çözümlenemediğinde ortaya çıkar (Elçigil ve ark. 2011). Literatürde, hastaların bakımı ve tedavisi konusunda ekip üyeleri arasında/kurumda farklı yaklaşımların bulunması, hasta haklarının korunması, terminal dönemdeki hastanın bakımı, aydınlatılmış onam alma, sınırlı kaynakların paylaşılması ve meslektaşların etik dışı tutumları gibi nedenlerle hemşirelerin etik ikilem yaşadıkları belirtilmektedir (Karaöz 2000; Başak ve ark. 2010; Elçigil ve ark. 2011). Hemşirelerden karşılaştıkları bu etik ikilemler karşısında doğru karar

verebilmeleri beklenmektedir. Ancak hemşirelerin, etik problemleri tanınması ve çözümlenebilmesi konusunda doğru kararları alabilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Etik duyarlılık kültür, din, eğitim ve yaşam deneyimlerinden etkilenir. Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilir, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemek ile devam ettirilir (Pekcan 2007).

Bireylerin değer ve ilkelerinde farklılık varsa etik ikilemden söz edilmektedir. Etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanır (Fry 2000). Bu durumda etik ikilemin farkedilebilmesi ve çözülebilmeye için gerekli olan etik duyarlılık bakım veren hemşirenin kendi kişisel değerlerinden etkilenir.

Değer; bireyin davranışları için rehber kabul ettiği, kıymet verdiği, bir standart olarak kullandığı kişisel algıları ile duyusu, inancı belirtir. Bu anlamda değerler insan davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Diğer bir deyişle değer, bir düşünce bir inanç, kişi, nesne ya da davranışın değerliliği, doğruluğu, gerçek ve güzelliği hakkında bireysel duygulardır. Temel insan gereksinimlerini karşılamada değerler ve inançlar, sağlık alışkanlıklarını ve hastalığa verilen yanıtları bireyin yaşam biçimine yansıyan davranışları etkiler (Orak 2005; Babadağ 2010; Altun 2012).

Bir değer, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, bir eylem yol göstermesi, durum ve konulara uygun tutum sergilemesi ve geliştirmesi, kendi ve diğerlerinin ahlaki kararları ve başkaları ile kendini karşılaştırmak için bir standart ya da kriter olarak alınır (Özsoy ve Vatan 2007). Karar verme sürecine katkıda bulunan temel unsurlar olan kişisel değerlerin tanımlanması, davranışların daha açık olarak anlaşılmasını sağlar. Bu nedenle hemşirelerin kendi değerlerinin farkında olması ve bunların insan davranışlarını nasıl etkilediğini bilmesi, hastalarına daha duyarlı bir bakım vermesine yardımcı olacaktır (Karaöz 2000).

Literatür incelemeleri sırasında hemşirelerin kişisel değerlerini ve etik duyarlılık düzeylerini araştıran çalışmalara ayrı ayrı rastlanmıştır fakat bunların arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanamamıştır (Altun 2001; Altun 2003; Tosun 2005; Pekcan

2007). Bu nedenle çalışma, hemşirelerin davranış ve kararlarına yön veren hemşirelerin kişisel değerler ile etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte planlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların, hemşirelik eğitimi müfredatlarının geliştirilmesine ve hizmetiçi eğitim programlarında etik konularının eğitime rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Değer

Değer kavramı, hemen hemen bütün bilim dallarında konu edilen geniş bir alana işaret etmektedir. Başlangıçta felsefe bilimi içinde incelenen ve ahlak kuralları ile bağlantısı kurulan değerler, günümüzde daha çok psikoloji, sosyoloji, antropoloji, işletme ve tıp bilimlerinin ilgi alanına girmiştir (Baloğlu ve Balgamiş 2005; Yılmaz 2009; Aydın 2011; Horley 2012).

Değerler duyuşsal alan içerisinde yer alan düşünce ve eylemlerimizi etkileyen, onlara yön veren zihinsel olgulardır. Toplumsal değişim değerlerin yeniden ele alınmasını ve değer öğretiminin önem kazanmasını kaçınılmaz kılmıştır. Her davranışın temelinde değer ya da değerler vardır (Demircioğlu ve Tokdemir 2008).

Değerler kavramsal olarak üzerinde çok durulan bir konu olmasına rağmen, değer kavramının yeterince açıklığa kavuşturulduğunu söylemek zordur. Davranış bilimciler ve sosyal psikologlar değerlerin bir yandan bireysel tutum ve davranışları, bilişsel süreçleri etkilediğini, diğer yandan toplumun kültürel kalıplarıyla etkileşimde bulunduğunu ve onları yansıttığını kabul etmektedirler. Psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi değer kavramı ile yakından ilgili davranış bilimcilerince geliştirilen yöntemler ve ulaşılan sonuçlar bakımından değer kavramının üzerinde büyük ölçüde ortak anlayış olduğu görülmektedir. Bireylerin her davranışı dolaylı ya da dolaysız olarak değerler tarafından yönlendirilmektedirler (Uçar 2009).

Değer Türk Dil Kurumu'na 'Bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin değdiği karşılık, kıymet' ve 'Kişinin, isteyen, gereksinme duyan, erek koyan bir varlık olarak, nesne ile bağlantısında beliren şey' olarak tanımlanmıştır.



Değer; bir şeyin arzu edilebilir veya edilemez olduğu hakkındaki inançtır. Değer bir inanç olmak bakımından, dünyamızın belli bir kısmıyla ilgili idrak, duygu ve bilgilerimizin bir terkibi demektir (Güngör 2010).

Değer; bireyin davranışları için rehber kabul ettiği, kıymet verdiği, bir standart olarak kullandığı kişisel algıları ile duyusu, inancı belirtir. Bu anlamda değerler insan davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Bir diğer deyişle değer, bir düşünce, bir inanç, kişi, nesne ya da davranışın değerliliği, doğruluğu, gerçek ve güzelliği hakkında bireysel duygulardır (Babadağ 2010).

Rokeach'e göre değerler, bireylerin ideal davranış tarzları veya yaşam amaçları hakkındaki inançları olup davranışa farklı şekillerde rehberlik eden çok yönlü standartlardır. Rokeach, değerleri amaçsal ve araçsal değerler olmak üzere iki grupta ele almaktadır. Amaçsal değerler yaşamın temel amaçları; araçsal değerler ise bu amaçlara ulaşmak için başvurulan davranış tarzları ile ilgilidir. Her birey, önem hiyerarşisi içinde düzenlenmiş, kendi değer sistemini oluşturan amaçsal ve araçsal değerler setine sahiptir. Değer sistemleri de bireyin algılama, tutum ve davranışlarına yön veren standartlardır (Uyguç 2003).

Değerler; olması gerekene ilişkin ve davranışlara rehberlik eden inanç ve tutumlardır. Sosyal bilimlerde değerleri kişilerin ya da grupların kabul ettiği ve içselleştirdiği standartlar olarak görürler. Filozoflar ise kaliteli olan eylemler şeklinde tanımlamaktadırlar (Ochsner 1996).

Değer konusunda en geçerli çalışmaları yürüten Schwartz ve Bilsky çeşitli kuramcılarının üzerinde uzlaştıkları özelliklerden yola çıkarak değerleri şöyle tanımlamışlardır: (Aktepe 2008; Yalar 2010).

- (1) Değerler inançlardır. Ancak, tümüyle nesnel, duygulardan arındırılmış fikir niteliği taşımazlar; etkinlik kazandıklarında duygularla iç içe geçerler.
- (2) Değerler, bireyin amaçlarıyla (eşitlik gibi) ve amaçlara ulaşmada etkili olan davranış biçimleriyle ilişkilidirler.

(3) Değerler, özgül eylem ve durumların üzerindedirler. Örneğin; itaatkârlık değeri, işyerinde, okulda, aile içinde, arkadaşlarla ya da tanımadığımız kişilerle olan ilişkilerimizin tümünde geçerlidir.

(4) Değerler, davranışların, insanların ve olayların seçilmesini ya da değişimini yönlendiren standartlar olarak işlev görürler.

(5) Değerler, taşıdıkları öneme göre kendi aralarında sıralanırlar. Sıralanmış bir değerler kümesi, değer önceliklerini belirleyen bir sistem oluşturur. Kültürler ve bireyler sergiledikleri değer öncelikleri sistemleri ile betimlenebilirler.

Genellikle “değer” denen şeylere bakıldığında, büyük bir çeşitlilikle karşı karşıya gelinmektedir. Sevgiye-saygıya, dürüstlüğe-doğruluğa, “değer” dendiği gibi, bilime, felsefeye, sanata, eşitliğe, özgürlüğe de “değer” denmektedir. Yine iyiye güzele- doğruya ve insanların “iyi” dediği hemen hemen her şeye de değer dendiği görülmektedir (Kahraman 2003).

Öğrenilmiş inançlar olarak tanımlanan değerler, bireyin düşünce, tutum, davranış ve yapıtlarında birer ölçüt olarak ortaya çıkar ve toplumsal bütünselliğin ayrılmaz bir ögesini oluşturur. Bir toplumun yaşamında, her şey değerlere göre algılanır ve diğerleri ile karşılaştırılır (Bulut ve İşman 2004; Dilmaç ve ark. 2008).

Değerler bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlara sahiptirler. Değerlerin bilişsel boyutu vardır; bir kişi bir değere sahip ise, hareket etmek için istenir yolun ne olduğunu veya istenen sonuca ulaşmak için ne yapması gerektiğini biliyor demektir. Değerlerin duygusal boyutu, kişinin sadece duygusal olarak herhangi bir şeyin karşısında ya da onun yanında olabileceğini, söylemektedir. Değerlerin uyarıldığı zaman bireyin hareket etmesini sağlayan müdahaleci özelliğinden dolayı bir de davranışsal boyutu bulunmaktadır. Değerler aktif hale gelerek davranışa neden olan ve davranışı yönlendiren değişkenlerdir (Akbaş 2008; Korkmaz Devrani 2010; Cozma 2011).

Değerler, sosyal yaşantıların ölçütlerini oluşturur. Bir davranış biçimini öbürüne tercih etmede değerler önemli bir rol üstlenmektedir. Başka bir bakış açısından, değerler davranışların kaynaklarını oluşturduğu gibi ölçütlerini de belirler. Belirli bir davranışı

oluşturmada etkin olan değer onun nasıl olduğuna da karar verir. Değerler bir kişinin veya sosyal grubun kabul ettiği standartlar, inançlar veya moral ilkeleridir (Sarı 2005).

Değerlerin insanların günlük uygulamaları, tutum ve tercihleri ile ilgili olduğu kabul edilir (Dağlar 2012). Değerler güçlü motivasyon kaynaklarıdır. İnsanlar değer verdikleri davranışları diğer davranışlara tercih edebilir ya da değerlerine dayalı davranışlarında çok daha tutarlı olabilirler (Rassin 2008). Bu anlamda bakıldığında değerlerinin farkında olan bireylerin, kendilerine daha çok güvendiklerini ve davranışlarının nedenlerini çok daha kolay açıklayabildikleri düşünülmektedir.

Değerlerin gelişimini açıklamak amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Rokeach, değer kavramının iki farklı şekilde ifade edildiğini söylemektedir. Bunların öncelikle 'kişinin herhangi bir değere sahip olması veya herhangi bir nesneye yüklenen değer tarzında ifade edildiğini söylemektedir. Piaget, değer gelişiminin 4 evre boyunca, sağlam bir nörolojik sistem, çevresel etkileşim ve uyarının var olması koşuluyla gerçekleştiğini belirtir. Piaget'in evleri (1) Duyusal Hareket (2) İşlem Öncesi (3) Somut İşlemler (4) Soyut İşlemler şeklindedir. Kohlberg, Piaget geleneğinde yetişmiş ve onun bazı temel görüşlerini geliştirmeye çalışmıştır. Kohlberg esas olarak Piaget'in aşamalarının yeniden düzenlenmesi gerektiğini öne sürmüştür, ahlaki gelişiminin 11 yaşından itibaren olgunluğa başladığı görüşünü red etmiştir. Kohlberg, bu aşamayı 16 yaşına kadar uzatmıştır. Gilligan, Kohlberg tarafından tanımlanan, kişisel özgürlük ve hakların öncelikli olduğu adalet etiğinin aksini düşünmüştür. Gilligan, kadınların ahlaki zorunluluğunun bir başkası ile ilişkiye ve onun için sorumluluğa dayandırıldığı bakım etiğini kullandıklarını belirtmiştir (Demirutku 2007; Özkul 2007; Güngör 2010; Orak 2012).

Değerler ve değer sistemi, bireyde, özgül kültürlerden yola çıkarak bilinçli ya da bilinçsizce oluşur. Başarılı ve üretken davranışlar, sağladığı toplumsal yanıtların olumlu etkisi, onaylanması bireyi, benzer hareketleri taklide daha sonra yinelemeye ve kalıcılığa giden davranışlarla donatır. Birey, değer sistemini kendi çevresi ve kültüründe oluştururken değer seçiminde değişik yollar kullanır ve değişik deneyimlerden yararlanır (Babadağ 2010).

Değer taşınmasının en yaygın yolları şunlardır; (Sarı 2005; Orak 2005; Uçar 2009; Babadağ 2010).

**Model Olma:** Çocuklar anne babalarını, akranlarını ve önemli birilerini gözlemleyerek neyin yüksek neyin düşük değere sahip olduğunu öğrenirler. Böylece model olma sosyal olarak davranışların kabul edilebilir ya da kabul edilemez olduğunu gösterir.

**Değerleri Ahlaklandırma (Değerin Kıymetini Belirleme):** Çocuğa farklı değerlerin kıymetini belirlemesi için, ebeveyn/sosyal kurumlar tarafından izin verilerek, deneyim ile değer ahlaklandırılması ile bir değer sisteminin öğrenimi sağlanır.

**Yaparak Öğrenme (Bırak Yapsın):** En iyi değerlerin bir arada oluşturduğu değerler dizisinin çocuğa sunumundan önce, kendi kendine değerleri keşfetmesi ve değer sistemini geliştirmesinde özgür bırakılma yoludur. Bu tür değer geliştirme yaklaşımında çocuğa ya hiç ya da çok az rehberlik yapılması önerilmektedir.

**Ödüllendirme ve Cezalandırma:** Çocuklar ailelerin benimsediği değerleri gösterdiklerinde ödüllendirilir ve kabul edilmeyen değerleri gösterdiklerinde cezalandırılır.

**Sorumlu Seçme Hakkı:** Çocuklar birbiriyle yarışan değerleri araştırmaya ve bilinçlerini genişletmeye teşvik edilir. Çocuklar kişisel değer sistemi geliştirdikleri için destek ve rehberlik önerilir.

### 2.1.2. Değer Türleri

Genel olarak değerler anlamlı veya önemli oldukları düşünülen ahlaki inançlar, idealler, ilkeler, kurallar, standartlar veya niteliklerdir. Değerler kişisel ve profesyonel olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir (Altun 2012).

#### 2.1.2.1 Kişisel Değerler

Kişilerin kendi özel deneyimlerinden öğrendikleri değerler kişiye özgü değerleri oluşturmaktadır. Lamberton ve Minor (1995) bu değerleri aracı ve sonul değerler olarak sınıflandırmaktadır. Hırs, yeterlilik, cesaret, yardımseverlik, dürüstlük vb. gibi değerler

aracı değerler olarak nitelendirilmektedir. Rahat bir yaşam, başarı, yaşamdan zevk alma, kendine saygı vb. gibi değerler ise sonul değerler olarak nitelendirilmektedir. Kişisel değerlerin bir ölçüt olarak rolü, değerler ve davranışlar arasındaki ilişkiyi açıklamaktır (Dönmez ve Cömert 2007).

Kişisel değerler; bireylerin özel yaşamlarında değerli olduklarını düşündükleri güçlü aile bağı gibi niteliklerdir (Öztürk 2010). Değerler bireyin düşünce, tutum, davranış ve yapıtlarında birer ölçüt olarak ortaya çıkarlar ve toplumsal bütünselliğin ayrılmaz bir ögesini oluştururlar. Bu süreçte değerlendirdiğimiz değerler insanların kişiliğinin oluşmasına da katkı sağlamaktadır. Bir toplumun yaşamında, her şey değerlere göre algılanır ve diğerleriyle karşılaştırılır. Bireyler, içinde yaşadıkları grup, toplum ve kültür değerlerini genellikle benimseyerek, bunları muhakeme ve seçimlerinde birer ölçüt olarak kullanırlar (Dilmaç ve ark. 2009).

Değerler, kişinin hedefleri ile bunlara ulaşmada etkili olan davranış biçimleriyle (hak bilirlilik, yardım severlik gibi) ilişkilidir. Değerler, özgül eylem ve durumların üzerindedir. Örnek olarak, itaatkârlık değeri, kişinin işte ya da okulda, aileyle, arkadaşlarla veya tanımadığı kişilerle olan ilişkilerinin tümünde geçerlidir. Değerler, davranışların, insanların ve olayların seçilmesini ya da değişimini yönlendiren standartlar olarak işlev görmektedirler (Topdal 2012).

Değerler ile insanlar arasındaki ilişki karşılıklıdır; değerler insanları, insanlar değerleri yaşatır. Ancak değerler genç-yaşlı, kadın-erkek, okumuş-okumamış, zengin-fakir gibi sosyal kategorilere göre farklı düzeylerde algılanmaktadır (Aydın 2003).

Değer, belirli bir durumu bir diğerine tercih etme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Değerler, davranışlara kaynaklık eden ve onları yargılamaya yarayan anlayışlardır. Değerler ayrıca, bireylerin neyi önemli gördüklerini tanımlayarak isteklerini, tercihlerini, arzu edilen ve edilmeyen durumları gösterir (Erdem 2003).

Değer, aynı zamanda bireyin kendi yaşamında neyin doğru, neyin yanlış olduğu konusundaki geliştirdiği inançları, arzu edilen ve edilmeyen yargıları olarak ele alınabilir.

Bir anlamda değer, yaşamı daha saygın kılmak için oluşturulan yargılardır (Dilmaç ve ark. 2009).

Rokeach, değerlerin üç işlevi olduğunu belirtmiştir. Bunlardan ilki değerlerin düzeltici ve ayarlayıcı işlevidir. Bu işlevde; kişi kendisi ya da diğer insanlar için kötü bir biçimde, bir değere sahip olmayı bekleyemeyeceği için, bu değerleri öncelikle bilişsel, sosyal ve kişisel olarak daha savunulabilir olan değerlere dönüştürmelidir. İkincisi, değerlerin benlik koruyucu gereksinimlere hizmet edebileceğini belirterek değerlerin ego koruyucu işlevinden bahsetmiştir. İnsanların erdem, başarı algısı gibi son durumlar ile bağımsız, tutarlı ve yeterli olarak davranış tarzlarına önem vermeleri ise değerlerin üçüncü işlevi olan bilgi veya kendini gerçekleştirme işlevidir (Memiş ve Gedik 2010).

Bireyin davranışlarını etkileyen önemli faktörlerden birisi sahip olduğu değerleridir. Değerler gerçek, güzellik, herhangi bir düşünce, obje veya davranışın değeri hakkındaki kişisel inançlarımız ve tutumlarımızdır. Değerler yaşama anlam ve yön verirler. Karar verme sürecine katkıda bulunan temel unsurlar olan kişisel değerlerin tanımlanması, davranışların daha açık olarak anlaşılmasını sağlar (Karaöz 2000).

Değerler, bireyin ideal olarak benimsediği ve davranışlarına yansıttığı inançları tanımlarken aynı zamanda tutum, kişisel nitelik ve kalıcı davranışlarını da yansıtır. Değerler bireyin düşünme, karar verme ve işlevlerine rehberlik eder, davranış ve sorumluluklarını belirler, yaptıklarına ve yaşamına anlam katarak bireysel özgürlük kazanmasına yardım eder. Bireyin benimsediği, hissettiği ya da taşıdığı değerler hem doyum hem de çatışma kaynağıdır. Bireyin taşıdığı değerler aynı zamanda kişisel gereksinimlerini, sosyal etkilerini ve başkaları ile olan ilişkilerini de etkiler (Altun 2001).

Değerler; bireylerin ve grupların seçimleri ve idealleridir. Kişisel değerler, bireyin hissettiklerini, seçimlerini, davranışlarını ve eylemlerini etkileyen ve inançlarını yansıtan değerlerdir. Değerlerin temelini oluşturan inançlar bireyin kişisel değerlerini yansıtır. Bireylerin kişisel değerleri, kendi kişisel gereksinimlerinden, sosyal ve kültürel etkilerden ve bireyin diğer kişilerle etkileşiminden etkilenir (Altun 2002).

Değerler esas olarak kültürel çevreden, sosyal gruplardan, sosyal sistemlerden dinden ve geçmişte deneyimlerden etkilenirler(Shahriari ve ark. 2011).

Kişilerin yaşamlarında tek bir değer yerine, değerlerden söz edilmektedir. Çünkü insanlar bütün nesnelere veya olaylara farklı değerler yüklemektedirler. Eğer bu değerler iyi, güzel ya da yararlı ise olumlu değerler; kötü, çirkin ve zararlı ise olumsuz değerler olarak nitelendirilmektedirler (Topdal 2012).

Kişisel değerler, belli bir zamanda var olan farklı toplumsal, siyasi ve ekonomik güçlerin sonucunda gelişir ve bireylerin belli bir zamandaki düşüncelerini, davranışlarını ve yaşamlarını etkiler (Shahriari ve ark. 2011).

Bireysel değerler sosyal ortamda gelişir. Bu bakımdan sosyal sistemin ya da kültürün ürünüdür. Birey, doğumundan ölümüne kadar ebeveynlerinin, arkadaşlarının, önemli gördüğü ve sevdiği kişilerin, yaşamındaki önemli değişikliklerin ve deneyime dayalı öğrenmenin, yasaların, gelenek ve göreneklerin, dinin, eğitimin ve medyanın etkisi ile kısaca toplumun içinde sürekli sosyalizasyon süreci sayesinde değerleri öğrenir. Diğer bir ifade ile bireyin değer sistemleri sosyalizasyon süreçleri ile erken çocukluk döneminde gelişerek kültürel ve sosyal asimilasyon yoluyla onun bilişsel ve zihinsel yapısının bir parçası haline gelir (Uyguç 2003).

Güngör (2010) kişisel değerleri estetik, ahlaki, teorik, iktisadi, dini, siyasi ve sosyal olmak üzere yedi boyutta tanımlamıştır. Babadağ (2010) ise değerlerin bireydeki oluşumunu altı başlık altında toplamıştır.

**Kuramsal Motifli Değerler:** Gerçeğe, ampirik, mantıksal, eleştirel düşünceye ve akıl yürütmeye önem veren kişilerin değer türüdür. Bu değerleri önemseyenler bilgi ve gerçeğe ulaşmak, düşünmek, öğrenmek, analiz etmek, sonuç çıkarmak, kanıtlamak ve açıklamak amacıyla bilgiyi sistematik olarak düzenleme ve biriktirme isteğinde olan bireylerdir. Kritik ve rasyonel yaklaşımlar yolu ile gerçekliğin keşfedilmesine büyük önem verirler.

**Ekonomik Motifli Değerler:** Ekonomik değerleri gelişmiş kişilerin ilgi alanı fayda kavramına dayanır. Bir mücadele olarak gördükleri yaşamda kaynakların akılcı kullanımı ve başarıya hemen dönüştürülemeyen, yararlı şeyler üretmeyen bilginin gereksizliğine inanırlar. Yararlılık ve etkinliği kazanç ve zenginlik ile ölçerler.

**Estetik Motifli Değerler:** Estetik değerleri ağır basan bireylerin ilgi alanları güzellik, simetri, uyum, şekil ve ahenk olup, pratiklikten çok stil ve cazibenin önem taşıdığı bu bireyler parayı kendileri için önemli bu kavramlara ulaşmada yalnızca bir araç olarak görürler.

**Sosyal Oryantasyonlu Değerler:** Sosyal ve insancıl değerleri önemseyen biri için en çok önem verilen ve hayat biçimini belirleyen olgu sevgi olup, kibar, zarif, yardımseverlik, bencil olmama ve özgürlüğe değer verme gibi özellikleri ile tanınır ve temel hedefi gerçek dostluğu yakalamak ve diğerlerinin mutluluğuna katkıda bulunmaktır.

**Politik Değerler:** Politik değere önem veren bireyler, siyasi yönleri ağır basan ve belirgin amacı güç elde etmek olan ve bu gücü başkalarını etkileme yolunda kullanan, etki, kişisel prestij, kontrol, otorite, dayanıklılık gibi kavramları arayan ve yönetici olabilmek amacıyla kulüplere, partilere katılıp, gelişme ve ilerleme fırsatları için çalışarak sosyal statü ve tanınmayı hedefleyen bireylerdir.

**Dini Değerler:** Rasyonel dünya dışındaki oluşumları anlamaya ve açıklamaya yöneliktirler. Dini, birleştirici bir güç olarak algıladığından birlik motifi güdüsü en önemli ilgi alanlarıdır (Bulut ve İşman 2004; Babadağ 2010; Öztürk 2010).

#### **2.1.2.2. Profesyonel Değerler:**

Profesyonel değerler belli bir meslek grubunun o mesleğe ilişkin oluşturduğu ve koruduğu ilke, kural ve standartlar bütünüdür. Profesyonel değerler, meslek mensubunun ahlaki bilgisini açıklamak için kullanılan ifadelerdir. Profesyonel değerler, profesyonel bir grubun aktivite ve davranışlarına rehberlik eden normlar ve kurallardır (Altun 2012).



Bir mesleğin temeli olan profesyonel değerler ise, kişisel değerlerin yansıması ve genişlemesi ile oluşur. Çalışanlar meslek yaşamlarına başladıklarında birden değer geliştirmeye ya da değiştirmeye başlamazlar. Yeni mesleki yaşam durumları ve deneyimleri ile karşılaştıkça, yeni bilgiler edindikçe, eski kişisel değerlerini yeni durumlara uyarlayarak mesleksel değerlerini geliştirirler (Keskin ve Yıldırım 2006).

## 2.2.Etik

Etik; Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır ([www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)). Yunanca ethos=töre kelimesinden türemiştir. Konu olarak insan eylemlerini ele almaktadır (Öztürk 2010; Şentürk 2013). Ahlaki olanın özünü ve temellerini araştıran, insanın kişisel ve toplumsal yaşamdaki ahlaki davranışları ile ilgili soruları ele alan etik, ahlaki değerler felsefesi olarak da tanımlanmaktadır (Volker 2003; Öztürk 2010). Etik yaklaşık 2500 senedir özellikle felsefeciler tarafından tartışılmaktadır. Bu süre içinde, neyin iyi ve doğru ya da kötü ve yanlış olduğuna yönelik çok farklı yaklaşımlara rastlanmaktadır (Orhan 2007). Dünyada toplumsal gelişmeler 17. yüzyılda başlamıştır. Etik kavramı da bu süreç içinde zaman zaman gündeme gelmiş ve bu zaman içinde çeşitli değişikliklere uğramıştır. Çünkü etik, ahlakla, dinle, inançla, gelenek ve göreneklerle, kültürle, bazen de kanun ve düzenlemelerle bağlantı kurularak karşımıza çıkmaktadır (Orhan 2007).

Etiğin tanımı konusunda ortak bir ifade oluşturmak birçok bilim adamı için zor olmuştur. Günümüzde, literatürde etiğe dair çeşitli tanımların yapıldığı görülmektedir. Bir görüşe göre etik, ‘bir bireyin izlemesi gereken ahlaki standartlar ve kurallar’ biçiminde ele alınırken, başka bir görüşe göre etik, ‘bireylerin doğru olarak nasıl davranacağını açıklayan ve tanımlayan ilkeler, değerler ve standartlar sistemi’ şeklinde ifade edilmiştir ( Köprü 2007).

Etik, insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan davranışları/eylemleri/yapıp etmeleri ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilgilidir. Bu ilgili oluş çerçevesinde etiğin somut olarak ortaya çıkışı üç biçimde olmaktadır:

(1) Felsefenin bir ana dalı olarak etik, davranışları bağlamında iyinin ne olduğu ve nelerin iyi olduğu konusunu ele almakta; insanın ideal davranışlarını formüle etmeyi amaçlamaktadır. (2) Toplum yaşamında etiğin karşılığı, insanların birbirleriyle ilişkilerinde neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiği ile ilgili bir kurallar kümesi; kısaca genel ahlaktır. (3) Belli bir alanda etkinlik gösteren kişilerin uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalardaki istenen davranışların irdelendiği meslek etikleri, ilk ikisine göre daha yenidir ve bir bakıma onların bir sentezidir (Yıldırım 2008).

Felsefenin insanlar arası ilişkilerini ve sorunlarını konu edinen dalı olan etik; neyin olması gerektiği, doğru ve yanlış arasındaki farkı ayırt etme, iyi ve kötüyü değerlendirme, etik tercihler yapma, ödev ve yükümlülükler oluşturma ile ilgilenir (Cherie ve ark. 2005; Acaroğlu 2003). Doğru ve yanlış davranış bilimi olarak da değerlendirilen etik, doğal bir bilimdir. Bireyin doğru - yanlış, erdemli - erdemsiz, iyi - kötü gibi davranışlarının ahlak ilkeleri ile felsefi olarak sorgulanması anlamında kullanılan etik; özellikle belirli meslek ya da grupların değerlerini ve davranışlarını belirler (Ege ve Pasinoğlu 2000).

Etik, insana tutum ve davranışlarının iyi/doğru ya da kötü yanlış yönlerden değerlendirilmesini sağlayarak toplumsal yaşam kurallarının bir parçasını oluşturup, insanın hayatta kalmasını sağlayabilme ve insanların bir aradaki hayatına hizmet etmektedir (Karaöz 2000; Acaroğlu 2003; Tosun 2005). Etik, sadece kuramsal yapısı ile değil, uygulamalı bir bilim olarak da ele alınmakta, merkezinde bireye yarar sağlama ilkesini barındırmaktadır (Tosun 2005).

Günümüzde bireyler, sosyal gruplar ve toplum için neyin iyi veya değerli olduğunu belirleme ile ilgilenen davranış ve karakter çalışmalarını etik olarak tanımlamaktadırlar (Potter ve Perry 2009; Altun 2012).

Etik insanlar arasındaki ilişkiye ilişkin bilgi ortaya koymaya, bu bilgilerle belirli etik sorunlara yanıt getirmeye, kişilere eyleme ilişkin bilme olanaklarını göstermeye yönelik bilim dalıdır (Terakye ve Ocakçı 2013). Etik her gün yaptığımız eylemleri, aldığımız kararları ve gösterdiğimiz gerekçeleri bir kez daha gözden geçirmemizi ister ve bu şekilde ne yapmamız gerektiği konusunda bizi aydınlatır (Elçigil ve ark. 2011).

Etik kavramının önemi, gerçekleştirilen ya da gerçekleştirilecek olan davranış sonuçlarının diğer bireyler üzerinde yaptığı etki ve davranışın gerçekleştirilme süreci içerisinde etiğe uygun hareket edilmesi ile belirlenmektedir (Öztürk 2010).

Etik; genel olarak insanların diğer insanlarla ahlaki, yasal, geleneksel birtakım kurallarla belirlenmiş ve sınırlandırılmış ilişkileridir. Diğer bir deyişle toplum tarafından paylaşılan moral (ahlak) davranışlarının standartlarıdır (Dağoğlu ve Görak 2008).

Türkçede günlük kullanımda etik ve ahlak sözcükleri çoğu zaman aynı anlamda kullanılsalar da aralarında ayrımlar vardır (Uzun 2010). Felsefenin bir disiplini olan etik, kendini ahlaki eylemin bilimi olarak anlamakta, ahlakilik kavramını temellendirmek üzere insan pratiğini, var olan ahlakilik koşulları açısından araştırmaktır. Ahlakilik, bir eylemi ahlaki açıdan değerlendirme sonrasında iyi bir eylem olarak tanımlama olanağını veren nitelik anlamına gelmektedir (Mahmutoğlu 2009). Ahlak kavramı Latince 'moral' sözcüğünün karşılığıdır. Huy, mizaç, yaratılış anlamına gelen 'hulk' sözcüğünün çoğulu olup, insanlar arası ilişkilerde uyulması gereken ilk ana kurallar olarak tanımlanmaktadır (Öztürk 2010). Ahlak, toplumun inanarak yüklendiği, uyum sağlamakla yükümlü olduğu değerler toplamıdır. Diğer bir deyimle; topluluk içinde yaşamlarını sürdüren bireylerin uymak zorunda olduğu tutum ve davranış kurallarına verdiği addır (Şentürk 2013).

Etik, ahlak sorunlarını ve kurallarını inceleyen ya da tek tek ahlak kurallarını temellendiren genel ilkeleri ortaya koyan felsefe dalıdır. Ahlak ise, iyi ve kötü şeyleri, haklı ve haksız edinimleri birbirinden ayıran kurallar dizgesidir (Orhan 2007). Ahlakın (moral) olgusal ve tarihsel olarak yaşanan bir kavram olmasına karşılık etik (ahlak felsefesi), ahlak konusunu inceleyen bir bilim dalı ya da felsefe disiplini, ahlak ise, insanların birbirleriyle ya da devletle olan ilişkilerinde ortaya çıkan ve insanlardan 'yapmaları istenen' davranışlar ve eylemlerdir (Deliorman ve ark. 2009).

Etik, sosyal ahlak ve toplumun normların ve uygulamaların felsefi yansımalarıyla ilişkili çalışmaları kapsamaktadır. Etik 'bu durumda ne yapmam gerekir?' sorusunu sorarak ahlaki felsefenin pratik uygulamasıdır (Bahçecik, 2013). Etik, ahlak konusunda, geçmiş, mevcut ve geleceğe ilişkin karar ile eylemlerin dikkatli bir şekilde sistematik olarak

düşünülmesi ve çözümlenmesi ile uğraşır. Ahlak insanların karar ve eylemlerinin değersel boyutudur. Ahlakın dili ‘haklar’, ‘sorumluluklar’ ve ‘erdemler’ gibi isimler, ‘iyi’ ve ‘kötü’, ‘doğru’ ve ‘yanlış’, ‘adil’ ve ‘adil olmayan’ gibi sıfatlar içerir. Bu tanımlamalara göre etik birincil olarak bilme ile ilgiliyken, ahlak yapmak ile ilgilidir. Aradaki ilişki, etiğin, insanların belli bir yönde karar vermesi veya eyleme geçirmesi için akla yatkın bir ölçüt sağlamaya çalışması ile kurulur (Sancak 2011). Etik kavramı, dürüstlük, yardımseverlik, doğruluk, adaletli olmak, sadakat, yalan söylememek, hırsızlık yapmamak, cana kıymamak gibi dünyanın her yerinde geçerli olan evrensel değerler ile ilgilenirken, ahlak her toplumda değişebilecek gelenekler, alışkanlıklar, töreler, örf-adetler, tabular, yaşam biçimleri gibi alanlardaki tutum ve davranışlardır (Öztürk 2010).

İnsan davranışlarının ahlaki açıdan neye göre ‘iyi/doğru’ ya da ‘kötü/yanlış’ olarak değerlendirilebileceği ve davranışların temelindeki inanç, tutum ve değerlerin neler olduğunu açıklayabilecek, etik karar vermeye bakış açısı ve bir çerçeve sağlayacak olan etik teoriler öne sürülmüştür (Cerit 2010). Etik teoriler teolojik ve deontolojik olmak üzere iki ana başlık altında incelenebilmektedir.

Bunlardan birincisi davranışların doğru ve yanlış olmak üzere kesin çizgilerle ikiye ayrıldığını öne süren, belli bir davranışın sonucunun değil, bireyi bu davranışa bulunmaya iten niyetin, önemli olduğunu vurgulayan kural etiği ya da görevci etik anlayışı olarak da bilinen deontolojik etikdir (Yılmaz 2010). Deontoloji terimi, Yunanca ‘görev, yükümlülük’ anlamına gelmektedir. Etiğin deontolojik teorileri bir hareketin doğruluğunun ya da yanlışlığının, onun neden olduğu sonuçlardan ziyade yapılan hareketin doğasına dayandığı şeklindeki bir rasyonalist görüşe dayanmaktadır (Bahçecik 2013). Deontolojik kuram, davranışların sonuçlarından daha çok bireysel güdülere odaklanan bir kuramdır ya da bu kuramda davranışın sonucu değil, olayın niyeti ya da davranışın ödev boyutu önemlidir (Öztürk 2010).

İkinci temel etik sistem ise Kant’ın kural etiğinin tam karşısında yer alan sonuca temelli (teolojik) etik kuramıdır. Her şeyden önce bütün sonuca temelli teoriler, bir davranışın ahlaki doğruluğunu ancak sonuçlarına bakarak karar verebileceğini öne sürerler

(Yılmaz 2010). Bu kuramın bir parçası yararçılık ilkesidir ve kişi için en iyi sonuçlara yol açacak davranışları yapmasını söyler ya da davranışlar sonucunda düşünülenin, insanların en büyük grubu için en iyi olan olduğunu açıklar ( Öztürk 2010).

### **2.2.1. Etik Türleri**

Etik, epistemolojik ilişki içerisinde bulunan farklı şekillerde ya da aynı anlama gelen ahlak felsefesinde üç ayrı araştırma düzeyinde ele alınmaktadır (Tosun 2005;Yılmaz 2010).Bunlar ;

#### **2.2.1.1.Betimsel ( Deskriptif ) Etik**

Toplumun ve bireylerin eylemlerini, davranış biçimlerini, topluluğun değerlerini ne derece geçerli ve uygun olduğu açısından araştırır. Tanımlamalarını ortaya koyar. Toplumun değerlerini tanımlar. Yeni moral kararlar oluşturmaz (Şentürk 2012). Betimleyici etik, ‘ahlaki özellikler dünyanın nesnel özelliği midir yoksa kişiye, kültüre ve türlere göre midir?’ sorusuna yanıt arayarak, ahlaki prensiplerin ontolojik durumunu inceler (Erdoğan 2006).

#### **2.2.1.2.Metaetik**

Metaetik düşünce, ahlak felsefesinde analitik veya eleştirel tavır olarak çağdaş yaklaşımı ifade etmektedir (Yılmaz 2010). Ahlaki kavram ve kuralları, ahlaki tutum ve davranışları, ahlaki savunmaya mantık açısından ele alır (Şentürk 2012). Günümüzde etiğin ulaştığı nokta metaetiktir (Tosun 2005).

#### **2.2.1.3.Kuralcı ( Normatif) Etik**

Normatif etik, hangi tür davranışların etik olarak doğru ya da yanlış olduğunu, neyin iyi veya kötü olduğunu belirleyen ölçütler sunar, bu ölçütleri haklı kılma ve temellendirme işi ile uğraşan ve daha çok uygulamaya dönük bir etik alanıdır (Orhan 2007). Normatif etiğin tüm çabası, ahlaki olarak doğru-yanlış, gerekli olana ilişkin yargılara ulaşmaktır. Normatif etik sistemi kuran filozof kendi toplumunun ahlak kurallarınca ister desteklensin

isterse desteklenmesin ahlaklılığın hakiki temellerini araştırır, bunun sonunda tüm insanlar için ideal ilkeler, kurallar bütününe ulaşır (Terakye ve Ocakçı 2013).

### **2.3.Hemşirelik ve Etik**

Mesleki etik; belirli bir meslek topluluğunun kendi meslekleri için meydana getirdiği ve meslek üyelerinin bireysel yönelimlerine sınır koyarak belli bir tarzda hareket etmeye bağlı kılan ilkelerdir (Adıgüzel ve ark. 2011).

Mesleki etik; belirli bir meslek topluluğunun kendi meslekleri için meydana getirdiği ve meslek üyelerinin bireysel yönelimlerine sınır koyarak belli bir tarzda hareket etmeye bağlı kılan ilkelerdir (Adıgüzel ve ark. 2011).

Hemşirelik insan yaşamının en kişisel ve özel yönleri ile ilgilenen bir meslektir. Zamanın başlangıcından itibaren ve tanım olarak ister iyileştirici, bakım verici, bakıcı ister hemşire olarak adlandırılınsın, hemşireler gereksinimi olan kimselere bireysel bir şekilde bakım vermiştir (Alpar 2013). Küreselleşme, teknolojinin gelişmesi, sağlık bakım sistemindeki değişiklikler ve hemşirelerin genişleyen rol ve sorumlulukları nedeniyle hemşireler sıklıkla etik ikilemlerle karşı karşıya gelmektedirler (Karaöz 2000; Nouredine 2001; Dinç ve Görgülü 2002; Temel 2011).

Etik; bireye saygı, doğruluk, dürüstlük, adalet, güvenilirlik, yararlılık, zarardan kaçınma gibi evrensel ilkeleri içerir (Alpar 2013). Bu özellikleri incelendiğinde, hasta ile en çok zaman geçiren, bireyin bakımında birçok rolü üstlenen hemşirelik mesleği için etik kaçınılmazdır.

Klinik etik bir hastanın bakımı sırasında doğan ahlaki sorunların çözümlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Elçigil ve ark. 2011). Hemşirelik etiği, hemşirelik uygulamalarında göz önünde tutulması gereken etik ilkelerin incelendiği, tartışıldığı ve kurallara dayanak oluşturacak biçimde yapılandırıldığı disiplindir (Baykara 2010).

Hemşirelik profesyonel üyelerden oluşan bir meslektir ve insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve ilkelere sahiptir. Klinik uygulamalarda bu ilkeleri dikkate alan hemşireler sorumluluklarını daha iyi kavrayarak topluma yeterli ve kaliteli bakım sağlarken

mesleki doyumlarını da arttırabileceklerdir (Avcı 2007). Profesyonel kimliğe sahip hemşire, genel koşullarda etik davranışı sağlayacak olan; alturizm (özgecilik), eşitlik, estetik, özgürlük, insan onuru, adalet, gerçekçilik gibi profesyonel değerleri benimsemek zorundadır (Yalçın ve Aştı 2011).

Hemşirelikte mesleki etik, bakım kavramının ahlaki boyutundan kaynaklanır ve özellikle hemşirelik uygulamasında karşılaşılan etik sorunlara yönelik ahlaki bir bakış açısı geliştirilebilmesi, hasta haklarının korunabilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için önemlidir. Günümüz bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, özellikle biyomedikal alandaki gelişmeler sayesinde durmuş olan bir kalbi yenedinden canlandırmak, solunum destek cihazı ile solunumu devam ettirmek, işlevini kaybetmiş birçok organı organ nakli yoluyla değiştirmek, ağızdan beslenemeyen bir hastayı aylarca enteral ya da intravenöz yolla beslemek ve yaşamını devam ettirmek olanaklıdır. Bu olanaklar aynı zamanda yaşam ile ölüm arasındaki çizginin giderek belirsizleşmesine, etik sorunların ortaya çıkmasına ve bakım işlevlerinin karmaşıklaşmasına yol açmaktadır (Dinç 2009). Bakım kavramına bakış açısı gittikçe ahlaki boyutlara kaymakta ve bakım etiği hemşirelik uygulamalarının temelinde tartışılmaktadır (Dyson 1997).

Hemşireler, çalışma hayatlarında sıklıkla zor ve rahatsız edici etik sorunlar yaşamaktadırlar (Woods 1999). Özel hemşirelik etik kurulları sağlık bakım sistemi içindeki hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa, yönerge ve yönetmeliklerin yanı sıra etik kavramlar ve ilkeler çerçevesinde hizmet sunumuna dikkat edilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları da son derece önemlidir (Şentürk 2012). Sağlık bakımında etik değerler için, evrensel değerler ile örtüşen ideal, inanç, ilke, davranış, kural, rehber ve ilkelerin belirlenmesi, geliştirilmesi ve uygulanması hizmetin etik olmasını sağlayacaktır (Altun 2012).

Hemşirelikte etik kavramını tam anlamıyla anlamak için öncelikle hemşirelik tarihinin bilinmesi gerekir (Alpar 2013). Tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, hemşirenin rolünün bu süreç içerisinde değiştiği ve hemşirenin hekimin bakımdaki uysal yardımcısı rolünün, zamanla meslekte doğru ya da yanlış yaptığı şeyler için hesap verebilen bağımsız, kalifiye bir iş gücüne dönüştüğü açıklanmıştır. Bu rol değişimi hemşirelerin etik davranış ölçüleri

üzerine olan düşüncelerinin değişmesi ile eş zamanlı olarak gerçekleşmiştir. Günümüzde hemşirenin ahlaki sorumlulukları, otorite kişiler, hekim, hastane yönetimi karşısında söz dinleme ve bağlılık gibi kavramlar ile ifade edilmemektedir. Başkaları tarafından belirlenmiş etik kararları uygulamak yerine hemşireler bakımda bağımsız kararlar için sorumluluk almaya başlamışlardır (Fry 2000).

Hemşireler, çalışma hayatlarında sıklıkla zor ve rahatsız edici etik sorunlar yaşamaktadırlar (Woods 1999). Özel hemşirelik etik kurulları sağlık bakım sistemi içindeki hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa, yönerge ve yönetmeliklerin yanı sıra etik kavramlar ve ilkeler çerçevesinde hizmet sunumuna dikkat edilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları da son derece önemlidir (Şentürk 2012). Sağlık bakımında etik değerler için, evrensel değerler ile örtüşen ideal, inanç, ilke, davranış, kural, rehber ve ilkelerin belirlenmesi, geliştirilmesi ve uygulanması hizmetin etik olmasını sağlayacaktır (Altun 2012).

Sağlık bakım uygulamalarında karşılaşılan etik problemler günümüzde çok tartışılan konuların başında gelmektedir. Sağlık çalışanları sıklıkla ciddi etik sorunlarla karşı karşıya gelmekte ve karar verme aşamasında gerekli yasal ve etik sorumlulukları göz önünde bulundurmamak zorundadırlar (Kim ve ark. 2005). Mesleki etik kodlar, mesleğin değerlerini aydınlatmak, etik ilkelere bağlı kalarak hizmet verebilmek ve davranışların hangi kabul edilebilir değer ve inançlar üzerine şekillendiğini açıklayabilmek için geliştirilen kabul edilebilir sistematik kurallardır (Milton 2007). Hemşirelerin mesleki rollerini içeren ampirik çalışmalarda hemşirelerin etik kodları ile ilgili birçok eleştiri yapılmıştır (Pattison ve Wainwright 2010).

Normları içeren kodlar hemşirelik felsefesi tarafından belirlenir ve aynı zamanda çalışırken karşılaşılan ahlaki problemleri içerir. Sonuç olarak hemşireler için etik kodlar sadece evrensel normları içermez, aynı zamanda hasta bakımı sırasında hastanın onayı ya da mahremiyetin sağlanması gibi özel sorunları da içerir (Dobrowolska ve 2007).

Hemşireliğin ilk etik kodları olarak kabul edilen Florence Nightingale Andı hemşireler için önemli kuralları içermektedir (Yıldırım 2008; Numminen 2011). Bu



dönemde etik kodların işlevi, hemşirelere uygulamada ve problem çözmede rehberlik etmek ve aynı zamanda toplumsal hemşirelik değerlerini ve standartlarını içermektedir (Numminen ve ark. 2009). Hemşirelerin mesleki etik kodları Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) ve İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) tarafından düzenlenmiştir (Yıldırım 2008). Hemşirelik etik kodları hemşireliğin bağımsız bir sağlık disiplini olduğunu da vurgulamaktadır. Etik çatışma ya da ikilemlerin yaşandığı durumlarda çözüme ulaşabilmek adına evrensel olan etik kodlar, sağlık hizmeti sunucularının hizmet odağını oluşturmaktadır (Tosun 2005).

International Council of Nurses (ICN) 2012 yılında yeniden düzenlediği hemşireler için etik kodları, toplamda dört başlık altında incelemektedir. Bu alt başlıklar ‘Hemşireler ve İnsanlar’, ‘Hemşireler ve Uygulama’, ‘Hemşireler ve Meslek’ ve ‘Hemşireler ve Ekip Üyeleri’ şeklinde sıralanmaktadır ( [www.icn.ch](http://www.icn.ch) ).

Hemşireler kaliteli bir hemşirelik bakımı sunmak için etiğin ve etik kodların önemli bir rol oynadığını kabul etmelidirler (Numminen ve ark. 2011).

### **2.3.1. Etik İkilem ve Etik Karar Verme**

Hemşirelik bilimi insani değerleri ve etik değerlerin önemini vurgulayan pratiğe dayalı rollere sahip bir meslektir. Literatürde etik değerlerin bireyin hayatında çok önemli rol oynadığını belirtilmektedir (Shahriari ve ark. 2011). Son yıllarda çeşitli klinik ortamlarda etik çatışmalar analiz edilmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireler için bakım alanında karmaşıklıklara neden olmakta ve bu nedenle etik çatışmalar da giderek artış göstermektedir (Akıncı ve Pınar 2011; Falco-Pegueroles ve ark. 2013).

Tedavi ve bakıma gereksinimi olan insanların refahını sağlamayı amaçlayan sağlık bakımı uygulamaları genellikle ahlaki bir girişim olarak tanımlanmaktadır (Lutzen ve ark. 2006). Sağlık bakımı sistemi içinde en büyük çoğunluğu oluşturan hemşireler, hasta bakımındaki rollerinden dolayı etik çatışmalarla sıklıkla karşılaşmaktadır (Ersoy ve Göz 2011). Aynı zamanda sağlık uygulamalarında etik sorunlara teorik yaklaşımlar son yıllarda sıklıkla tartışılan konular arasında yer almaktadır (Lutzen ve ark. 2000).

Etik ikilem, belirli bir durumda her birinin farklı bir değeri koruduğu bilinen eylemlerin tümünü birden gerçekleştirmenin olanak dışı olması nedeniyle ortaya çıkan açmazlardır. Genellikle iki önemli durumun, tercihi zor olan seçenekler sunduğu bir tartışma türüdür (Demir 2011).

Etik ikilem iki ya da daha fazla seçenek olduğunda hangi seçeneğin en iyisi olduğuna ve belirlenen tüm gereksinimleri hangi alternatifin çözdüğüne karar verilemediği bir durumdur (Schaffer ve ark. 2000; Cheire ve ark. 2005; Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Falcó-Pegueroles ve ark. 2012).

Etik ikilem, iki etik görev arasında çatışmayı içerebilir (Örneğin; hastanın otonomisine saygı ve hasta yararı ilkeleri arasında kalınması gibi). Etik ikilem aynı zamanda profesyonelliğin getirdiği roller ve hemşirelerin hissettikleri dini duygular arasındaki çatışmayı da içerebilir. Etik ikilemler aynı zamanda hasta hakları ve hemşirenin kendi tercihleri ve refahı arasında ki çatışmayı da içerebilir (Fry 2000). Etik ikilemlerde farklı ilkelerin veya kuralların, yol gösterici olarak eş zamanlı ve birbirine yakın ağırlıklı olarak devreye girmesi, her birinin farklı bir davranış seçeneğinin yeğlenmesini gerektirmesi söz konusudur. Bu durumda bir ilkeye uygun davranmak bir diğerine aykırı olmayı; bir başka deyişle bir değeri korumak bir diğerini harcamayı zorunlu kılmaktadır (Yıldırım ve Kadioğlu 2007).

Gün geçtikçe hastalara daha karmaşık durumlarda bakım vermek zorunda kalan hemşireler, günlük uygulamalarında aldıkları etik kararların öneminin farkında olmalıdırlar (Park ve ark. 2012).

Etik problemler, doğası gereği, önemli unsurların gelişen perspektiflerden tekrar tekrar bakılarak değerlendirildiği bir karar verme sürecini gerektirir ve bir karar ya da çözüme ulaşılmaya yakinken bile bu tekrarlı değerlendirmelerin yapılması gerekir (Bahçecik 2013).

Etik karar verme modelinin aşamaları;

- Problemin açıkça tanımlanması,
- Veri toplanması ve çelişkili ahlaki iddiaların tanımlanması,
- Etik akıl yürütme ve etik ilkelere uygun tedbirlerin düşünülmesi,
- Alternatif seçenekler belirlendikten sonra etik çatışmadaki kişilerin eyleme geçmesi,
- Eylemin sonuçlarının değerlendirilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Acaroğlu 2003; Aydın ve Ersoy 2005; Yıldız 2008; Bahçecik 2013).

Etik karar verme sürecini etkileyen birçok faktör nedeniyle, etik sorunun çözümüne ilişkin ‘en iyi’ kararı vermekte zorlanan hemşirelerin bu süreçte rehberliğe ve desteğe gereksinimi bulunmaktadır (Cerit 2010). Hemşirelere etik karar verme sürecinde rehberlik etmesi amacıyla etik ilke ve sorumluluklar belirlenmiştir.

### **2.3.2 Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar**

Tüm sağlık meslek gruplarında olduğu gibi hemşirelikte de insan/hasta temel sorun kümesini oluştururken aynı zamanda ahlaki değerler açısından değerlendirilmesi sıkça karşılaşılan etik bir konudur. Hemşire hasta ilişkisinin özel olması, hemşirelik uygulamalarının çeşitliliği, bağımlılığı gibi çeşitli nedenler hemşirelik uygulamaları sırasında çeşitli ahlaki değer sorunlarının ortaya çıkmasına uygun bir zemin oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelere önemli etik sorumluluklar düşmektedir (Gün ve ark. 2010).

Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından hemşirelere klinik çalışmalarında karşılaştıkları etik ikilemlerde çözüme ulaşabilme adına 2009 yılında ‘Hemşireler İçin Etik İlke Ve Sorumluluklar’ düzenlenmiştir ( [www.tdh.org.tr](http://www.tdh.org.tr) ) .

Beauchamp ve Childress herhangi bir etik ilkenin ötekine karşı üstünlüğü olmadığını; durum/ olayların koşullarına göre, bu ilkelere herhangi birinin seçileceği ya da feda edilebileceğini ileri sürerler (Büken ve Büken 2002).

### **2.3.2.1. Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi**

Yararın ve zararın ne olduğu hakkında her zaman nesnel bir kanıtın bulunmaması nedeni ile sağlık alanındaki çeşitli etkenleri dengeleyebilmek için neye ağırlık verilmesi gerektiği konusunda çoğu zaman kararsız kalınabilmektedir (Tosun 2005). Yararlılık ilkesi, hemşirelerin hastalara yarar sağlayacak bir şekilde davranmasını gerektirir. Hastanın bir savunucusu olarak hemşirelerin sağlık bakım ekibi ya da sağlık bakım sisteminin herhangi bir üyesi tarafından yapılacak herhangi bir ehliyetsiz, etik dışı, gayrimeşru ya da düzensiz uygulamaya ya da hastanın haklarını ya da çıkarlarını tehlikeye atan hareketlere karşı tetikte olması ve uygun eylemlerde bulunması gerekir (Alpar 2013).

Zarar vermeme ilkesi yararlılık ilkesi ile ilişkilidir. Bu ilke hemşirelerin hastalara zarar vermekten kaçınacak bir şekilde hareket etmesini gerektirir. Bu ilkenin içinde kasıtlı zarar, zarar riski ve yarar verme eyleminin gerçekleştirilmesi esnasında ortaya çıkan zararlar bulunmaktadır (Alpar 2013). Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan bir eylemin olası olumlu sonuçları ile olumsuz sonuçlarını belli bir dengede tutabilmektir. Böylece bireysel eylemlerin niteliğinde yarar yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken, zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır (Pekcan 2007).

### **2.3.2.2. Özerklik/Bireye Saygı İlkesi**

Özerkliğe saygı hemşirelik uygulamalarında bireyin yeterince bilgilendirilmesi ve kendisine uygulanacak işlem ve uygulamalardan önce rızasının alınması ile yerine getirilir. Özerkliği saygı hemşirelik uygulamalarında çok değer verilen bir etik ilke olmasına karşın, özerk hareket edemeyen hasta ve bireyler nedeniyle sık sık bozulabilmekte ve hemşire karar verici rolüyle karşı karşıya kalabilmektedir (Cerit 2010). Özerkliğe saygı ilkesinde hemşire hastanın sağlık bakım kararıyla ilgili gerekli olan yeterli bilgiye sahip olduğundan emin olmalıdır (Heiskell 2010).

Özerkliğe saygı ilkesi, uygulamaya bireyin kurum, hekim vb. seçimlerini yapmakla ve ‘aydınlatılmış onam’ süreci ile başlar. Bu süreç genellikle üç unsurdan oluşur. Bunlar; hastanın durumu, tedavi ve bakım hakkında uygun bilginin hastaya açıklanması, verilen bilginin hasta tarafından anlaşılır olması ve bunları kabul etmesi veya red etmesi şeklindedir. Uygun bilgi değer ve kültürel özellikler göz ardı edilmeden, hastanın anlayacağı şekilde verilmelidir (Tosun 2005).

### **2.3.2.3. Adalet ve Eşitlik İlkesi**

Adalet, bazı bireylere bir şeyin verilmesinin başka kişiye aynı şeyin verilmesine engel olabileceğinin farkında olarak ve bunun ışığında bireylere adil, eşit ve uygun tedavinin sağlanması anlamına gelen bir etik ilkedir (Alpar 2013). Sağlık alanında adalet ilkesi en yaygın olarak mevcut kaynakların dağıtımında adil olma konusu ile ilgilidir ve kaynakların gereksinimlere göre eşit ve dürüstçe dağılmış olması beklenir (Cerit 2010).

Hemşirelerin hizmet verirken, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlaması beklenmektedir ([www.thd.org.tr](http://www.thd.org.tr)).

### **2.3.2.4. Gizliliğin Korunması ve Sır Saklama**

Hemşire hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşamaz ([www.thd.org.tr](http://www.thd.org.tr)).

Mahremiyet hakkı; özerklik ve insanlara saygıdan kaynaklanır. Gizliliğin sürdürülmesi lehine en az iki temel etik görüş vardır. Bunlardan ilki, bireyin kişisel bilgilerini kontrol etme ve mahremiyetini koruma hakkıdır. İkincisi ise yarar sağlamaktır (Alpar 2013). Bu ilkeye saygı hemşire-birey arasındaki güven duygusunu artırarak bakıma olumlu yönde katkılarda bulunacaktır.

### 2.3.2. Etik Duyarlılık

Etik sorunların, çalışanları hangi sıklıkla güçlük altında bıraktığı, bunlarla başa çıkıp çıkamadıkları veya bunları fark edip etmedikleri bilinmemektedir. Etik problemlerin tanımlanmasının güçlüğü, bunların evrensel ve objektif kriterler ile ortaya konulmaması, birçok etik sorunun bilinmemesi ve fark edilmemesinin temel nedenidir (Orhan 2007). Etik duyarlılık; değerleri ve değer çatışmalarını tanıma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Fry 2000).

Etik karar verme, etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde düşünme yetisine bağlıdır (Öztürk 2010).

Etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılık, insan sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilmektir (Başak ve ark. 2010).

Etik bilinç ve etik duyarlılık, etik sorunların tanınmasında ve çözümlenmesinde olduğu gibi onların ortaya çıkışının engellenmesinde de rol oynamaktadır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sosyokültürel yapı ile uyumlu olduğunda, etik kaygı ve duyarlılık taşıyarak yaşama geçirildiğinde, insana daha mutlu ve sağlıklı yaşama olanakları sunabilir (Yıldırım 2008).

Etik duyarlılık son dönemde profesyoneller için önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir. Etik duyarlılık ahlaki yük, barış, etik boyutun sorumluluğu ve önemi gibi birçok konuda bilinçli olmayı gerektirir (Abdou ve ark.2010).

Hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları etik problemlerin hastaların bakımı ve tedavisi hakkında hekimler arasındaki fikir farklılıkları, hemşirelerin değer sistemleri ve kurumdaki uyuşmazlıklar, kurumsal baskılar, hemşirenin uygun ahlaki durumları yerine getirmesinin kısıtlanması, hemşirenin onurunun korunması, hasta haklarının korunması, hastanın sağlık hizmeti almasını engelleyebilecek mali konular, kurumsal kâr etkenleri, politik emirlere itaat etme, ölmek üzere olan hastanın bakımı, aydınlatılmış onam, sınırlı kaynakların paylaşılması, meslektaşlarının etik ya da yasa dışı tutumları olduğu ileri sürülmektedir (Pekcan 2007). Var olan bu etik sorunların farkına varılması ve çözülmesi için hemşirenin etik duyarlılığının gelişmiş olması gerekmektedir.

Etik duyarlılık çelişkilerle dolu durumlarda ahlaki değerler ya da kişinin var olan durum içinde kendi rol ve sorumluluklarının farkındalığı şeklinde tanımlanabilir. Ahlaki duyarlılık sadece ‘sezgi’lere dayanmamaktadır aynı zamanda kişisel kapasite, kazanılmış geçmiş deneyimler ahlaki duyarlılığı anlamak için önemlidir (Lutzen ve ark. 2006).

Duyarlılık, ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, hasta/sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması/ hissedilebilmesi olarak da algılanmalıdır. Çünkü hasta bireye acı veren durumun o insan için yaşanan bir gerçek olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca etik duyarlılık önem verme ile de yakından ilişkilidir. Etik sorunu saptama yeteneği olan ‘etik duyarlılık’ etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamalıdır. Etik duyarlılık, etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma olarak düşünülmeyle birlikte mutlak bir etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmektedir (Tosun 2005).

Etik duyarlılık hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir rol oynar. Etik duyarlılık etik ikilemlerin belirlenmesi ve alternatif çözümlerin içindeki uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir (Kim ve ark. 2012).

Duygular bir değeri ortaya çıkaran en önemli öğelerdir. Hemşirelik bu nedenle salt bir ontoloji olarak algılanmanın ötesinde, ‘bir başkası için var olma’ sorumluluğu hissettirmeyi gerektirir. Bununla birlikte ‘onun yanında olma’ ile ‘onun için olma’ yaklaşımları birbirleri ile ilişkilidir. Böyle bir yaklaşım ahlaki gerçekliliğin var olmasının yanında hemşirenin duyarlılığı ile de oldukça ilişkilidir (Tosun 2005).

Hemşirelerinin etik duyarlılığın yüksek olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunmasının yanı sıra, hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyecektir. Günümüzde etik açıdan duyarlı ve ahlaki açıdan onaylanan bir bakım ve tedavi sunabilen sağlık ekibine çok büyük ihtiyaç vardır (Dikmen 2013).

#### **2.4. Kişisel Değerler ve Etik Duyarlılık Arasındaki İlişki**

Genel olarak geçmişten günümüze değerlerle ilgili yapılan tanımlar incelendiğinde değerlerin davranışlara yol gösterici ve rehberlik edici rolü bütün tanımların içerisinde yer

almıştır (Ekşi 2003; Özensel 2003; Çalışkur ve ark. 2012). Değerlerin bu işlevi düşünüldüğünde insana hizmet eden hemşirelerin bakım verici rolleri sırasında kişisel değerlerinden etkilenmemeleri söz konusu değildir. Hemşireler çok çeşitli rollerini yerine getirirken kendi kişisel değerlerini hasta-hemşire ilişkisine taşımaktadırlar (Volker 2003).

Tarihsel olarak hemşireliğin ortaya çıkış amacı hasta ve düşkünlere yardım etmek ve bakmak olduğu için bu görevi yapacak kişilerde iyilikseverlik, fedakarlık, ahlaklılık, dindarlık, adanmışlık, akıllılık ve yeteneklilik gibi karakter özellikleri aranmıştır (Altun 2003). Hemşireliğin en eski dönemlerden beri sosyal, toplumsal ve kişisel değerlere dayandığı görülmektedir.

Hemşireliğin tarihsel süreç içerisinde etkilendiği felsefi akımların temelinde dönemin öne çıkan değerlerinin olduğu görülmektedir. Asetisizm döneminde ön plana çıkmış olan dini değerlerden etkilenen hemşireler insana ve topluma yardım etmeyi amaçlamışlar kendi gelişimlerini ikinci plana atmışlardır. Romantizm döneminde hemşireler yine toplumda öne çıkan değerlerden etkilenmişler ve tıbbın sadık yardımcısı rolünü kabul etmişlerdir. Pragmatizm döneminde gerçeklik ilkelerine dayalı uygulamalar artmış hemşireler, yoğun bakım, rehabilitasyon ve ayaktan tedavi ünitelerindeki bireylerin bakımına veya temel insan gereksinimlerine yönelik bakım aktivitelerini yerine getirmeye başlamışlardır. Hümanistik varoluşculuk dönemi ise ortaya çıkan değerler hemşire-hasta etkileşimini, hemşireliğin sorumluluğunu ve meslek otonomisini etkilemiştir. Bakım verilecek birey, bütüncül yaklaşımla tüm boyutları, gereksinimleri, ailesi, diğer yakın ve geniş çevresi ile ele alınmıştır. Günümüzde ki postmodern felsefe akımı ise sosyal, ekonomik ve çevresel etmenlere bağlı olarak hemşirelik mesleğinin kapsamını değiştirmekte, meslek üyelerinin rolleri farklılaşmakta, tedavi destekli bakım hizmetleri ve toplumun hastalıklara karşı korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili konularda hemşirelere farklı görevler düşmektedir. Özellikle teknoloji ve bilimdeki hızlı gelişmeler etik açıdan birçok sorun ortaya çıkarmakta ve hemşirenin hastayı savunucu rolü daha çok ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin hastayı koruyucu rolünü yerine getirirken en çok dikkat etmesi gereken hususlardan bir tanesi şüphesiz ki ortaya çıkan etik ikilemlerin hasta yararına çözülmesidir (Kahraman 2008; Altun 2012; Şendir 2012).



Bir değer, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, bir eyleme yol göstermesi, durum ve konulara uygun tutum sergilemesi ve geliştirmesi, kendi ve diğerlerinin ahlaki kararları ve başkaları ile kendini karşılaştırmak için bir standart ya da kriter olarak alınır (Özsoy ve Vatan 2007).

Uygulamaya dayalı rollerle ilgili bir bilim olarak hemşirelik, belirli insani değerler üzerine bina edilmiş bir meslek olarak ahlaki değerlerin önemini vurgular. Öncelikleri belirleyen ve dünyamızı şekillendiren insan yaşamının temel hususlarına dayanan bir meslek olarak görülebilir. Değerler davranış değerlendirmesi için bir çerçeve sunmaktadır ve hemşirelik değerleri de hemşirenin hedeflerini, stratejilerini ve fiillerini etkilemektedir (Shahriari ve ark. 2011).

Sağlık profesyonellerinin davranışlarına yön veren mesleki ve bireysel değerlerin farkında olması, karşısındakilerin duygu, değer, inançları ile şekillenen tutumlarını kavramasını kolaylaştırmakta, kendi bireysel değerlerine uymasa da hasta yararına karar verebilmesini sağlamakta, böylelikle sağlık hizmetinin güvenilirliği artmaktadır (Topdal 2012).

Etik bir yargıda bulunabilmek için insan davranışlarını gözlemlemek önemlidir. Etik yargılar için; insan tutum ve davranışlarını tanımlamak, açıklamak ve değerlendirmek gerekir. Etiğin merkezi ve en önemli ilgi alanı, insan davranışlarını yargılamaya olanak sağlayan normlar, idealler, ilkeler, standartlar ya da ahlaki gerekliliklerdir. Değerler, etik normlar, davranışlar ve politikalar toplumdan topluma, kültürden kültüre değişim gösterirler (Elçigil ve ark. 2011). Hemşirenin hastasına kaliteli ve etik bir bakım verebilmesinin belki de temel şartlarından bir tanesi kendi değerlerinin bilincinde olmasıdır.

Hemşirelik uygulamasında ahlaki yetkinlik hemşirelik değerlerini bilmeyi ve bu değerlere bağlı kalmayı gerektirir. Wright; genel olarak değerlerin ahlaki karar vermeyi üç şekilde etkilediğinden söz etmektedir: (1) değerler bir problemin çerçevesini oluşturur ve insanlar da bu problemi o duruma ilişkin değerlerin temelinde görür, algılar; (2) değerler, problemlerin çözümüne ilişkin alternatifler sunar ve insanların potansiyel fiillerinde

uygulayacakları değerlere dayalı olarak belirlenir; (3) yargıyı ya da bir problemin çözümüne ilişkin akıl yürütmeyi yönlendiren değerler bireylerin sürdürmek ya da desteklemek istedikleri şeylerle belirlenir (Jormsri ve ark. 2005).

Hemşirelik değerleri, hemşirelerin hedeflerini, stratejilerini ve fiillerini etkiler. Değerler, hemşireleri ahlaki olarak yeterli uygulamalarda bulunmalarını sağlar ve günümüzün ahlaki sorunları ile yüzleşmelerine rehberlik eder (Jormsri ve ark. 2005).

Hemşirenin sahip olduğu değerler, onun hastasıyla olan ilişkisinde önemsendiği fiillerde kendisine rehberlik eder (Woods 1999).

Babadağ (2010) hemşirelerin sahip oldukları değerlere göre davranış biçimlerini şu şekilde örneklendirmiştir;

**Kuramsal Motifli Değerler:** Hemşirelikte bu türde değere sahip bir hemşire; çalıştığı alanında farklı bakım gereksinimi olan hasta/sağlıklı birey sayısını, farklı saat ve vardiyalara çalışan hemşire sayısının bu hizmeti hangi oranda verebileceği vb. Konular hakkında bilgi/veri toplama ve soruna çözüm üretme gibi konulara ilgi gösterir.

**Ekonomik Motifli Değerler:** Hemşirenin bu değerlerle ilgili tutumu, iş saati bitiminde hizmeti sonlandırma, eve gidince çalışma ortamındaki sorunları aklından çıkarma ve ilgisini bulunduğu ortam/kişilere yöneltme biçiminde gözlenir.

**Estetik Değerler:** Hemşirede estetik değerler; hizmet verdiği birimde hizmet verdiği bireylere, kendi çalışma ortamı ve sorumluluğunda ki bölümlere, daha duyuşsal ve yaratıcılığa öncelik verir. Estetiğe, etiğe ve düzene ilgi duyar.

**Sosyal Oryantasyonlu Değerler:** Sosyal değerlere oryante bir hemşire önceliği hastasının ve diğerlerinin gereksinimlerinde yoğunlaştıran, ücret veya yorgunluğa ya da fazladan harcayacağı zamana önem vermeden, bireye daha iyi bakım vermeyi, onun için gerekli tüm koşulları sağlamayı, daha iyi ilişkiler kurmayı hedefleyen davranışlar sergiler.

**Politik Değerler:** Hemşire bu değerler doğrultusunda kısa zamanda eyleme geçmeyi disiplin üyeleri ile birleşerek güç oluşturmayı, gücünü gerektiğinde atılganlıkla kullanmayı hedefleyen tutumlar sergiler.

**Dini Değerler:** Bu değerlere oryante hemşire, diğerleri için güç ve cesaret kaynağı oluşturacak dini, sorunların giderilmesinde birlik aracı oluşturmayı hedefler.

Görüldüğü gibi hemşirenin öncelik verdiği değer türüne göre olaylar karşısında ki tutumu ve davranışları değişmektedir. Sağlık sistemi içerisinde etik ikilemlerle en fazla karşılaşan sağlık ekibi üyesi olduğu literatür tarafından da desteklenen hemşirelerin, etik ikilem karşısında ki tutum, davranış ve algıları kişisel değerlerine göre şekillenecektir (Tosun 2005; Cerit 2010; Karaöz 2000).

Hemşireler, fertilizasyondan ölüme kadar, hastalık ve iyileşme süreçlerinde bireylerin yanında olan kişilerdir. Hemşireler kendi değerlerini ve hastalarının değerlerini bilmiyorsa kendilerinden beklenen hemşirelik hizmetini de yerine getirmeleri mümkün değildir. Burada, özellikle, hasta bakımını yerine getirmekle sorumlu olan bakım hemşiresi tarafından sorulan “Ne yapmalıyım?” gibi bir soru ancak hastanın ve hemşirenin değerleri göz önünde bulundurularak yeterli yanıtı bulunabilir. Değerler, hemşirelik uygulamalarının etik boyutuna katkıda bulunur (Ersoy ve Altun 1998).

Ayrıca hemşirelik uygulaması pek çok karar vermeyi gerektirir. Bu kararlar değerlere dayandığı için hemşireden hemşireye değişiklik gösterir. Yine değerler, sadece kararların temelini oluşturmayıp, karar verme sürecinin her elementinin de temelini oluşturur. Karar verecek kişi hangi değerlerine dayanarak karar verdiğinin bilincinde olursa, kendini kararla ilgili hissedecektir. Karar verme sürecin ilk adımını değerlerin fark edilmesi oluşturmaktadır (Keskin ve Yıldırım 2006). Hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları etik ikilemleri fark edebilmeleri ve uygun kararları verebilmeleri değerlerinin farkında olmaları ile mümkündür.

Sağlık çalışanlarının günlük faaliyetleri onları sürekli ahlaki ikilem durumları ile karşı karşıya bırakmaktadır. Alınan bu kararlar subjektif unsurlara, inançlara, değerlere, ilkelere ve teknik bilgiye dayanmaktadır (Schneider ve Ramos 2012).

Hemşirelik bakımı, hasta ve hemşire etkileşimi esnasında verilir ve hemşirelerin uygulamalarını dayandırdığı standartlar ve değerlere göre çeşitlilik gösterir. Bu nedenle, hemşireler, her şeyden önce, insan yaşamına saygı duyan değerlere sahip olmalıdır ve mesleklerini insani bir şekilde icra etmelidir. Kaliteli bakımın nasıl verileceği konusunda yüksek seviyede ahlaki kaygı duymalıdır (Kim ve ark. 2005).

Ahlaki hassasiyet, ikilem durumunda ahlaki değerleri dikkate alma, söz konusu durumda kişisel rolünün ve sorumluluklarının farkında olma olarak açıklanabilir. Ahlaki hassasiyet sadece (ahlaki bir çatışma durumunu duygulara ve hislere dayalı olarak) hissetme meselesi değildir, aksine söz konusu durumda ahlaki önemi hissetmeye yarayan ve kişisel deneyimle edinilen kişisel bir kapasitedir. Kişisel bir kapasite olarak ahlaki hassasiyet, ahlaki düşünme sürecinin başlaması için gerekli olan bir şarttır. Sadece teorik bilgiye sahip olmak değil aynı zamanda, ahlaki problemleri diğer problemlerden ayırt etmeyi sağlayan bir kapasitedir. Hisler, gerçekler, değerler arasında ayırım yapabilmek bilişsel bir kapasitedir. Bir işi iyi yapma ahlaki motivasyonuna sahip olma ön şartına bağlıdır ve özellikle sağlık bakımı sunanların “önemsemesi/özen göstermesi/ umursaması” ile ilgilidir (Lützen ve ark. 2006).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Hemşirelerin sahip oldukları kişisel değerleri ve etik duyarlılık düzeyleri nasıldır?
- Hemşirelerin kişisel değerlerini ve etik duyarlılığını etkileyen faktörler nelerdir ?
- Hemşirelerin sahip oldukları kişisel değerler ile etik duyarlılıkları arasında bir ilişki var mıdır?

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aralık 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında Yalova ili genelinde devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışmakta olan toplam 230 hemşire oluşturdu. Yalova ilinde, Yalova Devlet Hastanesi, Çınarcık Devlet Hastanesi, Özel Yalova Hastanesi ve Özel Atakent Hastanesi olmak üzere toplam 4 hastane bulunmaktadır.

Araştırmanın örnekleme için 4 hastanede çalışmakta olan 230 hemşireden amaçlı örneklem yöntemiyle toplam 170 hemşireye ulaşılması hedeflendi. Hemşirelerin, bir etik ikilem deneyimleme durumunu kuvvetlendirmek amacıyla en az 1 yıl çalışmış olma kriteri örneklem seçiminde dikkate alındı. Veri toplama aşamasında raporlu/ izinli olma/ çalışmaya katılmayı kabul etmeme ya da veri toplama formlarının tam doldurulmamış olması gibi nedenlerle kayıpları önlemek için örneklem sayısı yeniden düzenlendi ve 185 hemşireye formlar dağıtıldı.. Araştırma evrenindeki amaçlı örneklem yöntemiyle seçilen, araştırma kriterini karşılayan ve bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için izin alınan toplam 185 hemşire ile araştırma tamamlandı. Hemşirelerden alınan anketlerin 5 tanesinin

tamamen boş olması, 10 tanesinin ise tam eksik doldurulmuş olması nedeniyle bu hemşireler araştırma kapsamı dışına alındı ve 170 hemşire örnekleme oluşturdu. Örneklem evrenin %74'ünü temsil etti.

### **3.4. Verileri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında;

- Yapılandırılmış Soru Formu (Ek-1)
  - Değerler Hiyerarşisi Ölçeği (Ek-2)
  - Ahlaki Duyarlılık Testi (ADA) ( Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ) (Ek-3)
- olmak üzere 3 veri toplama aracı kullanıldı.

#### **3.4.1. Yapılandırılmış Soru Formu (Ek-1)**

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan soru formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin 7 soru, çalıştıkları bölüm, görevleri, etik ve değerler konusunda eğitim alma, mesleki dernek üyeliği gibi mesleki özelliklerine ilişkin 6 soru, sivil toplum kuruluşu üyeliği, arkadaşlarla istenilen sıklıkta görüşme ve düzenli sosyal aktivite sürdürme durumlarına ilişkin 3 soru ile toplamda 16 soruya yer verildi ( Pekcan 2207, Tosun 2005, Güngör 2010).

#### **3.4.2. Değerler Hiyerarşisi Ölçeği- DHÖ ( Ek-2)**

Değer tercihlerini belirleyebilmek amacıyla Allport, Vernon ve Lindzey'in (1960) 6 değer boyutuna Güngör'ün (1998) ahlaki değer boyutunu da ekleyerek geliştirmiş olduğu Değerler Hiyerarşisi Ölçeği (DHÖ) kullanıldı. DHÖ'nde; estetik, ahlaki, teorik, iktisadi, dini, siyasi ve sosyal olmak üzere toplamda 7 değer alanına ait toplam 14 ifade bulunmaktadır. Hemşirelerden bu alanlarda yer alan ifadeleri kendilerine göre önem sırasına(1-14 arası) koymaları istenmektedir. Sıralamaya konulan ilk 7 değer araştırmacı tarafından değerlendirmeye alınmıştır.

İfadelerin içerisine dahil olduğu değer türleri Tablo 3-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3-1: Değer Tercihleri İfadeleri ve Değer Türleri**

Değer Türü	İfadeler
Estetik Değerler	Her şeyin ölçülü ve ahenkli olması
	Güzelliklerle dolu bir dünya
Ahlaki Değerler	Yalansız bir dünya
	Vicdan huzuru
Teorik Değerler	Bütün gerçeklerin bilinmesi
	Cahillikten arınmış bir dünya
İktisadi Değerler	Ekonomik bağımsızlık
	Konforlu bir hayat
Dini Değerler	Öbür dünyayı kazanmak
	Günahlardan arınma
Siyasi Değerler	Eşitliğin sağlanması
	Hürriyet için mücadele
Sosyal Değerler	Gerçek dostluk
	İnsanlara yardım

### 3.4.3. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA ( Moral Sensitivity Questionnaire- MSQ)

Kim Lutzen tarafından geliştirilen Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA), 1994 yılında, öncelikle Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde (İsveç-Stockholm) psikiyatri kliniğindeki, sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerin etik karar verme sürecinde gösterdikleri etik duyarlılığı belirlemek amacıyla kullanıldı( Lutzen 2000, Tosun 2005).

ADA toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) oluşan likert tipte bir ölçüm aracıdır (Tosun 2005). ADA'nın Türk toplumuna uyarlanması için geçerlik-güvenirlik çalışması Hale Tosun tarafından 2005 yılında yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur.

Ahlaki Duyarlılık Anketi alt boyutları ve ölçek maddeleri Tablo 3-2’de gösterilmiştir.

**Tablo 3-2: Ahlaki Duyarlılık Anketi Maddeleri ve Alt Boyutları**

Alt Boyut - Madde No	Ahlaki Duyarlılık Anketi ( ADA)
<b>OTONOMİ</b>	
10	Hastaların bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/ prosedürlere güvenirim.
15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
16	Çoğu kez iyi bakım / tedavinin hasta için karar vermeyi içerdiğine de inanırım
21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi red ettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.
24	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
<b>YARAR SAĞLAMA</b>	
2	Hastalarımnda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.
5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/ hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
8	Hastanın hastalığını anlama/ kavrama eksikliği varsa, azda olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
<b>BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM</b>	
1	Hemşire/ hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
29	Bir hemşire/ hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz özel bakım/ tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.
<b>ÇATIŞMA</b>	
9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişki yaşıyorum.
11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
<b>UYGULAMA</b>	
4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/ hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.



20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
<b>ORYANTASYON</b>	İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
7	
13	Bakım/ tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
22	İyi bir bakım/ tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
<b>SINIFLANDIRILAMAYAN MADDELER</b>	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
3	
23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

Likert tipte bir kağıt kalem ölçeği olan ADA'nın ifadelerinin 1 puan (Tamamen Katılıyorum) ile 7 puan (Hiç Katılmıyorum) arasında derecelendirilmesi istenmiştir. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 210'dur. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir (Tosun 2005, Pekcan 2007).

ADA alt boyut ve toplam puan dağılımı tablo 3-3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3 - 3: Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı**

Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum
Otonomi	7	49
Yarar Sağlama	4	28
Bütüncül Yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
Toplam	30	210

### 3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı birimlerden yazılı izin alındı. Çalışma örnekleme Aralık 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında Yalova İli'nde çalışmakta olan ve araştırmanın örneklem kriterini karşılayan hemşireler katıldı. Hemşirelere araştırmanın amacı, yararları ve onlardan ne beklenildiği açıklandı. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için gönüllü olan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınarak uygulamaya başlandı. Hemşirelerin hasta bakımı işlevlerini kesintiye uğratmadan veri toplama formlarını incelemeleri için bir süre zaman tanınarak sorular alındı. Daha sonra kendilerini mutlaka yanıtlamak zorunda hissetmemeleri için anketler hemşirelere bırakıldı, kararlaştırılan günlerde / belirli aralıklarla ziyaretler yapılarak tekrar geri toplandı. Boş olarak verilen formlar gönüllük ilkesi doğrultusunda araştırma dışı bırakıldı.

### 3.6. Araştırmanın Etik Yönleri

- Veri toplama formlarının tez araştırmasında kullanılabilmesi için ilgili araştırmacılar bilgilendirilerek uygun görüşleri alındı.
- Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan, Yalova Kamu Birliği Hastaneler Kurumu'ndan, Özel Yalova Hastanesi ve Özel Atakent Hastanesi Müdürlükleri'nden yazılı izinler alındı ( Ek-4, Ek-5,Ek-6).
- Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda değerlendirilerek onaylandı (Ek-7).
- Araştırmanın örneklemini oluşturacak hemşirelere çalışmanın amacı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş izin alındı (Ek-8).

- Araştırmaya katılan hemşireler; çalışmaya katılma veya katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılma hakları konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve otonomi ilkesine saygı gösterildi.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı. (Ertekin ve ark 2002; Karataş 2000).

### 3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında İstanbul Üniversitesi lisanslı SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

İstatistiki analizlerde;

- Gruplandırılmış değişkenlerin frekans ve yüzdeler değeri, sayısal değişkenlerin aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değeri hesaplandı.
- Kategorik verilerin birbiriyle ilişkisini görmek için çapraz tablolar kullanıldı.
- İki grup ortalaması için Mann Whitney U testi,
- İki'den fazla grup ortalamasını karşılaştırmak için Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Veri analizinden elde edilen sonuçlar %95'lik güven aralığında anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi ( Durmuş 2011).

### **3.8. Verilerin Toplamasında Karşılaşılan Olumsuz Durumlar**

Hemşirelerin yoğun çalışma saatleri, vardiya usulü çalışmaları, geçici görevlendirme ile farklı hastanelere göreve gitmiş olmaları veri toplama sürecini yavaşlatmıştır.

Ayrıca yıllık izin, doğum izni, ücretsiz izin gibi nedenlerle hemşirelerin tamamına ulaşılammış ve veriler belirlenen örneklem çerçevesinde veri toplama tarihlerinde kurumda bulunan hemşirelerle sınırlı kalmıştır.

Araştırma izinleri için başvuruların yapıldığı dönemin Kamu Birliği Hastaneler Yasasına geçiş süreci ile aynı zamana denk gelmesi nedeniyle araştırma izninin alınma süreci uzamıştır.

Araştırmaya Yalova İli ve İlçesindeki Özel ve Devlet Hastanelerinin tümünün dahil edilmesi, kurumların dolaşılması, veri toplama sürecinin uzaması gibi zorluklar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak bulgular;

- Hemşireleri tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin kişisel değer seçimlerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin kişisel değer seçimleri ile etik duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere 4 başlık altında incelenmiştir.

### 4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular **Tablo 4-1**'de görülmektedir.

Hemşirelerin **bireysel ve mesleki özellikleri** incelendiğinde; %50,6' sının 25-34 yaş grubunda (yaş ortalaması=  $32 \pm 7,41$ ), % 94,1'inin kadın, %50'sinin evli, tamamına yakın kısmının (%91,8) çekirdek ailede, %57,6'sının çocuk sahibi, %52,9'unun gelirinin giderine eşit ve %54,1'inin lisans mezunu olduğu saptandı.

Mesleki deneyim olarak 1-15 yıl arasında çoğunluk (% 76,4) gösteren hemşirelerin, %26,5'nin yoğun bakım birimlerinde çalıştığı, %91,2'sinin servis hemşiresi olduğu, %65,9'unun hemşirelik etiği konusunda eğitim aldığı, %53,5'nin değerler ile ilgili eğitim almadığı görüldü. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %72,9'unun mesleki bir derneğe üye olmadığı, %81,8'inin de sivil toplum kuruluşu üyeliğinin bulunmadığı, %78,2'sinin arkadaşları ile istediği sıklıkta görüşemediği ve %88,2'sinin de düzenli sürdürebildiği bir sosyal aktivitesinin olmadığı belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri (N=170)

Özellikler		n	%
Yaş Grupları ( $\bar{X} \pm SS$ ) 32 $\pm$ 7,41	15-24	20	11,8
	<b>25-34</b>	<b>86</b>	<b>50,6</b>
	35-44	58	34,1
	45 ve üzeri	6	3,5
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	<b>160</b>	<b>94,1</b>
	Erkek	10	5,9
Medeni Durum	<b>Evli</b>	<b>119</b>	<b>70</b>
	Bekar	51	30
Aile Tipi	<b>Çekirdek aile</b>	<b>156</b>	<b>91,8</b>
	Geniş aile	4	2,4
	Parçalanmış aile	10	5,9
Çocuk Sahibi Olma	<b>Evet</b>	<b>98</b>	<b>57,6</b>
	Hayır	72	42,4
Gelir Durumu	Gelir giderden yüksek	20	11,8
	<b>Gelir giderine eşit</b>	<b>90</b>	<b>52,9</b>
	Gelir giderden düşük	60	35,3
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	20	11,8
	Önlisans	55	32,4
	<b>Lisans</b>	<b>92</b>	<b>54,1</b>
	Lisansüstü	3	1,8
Mesleki Deneyim	1-5 yıl	47	27,6
	6-10 yıl	34	20,0
	<b>11-15 yıl</b>	<b>49</b>	<b>28,8</b>
	16-20 yıl	28	16,5
	21 ve üstü	12	7,1
Çalıştığı Birim	Çocuk servisi	18	10,6
	Cerrahi servisi	27	15,9
	Dahiliye servisi	26	15,3
	Acil Servis	27	15,9
	Kadın doğum servisi	23	10,0
	<b>Yoğun bakım</b>	<b>45</b>	<b>26,5</b>
	Diğer	4	5,9
Görevi	Başhemşire	4	2,4
	<b>Servis hemşiresi</b>	<b>155</b>	<b>91,2</b>
	Sorumlu hemşire	11	6,4
Hemşirelik Etiği Eğitimi	<b>Evet</b>	<b>112</b>	<b>65,9</b>
	Hayır	58	34,1
Değerler Eğitimi	Evet	79	46,5
	<b>Hayır</b>	<b>91</b>	<b>53,5</b>
Mesleki Dernek Üyeliği	Evet	46	27,1
	<b>Hayır</b>	<b>124</b>	<b>72,9</b>
Sivil Toplum Kuruluşu Üyeliği	Evet	32	18,8
	<b>Hayır</b>	<b>138</b>	<b>81,2</b>
Arkadaşları ile İsteddiği Sıklıkta Görüşme	Evet	37	21,8
	<b>Hayır</b>	<b>133</b>	<b>78,2</b>
Düzenli Sosyal Aktivite	Evet	20	11,8
	<b>Hayır</b>	<b>150</b>	<b>88,2</b>

#### 4.2. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin, 7 değer alanına göre kişisel değer seçimlerinin dağılımı **Tablo 4-2'**de incelendiğinde; çalışma kapsamındaki hemşirelerin birinci değer tercihi olarak (%28,2) **siyasi** değerleri tercih ettiği görüldü. daha sonra ikinci değer tercihi olarak sıklıkla (%28,2) **ahlaki** değerleri, üçüncü olarak (%22,9) **dini** değerleri, dördüncü olarak (%20,0) **sosyal** değerleri, beşinci (%25,3) ve altıncı (%23,5) olarak **iktisadi** değerleri tercih ettiği ve yedinci değer seçiminin de yine (%23,5) **sosyal** değerler olduğu saptandı. Estetik ve teorik değerlerin ise yedi değer alanı içinde sıklıkla tercih edilenler arasında yer almadığı görüldü.

**Tablo 4-2: Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerinin Dağılımı (N=170)**

Değer Türü	Estetik		Ahlaki		Teorik		İktisadi		Dini		Siyasi		Sosyal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>1. Değer</b>	18	10,6	39	22,9	19	11,2	24	14,1	12	7,1	<b>48</b>	<b>28,2</b>	10	5,9
<b>2. Değer</b>	16	9,4	<b>48</b>	<b>28,2</b>	22	12,9	18	10,6	19	11,2	27	15,9	20	11,8
<b>3. Değer</b>	21	12,4	27	15,9	26	15,3	15	8,8	<b>39</b>	<b>22,9</b>	14	8,2	28	16,5
<b>4. Değer</b>	21	12,4	33	19,4	23	13,5	23	13,5	24	14,1	12	7,1	<b>34</b>	<b>20,0</b>
<b>5. Değer</b>	29	17,1	16	9,4	18	10,6	<b>43</b>	<b>25,3</b>	18	10,6	17	10,0	29	17,1
<b>6. Değer</b>	18	10,6	15	8,8	20	11,8	<b>40</b>	<b>23,5</b>	28	16,5	23	13,5	26	15,3
<b>7. Değer</b>	23	13,5	18	10,6	30	17,6	23	13,5	14	8,2	22	12,9	<b>40</b>	<b>23,5</b>

Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre kişisel değer seçimleri **Tablo 4-3** ve **Tablo 4-4'**de sunulmaktadır.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin **yaş gruplarına** göre kişisel değer seçimleri incelendiğinde; 15-24 yaşları arasındaki hemşirelerin **ahlaki** (%30), 25-44 yaşları arasındaki hemşirelerin **siyasi** (%61,9), 45 ve üzeri yaşlarda bulunan hemşirelerin ise benzer oranlarda **ahlaki ve dini** (%33,3) değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri görüldü. Hemşirelerin yaş gruplarına göre değer seçimleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ( $p > 0,05$ ) olmadığı saptandı (Tablo 4-3).

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin **cinsiyetine** göre temel değerleri incelendiğinde; hem *erkek* (%80) hem de *kadınların* (%25) çoğunlukla **siyasi** değerleri tercih ettiği ve cinsiyete göre temel değer seçimleri karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ) saptandı (Tablo 4-3).

**Tablo 4-3'**de hemşirelerin **medeni durumlarına** göre değer seçimleri incelendiğinde hem *evli* (%29,4) hem de *bekar* (%25,5) olan hemşirelerin çoğunlukla **siyasi** değerleri temel değer olarak benimsediği görüldü. Benzer şekilde hem *çocuk sahibi* olan (%25,8) hem de *olmayan* (% 31,5) hemşirelerin de sıklıkla **siyasi** değerleri temel değer olarak seçtikleri belirlendi. Hemşirelerin medeni durum ve çocuk sahibi olmalarına göre değer tercihleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p < 0,05$ ) olduğu saptandı.

Hemşirelerin **aile tipine** göre temel değer tercihleri incelendiğinde; *çekirdek aileye* (%28,8) ve *geniş aileye* (%50,0) sahip olanların **siyasi** değerleri; *parçalanmış aileye* sahip hemşirelerin ise (%50,0) **iktisadi** değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri ve hemşirelerin aile tipine göre değer tercihleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ) görüldü (Tablo 4-3).



Tablo: 4-3: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değer Seçimlerinin Karşılaştırılması(N=170)

Özellikler		Estetik		Ahlaki		Teorik		İktisadi		Dini		Siyasi		Sosyal		p#
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	15-24 yaş (n=20)	3	15,0	6	30,0	3	15,0	2	10,0	1	5,0	4	20,0	1	5,0	0,167
	25-34 yaş (n=86)	5	5,8	22	25,6	11	12,8	12	14,0	3	3,5	25	29,1	8	9,3	
	35-44 yaş (n=58)	9	15,5	9	15,5	5	8,6	9	15,5	6	10,3	19	32,8	1	1,7	
	45-üzeri (n=6)	1	16,7	2	33,3	0	0	1	16,7	2	33,3	0	0	0	0	
Cinsiyet	Kadın (n=160)	18	11,3	38	23,8	18	11,3	24	15,0	12	7,5	40	25,0	10	6,3	0,016*
	Erkek (n=10)	0	0,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	8	80,0	0	0,0	
Medeni Durum	Evli (n=119)	11	9,2	28	23,5	12	10,1	15	12,6	11	9,2	35	29,4	7	5,9	0,041*
	Bekar (n=51)	7	13,7	11	21,6	7	13,7	9	17,6	1	2,0	13	25,5	3	5,9	
Aile Tipi	Çekirdek aile (n=156)	17	10,9	37	23,7	18	11,5	19	12,2	11	7,1	44	28,2	10	6,4	0,128
	Geniş aile (n=4)	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	
	Parçalanmış aile (n=10)	1	10,0	2	20,0	0	0,0	5	50,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	
Çocuk Sahibi Olma	Evet (n=97)	10	10,3	24	24,7	9	9,3	16	16,5	11	11,3	25	25,8	2	2,1	0,041*
	Hayır (n=73)	8	11,0	15	20,5	10	13,7	8	11,0	1	1,4	23	31,5	8	11,0	
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla (n=20)	1	5,0	8	40,0	5	25,0	0	0,0	0	0,0	5	25,0	1	5,0	0,029*
	Gelir giderine eşit (n=90)	11	12,2	21	23,3	14	15,6	5	5,6	9	10,0	26	28,9	4	4,4	
	Gelir giderden az (60)	6	10,0	10	16,7	0	0,0	19	31,7	3	5,0	17	28,3	5	8,3	
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi (n=20)	4	20,0	1	5,0	0	0,0	9	45,0	0	0,0	6	30,0	0	0,0	0,021*
	Önlisans (n=55)	4	7,3	10	18,2	0	0,0	13	23,6	6	10,9	17	30,9	5	9,1	
	Lisans (n=90)	10	10,9	28	30,4	16	17,4	2	2,2	6	6,5	25	27,2	5	5,4	
	Lisansüstü (n=3)	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Görevi	Başhemşire (n=4)	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,664
	Sorumlu Hemşire (n=11)	1	9,1	2	18,2	2	18,2	1	9,1	0	0,0	4	36,4	1	9,1	
	Servis Hemşiresi (n=155)	16	10,3	35	22,6	16	10,3	23	14,8	12	7,7	44	28,4	9	5,8	

\* p&lt; 0,05 #Likelihood Ratio testi

**Tablo 4-3** incelendiğinde *geliri giderinden fazla* olan hemşirelerin (% 40) **ahlaki**, *geliri giderine eşit* olanların (%28,9) **siyasi**, *geliri giderinden az* olan hemşirelerin ise (%31,7) **iktisadi** değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri ve hemşirelerin **gelir durumlarına** göre temel değer seçimleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu( $p < 0,05$ ) saptandı.

Hemşirelerin **eğitim durumuna** göre temel değer tercihleri incelendiğinde; *sağlık meslek lisesi* mezunlarının (%45) **iktisadi**, *önlisans* mezunlarının (%30) **siyasi**, *lisans* mezunlarının (%30,4) **ahlaki** ve *lisansüstü* eğitime sahip hemşirelerin ise tamamının( $n=3$ ) **teorik** değerleri temel olarak benimsedikleri görüldü. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre temel değer seçimleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ) belirlendi(Tablo 4-3).

**Tablo 4-3**'de hemşirelerin yaptıkları **göreve** göre temel değer tercihleri incelendiğinde; *başhemşirelerin* (%50,0) **ahlaki**, hem *servis* (%28,4), hem de *sorumlu hemşirelerin* (%36,4) **siyasi** değerleri sıklıkla temel değer olarak seçtiği ve görevlerine göre hemşirelerin temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin **mesleki deneyim** yıllarına göre temel değer tercihleri incelendiğinde; *1-5 yıl* (%34), *6-10 yıl* (%26,5) ve *16-20 yıl* (%25) deneyimi olan hemşirelerin **siyasi**, *11-15 yıl arası deneyimi* (%26,5) olanların hem **siyasi** hem de **ahlaki**, *21 yıl ve üstü* (%33,3) mesleki deneyime sahip hemşirelerin ise **ahlaki** değerleri sıklıkla benimsediği görüldü. Mesleki deneyim yılına göre hemşirelerin temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-4).

**Tablo 4-4.** incelendiğinde; *çocuk servisinde çalışan* hemşirelerin (%50) **ahlaki**, *cerrahi servisinde çalışanların* (%29,6) **teorik ve siyasi**, *dahiliye* (%42,3) ve *acil servislerindeki* hemşirelerinin (% 55,6) **siyasi**, *kadın doğum servisindeki* hemşirelerin (%26,1) **ahlaki ve iktisadi**, yoğun bakım hemşirelerinin (%22,2) **ahlaki ve siyasi** ve diğer birimlerde bulunan hemşirelerin (%25) ise **estetik, ahlaki, teorik ve sosyal** değerleri sıklıkla benimsedikleri görüldü. **Çalışılan birime** göre hemşirelerin temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,05$ ).

Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değer Seçimlerinin Karşılaştırılması(devam) (N=170)

Özellikler	Estetik		Ahlaki		Teorik		İktisadi		Dini		Siyasi		Sosyal		P <sup>#</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Mesleki Deneyim	1-5 yıl (n=47)	3	6,4	12	25,5	10	21,3	1	2,1	2	4,3	16	34,0	3	6,4	0,018*
	6-10 yıl (n=34)	1	2,9	7	20,6	4	11,8	6	17,6	1	2,9	9	26,5	6	17,6	
	11-15 yıl (n=49)	9	18,4	13	26,5	1	2,0	8	16,3	4	8,2	13	26,5	1	2,0	
	16-20 yıl (n=28)	5	17,9	3	10,7	4	14,3	6	21,4	3	10,7	7	25,0	0	0,0	
	21 ve üstü (n=12)	0	0,0	4	33,3	0	0,0	3	25,0	2	16,7	3	25,0	0	0,0	
Çalıştığı Birim	Çocuk servisi (n=18)	1	5,6	9	50,0	2	11,1	1	5,6	2	11,1	2	11,1	1	5,6	0,027*
	Cerrahi servisi (n=27)	0	0,0	5	18,5	8	29,6	2	7,4	2	7,4	8	29,6	2	7,4	
	Dahiliye servisi (n=26)	1	3,8	6	23,1	2	7,7	3	11,5	0	0,0	11	42,3	3	11,5	
	Acil servis (n=27)	2	7,4	2	7,4	1	3,7	4	14,8	1	3,7	15	55,6	2	7,4	
	Kadın Doğum servisi (n=23)	5	21,7	6	26,1	0	0,0	6	26,1	4	17,4	2	8,7	0	0,0	
	Yoğun Bakım (n=45)	8	17,8	10	22,2	5	11,1	8	17,8	3	6,7	10	22,2	1	2,2	
	Diğer (n=4)	1	25,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	
Hemşirelik Etiği Eğitimi	Evet (n=112)	15	13,4	36	32,1	19	17,0	3	2,7	10	8,9	19	17,0	10	8,9	0,041*
	Hayır (n=58)	3	5,2	3	5,2	0	0,0	21	36,2	2	3,4	29	50,0	0	0,0	
Değerler Eğitimi	Evet (n=79)	11	13,9	25	31,6	18	22,8	1	1,3	6	7,6	13	16,5	5	6,3	0,026*
	Hayır (n=91)	7	7,7	14	15,4	1	1,1	23	25,3	6	6,6	35	38,5	5	5,5	
Mesleki Dernek Üyeliği	Evet (n=46)	5	10,0	13	28,3	10	21,7	0	0,0	0	0,0	16	34,8	2	4,3	0,042*
	Hayır (124)	13	10,5	26	21,0	9	7,3	24	19,4	12	9,7	32	25,8	8	6,5	
Sivil Toplum Kuruluşu Üyeliği	Evet (n=32)	2	6,3	9	28,1	3	9,4	4	12,5	3	9,4	9	28,1	2	6,3	0,944
	Hayır (n=138)	16	11,6	30	21,7	16	11,6	20	14,5	9	6,5	39	28,3	8	5,8	
Arkadaşları ile İsteddiği Sıklıkta Görüşme	Evet (n=37)	6	16,2	6	16,2	6	16,2	1	2,7	3	8,1	11	29,7	4	10,8	0,086
	Hayır (n=133)	12	9,0	33	24,8	13	9,8	23	17,3	9	6,8	37	27,8	6	4,5	
Düzenli Sosyal Aktivite	Evet (n=20)	1	5,0	6	30,0	2	10,0	2	10,0	0	0,0	6	30,0	3	15,0	0,321
	Hayır (n=150)	17	11,3	33	22,0	17	11,3	22	14,7	12	8,0	42	28,0	7	4,7	

\*p&lt; 0,05 #Likelihood Ratio testi

Hemşirelerin **etik konusunda eğitim alma** durumlarına göre temel değer tercihleri incelendiğinde; *eğitim alan* hemşirelerin (%32,1) **ahlaki**, *eğitim almayanların* ise (%50) **siyasi** değerleri sıklıkla benimsedikleri belirlendi. Etik konusunda eğitim alma durumlarına göre hemşirelerin temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $p<0,05$ )(Tablo 4-4).

**Tablo 4-4** incelendiğinde; *değerler konusunda eğitim alan* hemşirelerin (%31,6) **ahlaki**, *eğitim almayanların* (%38,5) ise **siyasi** değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri ve **değerler eğitimi alma** durumlarına göre hemşirelerin temel değer tercihlerinin anlamlı farklılık gösterdikleri saptandı ( $p<0,05$ ).

Hemşirelik ile ilgili bir *dernek üyesi olan* (%34,8) ve *dernek üyesi olmayan* (%25,8) hemşirelerin sıklıkla **siyasi** değerleri temel olarak benimsedikleri ve **mesleki dernek üyeliği** durumlarına göre hemşirelerin temel değer tercihlerinin anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-3.1.2).

**Tablo 4-4** incelendiğinde bir *sivil toplum kuruluşuna üye olan* hemşirelerin (%28,1) **ahlaki** ve **siyasi**, *üye olmayan* (%28,3) hemşirelerin ise **siyasi** değerleri sıklıkla temel değer olarak seçtikleri görüldü. Hemşirelerin **sivil toplum kuruluşuna üye olma** durumlarına göre temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Hem *arkadaşları ile istediği sıklıkta görüşen* (%29,7) hem de *istediği sıklıkta görüşemeyen* hemşirelerin (%27,8) sıklıkla **siyasi** değerleri temel olarak benimsediği belirlendi. Hemşirelerin **arkadaşları ile istediği sıklıkta görüşme** durumlarına göre temel değer tercihleri karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-4).

**Tablo 4-4** incelendiğinde; *düzenli olarak bir sosyal aktiviteyi sürdüren* hemşirelerin (%30,0) **siyasi** ve **ahlaki**, *sürdüremeyen* hemşirelerin (%28,0) ise **siyasi değerleri** sıklıkla temel değer olarak benimsediği görüldü. **Düzenli sosyal aktivite sürdürme durumuna** göre hemşirelerin temel değer tercihlerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlendi( $p>0,05$ ).

### 4.3. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-5'**de hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde *toplam ADA* puan ortalamasının  $76,33\pm 22,84$ , *otonomi* alt boyutu puan ortalamasının  $17,74\pm 4,61$ ; *yarar sağlama* alt boyutu puan ortalamasının  $11,90\pm 4,32$ ; *bütüncül yaklaşım* alt boyutu puan ortalamasının  $12,61\pm 4,17$ ; *çatışma* alt boyutu puan ortalamasının  $6,74\pm 2,65$ ; *uygulama* alt boyutu puan ortalamasının  $9,59\pm 2,99$  ve *oryantasyon* alt boyutu puan ortalamasının ise  $9,87\pm 3,90$  olduğu saptandı.

**Tablo 4-5: Hemşirelerin ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (N=170)**

ADA ve Alt Boyutları	Min-Max	Ort±SS
Otonomi	9-30	17,74±4,61
Yarar Sağlama	5-23	11,90±4,32
Bütüncül Yaklaşım	6-22	12,61±4,17
Çatışma	3-15	6,74±2,65
Uygulama	4-17	9,59±2,99
Oryantasyon	4-18	9,87±3,90
Toplam ADA	44-129	76,33±22,84

Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar **Tablo 4-6'**de görülmektedir.

**Tablo 4-6:Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)**

Cinsiyet Alt Boyutlar	Kadın n=160		Erkek n=10		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	9-30	17,72±4,69	12-24	18,10±3,31	-,0585	0,559
Yarar Sağlama	5-23	11,7±4,33	7-18	14,00±3,71	-1,483	0,138
Bütüncül Yaklaşım	6-22	12,49±4,20	8-17	14,60±3,27	-1,151	0,250
Çatışma	3-15	6,66±2,70	5-10	8,00±1,41	-1,739	0,082
Uygulama	4-17	9,50±3,05	8-12	11,00±1,41	-1,750	0,080
Oryantasyon	4-18	9,81±3,95	5-14	10,90±2,80	-1,001	0,317
Toplam ADA	44-129	75,75±23,10	52-97	85,70±16,14	-1,153	0,249
Medeni Durum Alt Boyutlar	Evlü n=119		Bekar n=51		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	9-30	17,73±4,72	10-28	17,78±4,40	-,324	0,746
Yarar Sağlama	5-23	11,73±4,51	5-18	12,27±3,84	-1,014	0,311
Bütüncül Yaklaşım	6-22	12,53±4,23	7-19	12,80±4,07	-,390	0,697
Çatışma	3-15	6,70±2,76	3-11	6,82±2,40	-,528	0,598
Uygulama	4-17	9,55±3,03	5-16	9,68±2,94	-,248	0,804
Oryantasyon	4-18	9,65±3,97	4-18	10,39±3,71	-1,241	0,215
Toplam ADA	44-129	75,65±23,46	48-111	77,92±21,45	-,675	0,499
Çocuk Sahibi Olma Alt Boyutlar	Evet n=98		Hayır n=72		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	12-30	18,08±4,83	9-28	17,30±4,30	-,722	0,471
Yarar Sağlama	6-23	11,76±4,25	5-21	12,08±4,42	-,455	0,649
Bütüncül Yaklaşım	6-22	12,68±4,02	6-22	12,53±4,39	-,496	0,620
Çatışma	3-15	6,88±2,76	3-12	6,54±2,51	-,732	0,464
Uygulama	4-17	9,64±2,85	4-17	9,52±3,19	-,422	0, 673
Oryantasyon	4-18	9,79±3,98	4-18	9,98±3,81	-,356	0,722
Toplam ADA	46-128	76,65±22,86	44-129	75,90±22,96	-,698	0,485

Hemşirelerin **cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6).

**Tablo 4-7:Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)**

Etik Eğitimi Alt Boyutlar	Evet n= 112		Hayır n= 58		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	9-30	15,9±3,74	12-28	21,27±4,08	-4,090	0,040*
Yarar Sağlama	5-20	10,07±3,60	6-23	15,43±3,29	-2,472	0,051
Bütüncül Yaklaşım	6-20	10,85±3,39	6-22	16,01±3,38	-7,405	0,001**
Çatışma	3-12	5,62±2,11	4-15	6,89±2,25	-0,471	0,295
Uygulama	4-16	8,46±2,61	7-17	11,77±2,44	-1,694	0,092
Oryantasyon	4-18	8,27±3,24	6-18	10,96±3,15	-1,296	0,074
<b>Toplam ADA</b>	<b>44-124</b>	<b>66,30±18,52</b>	<b>56-129</b>	<b>85,70±17,30</b>	<b>-3,741</b>	<b>0,023*</b>
Değerler Eğitimi Alt Boyutlar	Evet n=79		Hayır n=91		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	9-30	15,67±3,39	12-28	19,54±4,79	-3,185	0,016*
Yarar Sağlama	5-18	9,93±3,38	5-23	13,60±4,34	-2,271	0,005**
Bütüncül Yaklaşım	6-17	10,51±2,99	6-22	14,43±4,21	-5,977	0,001**
Çatışma	3-10	5,49±1,92	3-15	7,82±2,74	-0,531	0,154
Uygulama	4-13	8,17±2,23	4-17	10,82±3,04	-0,756	0,098
Oryantasyon	4-15	7,98±2,81	4-18	11,51±3,98	-0,186	0,431
<b>Toplam ADA</b>	<b>44-108</b>	<b>64,73±16,42</b>	<b>46-129</b>	<b>86,40±22,91</b>	<b>-3,047</b>	<b>0,021*</b>
Mesleki Dernek Üyeliği Alt Boyutlar	Evet n=46		Hayır n=124		Mann Whitney (Z)	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	11-26	16,71±3,60	9-30	18,12±4,89	-1,391	0,164
Yarar Sağlama	6-19	11,26±3,96	5-23	12,13±4,43	-1,136	0,256
Bütüncül Yaklaşım	6-19	11,95±3,99	6-22	12,86±4,233	-1,173	0,241
Çatışma	3-10	6,30±2,24	3-15	6,90±2,78	-1,162	0,245
Uygulama	5-15	9,15±2,49	4-17	9,75±3,158	-1,116	0,264
Oryantasyon	4-18	8,93±3,32	4-18	10,22±4,05	-1,856	0,063
<b>Toplam ADA</b>	<b>48-117</b>	<b>71,93±19,8</b>	<b>44-129</b>	<b>77,96±23,71</b>	<b>-1,691</b>	<b>0,091</b>

\*  $p<0,05$  \*\*  $p<0,01$

Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar **Tablo 4-7'**de ele görülmektedir.

Hemşirelerin, **etik konusunda eğitim almaları** durumuna göre ADA puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alan hemşirelerin otonomi ( $Z=-4,090$ ;  $p<0,05$ ), yarar sağlama ( $Z=-2,472$ ;  $p<0,05$ ) ve bütüncül yaklaşım ( $Z=-7,405$  ;  $p<0,01$ ) ile toplam ADA ( $Z=-3,741$ ;  $p<0,05$ ) puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha düşük ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Çalışma örneklemindeki hemşirelerin **değerler konusunda eğitim almaları** durumuna göre ADA puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alan hemşirelerin otonomi ( $Z=3,185$ ;  $p<0,05$ ), yarar sağlama ( $Z=-2,271$ ;  $p<0,01$ )ve bütüncül yaklaşım ( $Z=-5,977$ ;  $p<0,01$ ) ile toplam ADA ( $Z=-3,047$ ;  $p<0,05$ ) puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlendi (Tablo 4-7).

Hemşirelerin **mesleki bir derneğe üye olma durumuna** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ )(Tablo 4-7).

**Tablo 4-8'**de hemşirelerin halen sürdürmekte oldukları **görevlerine** göre ADA puan ortalamaları incelendiğinde; başhemşirelerin otonomi alt boyutundan diğer hemşirelere göre daha düşük puan ortalaması aldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı( $x^2=6,861$   $p<0,05$ ).



**Tablo 4-8: Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)**

Görevi Alt Boyutlar	Başhemşire n=4		Servis Hemşiresi n=155		Sorumlu Hemşire n= 11		Kruskal Wallis ( $\chi^2$ )	p
	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS		
Otonomi	11-14	12,50 $\pm$ 1,29	9-30	17,85 $\pm$ 4,56	11-25	18,09 $\pm$ 5,26	6,861	0,032*
Yarar Sağlama	8-9	8,50 $\pm$ 0,57	5-23	11,96 $\pm$ 4,32	6-19	12,18 $\pm$ 4,75	2,181	0,336
Bütüncül Yaklaşım	7-10	8,50 $\pm$ 1,29	6-22	12,76 $\pm$ 4,17	6-19	12,09 $\pm$ 4,34	4,594	0,101
Çatışma	3-6	4,50 $\pm$ 1,29	3-15	6,76 $\pm$ 2,67	3-10	7,18 $\pm$ 2,60	3,213	0,201
Uygulama	7-9	8,00 $\pm$ 1,15	4-17	9,60 $\pm$ 2,99	5-15	10,00 $\pm$ 3,49	1,048	0,592
Oryantasyon	5-9	6,50 $\pm$ 1,73	4-18	9,98 $\pm$ 3,85	4-18	9,63 $\pm$ 4,78	3,960	0,138
<b>Toplam ADA</b>	50-59	54,25 $\pm$ 4,03	44-129	76,84 $\pm$ 22,66	46-117	77,18 $\pm$ 26,54	4,872	0,087
Gelir Durumu Alt Boyutlar	Gelir Giderden Fazla n=20		Gelir Gidere Eşit n=90		Gelir Giderden Az n= 60		Kruskal Wallis ( $\chi^2$ )	p
	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS		
Otonomi	11-22	15,55 $\pm$ 3,25	9-30	16,84 $\pm$ 4,18	12-28	19,83 $\pm$ 4,89	7, 753	0,035*
Yarar Sağlama	7-19	10,60 $\pm$ 4,30	5-28	11,08 $\pm$ 3,98	5-23	13,55 $\pm$ 4,38	12,762	0,002**
Bütüncül Yaklaşım	6-18	11,25 $\pm$ 3,87	6-22	11,93 $\pm$ 3,89	6-20	14, 10 $\pm$ 4,32	12,750	0,002**
Çatışma	3-10	5,35 $\pm$ 1,95	3-11	6,34 $\pm$ 2,28	3-15	7,80 $\pm$ 3,01	14,817	0,001**
Uygulama	5-12	8,15 $\pm$ 2,03	4-17	9,30 $\pm$ 2,70	4-16	10,51 $\pm$ 3,41	10,927	0,004**
Oryantasyon	4-13	8,10 $\pm$ 2,78	4-17	9,08 $\pm$ 3,62	4-18	11,65 $\pm$ 4,00	8,063	0,039*
<b>Toplam ADA</b>	48-95	65,75 $\pm$ 18,27	44-129	72,10 $\pm$ 20,62	45-124	86,21 $\pm$ 24,09	6,914	0,042*
Aile Tipi Alt Boyutlar	Çekirdek Aile n= 156		Geniş Aile n= 4		Parçalanmış Aile n= 10		Kruskal Wallis ( $\chi^2$ )	p
	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS	Min-Max	Ort $\pm$ SS		
Otonomi	9-30	17,50 $\pm$ 4,52	18-22	20,75 $\pm$ 1,89	12-28	20,30 $\pm$ 5,88	4,617	0,099
Yarar Sağlama	5-23	11,73 $\pm$ 4,38	14-16	14,75 $\pm$ 0,95	8-17	13,40 $\pm$ 3,50	3,202	0,202
Bütüncül Yaklaşım	6-22	12,40 $\pm$ 4,18	14-16	15,00 $\pm$ 0,81	9-19	15,00 $\pm$ 4,05	4,765	0,092
Çatışma	3-15	6,60 $\pm$ 2,65	6-8	7,50 $\pm$ 1,00	5-11	8,50 $\pm$ 2,67	5,935	0,051
Uygulama	4-17	9,44 $\pm$ 3,00	11-13	11,75 $\pm$ 0,95	6-14	11,10 $\pm$ 2,76	5,587	0,061
Oryantasyon	4-18	9,65 $\pm$ 3,89	11-13	12,25 $\pm$ 0,95	6-16	12,40 $\pm$ 3,68	6,495	0,039*
<b>Toplam ADA</b>	44-129	75,11 $\pm$ 22,82	89-93	90,75 $\pm$ 2,06	57-108	89,60 $\pm$ 22,55	4,417	0,110

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Hemşirelerin **gelir durumlarına** göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderinden fazla hemşireler diğer gelir durumlarına sahip olanlara göre ADA ve alt boyutlarından daha düşük puan ortalaması aldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü[(otonomi  $x^2=7,753$ ;  $p<0,05$ ), (yarar sağlama  $x^2=12,762$ ;  $p<0,01$ ), (bütüncül yaklaşım  $x^2=12,750$ ;  $p<0,01$ ), (çatışma  $x^2=14,817$ ;  $p<0,01$ ), (uygulama  $x^2=10,927$ ;  $p=0,004$ ), (oryantasyon  $x^2=8,063$ ;  $p<0,05$ ), (Toplam ADA  $x^2=6,914$ ;  $p<0,05$ )](Tablo 4-8).

Tablo 4-8’de hemşirelerin **aile tipine** göre ADA puan ortalamaları incelendiğinde; çekirdek aileye sahip hemşirelerin oryantasyon ( $x^2=6,495$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarında diğer aile tiplerine sahip hemşirelere göre daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı.

Hemşirelerin yaş ve eğitim grupları ile ADA puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular **Tablo 4-9**’de görülmektedir.

Çalışma örneklemindeki hemşirelerin **yaş gruplarına** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ )(Tablo 4-9).

Hemşirelerin **eğitim durumlarına** göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; lisansüstü eğitime sahip hemşireler diğer eğitim durumlarına sahip hemşirelere göre ADA ve alt boyutlarından daha düşük puan ortalaması aldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. [(otonomi  $x^2=16,636$ ;  $p<0,01$ ), (bütüncül yaklaşım  $x^2=11,624$ ;  $p<0,01$ ), (çatışma  $x^2=10,269$ ;  $p<0,05$ ), (oryantasyon;  $x^2=16,206$ ;  $p<0,01$ ), (Toplam ADA;  $x^2=15,503$ ;  $p<0,01$ )] (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Hemşirelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumlarına Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)

Yaş Alt Boyutlar	15-24 yaş n=20		25-34 yaş n=86		35-44 yaş n=58		45 yaş ve üzeri n=6		Kruskal Wallis (x <sup>2</sup> )	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min- Max	Ort ±SS		
Otonomi	11-24	16,70±3,51	9-28	17,89±4,58	12-30	17,93±4,95	12-28	17,33±5,57	,874	0,832
Yarar Sağlama	5-18	11,10±4,37	5-23	12,00±4,57	6-21	12,25±4,05	7-14	9,66±2,42	2,299	0,513
Bütüncül Yaklaşım	7-18	11,55±3,92	6-22	12,94±4,34	6-22	12,50±4,07	9-18	12,66±3,82	2,001	0,572
Çatışma	3-10	5,95±2,39	3-15	6,88±2,82	4-11	6,89±2,48	4-11	5,83±2,63	8,326	0,386
Uygulama	5-14	8,70±2,73	4-17	9,84±3,11	5-17	9,62±2,97	7-12	8,6±2,06	3,379	0,337
Oryantasyon	4-17	9,35±3,58	4-18	9,96±3,96	4-17	10,01±4,06	6-14	9,0±2,68	3,44	0,952
Toplam	49-109	70,55±20,75	44-129	77,33±23,72	48-128	77,44±22,71	58-107	70,50±18,52	1,448	0,694
Eğitim Durumu Alt Boyutlar	Sağlık Meslek Lisesi n=20		Önlisans n=55		Lisans n=92		Lisansüstü n=3		Kruskal Wallis (x <sup>2</sup> )	p
	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS		
Otonomi	12-27	20,80±5,21	12-30	18,78±4,47	9-28	16,54±4,19	14-17	15,33±1,52	16,636	0,001**
Yarar Sağlama	7-18	13,65±3,31	5-20	12,80±4,52	5-23	11,14±4,20	6-8	7,00±1,00	7,814	0,062
Bütüncül Yaklaşım	8-19	14,65±3,99	6-19	13,41±4,21	6-22	11,80±4,02	9-10	9,33±0,57	11,624	0,009**
Çatışma	4-11	7,90±2,69	3-12	7,29±2,79	3-15	6,20±2,46	4-7	5,33±1,52	10,269	0,016*
Uygulama	5-14	10,55±2,94	4-15	10,05±3,16	5-17	9,14±2,88	7-10	8,66±1,52	7,127	0,068
Oryantasyon	6-17	11,95±4,01	4-18	10,83±4,02	4-18	8,98±3,51	4-7	5,66±1,52	16,206	0,001**
Toplam	54-110	88,35±22,12	45-113	81,40±22,67	44-129	71,33±21,81	51-60	56,66±4,93	15,503	0,001**

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01

Tablo 4-10 :Hemşirelerin Mesleki Deneyim Yıllarına Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)

Çalışma Yılı Alt Boyutlar	1-5 yıl n=47		6-10 yıl n=34		11-15 yıl n=49		16-20 yıl n=28		21 yıl ve üstü n=12		Kruskal Wallis ( $\chi^2$ )	p
	Min- Max	Ort $\pm$ SS	Min- Max	Ort $\pm$ SS	Min- Max	Ort $\pm$ SS	Min- Max	Ort $\pm$ SS	Min- Max	Ort $\pm$ SS		
<b>Otonomi</b>	10-28	17,29 $\pm$ 3,89	9-27	17,97 $\pm$ 5,04	12-30	17,53 $\pm$ 4,72	12-26	17,96 $\pm$ 4,87	12-28	19,25 $\pm$ 5,31	1,372	0,849
<b>Yarar Sağlama</b>	5-21	11,72 $\pm$ 4,30	5-21	11,97 $\pm$ 5,19	6-23	12,00 $\pm$ 4,14	6-19	12,00 $\pm$ 4,24	7-16	11,75 $\pm$ 3,04	,171	0,997
<b>Bütüncül Yaklaşım</b>	7-22	12,34 $\pm$ 3,97	6-22	12,76 $\pm$ 5,04	7-19	12,61 $\pm$ 3,85	6-19	12,39 $\pm$ 4,00	6-19	13,83 $\pm$ 4,38	1,165	0,884
<b>Çatışma</b>	<b>3-12</b>	<b>6,46<math>\pm</math>2,26</b>	<b>3-12</b>	<b>6,82<math>\pm</math>3,05</b>	<b>3-15</b>	<b>4,04<math>\pm</math>2,68</b>	<b>3-11</b>	<b>6,53<math>\pm</math>2,64</b>	<b>4-11</b>	<b>7,50<math>\pm</math>3,03</b>	<b>7,143</b>	<b>0,041*</b>
<b>Uygulama</b>	5-17	9,36 $\pm$ 2,82	4-17	9,97 $\pm$ 3,60	4-15	9,55 $\pm$ 2,76	5-14	9,42 $\pm$ 2,88	6-16	10,00 $\pm$ 3,30	1,060	0,901
<b>Oryantasyon</b>	4-17	9,48 $\pm$ 3,37	4-18	10,23 $\pm$ 4,59	4-16	9,77 $\pm$ 3,84	4-17	9,96 $\pm$ 4,01	4-17	10,58 $\pm$ 4,16	,900	0,925
<b>Toplam ADA</b>	49-129	74,40 $\pm$ 21,27	44-128	77,38 $\pm$ 26,89	50-120	76,16 $\pm$ 21,9	51- 7	76,46 $\pm$ 22,4 113	48- 108	81,33 $\pm$ 23,7 5	1,149	0,886

\*p&lt; 0,05

Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri ile ADA puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular **Tablo 4-10**'da görülmektedir.

Çalışma örneklemindeki hemşirelerin **çalışma yılına** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 11-15 yıl arası mesleki deneyime sahip hemşirelerin diğer deneyim yıllarındaki hemşirelere göre çatışma ( $\chi^2= 7.143;p<0,05$ ) alt boyutunda daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarındaki bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (Tablo 4-10).

Tablo 4-11 Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)

Çalıştığı Birim Alt Boyutlar	Çocuk n=18		Cerrahi n=27		Dahiliye n=26		Acil n= 27		Kadın Doğum n= 23		Yoğun bakım n= 45		Diğer n= 4		Kruskal Wallis ( $\chi^2$ )	p
	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort ±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS		
Otonomi	15-24	17,50± 2,45	10-27	16,85± 4,04	12-28	18,57± 5,31	12-30	19,29± 4,82	13-26	17,91± 4,72	9-28	17,40± 4,82	11-14	12,00± 1,41	12,429	0 053
Yarar Sağlama	6-17	9,72± 2,90	6-18	11,00± 4,16	5-23	12,92± 5,24	6-21	14,29± 4,43	6-18	11,47± 3,80	6-19	11,82± 3,97	7-9	10,25± 0,95	16,051	0,013*
Bütüncül Yaklaşım	9-18	11,00± 2,91	6-18	11,81± 3,92	6-22	13,42± 4,75	7-22	14,29± 4,49	9-18	12,78± 3,89	5-18	12,51± 4,18	8-10	9,00± 0,81	10,414	0,108
Çatışma	3-10	6,11± 2,21	3-11	6,00± 2,48	3-15	7,73± 3,13	3-11	7,07± 2,36	4-12	6,73± 2,94	3-12	6,88±2, 56	3-6	4,25± 1,25	10,567	0,103
Uygulama	6-14	9,11± 2,39	4-13	8,66± 2,57	4-17	10,15± 3,91	6-17	10,81± 2,71	6-15	9,78± 3,19	4-15	9,42±2, 76	5-9	7,00± 1,63	10,583	0,102
Oryantasyon	6-17	8,44± 2,83	4-17	8,85± 3,63	4-18	10,61± 4,70	4-17	11,44± 4,04	6-18	10,30± 3,67	4-17	9,82±3, 71	5-7	6,00± 0,81	13,428	0,037*
Toplam ADA	53-109	68,66± 15,73	45-109	70,14± 20,97	46-129	82,03± 28,31	50-128	86,11± 21,36	54-112	76,91± 22,95	44-111	75,80± 21,89	48-59	52,25± 4,78	12,843	0,046*

\*p&lt; 0,05

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ADA puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular **Tablo 4-11**'de görülmektedir.

Örneklemdaki hemşirelerin **çalışmakta oldukları birimlere** göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; çocuk servisinde çalışan hemşirelerin yarar sağlama( $x^2=16,051$ ;  $p<0,05$ ) ve oryantasyon( $x^2=13,428$  ;  $p<0,05$ ) alt boyutları ile toplam ADA ( $x^2=12,843$   $p<0,05$ ) puan ortalamalarının diğer birimlerde çalışanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlendi (Tablo 4-11).

#### **4.4. Hemşirelerin Kişisel Değer Tercihleri İle Etik Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Hemşirelerin kişisel değer tercihleri ile ADA puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular **Tablo 4-12**'de görülmektedir.

Hemşirelerin temel değer türlerine göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; sosyal değerleri benimseyen hemşirelerin otonomi ( $x^2=20,016$ ;  $p<0,05$ ), yarar sağlama ( $x^2=13,126$ ;  $p<0,05$ ), bütüncül yaklaşım ( $x^2=20,136$ ;  $p<0,01$ ), çatışma ( $x^2=25,237$ ;  $p<0,01$ ), oryantasyon ( $x^2=23,74$ ;  $p<0,01$ ) alt boyutları ile toplam ADA ( $x^2=32,012$ ;  $p<0,01$ ) puan ortalamalarının diğer değer türlerini temel değer olarak tercih eden hemşirelere göre daha düşük olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı(Tablo 4-12).

**Tablo: 4-12: Hemşirelerin Temel Kişisel Değer Tercihlerine Göre ADA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=170)**

Temel Değer Tercihi / Alt Boyutlar	Estetik n=18		Ahlaki n=39		Teorik n=19		İktisadi n=24		Dini n= 12		Siyasi n= 48		Sosyal n= 10		Kruskal Wallis (x <sup>2</sup> )	p
	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS		
Otonomi	11-19	13,16± 1,68	12-26	15,46± 2,68	9-22	14,21± 3,40	23-30	25,00± 1,79	13-21	16,75± 2,00	16-28	20,25± 2,72	11-16	13,40± 1,57	20,016	0,010*
Yarar Sağlama	7-13	9,55± 1,54	6-16	8,87± 2,06	6-14	8,31± 2,47	14-19	16,29± 1,45	6-16	9,75± 2,37	9-23	16,14± 2,67	5-8	6,40± 1,07	13,126	0,032*
Bütüncül Yaklaşım	7-12	9,22± 1,06	6-19	9,51± 2,02	7-16	9,42± 2,29	15-19	17,75± 2,84	9-15	12,33± 2,38	6-22	16,14± 2,80	6-9	8,00± 1,05	20,136	0,009**
Çatışma	3-9	4,72± 1,22	3-10	5,23± 1,49	3-8	4,84± 1,42	8-12	10,25± 1,07	4-7	5,08± 1,08	5-15	8,81± 1,68	3-5	3,50± 0,70	25,237	0,005**
Uygulama	5-13	7,33± 1,60	4-13	7,92± 1,82	5-12	7,89± 1,85	12-15	13,41± 1,01	7-13	8,33± 1,92	8-17	11,66± 2,13	4-10	5,80± 1,87	9,135	0,215
Oryantasyon	4-11	6,66± 1,45	4-14	7,51± 1,89	4-12	6,15± 2,36	12-18	15,70± 1,33	6-13	8,75± 1,60	6-18	12,58± 2,27	5-8	6,30± 1,15	23,714	0,004**
Toplam ADA	52 -86	57,50± 7,48	48-108	60,84± 9,18	44-94	56,89± 13,57	104-113	108,54 ±12,02	54-89	67,25± 8,13	73-129	95,45± 11,45	45-57	49,40± 3,30	32,012	0,001**

\*p&lt; 0,05 \*\*p&lt;0,01



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulguların tartışılması 3 başlık altında ele alınmıştır:

**5.1.** Hemşirelerin kişisel değer seçimlerine ilişkin bulguların tartışılması,

**5.2.** Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,

**5.3.** Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

### 5.1. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan **hemşirelerin yedi değer alanına göre sıklıkla tercih ettikleri değerler** incelendiğinde; benzer oranlar (%28, 2) ile *siyasi ve ahlaki* değerlerin ilk iki sırada yer aldığı görülmüştür. Daha sonra üçüncü sırada (%22,9) *dini*, dördüncü (%20,0) *sosyal*, beşinci (% 25,3) ve altıncı (% 23,5) olarak *iktisadi* değerlerin tercih edildiği ve yedinci (% 23,5) değer seçiminin de yine *sosyal* değerler olduğu saptanmıştır. *Estetik* değerler ise yedi değer alanı içinde sıklıkla tercih edilenler arasında bulunamamıştır (Tablo 4-1). Bulut ve İşman'ın (2004) sağlık yöneticileri ile yaptığı benzer bir çalışmada ise kişisel değerlerin teorik, sosyal, politik ve estetik değerler olarak önemine göre sıralandığı görülmüştür. Bu çalışmanın hemşirelerin yanı sıra hekimleri de kapsamının ve sadece yöneticiler ile gerçekleştirilmesinin bizim çalışma bulgularımızdan farklılık göstermesine neden olduğu düşünülmektedir. Sarı'nın (2005), "Değerler Hiyerarşisi Ölçeği"ni kullanarak öğretmen adaylarının değer tercihlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise öğrencilerin önem verdikleri değerler sırasıyla; siyasi, ahlak, dini, iktisadi, estetik, sosyal ve teorik değerler olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ilk üç sırada yer alan değer tercihleri araştırma bulgularımıza benzerlik göstermektedir.

Ersoy ve Altun'un (1998) hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin temel değer tercihi olarak 'dürüstlük', ikinci 'güven', üçüncü 'saygı', dördüncü 'özgürlük', beşinci 'mesleki yeterlilik', altıncı 'insanlık' ve yedinci olarak 'eşitlik' değerlerini seçtikleri görülmüştür. Dürüstlük, güven ve insanlığı ahlaki değerlerin, saygıyı sosyal değerlerin, özgürlüğü ve eşitliği iktisadi değerlerin ve mesleki yeterliliği de teorik değerler içinde değerlendirdiğimizde (Güngör 2000) bu çalışma sonuçlarının araştırma bulgularımıza kısmen benzer olduğu varsayılabilir. Ersoy ve Altun'un çalışmasında ilk sırada bulunan ahlaki değerler bizim çalışmamızda ikinci sıradadır. Bunun, değişen toplum, sağlık sistemi ve küreselleşme ile birlikte hemşirelerin değer önceliklerinin de etkilenmesinin bir sonucu olduğu söylenebilir (Tablo 4-2).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %28,2'sinin temel değer tercihi olarak siyasi değerleri seçmiş oldukları belirlenmiştir (Tablo 4-2). Siyasi değerlerin genel yapısı incelendiğinde; belirgin amacı güç elde etmek olan ve yönetici olabilmek amacı ile çeşitli yollar izleyen ve ilerleme fırsatları arayan bireylerin temelde sahip oldukları değer türü olarak karşımıza çıkmaktadır (Babadağ 2010, Öztürk 2010). Bu literatür bilgisi ile birlikte çalışma örneklemindeki hemşirelerin çoğunluğunun servis hemşiresi olarak görev yaptığı dikkate alındığında varolan statülerini yükseltmek, yönetici olabilmek gibi nedenlerle hemşirelerin bu değer türünü seçmeleri beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Nitekim Tablo 3'de başhemşirelerin temel değer tercihleri arasında siyasi değerlerin bulunmaması da bu görüşü destekler niteliktedir.

Hemşirelerin %28,8'inin ikinci değer tercihi olarak ahlaki değerleri benimsedikleri saptanmıştır (Tablo 4-2). Hemşirelik mesleğinin tarihsel gelişimi ve felsefi dönemleri incelendiğinde ahlaki değerlerin hemşirelik üzerinde etkinliğini koruduğu görülmektedir (Acaroğlu 2003; Şendir 2012). Hemşirelik mesleğinin özü olan bakım kavramı da kişilerarası ilişkiye temellenen; insani ve ahlaki bir olgudur (Dinç 2010). Bu çalışmada ahlaki değerlere öncelikli tercihler arasında yer verilmesi sonucu değerlendirildiğinde hemşirelerin bakım verme rolünü üstlenirken bu değerleri ön plana çıkardıklarını düşündürmektedir.

Çalışma örneklemindeki hemşirelerin %22,9'unun üçüncü değer tercihi olarak dini değerleri benimsedikleri görülmüştür (Tablo 4-2). Hemşirelik mesleğine dini etkiler özellikle Hristiyanlığın erken döneminde kadın ve erkeklerin kendilerini kiliseye adanmaları ile başlamış ve insana hizmet etme tanrıya ibadet olarak sayılmıştır (Lindberg 1990;Şendir 2012). Meslek seçimlerinde kişilerin sahip oldukları değerlerin önemli bir rolü olduğu dikkate alındığında çalışmadan elde edilen bu sonucun sağlıklı/ hasta bireye odaklı bir mesleğin üyesi olan hemşireler için beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin %20'sinin dördüncü değer tercihi olarak sosyal değerleri benimsedikleri saptanmıştır (Tablo 4-2). Sosyal oryantasyonlu değerlere sahip bireylerin özellikleri incelendiğinde yardımseverlik, bencil olmama ve özgürlüğe önem verme, gerçek dostluk ve diğerlerinin mutluluğuna katkıda bulunma gibi özellikler dikkati çekmektedir (Bulut ve İşman 2004; Babadağ 2010). Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan bakım kavramı ile profesyonel rol ve sorumluluklar göz önüne alındığında sosyal oryantasyonlu değerlerin hemşirelik felsefesiyle bağdaştığı görülmektedir (Erdemir 1998; Dinç 2010; Şendir 2012).

Hemşirelerin %25,3'ünün beşinci, %23,5'inin ise altıncı değer tercihi olarak sıklıkla iktisadi değerleri benimsedikleri belirlenmiştir (Tablo 4-2). İktisadi değerleri benimseyen bireylerin genel özellikleri incelendiğinde kaynakların akılcı kullanımı, rahat ve konforlu bir hayat ile ekonomik bağımsızlık gibi kavramlara önem verdikleri görülmektedir (Güngör 2010; Babadağ 2010). Bu bilgiler doğrultusunda çalışma sonuçları değerlendirildiğinde hemşirelerin konforlu bir yaşam için bu değer türünü seçtikleri düşünülmektedir. Altun 2001 yılında hemşire öğrencilerin meslek seçimine etki eden faktörler üzerine yaptığı çalışmasında da öğrencilerin mezun olduktan sonra iş bulma olanaklarının çok olması ve mezun olduktan sonra parasal getirisinin çok olması gibi nedenlerle bu mesleğe yöneldiklerini saptamıştır.

Hemşirelerin çoğunluğu (%23,5) yedinci değer tercihi olarak sosyal değerleri benimsemişlerdir (Tablo 4-2). Sosyal değerlerin hem dördüncü hem de yedinci olarak sıklıkla benimsenen değer olması sağlıklı / hasta bireye yardıma odaklı hemşirelik felsefesinin yansıması olarak yorumlanabilir.

Değer türleri genel özellikleri ile incelendiğinde; hemşirelerin ilk sırada siyasi değerleri seçmiş olmalarının hemşirelikte güç oluşturma ve gerektiğinde kullanma adına olumlu olabileceği düşünülebilir. Daha sonraki değer tercih sıralamasında hemşirelerin, sıklıkla ahlaki, dini ve sosyal değerleri seçmesi bu hemşirelerin sundukları bakımda kendilerinden önce hastalarının refahlarını dikkate aldıklarını gösterebilir ve bu durumun da bakımda etik yaklaşım adına olumlu olduğu söylenebilir. Estetik ve teorik değerlerin yedi değer türü içinde en az tercih edilen değer türü olduğu saptanmıştır. Babadağ (2010) estetik değerlere sahip hemşirelerin daha duyuşsal olduğunu, yaratıcılığa öncelik verdiğini, etiğe ve estetiğe ilgi duyduklarını belirtmektedir. Yine teorik değerlere sahip hemşirelerin ise mantıksal düşünme, veri toplama ve çözüm üretme gibi konulara ilgi duyduğunu bildirmektedir. Bu iki değer türünün, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yaklaşımının kullanılması adına önemini dikkate aldığımızda temel değer tercihleri içinde en az tercih edilen değerler olması hemşirelik eğitiminde bu konuda gereksinim olduğunu göstermektedir (Tablo 4-2).

Çalışma kapsamına alınan **hemşirelerin yaş gruplarına göre** yedi değer alanında sıklıkla tercih ettikleri değerler incelendiğinde; 15-24 yaşları arasındaki hemşirelerin ahlaki (%30), 25-44 yaşları arasındaki hemşirelerin siyasi (%61,9), 45 ve üzeri yaşlarda bulunan hemşirelerin ise benzer oranlarda ahlaki ve dini (%33,3) değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri görülmüş ve gruplar arasında değer seçimi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ )(Tablo 4-3). Mesleki deneyimlerinin ilk yıllarında olan hemşirelerin ahlaki değerleri daha çok tercih etmelerinin idealist mesleki beklentileri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Mesleki beklentilerin, 25-44 yaşlar arasında hemşirelerin yine siyasi değerleri sıklıkla tercih etmeleri ile ön plana çıktığı görülmüştür. Siyasi değerlere bu yönelişin hemşirelerin belirli bir süre sonra kurumlarında farklı statülere

gelme isteklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bulut ve İşman'ın (2004) çalışmasında da siyasi değerlerin yaş ile birlikte güçlendiği görülmektedir.

Erkek hemşirelerin %80,0'inin, kadın hemşirelerin ise %25,0'inin sıklıkla siyasi değerleri temel değer olarak seçtikleri saptanmıştır. **Hemşirelerin cinsiyeti'ne göre** temel değer seçimleri karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara oranla daha fazla siyasal değerleri benimseleri anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0,05$ )(Tablo 4-3). Kadın ve erkek hemşirelerin temel değer seçimlerinde siyasi değerlerin ilk sırada olması Güngör'ün (2010) çalışma bulgusu ile desteklenmektedir. Cinsiyet farklılığı değer tercihlerinde önemli bir etmen olarak kendini göstermektedir (Sarı 2005). Varoluşundan bu yana sadece kadınlara özgü bir meslek olarak nitelenen hemşireliğe erkeklerin de katılması ile mesleki güç oluşturma adına bu durumun olumlu olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Siyasi değerlerin odağında bulunan “güç ve erk” toplum da yaygın olan bir anlayış olarak “erkek işi” olarak görülmüştür. Ayrıca Türk toplumunda hem aile içinde hem de aile dışında erkek egemenliğinin baskın olması çalışma örneğimizdeki erkek hemşirelerin siyasi değerleri daha fazla benimsenmesini etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma örneğindeki **hemşirelerin medeni durumlarına göre** değer seçimleri incelendiğinde hem *evli* (%29,4) hem de *bekar* (%25,5) olan hemşirelerin çoğunlukla **siyasi** değerleri temel değer olarak benimsediği görülmüştür. Benzer şekilde hem *çocuk sahibi* olan (%25,8) hem de *olmayan* (% 31,5) hemşirelerin de sıklıkla **siyasi** değerleri temel değer olarak seçtikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durum ve çocuk sahibi olmalarına göre değer tercihleri karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ )(Tablo 4-3). Medeni duruma göre diğer değer tercihlerine bakıldığında da estetik değerlerin bekar hemşirelerde evli olanlara oranla daha çok tercih edildiği saptanmıştır. Aksine dini değerlerin de evli hemşireler tarafından daha fazla benimsendiği görülmüştür. Evli hemşirelerin daha ileri yaşlarda olabileceği ile de ilişkilendirilebilecek bu durum Bulut ve İşman'ın (2004) çalışmasında bekar sağlık yöneticilerinin evli olanlara göre estetik değerleri daha fazla benimsemesi bulgusu ile de desteklenmektedir. Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin diğer değer tercihleri incelendiğinde de dini değerlerin çocuk

sahibi olan hemşirelerde daha fazla benimsenmesi ileri yaşlarda ve evli olan hemşirelerde bu değerlerin daha fazla tercih edilmesi ile de paralellik göstermektedir..

**Hemşirelerin sahip oldukları aile tipine göre** temel değer seçimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamasına rağmen çekirdek aile ve geniş aileye sahip hemşirelerin temel değer tercihi siyasi değerler iken parçalanmış aileye sahip hemşirelerin temel değer tercihinin iktisadi değerler olduğu görülmüştür( $p>0,05$ ) (Tablo 4-3). Bu sonuç parçalanmış aileye sahip hemşirelerin kendi hayatlarını ve sorumluluğu altında bulunan kişilerin refah düzeylerini sağlamak amacıyla bu değer türüne yönelmiş olduklarını düşündürmüştür.

Geliri giderinden fazla olan hemşirelerin (% 40) ahlaki, geliri giderine eşit olanların (%28,9) siyasi, geliri giderinden az olan hemşirelerin ise (%31,7) iktisadi değerleri sıklıkla temel değer olarak benimsedikleri ve **hemşirelerin gelir durumlarına göre** temel değer seçimleri karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ )(Tablo 4.3). Bu sonuçlar maddi kaygı yaşamayan hemşirelerin değer seçimlerinde ahlaki boyutu daha ön planda tuttıkları, gelir durumu giderine eşit olan hemşirelerin daha çok otorite ve prestij sahibi olma gibi nedenlerle siyasi değerlere yöneldikleri ve gelir durumu gider durumundan düşük olan hemşirelerin ise konforlu bir hayat ve maddi kaygı yaşamamak için iktisadi değerlere yönelmiş oldukları şeklinde yorumlanabilir (Güngör 2010, Bulut ve İşman 2004).

**Hemşirelerin eğitim durumlarına** göre temel değer seçimleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir( $p< 0,05$ ) (Tablo 4-3). Sağlık meslek lisesi mezunlarının (%45) iktisadi, önlisans mezunlarının (%30) siyasi, lisans mezunlarının (%30,4) ahlaki ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin ise tamamının teorik değerleri temel olarak benimsedikleri görülmüş ve bu bulgunun literatür bilgisi ile paralel olduğu belirlenmiştir. Değerler konusunda yapılan çalışmalarda eğitim durumunun değer tercihlerini etkilediği bildirilmektedir (Özkul 2007, Güngör 2010). Ayrıca hemşirelikte eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik uygulamalarını olumlu yönde etkileyecek değerlerin (Babadağ 2010) seçiminin arttığı görülmüş ve mesleki eğitim seviyesinin önemini birkez daha kanıtlamıştır.

**Hemşirelerin yaptıkları göreve göre** temel değer tercihlerinde; başhemşirelerin (%50,0) ahlaki, hem servis (%28,4), hem de sorumlu hemşirelerin (%36,4) siyasi değerleri sıklıkla temel değer olarak seçtiği ve aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3). Bu sonucun servis hemşiresi ve sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin görevde yükselmek için siyasi değerlere yöneldikleri şeklinde yorumlanabilir.

**Hemşirelikte mesleki deneyim süresine göre** temel değer tercihleri arasında anlamlı farklılık ( $p < 0,05$ ) görülmüştür (Tablo 4-4). Mesleki deneyimleri 16-20 yıl arasında hemşirelerin siyasi ve ahlaki değerleri benzer oranlarda benimsedikleri, mesleki deneyim süresinin artması ile birlikte değer tercihinin ahlaki değerlere yöneldiği belirlenmiştir. Teorik değerlerin 1-5 yıl arasında mesleki deneyimi olan hemşirelerde diğerlerine göre daha fazla benimsendiği saptanmıştır. 21 yıl ve üstü mesleki deneyimi olan hemşirelerin %25'i iktisadi değerleri sıklıkla tercih ederken 1-5 yıl arası deneyime sahip olanların ise sadece %2,1'inin bu değerleri benimsemesi mesleğin ilk yıllarında hemşirelerin daha idealist oldukları ve bu nedenle siyasi, ahlaki ve teorik değerlere daha fazla yöneldiklerini düşündürmüştür.

**Hemşirelerin çalışılan birime göre** temel değer tercihleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-4). Çocuk servisinde çalışmakta olan hemşirelerin %50'sinin ahlaki değerleri temel değer tercihi olarak benimsedikleri görülmüştür. Çocuk hasta erişkinden farklı biyo-fizyolojik ve psikolojik özellikleri olan, algılama süreci henüz tam gelişmemiş fakat devamlı bir gelişme gösteren, hastalığı algılama ve hastalığa tepkisi, kronolojik yaş ve gelişimsel özelliklerine göre farklılık gösteren bir hasta grubudur (Beytut ve ark. 2009). Bu özellik düşünüldüğünde çocuk hasta grubu incinebilir/örselenebilir hasta grubunda yer almaktadır. Bu nedenle bu bölümde çalışmakta olan hemşirelerin ahlaki değerleri benimsedikleri düşünülmektedir. Ayrıca çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğunun çocuk sahibi olmasının, çocuklara karşı daha fazla empati ile yaklaşımlarında ve bakımın sunumunda daha fazla ahlaki değerlerinin yönelimlerinde

olduğunu gösterebilir. Cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin ise %29,6'sının teorik değerleri ve siyasi değerleri temel değer tercihi olarak benimsedikleri görülmüştür. Cerrahi tedavi alan hastaların değişken duruma sahip olabileceği göz önünde bulundurulduğunda veri toplama ve çözüm üretmeye odaklanan teorik değerlerin bu serviste çalışan hemşirelerde ön plana çıkması olumlu bulunmuştur. Dahiliye (%42,3) ve acil servislerde (%55,6) çalışan hemşirelerin sıklıkla siyasi değerleri temel değer tercihi olarak benimsedikleri görüldü. Siyasi değerlere sahip bireylerin genel özellikleri ile bu sonuçlar değerlendirildiğinde bu bölümlerde çalışmakta olan hemşirelerin daha fazla görevlerinde değişiklik amaçladığı düşünülebilir. Kadın doğum servisinde çalışmakta olan hemşireler incelendiğinde %26,1'inin ahlaki ve iktisadi değerleri seçtiği belirlenmiştir. Bu sonuç kadın doğum servislerinde karşılaşılan yardımcı üreme teknikleri, abortus, histerektomi, yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi (Ege ve Pasinoğlu 2000) gibi bilgiler ışığında değerlendirildiğinde ahlaki değerlerin sıklıkla seçilmesi beklenen bir sonuçtur. Yoğun bakım hemşirelerinde de (%22,2) ahlaki değerlerin daha fazla benimsendiği görülmüştür. Yoğun bakım ünitelerinde yaşamsal fonksiyonlarının bir kısmını ya da tamamını yitirmiş ve yaşamsal tehlikesi olan bireylere ileri yaşam desteği sunulmaktadır (Öztürk 2010). Bu anlamda düşünüldüğünde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşamın sürdürülmesi ve sonlandırılması gibi özel konularda sıklıkla ahlaki sorunlarla karşı karşıya kalabilecek özel bir grup olduğu dikkate alındığında ahlaki değerleri temel olarak benimsemeleri beklenen bir sonuçtur (Başak ve ark. 2010; Dikmen 2013).

Çalışmada hem **hemşirelikte etik** hem de **değerler konusunda eğitim alan** hemşirelerin temel değer olarak sıklıkla ahlaki değerleri benimsedikleri görülmüştür. Eğitim alan hemşireler ile almayanlar arasında temel değer tercihleri açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-4). Bu sonuçlar doğrultusunda temel hemşirelik eğitiminde ya da mezuniyet sonrası eğitimde etik ya da değerler konusunda eğitim almanın holistik ve hümanistik hemşirelik felsefesi ile ilişkili değerlerin benimsenmesini olumlu etkileyebileceği sonucuna varılmıştır (Acaroğlu 2003; Şendir 2012).



Hemşirelik ile ilgili **bir derneğe** (%34,8) ya da **sivil toplum kuruluşuna üye** (%28,1) olan hemşirelerin sıklıkla güç oluşturmaya odaklı siyasi değerleri temel olarak benimsedikleri görülmüştür(Tablo 4-4).

Çalışmada hem **arkadaşları ile istediği sıklıkta görüşen** (%29,7) hem de **düzenli olarak bir sosyal aktiviteyi sürdüren hemşirelerin** (%30,0) siyasi değerleri temel olarak benimsediği belirlenmiştir. Bu durumlara göre temel değer tercihleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ )(Tablo 4-4).

Çalışmada; bu başlık altında tartışılan bulgulara göre hemşirelerin yedi değer alanına göre sıklıkla *siyasi* ve *ahlaki* değerleri ilk iki sırada tercih ettiği, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim, mesleki deneyim süresi, çalışılan birim, etik ve değerler konusunda eğitim alma gibi bireysel ve mesleki özelliklerin temel kişisel değer tercihlerini etkilediği görülmüştür.

## 5.2. Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doktorluk, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği, veterinerlik, eczacılık ve mimarlık programlarının asgari eğitim koşullarının belirlenmesine dair resmi gazetede yayınlanan yönetmelikte hemşirelik eğitimindeki asgari eğitim koşullarının sağlanabilmesi için, hemşirelik eğitim programında okutulması gereken konular arasında ilk sırada, meslek etiği bulunmaktadır ([www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr)). Bu ders, hemşireyi etik ve sorumlu davranmaya, mesleki yaşantısında etik karar verecek duruma getirmeyi amaçlamaktadır (Fry 2010). Bu amaç doğrultusunda, hemşirelik eğitim müfredatlarında, etik dersine yer verilmektedir. Ayrıca etik karar verme yeterliliğinin geliştirilmesinde, mezuniyet sonrası eğitim programları da önem taşımaktadır. Bu noktadan hareketle hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini belirlemek amacı ile ADA kullanılarak yapılan çalışmada ( $X\pm SS$  76,33 $\pm$ 22,84) örneklem kapsamındaki hemşirelerin yüksek etik duyarlılık düzeylerine sahip olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde ADA'nın alt boyutlarında da (otonomi 17,74 $\pm$ 4,61; yarar sağlama 11,90 $\pm$ 4,32; bütüncül yaklaşım 12,61 $\pm$ 4,17; çatışma 6,74 $\pm$ 2,65; uygulama 9,59 $\pm$ 2,99; oryantasyon 9,87 $\pm$ 3,90); aldıkları düşük puanlar ile yüksek etik düzeyleri

gösterdikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar Tosun'un (2005) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, oryantasyon alt boyutlarında yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları ile benzerlik göstermektedir. Toplam ADA, çatışma ve uygulama alt boyutlarından Tosun'un (2005) sonuçlarına göre (bizim çalışmamız lehine) farklılıkların olması ise araştırmanın küçük bir il sınırları içinde görev yapan hemşireler ile gerçekleştirilmesi ve onların etik sorun yaşanan vakalar ile daha az karşılaşma olasılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Tablo 4-5).

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin **cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ( $p>0,05$ )(Tablo 4-6).

Tosun (2005) çalışmasında ise farklı olarak kadın hemşirelerde yarar sağlamadaki duyarlılığın erkeklere göre daha yüksek olduğunu görülmüştür. Yine aynı çalışmada evli hemşirelerin yarar sağlama alt boyutunda bekar hemşirelere göre daha fazla duyarlı olduğu saptanmıştır. Pekcan'nın (2007)Yalova ili ve çevresinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarını incelediği çalışmada da medeni duruma göre etik duyarlılık düzeylerinde bir farklılık belirlenmemiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin medeni durumlarına göre etik duyarlılıklarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Pekcan 2007; Başak ve ark.2010). Pekcan'ın (2007) çalışmasında da araştırma sonuçlarımızı destekler şekilde hemşirelerin çocuk sahibi olmalarına göre etik duyarlılıklarında anlamlı bir farklılık belirlenememiştir. Tosun'un (2005) çalışmasında ise aksine yarar sağlama, uygulama alt boyutlarında ve genel olarak çocuk sahibi olan hemşirelerin etik duyarlılığın daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamında hem **etik** hem de **değerler konusunda eğitim alan** hemşirelerin bu eğitimleri almayan hemşirelere göre otonomi ( $p<0,05$ ), yarar sağlama ( $p<0,05$ ) ve bütüncül yaklaşım ( $p<0,05$ ) boyutları ile ADA toplamında ( $p<0,05$ ) anlamlı olarak farklı yüksek etik duyarlılık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Tosun'un (2005) çalışmasında da etik-deontoloji eğitimi alan hemşirelerin duyarlılığının daha yüksek olduğu saptanmış ama bu farklılık anlamlı bulunamamıştır. Başak ve ark.nın (2010) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada da etik eğitimi alan hemşirelerin etik

duyarlılık açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde değerler eğitimi alan hemşirelerin etik duyarlılıkları ile ilgili bir çalışma bulgusuna rastlanmamakla birlikte etik duyarlılığın değerlerden etkilendiği bildirilmektedir (Karaöz 2000; Jormsri ve ark. 2005; Pekcan 2007; Shahriari ve ark. 2011).

Hemşirelerin **mesleki bir derneğe üye olmaları ile üye olmamaları** arasında etik duyarlılık düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-7). Bununla birlikte mesleki derneğe üye olan hemşirelerin otonomi ve oryantasyon alt boyutları ile toplam ADA puanlarında üye olmayan hemşirelere göre daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerden **görevi** başhemşire pozisyonunda olanlar servis hemşiresi ve sorumlu hemşirelere göre otonomi alt boyutunda daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-8). Bu durumun başhemşirelerin meslekteki deneyimlerinden ve sorumluluklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir ([www.thd.org.tr](http://www.thd.org.tr)). Başak ve ark.nın (2010) çalışmasında da hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça otonomi ilkesine duyarlılığın da geliştiği saptanmıştır. Bu noktadan hareket ile mesleki deneyim yılları fazla olan hemşirelerin başhemşire pozisyonuna atanabileceği dikkate alınırca böylesi bir sonucun beklenilebileceği söylenebilir. Otonomi, bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan herhangi bir eylemde bulunabilme yeterlilik ve yeteneğidir. Otonomiye saygı, bireyin verdiği kararın yanlış olduğuna inanılrsa da, bu kararı tanımayı ve kabul etmeyi gerektirir (Başak ve ark. 2010).

**Hemşirelerin gelir durumlarına göre** etik duyarlılık düzeyleri incelendiğinde; geliri giderinden fazla hemşirelerin diğer gelir durumlarındakilere göre daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-8). Yapılan literatür incelemesinde hemşirelerin gelir durumlarına ile etik duyarlılık düzeylerini inceleyen bir çalışmaya bulunamamakla birlikte elde edilen sonuç maddi kaygı yaşamayan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma kapsamındaki **hemşirelerin aile tiplerine göre** etik duyarlılıkları değerlendirildiğinde bakımından karşılaştırıldığında çekirdek ailede yaşayan hemşirelerin geniş aile ve parçalanmış ailede yaşayanlara göre “*sağlık bakımı profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtan*” oryantasyon boyutunda duyarlılığının daha iyi olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-8). Bunun, geniş ve parçalanmış ailelerde yaşanabilecek sorunların çekirdek ailelerde daha az karşılaşılmamasının ve yaşanan sorunların kişinin oryantasyon ve adaptasyon yeteneğini etkilemediği sonucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmada **hemşirelerin yaş gruplarına göre** etik duyarlılıkları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-9) saptanmamış ve tüm yaş gruplarındaki hemşirelerin etik duyarlılıklarının iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Başak ve ark.nın (2010) ve Pekcan’ın (2007) çalışmalarında da, hemşirelerin yaş grupları ile genel olarak etik duyarlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Lutzen ve ark. (2000), Tosun (2005) ve Pekcan’ın (2007) araştırma bulgularında yaş gruplarına göre ADA’nin alt boyutları arasında farklılıklar görülmüştür. Literatürde ilerleyen yaş ile birlikte etik duyarlılığın da artabileceği bildirilmesine rağmen bizim çalışmamızda tüm yaş gruplarında etik duyarlılığın iyi düzeyde olması küreselleşmenin sağlık bakımı sistemine ve değerlere etkisi olarak açıklanabilir (Lutzen 2000).

**Hemşirelerin eğitim durumlarına göre** etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında; lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyutları ile genel olarak daha yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-9). Hemşirelikte lisans eğitiminde, hemşirelerin etik değerleri içeren mesleki değerleri kavraması ve bu değerlere temellenmiş davranışları göstermesi hedeflenir. Hemşirelerin eğitim durumunun artması ile etik olarak daha fazla duyarlı olmaları özellikle lisans düzeyinde başlayarak hemşirelik eğitiminde istenilen hedeflere ulaşıldığını göstermektedir. Yukarıda açıklanan sonucun aksine Başak ve ark.nın (2010) çalışmasında hemşirelerin eğitim durumları ile etik duyarlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre** etik duyarlılıkları incelendiğinde “*içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtan*” çatışma boyutundaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-10). 11-15 yıl arasında çalışma deneyime sahip hemşirelerin çatışma anlamında daha duyarlı oldukları görülmüştür. Pekcan (2007) çalışmasında 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 1-5 ve 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre daha fazla çatışma yaşadığını göstermesi bu bulgumuzla paralellik göstermektedir.

**Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre** etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında yarar sağlama ve oryantasyon alt boyutlarında ve genel ADA toplam puan ortalamasında anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-11). Çocuk servisinde çalışmakta olan hemşirelerin yarar sağlama boyutunda ve genel olarak diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu saptanmıştır. Diğer olarak adlandırılan ve yönetici hemşirelere işaret eden bölümde de “*sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtan*” oryantasyon boyutundaki etik duyarlılığın da diğer bölümlere göre daha iyi olduğu görülmüştür. Bu durumun yönetici pozisyonunda çalışan hemşirelerin hasta/sağlıklı bireylerle karşılıklı ilişkide bulunma fırsatlarının az olması ve bakıma doğrudan katılamamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Tosun (2005) çalışmasında da bu sonuçlara benzer olarak yarar sağlama boyutu ve ADA toplam puan ortalamasında çalışılan birime göre anlamlı farklar saptanmıştır. Pekcan’ın (2007) çalışmasında ise hemşirelerin çalıştığı birimlere göre etik duyarlılıklarında farklılık bulunamamıştır.

Çalışmada; bu başlık altında tartışılan bulgulara göre ADA toplam ve alt boyut puanlarına göre yüksek etik duyarlılık düzeylerine sahip olduğu, aile tipi, eğitim durumu, gelir durumu, görev, çalışma yılı, etik ve değerler konusunda eğitim alma gibi bireysel ve mesleki özelliklerin hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini etkilediği görülmüştür.

#### **5.4. Hemşirelerin Kişisel Değer Seçimleri İle Etik Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hemşirelerin temel kişisel değer tercihlerine göre etik duyarlılık düzeyleri karşılaştırıldığında; otonomi, yarar sağlama bütüncül yaklaşım, çatışma ve oryantasyon alt boyutları ile ADA toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-12).

Sosyal değerleri temel değer olarak benimseyen hemşirelerin, otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, oryantasyon alt boyutları ile toplam ADA puan ortalamalarına göre diğer değer türlerini temel değer olarak tercih eden hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek etik duyarlılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4-12).

Sosyal değerlere oryante bir hemşire önceliği hastasının ve diğerlerinin gereksinimlerinde yoğunlaştıran, ücret veya yorgunluğa ya da fazladan harcayacağı zamana önem vermeden, bireye daha iyi bakım vermeyi, onun için gerekli tüm koşulları sağlamayı, daha iyi ilişkiler kurmayı hedefleyen davranışlar sergiler (Babadağ 2010). Literatür bilgisi ile de desteklendiği gibi sosyal değerleri temel olarak benimseyen hemşirelerin uygulama alt boyutu dışında tüm boyutlarda anlamlı olarak daha iyi etik duyarlılık göstermesi beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin genel olarak etik duyarlılık düzeylerine bakıldığında (toplam ADA) sosyal değerleri temel olarak benimseyen hemşirelerin en yüksek, iktisadi değerlere sahip hemşirelerin ise en düşük etik duyarlılık düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Babadağ'a (2010) göre; ekonomik değerlere sahip hemşireler iş saati bitiminde hizmeti sonlandırma, eve gidince çalışma ortamındaki sorunları aklından çıkarma ve ilgisini bulunduğu ortam/kişilere yöneltme gibi davranışlar sergilerken sosyal değerlere sahip hemşireler önceliği hastasının ve diğerlerinin gereksinimlerinde yoğunlaştıran, ücret veya yorgunluğa ya da fazladan harcayacağı zamana önem vermeden, bireye daha iyi bakım vermeyi, onun için gerekli tüm koşulları sağlamayı, daha iyi ilişkiler kurmayı hedefleyen davranışlar sergiler. Bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde sosyal değerlere

sahip hemşirelerin yüksek etik duyarlılık düzeyleri göstermesinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmada bu başlık altında tartışılan bulgulara göre hemşirelerin temel kişisel değer tercihlerine göre etik duyarlılık düzeylerinin farklılaştığı, sosyal değerleri temel olarak benimseyen hemşirelerin en yüksek iktisadi değerleri temel değer tercihi olarak benimseyenlerin ise en düşük etik duyarlılık düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

### ***Sonuç ve Öneriler***

- Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin; %50,6' sının 25-34 yaş grubunda (yaş ortalaması  $32 \pm 7,41$  yıl) , % 94,1'inin kadın, %50'sinin evli ve tamamına yakın kısmının (%91,8) çekirdek aileye sahip olduğu,
- Hemşirelerin, %57,6'sının çocuk sahibi, %52,9'unun gelirinin giderine eşit ve %54,1'inin lisans mezunu olduğu,
- Hemşirelerin %76,4'ünün 1-15 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu, %26,5'nin yoğun bakım birimlerinde çalıştığı, %91,2'sinin servis hemşiresi olduğu, %65,9'unun hemşirelik etiği konusunda eğitim aldığı, %53,5'nin değerler ile ilgili eğitim almadığı,
- Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %72,9'unun mesleki bir derneğe üye, %81,8'inin de sivil toplum kuruluşu üyeliğinin bulunmadığı, %78,2'sinin arkadaşları ile istediği sıklıkta görüşemediği ve %88,2'sinin de düzenli sürdürebildiği bir sosyal aktivitesinin olmadığı,
- Hemşirelerin, yedi değer alanına göre kişisel değer seçimlerinde birinci değer olarak sıklıkla (% 28,2) siyasi değerleri tercih ettiği, daha sonra ikinci olarak (% 28,2) ahlaki değerleri, üçüncü (% 22,9) dini değerleri, dördüncü olarak (%20,0) sosyal değerleri, beşinci (% 25,3) ve altıncı (%23,5) olarak iktisadi değerleri tercih ettiği ve yedinci değer seçiminin de yine (%23,5) sosyal değerler olduğu,
- Hemşirelerin kişisel değer seçimlerinde estetik ve sosyal değerlerin yedi değer alanı içinde sıklıkla tercih edilenler arasında yer almadığı,

- Hemşirelerin yaş grupları, sahip oldukları aile yapısı, sürmekte oldukları görevleri, sivil toplum kuruluşu üyelikleri, arkadaşları ile istedikleri sıklıkta görüşebilme durumları ve düzenli sosyal aktivite sürdürme durumlarına göre kişisel değer tercihlerinde anlamlı farklılık olmadığı ( $p > 0,005$ ),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumları, mesleki deneyim süreleri, çalışmakta oldukları servisler, hemşirelik etiği konusunda eğitim alma durumları, değerler konusunda eğitim alma durumları ve mesleki dernek üyesi olma durumlarına göre kişisel değer tercihlerinde anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0,005$ ),
- Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde **toplam ADA** puan ortalamasının  $76,33 \pm 22,84$ , **otonomi** alt boyutu puan ortalamasının  $17,74 \pm 4,61$ ; **yarar sağlama** alt boyutu puan ortalamasının  $11,90 \pm 4,32$ ; **Bütüncül Yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının  $12,61 \pm 4,17$ ; **çatışma** alt boyutu puan ortalamasının  $6,74 \pm 2,65$ ; **uygulama** alt boyutu puan ortalamasının  $9,59 \pm 2,99$  ve **oryantasyon** alt boyutu puan ortalamasının ise  $9,87 \pm 3,90$  olduğu,
- Hemşirelerin **cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına** göre ADA ve alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ( $p > 0,05$ ),
- Hemşirelikte etik konusunda eğitim alan hemşirelerin otonomi ( $p < 0,05$ ), yarar sağlama ( $p < 0,05$ ) ve bütüncül yaklaşım ( $p < 0,01$ ) ile toplam ADA ( $p < 0,05$ ) puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha düşük ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Hemşirelerin yaş grupları ve mesleki dernek üyeliklerine göre etik duyarlılık düzeylerinde bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Hemşirelerin sürdürmekte oldukları görevlerinin otonomi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve başhemşire pozisyonunda olanların otonomi boyutunda etik duyarlılıklarının yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
- Hemşirelerin gelir durumlarına göre ADA ve tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ( $p < 0,05$ )



- Çekirdek aileye sahip hemşirelerin oryantasyon ( $p<0,05$ ) alt boyutunda diğer aile tiplerine sahip hemşirelere göre daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu,
- Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin diğer eğitim durumlarına sahip hemşirelere göre ADA ve alt boyutlarından aldığı daha düşük puan ortalaması ile daha fazla etik duyarlılık gösterdiği ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ )
- 11-15 yıl arası mesleki deneyime sahip hemşirelerin diğer deneyim yıllarındaki hemşirelere göre çatışma ( $p<0,05$ ) alt boyutunda daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu,
- Hemşirelerin çalıştığı birime göre yarar sağlama ve oryantasyon alt boyutları ile ADA toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ( $p<0,05$ )
- Sosyal değerleri benimseyen hemşirelerin otonomi ( $p<0,05$ ), yarar sağlama ( $p<0,05$ ), bütüncül yaklaşım ( $p<0,01$ ), çatışma ( $p<0,01$ ), oryantasyon ( $p<0,01$ ) alt boyutları ile toplam ADA ( $p<0,01$ ) puan ortalamalarının diğer değer türlerini temel değer olarak tercih eden hemşirelere göre daha düşük olduğu görüldü.

***Bu sonuçlar doğrultusunda;***

- Hemşirelik eğitim müfredatlarına hemşirelik etiği dersi ile beraber hemşirelikte değerler eğitimi dersinin eklenmesi,
- Temel hemşirelik eğitiminden sonra hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda sürdürülen hizmet içi eğitim programlarında da etik ve değerler konularına ve vaka çalışmalarına yer verilmesi,
- Etik duyarlılığı olumlu yönde etkileyen sosyal, teorik ve estetik değerlerin hemşirelik öğrencilerine kazandırılmasına ve güçlendirilmesine yönelik eğitim içeriklerinin düzenlenmesi,
- Hemşirelerde kişisel değer seçimleri ve etik duyarlılık düzeylerini daha geniş örneklem gruplarında ve farklı değişkenler ile test eden araştırmalar yapılarak hemşirelik literatürüne veri oluşturulması önerilir.

## KAYNAKLAR

Abdou, H.A., Baddar, F.M. and Alkorashy, H.A. (2010). The Relationship Between Work Environment and Moral Sensitivity Among the Nursing Faculty Assistants. *World Applied Sciences Journal*, **11(11)**, 1375-1387.

Acaroğlu, R. (2003). *Bakımda Etik*. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 7-11 Eylül 2003.

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

Adıgüzel, O. Tanrıverdi, H. ve Özkan, D.S. (2011). Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, **9(2)**, 235-259.

Akbaba Altun S. (2003). Eğitim yönetimi ve değerler. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1(1)**, 7-18.

Akbaş, O. (2008). Değer Eğitimi Akımlarına Genel Bir Bakış. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **6(16)**, 9-27.

Akıncı, A. ve Pınar, R. (2011). Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi*, **13(1)**,5-12.

Altun, İ. (2012) Etik ve değerler. Atabek, A. T. ve Karadağ, A. (Ed). *Hemşirelik Esasları:Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* içinde. (114-122), İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık.

Altun, İ. (2002). Burnout and nurses' personel and professional values. *Nurs Ethics*. **9(3)**, 269-278.

Altun, İ. (2001). *Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişisel Değerleri ve Meslek Seçimlerine Etki Eden Faktörler*. 1. Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı Antalya, 29 Ekim-2 Kasım 2000

Altun, İ. (2003). Hemşirelik öğrencilerinde gözlenen kişisel ve profesyonel değerler. Longitudinal bir çalışma. 2. Uluslararası 9. Ulusal hemşirelik kongresi, kongre kitabı Antalya, 7-11 Eylül 2003.

Alpar, Ş.E. (2013). Etik İlkeler. Ş. E., Bahçecik, N, ve Karabacak, Ü. (Ed). *Çağdaş hemşirelikte etik içinde (52-78)*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Aslan, Ö., Vural, H. ve Avcı, P. (2003). Ameliyathane Hemşirelerinin Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **45(2)**,147-152.

Avcı, K. (2007). *Pediatric Alanında Hemşirelerinin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının incelenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Aydın, M. (2011). Değerleri, İşlevleri ve Ahlak. *Eğitim-Bir-Sen*, **7(19)**, 39-46

Aydın, M. (2003). Gençliğin Değer Algısı: Konya Örneği. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1 (3)**, 121-144.

Aydın, E. ve Ersoy, N. (1995). Klinikte Etik Karar Verme Süreci. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, **1(1)**, 12-16.

Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler* (1. Baskı). Ankara: Alter Yayıncılık.

Bahçecik, N. (2013). Etik Teori. Alpar, Ş. E., Bahçecik, N, ve Karabacak, Ü. (Ed). *Çağdaş hemşirelikte etik içinde (24-49)*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Bakoğlu Deliorman, R. ve Üstünoldu Kandermir, A. (2009). *Kamu Kurumu Niteliğinde Meslek Kuruluşları ve Etik. Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi, Akademik Araştırma Çalışması*.

Baloğlu, M. ve Balgalmış, E. (2005). İlköğretim ve ortaöğretim yöneticilerinin özdeğerlerinin betimlenmesi: Tokat ili örneği. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **3 (10)**, 19-31

Başak, T., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **52(1)**, 76-81.

Baykara, Z.G. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Bulut ,D. ve İşman, Ç. (2004). Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **7(3)**, 25-32.

Büken, N.Ö. Ve Büken, E. (2002). Nedir Şu “Tıp Etiği” Dedikleri? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **11(1)**, 17-20.

Cerit, B. (2010). *Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ile Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora Tezi, Ankara.

Cherie, A., Mekonen, A.H., and Shimelse, T. (2005). *Introduction to Professional Nursing and Ethics*. Ethiopia: The Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, The Ethiopia Ministry of Health and The Ethiopia Ministry of Education.

Cozma, I. F. (2011). *The Relation between Globalization and Personal Values across 53 Countries and 28 Years*. PhD diss., University of Tennessee, Knoxville.

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

Demircioğlu, İ.H. ve Tokdemir, M.A. (2008). Değerlerin Oluşturulma Sürecinde Tarih Eğitimi: Amaç, İşlev ve İçerik. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **6(15)**, 59-88.

Demirutku, K. (2007). *Parenting Styles, Internalization of Values and The Self-Concept*. Middle East Technical University Social Sciences, Ankara.

Dikmen, Y. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2(1)**, 1-7

Dilmaç, B., Bozgeyikli, H. ve Çıkılı, Y. (2008). Öğretmen adaylarının değer algılarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **6(16)**, 65-92.

Dilmaç, B., Deniz, M. ve Deniz E.M. (2009a). Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayışları İle Değer Tercihlerinin İncelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **7(18)**, 9-24.

Dilmaç, B., Ertekin, E. ve Yazıcı, E. (2009). Değer Tercihleri ve Öğrenme Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **7(17)**, 27-47.

Diñç, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **40(2)**, 113-119.

Diñç, L. and Görgülü, R.S. (2002). Teaching Ethics in Nursing. *Nursing Ethics*, **9(3)**, 259-268.

Dobrowalska, B., Wronska, I., Fidecki, W. and Wysokinski, M. (2007). Moral Obligations of Nurses Based the ICN, UK, Irish and Polish Codes of Ethics for Nurses. *Nursing Ethics*, **14(2)**, 171-180.

Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 10.07.2013, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/12/20091231-6.htm>

Durmuş, B. (2011). *Sosyal Bilimlere SPSS ile Veri Analizi*. (1. Baskı). Beta Basım Yayım.

Dyson, L. (1997). An Ethic of Caring: Conceptual and Practical Issues. *Nursing, Inquiry*, **4(1)**, 196-201.

Ege, E. ve Pasinlioğlu, T. (2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **3(1)**, 44-50.

Elçiğil, A., Bahar, Z., Beşer, A., Mızrak, B., Bahçelioğlu, D., Demirtaş, D., Özdemir, D., Özgür, E. Ve Yavuz, H. (2011). Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İnkilemlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14(2)**, 52-60.

Erdem, A. R. (2003). Üniversite Kültüründe Önemli Bir Unsur: Değerler. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1 (4)**, 55-72.

Erdoğan, İ. (2006). Medya ve Etik: Eleştirel Bir Giriş. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, **23**,1-26.

Erhan Şentürk, S. (2013). *Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler*. (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Ekşi, H. (2003). Temel insanî değerlerin kazandırılmasında bir yaklaşım: Karakter eğitimi programları. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1 (1)**, 79-96.

Ertekin, C., Berker, N., Tolun, A. ve Ülkü, D.(2002). *Bilimsel Araştırmada Etik ve Sorunlar*. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, Ankara.

Ersoy, N. E Altun. I.(1998). Professional and Personal Values o Nursing in Turkey. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, **8(1)**, 72-75.

Ersoy, N. ve Göz, F. (2001). The Etcihal Sensitivity of Nurses in Turkey. *Nursing Ethics*, **8(4)**,299-314

Eşer, İ. ve Hakverdioğlu, G. (2006). Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(1)**, 37-43.

Fry, S.T., Veatch, R.M. ve Taylor, C. (2010). *Case Studies in Nursing Ethics*. (4. Edition), Jones & Bartlett Learning, LLC.

Güldü, Ö. ve Ersoy Kart, M. (2009). Toplumsal Cinsiyet Roller ve Siyasal Tutumlar. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **64(3)**, 97-117

Gün, M., Göçmen Baykara, Z. Ve Şahinoğlu, S. (2010). *Hemşirelik Etiğinin Tarihsel Gelişimi*. VI Tıp Etiği Kongresi: Biyoetikte Yeni Ufuklar Kongre Kitabı, İstanbul, 25-26 Kasım 2010.

Güngör, E. (2010). *Değerler psikolojisi üzerinde araştırmalar-Ahlak psikolojisi, ahlaki değerler ve ahlaki gelişme*. (4. Baskı). İstanbul: Ötüken Yayınları.

Heiskell, H. (2010). Ethical Decision-Making for the Utilization of Technology-Based Patient/Family Education. *Online Journal of Nursing Informatics*, **14(1)**, 1-14.

Horley, J. (2012). Personel Construct Theory and Human Values. *Journal of Human Values*, **18(2)**, 161-171.

International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics For Nurses. Erişim 15.05.2013, [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S. ve Chaowalit, A. (2005). Moral Componente in Nursing Practıce. *Nursing Ethics*, **12(6)**, 582-594.

Kahraman, N. (2003). *İlköğretim Müfettişlerinin Mesleki Etik İlkeleri ve Bu Etik İlkelere Uyuma Düzeyleri*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Kahraman, S. (2008). Modern ve Potmodern Düşünceler Hemşirelik Felsefesini Etkiledi mi?. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(2)**, 56-62.

Karabacak, B. G. (2013). Değerlerin Aydınlatılması. Alpar, Ş. E., Bahçecik, N, ve Karabacak, Ü. (Ed). *Çağdaş hemşirelikte etik içinde* (**82-96**). İstanbul Tıp Kitabevi.

Karaöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4(1)**, 1-8

Karataş, N. (2000). Hemşirelik Araştırmalarında Etik. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **2(40)**, 5-8.

Keskin, G. Ve Yıldırım, G.A. (2006). Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş doyumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **22(1)**, 119-133.

Kim, Y.S., Park, J.W., You, M.A., Seo, Y.S. ve Han, S.S.(2005). Sensitivity to Ethical Issues Confronted by Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*, **12(6)**, 595-607.

Korkmaz Devrani, T. (2010). Kişisel Değerlerin Kuramsal Yapısı ve Pazarlamadaki Uygulamalar . *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, **5(1)**, 49-70.

Lindberg, J.B., Hunter, M.L. ve Kruzewski, A.Z. (1990). *Introduction to Nursing*, Philadelphia, Lippincott Company.

Mahmutoğlu, A. (2009). Etik ve Ahlak; Benzerlikler, Farklılıklar ve İlişkiler. *Türk İdare Dergisi*, **81(463)**, 225-249.

Memiş, A. ve Gedik Güney, E. (2010). Sınıf Öğretmenlerinin Değer Yönelimleri. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **8(20)**, 123-145.

Milton, L.C. (2007). Professional Values in Nursing Ethics: Essential or Optional in the Global Universe. *Nursing Science Quarterly*, **1(1)**, 212-217

Noureddine, S. (2001). Development of The Ethical Dimension in Nursing Theory. *International Journal of Nursing Practice*, **7**, 2-7.

Numminen, O., Arend, A.V.D. and Kilpi, H.L. (2009). Nurse Educators' and Nursing Students' Perspectives on Teaching Codes of Ethics. *Nursing Ethics*, **16(1)**, 69-82.

Numminen, O., Kilpi, H.L., Arend, A.V.D. and Katajisto, J. (2011). Comparison of Nurse Educators' and Nursing Students' Descriptions of Teaching Codes of Ethics. *Nursing Ethics*, **18(5)**, 710-724.

Ochsner, A. K. (1996). *Development and Validation of a Self-Report Inventory For Professional Nursing Values*. Texas Tech University in Partial Fulfillment, Texas.

Orak, N. Ş. (2005). *İstanbul İli'ndeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Orak, N. Ş. (2013). Değerlerin Gelişimi. Alpar, Ş. E., Bahçecik, N, ve Karabacak, Ü. (Ed). *Çağdaş hemşirelikte etik içinde (98-114)*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Orhan, F. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özden, D., Direk, H., Dilek, G. Ve Gökğöz, S. (2009). *Hemşirelik Bölümü 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi*. Türkiye Biyoetik Derneği, 372-381.

Özkul, A.S. (2007). *Yaşam ve Çalışma Değerlerini Etkileyen Faktörler SDÜ Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Isparta.

Özensel, E. (2003). Sosyolojik bir olgu olarak değer. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1(3)**, 217-239

Özsoy Altun, S. ve Vatan, F. (2007). Bir Yüksekokul Çalışanlarının Kişisel Değerlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **23(2)**, 1-11.

Öztürk, H. (2010). *Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları ve Bir Araştırma*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Park, M., Kjervik, D., Crandell, J. and Oermann, M.H. (2012). The Relationship of Ethics Education to Moral Sensitivity and Moral Reasoning Skills of Nursing Students. *Nursing Ethics*, **19(4)**, 568-580.

Pattison, S. (2010). Is the 2008 NMC Code Ethical? *Nursing Ethics*, **17(1)**, 9-18.

Pegueroles, A.F., Canut, T.L. and Olmos, J.G. (2013). Development Process and Initial Validation of The Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC Medical Ethcis*, **14/22**.

Pekcan, H.S. (2007). *Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Potter P.ve Perry A.G. (2009). *Fundamentals of Nursing*. (6.Ed). St. Louis: Mosby Year Book Inc., 340.



Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, **15 (5)**, 614-630.

Sancak, N. (2011). *Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sarı, E. (2005). Öğretmen adaylarının değer tercihleri: Giresun Eğitim Fakültesi örneği. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **3 (10)**, 73-88.

Schaffer, M.A., Cameron, M.E. And Tatley, E.B. (2000). The Value, Be, Do Ethical Decision-Making Model: Balancing Students' Needs in School Nursing. *The Journal of School Nursing*, **16(5)**, 44-49.

Schneider, D. G. Ve Ramos, R. S. (2012). Moral Deliberation and Nursing Elements of Methodological Proposal. *Nursing Ethics*, **19(6)**, 764-778.

Shahriari, M., Mohammadi, E., Bahrami, M. and Fooladi, M.M. (2011). Perceived Ethical Values by Iranian Nurses. *Nursing Ethics*, **19(1)**, 1-15.

Şendir, M. (2012). Hemşirelik felsefesi. Aştı, T. A. ve Karadağ, A. (Ed). *Hemşirelik esasları/Hemşirelik bilimi ve sanatı içinde (104-112)*. İstanbul:Akademi Basın Ve Yayıncılık.

Temel, A.B. (2011). Küreselleşme ve Hemşirelik Eğitiminde Uluslararasılaşma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, **4(3)**, 144-150.

Terakye, G. Ve Ocakçı, A.F. (2013). *Etik Konulardan Seçmeler*. (1. Baskı). İstanbul Tıp Kitabevi.

Topdal, B. (2012). *Yönetici Hemşirelerde Etik Davranışlar*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tosun, H. (2005). *Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenene Etik İkilere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Erişim, 15.04.2013, [www.turkhemsirelerdernegi.org.tr](http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr).

Uçar, S. (2009). Sosyal Bilgiler Programındaki Değerlerle İlgili Kazanımlara Yönelik Öğretmen Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Adana.

Uyguç, N. (2003). Cinsiyet, Bireysel Değerler ve Meslek Seçimi. *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*, 18(1), 93-103

Uzun, R (2007). *İletişim Etiği Sorunlar ve Sorumluluklar*. (1.Baskı). Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Basımevi.

Volker, D.L. (2012).Is There a Unique Nursing Ethic? *Nursing Science Quarterly*,16(3), 205-211.

Woods, M. (1999). A Nursing Ethic: The Moral Voice of Experienced Nurses. *Nursing Ethics*, 6(5), 423-433.

Yalar, T. (2010). *İlköğretim Sosyal Bilgiler Programında Değerler Eğitiminin Mevcut Durumunun Belirlenmesi ve Öğretmenlere Yönelik Bir Program Modülü Geliştirme*. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Mersin.

Yalçın, N. Ve Aşti, T. (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 54-59.

Yıldırım, G. (2008). *Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana.

Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 7-12.

Yıldız, S. (2008). Yenidoğan Hemşireliğinde Etik. Dağoğlu, T. ve Görak, G. (Ed). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri içinde* ( 31-43). Nobel Tıp Kitapevleri

Yılmaz, E. (2009). Öğretmenlerin Değer Tercihlerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 109-128

Yılmaz, E. (2010). *Teleolojik Etik ve Deontolojik Etik'in Karşılaştırılması (J.S. Mill ve I. Kant ile Sınırlandırılmış Olarak)*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

## FORMLAR

### EK-1

#### Yapılandırılmış Soru Formu

Sayın Meslektaşım;

Ekte bulunan anket formunun konusu ‘Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasında İlişkinin Belirlenmesi’dir. Araştırma tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak olup, elde edilen bilgilerin geçerliliği sorulara vereceğiniz cevapların gerçek durumu yansıtmasıyla mümkün olabilecektir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dâhilinde değerlendirilecek olup farklı kişi yâda kurumlar ile paylaşılmayacaktır. Anketi cevaplayarak çalışmamıza sağladığınız değerli katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

**1- Kaç yaşındasınız?**

- a)18-24    b) 25-34    c) 35 – 44    d) 45 ve üzeri

**2. Cinsiyetiniz**

- a) Kadın    b) Erkek

**3- Medeni durumunuz nedir?**

- a) Evli b) Bekar

**4-Aile tipiniz nedir ?**

- a) Çekirdek Aile    b) Geniş Aile    c) Parçalanmış aile

**5- Çocuğunuz var mı ?**

- a) Evet    b) Hayır

**6- Eğitim durumunuz nedir?**

- a )Sağlık Meslek Lisesi    b) Ön Lisans    c) Lisans    d) Lisans Üstü

**7- Gelir durumunuz nedir?**

- a) Gelir giderden yüksek    b) Gelir gidere denk    c) Gelir giderden düşük

**8-Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz? ( .....) yıl**

**9- Hangi klinikte çalışıyorsunuz? .....**

**10- Çalıştığınız yerdeki göreviniz nedir?**

- a)Baş hemşire b)Servis hemşiresi c)Sorumlu hemşire

d)Süpervizör hemşire e)Diğer.....

**11- Hemşirelik / Tıp etiği ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**12- Değerler ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı ?**

- a) Evet
- b) Hayır

**13- Herhangi bir mesleki derneğe üye misiniz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**14- Herhangi bir sivil toplum derneğine üye misiniz ?**

- a) Evet
- b) Hayır

**15- Arkadaşlarınız ve dostlarınızla istediğiniz sıklıkta görüşebiliyor musunuz ?**

- a) Evet
- b) Hayır

**16-Düzenli olarak sürdürebildiğiniz sosyal aktiviteleriniz var mı? Belirtiniz..**

- a) Evet .....
- b) Hayır

**EK-2:****Değerler Hiyerarşisi Ölçeği**

**Yönerge:** Aşağıda insanın hayatta ideal edinebileceği 14 değişik değer bulunmaktadır. Bu değerler 1'den 14'e kadar sıra ile yazılmıştır. Siz kendi düşüncenize göre bu değerleri tanesini en çok verdiğinizden (1'den) en az değer verdiğinizize (14'ye doğru) göre sıralayınız.

(.....)	1. Herşeyin ölçülü ve ahenkli olması
(.....)	2. Öbür dünyayı kazanmak
(.....)	3. Yalansız bir dünya
(.....)	4. Günahlardan arınma
(.....)	5. Ekonomik bağımsızlık
(.....)	6. Konforlu bir hayat
(.....)	7. Bütün gerçeklerin bilinmesi
(.....)	8. Vicdan huzuru
(.....)	9. Cahillikten arınmış bir dünya
(.....)	10. Güzelliklerle dolu bir dünya
(.....)	11. Eşitliğin sağlanması
(.....)	12. Gerçek dostluk
(.....)	13. Hürriyet için mücadele
(.....)	14. İnsanlara yardım









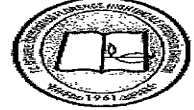




EK-4



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Dekanlığı



Sayı : B.30.02.İST.0.33.71.00/ 2305  
Konu :

19.10.2012

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Yalova İl Sağlık Müdürlüğü'ne

Fakültemiz Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Merdiye Şendir'in danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden **Berna KÖKTÜRK**'ün "Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Müdürlüğünüze bağlı aşağıda belirtilen hastanelerde yapabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda, bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ  
Dekan

YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
TARİH / SAYI	19/10/2012 - 2292
YÖNETİM HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	X
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
ARAŞTIRMA BİLGİ SİSTEMLERİ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE HALK SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	
EKİ	

**İzin alınacak kurumlar**

YALOVA DEVLET HASTANESİ  
ÇINARCIK DEVLET HASTANESİ  
ARMUTLU ENTEGRE DEVLET HASTANESİ

22.10.2012 / USS

EK-4 (DEVAM)



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Yalova İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : B.10.1.TKH.4.77.39.00 / 814  
Konu : Tez Çalışması .

28 / 11 / 2012

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına  
İSTANBUL

İlgi : 19.10.2012 tarih, 2305 sayılı yazınız ;

Fakülteniz Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Merdiye ŞENDİR'in danışmalığında yüksek lisans eğitimine devam ettiği ilgi yazınızla bildirilen Berna KÖKTÜRK'ün " Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Yalova Devlet Hastanesi ile Çınarcık Devlet Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Ahmet ALTINER  
Genel Sekreter

28.11.2012 / Mem.E.ÇULU  
Sağ.Bak.Hizm.Müd.S.DENİZ

**Bebeginizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz.**

Personel Şubesi

Adres : İzmit Kara Yolu 3.Km. YALOVA

Telefon : ( 0.226 ) 8115200- (26 hat) Faks : ( 0.226 ) 8115230

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat : Eda ÇULU(Dahili Tif: 1037)

e-posta: yalovadhs1@saglik.gov.tr.

EK-5

**ÖZEL YALOVA HASTANESİ**

www.ozelyalovahastanesi.com info@ozelyalovahastanesi.com

Sayı : 640  
 Konu : Berna Köktürk'ün Yüksek Lisans Tezi Hk.

30.10.2012

T.C.  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
 (Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na)

Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemizde yapabilmesi için başvurmasını değerlendirdik. Çalışmasını yapmasında herhangi bir sakınca yoktur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL YALOVA HASTANESİ  
 Dr. Gökhan İNCE  
 Mesul Müdür Yardımcısı  
 Dip. Tes. No: 44520

Fevzi Çakmak Mh. Şehit Ömer Faydalı Cd. Fırın Sok. No:33 YALOVA Tel: 0226 811 22 44 (Pbx) Fax: 0226 813 73 24

Yalova Uzmanlar Sağlık Hizmetleri San. Paz. Tic. A. Ş. Uzmanlar Sağlık Hizmetleri San. Paz. Tic. A. Ş.

EK-6



ÖZEL YALOVA MERKEZ SAĞLIK HİZ. SAN. VE TİC. A.Ş.  
Rüstempaşa Mahallesi Sema Sokak No:12 YALOVA  
Tel:0226 811 15 15 Fax: 0226 811 43 33  
www.atakenthastanesi.com.tr

Sayı : 893

Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması hk.

30.10.2012

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ' NE  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Dekanlığı

B.30.02.İST.0.33.71.00/2306 sayılı yazınıza cevaben,  
Fakültenizde yüksek lisan eğitime devam eden Berna KÖKTÜRK' ün ' Hemşirelerin  
Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ' başlıklı  
yüksek lisan tez çalışmasını Hastanemizde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.  
Bilgilerinize.

Uz.Dr. Özhan ATTEPE  
Başhekim Yardımcısı

EK-7

## ETİK KURUL KARARI



Sağlık Bakanlığı

## KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KAİK 2012/151		
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Berna KÖKTÜRK		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans öğrencisi		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Merdiye ŞENDİR (Danışman) İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Yalova ili devlet hastaneleri		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Yalova		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLAÇ ARAŞTIRMA	DİŞİ <input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz: YÜKSEK LİSANS TEZİ	
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.12.2012		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.12.2012		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	-
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	-
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	-
	İLAN	<input type="checkbox"/>	-
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	-
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	-
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	-
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	-

## EK-7 (DEVAM)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17/4	Proje No: KOU KAEK 2012/ 151	Tarih : 18.12.2012
	Hemşire Berna KÖKTÜRK'ün Yüksek Lisans tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına ve kurumlardan izin alması koşuluyla toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

## ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Aralık 2011)GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyolojik ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmi Gazetede 19 Ağustos 2011 tarih ve 28030 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD./PROF. DR. NERMIN ERSOY

## ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	E	H	E	H	N. Ersoy
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD	K	E	H	E	H	W. Ural
Prof. Dr. B.Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	E	H	E	H	J. Erden
Prof. Dr. Yeşim GÜRBÜZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	E	H	E	H	Katılmadı
Doç. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	E	H	E	H	Katılmadı
Uzm. Dr. Berna Ayakta ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	Izmit 1 Nolu AÇSAP	K	E	H	E	H	B. Şerifi
Yard.Doç.Dr.Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD	K	E	H	E	H	A. Karson
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	E	H	E	H	Katılmadı
Prof.Dr.Yavuz Gürkan Üye	Anestezi ve Reanimasyon	KOU Tıp fak.	E	E	H	E	H	Katılmadı
Uzm.Dr.Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. Arş Hastanesi	E	E	H	E	H	Katılmadı
Av. Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	E	H	E	H	E. Işık
Ayşe Tırka Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Emekli	K	E	H	E	H	Katılmadı

\* :Araştırma ile ilişki

\*\* :Toplantıda Bulunma



**EK-8****BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Bu araştırma hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, verilerin toplanmasında, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren hemşire bilgi formu, Değerler Hiyerarşisi Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık Anketi olmak üzere 3 ayrı form kullanılarak değerlendirme yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca gerek görüldüğünde sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Berna KÖKTÜRK

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Berna	<b>Soyadı</b>	Köktürk
<b>Doğ.Yeri</b>	Zonguldak	<b>Doğ.Tar.</b>	12-06.1987
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	39578147206
<b>Email</b>	bernakokturk@karabuk.edu.tr	<b>Tel</b>	05418264073

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi	2009
<b>Lise</b>	Orhangazi Çok Programlı Lisesi ( YDA)	2005

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğr. Gör.	Karabük Üniversitesi-SMYO	2013-devam
2.	Hemşire	Yalova Devlet Hastanesi	2011-2013
3.	Hemşire	Memorial Hastanesi	2009-2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) IELTS Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	45	5

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>	75.871	76.324	72.121
<b>(Diğer) Puanı</b>			

**Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	İyi

**Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri:**

- Köktürk B., Şendir M., Can Ş. ve Alpağut M.(2012). Bir Doğumevinde Çalışan Hemşirelerin Etik Karar Verme Düzeylerinin Değerlendirilmesi. İkinci Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, İstanbul, 27-29 Eylül.
- Köktürk B. ve Şendir M (2013). Sağlık Hizmetlerinde Mobbing ve Etkileyen Faktörler. 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Konya, 19-21 Nisan.

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Kitap okumak, voleybol, fotoğrafçılık, seyahet etmek.