



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**PALYATİF VE NÖROLOJİ SERVİSLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ETİK AHLAKİ
DUYARLILIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sümeysra KOÇASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON – 2019

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyra KOÇASLAN'ın hazırladığı 'Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakı Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi' başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

.....

Tarih: .../.../2019

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

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

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

10/05/2019

Sümeysa KOÇASLAN

İthaf

Yüksek Lisans tezimi, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim; Aileme, sevgili eşime ve biricik kızıma ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum, bilgisi ve deneyimlerinden yararlandığım ve eğitimim boyunca hem bilimsel hem de kişisel olarak göstermiş olduğu destek, ilgi ve anlayıştan ötürü değerli danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ'a,

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen KTÜ Trabzon Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları ve Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e

Çalışmamın yürütülmesine izin veren Trabzon Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne ve buna bağlı hastanelerin yöneticilerine,

Verilerin toplanmasında yoğun çalışma tempolarının içinde bana zaman ayırıp anket sorularımı cevaplayan ve çalışmamın evrenini oluşturan değerli palyatif ve nöroloji servis hemşirelerine,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını benden esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemdeki en büyük paya sahip olan değerli annem Nimet DEMİRCİ ve babam Yusuf DEMİRCİ 'ye

Araştırmamın her aşamasında maddi ve manevi desteğinden dolayı eşim Mehmet Ali KOÇASLAN'a ve sabırla beni bekleyen kızım Betül Sümeyra KOÇASLAN'a sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunuyorum.

Sümeyra KOÇASLAN

İÇİNDEKİLER**KABUL ve ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****İÇİNDEKİLER****vi****TABLolar DİZİNİ****viii****ŞEKİLLER DİZİNİ****ix****KISALTMALAR LİSTESİ****x****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****8**

4.1. Palyatif Bakım

8

4.1.1. Palyatif Bakım Modelleri

10

4.1.1.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

12

4.1.1.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

12

4.1.1.3. Toplumsal Temelli Palyatif Bakım

12

4.2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

12

4.2.1. Hospis

13

4.2.2. Palyatif Bakım

14

4.2.2.1. Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

17

4.2.2.2. İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

17

4.2.2.3. Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

17

4.3. Türkiye’de Palyatif Bakım ile İlgili Çalışmalar

17

4.4. Nöroloji Birimleri

19

4.4.1. Türkiye’de Nöroloji ile İlgili Çalışmalar

21

4.4.2. Palyatif Bakım ve Nöroloji Servisi İlişkisi

22

4.4.3. Palyatif Bakım ve Hemşirelik

22

4.4.4. Palyatif Bakım Hemşireliğinin Rol ve Sorumlulukları

23

4.4.5. Palyatif Bakıma Yasal Destek

24

4.4.6. Ülkemizde Palyatif Bakım Hemşiresi

24

4.5. Etik	25
4.5.1. Etik ikilem	26
4.6. Etik İlkeler	26
4.7. Etik Ahlaki Duyarlık	28
5. GEREÇ ve YÖNTEM	31
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	31
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
5.3. Evren ve Örneklem	31
5.4. Araştırmaya Kabul ve Ölçütleri	32
5.5. Veri Toplama Araçları	32
5.6. Veri Toplama Süresi	33
5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	35
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
5.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	37
6. BULGULAR	38
6.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	38
6.2. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlık Anketinin Maddelerine Verilen Yanıtların Ortalaması	39
6.3. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlık Düzeyleri	41
6.4. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlık Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması	42
6.4.1. Hemşirelerin Eğitim Durumlarının Etik Ahlaki Duyarlık Alt Boyut Düzeyleri Puan Ortalamasına Göre Değerlendirilmesi	42
6.4.2. Hemşirelerin Bulundukları Serviste Çalışma Süresi ile Etik Ahlaki Duyarlık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	43
6.4.3. Hemşirelerin Yaşlarının Etik Ahlaki Duyarlık Puan Ortalamalarına Göre Değerlendirilmesi	44
6.4.4. Hemşirelerin Etik Eğitim Alma Durumunun Etik Ahlaki Duyarlık Düzeyi Puan Ortalamalarına Göre Değerlendirilmesi	45
6.4.5. Hemşirelerin Etik Eğitim Aldığı Yer ile Etik Ahlaki Duyarlık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	46

6.4.6. Hemşirelerin Etik İnkilem Yaşama Durumuna Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Ortalamalarının Değerlendirilmesi	46
6.4.7. Hemşirelerin Etik İnkilem Çözme ile Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	47
6.4.8. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	48
6.4.9. Hemşirelerin Çalıştığı Hastaneye Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	49
6.4.10. Hemşirelerin Çalıştığı Servislere Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	50
7. TARTIŞMA	52
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
9. KAYNAKLAR	63
10. EKLER	75
10.1. Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu	75
10.2. Ek 2. Ahlaki Duyarlılık Anketi Ölçeği (ADA)	76
10.3. Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu	79
10.4. Ek 4. Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzin Yazısı	80
10.5. Ek 5. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Grup Soru Dağılımı	82
11. ETİK KURUL ONAYI	83
12. ÖZGEÇMİŞ	86

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Eski palyatif bakım modeli	11
Tablo 2. Yeni palyatif bakım modeli	11
Tablo 3. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin palyatif ve nöroloji servislerindeki hemşire sayısı	31
Tablo 4. Ölçek ve alt boyutlarının puanları normal dağılım testi	35
Tablo 5. Korelasyon analizi	36
Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N:93)	39
Tablo 7. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık maddelerine verilen yanıtların ortalaması	40
Tablo 8. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık düzeyleri	41
Tablo 9. Hemşirelerin eğitim durumları ile etik ahlaki duyarlılık alt boyut puan ortalamasına göre değerlendirilmesi	42
Tablo 10. Hemşirelerin bulundukları serviste çalışma süresi ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	43
Tablo 11. Hemşirelerin yaşlarının etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarına göre değerlendirilmesi	44
Tablo 12. Hemşirelerin etik eğitim alma durumunun etik ahlaki duyarlılık düzeyi puan ortalamalarına göre değerlendirilmesi	45
Tablo 13. Hemşirelerin etik eğitim aldığı yer ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	46
Tablo 14. Hemşirelerin etik ikilem yaşama durumuna göre etik ahlaki duyarlılık ortalamalarının değerlendirilmesi	47
Tablo 15. Hemşirelerin etik ikilem çözme ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	48
Tablo 16. Hemşirelerin medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	49
Tablo 17. Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	50
Tablo 18. Hemşirelerin çalıştığı servislere göre etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Palyatif bakım süreci	11
Şekil 2. Palya-Türk projesi	16
Şekil 3. Palya-Türk projesi organizasyon şeması	16
Şekil 4. Araştırma planı	34



KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar

ADA	Ahlaki Duyarlılık Anketi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EONS	Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği
ESMO	Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği
HSP	Journal of Health Science and Profession
ISNCC	Uluslararası Kanser Bakım Hemşireliği Birliği
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MASCC	Çok Uluslu Kanserde Destek Bakım Birliği
MECC	Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu
MR	Manyetik Rezonans
MSQ	Moral Sensitivity Questionnaire
NG	Nazogastrik
ONS	Onkoloji Hemşireliği Birliği
PB	Palyatif Bakım
PEG	Perkutan Endoskopik Gastrostomi
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SPSS	Statistical Pack age for Social Sciences
SVO	Serebro Vasküler Olay
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	Türk Dil Kurumu
TOG	Türk Onkoloji Grubu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. ÖZET

Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi

Çalışma, palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılıklarının değerlendirilmesi amacı ile Trabzon'daki beş hastanenin 1 palyatif ve 5 nöroloji servislerinde çalışan 93 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren "Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu" ve etik ahlaki duyarlılıklarının değerlendirilmesi amacıyla "Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (ADA)" ile 20.03.2017 ile 20.05.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma 31.03.2019 tarihinde tamamlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, t testi, tek yönlü Anova testi ve tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Bulgulara göre hemşirelerin %50.5'i 36-46 yaş aralığında, %67.7'si evli, %43'ü lisans eğitime sahip ve %59.1'i devlet hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %56.3'ü etik konusunda eğitim aldıklarını, %65.6'sı çalışırken etik ikilem yaşadıklarını ve %80.3'ü etik ikilemleri çözebildiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık ölçeği ortalamasının Ort±SS: 92.69±17.39 orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Alt grup ortalama puanları ise otonomi Ort±SS:19.90±6.08; yarar sağlama Ort±SS:13.74±3.75; çatışma Ort±SS:13.60±3.08; uygulama Ort±SS:13.11±3.35; bütüncül yaklaşım Ort±SS:12.85±4.11 ve oryantasyon Ort±SS:8.080±3.50 olarak bulunmuştur. Çalışma ile hemşirelerin en fazla çatışma, en az oryantasyon alt boyutunda etik ahlaki duyarlılık sorunu yaşadıkları ve palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılıklarının orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucu doğrultusunda, bu servislerde daha duyarlı bakımın sağlanabilmesi için hemşirelere etik ahlaki duyarlılık ile ilgili sürekli, hizmet içi eğitim programlarının verilmesi ve bakım ağırlıklı özellikli servislere yönelik benzer çalışmaların yapılması ile farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Etik, Etik Duyarlılık, Etik İkilem, Nöroloji, Palyatif Bakım

2. SUMMARY

Assessment of Ethical Moral Sensitivity of Nurses working at Palliative and Neurology Services

The study was undertaken with 93 nurses who worked at 1 palliative and 5 neurology services of five hospitals located in Trabzon Province in order to assess these nurses' ethical moral sensitivity. The data were collected using Information Request Form that questioned nurses' demographic characteristics and Moral Sensitivity Questionnaire that addressed at nurses' ethical moral sensitivity between 20.03.2017 and 20.05.2017. The study was completed on 31.03.2019. To assess the data; numbers, percentages, average numbers, standard deviation, t test, One way variance analysis Anova test and Scheffé's Method as post-hoc analysis were employed. According to the findings, 50.5% of nurses were aged between 36 and 46 years, 67.7% of them were married, 43% of them had undergraduate education and 59.1% of them were employed at public hospitals. It was found that 56.3% of the nurses received education on ethical issues, 65.6% of them had ethical dilemma while working and 80.3% of them were able to solve ethical dilemmas. Nurses' average score in Moral Sensitivity Questionnaire was 92.69 ± 17.39 ; which was at moderate level. Average subdimension scores were 19.90 ± 6.08 for autonomy, 13.74 ± 3.75 for benefit, 13.60 ± 3.08 for conflict; 13.11 ± 3.35 for practice; 12.85 ± 4.11 for holistic approach and 8.080 ± 3.50 for orientation. With this study, it was found that nurses experienced ethical moral sensitivity problems in conflict subdimension the most while in orientation subdimension the least and ethical moral sensitivity of nurses working in palliative and neurology services were at moderate level. In line with the study results, it is recommended that nurses be given continuous on-job-training programs on ethical moral sensitivity and awareness be increased through similar studies to be done in care services so that a more sensitive care can be achieved.

Key Words: Ethical, Ethical Dilemma, Ethical Sensitivity, Neurology, Palliative Care

GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşamı tehdit eden ya da tedavisi mümkün olmayan hastaların sayısındaki artış ile doğru orantılı olarak yeni bir disiplin olmasına rağmen palyatif bakım, tıbbın diğer dalları içerisinde hızlıca yer edinmiş ve gelişmiştir (1). Aynı zamanda bilimsel ve teknolojik gelişmelerin artması insan ömrünün uzamasında etkili olmuş ve buna paralel olarak kronik ve kanser hastalıklarındaki artış “palyatif bakım” merkezlerinin önemini ortaya çıkarmıştır (2-5).

Palyatif bakımın temel amacı; terminal dönemdeki hastanın acı içinde kıvranarak yaşamını devam ettirmesinden öte, hasta ve yakınlarını da içine alan disiplinli bir bakım ve tedavi ağı oluşturup, hastanın son zamanlarındaki yaşam kalitesini üst düzeyde tutarak geri kalan ömrünün insan onuruna yakışır bir şekilde devam ettirmesini sağlamaktır (6). Palyatif bakım kavramı ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1986 yılında yapılmış olup bu tanımında kütatif ve palyatif bakım kavramlarından bahsetmiş ayrıca bunların birbirini takip eden iki olgu olduğunu belirtmiştir. DSÖ bu tanımına 2002 yılında yeni ilavelere yaparak palyatif bakımın erken dönemde verilmesinin üzerinde durarak hasta yakınlarını da bu bakıma katmıştır (7).

Palyatif bakım ihtiyacını hastanın ailesi, ya evinde ya da palyatif bakım desteği veren kurumlarda gerçekleştirmektedir. Terminal dönemde bulunan hastanın bakım ihtiyacının evde desteğinde güçlük çeken aileler için palyatif bakım servisleri önemlidir. Sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım “destekleyici bakım” ifadesi olarak da yer almaktadır. Hastanın genel durumunun palyatif bakım ihtiyacına gereksinimi olduğu düşünüldüğünde, ona bakım verenleri de içerecek bu tedavi hizmeti daha da önemli olmaktadır. Hastaya bakım veren veya verenlerin hasta bakımına sağlık personeli ile birlikte katkı vermesini, rutin bakımları öğrenmesini ve gerektiğinde evde bakımın devamında yeterli bilgi ve beceri ile donanmış olmasını sağlamak palyatif bakımın sorumluluğundadır (8, 9).

Terminal dönemdeki hastaların çoğu özellikle de kanser hastalarının çoğu yalnızlık psikolojisiyle bağlantılı olarak yaşamlarının son anlarını yakınlarının yanında olduğu ev ortamında geçirmek istemektedir. Evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu hastalara bu olanağı sunmaktadır.

Ülkemizde palyatif bakım yaklaşımı yeni yeni adından bahsettirmeye başlamıştır. Hastalara palyatif bakımın verildiği, hospis kavramına benzer özellikte bulunan ilk kuruluş, Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul’da kurulmuş olup “Kanser Bakımevi” olarak adlandırılmış ve bu kuruluş 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Daha sonraki yıllarda “10.03.2005 tarih ve 25751 Sayılı Resmi Gazete’de” yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile “Evde Bakım Hizmetleri” adına yasal anlamda ilk düzenleme yapılmıştır (10, 11). 2. Hospis bakım girişimi olarak adlandıracağımız kuruluş, 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Hastanesi tarafından eski ve epeyce geniş bir Ankara evi alınarak restorasyondan geçirildikten sonra “Umut Evi” olarak hizmet vermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığının “3895 Sayılı 01.02.2010 tarihli yönergesi” ile evde sağlık hizmetleri, yatak içerisinde yaşamını devam ettirmek zorunda olup hastaneye dahi gidemeyecek durumdaki hastalara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini evlerinde ve aile ortamında vermeye başlamıştır. Evde bakım hizmet önceliği belirlenmiş olup bunlar 4 kategoride sıralanabilir. Başta yatağa bağımlı hastalar olmak üzere, solunum yollarında herhangi bir darlık veya tıkanması olan hastalar, ileri derecede kas- iskelet sistemi hastalığı olanlar, palyatif bakım ve tedavi gereksinimi olan son dönem kanser hastaları ve yeni doğanlar hizmet grubu olarak belirlenmiştir (1, 10). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan “2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda” palyatif bakım programı tanımlanmış olup bu merkezlerin kurulup faaliyete geçmesi 2012-2013 yılları arasında daha da hız kazanmıştır (1).

Evde bakım hizmetleri “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında 25751 Sayılı Yönetmelik” doğrultusunda belirlenmiş olup içeriği şöyledir:

“a) Sağlık kuruluşunda, hastanın genel durumu onam almak için uygun değilse yasalar tarafından belirlenmiş olan kişiler tarafından imza alınarak işlemler başlatılır.

b) Evde bakım hizmetine kabul edilen hastalar, yasalar tarafından belirlenmiş olan hakları, alacağı hizmetin içeriği gibi konular hakkında bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya genel durumu elvermediği durumlarda kendisi adına tayin edilen yasal temsilci hakkına sahiptir.

c) Hizmet almak isteyen hastanın aile hekimi tarafından takip altında olması gerekir.

d) Evde bakım hizmetinin alınabilmesi için, hasta ve/veya hasta ailesi istemde bulunabilir. Hastanın tedavisi konusunda, tedaviyi planlayan hekim ve ya evde bakım hekimi tarafından hasta değerlendirilir.

e) Hastanın evinin fiziksel şartlarının uygun olması gerekmektedir.

f) Bu hizmetin alınması hususunda ırk, renk, inanç vb. faktörler hiçbir şekilde olumsuz etken olarak alınmamalıdır.

g) Hasta önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir” (11).

Evde bakımın sunumunda hekim bakımın planlanmasında rol alırken, planlanan bakımın ve tedavinin yapılmasını sağlayan hemşirelerdir. Hemşire bu rol ve sorumluluklarının bilinciyle hastaya bakım verirken hasta ve yakının istek ve ihtiyaçları doğrultusunda planlama yapmaktadır. Batı ülkelerinde kanserli hastalarının çoğu, hayatındaki kalan son günleri kendi evinde ailesinin yanında geçirmeyi istemelerine karşın, teknolojinin gelişmesi veya sosyal birçok nedenlerden ötürü bu hastalardan büyük bir çoğunluğun yaşamı, hastanelerde veya palyatif bakım veren ünitelerde sonlanmaktadır (12). Ülkemizde ise evde palyatif bakım alan hastalar; bakım vericilerinin yetersizliği, tükenmişlik yaşamaları veya hastaların kendi istekleri gibi birçok nedenden dolayı palyatif bakım servislerine yatırılarak hizmet almaktadırlar (12-16).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün istatistiklerine göre ülkemizde toplamda 81 ilde 4997 yatağı ile 372 kamu hastanesinde palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (17). Bu durumda palyatif servisler yetersiz kalmakta alternatif servis olarak nöroloji servisleri bu hizmet için kullanılmaktadır.

Nöroloji birimleri, genellikle serebro vasküler olay (SVO) stroke, infarkt, paralizisi, demans ve alzheimer gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen hastalıklarla uğraşırlar (18). Böyle hastaların öncelikli olarak tedavileri nöroloji servislerinde görülür. Eğer hastalığın iyileşme süresi uzarsa, örneğin; hastaya aspirasyon uygulaması, Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) ya da Nazogastrik sonda (NG) takılması trakeostomi gibi uygulamaları yapılacaksa, 3. ve 4. dereceye çıkan bası yaraları mevcutsa artık böyle bir tabloda palyatif bakım üniteleriyle işbirliğine geçilerek hastanın palyatif servislere

transferi sağlanmaktadır. Ancak ülkemizde hasta sayısının fazla olduğu kurumlarda nöroloji servisleri palyatif bakım anlayışı ile çalışabilmektedir.

Palyatif amaçlı yatış yapılan hastaların çoğunluğunun terminal dönemde olması ve bilinç seviyesindeki değişikliğe bağlı olarak iletişim dahi kuramayacak durumda olması sağlık hizmeti veren ekip için çeşitli güçlükler neden olmaktadır. Ülkemizde hem hospis hem de palyatif bakım amaçlı hastaları içeren palyatif servisleri hasta profili açısından tıbbi tedavinin dışında oldukça fazla bakım hizmet isteyen servislerdir/ünitelerdir. Palyatif bakım ekibi; hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım uzmanları gibi birden çok branşta görev yapan meslek gruplarından oluşan multidisipliner bir ekiptir. Bu grubun koordinasyonlu ve interdisipliner olarak çalışması sağlık çalışanlarının işini kolaylaştırır. Bu ekip içerisinde bakım ağırlıklı çalışan hemşireler özellikle uygulama esnasında pek çok zorlukla karşılaşarak etik ikilem yaşayabilmektedir. Acil müdahalede bulunma zorunluluğu, hemşirenin hizmet vereceği hastaların fazlalığı, öncelik belirlenmesi, tıbbi kaynakların veya sarf malzemelerin hastalara adaletli kullanımı gibi durumların gündeme gelmesi hasta hakları ve sosyal adalet ilkelerinin çatışmasına neden olabilmektedir (19). Hemşire bu ve benzeri durumlarla karşılaştığı zaman kendi değer yargılarıyla çelişki yaşayabilmekte ve bu ikilem etik sorun haline gelebilmektedir (20). Çünkü “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile palyatif servislerindeki sağlık ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanırken hemşirenin görev tanımı bu yönergede bulunmamaktadır. Buna ilaveten bu yönergede merkezi yerde çalışan sağlık personelinin görev ve sorumlulukları sorumlu tabip tarafından belirlenmektedir (21). Bu durum farklı etik problemlere neden olabilmektedir. Dolayısıyla karşılaşılan etik problemlerin çözülebilmesi için öncelikle hemşirelerin, problemlerin neler olduğunu bilip, bu problemlerin ayrımını yaparak doğru kararlar alabilmesi için gelişmiş bir etik ahlaki duyarlılığa sahip olması gerekir (22, 23). Etik bir problemin ne olduğunun ayrımının yapılabilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılık, insanın sağlığını çok yakından ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilmek olarak tanımlanabilir (22). Etik ahlaki duyarlılık, tüm birimlerde olduğu gibi palyatif bakım ve nöroloji servislerinde de etik sorunlara açıklık getirerek sorunların çözülmesi, bir etik ikilem ile karşılaşıldığı anda onun kısa bir sürede önlenmesi olarak ifade edilebilmektedir (24). Hemşirelerdeki

etik ahlaki duyarlılığın yüksek olması, meslek adına profesyonelleşmenin göstergesi olmakla beraber, hastaya verilen bakımın kalitesini de etkilemektedir (25). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında palyatif bakımda çalışan profesyonel bir hemşire rol ve sorumluluklarını yerine getirirken, etik değerleri baz alarak uygulamalarını gerçekleştirmelidir.

Ülkemizde diğer ülkelere göre yeni gelişmekte olan palyatif bakım ünitelerinde ve nöroloji servislerinde etik ve ahlaki yönden donanımlı aynı zamanda bakım ve tedavi hizmeti sunabilen sağlık ekibine çok büyük ihtiyaç vardır (26).

Bu doğrultudan yola çıkılarak bu çalışma palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılıklarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri etik ahlaki duyarlılıklarını etkilemekte midir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Palyatif Bakım

Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler her geçen gün kendini revize ederek ilerlemeye devam etmektedir. Bu gelişmeler diğer dallarda olduğu gibi sağlık alanında da etkisini göstermiş olup özellikle bakım uygulamalarında önemli yenilikler getirmiştir. Sağlık alanında çalışmalar öncelikle toplumda çok görülen, hasta ve sakatlık oluşturan hastalıklara yönelik yapılmıştır. Bu yaklaşım kronik hastalıkların tedavisi doğrultusunda gelişmiş olduğu için yaşlı nüfusunda artmasına neden olmuştur (27, 28).

Dünyadaki ölümlerin nedeni 18.yy sonlarına kadar enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanmaktaydı. Günümüzde ise ölüm vakalarının %39.7'si dolaşım sistemi hastalıkları, %19.6'sı kötü huylu tümörler ve %12'si solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır (29). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin son zamanlarda artışa geçtiği yapılan çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir (30). Bu hastalıklarda artışın olması, tıbbi tedavinin giderek azalması hatta mümkün olmaması gibi durumlarda, hastanın ve aynı zamanda ailenin rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması gibi faktörleri içinde barındıran palyatif bakım, kısa bir zaman zarfında yeni bir alan olarak ortaya çıkarak tıp literatüründe hızlıca yer edinmiş ve palyatif bakım ünitelerinin doğmasına neden olmuştur (2-5, 31).

Dilimize yabancı bir dilden geçen palyatif kelimesi Fransızca'da "yumuşatıcı, örtücü, asıl sorunu gizleyerek geçici çözüm sağlayan" anlamına gelen palliatif sözcüğünden, Latince "manto, kaplama anlamına gelen pallium" ve "pelerinle örtmek anlamındaki palliare" kelimelerinden köken almıştır (32-35). Türk Dil Kurumu'nun (TDK) yapmış olduğu tanıma göre ise "palyatif; tedavi edici olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten dindiren" anlamına gelmektedir (36).

19.yy'ın başlarına doğru ortaya çıkan palyatif bakım, kanserle mücadelenin en temel yapı taşı olup; kompleks ve üst düzey yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir (33, 37).

"DSÖ'ye göre palyatif bakım,"

1. Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar,
2. Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar,

3. Ölümlü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz,
4. Hasta bakımının psiko-sosyal ve ruhani yönlerini fiziksel bakıma entegre eder,
5. Hastaların son ana kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar,
6. Hasta yakınlarına, hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar,
7. Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımını kullanır,
8. Yaşam kalitesini arttırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu etkileyebilir,
9. Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir; klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar.”

şeklinde ifade edilmiştir.

DSÖ ’nün yaptığı tanıma göre palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşam ile ilgili sorunla karşılaştığında problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır (38-41).

Palyatif bakımda; hastaya verilecek olan spesifik bakım, ailenin verdiği destek, etkileyici bir lisan ve multidisipliner bir ekibin varlığından bahsedilmektedir (37, 42). Palyatif bakımın temelinde; terminal dönemdeki hastadan primer sorumlu olan kişi ile çeşitli kurum ve kuruluşlardan gereken desteğin alınması, ölümün yaşam içindeki son halkanın olduğu anlayışının vurgulanması, hastanın bakımına fiziksel, psikolojik sosyal ve dinsel yönlerden katkıda bulunularak son anına kadar hastaya kaliteli bir yaşamın sağlanması hedeflenmektedir. Ayrıca, uzman bir kadronun varlığı ile hasta ve yakınlarına yönelik birtakım ihtiyaçların karşılanması gibi görüşlere de yer verilmektedir. Kısacası bir bakım felsefesidir ve temelinde hastanın holistik bakımına ilaveten ailenin bu yas sürecine olan katılımı ve terminal dönem için desteklenmesi yatmaktadır. Bu hizmetin sunumu sırasında hasta haklarının korunması, evrensel olarak bilinen etik değer ve kodların ihlal edilmemesi, mesleki anlamdaki değerlere sahip çıkılıp saygı duyulması, yasal prosedürlere dikkat edilmesi önemli hususlardan biridir (1, 37, 42).

Hastaların bakım aldığı süreçte ailelerin bu bakımdan bazı beklentileri olabilmektedir. Bunlar; hastanın dayanılmaz ağrılarının kontrol altına alınması, duygusal yönden desteklenmesi, anlayabilecekleri düzey ve miktarda hasta yakınına eğitimin verilerek bilgilendirmenin yapılması, karşılıklı iletişimin sağlanması, hasta ile ilgili kararlarda söz sahibi olunması, hasta bakımından sorumlu primer kişinin sorulara yanıt vermesi vs. bunlara örnek verilebilir. Tanım içerisinde de olduğu gibi holistik bakımın verilmesinin yanı sıra ailenin de ihtiyaçlarının doyurulması sağlanarak bu beklentilere cevap verilmiş olmaktadır (1, 43).

Palyatif bakım hizmetleri; genelden özele doğru gidecek olursa hastanelerde, aile sağlığı merkezlerinde kişinin ev ortamında ve son dönem bakım evleri ya da hospis dediğimiz kurum veya kuruluşlar vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. Fakat Türkiye’de son dönem bakım evlerinin olmayışı bu hizmetin, hastanelere ve birinci basamak sağlık merkezlerine kaymasına neden olmuştur (1, 42).

11.yy’dan beri süregelen hospis bakım özellikle batı ülkelerinde çok yaygın olarak görülmektedir. Hospis kavramı yaşamın son evresinde bulunan hastalara tüm tıbbi müdahalelerin yapılmasına rağmen, hastalığın rahatsız edici faktörlerinin ortadan kaldırılarak yaşam kalitesini en üst seviyede tutulmasını hedefleyen bir bakım hizmeti olarak ifade edilebilir. Hospis kavramı 17. yy’dan sonra yeni ortaya çıkmaya başlamış, 1950’lerde İngiliz Cicely Saunders’ın bu konu üzerindeki çalışmaları ile bugünkü halini almıştır. Hospislerde tedaviden çok bakım odaklı hizmet verilmektedir. Verilen bu hizmetin hasta yakınlarındaki stresi azalttığı, memnuniyet düzeyini arttırdığı ve bakımın hastanedeki tedaviye kıyasla daha ekonomik olduğu araştırmalarla tespit edilmiştir (1).

4.1.1. Palyatif Bakım Modelleri

DSÖ 1986 da palyatif bakımın tanımını ilk kez yapmış olup palyatif bakım modelini ortaya çıkarmıştır. Önceleri küratif bakım ve palyatif bakım birbirini devam eden iki kavram iken şimdi ise bu kavramlar iç içe geçmiş olup multidisipliner ve holistik bir yaklaşım olan yeni palyatif bakım modelini oluşturmaktadır (1, 37, 42, 44, 45), (Tablo 1, 2).

Tablo 1. Eski palyatif bakım modeli

ESKİ PalyatİF BAKIM MODELİ		
Küratif Bakım	Palyatif Bakım	Yas Sürecinde Bakım
Tanının Koyulması İle Başlar.		Ölümünden Sonra Başlar.

Tablo 2. Yeni palyatif bakım modeli

YENİ PalyatİF BAKIM MODELİ	
Tedavi Etmeye Yönelik Bakım	
Yaşamı Uzatmaya Yönelik Bakım	
Yaşam Kalitesinin En Üst Düzeye Çıkarılması	Ölüm Öncesi Bakım
Aile Destek Bakımı	Yas Sürecindeki Bakım
Palyatif Bakım	
TANI	ÖLÜM



Şekil 1. Palyatif bakım süreci (Şahan Uslu ve Terzioğlu'ndan, 37).

Terminal dönemdeki hasta ve yakınlarının hem maddi hem de manevi birden fazla sıkıntısı olabilir. Bu süreçteki hasta ve ailenin içinde bulunduğu bunalımın hafifletilip hastanın kalan ömrünün daha kaliteli geçirilebilmesi için disiplinler arası işbirliğine dayanan farklı modeller oluşturulmuştur. Bu modellerin hepsindeki ortak gaye; hastayı ve kültürel değerleri merkeze alıp hasta ve yakınlarına uygun fiziksel, psikososyal ve manevi desteğin profesyonel bir şekilde sağlanmasıdır (46-49).

Palyatif bakım modelleri üç başlık altında incelenebilmektedir. Bunlar;

- Hastane Temelli Palyatif Bakım
- Ev Temelli Palyatif Bakım
- Toplum Temelli Palyatif Bakım

4.1.1.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane bünyesinde oluşturulmuş olup hastaya palyatif bakım hizmeti veren merkezlerdir. Hastanelerdeki mevcut var olan hasta servisleri, psikolojik ve sosyal anlamda sorun teşkil eden ve tedavisinde uzmanların yardımına ihtiyaç duyulan kanser hastaları için uygun mekanlar değildir. Bu nedenle kanserin ağrı ve diğer semptomlarını yaşayan temel gereksinimlerinin karşılanmasında yeter seviyeye ulaşamayan yüksek riskli kanser hastalarının bakım kalitesinin artırılmasında hastane temelli palyatif bakım servisleri oluşturulmuştur. Burada belli sürelerle kalan hasta ve ailesi için yaşamın devamının sağlanmasında gereken bakım ve eğitimler verilerek hastanın tercihiyle göre hastane dışındaki kurumlarda hayatının devamı için yönlendirilmektedir (37, 49).

4.1.1.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Tıbbi tedavinin hastane ortamı dışında ev ortamında devamının primer bakım ihtiyacı doğrultusunda sağlanması ev temelli palyatif bakımın içeriğidir. Buradaki temel amaç hastanede verilecek olan bakımın ev ortamında da verilmesinin sağlanabilmesidir. Hasta ve ailesi günlük yaşadıkları her durumda, günün her saatinde palyatif bakım birimiyle iletişime geçebilmekte ve destek alabilmektedir (37, 49).

4.1.1.3. Toplumsal Temelli Palyatif Bakım

Ayaktan teşhis ve tedavisi mümkün olan hastalar için oluşturulmuş olup düşük ücretlerle bakım sunduğu için son zamanlarda çok fazla ilgi görmektedir. Bu palyatif bakım merkezlerinde hastanın yanı sıra hasta yakınları da hem psikolojik hem manevi açıdan desteklenmektedir. Hasta yakınlarına hastasına nasıl bakım vereceğine dair eğitimler verilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarını kapsayan bir modeldir (37, 49).

4.2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

Palyatif bakım hizmetlerindeki gelişim, ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla gelişmiş ülkeler yapılanmayı gerçekleştirmiş olup gelişmekte olan ülkeler ise daha çok yapılanma aşamasındadır (1).

4.2.1. Hospis

Yaşamın son döneminde olan hastaların son anlarını huzur güven ve yüksek yaşam kalitesinde geçirebilmesi için batı ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hospis bakım evleri kurulmuştur. Burada hastalara hem fiziksel hem sosyal hem de spirüel yönlerden destek verilmektedir.

Hospis Latince'de "hopes (misafir) ve hospitium (misafirperver, misafirhane)" sözcüklerinden oluşmakta olup rahipler tarafından, hacıların ve gezginlerin misafir edildiği misafirhane, imarethane ve darülaceze olarak kullanılmaktadır. İlk kez Romalılar tarafından Hristiyanlığın yeni yeni yayılmaya başladığı dönemde destek evi adı altında ilk hospis merkezi açılmıştır. Hastalara o zaman ki şartların elverdiği ölçüde mevcut tedaviler denenmiştir. Ancak yeterli sonucun alınamamasından dolayı aktif tedavi uygulanamamış, hastalara palyatif bakımın hizmeti verilmiş, rahatsız edici semptomlar kontrol altına alınarak yaşam kalitesi mümkün olduğunca en iyi seviyede tutulmuştur. Böylelikle hayatlarının son dönemlerini geçirdikleri bir dinlenme yeri olan hospis birimleri açılmıştır. Bu kurumlar MS IV. yüzyıla dini kuruluşlara devredilmiştir. Ancak Ortaçağ sonlarına kadar devam ettirilmeye çalışılmış fakat Reform hareketleri ile birçok hospis merkezi kapatılıp yerine manastırlar kurulmuştur. Hastaların bakımları kadın aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmiştir (50).

Jeanne Garnier hospis hareketinin oluşmasında çok önemli bir yere sahiptir. Hospis kelimesini yaşamının son döneminde ki hastaların bakımı ve bu hastalara önderlik edilmesi olarak ifade etmiştir. Saunders ise ölüm sürecinde olan hastaların insan onuruna saygı ilkesi gereği bir birey olarak algılanmasının, ayrıca gereken tüm bakım ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasının önemini vurgulamış (1918-2005) ve St. Christopher's Hospice adı altında Londra'da ilk modern hospisin kurulmasına öncülük etmiştir. Böylece hospis düşüncesinin alt yapısını hazırlamıştır (50).

Hospis merkezleri bir bina veya işletme kurumu olarak algılanmamalıdır. Burada terminal dönemdeki hastalara ve hastadan primer derecede sorumlu olan yakınlarına fiziksel, sosyal, dinsel yönlerden destek verilmektedir. Bu merkezlerde ömrün yoğun tedaviler eşliğinde (makinelere) uzatılması ya da kısaltılması söz konusu değildir. Hastanın ölüme en güzel şekilde hazırlanması, yakınının ise ölüm ve sonraki yas sürecine adapte olması için çaba gösterilmektedir.

Hospiste hedeflenen bakımın gerçekleştirilmesinde hiç şüphesiz palyatif bakımın felsefesi büyük bir rol oynamaktadır (51).

Hospis merkezlerinde tedavi ve bakım geniş bir yelpazeye sahiptir. Bu bağlamda hospiste çalışan ekibin, terminal dönemdeki bu hastaların ihtiyaçlarının erken dönemde fark edilip hastalara müdahale edebilmesi için bilgi beceri ve donanım yönünden yeterli seviyeye sahip olması gerekmektedir. Bunun içinde palyatif bakım ve tedavi yönünden eğitim almış olmaları gerekmektedir (50).

4.2.2. Palyatif Bakım

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin artması ölümlerin gecikmesine dolayısıyla da insan ömrünün uzamasına yol açmıştır. Ancak yaşlanmaya bağlı olarak da hastalıklar daha fazla görülmeye başlamıştır. Tıbbın bile yetersiz kaldığı durumlarda hastanın son döneminde konfor ve huzurunun sağlanması ve yakınının ise yas sürecine hazırlanması için palyatif birimlere ihtiyaç doğmuştur.

Türkiye’de hospis merkezleri bulunmamakla beraber ona benzerlik gösteren ilk kuruluş kanser bakım evleridir. Bu birim 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulmuş olup İstanbul’da hizmet vermiştir. Palyatif bakım ihtiyacının giderilmesinde yapılmış olan bir diğer hospis girişimi ise tarihi bir Ankara evinin 12 odalı hospis merkezlerine dönüştürülmesi olmuştur. Ancak yasal prosedüre uygun olmayışından bu evin Hacettepe “Umut Evi” adı altında kanser hastalarına hizmet etmesi uygun görülmüştür (1).

Dünyada hospis bakım merkezlerinde verilen palyatif bakım bizim ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde yapılanma kapasitesinde olup hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından yeni yeni öğrenilmeye başlanılmıştır. Bu ülkelerdeki sağlık profesyonellerinin bu konudaki yetersizliği, tedavide kullanılacak olan narkotiklere erişilebilirliğin zor oluşu gibi nedenlerden dolayı uzun yıllar palyatif bakım hizmeti yeterince verilememiştir (10, 52, 53).

Ülkemizde son yıllarda sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak palyatif bakım hizmetlerine destek verilmekte ve sağlık sistemimiz içerisine dahil edilmeye çalışılmaktadır. Yapılan üç çalıştay raporu sonucunda 2008 yılında oluşturulmuş olan “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” çeşitli kurum ve kuruluşlardan gelen uzman bir ekibin katılımları ile gerçekleştirilmiştir. Bu eylem planının amaçları, ülkemizin koşulları

ve öncelikleri göz önüne alınarak mevcut istatistiksel kanser verileri ve insan gücü gözden geçirilerek palyatif bakım merkezlerinin oluşturulması, en az üç pilot ilde bu merkezlerin kurulması, eğitimli ve tecrübeli sağlık personellerin yetiştirilmesi son olarak da opioid ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliğinin arttırılmasını hedeflemektedir (37).

Bu hedefler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı her şehirde palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için 2010 yılında çalışmalara başlamıştır (1).

Ülkemizde 2010 yılının ilk başlarında çoğu üniversite hastanesi bünyesinde olan toplam 10 tane palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı (10). 2011 yılı itibariyle palyatif bakım alanındaki yaşanan sıkıntıların çözümlenmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı'nca temelini hemşirelerin oluşturduğu, tabanında ise toplumun yer aldığı palyatif bakım modelinin gerçekleştirilmesi amaçlanarak "Pallia-Türk" adında bir proje hazırlandı (37).

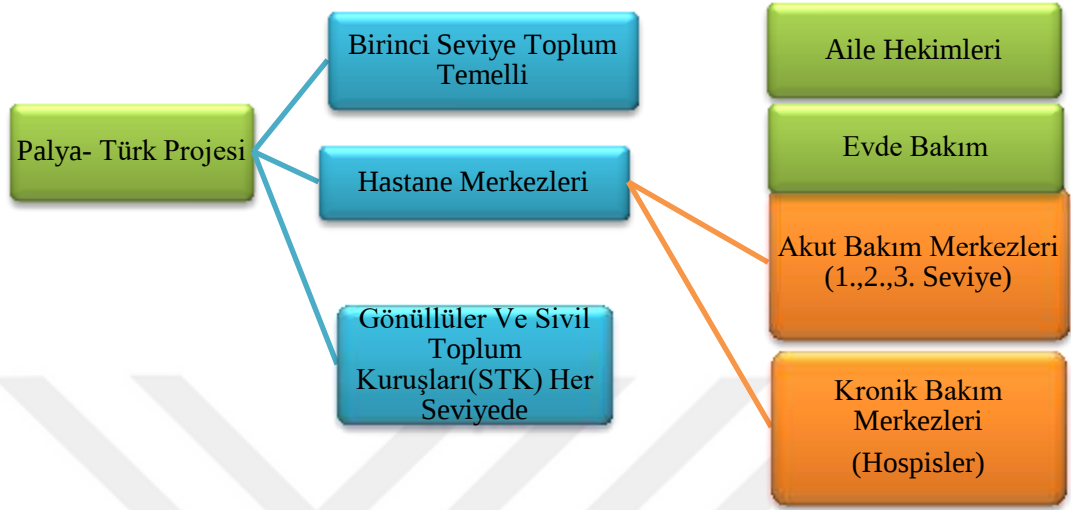
Pallia Türk; temeli aile hekimliği üzerine kurulan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim merkezi (KETEM) ve sivil toplum örgütleri tarafından desteklenen hemşirelik bakımını temel almış, ülkemizin sosyolojik ve kültürel yapısına en uygun sistemi oluşturmaktadır. Bu proje 2012- 2013 yılları arasında devam ederken palyatif bakım merkezlerinin kurulmasında da hızlıca artış olmuştur (1, 37, 52-55).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün 2018 yılı istatistiklerine göre ülkemizde toplamda 81 ilde 4.997 yatağı ile 372 kamu hastanesinde palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (17).

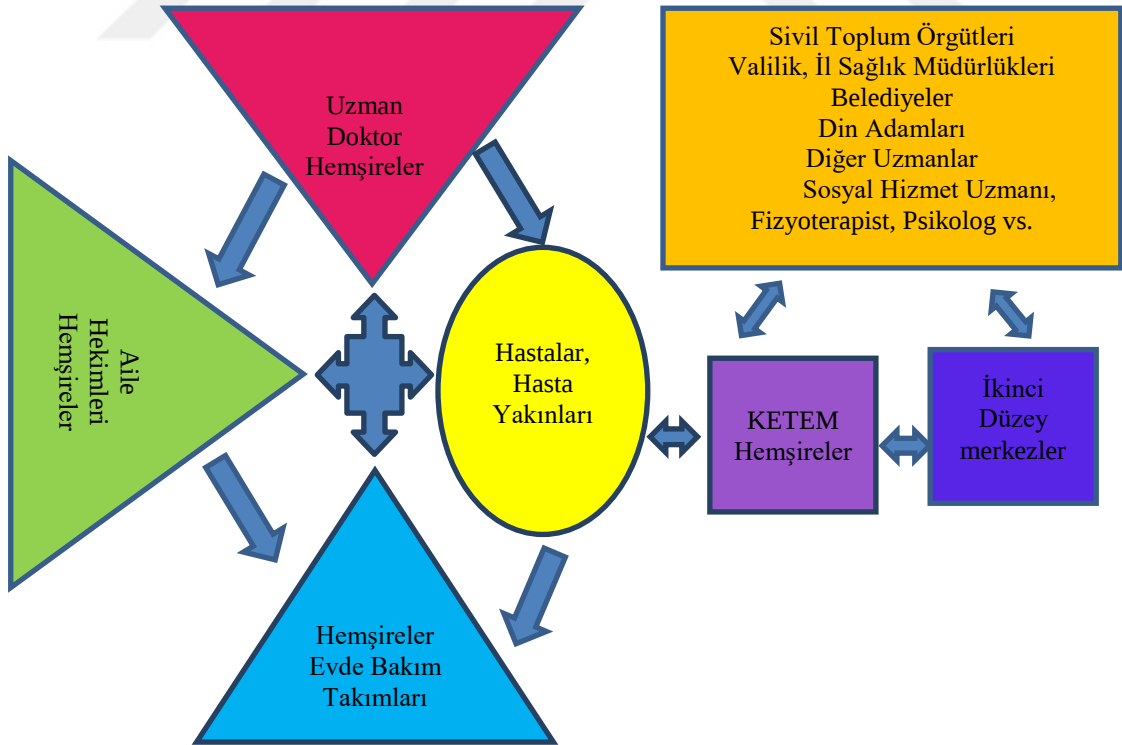
Gün geçtikçe artan bu merkezler hem hasta hem de yakınları açısından son derece önemli birimler haline gelmiştir. Buna bağlı olarak da Sağlık Bakanlığı bu merkezlerin üzerine gerekenden daha fazla düşerek kurumsallaşma adına daha çok çaba sarf etmekte personellerin palyatif bakım konusunda eğitimine de önem vermektedir. Sağlık Bakanlığı ve 2006 yılında kurulan palyatif bakım dernekleri bu konuda eğitimler vermektedir (1, 37, 56).

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında 15722819/840 sayı ile hazırlamış olduğu yönergede sırasıyla palyatif bakımın önce tanımının yapılp anlaşılması kurumsallaşması, 2023 yılına kadar yaygınlaşması, palyatif bakım konusunda sağlık profesyonellerinin eğitilerek donanımlı hale getirilmesi, bakıma ihtiyaç duyanların

tespit edilmesi ve bu hizmet faydalanması gibi birçok amaçları gerçekleştirmeyi hedeflemektedir (Şekil 2, 3).



Şekil 2. Palya-Türk Projesi (Göksel'den, 14)



Şekil 3. Palya-Türk Projesi Organizasyon Şeması (Şahan Uslu ve Terzioğlu'ndan, 37).

Bu proje kapsamında palyatif bakım hizmetleri aşağıdaki gibi basamaklara ayrılmıştır.

- Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri
- İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri
- Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri

4.2.2.1. Birinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

Bu basamakta aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, ketem, sivil toplum örgütleri ve belediyelerin birlikteliği hedeflenmiştir (55). Kronikleşmiş durumların haricinde ağrı, konstipasyon, yara pansumanı gibi akut semptomların yapıldığı bir birimdir (57). Verilen hizmet, akut gelişen semptomların giderilmesinde yetersiz kalıyorsa hasta bu durumda ikinci veya üçüncü basamak hizmetlere yönlendirilebilmektedir (53, 55, 57).

4.2.2.2. İkinci Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

Adından da anlaşılacağı üzere ikinci basamak hastanelerdeki onkoloji birimlerindeki palyatif bakım hizmetlerinin kapsamı planlanmaktadır (55). Bu merkezlerde akut semptomların giderilemediği durumlarda palyatif bakım konusunda eğitilmiş ve deneyimli bir doktor eşliğinde, donanımlı ve profesyonel multidisipliner bir ekiple beraber (doktor, hemşire, psikolog vs.) hastaların değerlendirilmesi yapılmaktadır.

4.2.2.3. Üçüncü Basamak Palyatif Bakım Hizmetleri

Üçüncü basamak dal hastanelerinde donanımlı bir palyatif bakım hizmetlerinin kurulması planlanmaktadır (55). Birinci ve ikinci basamak merkezlerde hastanın ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunda hastaların üçüncü basamak palyatif bakım merkezlerine sevk edilebilecektir (53, 55, 57). İkinci basamak birimlerde olduğu gibi disiplinler arası bir ekip olmakla beraber farkı, farklı alanlarda branşlaşmış hekimlerin varlığının olmasıdır. Bunlar iç hastalıkları, cerrahi, onkoloji, psikiyatri doktorları, hemşireler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, din görevlisi vs. gibi mutidisipliner bir ekibi içermektedir.

4.3. Türkiye’de Palyatif Bakım ile İlgili Çalışmalar

Palyatif bakım, yaklaşık 20 yıldır tedavisi zor yada mümkün olmayan hastaların ağrılarının azaltılması terminal sürecin daha kaliteli geçirilmesine yönelik maddi ve

manevi destek sağlayan bir bakım sistemi olarak sağlık sistemi içerisine entegre edilmiştir.

2008 yılında ulusal düzeydeki palyatif bakım programı için geniş çaplı bir çalışma başlatılmış olup ve bu çalışmaya Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı, Türk Onkoloji Grubu, Palyatif Bakım Organizasyonu, Medikal Onkoloji Organizasyonu ve Ağrı Derneği gibi birden fazla grup ve topluluklar eşlik etmiştir (58).

Bu topluluktaki üyelerin ortak amacı çeşitli kurum ve kuruluşlarda (üniversite ve hastaneleri) eğitim programları düzenleyerek profesyonel bir şekilde palyatif bakıma karşı farkındalık yaratmaktır.

Türk Onkoloji Grubu (TOG) (1989), Palyatif Bakım Derneği (2006) terminal dönemdeki kanser hastalarına çok kapsamlı bir bakımın sağlanması amacı ile kurulmuştur (37).

Onkoloji Hemşireliği Derneği, onkoloji hemşireliğine dair anlayışın ve bilginin geliştirilmesi ve bunun yayılması amacıyla 1989 yılında kurulmuş olup derneğin Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS) ve Uluslararası Kanser Bakım Hemşireliği Birliği (ISNCC) üyeliği adı altında iki alt grubu bulunmaktadır (37).

Uluslararası kuruluşlardan bir diğeri olan Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) ile ölkemiz arasında pozitif yönde ilişkiler bulunmaktadır. MECC'in amacı, kansere yakalanma ve ölüm olaylarını izleyerek bunların kayıtlarının tutulmasını sağlamak, kansere yönelik koruyucu politikalar oluşturmak ve en önemlisi eğitime destek olmaktır (37). Türkiye 2004 yılında MECC'e katılmış olup bu ikili arasındaki olumlu iş birliği 2014 yılına kadar devam etmiş, çoğunluğunu onkoloji branşında hizmet vermiş doktor ve hemşirelere kurslar düzenlenmiştir (59).

Ayrıca MECC'in bünyesinde yer alarak faaliyet gösteren Onkoloji Hemşireliği Birliği (ONS) de farklı ölkelerde eğitimler planlamaktadır. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi de bu işbirliğini destekleyerek kendi hastanesindeki hemşirelerinin eğitim programlarından yararlanmasına liderlik etmektedir.

2014 yılında ONS, MECC ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü'nün ortak çalışması ile "Hemşireler İçin Temel Palyatif Bakım Kursu" düzenlenmiştir. İran Irak ve Türkiye gibi ölkelerin katılımıyla uluslar

arası kültürel etkileşim sağlanarak, hemşirelerin palyatif bakım konusundaki bilgi ve becerilerinin kültürler arası aktarımının gerçekleştirilmesi ve aynı zamanda da hemşirelere deneyimlerini paylaşma fırsatı sağlanmış olunacaktır.

MECC dışında Türkiye aralarında Çok Uluslu Kanserde Destek Bakım Birliği (MASCC), Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO) ve ONS gibi uluslararası organizasyonlarla da bilgi alışverişi sağlamaktadır (60).

Bu ve bunun gibi pek çok kurum ve kuruluşun destek ve yardımıyla bugün palyatif bakım konusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu kurum ve kuruluşların işbirliği sayesinde palyatif bakıma yönelik eğitimler tüm hızıyla devam etmektedir.

Bu kuruluşlardan en önemlisi Anadolu Sağlık Merkezi olup bu kurumun Palyatif Bakım Ünitesi 2006 yılında hizmet vermeye başlamış ve aynı zamanda da akredite edilmiştir (55).

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Palyatif Bakım Ünitesi 2011 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Bu birim; hasta ve yakınlarının dertlerine merhem olmak, sağlık çalışanları hasta ve yakını arasında tampon olarak anlamlı iletişim kurmak, hastanın yaşam kalitesini korumak, terminal süreci barış ortamında saygılı bir şekilde geçirilmesini sağlamak amacı ile hizmet vermektedir. Ayrıca Ankara Ulus Devlet Hastanesi Palya-Türk Projesi kapsamında pilot hastane olarak belirlenmiş olup, bünyesinde “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi” açılmış; bu doğrultuda eğitimlere ve pilot hasta kabulüne başlanmıştır (37). Palyatif bakım ünitelerinin amaç, organizasyon ve bakım veren sağlık elemanlarının nitelikli ve nicelikli olması gerekmektedir. Ancak ülkemizde palyatif bakıma yönelik üniteler ve sağlık elemanlarının yetersizliği nedeniyle hastanelerdeki nöroloji servisleri aynı amaçla kullanılmaktadır.

4.4. Nöroloji Birimleri

Nörolojik hastalıklar, tek bir sisteme bağlı belirti ve bulgu vermediği için bu ve benzeri hastalık grubunda tanının net bir şekilde ortaya çıkarılması için, farklı branşlardaki hekimlerden konsültasyon istenir ve her bir hekimin konsültasyon notu dikkate alınarak primer tanıya ulaşılır. Günümüzde birden fazla nörolojik hastalıkların tanıların koyulup tedavilerinin planlanabilmesi için interdisipliner bir hekim grubunun işbirliği ile en iyi şekilde sonuca ulaşılmaktadır (61).

Nöroloji, sadece bilim alanında etkili olmayıp; sosyal alanda ve yaşamın belirli alanlarında da etkisini göstererek tüm dünyada hızlı bir şekilde gelişmeye devam etmektedir (62).

Ülkemizde nöroloji ile ilgilenen bilim adamları, son zamanlarda nörolojik hastalıkların seyri açısından büyük önem taşıyan çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar. Bu anlamda ülkemiz gerek hastane, gerek ekip, gerekse de cihaz anlamında çok iyi bir durumda olup yeterli kapasiteye sahiptir. Hastaya daha az zarar verici tedavi teknikleri, akıllı ilaç kullanımının yaygınlığı, tanı ve tedavi yöntemlerinin çeşitliliği ile ülkemiz gün geçtikçe daha çok gelişmelere şahit olmaktadır. Ayrıca modern tıp uygulamaları içerisinde gelişmiş laboratuvar çalışmaları ve radyolojik yöntemlerin önemi yadsınamaz düzeydedir. Röntgen, Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR), Anjiyografi, Sintigrafi ve Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi cihazlar kullanılarak hastalıkların tanısını koyulmaya çalışılıp zamandan tasarruf sağlanmaktadır. Bu cihazlar üst düzey teknoloji ile donatılmış olup, her geçen gün gelişmeye devam etmekte ve bilime ışık tutmaktadırlar (63).

Nörolojik hastalıklar vücudumuzun en elzem bölgelerini kapsadığından erken tanı ve teşhis hayati önem taşımaktadır. Zira en ufak bir gecikme geri dönüşümü olmayan hasarlara yol açabilir.

Yakın bir zamana kadar sinir sistemini ilgilendiren bir hastalık ortaya çıktığında nörologların yapabilecekleri çok sınırlı tetkik ve tedaviler vardı. Fakat laboratuvarların gelişmesi, yeni bilim dallarının keşfedilmesi (nöroşirurji) veya yeni tıbbi yöntemlerin ortaya çıkmasına bağlı olarak erken teşhisin ne kadar önemli olduğu bir kere daha ispatlanmış oldu. Örnek verilecek olursa; bir beyin tümörüne eskiden yapılacak pek fazla bir tedavi yöntemi yokken şimdi ise erken tanı ve teşhis yöntemleri ile tedavisi imkansız gözle bakılan nörolojik hastalıklar tedavi edilebilenler arasında yer almaktadır (64).

Nöroloji her geçen gün kendi içinde sınırlı bir dal olmaktan çıkıp, özel ilgi gerektiren belli başlı alt disiplinlere ayrılmıştır. 19.yy'da ruh hastalıklarını da içinde barındırırken 20.yy ve sonrasında ruh hastalıkları psikiyatri bilim dalı olarak ayrılmıştır. Bu dallar diğer tıp alanları ile multidisipliner bir şekilde birbirine bağlı olup birbirlerinden faydalanmaktadırlar.

Nöroloji kelimesi, Fransızca'da neurologie "sinir hastalıkları uzmanlığı" sözcüğünden köken almaktadır. İngilizce 'de ise sinir sisteminin morfolojisi, fizyolojisi ve patolojisini inceleyen bilim dalı anlama gelen neurology sözcüğünden alıntıdır (65, 66). “Nöroloji bilimi, beyin, beyin sapı, omurilik ve çevresel sinir sistemiyle kasların hastalıklarını inceleyen, teşhis ve cerrahi dışındaki tedavi uygulamalarını içeren tıp bilimi dalıdır” (67).

Nöroloji, beyin ve vücuttaki tüm sinirleri etkileyen, birden çok hastalık grubunu içine alan, geniş yelpazede bir bilim dalıdır. Nöroloji polikliniklerine yapılan başvuruların çoğu, vücudun belli başlı kısımlarındaki sinirsel harabiyet sonucu meydana gelen; hafıza kaybı, unutkanlık, kol ve bacaklarda uyuşma hissi, ellerde titreme, parmak uçlarında uyuşukluk, vücudun sağ veya sol tarafında uyuşukluk hissi, baş ağrısı, felç, baş dönmesi, kasılma, bunama, çift görme, yüz ağrısı, dengesizlik, istemsiz hareketler, vücutta seyrime vs. gibi şikâyetlerden ötürü olmaktadır (68, 69).

4.4.1. Türkiye’de Nöroloji ile İlgili Çalışmalar

Nörolojik hastalıklar dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de en yaygın hastalık gruplarının başında gelmektedir. Birçok sistemin hastalıklarına benzer özelliklerde semptomların görülmesi farkındalığın düşmesine ve gerçek tanının koyulmasında gecikmeler yaşanmasına sebep olmaktadır. Ayrıca bu hastalıklar hastaya hem sosyal hem de mali anlamda yük olabilmektedir. Lakin teknolojinin gelişmesiyle her geçen gün yaşıtımızda bir şeyler değişmekte ve bu değişim tıp alanındaki uygulamaları da pozitif yönde etkilemektedir. Tarih sayfasında nöroloji biliminin geçmişinden bugününe yolculuk yapacak olursak, bünyesine çok fazla şey katarak ilerlemiş ve bugüne gelmiştir.

21.yy’da nöroloji adına Türkiye’de çok fazla sayıda dergi, dernek, kurum, kitap, bülten vs. gibi yayınlar bulunmaktadır. Türk Nöroloji Derneği aracılığıyla nöroloji adına gelişmeler yakından takip edilebilmekte ayrıca yurt dışı ile de birden çok bülten ve dergi sayesinde de ülkeler arası bilgi aktarımı gerçekleştirilebilmektedir.

Epidemiyolojik araştırmalar, toplumun tanınması ve farkındalık oluşturulması adına kıymetli çalışma gruplarından biridir. Ayrıca koruyucu hekimlikte sağlık planlamasının yapılabilmesi içinde epidemiyolojik verilere ihtiyaç vardır.

Epidemiyolojik verilerin ortaya çıkarılması halk sağığı ve istatistiğın işbirliğı sayesinde gerçekleştirilmektedir (70).

4.4.2. Palyatif Bakım ve Nöroloji Servisi İlişkisi

Nöroloji ve palyatif servislerinde yatan hasta profili birbirine benzer fakat bakım noktasında ayrılıklar göstermektedir. Palyatif bakım hastaları daha çok terminal dönem hasta grubunu kapsamasına rağmen her iki grup bakıma ihtiyacı olan hastalardan oluşmaktadır.

Nörolojik ve palyatif bakım hastalarının çoğunluğu klinikte uzun süreli yatan ve kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan grubu oluşturmaktadır. Bu servislerde hemşireler tarafından verilen günlük bakıma ilaveten hastanın genel durumuna yönelik özel bakımlar da yer almaktadır. Bu klinikler sağık ekibinin tamamını içine alarak multidisipliner bir şekilde bakım işleyişini devam ettirmektedir. Ülkemizde hasta sayısına göre hemşirelerin azlığı ve bu birimlerde yatan hastaların bakımı daha fazla olduğu için hemşireler bakım verirken etik anlamda ikilem yaşamaktadırlar.

Yapılan çeşitli çalışmaların sonuçlarına göre, sağık elemanlarının sıklıkla karşılaştığı etik sorunlar arasında bilgilendirilmiş onam alma, hastaya prognozu ile ilgili haberin verilip verilmeyeceğı, yaşam sonu kararları (tedavinin başlanmaması, sonlanması, canlandırmayınız komutları, boşuna tedavi, hekim yardımlı öz kıyım, ötanazi) vs. gibi konulardan ortaya çıktığını bildirilmektedir (25).

Karşılaşılan bu etik problemlerin çözülebilmesi için öncelikle hemşirelerin, problemlerin neler olduğunu bilip, bu problemlerin ayrımını yaparak doğru kararlar alabilmesi için gelişmiş bir etik ahlaki duyarlılığa sahip olması gerekir. Bu ve benzeri durumlarda karar verebilmede akla ve ahlaka en uygun yol olan etik ilkeleri bilmek bakım veren hemşire için önemlidir (25).

4.4.3 Palyatif Bakım ve Hemşirelik

Son yıllarda teknolojik alandaki gelişmeler, yaşam süresinin uzamasına sebep olmuş bu durum palyatif bakım birimlerine ve dolaylı olarak da palyatif bakım hemşirelerine duyulan ihtiyacı gün geçtikçe daha da arttırmıştır. Bu gelişmeler sağık alanında da yeni bilimsel gelişmelere yol açmış ve palyatif bakım hemşirelerinin

rollerinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Palyatif bakım hemşireleri de bu gelişmelere ayak uydurarak spesifik bir birimin doğuşuna katkıda bulunmuşlardır.

Palyatif bakım hemşiresinin odağında terminal dönemde; hasta ve ailesinin, ölümden sonraki süreçte ise ailenin yas sürecinin desteklenmesi yer almaktadır. Bu nedenle hemşirenin bu alanda özelleşmiş, yeterli bilgi ve beceriye sahip olması, palyatif bakım ilkelerinin neler olduğu hakkında fikir sahibi olması, her konuda yeterli tecrübesiyle hasta ve ailesine yönelik etkili girişimde bulunması gerekmektedir. Gerek eğitim, gerek iletişim, gerek bakım, gerekse de tedavi gibi konularda tam anlamıyla profesyonel bir kimliğe sahip olan palyatif hemşiresi rollerini yerine getirirken her hastanın farklı kişilik ve karakterde olduğunu unutmamalıdır. Her hastanın fiziksel, psikolojik ve biyolojik anlamda gereksinimleri farklı olabilir. Bu yüzden palyatif bakım hemşiresi hastayı bütüncül olarak ele almalı ve girişimlerini ihtiyaçlarını bu doğrultuda düzenlemelidir.

4.4.4. Palyatif Bakım Hemşireliğinin Rol ve Sorumlulukları

Evde bakım hemşireliği ve palyatif bakım hemşireliğinin rol ve sorumlulukları birbirine benzese de bazı farklılıkları bulunmaktadır.

“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğin Madde 13’ünde” hemşirenin rol ve sorumlulukları belirlenmiştir. Evde bakım yönetmeliğine göre;

- a) Hekimin vermiş olduğu yazılı ve imzalı istemi alıp uygulayarak sonuçlarını hemşire formlarına kaydetmek,
- b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında ekibin diğer üyelerinden (hekim veya sağlık personeli vs.) destek almak
- c) Hastaya günlük bakım planı yapıp bu planı uygulamak, vital bulguları kaydetmek değerlendirmek ve değişiklik anında hekim ile işbirliği içinde olmak,
- d) Hastaya tedavi planına göre verilecek olan oral, parenteral ya da haricen verilecek olan ilaçları verip kaydetmek, verilen ilacın hasta üzerindeki etki ve yan etkisini gözlemleyerek kayıt altına almak,
- e) Hizmetin sunumunda gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istekte bulunmak, ayrıca bunların düzenli olarak kalibrasyonlarının yapılması,
- f) Malzemeleri dezenfekte etmek ve ayrıca sterilizasyon ünitesine göndermede malzemelerin hazırlığını yapmak,

g) Hasta ve ailesine, sınırlarının daha önceden hekim tarafından belirlenmiş olmak şartıyla hasta ve yakınlarının anlayacağı şekilde ve miktarda hastalık veya bakımına ilişkin bilgi vermek,

h) Genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) İşlemlerin etik kurallar çerçevesinde hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır (11).

“Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliği’ne” göre hemşirenin rol ve sorumlulukları belirlenmiştir (71). Yönetmeliği göre;

a) Birey ve ailesine sürekliliği olan bir duygusal destek sağlar.

b) Ağrı ve diğer semptomlarını değerlendirir ve yönetimini sağlar, birey ve ailesini evde semptom kontrolünü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirir.

c) Hastaneye ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda gerekli bilgileri verir.

ç) Bireyin günlük bakımı sırasında bağımsızlığını ve kontrolünü sürdürme ve seçimlerini yapabilmesine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırır.

d) Sosyal destekleri belirler ve destek almalarında yardımcı olur.

e) Hastalığın ekonomik boyutu ve alabilecekleri ekonomik destekler konusunda bilgi verir (71).

4.4.5. Palyatif Bakım Yasal Destek

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ile palyatif bakım süresince; yasal destek hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, kurumlarla işbirliği, denetim, sevk, kayıt ve istatistik açıklamaları yapılarak yasal destek konusuna açıklık getirilmiştir (21).

4.4.6. Ülkemizde Palyatif Bakım Hemşiresi

Bir profesyonel olarak palyatif bakım ve palyatif bakım üniteleri gibi kullanılan nöroloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin rol ve sorumluluklarını, etik ilke ve değerler doğrultusunda yerine getirmeleri beklenmektedir. Ülkemizde diğer ülkelere göre yeni gelişmekte olan palyatif bakım ünitelerinde ve nöroloji servislerinde etik ve ahlaki yönden duyarlı, bakım ve tedavi odaklı çalışan, donanımlı profesyonel birer sağlık ekibine çok büyük ihtiyaç vardır. Ancak bu kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta sayısına göre az oluşu, ağır bakım gerektiren ve hatta bilinçsiz olabilen bu hastalara bakım verme sürecinde etik ahlaki duyarlılığın ihlal olmasına neden olabilmektedir. Bu

konuda hem hastane hem de yönetim sürecine çalışmalara ve gelişmelere ihtiyaç duyulmaktadır.

4.5. Etik

21.yy'a kadar sağlık hizmetinin aktarımı bireysel bilgi ve beceriye bağlı olarak gerçekleşirken, artık bu hizmet kurum içerisinde, ileri teknoloji kullanımına dayalı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Çağdaş toplumdaki bu hızlı değişim, klinik anlamda sağlık sektöründeki çalışanlara dayalı hizmet anlayışını değiştirirken hasta yakınlarının daha çok tıbbi uygulamalar konusunda söz hakkına sahip olmalarına neden olmuştur. Fakat hasta haklarının kabulünün gün geçtikçe yaşamımıza daha çok entegre olması, sağlık camiasına yönelik malpraktis uygulamalarına dayalı ithamların artışı, tıp alanına olan güvenin sarsılmasına ve tedavi sürecindeki huzurun bozulmasına neden olmuştur. Bu olumsuz atmosfer karşısında, sorunlara çözüm niteliğindeki etik ilke ve kuralların varlığından bahsedilmeye başlanılmış, sağlık alanında ve toplumun geleneksel yapısında meydana gelen bu değişiklikler bu ilke ve kurallara olan ilginin daha da artmasına sebep olmuştur (72).

Etik ilkeler ve kurallar, ortak yaşamı ve birlikteliği esas alan ve bu şekilde hayatı daha yaşanılır hale getiren ahlaki ilkeler ve değerler kümesidir. Bir başka ifade ile toplumun temel birleştiricileridir (20, 73).

Etik; Yunanca'da karakter anlamına gelen "ethos" kelimesinden türemiştir. Ethos terimi ilk bakışta, bir cemiyet, kurum, toplum, kültür veya halkın karakteristik tipine işaret eder (73-75).

"TDK'ye göre etik; çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü" olarak ifade edilmiştir (76).

Başka bir ifadeyle etik, bir bireyin ya da mesleğin davranışlarını şekillendiren ahlaki bir normdur. İnsan davranışlarının gözlemlenerek etik anlamda bir yargıya varılabilmesi önemli bir meziyettir. O halde en genel ifadeyle etik, ahlak felsefesi olarak da tanımlanabilmektedir (20).

İnsani değerler ve etik ilkeler arasındaki farklılıklar etik ikileme neden olmaktadır. Bu yüzden günümüzde sağlık hizmetinin aktarımı yapılırken birbirinden farklı sebeplerden ötürü sağlık çalışanları etik ikileme düşebilmektedir.

4.5.1. Etik ikilem

Etik ikilem, bir olay karşısında kişinin iki değer arasında gidip gelmesi, karar verememesi olarak tanımlanır. Hemşire yasal olarak doğru olup, ahlak olarak yanlış bir uygulamayla veya bunun tam tersi durumla karşı karşıya kaldığında bu duyguya kapılır. Böyle bir pozisyon karşısında hemşire moral anlamında sıkıntıya girer. Bu durum hasta, hasta yakını ve hemşire arasında kaosa neden olabilir. Özellikle palyatif bakım hastalarıyla daha fazla zaman geçiren hemşire etik ikileme diğer sağlık personelinin daha fazla maruz kalmaktadır (1, 20).

Ülkemizde hemşireler gerek hastane kaynaklı gerek sistem kaynaklı olmak üzere pek çok konuda etik ikileme düşebilmektedir. Hastanelerde kullanılan malzemenin kalitesinin kötü ve yetersiz olması, personel istihdamının yeter seviyede olmaması, fazla mesai ile çalışma, doktor hemşire, hemşire hasta ve özellikle de hemşire hasta yakınları arasındaki iletişimden kaynaklanan sorunlar, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirsizliği gibi daha pek çok sorun etik ikileme yol açan faktör arasında gösterilebilir (77).

Buna ilaveten ülkemizdeki hemşireler, doktorların ilaç istemlerini kendilerinin yapmayıp hemşireye iş yükü olarak yüklemesi, hemşirenin hasta ve ailesine tanı, tedavi ve hastalığının seyri hakkında bilgi verememesindeki yasal sıkıntılarla karşı karşıya kalması, hastanın otonomisinin önemsenmemesi, hasta üzerinde hastanın izni olmadan izinsiz araştırma yürütülmesi gibi konularda da etik sorunlar yaşadıklarını belirtmişler (78, 79).

4.6. Etik İlkeler

Profesyonel hemşirelik yaklaşımında etik kavramının yeri çok önemlidir. İyi ve doğruyu yansıtan bir felsefe dalı olan etik, hemşirenin etik ilkelere göre profesyonel meslek yaklaşımıyla hizmet vermesi açısından çok önemlidir (80).

Etik ilkeler, niyet ettiklerimize ve fiilen yaptıklarımıza yön veren ahlaki normlardır. Profesyonel bir hemşirenin, etik ilkeleri anlayabilmesi ve bu ilkeleri tutarlı bir şekilde sahada kullanabilmesi hayati önem arz etmektedir. Çünkü etik uygulamaların temeli etik ilkelere uygunluk ile doğru orantılıdır.

Profesyonel bir meslek olan hemşirelik insan faktörünü içinde barındırdığından, hemşire etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir. Bu ilkelerle hemşire, ahlaki yönünün farkındalığında olaylar karşısında ahlaki duyarlılığının ve klinik uygulamalarda sorumluluklarının daha iyi farkına vararak, topluma ve de dolayısıyla insanlığa daha kaliteli bir bakım verirken rol model olacaktır. Hemşire hastasına uygulama yaparken dikkat etmesi gereken etik ilkeler sırasıyla; özerklik, yararlılık, zarar vermeme, dürüstlük, gizlilik, adalet ve sadakattir (80, 81).

Zarar Vermeme - Yararlılık İlkesi: Hemşirenin en temel hedefi bakım verdiği hastaya yarar sağlamak ve hastanın zararına hiçbir girişimde bulunmamaktır. Hemşire;

- Bilerek ve isteyerek zarar vermekten kaçınır. Riskleri bilerek ona göre önlemini alır ve planlamasını yapar,
- İnsan hayatını koruyarak ona değer verir,
- Hiçbir şekilde ilgi eksikliği ve ihmal nedeniyle hastaya zarar veremez,
- Hastanın her şartta güvenliğini sağlar (79, 81).

Özerklik / Bireye Saygı İlkesi: Hemşire;

- Kendisi ile ilgili kararlarda baskı altında kalmadan hür bir şekilde bu kararı verdiğinden emin olur. (Otonomi ilkesi),
- Hastanın kendisiyle ilgili bakım, tıbbi uygulama ve tedavi reddi gibi konularda hastaya saygı gösterir,
- Her zaman hastanın dini inançlarını ve kültürel değerlerini göz önünde bulundurarak hizmet verir,
- Doğru yeteri kadar ve anlayacağı bir lisanla hastaya bilgi verir,
- Hastaya yapacak olduğu her türlü girişim öncesinde rıza alır. Ancak acil durumlarda hastanın hayati durumu söz konusu olduğu zaman bu muaf tutulur (81, 82).

Adalet ve Eşitlik İlkesi: Hemşire;

- Tedavi ve bakım için gerekli olan araç gereç teknik donanım malzemesi gibi, hastanın bireysel gereksinimlerini belirleyerek ona göre adil bir şekilde dağılımı gerçekleştirir,

- Hemşire hiçbir şekilde dil din ırk cinsiyet maddi olanak siyasi yaptırım karşısına her hastaya adaletli olarak eşit bir şekilde bakım verir,
- Hemşire hizmet verirken hiçbir şekilde kişisel çıkar çatışmasına girmeden herhangi bir kişi kurum ya da kuruluşla meslek etiğine aykırı bir pozisyona girmez,
- Hemşire, zamanın emeğin ve kaynakların adil dağılımını gözetir (81, 82).

Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi: Hemşire;

- Hemşire, hizmetinde bulunduğu hastanın mahremiyetine her açıdan özen gösterir.
- Hemşire, hastanın rızası olmadan ailesiyle ilgili bilgiyi yasal zorunluluk yok ise üçüncü bir kişiye ifşa etmez.
- Hemşire, bildiriminin zorunlu olduğu durumlarda sonucu ne olursa olsun bireyi koruyan önlemler alır.
- Hemşire, hastanın bilgilerini alırken mahremiyet ilkesine uyacağına dair teminat verir (81).

Sağlık her insan için vazgeçilmesi zor, yaşamsal öneme sahip olan bir olgu iken, bu hizmetin ulaşılabilir olması temel insan haklarından biridir.

Sağlık hizmetinin en önemli domino taşı hemşirelerdir. Hastayla daha uzun süre vakit geçiren, hastayla sürekli iletişim halinde olan, hastanın bakımını planlayan, uygulayan primer kişiler hemşirelerdir. Hemşireler bu kutsal görevi icra ederken, birçok etik sorunlara maruz kalabilmektedirler. Böyle bir durum karşısında her hemşirenin olaya bakış açısı ve getirdiği çözüm önerisi de farklı olabilmektedir. Bunun en önemli sebebi, hemşirelerin sahip oldukları etik ahlaki duyarlılık düzeyleridir. Problemlerin tanımlanması analizinin yapılması ve bunun sonucunda da en doğru kararı alabilmesi için etik ahlaki duyarlılık seviyelerinin yüksek seviyede olması gerekmektedir (22, 81). Bu nedenle hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık seviyelerinin incelenip bunları etkileyen değişkenlerin neler olduğunun belirlenmesi önem arz etmektedir.

4.7. Etik Ahlaki Duyarlık

Teknolojinin her geçen gün gelişerek ilerlemesi, sağlık hizmetinin sunumu aşamasında primer olarak rol alan hemşirelerin birçok etik sorunlarla yüz yüze

gelmesine sebep olabilmektedir. Hemşirelerden beklenen ise, bu problemler karşısında hastanın sözel ya da sözel olmayan davranışlarından yola çıkarak ipuçları birleştirip, doğru kararlar vererek problemin çözülmesini sağlamaktır. Etik sorunla karşılaşan bir hemşirenin, kişisel değer ve inançlarını tam olarak anlamlandırması, yasaların ve etik kodların varlığından haberdar olması ayrıca etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesi gibi değişik stratejiler geliştirmesi, bu ikilem anında en doğru kararın verilmesinde önemli derecede yol gösterici olacaktır (83).

Var olan etik bir sorunun ayırt edilmesi olarak tanımlanan etik ahlaki duyarlılık; etik sorunları çözme, sorunlara açıklık getirme, yapılan eylemi haklı çıkartma veya yaşanan bir etik ikilemi önleyebilmektir. Bir başka ifadeyle, insan sağlığını çok yakından ilgilendiren durumlar karşısında etik değerlerin bilinmesi olarak da açıklanabilir. Etik ahlaki duyarlılık eğitim ile gelişir, mesleki kodlara uygun tavır sergilemekle devam ettirilir ve kişinin değer yargılarından etkilenir. Böyle bir durumda profesyonel bir hemşirenin, klasik hemşire hasta ilişkisi yerine çağdaş hemşirelik modelinde yer alan karşılıklı sorumlulukların belirlendiği hasta hemşire ilişkisini tercih edip, etik değerleri de göz önünde bulundurarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir (78).

Ayrıca hemşirelerin hastalara bakım verirken etik ahlaki duyarlılığı da göz ardı etmemesi gerekir. Yatağa bağımlı hasta bilinçli ya da bilinçsiz de olsa etik ahlaki duyarlılık yadsınamaz. Ancak bakım yükünün ağırlığından ötürü bazen hemşirelerin etik ahlaki duyarlılığı yeterince yerine getiremediği zamanlar olabilir. Bu yüzden bu çalışma, etik ahlaki duyarlılık üzerine yapılacak olup hemşirelere yol gösterecek ve ışık tutacaktır. Çünkü ülkemizde diğer ülkelere göre yeni gelişmekte olan palyatif bakım ünitelerinde ve nöroloji servislerinde etik ve ahlaki bakımdan hassas bakım ve tedavi odaklı çalışan sağlık ekibine ihtiyaç çok fazla olmaktadır.

Etik ahlaki duyarlılığın otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon olmak üzere 6 alt boyutu bulunmaktadır. Hemşireler bu boyutların her biri ile olumlu etkileşime girerek bakımının kalitesi arttırıp mesleki anlamda profesyonelleşmeye katkı sağlayabilirler.

Otonomi; “Başka bir kişi ya da durumdan bağımsız karar verme, kendi kendini yönetebilme yetisi, bağımsız, bağlantısız olma durumudur”. Kendinin farkında olmak ve kendi kendine yeterlilik anlamları taşır (84).

Yarar sağlama; Bilerek ve isteyerek zarar vermekten kaçınma, riskleri bilerek ona göre önlemini alıp planlama yapma, hiçbir şekilde ilgi eksikliği ve ihmal nedeniyle hastaya zarar vermeme, hastanın her şartta güvenliğini sağlama anlamlarına gelir (81, 82).

Bütüncül Yaklaşım; İnsan davranışlarını incelerken, farklı öğelerin insan yaşamındaki etkileşimlerinin hesaba katılması gerektiğini savunan bir yaklaşım modelidir (85).

Çatışma; Etik anlamda çatışma etik ilkeler arasında yaşanan ikilemlerin yarattığı bir olgudur (86).

Uygulama; “Kuramsal bir bilgiyi, ilkeyi, düşünceyi herhangi bir alanda hayata tatbik etme, tatbik” anlamında kullanılmaktadır (87).

Oryantasyon; Yönlendirme, yön verme, kılavuzluk etme olarak ifade edilebilir. Fransızca orientation "yönelme, psikolojide kişinin yerini ve çevresini bilmesi" sözcüğünden alıntıdır (88).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmanın verileri Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Vakfıkebir Devlet Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi'nin palyatif ve nöroloji servisleri ile Sürmene Devlet Hastanesi'nin palyatif servisinde 20.03.2017–20.05.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma 31.03.2019 tarihinde tamamlanmıştır. Hastanelerdeki hemşire sayısı Tablo 3'de belirtilmiştir.

Tablo 3. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin palyatif ve nöroloji servislerindeki hemşire sayısı

Hastaneler	Vakfıkebir Devlet Hastanesi	Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi	Fatih Devlet Hastanesi	Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sürmene Devlet Hastanesi	
Palyatif servisi	6	8	11	21	9	55
Nöroloji servisi	11	10	7	10	-	38
Toplam						93

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 6 devlet hastanesinin palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan tüm hemşireler (N=97) oluşturmaktadır. Bu hastanelerden birinin yönetimi çalışmaya izin vermediği için 5 devlet hastanesi ile çalışma tamamlanmıştır. Bu durumda çalışmaya alınacak hemşire sayısı 93 hemşire ile sınırlanmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayarak evrendeki hemşire sayısının tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Sonuçta çalışma,

çalışmaya katılmak için gönüllü olan ve çalışmanın yürütüldüğü dönemde izinli olmayan 93 (%100) hemşire ile yürütülmüştür.

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri: Çalışmanın yapıldığı hastanelerde;

- En az lise mezunu olmak
- Hemşire veya ebe hemşire mezunu olmak
- Kamu hastanesinin palyatif veya nöroloji servisinde çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmada gönüllü olmak gerekmektedir.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, hastanelerde geçici görevlendirme ile çalışan hemşire olan, ebe, acil tıp teknisyeni gibi hemşirelik dışı personel olan ve nöroloji polikliniklerinde çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanma sürecinde “Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu” ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) ölçeği” kullanılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, çalıştığı hastane, hangi serviste çalıştığı, bulunduğu serviste çalışma süresi, etik eğitimi alma durumu, etik eğitimi nerden aldığı, etik ikilem yaşama durumu ve etik ikilemi çözme durumuna ilişkin toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Ahlaki Duyarlılık Anketi Ölçeği: Verilerin toplanması amacıyla Ahlaki Duyarlılık Anketi’nden oluşan veri toplama ölçeği uygulanmıştır. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç’te 1994 yılında geliştirilmiş, 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (22). Otuz ifadedden oluşan 7’li Likert tipte bu anketteki ifadeler, “1”puan (Tamamen katılıyorum), “7” puan (Hiç katılmıyorum) arasında değerlendirilmektedir.“1” puan, tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, “7”puan ise, hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmekte olup, alınabilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması etik açıdan “düşük duyarlılığı”, puanın düşük olması ise etik açıdan “yüksek duyarlılığı” göstermektedir. Anketin “otonomi” (otonomi ilkesine ve hastanın

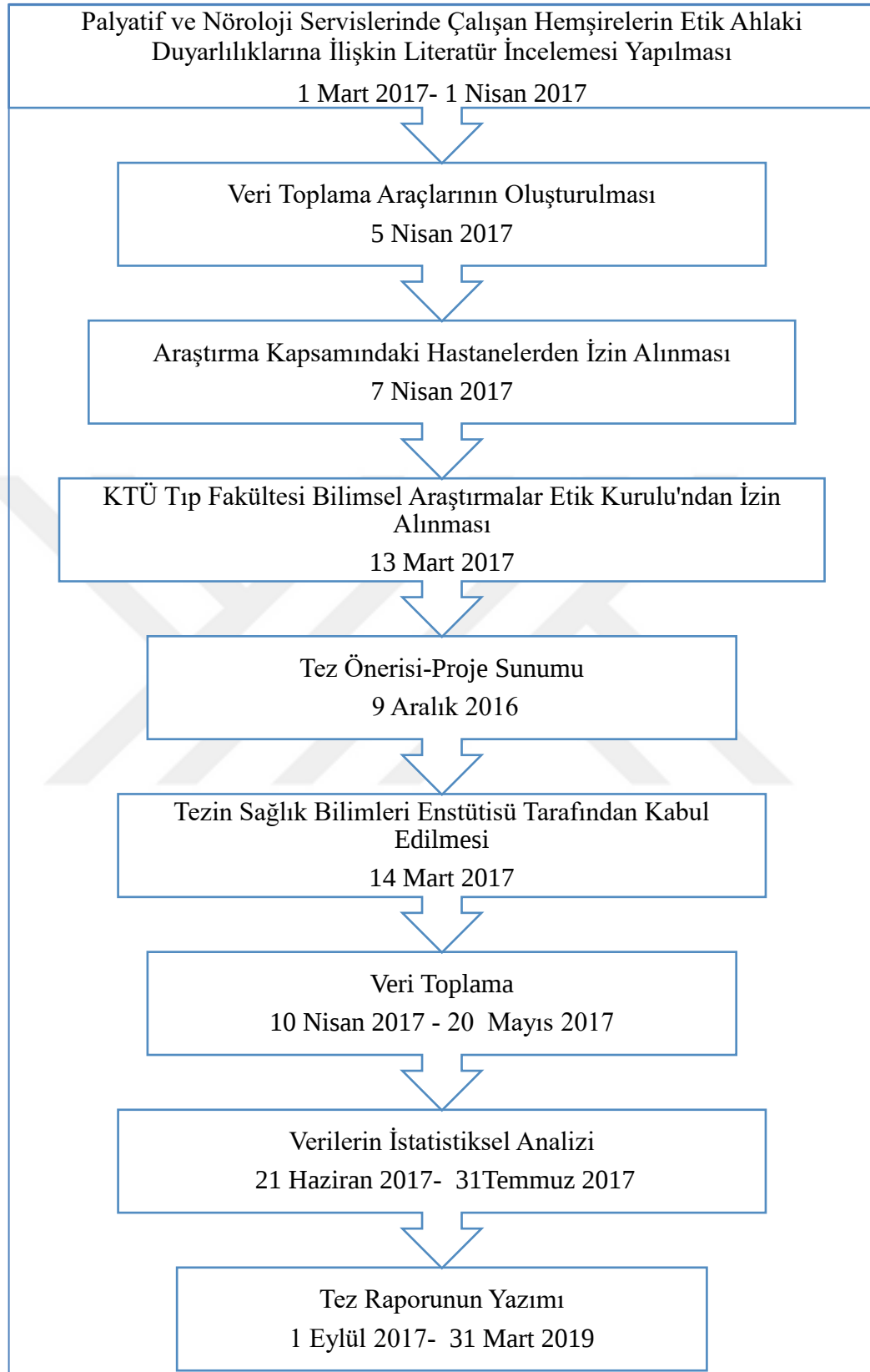
tercihlerine saygı duymayı yansıtan 10, 12, 15, 16, 21, 24 ve 27. maddeler), “yarar sağlama” (hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemleri yansıtan 2, 5, 8 ve 25. maddeler), “bütüncül yaklaşım” (hem hastaya zarar vermeyecek, hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade eden 1, 6, 18, 29 ve 30. maddeler), “çatışma” (içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtan 9, 11 ve 14. maddeler), “uygulama” (eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi gösteren 4, 17, 20 ve 28. maddeler), “oryantasyon” (sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtan 7, 13, 19 ve 22. maddeler) olmak üzere altı alt boyutu vardır (Ek 5).

5.6. Veri Toplama Süreci

Verilerin toplanma sürecinde öncelikle kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır. İzinler alındıktan sonra evrendeki hemşire sayısı kadar anket formu hazırlanmıştır. Çalışmaya kabul edilme ölçütlerini sağlayan ve çalışmaya katılmak için gönüllü olan Trabzon Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı 5 hastanenin palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelere (N=93) Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu ve Ahlakî Duyarlılık Anketi (ADA) ölçeği elden dağıtılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan hemşirelere 2 hafta süre verilmiş daha sonra anketler 20 Mart 2017- 20 Mayıs 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından elden toplanmıştır.

Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 4’de yer almaktadır.



Şekil 4. Araştırma planı

5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Pack age for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma sorularının uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı özelliklere göre bağımlı değişkenlere ilişkin normal dağılım test sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. Ölçek ve alt boyutlarının puanları normal dağılım testi

	N	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Otonomi	93	0.82	0.51
Yarar sağlama	93	1.31	0.06
Bütüncül yaklaşım	93	0.85	0.45
Çatışma	93	0.90	0.38
Uygulama	93	0.79	0.54
Oryantasyon	93	1.68	0.09
Ahlaki duyarlılık toplam	93	0.78	0.56

Ölçek ve alt boyut puanları iki boyut hariç diğerlerinde normal dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>0.05$). Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffé testi kullanılmıştır.

Tablo 5. Korelasyon analizi (*<0.05; **<0.01)

	Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Ahlaki Duyarlılık Toplam
Otonomi	1.00						
	0.00						
Yarar Sağlama	0.38**	1.00					
	0.00	0.00					
Bütüncül Yaklaşım	0.44**	0.50**	1.00				
	0.00	0.00	0.00				
Çatışma	0.03	0.14	-0.02	1.00			
	0.74	0.17	0.83	0.00			
Uygulama	0.52**	0.40**	0.45**	0.16	1.00		
	0.00	0.00	0.00	0.12	0.00		
Oryantasyon	0.45**	0.42**	0.61**	-0.01	0.35**	1.00	
	0.00	0.00	0.00	0.88	0.00	0.00	
Ahlaki Duyarlılık Toplam	0.79**	0.69**	0.71**	0.28**	0.72**	0.67**	1.00
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplam, arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Yarar sağlama ile otonomi arasında $r=0.38$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Bütüncül yaklaşım ile otonomi arasında $r=0.44$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Bütüncül yaklaşım ile yarar sağlama arasında $r=0.5$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Uygulama ile otonomi arasında $r=0.52$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Uygulama ile yarar sağlama arasında $r=0.40$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Uygulama ile bütüncül yaklaşım arasında $r=0.45$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Oryantasyon ile otonomi arasında $r=0.45$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Oryantasyon ile yarar sağlama arasında $r=0.42$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Oryantasyon ile bütüncül yaklaşım arasında $r=0.61$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Oryantasyon ile uygulama arasında $r=0.35$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Ahlaki duyarlılık toplam ile otonomi arasında $r=0.79$ pozitif ($p=0.00<0.05$),

- Ahlaki duyarlılık toplam ile yarar sağlama arasında $r=0.69$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Ahlaki duyarlılık toplam ile bütüncül yaklaşım arasında $r=0.71$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Ahlaki duyarlılık toplam ile çatışma arasında $r=0.28$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Ahlaki duyarlılık toplam ile uygulama arasında $r=0.72$ pozitif ($p=0.00<0.05$),
- Ahlaki duyarlılık toplam ile oryantasyon arasında $r=0.67$ pozitif ($p=0.00<0.05$) ilişkisi bulunmuştur

Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Trabzon Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı devlet hastanelerinin palyatif ve nöroloji servislerinde yapılmış olup özel hastane ve üniversite hastaneleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma çalışmaya katılan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.

5.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülmesi için Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden 07.04.2017 tarihinde yazılı kurum izni alınmıştır (Ek 4). Bununla birlikte Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2017/18 protokol numarası ile 13.03.2017 tarihinde etik kurul izni alınmıştır (Ek 11). Ayrıca katılımcıların araştırma anketini yanıtlanmasında gönüllülük gözetilmiştir (Ek 3). Araştırmanın yürütülmesi aşamasında; bilgilendirilmiş onam, insan onuruna saygı ve gizlilik ilkesi gibi etik ilkelerden de yararlanılmıştır.

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, ahlaki duyarlılık anketinin maddelerine verilen yanıtların ortalaması, ahlaki duyarlılık düzeyleri, hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması başlıklarında ele alınmıştır.

6.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Hemşirelerin %50.5'i 36-46 yaş aralığında, %67.7'si evli ve %43'ü lisans eğitime sahiptir. Hemşirelerin %66.7'si devlet hastanesinde, %59.1'i palyatif servislerinde ve %69.9'u 1-5 yıl süre ile çalışmaktadır. Hemşirelerin %76.3'ü etik konusu ile ilgili eğitim aldığını, %56.3'ü bu eğitimi üniversite okurken aldıklarını, %65.6'sı etik ikilem yaşadıklarını ve %80.3'ü etik ikilem sorununu kendilerinin çözdüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N:93)

Sosyo-Demografik Özellikler		n	(%)
Yaş	18 -24	18	19.4
	25- 35	28	30.1
	36-46	47	50.5
Medeni Durum	Evli	63	67.7
	Bekar	30	32.3
Eğitim Durumu	Lise	18	19.4
	Ön lisans	30	32.3
	Lisans ve üzeri	45	48.4
Çalıştığı Hastane	Devlet Hastanesi	62	66.7
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	33.3
Çalıştığı Servis	Palyatif Servisi	55	59.1
	Nöroloji Servisi	38	40.9
Serviste Çalışma Süresi	1 yıldan Az	12	12.9
	1-5 yıl	65	69.9
	5 yıl üzeri	16	17.2
Etik Eğitim Alma Durumu	Evet	71	76.3
	Hayır	22	23.7
Etik Eğitimi Aldığı Yer	Hemşirelik Eğitimi (Üniversite)	40	56.3
	Hizmet İçi Eğitim/Seminer	31	43.7
Etik İnkilem Yaşama Durumu	Evet	61	65.6
	Hayır	32	34.4
Etik İnkilemi Çözme Durumu	Evet	49	80.3
	Hayır	12	19.7

6.2. Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılık Anketinin Maddelerine Verilen Yanıtların Ortalaması

Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık maddelerine verilen yanıtların ortalaması verilmiştir. En yüksek ortalama “hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım” Ort±SS: 5.75±1.26 ve en düşük ortalama “bakım tedavi uygulamalarında hemşire-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım” Ort±SS: 1.56±0.81 olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık maddelerine verilen yanıtların ortalaması

	N	Ort±SS	Min.	Max.
Hemşire olarak sorumluluğum hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır	93	1.84±1.45	1.00	7.00
Hastalarımnda bir iyileşme göremezsem işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim	93	5.09±1.875	1.00	7.00
Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir	93	2.15±1.41	1.00	6.00
Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım	93	2.06±1.42	1.00	7.00
Hastanın güvenini kaybedersem hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm	93	4.49±1.93	1.00	7.00
Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir	93	2.23±1.53	1.00	6.00
İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım	93	2.23±1.40	1.00	7.00
Hastanın hastalığını anlama kavrama eksikliği varsa az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır	93	1.85±1.01	1.00	5.00
Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım	93	5.75±1.26	1.00	7.00
Hastaların bakımında kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım	93	2.94±1.68	1.00	7.00
Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım	93	4.62±1.58	1.00	7.00
Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem standart işlem prosedürlere güvenirim	93	3.27±1.54	1.00	7.00
Bakım tedavi uygulamalarında hemşire-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım	93	1.56±0.81	1.00	4.00
Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım	93	3.23±1.58	1.00	7.00
Hasta karşı çıksa bile her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim	93	3.12±1.75	1.00	7.00
Çoğu kez iyi bakımın hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım	93	2.17±1.39	1.00	7.00
Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşirelerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim	93	3.54±1.75	1.000	7.000
Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler	93	4.37±1.65	1.00	7.00
Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım	93	2.49±1.50	1.00	7.00
Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum	93	3.31±1.39	1.00	6.00
Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir	93	2.38±1.35	1.00	7.00
İyi bir bakımın hasta katılımını içerdiğine inanırım	93	1.80±1.27	1.00	7.00
Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım	93	4.22±1.75	1.00	7.00
Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise hastanın arzusuna karşın hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir	93	3.32±1.64	1.00	7.00

Tablo 7. (Devamı)

Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım vermenin zor olduğunu düşünüyorum	93	2.31±1.48	1.00	7.00
Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır	93	5.04±1.71	1.00	7.00
Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım	93	2.71±1.57	1.00	6.00
Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim	93	4.19±1.52	1.00	7.00
Bir hemşire olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir	93	1.80±1.15	1.00	5.00
Hastanın hastalığını anlamasında kavramasında yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum	93	2.62±1.71	1.00	7.00

6.3. Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılık Düzeyleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin “otonomi” ortalaması Ort±SS: 19.9±6.08; “yarar sağlama” ortalaması Ort±SS: 13.74±3.75; “bütüncül yaklaşım” ortalaması Ort±SS: 12.85±4.11; “çatışma” ortalaması Ort±SS: 13.60±3.08; “uygulama” ortalaması Ort±SS: 13.11±3.35; “oryantasyon” ortalama Ort±SS: 8.08±3.50; “etik ahlaki duyarlılık toplam” ortalaması Ort±SS: 92.69±17.39 olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılık düzeyleri

	N	Ort±SS	Min.	Max.	Ölçek Min-Maks.
Otonomi	93	19.90±6.08	7.00	34.00	7-49
Yarar Sağlama	93	13.74±3.75	4.00	20.00	4-28
Bütüncül Yaklaşım	93	12.85±4.11	5.00	27.00	5-35
Çatışma	93	13.60±3.08	3.00	21.00	3-21
Uygulama	93	13.11±3.35	5.00	24.00	4-28
Oryantasyon	93	8.08±3.50	4.00	17.00	4-28
Ahlaki Duyarlılık Toplam	93	92.69±17.39	50.00	139.00	30-210

6.4. Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılık Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

6.4.1. Hemşirelerin Eğitim Durumlarının Etik Ahlaki Duyarlılık Alt Boyut Düzeyleri Puan Ortalamasına Göre Değerlendirilmesi

Hemşirelerin eğitim durumu ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hemşirelerin eğitim durumlarının etik ahlaki duyarlılık alt boyut düzeyleri puan ortalamasına göre değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu	n	Ort±SS	F	p
Otonomi	Lise	18	20.83±4.75	0.54	0.58
	Ön lisans	30	20.33±6.26		
	Lisans ve üzeri	45	19.24±6.47		
Yarar Sağlama	Lise	18	14.67±3.80	1.14	0.32
	Ön lisans	30	14.03±3.65		
	Lisans ve üzeri	45	13.18±3.78		
Bütüncül Yaklaşım	Lise	18	13.39±3.53	1.43	0.24
	Ön lisans	30	13.63±3.73		
	Lisans ve üzeri	45	12.11±4.49		
Çatışma	Lise	18	13.17±3.05	0.23	0.79
	Ön lisans	30	13.63±3.09		
	Lisans ve üzeri	45	13.76±3.14		
Uygulama	Lise	18	13.17±3.55	2.01	0.13
	Ön lisans	30	14.03±2.84		
	Lisans ve üzeri	45	12.47±3.50		
Oryantasyon	Lise	18	8.78±3.82	0.75	0.47
	Ön lisans	30	8.30±3.13		
	Lisans ve üzeri	45	7.64±3.63		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	Lise	18	94.83±16.93	1.30	0.27
	Ön lisans	30	95.87±15.84		
	Lisans ve üzeri	45	89.71±18.40		

6.4.2. Hemşirelerin Bulundukları Serviste Çalışma Süresi ile Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin bulundukları serviste çalışma süresi ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, etik ahlaki duyarlılık ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hemşirelerin bulundukları serviste çalışma süresi ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Serviste Çalışma Süresi	n	Ort±SS	F	p
Otonomi	1 yıldan az	12	19.50±5.97	0.24	0.78
	1-5 yıl	65	20.18±6.53		
	5 yıl üzeri	16	19.06±4.13		
Yarar Sağlama	1 yıldan az	12	13.25±2.76	0.21	0.80
	1-5 yıl	65	13.91±3.91		
	5 yıl üzeri	16	13.44±3.86		
Bütüncül Yaklaşım	1 yıldan az	12	12.25±3.81	0.16	0.84
	1-5 yıl	65	12.98±4.36		
	5 yıl üzeri	16	12.75±3.35		
Çatışma	1 yıldan az	12	12.58±1.56	1.17	0.31
	1-5 yıl	65	13.91±3.19		
	5 yıl üzeri	16	13.12±3.38		
Uygulama	1 yıldan az	12	11.83±2.94	1.07	0.34
	1-5 yıl	65	13.37±3.21		
	5 yıl üzeri	16	13.00±4.09		
Oryantasyon	1 yıldan az	12	6.75±2.45	1.17	0.31
	1-5 yıl	65	8.15±3.72		
	5 yıl üzeri	16	8.75±3.17		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	1 yıldan az	12	87.08±14.24	1.01	0.36
	1-5 yıl	65	94.26±18.25		
	5 yıl üzeri	16	90.50±15.65		

6.4.3. Hemşirelerin Yaşlarının Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarına Göre Değerlendirilmesi

Hemşirelerin yaşları ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hemşirelerin yaşlarının etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarına göre değerlendirilmesi

	Yaş	n	Ort±SS	F	p
Otonomi	18 -24	18	20.44±5.07	0.71	0.49
	25- 35	28	18.75±6.08		
	36-46	47	20.38±6.44		
Yarar Sağlama	18 -24	18	15.39±2.30	2.33	0.10
	25- 35	28	13.07±3.92		
	36-46	47	13.51±3.97		
Bütüncül Yaklaşım	18 -24	18	13.83±3.20	1.40	0.25
	25- 35	28	11.86±3.79		
	36-46	47	13.06±4.53		
Çatışma	18 -24	18	12.94±2.68	0.66	0.51
	25- 35	28	13.50±3.49		
	36-46	47	13.91±2.98		
Uygulama	18 -24	18	13.50±3.09	1.95	0.14
	25- 35	28	12.07±3.16		
	36-46	47	13.57±3.48		
Oryantasyon	18 -24	18	8.50±2.93	1.42	0.24
	25- 35	28	7.14±3.02		
	36-46	47	8.47±3.91		
Ahlaki Duyarlılık	18 -24	18	95.50±14.08	1.54	0.22
	25- 35	28	87.93±18.07		
	36-46	47	94.45±17.89		

6.4.4. Hemşirelerin Etik Eğitim Alma Durumunun Etik Ahlaki Duyarlılık Düzeyi Puan Ortalamalarına Göre Değerlendirilmesi

Hemşirelerin etik eğitim alma ile otonomi puan ortalamaları $t=-2.00$; $p=0.04$; bütüncül yaklaşım puan ortalamaları $t=-2.78$; $p=0.00$; oryantasyon puan ortalamaları $t=-4.64$; $p=0.00$ ve etik ahlaki duyarlılık toplam puan ortalamaları $t=-2.61$; $p=0.01$ arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

Hemşirelerin etik eğitim alma ile yarar sağlama $t=-1.41$; $p=0.16$; çatışma $t=-0.29$; $p=0.76$ ve uygulama $t=-0.62$; $p=0.53$ puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin etik eğitim alma durumunun etik ahlaki duyarlılık düzeyi puan ortalamalarına göre değerlendirilmesi

	Etik Eğitim Alma Durumu	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Evet	71	19.21±5.61	-2.00	0.04
	Hayır	22	22.14±7.08		
Yarar Sağlama	Evet	71	13.44±3.55	-1.41	0.16
	Hayır	22	14.73±4.26		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	71	12.21±3.63	-2.78	0.00
	Hayır	22	14.91±4.92		
Çatışma	Evet	71	13.55±3.13	-0.29	0.76
	Hayır	22	13.77±2.97		
Uygulama	Evet	71	12.99±3.44	-0.62	0.53
	Hayır	22	13.50±3.08		
Oryantasyon	Evet	71	3.15±4.64		0.00
	Hayır	22	10.82±3.23		
Ahlaki Duyarlılık	Evet	71	90.14±15.47	-2.61	0.01
	Hayır	22	100.91±20.84		

6.4.5. Hemşirelerin Etik Eğitim Aldığı Yer ile Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin etik eğitim aldığı yerler (lisans, hizmet içi eğitim) ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, etik ahlaki duyarlılık toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hemşirelerin etik eğitim aldığı yer ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Etik Eğitimin Alındığı Yer	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Lisans Eğitimi	40	18.73±5.92	-0.82	0.41
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	19.84±5.22		
Yarar Sağlama	Lisans Eğitimi	40	12.90±3.41	-1.45	0.15
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	14.13±3.67		
Bütüncül Yaklaşım	Lisans Eğitimi	40	12.03±3.54	-0.48	0.62
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	12.45±3.79		
Çatışma	Lisans Eğitimi	40	13.15±3.16	-1.22	0.22
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	14.06±3.06		
Uygulama	Lisans Eğitimi	40	12.40±3.40	-1.65	0.10
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	13.74±3.39		
Oryantasyon	Lisans Eğitimi	40	6.80±2.76	-1.29	0.19
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	7.77±3.56		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	Lisans Eğitimi	40	87.58±15.13	-1.60	0.11
	Hizmet İçi Eğitim/seminer	31	93.45±15.52		

6.4.6. Hemşirelerin Etik İkilem Yaşama Durumuna Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin etik ikilem yaşama durumuna göre ahlaki duyarlılık ortalamaları değerlendirildiğinde; hemşirelerin otonomi $t=-2.67$; $p=0.00$; yarar sağlama $t=-2.59$;

$p=0.00$; ahlaki duyarlılık $t=-2.43$; $p=0.01$ puan ortalamaları arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

Hemşirelerin etik ikilem yaşama durumu ile bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Hemşirelerin etik ikilem yaşama durumuna göre etik ahlaki duyarlılık ortalamalarının değerlendirilmesi

	Etik İkilem Yaşama Durumu	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Evet	61	18.72±5.84	-2.67	0.00
	Hayır	32	22.16±5.97		
Yarar Sağlama	Evet	61	13.03±4.04	-2.59	0.00
	Hayır	32	15.09±2.69		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	61	12.61±4.32	-0.78	0.435
	Hayır	32	13.31±3.70		
Çatışma	Evet	61	13.20±3.10	-1.77	0.08
	Hayır	32	14.38±2.93		
Uygulama	Evet	61	12.90±3.51	-0.81	0.41
	Hayır	32	13.50±3.03		
Oryantasyon	Evet	61	7.84±3.44	-0.90	0.36
	Hayır	32	8.53±3.63		
Ahlaki duyarlılık	Evet	61	89.59±17.75	-2.43	0.01
	Hayır	32	98.59±15.26		

6.4.7. Hemşirelerin Etik İkilem Çözme ile Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin etik ikilemi çözme durumu ile oryantasyon $t=-3.33$; $p=0.02$ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin etik ikilemi çözme durumu ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, ahlaki duyarlılık toplam puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hemşirelerin etik ikilem çözme ile etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Etik İkilemi Çözme Durumu	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Evet	49	17.94±5.10	-2.17	0.11
	Hayır	12	21.92±7.66		
Yarar Sağlama	Evet	49	13.00±3.85	-0.12	0.89
	Hayır	12	13.17±4.95		
Bütüncül Yaklaşım	Evet	49	11.98±3.35	-2.37	0.13
	Hayır	12	15.17±6.63		
Çatışma	Evet	49	13.39±3.18	0.97	0.33
	Hayır	12	12.42±2.74		
Uygulama	Evet	49	12.82±3.50	-0.38	0.70
	Hayır	12	13.25±3.67		
Oryantasyon	Evet	49	7.16±2.79	-3.33	0.02
	Hayır	12	10.58±4.52		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	Evet	49	87.49±13.94	-1.90	0.22
	Hayır	12	98.17±27.76		

6.4.8. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin medeni durumları ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon, ahlaki duyarlılık toplam puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Hemşirelerin medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Medeni Durum	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Evli	63	20.48±6.45	1.32	0.19
	Bekar	30	18.70±5.12		
Yarar Sağlama	Evli	63	13.52±3.95	-0.81	0.42
	Bekar	30	14.20±3.30		
Bütüncül Yaklaşım	Evli	63	13.22±4.43	1.27	0.20
	Bekar	30	12.07±3.25		
Çatışma	Evli	63	13.79±3.01	0.8	0.38
	Bekar	30	13.20±3.23		
Uygulama	Evli	63	13.27±3.41	0.67	0.50
	Bekar	30	12.77±3.23		
Oryantasyon	Evli	63	8.40±3.85	1.28	0.14
	Bekar	30	7.40±2.55		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	Evli	63	94.03±18.65	1.08	0.28
	Bekar	30	89.87±14.27		

6.4.9. Hemşirelerin Çalıştığı Hastaneye Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon etik ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Çalışılan Hastane	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Devlet Hastanesi	62	20.03±6.13	0.28	0.77
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	19.65±6.07		
Yarar Sağlama	Devlet Hastanesi	62	13.45±3.85	-1.05	0.29
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	14.32±3.53		
Bütüncül Yaklaşım	Devlet Hastanesi	62	13.24±4.33	1.30	0.19
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	12.06±3.55		
Çatışma	Devlet Hastanesi	62	13.98±2.55	1.70	0.09
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	12.84±3.87		
Uygulama	Devlet Hastanesi	62	13.40±3.59	1.20	0.23
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	12.52±2.75		
Oryantasyon	Devlet Hastanesi	62	8.42±3.74	1.34	0.18
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	7.39±2.90		
Ahlaki Duyarlılık Toplam	Devlet Hastanesi	62	93.81±18.10	0.87	0.38
	Eğitim Araştırma Hastanesi	31	90.45±15.92		

6.4.10. Hemşirelerin Çalıştığı Servislere Göre Etik Ahlaki Duyarlılık Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin çalıştığı servis ile yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, oryantasyon, etik ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Hemşirelerin çalıştığı servis ile otonomi, çatışma, uygulama puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hemşirelerin çalıştığı servislere göre etik ahlaki duyarlılık puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	Çalıştığı Servis	n	Ort± SS	t	p
Otonomi	Palyatif Servisi	55	20.69±5.55	1.51	0.13
	Nöroloji Servisi	38	18.76±6.69		
Yarar Sağlama	Palyatif Servisi	55	14.47±3.66	2.31	0.02
	Nöroloji Servisi	38	12.68±3.67		
Bütüncül Yaklaşım	Palyatif Servisi	55	13.60±4.12	2.15	0.03
	Nöroloji Servisi	38	11.76±3.90		
Çatışma	Palyatif Servisi	55	13.27±3.07	-1.24	0.21
	Nöroloji Servisi	38	14.08±3.07		
Uygulama	Palyatif Servisi	55	13.62±3.04	1.78	0.07
	Nöroloji Servisi	38	12.37±3.66		
Oryantasyon	Palyatif Servisi	55	8.75±3.64	2.26	0.02
	Nöroloji Servisi	38	7.11±3.10		
Ahlaki Duyarlılık	Palyatif Servisi	55	95.80±17.05	2.11	0.03
	Nöroloji Servisi	38	88.18±17.10		

7. TARTIŞMA

Dünyada 19. yüzyıla kadar ölümlerin en büyük nedenini enfeksiyon hastalıkları oluşturuyorken, 19. yy'ın ikinci yarısından sonra bu hastalıklar yerini kalp hastalıkları, koma, akciğer ve kanser hastalıklarına bırakmıştır. Tıp ve teknoloji alanında her geçen gün meydana gelen bu değişim insan ömrünün uzamasına, buna paralel olarak da yaşlı nüfusun artmasına ol açmıştır. Bu artış kronik hastalıkları da beraberinde getirmiştir (3, 4). Kronik hastalıklarla paralel olarak uzayan insan ömrü yaşlı nüfusa yönelik yeni devlet politikalarının geliştirilmesine kaynak oluşturmuş, özellikle palyatif bakım, hospis ve evde bakım kavramlarını gündeme getirmiştir. Hastanın ve aynı zamanda ailenin konforunun sağlanması, fiziksel psikolojik ve manevi sıkıntıların erken dönemde belirlenmesi ve son olarak da yaşam kalitesinin artırılması yönündeki istekler palyatif bakım ünitelerinin doğuşuna zemin hazırlamıştır. Hemşireler bu ünitelerde, alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının işbirliği ile palyatif bakıma muhtaç hastaların tanımlarının belirlenip tedavilerine yönelik çözüm önerilerinin getirilmesinde ve onlara bakım verenlerin desteklenmesinde rol alan ve daha çok bakım odaklı çalışan sağlık meslek grubunu oluşturmaktadırlar (1, 37, 49, 57).

Ülkemizde palyatif bakım ünitelerinin gelişimi son yıllarda hız kazanmış, fakat bu üniteler yeterli sayıya ulaşamamıştır (1, 89). Bu çerçeveden bakıldığında ülkemizde palyatif bakım hastasının çokluğu ve profesyonel hemşire sayısının azlığı düşünüldüğünde, bu servislerden beklenen bakım ve tedaviye yönelik hizmetin sunumunda hemşireleri ahlaki duyarlılık, mahremiyet gibi birçok problemle karşılaştırmıştır. Palyatif bakım ünitelerinin yetersiz sayıda olması nedeniyle bakım ihtiyacı olan hastalar nöroloji, nöroşirürji servisleri gibi diğer servislere de yatırılabilirler. Bu sorundan yola çıkılarak planlanan bu çalışmada, palyatif ünitesi bulunan 5 hastanede, yarısından fazlası evli ve yaş ortalamaları 36-46 olan palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin etik ahlaki duyarlılıkları değerlendirilmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğu ön lisans ve lisans mezunu olup daha çok devlet hastanelerinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğunun en az 5 yıllık bir çalışma geçmişi bulunduğu, neredeyse tamamına yakını etik eğitim aldığı, yarısından fazlasının bu eğitimi lisans eğitimi sırasında aldığı, çoğunluğun meslek hayatlarında etik ikilem yaşadıkları ve yine tamamına yakınının bu ikilemi kendilerinin çözebildikleri belirlenmiştir.

Gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin gün geçtikçe daha nitelikli kurumsallaşması yönündeki gelişmeler bu hizmetin önemine işaret ederken, ne yazık ki ülkemizde bu hizmet daha yavaş bir şekilde ilerleme göstermektedir (1, 90). Bu yavaş gelişimin en önemli nedenlerinden birisi geleneksel Türk aile yapısındaki özellikle de kırsal kesimlerdeki ataerkil anlayışa göre ailelerin hastalarını kendi evlerinde bakmak istemeleri gösterilebilir. Genellikle terminal dönemdeki kanser hastalarının yalnız bırakılmayıp her türlü bakımının, bizzat aileleri tarafından verildiği evde palyatif bakım yaklaşımı, yüzyıllardır kültürel olarak bazı ülkelerde hala devam etmektedir (91, 92). Yaşlının hastalığı ileri boyutta ve evde bakıma uygun olmayıp tıbbi müdahalenin gerektiği durumlarda klinik destek alınması gerekmektedir. Palyatif üniteleri, yaşlı hastaların bakımı için gerekli klinik desteğin sağlanması açısından en uygun ve donanımlı birimlerdir. Ancak özellikle palyatif bakım yaklaşımının yeni yeni geliştiği ülkemizde palyatif bakıma ihtiyacı olan hasta potansiyelinin fazla olması ve ünitelerin sayısal yetersizliğine bağlı olarak nöroloji gibi alternatif servislerde palyatif amaçlı kullanılmaktadır. Bu çalışmada palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların yarısından fazlası palyatif servis dışında nöroloji ve nöroşirürji servislerinde yatmaktadır. Bu durum hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını da etkilemektedir. Benli ve Sunay'ın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (93).

Palyatif bakım hemşireleri hasta bakımı, hemşire-aile, hekim-hemşire, hemşire-yönetim gibi problemlerde ahlaki ikilemler yaşayabilmektedirler. Yaşanılan her soruna çözümsüz yaklaşım varlığı etkili bir tedavinin uygulanmasını, bakımında aksaklıkların yaşanmasını ve hastalığın iyileşme süresini uzatmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hastanın iyileşmesine katkı yönünde yaşadıkları bu tür sorunlarının tam olarak belirlenerek çözüm önerileri getirilmesi ve bu sorunların içeriğinin ilgili yerlere ulaştırılmaları gerekmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin ahlaki duyarlılıkları incelenmiş olup bu duyarlılık ortalamasının ölçeğin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında orta seviyede ($X=3.08$) olduğu tespit edilmiştir. Buna ilaveten bu çalışma ile hemşirelerin ahlaki duyarlılığı ile bu konuda eğitim alma, etik ikilem yaşama ve çalıştığı servisin niteliği arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dikmen ve konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ahlaki duyarlılığın orta seviyede olduğu, ayrıca ahlaki duyarlılığın eğitim, yaş, çalışılan klinik gibi faktörlerden etkilendiğini tespit etmişlerdir (26).

Hemşirelerin stresli bir iş yaşamına sahip olması ve mevcut aksaklıkların varlığı, zor durumda olan hastalara bakım verilirken etik sorunlar yaşanması, beklenmedik bir anda gelişen durum karşısında hemşirelerin sahip oldukları kişisel, ailesel, sosyal ve işle ilgili koruyucu faktörlere sahip olması hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarını etkilemektedir (94). Bu psikoloji hemşirelerin kendine olan özgüvenini dolayısıyla da otonomilerini etkilemektedir (94). Hemşirelik alanında otonomi, hemşirenin bakım için karar vermesinin yanında yapmış olduğu uygulamalardaki bağımsızlığını ifade etmektedir. Bu durum hemşirelerin profesyonel anlamda mesleki becerilerini geliştirdiği gibi yapılan işten haz duyma, doyuma ulaşma, tükenmişlik duygusunun ve depresyon gibi kaygıların en aza inmesine de neden olmaktadır (94). Yetim ve Beydağ Karagözoğlu ve Kangallı'nın yapmış olduğu çalışmaların sonuçları analiz edildiğinde, hemşirelerin otonomi düzeyleri genellikle orta seviyede bulunmuştur (95-97). Bu çalışmada hemşirelerin otonomi düzeyi ahlaki alt boyutu ölçeğin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında iyi seviyede bulunmuştur ($X=2.87$). Palyatif hastasına bakımda bağımsız karar verme, hasta bakımında kesin ilkelerin/standartlar, hastanın bakımında hemşirelik girişimlerinde bağımsız olma, hastanın kliniğe yatışı ile ailesi ile ilgili çözülmemiş problemler ve çalıştığı ekip ile iletişimlerle ilgili problemler yaşamalarına rağmen bu çalışmada hemşirelerin aldıkları eğitimler ve problemleri kendi başlarına çözebilme niteliklerinin olması otonomilerini geliştirdiğini düşündürülebilir. Ayrıca bu çalışma etik ikilem yaşama ile otonomi ve ahlaki duyarlılık genel ortalama puanları arasında anlamlı ilişkinin varlığını da göstermektedir. Akay'ın yapmış olduğu çalışmada otonominin hemşirenin bakımındaki etkinliği üzerindeki etkisini desteklemektedir (98).

Mesleğin profesyonellik yaklaşımında bağımsız iş yapabilme yani otonomi, önemli bir güçtür ve otonomiye bilgi, yaş ve deneyim gibi faktörler etkilemektedir (95, 99). Eğer hemşire serviste karşılaştığı problemlerdeki ikilemlere yönelik yeterli bilgiye sahipse bağımsız otonomi ile hareket edebilecektir. Bağımsız karar alabilen hemşirenin var olan bilgisi ile güveni artacak ve ahlaki duyarlılığıyla profesyonelliğini sergileyebilecektir. Literatürdeki birçok çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyleri ile otonomi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (100-102). Karagözoğlu ve Kangallı çalışmalarında lisansüstü eğitim almış olan kişilerin otonomi puan ortalamalarının yüksek olduğu dolayısıyla eğitim seviyesindeki artışın otonomi düzeyini

de arttırdığını belirtmişlerdir (96). Hemşirelerin yaş ile orantılı olarak çalışma süresi de artar. Bu durumda hemşire çalışmış olduğu birimlerden daha çok deneyim donanım ve tecrübe kazanır. Tosun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarında 40 yaş ve üzeri olan hemşirelerin otonomi puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (103). Seren'in yaptığı çalışmada 35 yaş ve üzerindeki hemşire grubunun 24 yaş ve altı hemşire grubuna nazaran otonomilerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (104). Bu çalışmaların bulguları ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. Hemşirelerin otonomisini yaşı, eğitimi olması, çalışma süresi, çalışılan klinik ve çalıştığı klinikteki pozisyonu gibi pek çok faktörden etkilemektedir. Bu özellikler sayesinde hemşire hastayı daha bütüncül bir şekilde ele alarak bakım ve tedavisini daha kısa zamanda planlayıp uygulamaya geçecektir (105, 106). Bu çalışmada otonomi ile etik ikilem ve eğitimin arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunması literatürü desteklemektedir.

Çalışmadaki hemşirelerin etik ikilem yaşama durumu ile otonomi yarar sağlama genel etik ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark bulunması; etik ikilem yaşamayanların otonomi, yarar sağlama, ahlaki duyarlılık puan ortalamaları etik ikilem yaşayanlara göre daha yüksek olup etik açıdan duyarsız olduğunu göstermesi bu sonuçları destekler niteliktedir.

Akay'ın yaptığı çalışmada da otonominin hemşirenin hasta bakımında pozitif yönde önemli etkisi olduğunu bunun hem hasta hem de hemşire memnuniyetini arttırdığını göstermektedir (98). Etik ikilem yaşamamanın otonomiye olumsuz yönde etkilediğini gösteren birçok çalışmaya literatürde rastlamak mümkündür (78). Bu sonuçlar yaptığımız çalışmanın da sonucunu destekler niteliktedir.

Palyatif bakım hizmet anlayışının tam olarak kurumsallaşmadığı yerlerde, hem hastaların fazlalığı hem de bakım hizmetini ağırlıklı olarak veren sağlık ekibinin özellikle de hemşirelerin azlığı, çok yoğun çalışmaları veya istemedikleri serviste çalışmak zorunda bırakılmaları nedeni ile etik düzeyde birçok problem yaşanmaktadır (107). Ancak bu etik problemlerin yaşanıldığı süreçte dahi hemşireler, ilk çalışmaya başladığı bu tür kliniklerde profesyonel hasta yaklaşımıyla hizmet sunumlarına devam etmektedirler. Çalışmamızda, hemşirelerin oryantasyon ahlaki alt boyutunun diğer alt boyutlara göre yüksek olması bu sonucu desteklemektedir. Oryantasyon, hastanın tedavisine hastanın katılımı, hemşirenin norm ve değerlerini eylemlerine yansıtması, iyi

bir bakımda hastanın seçimine saygı duyulması ve hemşire hasta ilişkisinin bakıma yansması yönündeki yaklaşımı içermektedir (108). Oryantasyon, başka bir anlatımla sağlık bakım profesyonellerinin yeni bir yere başladıkları zaman karşılaşabilecekleri güçlükleri en aza indirerek adaptasyonun kısa sürede gerçekleşmesi olarak ifade edilebilir (109, 110). Yapılan bu çalışmada oryantasyonu; eğitim seviyesinin düşük olması, servis deneyimin azlığı, genç ve deneyimsiz olunma, etik eğitim alınmamış olması gibi faktörlerin etkilediği tespit edilmiştir. Buna ilaveten hemşirelerin etik eğitim alma durumları ile ahlaki duyarlılık puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş olup Akbaş'ın çalışması da bunu destekler niteliktedir (111). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada lisans/lisansüstü eğitilmiş olan hemşirelerin mesleki değerleri etik değerler aracılığıyla kavraması ve bu etik değerlerin kazanımı olan davranışları göstermesi açısından önemli olduğunu vurgulanmış olup, eğitim düzeyinin ahlaki gelişimi pozitif yönde etkilemesi yönünü kanıtlamıştır (112-114).

Etik konusunda eğitilmiş bir hemşirenin hastaya ve servis ortamına adaptasyonu daha kısa sürede gerçekleşebilir. Bu durum hemşirenin servise, hastaneye, hasta ailesine olumlu yönde davranış sergilemesine dolayısıyla da kendini daha iyi hissetmesine neden olacaktır. Böylece hemşire olaylara daha çabuk, daha doğru müdahale ederek, duruma adaptasyon süreci pozitif yönde etkilenecektir. Hemşirelerin etik ahlaki duyarlılığı ile oryantasyon puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığa bu konuda eğitim almış olma ile çalışılan servisin etkili olduğu sonucu bulunan bu çalışma literatürdeki oryantasyonun ahlaki duyarlılığa etkili faktörlerini destekler niteliktedir (112, 114).

Otonomisi yeterli olmayan hemşirenin hastaya yaklaşımı, etik olarak yaptığı/yapacağı eylem ve hastaya ait kararların verilmesi konularında sıklıkla çatışma yaşamasına neden olmaktadır (115). Hemşirenin görev tanımındaki belirsizliğe bağlı gelişen en önemli problemlerden birinin hastaya prognozu hakkında bilgi verememesi yönünde de etik ikilemi, bu yönde hasta yakınları ile çatışma yaşadığı ve çatışma alt boyutunun etik ahlaki duyarlılığının düşük/az olduğu bu çalışma ile tespit edilmiştir. Bu sonuç hemşirenin ahlaki duyarlılık düzeyinde çatışma alt boyutunun üstesinden gelemediğini ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında genel ahlaki duyarlılık puanı ($X=3.09$) alt boyutları içinde en çok çatışma ahlaki duyarlılık boyutunda ($X=4.53$) sorunlar yaşadıkları tespit

edilmiştir (116). Yoğun bakım üniteleri, sağlık hizmetleri içerisinde son derece önemli bir yere sahip olup hayati durumu kritik olan hastalara en üst düzeyde yaşamsal desteğin sağlandığı, ekip çalışmasının zorunlu olduğu özellikli birimlerdir (115). Bu ünitelerde çalışan hemşireler hasta ve yakınları ile sık sık iletişim konusunda çatışma yaşamaktadırlar. Literatür taramalarında hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının neler olduğu veya hangi konularda kısıtlı oldukları hasta ve aileleri tarafından tam olarak algılanmadığı tespit edilmiş olup bu durum hemşirelerin iletişim ve hasta tedavisi konusunda sıklıkla problem yaşamasına yol açmaktadır (116). Özellikle ölümü yaklaşan hastalarda bu daha da önemli olmakta ve çatışma alt boyut puanının büyümesine neden olmaktadır (117). Bu çalışmada hemşirelerin; hastaya nasıl yaklaşacağı konusunda çelişkiler yaşaması; hastada iyileşme göremedikleri zaman işlerinin anlamını yitirdiği; etik karar vermede neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar verememe; oral tedavi alamayan hastalar için enjeksiyona zorlanma ve hasta için zor bir karar alınmasında kendi duygularına güvenme gibi en fazla etik ahlaki duyarlılık düşüklüğü yaşadıkları sorunların hemşirenin çatışma ahlaki boyut puanının da düşük olmasına neden olmaktadır.

Hemşirenin hastasının sağlığına kavuşmasında bakım prensibinin bütüncül yaklaşıma odaklı olduğunu unutmaması gerekir. Bütüncül sağlık yaklaşımı, hizmet alan kişinin fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve ekolojik yönden bir bütün olduğunu savunan tam bir iyilik halidir (105). Bu çalışmada, bütüncül yaklaşım ahlaki alt boyut puan ortalamasının ölçeğin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında ($X=2.57$) olması hemşirelerin bu konuda etik duyarlılıklarının olduğunu sonuç olarak da mesleklerinin kazandırdığı birçok rollerini yerine getirdiklerini ifade etmektedir. Hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmak, zor durumda hastaya karşı dürüst olmak, hasta ile işbirliği çerçevesi göz önüne alınarak birlikte karar vermek, hastalarının bireysel bakımını göz önünde bulundurmak ve hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi olmasında mesleki rolünü unutmamak gibi yaklaşımları içeren bütüncül ahlaki duyarlılık aynı zamanda profesyonel hemşirelik yaklaşımının ifadesidir. Bütüncül yaklaşım etkinliği çalışılan servisin hastaların niteliğine göre kurulması, araç gereç ve donanımın buna paralel olması ile ilgilidir. Nitekim bu çalışmada çalışılan servis ile bütüncül yaklaşım arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu nöroloji servisine göre palyatif servislerde daha fazla sıkıntı yaşandığı tespit edilmiştir. Carlson'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin bakım yaklaşımında bütüncül hasta yaklaşımını hemşirelik

süreci doğrultusunda gerçekleştirdiği görülmektedir (106, 118). Ancak bütüncül yaklaşım için kullanılacak otonominin de hemşirenin karşılaştığı problemleri çözmede etkili olduğu ve uygulamada karşılaşılan ahlaki duyarlılık boyutunu da etkilediği bilinmektedir. Bu durum, Tosun'un yapmış olduğu çalışmanın sonuçları ile benzer özellikler göstermektedir (119).

Terminal dönem hastalarının iyileşme umudunun az ya da hiç olmaması bakım verirken hemşirelerin yalnız konforlu ölümü sağlama doğrultusunda çalışmalarına dolayısıyla da bazı hemşirelerde de çalışma motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır (117, 120-122). Özellikle ülkemizde devlet tarafından parasız olarak desteklenen palyatif bakım ünitelerinde terminal dönem hastaların çoğunluğu dikkat çekicidir. Palyatif bakım amacına uygun olarak hasta kabulü sağlanmayan bu birimlerde çalışan hemşirelerin bu doğrultuda yaşadıkları duygusal ikilemlerin nedenin bu durum ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Hastasını bakıma katabilen ya da bilinçli hasta ile sözel olan veya olmayan iletişim kurabilen hemşirelerin hasta bakımı rutin işlem olmaktan çıkarmaktadır. Bakıma hasta katılımının olmadığı ve yalnızca kaliteli olarak yaşamının sonlandırılmasını düşünme duygusu hemşirelerde etik ahlaki ikilem alt boyutundan en çok yarar sağlama alt boyutunu etkilemektedir. Birol ve Keskin'in yapmış oldukları çalışmalarında terminal dönemdeki hastayla olabildiğince etkileşim içerisinde olunması, hasta ve ailesine gereken psikososyal desteğin verilmesi, hastanın insan onuruna uygun bir şekilde ölüme hazırlanması, hemşirenin yapabileceği temel hemşirelik hizmetlerinden bir kaçı olduğunu ifade etmişlerdir (123-125). Hastaya yarar sağlama alt boyutunun son evrede daha çok önemli olduğu literatüre dayalı bu ve benzeri çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda yarar sağlama ahlaki boyutu ölçeğin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında ($X=3.43$) orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Yarar sağlama alt boyut puan ortalamasının çalışılan servislere ve etik ikilem yaşama durumlarına göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermesi bu sonuçları destekler niteliktedir. Nilsson ve Stomberg; Korkmaz ve Görgülü öğrencilerin hemşirelik mesleğini neden tercih ettikleri ile ilgili çalışmalar yaparak, yarar sağlama etik ilkesinin önemini bir kez daha vurgulamışlardır (126, 127). Bu çalışmada öğrencilerin başkalarına yararlı olmak ve yardım etmek istedikleri için bu işi yapmak istediklerini ifade etmeleri ile hemşirelerin yarar sağlama alt boyut puanının istenilen seviyede olması literatür çalışmalarına kanıt olarak sunulabilir.

Ülkemizde yoğun bakım ve palyatif bakım gibi ünitelerde çalışan hemşireler lüzum halinde yapılması gereken doktor istemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumda lüzum hali gerektiren enjeksiyon, oral ilaç, bakım gereksinimi gibi durumlarda hemşireler servislerinde sürekli doktor bulamadığından kendileri hastanın tedavisi için karar vermek zorunda bırakılmaktadır. Bu durum hemşirelerin karar verirken doğru-yanlış ya da yararlı-zararlı çelişkisi yaşamasına sebep olmaktadır. Ayrıca hemşire hastaya bakım ve tedavi hizmeti verirken en fazla hekim ile işbirliği içerisinde olduğu için bu durumlarda daha sık etik problemlerle karşılaşmaktadır (78, 80). Bu çalışmada “hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim” cevabının düşük ahlaki duyarlılık ortalamasına sahip olması, hemşirelerin bu konuda ahlaki duyarlılık çelişkisi yaşadığını açıkça ifade etmektedir. Literatürdeki yapılmış olan çalışmalarda da ifade edildiği üzere diyabet eğitim hemşireleri hastaların tedavisinin hekimler tarafından iyi yönetilmediğini, hemşirenin görev yetki ve sorumlulukları konusunda yasal anlamda sınırlamaların olduğu ve kurumsal politikalardan kaynaklanan etik ikilemlerin yaşandığı tespit edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin; doktor istemleri, hemşirenin aileye hastanın prognozu hakkında bilgi verememesi, görev tanımlarındaki belirsizlik gibi konularda etik ikilem yaşadıkları tespit edilmiştir (20). Çalışmada hemşirelerin çalıştığı servis ile yarar sağlama, bütüncül yaklaşımı, oryantasyon puan ortalamaları ve genel etik ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu ve palyatif servis ahlaki duyarlılık düzey ortalamalarının nöroloji servisine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, palyatif ihtiyacı olan hastalara göre düzenlenmiş palyatif servislerin olmasının gerekliliği sonucunu göstermesi açısından önemlidir. Kömürcü ve Tanrıverdi’nin yaptığı çalışmasında palyatif servis ihtiyacı olan hastaların tam teşekküllü olan bu servislerde bakım almasının bakım etkinliğinin yüksek olmasından bahsetmektedir (12).

Çalışmamızda uygulama ahlaki boyutu ölçeğinin madde sayılarına göre puan ortalamaları ele alındığında ($X=3.27$) orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin uygulama alt boyut puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikleri, etik ikilem yaşama durumları ve etik ikilem çözme durumu ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hemşirelerin uygulama boyut puan ortalamasının orta seviyede olması çatışma boyut puan ortalamasının yüksek olmasından yani hemşirelerin

Çatıřma ahlaki boyut dūřuklūğūnūn uygulama ahlaki boyutu da etkilediğini dūřūndūrebilir. Bakıma ve tedaviye iliřkin ahlaki sorun yařamadıklarını gōstermektedir. Hemřireler uygulamaya yōnelik etik ahlaki duyarlılık maddelerinde etik duyarlılıklarının yūkek olduėunu verdikleri cevaplarla gōstermiřlerdir. Literatūrde hemřirenin en çok yarar saėlama, otonomi konularında, daha az oryantasyon ve uygulama konularında ahlaki duyarlılık ikilemi yařadıklarını ifade etmektedir (19, 26).

Bu çalışmada ayrıca genel ahlaki duyarlılık puanı ile yaş arasındaki ilişki tespit edilmemesine rağmen yaşın hemşirenin deneyimine etkisi olduğuna işaret etmiştir. Whitbourne ve Whitbourne'ye gōre yaş arttıķa deneyimin arttığı problem ōzme performansında da artış olacağını ifade ederek bu çalışmanın sonucunu desteklemiştir (128).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Palyatif ve nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada,

Hemşirelerin çoğunluğunu 36-46 yaş aralığında, evli, lisans mezunu, en az 5 yıllık deneyimi olan, yarısından fazlası devlet hastanesinde çalışan ve palyatif servisinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır.

Hemşirelerin çoğu etik konusu ile ilgili eğitim aldıklarını ve bu eğitimi lisans eğitiminde aldıklarını belirtmiştir.

Hemşirelerin genel etik ahlaki duyarlılık puan ortalaması ile hemşirelerin etik konusunda eğitim alma, çalıştığı servis arasında istatistiksel açıdan fark olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin çoğunluğu etik ikilem yaşadıklarını ve bu etik ikilem sorununu kendilerinin çözebildiklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin ahlaki duyarlılık puan ortalamasının orta seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Hemşireler en çok çatışma boyutunda ahlaki duyarlılık ile ilgili sorunlar yaşamakta bunu yarar sağlama ve uygulama boyutu izlemektedir.

Hemşirelerin oryantasyon, bütüncül yaklaşım ve otonomi boyutunda etik ahlaki duyarlılık ile ilgili sorunları az yaşadıkları belirlenmiştir.

Palyatif servis ahlaki duyarlılık düzey ortalamalarının nöroloji servisine göre daha yüksek olduğu, palyatif servislerin daha fazla etik ahlaki duyarlılık sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir.

Hemşirelerin etik eğitim almış olmaları ile otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon puan ortalamaları ve etik ahlaki duyarlılık toplam puanını arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştığı servis puan ortalamaları ile yarar sağlama, bütüncül yaklaşımı, oryantasyon ve ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hemşirelerin etik ikilem yaşam durumu puan ortalamaları ile otonomi, yarar sağlama, ahlaki duyarlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

Hemşirelerin etik ikilemi çözme durumu puan ortalamaları ile oryantasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ahlaki duyarlılığı olumsuz etkileyen faktörlerin tam anlamıyla belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin oluşturulması amacıyla hasta, hemşire ve hekime yönelik protokollerin geliştirilmesi,
- Etik ikilem ve ahlaki duyarlılık konularında mezuniyet sonrası sorunları azaltmaya yönelik sertifikasyon kurslarının düzenlenmesi,
- Çatışma ve çözüm önerilerine yönelik hemşirelere belirli aralıklarla hizmet içi seminerler verilmesi
- Hemşirelerin palyatif servis ve sorunlarına yönelik araştırma yapmaları için kurumların teşvikinin sağlanması,
- Palyatif servislerde çalıştırılması düşünülen hemşire grubu için bu servislerde çalışmaya başlamadan önce belli süre etik konusunda eğitim almalarının sağlanması,
- Ülke politikaları doğrultusunda genel palyatif bakım protokollerinin oluşturulması için, palyatif servislerinde çalışanlara gerekli girişimlerde bulunmaları yönünde destek sağlanması,
- Palyatif ünitelerinde kurumların etik açıdan denetlemeler yapılması,
- Hemşireler arasında he hafta etik açıdan vaka ve örnek olay tartışmaları yapılması

önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Madenoğlu Kıvanç M (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. (Journal of Health Science and Profession-HSP) Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 4(2): 132-135.
2. Bilir N, Paksoy NS (2006). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları, İçinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını. Ankara; 1019-1044.
3. Bilir N (2006). Değişen sağlık örgütlerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni 3(25): 1-6.
4. Beğer T, Yavuzer H (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 25: 1-3.
5. Bahar A, Parlar S (2007). Yaşlılık ve evde bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(4): 32-39.
6. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2015). Terminal Dönemde Bakım. Sağlık Hizmetleri. Ankara; 1-38.
7. Elçigil A (2006). Pediatrik palyatif bakım ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4): 75-81.
8. Özçelik H, Fadıloğlu Ç (2010). Palyatif/Destekleyici Bakım. Kanseri Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım Kitabı (Ed: Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B). İzmir; 1-126.
9. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E ve Tuncer M (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 1: 1-6.
10. Saruç S (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları 24(2): 193-207.
11. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005). T.C. Resmi Gazete, 25751, 10 Mart 2005.
12. Kömürcü Ş, Tanrıverdi Ö. Palyatif bakım ünitelerinde yapılanma [online]. Erişim adresi: http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf [Erişim Tarihi 10 Ağustos 2018].

13. Sucaklı M (2013). Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 7(3): 52-57.
14. Göksel F. Türkiye’de palyatif bakım ve planlama çalışmaları [online]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/4079587-Turkiye-de-palyatif-bakim-ve-planlama-calismalari-dr-fatih-goksel.html> [Erişim Tarihi 05 Aralık 2018].
15. Erdemir AD (2016). Tıp etiğinde umuda giden yolda “hasta bakım evleri” ve “hospis”ler. [online]. erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/authors/aysegul-d-erdemir/tr-tip-etiginde-umuda-giden-yolda-hasta-bakim-evleri-ve-hospisler-72-25-3914.html> [Erişim Tarihi 7 Aralık 2018].
16. Yıldırım B, Tanrıverdi O (2014). Evaluation of cancer patient sadmitted to the emergency department within one month before death in Turkey. What are the problems needing attention? Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 15: 349-53.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2018). Palyatif bakım hizmetleri [online]. Erişim adresi: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> [Erişim Tarihi 8 Aralık 2018].
18. Uzar E (2016). Beyin sinir hastalıkları (nöroloji) ve beyin cerrahisinin ilgi alanları [online]. Erişim adresi: <https://www.doktortakvimi.com/blog/beyin-sinir-hastaliklari-noroloji-ve-beyin-cerrahisinin-ilgi-alanlari> [Erişim Tarihi 27 Mart 2019].
19. Tel H (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 1(1): 30-38.
20. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Birgül M, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E ve Yavuz H (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(2): 52-60.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2015). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 15722819/840-7/7/2015.
22. Filizöz B, Mesci G, Aşcı A, Bağcıvan E (2015). Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. İş Ahlakı Dergisi 8(1): 47-66.

23. Savaşkan F (2006). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'ndeki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire Ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılığının Belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Aydoğan A, Ceyhan Ö (2017). Acilde çalışan sağlık personelinin etik duyarlılıkları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1-8.
25. Başak T, Uzun Ş ve Filiz Arslan (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 52(2): 76-81.
26. Dikmen Y (2013). Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2(1): 1-7.
27. Özdemir Ü, Taşçı S (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1(1): 57-72.
28. Samancı Tekin Ç, Kara F (2018). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi 3(1): 219-229.
29. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017). Ölüm nedeni istatistikleri. Haber bülteni, sayı, 27620.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı Yayın No:743.
31. Türk Ü, Alp R (2001). Ölüm öncesi hasta bakımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 12(1-2-3): 116-119.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi (2018). Palyatif bakım merkezi [online]. Erişim adresi: <https://daricafarabieah.saglik.gov.tr/TR,125127/palyatif-bakim-merkezi.html> [Erişim Tarihi 04 Eylül 2018].
33. Mut Sürmeli D, Akçiçek F (2016). Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery - Special Topics 9(1): 8 -11.
34. EtimolojiTürkçe. Palyatif kelime kökeni [online]. Erişim adresi: <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/palyatif> [Erişim Tarihi 04 Eylül 2018].

35. seslisözlük. Palyatif [online]. Erişim adresi: <https://www.seslisozluk.net/palyatif-nedir-ne-demek/> [Erişim Tarihi 04 Eylül 2018].
36. Türk Dil Kurumu (TDK). Palyatif [online]. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=PALYAT%C4%B0F [Erişim Tarihi 04 Eylül 2018].
37. Şahan Uslu F, Terzioğlu F (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 4(2): 81-90.
38. World Health Organization (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [online]. Erişim adresi: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf [Erişim Tarihi 10 Eylül 2018].
39. Kabalak AA (2014). Türkiye’de palyatif bakım; güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi 22(3): 121-123.
40. Bağ B (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 27(3): 142-149.
41. Çolak D (2017). Palyatif bakım dünya uygulamaları. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery - Special Topics 10(1): 9-13.
42. Özçelik H (2017). Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya Yaklaşım. . Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery - Special Topic 10(1): 87-93.
43. Yeniçeri EN (2017). Evde bakım ve palyatif bakım. Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery - Special Topic 8(4): 277-81.
44. Elçigil A (2012). Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 54: 329-334.
45. Michelson KN, Steinhorn DM (2007). Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. Clinical Pediatric Emergency Medicine 8(3): 212-219.
46. Aydoğan F, Uygun K (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 24: 4-9.
47. Lagman R, Walsh D (2005). Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Seminaris in Oncology 32(2): 134-8.
48. Çavdar İ (2011). Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 26(3): 142-147.

49. Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S (2012). Sağlık bakanlığı ulus devlet hastanesinde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2 (2): 122-126.
50. Bağ B (2012). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma [online]. Erişim adresi: http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120-125.htm [Erişim Tarihi 13 Eylül 2018].
51. Okan İ (2018). Türkiye’de Tarihi Gelişim İçinde Hospis Kavramı. Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı, İstanbul, 9-11 Mart 2018, 14.
52. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Dönem 23, Yasama Yılı 5. Ankara, 2010.
53. Özgül N, Gültekin M, Koç O, Göksel F, Bayraktar G, Ekinci H, Sencan I , Tuncer AM, Aksoy M, Tosun N (2012). Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Annals of Oncology* 23(3): 76-78.
54. Benli AR (2018). Evde sağlık hizmetleri ve palyatif bakım merkezlerine üniversite bakışı [online]. Erişim adresi: http://www.saglikyonetimi2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/ALI_RAMAZAN_BENLI.pdf [Erişim Tarihi 24 Eylül 2018].
55. Nurdan Ö (2018). Palyatif Bakım [online]. Erişim adresi: www.ktu.edu.tr/dosyalar/aile_08253.pptx [Erişim Tarihi 24 Kasım 2018].
56. Türk Nöroloji Derneği (2018). 1. Palyatif Bakım Sempozyumu [online]. Erişim adresi: <https://www.noroloji.org.tr/haber/333/1-palyatif-bakim-sempozyumu-izmir> [Erişim Tarihi 24 Eylül 2018].
57. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 11(2): 56-70.
58. Kabalak AA (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation-Special Topics* 10(1): 7-12.

59. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013-2018). Ulusal Kansere Kontrol Planı [online]. Erişim adresi: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf [Erişim Tarihi 26 Eylül 2018].
60. Baynazoglu ME, Serce G. Sağlık turizmi temelli destinasyon pazarlamasında Türkiye'nin rekabet üstünlüğü [online]. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?id=ZUgsCQAAQBAJ&pg=PA222&lpg=PA222&dq=t%C3%BCrkiye+ESMO+%C4%B0%C5%9EB%C4%B0RL%C4%B0%C4%9E%C4%B0&source=bl&ots=jDNxKiPtPO&sig=ACfU3U0wQrhHwN0lNRf53QaQEYnQ5LQ_aA&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwio7Orl9MzhAhVxoosKHcklC-sQ6AEwDnoECACQAQ#v=onepage&q=ONS%20&f=false [Erişim Tarihi 28 Kasım 2018].
61. Filozof.net. Nöroloji nedir, neye bakar, nörolojik temel bilgiler nedir [online]. Erişim adresi: <http://www.filozof.net/Turkce/nedir-ne-demek/5208-noroloji-nedir-norolojik-temel-bilgiler-nedir.html> [Erişim Tarihi 5 Ekim 2018].
62. Türk Nöroloji Derneği (2018). Ana Tema: Multipl Skleroz. 54. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 30 Kasım-6 Aralık 2018, 3.
63. Bozer A, Ağırbaş İ (2016). Tıbbi görüntüleme cihazlarının sayısal durumu ve kullanımlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 69 (3): 1-10.
64. Karabağ T (2015). PET- MR ile hastalıklara 'nokta atışı' <https://www.ntv.com.tr/saglik/pet-mr-ile-hastaliklara-nokta-atis,1vRnXJHILUWaenuOHKcaNw> [Erişim Tarihi 5 Ekim 2018].
65. Kelimeler.gen.tr. nöroloji [online]. Erişim adresi: <https://kelimeler.gen.tr/noroloji-nedir-ne-demek-232111> [Erişim Tarihi 5 Ekim 2018].
66. EtimolojiTürkçe. Nöroloji kelime köken [online]. Erişim adresi: <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/n%C3%B6roloji> [Erişim Tarihi 8 Ekim 2018].
67. Sağlık Bakım. Nöroloji Bölümü Hangi Hastalıklara Bakar [online]. Erişim adresi: <http://saglikbakim.com/index.php/2015/12/11/noroloji-bolumu-hangi-hastaliklara-bakar/> [Erişim Tarihi 16 Mart 18].

68. Bilim ve Sağlık. Nörolojik hastalıklar nelerdir [online]. Erişim adresi: <http://www.bilimvesaglik.com/norolojik-hastaliklar/default.asp> [Erişim Tarihi 5 Ekim 2018].
69. Florence Nightingale Hastaneleri. Hastalık belirtileri [online]. Erişim adresi: <https://www.florence.com.tr/noroloji-hastalik-belirtileri> [Erişim Tarihi 10 Aralık 2018].
70. Medimagazine (2015). Türkiye nöroloji atlası hazırlanıyor [online]. Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/meslek-org/tr-turkiye-noroloji-atlasi-hazirlaniyor-2-14-64759.html> [Erişim Tarihi 12 Kasım 2018].
71. 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete 27515. 08.03.2010.
72. Yıldırım G, Kadioğlu S (2007). Etik ve tıp etiği kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29 (2): 75-76.
73. Çalışma hayatında etik (2014). Etik ilkleri [online]. Erişim adresi: www.batiakademi.com.tr/wp-content/uploads/2014/.../10-çalışma-hayatında-etik.pptx [Erişim Tarihi 19 Ekim 2018].
74. Bodur H. Etiğin alet çantasına bakmak: ahlâk, etik ve ilintili temel kavramlar üzerine notlar [online]. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/327001> [Erişim Tarihi 20 Aralık 2018].
75. Günay M (2004). Metinlerle Felsefeye Giriş. Birinci Baskı, Karahan Yayınları, No.26, Adana, 1-302.
76. Türk Dil Kurumu (TDK). Etik [online]. Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&elimesec=118065 [Erişim Tarihi 19 Ekim 2018].
77. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F (2013). Hemşirelik ve etik karar verme süreci. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 25: 94-97.
78. Kahriman İ, Çalık K (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(3): 111-121.

79. Utlu N (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi 29: 17-35.
80. Karadağlı F (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 6(3): 197-200.
81. Karaöz S (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(1): 8-15.
82. Türk Hemşireler Derneği (2009). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar [online]. Erişim adresi: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar.aspx> [Erişim Tarihi 22 Mart 2018].
83. Tazegün A, Çelebioğlu A (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 6(2): 97-102.
84. Türkçebilgi. Otonomi [online]. Erişim adresi: <https://www.turkcebilgi.com/otonomi> [Erişim Tarihi 14 Şubat 2019].
85. Sanat ve Bilgi. Bütüncül yaklaşım ve gestalt kuramı [online]. Erişim adresi: <https://www.sanatvebilgi.com/butuncul-yaklasim-ve-gestalt-kurami/> [Erişim Tarihi 14 Şubat 2019].
86. Kırılmaz H, Kılıç Kırılmaz S (2014). Sağlık Hizmetlerinde Etik İkilemlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları 1: 35-44.
87. Kelimeler.net. Uygulama nedir? [online]. Erişim adresi: <https://kelimeler.net/Uygulama-kelimesinin-anlami-nedir> [Erişim Tarihi 14 Şubat 2019].
88. Hürriyet. Oryantasyon nedir? [online]. Erişim adresi: <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/oryantasyon-nedir-40966195> [Erişim Tarihi 14 Şubat 2019].
89. Güdük Ö, Güdük Ö (2017). Palyatif bakım üniteleri performansının topsis yöntemi ile değerlendirilmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(2): 511-527.
90. İnci F, Öz F(2012). Palyatif bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 4(2): 178-187.
91. Öztop H, Şener A, Güven S (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (1): 39-49.

92. Işıkhah V (2016). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği 27(2): 1-17.
93. Benli AR, Sunay D (2017). Palyatif bakım merkezi ve evde sağlık hizmetlerinin birlikte çalışması örneği: Karabük. Ankara Medical Journal 17(3): 143-150.
94. Çam O, Büyükbayram A (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 8(2): 118-126.
95. Yetim S, Beydağ KD (2015). Nazilli Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2(2): 67.
96. Karagözoğlu Ş, Kangallı P (2009). Autonomy levels among nurses: professional-institutional factors that affect autonomy. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 29(5): 1085-1097.
97. Malak B, Üstün B (2011). Hemşirelerin sosyotropi otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 1-16.
98. Akay M (2008). Hemşirelikte otonomi. Vakıf Hastanesi Dergisi 13(4): 24-26.
99. Dikmen Y, Kara Yılmaz D, Usta Y (2016). Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. Eylül / Ekim / Kasım / Aralık Yaz Sonbahar Sayı: 8, s: 73.
100. Saraçoğlu, E (2010). Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
101. Didişen NA, Gerçek GÖ, Bolışık ZB, Başbakkal DZ ve Gürkan A, (2015). Pediatri hemşirelerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 5(1): 14-21.
102. Külekci E, Özlü ZK ve Özer N (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sosyotropik ve otonomik kişilik özelliklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 18(2): 79-86.

103. Tosun Ö, Bayat M, Erdem E, Korkmaz Z ve Avcı Ö (2014). Klinik sorumlu hemşirelerin sosyotropi otonomi kişilik özellikleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 23(2): 99-103.
104. Seren S, (1998). Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim, İzmir.
105. Kostak MA (2007). Spiritual dimension of nursing care. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(6): 106-115.
106. Carlson RJ (1979). Holism and reductionism as perspectives in medicine and patient care. The Western Journal of Medicine 131(6): 466-70.
107. Demirgöz Bal M (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 1(3): 148.
108. Kocaçal Güler E, Eşer İ (2008). Hastanın bakıma katılımında hemşirenin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3(9): 113.
109. Yenilmez K, Kaya S, Yalçın Balçık P, Dolgun NA (2016). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 19(2): 131.
110. Tiyek R. (2014). Oryantasyon eğitim programı etkinliğinin değerlendirilmesi: bir araştırma. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 5(1): 333-353.
111. Akbaş O (2008). Değer eğitimi akınlarına genel bir bakış. Değerler Eğitimi Dergisi 6(16): 9-25.
112. Goldman A, Tabak N (2010). Perception of Ethical Climate and Its Relationship to Nurses' Demographic Characteristics and Job Satisfaction. Nurse Ethics 17(2): 233-246.
113. Aksu T, Akyol, A (2011). İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics 19(1): 16-24.

114. Ertuğ N, Aktaş D, Faydalı S ve Yalçın O (2014). “Ethical Sensitivity and Related Factors of Nurses Working in The Hospital Settings”. *Acta Bioethica* 20 (2): 265-270.
115. Öztürk H, Hindistan S, Candaş B, Kasım S (2009). Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 13(2): 83.
116. Yıldırım G, Özden G, Karagözoğlu Ş (2013). Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 35: 318-325.
117. Öztürk H (2010). Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 18(3): 183-191.
118. Deniz Kaçmaz E, Çam M (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 10(1): 65-74.
119. Tosun H (2005). Sağlık Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
120. Akyüz İ (2015). Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 3(1): 21-34.
121. Ulrich BT, Lavandero R, Hart K, Woods D, Legget J, Taylor D. (2006). Critical care nurses work environments: a base line status report. *Critical Care Nurse* 26(5): 46-57.
122. Cherlin E, Schulman-Green D, McCorkle R, Johnson-Hurzeler R, Bradley E (2004). Family perceptions of clinicians’ out standing practices in end-of-life care. *Journal of Palliative Care* 20(2): 113- 116.
123. Birol L (2004). Terminal Evredeki Hasta Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Nuran Akdemir, Leman Birol), Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara.
124. Keskin GÜ (2005). Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 21(2): 125-134.

- 125.Özdemir Z, Şenol Çevik S (2011).Terminal Dönemde Olan Hastanın Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal Nurs 3(2): 81-8.
- 126.Nilsson ELK, Stomberg WIM (2008). Nursing Students Motivation Toward Their Studies - A Survey Study, BMC Nursing. 7(6): 1-7.
- 127.Korkmaz F, Görgülü S (2010). Hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 17(1): 1-7.
- 128.Whitbourne SK, Whitbourne SB (2010). Adult Development andAging, 4th edition. Washington DC, Wiley.



10. EKLER

10.1. Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler Tanıtım Formu

1. Yaş Grubunuz

1. () 18-24 2. () 25-35 3. () 36-46 4. () 47 ve üzeri yaş

2. Medeni Durumunuz

1. () Evli 2. () Bekar

3. Eğitim Durumunuz

1. () Lise 2. () Ön Lisans 3. () Lisans 4. () Lisansüstü

4. Çalıştığı Hastane

1. () Devlet Hastanesi 2. () Eğitim Araştırma Hastanesi

5. Çalıştığı Servis

1. () Palyatif Servisi 2. () Nöroloji Servisi

6. Bulunduğunuz serviste çalışma süreniz

1. () 1 yıldan az 2. () 1-5 yıl 3. () 6-10 yıl 4. () 11-15 yıl

7. Etik ile ilgili eğitim alma durumunuz

1. () Evet

2. () Hayır (Cevabınız evet ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız, hayır ise bir sonraki soruya geçiniz.)

8. Etik eğitimi aldığınız yer

1. () Hemşirelik Eğitiminde (Üniversite)

2. () Hizmet içi Eğit./Seminer

9. Meslek hayatınızda etik ikilem yaşama durumunuz

1. () Evet

2. () Hayır (Cevabınız evet ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız, hayır ise bir sonraki soruyu cevaplamayınız.)

10. Etik ikilemi çözme durumunuz

1. () Evet

2. () Hayır

10.2. Ek 2. Ahlaki Duyarlılık Anketi Ölçeği

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE-MSQ)

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

1.Hemşire olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

2.Hastalarımın bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

3.Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

4.Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

5.Hastanın güvenini kaybedersem hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

6.Güçbir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

7.İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

8.Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

9.Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

10.Hastaların bakımında kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

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

1	2	3	4	5	6	7
tamamen katılıyorum				hiç katılmıyorum		

10.3. Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Sümeyra KOÇASLAN tarafından yürütülen “ Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi ” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Sümeyra KOÇASLAN

Araştırmanın Amacı: Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılıklarının Değerlendirilmesini yaparak hemşirelere önerilerde bulunmaktır.
İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Araştırmada, hemşirelerin demografik özelliklerinin belirlenmesi için 8, etik ahlaki duyarlılıkların belirlenmesi için de 30 sorudan oluşan ahlaki duyarlılık anket (ADA) formu kullanılacaktır. Hazırlanan anket formunun yanıtlanması araştırmaya önemli katkılar sağlayacaktır. Anket sorularını yanıtlamak ortalama 15-20 dakika sürecektir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak olup anket sorularının eksiksiz ve doğru yanıtlanması araştırmanın etkinliği açısından önemlidir.
Araştırmanın Süresi: 2 ay
Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 100
Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): 1. Vakıfkebir Devlet Hastanesi 2. Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi 3. Fatih Devlet Hastanesi 4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Sürmene Devlet Hastanesi

I. Gönüllü (birden fazla gönüllü bu formu okuyup imzalayabilir.)

Ad Soyad İmza

10.4. Ek 4.Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzin Yazısı



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



Sayı : 29765155-799
Konu : Araştırma/Sümeyra KOÇASLAN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 28/03/2017 tarihli ve 63582098-45 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyra KOÇASLAN'ın "Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakı Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını 20.03.2017- 20.05.2017 tarihleri arasında Birliğimize bağlı T.C.S.B Trabzon KHB SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Vakıfkebir Devlet Hastanesi, Sürmene Devlet Hastanesinde uygulama talebi ile ilgili olarak, Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından "Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları" ve adı geçen Sağlık Tesislerinin uygun görüşleri doğrultusunda, çalışmaların Sağlık Tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımının gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışmanın sonucunun Bakanlığımız ilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla değerlendirilmiş ve uygulama talebi uygun görülmüş olup, Bilimsel İnceleme Komisyon Tutanağı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Halit ÇINARKA
Genel Sekreter

EKLER:
1-Komisyon Tutanağı (1 adet)

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA İLE AYNIYDIR
02/04/2017
KAMU HAST. BİRL. GEN. SEK.
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
Erda GİRMEÇİ
Genel Sekreter

Trabzon Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-ge Birimi

Bilgi için:Nazire AŞIK

Faks No:

Unvan:EBE

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

Telefon No:0 462 234 11 11 \ 1954

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 49016390-9d1d-4c90-8952-5bdf2fc596f2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

TRABZON İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

BİLİMSEL ÇALIŞMA DEĞERLENDİRME İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

KARAR TARİHİ : 3

KARAR NO : 04.04.2017

Gündem : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyra KOÇASLAN'ın "Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakî Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması ile ilgili izin talebi Bilimsel Çalışma Değerlendirme inceleme Komisyon kararı 06/04/2017 tarihinde sonuçlanmış olup; toplantı konusu ve sonucu aşağıda belirtilmiştir.

Konu : Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyra KOÇASLAN'ın "Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakî Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını 20.03.2017-20.05.2017 tarihleri arasında Birliğimize bağlı T.C S.B Trabzon KHB SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Vakfıkebir Devlet Hastanesi, Sürmene Devlet Hastanesinde uygulama talebi yazı ekindeki Başvuru Formu ile belirtilmiştir.

Sonuç : İlgili çalışma, Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları ve T.C S.B Trabzon KHB SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Sürmene Devlet Hastanesi, Vakfıkebir Devlet Hastanesinin uygun görüşleri doğrultusunda, Sağlık Tesisi Yönetimine araştırmaya başlamadan 1(bir) gün öncesinde bilgi verilmesi, araştırmacının Sağlık Tesisi Eğitim/Eğitim Ar Ge Birimi Koordinatörlüğünde başlatılması, Sağlık Tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımın gönüllülük esasına uygun olacağı, kişisel verilere /özel hayata özen gösterilmesi çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla; uygulama izni verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

İş bu tutanak Komisyonumuzca imza altına alınmıştır.

Uzm. Fatma ÇOLAK
Eğitim Ar Ge Birimi
Sorumlusu

Ecz. Selim SEYİS
Malî Hizmetler Başkanı

Uzm. Dr. Cevahir ARDOĞ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Dr. Mustafa HAKYEMEZ
İdari Hizmetler Başkanı

Başkan

04/04/2017

10.5. Ek 5. Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Grup Soru Dağılımı

OTONOMİ
10. Hastaların bakımında kesin ilkeler 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 bakımın hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı / tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarının 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.
YARAR SAĞLAMA
2. Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.
5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM
1. Hemşire 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 olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
30. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.
ÇATIŞMA
9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşıyorum.
11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.
UYGULAMA
4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşirelerin 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.
ORYANTASYON
7. İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
13. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
22. İyi bir bakımın hasta katılımını içerdiğine inanırım.

11. ETİK KURUL ONAYI



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

Sayı : 24237859-150
Konu: Etik Kurul onay belgesi

13/03/2017

Sayın; Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ
Hemşirelik Esasları ve Yönetim ABD.

"Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakı Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" başlıklı etik kurul 2017/ 18 protokol numaralı tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 5403

Faks: +90 (462) 325 2270

Elektronik Akl: www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat

Şerafettin YILMAZ

e posta:

serafettinyilmaz@ktu.edu.tr

**KTÖ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlaki Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2017/ 18		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları ve Yönetim		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Sümeyra KOÇASLAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

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

Sayfa 1

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2	Tarih: 06/03/2017
	Doç.Dr.Birsel Canan DEMİRBAĞ'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Sümeysa KOÇASLAN'a ait "Palyatif ve Nöroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Ahlakî Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2017/ 18 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

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

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

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı	KOÇASLAN, Sümeyra
Uyruğu	T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri	24.02.1990 Mardin
Medeni Hali	Evli
Telefon	0 462 341 56 56
E- Posta	february1990@hotmail.com
Yazışma Adresi	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Üniversite Mah. Farabi Cad. No:88

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Trabzon Sağlık Yüksek Okulu	2014
Lise	Yunus Emre Lisesi	2006

AKADEMİK/ MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre Yıl – Yıl
Hemşire	Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Hemşirelik Esasları ve Yönetim