

**T. C.  
ULUDAG ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRE VE EBELERİN KİŞİSEL OLARAK EKSİKLİKLERİ  
GİDERME TUTUMUNUN ETİK AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Nevin UTKUALP**

**(DOKTORA TEZİ)**

**Bursa-2015**



T. C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRE VE EBELERİN KİŞİSEL OLARAK EKSİKLİKLERİ  
GİDERME TUTUMUNUN ETİK AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Nevin UTKUALP

(DOKTORA TEZİ)

Danışman: Doç. Dr. M. Murat CİVANER

Bursa-2015

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Deontoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora öğrencisi Nevin Utkualp tarafından “Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Eksiklikleri Giderme Tutumunun Etik Açısından Değerlendirilmesi” konulu Doktora tezi ...../...../.....günü, .....-..... saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

**Tez Danışmanı**

Üye

Üye

Üye

Üye

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı toplantısında alınan ..... numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Metin PETEK  
Enstitü Müdür

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
ÖZET .....	IV
SUMMARY .....	V
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Temel Kavramlar .....	3
2.1.1. Etikle İlgili Kavramlar .....	3
2.1.2. Hak Kavramı.....	5
2.1.3. İnsan Hakkı.....	5
2.1.4. Sağlık Hakkı .....	6
2.1.5. Hasta Hakları .....	6
2.1.5.1. Sağlıkta Eşitlik.....	6
2.1.5.2. Sağlıkta Eşitsizlik .....	7
2.1.6. Tıp Etiği.....	7
2.2. Meslek Tanımları.....	8
2.2.1. Hemşireliğin Meslekleşme Süreci .....	8
2.2.1.1. Hemşirenin Sorumlulukları .....	11
2.2.1.2. Hemşirenin Rollerini .....	12
2.2.1.3. Hemşirenin Mesleki İşlevleri .....	14
2.2.2. Ebelik Mesleği (Görev Yetki ve Sorumluluklar) .....	17
2.2.2.1. Ebelerin Görev ve Yetkileri.....	19
2.2.2.2. Ebelerin Sorumlulukları .....	20
2.3. Meslek Etiği.....	20
2.3.1. Hemşirelik Etiği.....	22
2.3.1.1. Hemşirelikte Meslek Etiği.....	23
2.3.1.2. Hemşirelik Bakım Etiği .....	23
2.3.1.3. Türk Hemşireler Derneği (THD) Etik Kodları .....	25
2.3.1.4. American Nurses Association (ANA) Uygulama Kodları .....	27
2.3.1.5. International Council of Nurses (ICN) Hemşirelik Uygulama Kodları .....	28
2.3.2. Ebelikte Meslek Etiği .....	30
2.3.2.1. Ebelikte Etik Kodları .....	30
2.3.2.1.1. The Midwives Alliance of North America (MANA) Etik Değerleri .....	30
2.3.2.1.2. American College of Nurse-Midwives (ACNM) Etik Kodları .....	31
2.3.2.2. International Confederation of Midwives (ICM) .....	31
2.3.2.3. National Association of Certified Professional Midwives (NACPM) .....	31
2.3.2.4. Ebelik Meslek Değerleri.....	32
2.3.2.5. Ebelikte Etik İlkeleri.....	32
2.4. Sağlık Bakım Uygulamalarında Etik İkilemleri .....	32
2.4.1. Hemşirelik Uygulamalarında Yaşanan Etik Sorunları ve İkilemleri.....	34
2.5. Sağlık Ekibinin Görev ve Yetkilerinin Uygulanması ile İlgili Sorunlar .....	35

2.5.1. Mesleksel Nedenler .....	37
2.5.2. Eğitimsel Nedenler .....	38
2.6. Sağlık Bakım Politikaları ve İlgili Yasal Düzenlemeler .....	41
2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm .....	41
2.6.2. Kamu Hastaneler Birliği.....	42
2.6.3. Genel Sağlık Sigortası .....	48
2.6.3.1. Sağlıkta Uygulama Tebliği.....	49
2.6.3.2. Güvencesizleştirme.....	49
2.6.3.3. Performansa Dayalı Ödeme.....	50
2.6.3.4. Taşeronlaşma .....	50
2.7. Sağlık Politikaları ve İlgili Yasal Düzenlemelerin Hemşirelik ve Ebelik Mesleğine Etkileri.....	51
2.7.1. Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Mesleğe Etkileri.....	51
2.7.2. Sağlıkta Dönüşümün Hemşire ve Ebelere Etkileri .....	51
2.8. Tezin Amacı .....	52
3.GEREÇ ve YÖNTEM .....	53
3.1. Araştırmanın Evreni .....	53
3.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler .....	53
3.3. Veri Toplama Aracı.....	53
3.4. İzin ve Onaylar .....	55
3.4.1. Etik Kurulu Onayı .....	55
3.5. Verilerin Analizi .....	55
3.6. Zamanlama .....	56
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	57
4. BULGULAR .....	58
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirmesi .....	74
5.1.1. Çalışma Şekli.....	74
5.1.2. Eğitimsel Nedenler .....	74
5.1.3. Mesleki Uzmanlaşma.....	75
5.1.4. Mesleğini Seçme Durumu .....	77
5.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Sorumlulukları Bilme Durumları.....	78
5.3. Katılımcıların Sağlık Ekibinde Görev İhmalı Olduğunda Üstlenme Tutumları.....	79
5.3.1. Görev İhmalini Tamamlama Tutumunun Meslek Ahlakı Yükümlülükleri Yönünden Değerlendirilmesi .....	80
5.3.2. Görev İhmalini Tamamlama Tutumunun Sağlık Hizmeti Açısından Doğurduğu Etik Sorunları.....	82
5.3.3. Görev İhmalini Tamamlama Gereğesinin Meslek Ahlakı Yükümlülükleri Yönünden Değerlendirilmesi .....	85
5.4. Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Eksiklikleri Kişisel Çaba ile Tamamlama Tutumunun Meslek Ahlakı Açısından Tartışılması.....	87
5.5. Sağlıkta Dönüşüm'ün Meslek Ahlakı Açısından Etkileri .....	90
5.6. Katılımcıların Etik Sorunlarının Çözümü ile İlgili Görüşleri.....	93
5.7. Etik Duyarlılığı .....	96
5.7.1. Etik Duyarlılığı ve Eğitim .....	99

5.8. Tezin Genel Tartışması.....	100
5.8.1. Katılımcıların Görev Üstlenme Tutumu.....	103
5.8.1.1. Sağlık Ekibindeki Farklı Meslek Üyelerinin Görevini Üstlenme Tutumu.....	104
5.8.1.2. Sağlık Ekibindeki Aynı Meslek Üyelerinin Görevini Üstlenme Tutumu .....	105
5.8.2. Katılımcıların Kişisel Olarak Eksik Malzemeleri Tamamlama Tutumu.....	106
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	109
6.1. Sonuçlar .....	109
6.2. Öneriler.....	110
7. EKLER .....	113
Ek 1 .....	113
Ek 2 .....	114
Ek 3 .....	120
Ek 4 .....	123
Ek 5 .....	125
Ek 6 .....	126
Ek 7 .....	128
Ek 8 .....	132
8. KAYNAKLAR .....	139
9. TEŞEKKÜR .....	147
10. ÖZGEÇMİŞ .....	148

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hemşire ve ebelerin görev ihmalini ve eksik malzemeleri tamamlama davranışlarının tıp etiği açısından değerlendirilmesidir.

Araştırmanın evrenini, Bursa il merkezindeki kamu hastanelerinde Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili birimlerde (Doğumhane, Klinik, Acil Birimi, Yeni Doğan Yoğun Bakımı) çalışan 330 hemşire ve ebe grubu oluşturmuştur. Araştırmaya 289 ebe ve hemşire katılmıştır. Veriler, demografik özellikler ile çalışma durumuna ilişkin özellikleri içeren veri formu ve ‘Ahlaki Duyarlılık Anketi’ (ADA) aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Pearson Ki-Kare ve Fisher Kesin Ki-Kare testleri kullanılmıştır.

Katılımcıların %56.8’i sık sık, %24.8’i bazen, % 9.7’si her zaman “sağlık ekibinin herhangi bir üyesi görevini ihmal ettiğinde bu görevi tamamlama tutumunu sergilediğini” ifade etmiştir. Katılımcıların %10.0’ının, hastaların sağlık giderleri karşılanmadığı durumlarda sağlık çalışanlarının kişisel çabalarla sınırlı kaynakları tamamlamaya çalıştıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %17.3’ü “kendi cebinden ya da aralarında para toplama”, %24.2’si “hastanenin başka bölümlerinden karşılama”, %20.2’si “başka hastaların sarf malzemelerinden idare etme” gibi kendince riskli çözümler bulmaktadır.

Meslek ahlakı açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların başkasının ihmal ettiği görevi tamamlamasının etik açısından haklı çıkarılamayacağı, bu tutumun süreklilik kazanmasının sorunların artmasına neden olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Acil durumlar dışında, katılımcıların tamamlama sorumluluğunun etik açısından doğru olmadığı, hatalı uygulamalara neden olacağını düşünülmektedir. Tüm bunlar hastaların olumsuz yönde etkilenmesine neden olacaktır.

Hemşire ve ebelerin tutumlarından kaynaklanabilecek sorunların oluşmasını önlemek için hemşire ve ebelere eğitim verilmesi yararlı olabilir. Ayrıca, sağlık ekibi üyelerinin görev tanımlamaları daha iyi yapılmalıdır. Daha önemlisi, sağlık hakkı gereğince sağlık hizmetlerinin toplumdaki her bireyi kapsamı sağlanmalı, hizmetler gereksinime göre sunulmalıdır. Sözü edilen sorunlar ancak bu şekilde tümüyle ortadan kaldırılabilecektir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Ebe, Etik, Meslek ahlakı, Görev tamamlama, Kişisel çaba

## SUMMARY

### **Ethical Evaluation of Nurses' and Midwives' Attitudes of Undertaking the Duties of Other Health Care Team Members**

The aim of study was to ethically evaluate nurses' and midwives' attitudes related to undertaking other health care personnels' duties and finding medical supplies when they are not reimbursed by patient's social security.

The participants were 330 nurses and midwives who were employed at several departments such as delivery room, neonatal intensive care unit, emergency obstetrics, and obstetrics service in public hospitals in the city center of Bursa. The sample group for this study are the nurses and midwives who voluntarily accepted to participate in this research. Data were collected through a data collection form developed by their researcher. The form included demographic variables of nurses and midwives. SPSS 16.0 were used for statistical analysis and results were given in numbers, percentages, Pearson chi-square test, Fisher Exact chi-square test, and standard deviation.

The results show that 56.8 % of the participants often, 24.8% sometimes, 9.7% always tend to undertake the duties which are neglected by other members of the health care team and 8.6 % indicated that they never do it. In terms of professional ethics, the participants' tendency to undertake the other members' duties seems not appropriate legally and ethically and this also might lead much more ethical problems. 10% of the participants indicated that they try to compensate the health care expenses when the patients have limited sources and need help. The participants found some risky solutions to that problem and stated that they either "pay these expenses on their own or collecting money from their colleagues" (17.3%), or "provide from other departments" (24.2%), or "make do with the other patients' medical consumables" (20.2%). With regard to professional ethics, the persistence of these attitudes seems to establish a ground for ethical problems. The participants' tendency to undertake the other members' duties seems not appropriate ethically except for emergencies and will cause incorrect applications. The patients will adversely affected by of these applications.

Problems caused by nurses or midwives' attitudes towards patients may be simply prevented by giving training courses. Besides, the roles of the healthcare team members



must be clearly defined. Also, in accordance with the human right to health every member of the society must be given access to health care according to their needs. In this way the problems mentioned above may be solved completely.

**Keywords:** Nurses, Midwives, Ethics, Professional morality, Attitude

## 1. GİRİŞ

Bilimsel ve teknik gelişmelerin hızlı ilerlemesine paralel olarak hemşirelerin ve ebelerin rol ve fonksiyonları genişlemiştir. Sağlık alanında değişimin sürekliliği ve güncellenen bilgilerle birtakım değer sorunları ortaya çıkmış; bu sorunlar eğitim kurumlarında kazandırılan bilgi, beceri ve tutumların yetersiz kalmasına neden olmuştur.

Günümüzde yaşanan bu değişim ve gelişmeler, sağlık çalışanının sadece bilinenler konusunda değil, aynı zamanda gelecekte karşılaşılabileceği bilinmeyenlere ilişkin birçok konuda hasta için en doğru kararı vermesini gerektirmektedir. Etik açısından duyarlı, ahlaki açıdan onaylanabilir bakım sunabilen hemşirelere ve ebelere çok büyük ihtiyaç olduğu görülmektedir. Aytekin'e (1) göre giderek karmaşık hale gelen sağlık hizmeti içerisinde bakım hizmetleri, profesyonel karar verebilen ve bu kararları uygulamalarına yansıtan yalnızca önsezi ya da vicdani temele değil nesnel, ahlaki, mesleki değer ve ilkelere dayalı olmalıdır. Hastaya nitelikli ve yeterli sağlık hizmeti verebilmek için etik bilgisine sahip olmanın ve kararları etik ilkelere dayalı olarak verebilmenin öneminin giderek daha da arttığı vurgulanmıştır.

Hemşirelik ve ebelikte işlev ve rollerin değişmesine karşın Orgun (2) her iki mesleğin de toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumakta olduğunu vurgulamaktadır. Dinç'e (3) göre hemşirelerin ve ebelerin etik açısından sorunlu durumlarla karşılaştıklarında nasıl bir tutum seçtiklerinin anlaşılması, toplum sağlığının yükseltilmesi açısından önemlidir.

Sağlık bakım hizmetleri, doğası gereği birçok sağlık disiplininin hastayı bütün olarak değerlendirebilmek, tedavi ve bakımda en doğru kararı verebilmek amacıyla birlikte çalışma ve ortak karar vermeyi gerektirmektedir. Terakye ve Ocakçı (4) Hemşirelik ve Ebelik hem bağımsız hem de sağlık ekibi işbirliği içinde aldığı rollerle, sağlıklı veya hasta her yaştan bireylere, ailelere, gruplara ve topluma bakım veren profesyonel meslek gruplarıdır.

Ülkemizde 2002 yılından itibaren sağlık sistemine getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile, sağlık hizmetlerindeki tüm örgütsel yapı, çalışma koşulları ve istihdam biçimleri yasal düzenlemelerle değiştirilmiş ve kamusal sağlık hizmetlerinde sağlık ekip anlayışı da değişmiştir. Sürekli bir arada olan meslek grupları, birbiriyle dayanışmadan uzak, mesleksen performans ölçütleri peşinde ve kadroya dayalı güvenceli çalışma

sisteminden sözleşmeli istihdam biçimine geçmeleri ile birbirlerine yabancılaşarak kendi varlıklarını sağlamlaştırmaya çalışmaktadırlar. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, toplumun talebi ile birlikte etik sorunlarını çoğaltmıştır. Hemşirelerin ve ebelerin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunları, hastaların bakımı ve tedavileri konusunda ekibin diğer üyeleri ve kurum ile farklı yaklaşımların bulunması, hasta haklarının korunması, sınırlı kaynakların paylaşılması, meslektaşların etik dışı tutumlarının bulunmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bireylerin en temel insan hakkı olan “sağlık hakkı” alabilmesinin önüne bazı engeller karşımıza çıkmaktadır. Bu sağlık modeli ile birlikte uygulamaya konulan katkı payı, performans sistemi, güvencesiz çalışma koşulları gibi düzenlemeler sağlıkta eşitsizliği artırmaktadır. Ayrıca SDP'nin uygulanması ile birlikte konulan performans kriteri sağlık ekibindeki iş birliğinin ve iş barışını bozan, hemşire ve ebelerin iş yükünün arttıran, çalışanların özlük ve ekonomik haklarında gerilme gibi önemli sorunları barındıran bir sağlık modeli oluşturulmuştur. Bu noktada yukarıda sıralanan sorunların toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Hemşirelerin ve ebelerin en çok yaşadıkları etik ikilemler, sağlık ekibindeki meslek üyelerinin etik dışı tutumları ve hasta bakımında sınırlı kaynakların kullanımınıdır. Oysa bu ikilemler karşısında sağlık çalışanı olan hemşireler ve ebeler, bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorundadır ve bu nedenle de karar verme durumunda kalmaktadırlar. Ancak etik karar verme, etik duyarlılığın gelişimi ile ilişkilidir. Tosun'a (6) göre etik duyarlılıkta bakım esnasında ortaya çıkan belirsiz durumlarda karar verme; etik hareket etmek için etik kodlar, eleştirel anlayış, hizmet yılı, etik bilgisi, bireyin var olan kendi bilgisi ile sonuçları öngörebilme yeteneği etkilidir.

Geçmişten günümüze hemşire ve ebelerin sürekli olarak sağlık sisteminin eksikliklerinden kaynaklanan hastada ortaya çıkabilecek potansiyel zararları fark etmeleri sonucu başkalarının işlerini ve malzeme eksikliklerini tamamlama eğilimine girdiği bu nedenle de iş yüklerinin arttığı görülmektedir. Diğer taraftan, bu tutumun meslek ahlakı açısından hangi koşullarda haklı çıkarılabileceği önemli bir sorun alanı oluşturmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Temel Kavramlar

#### 2.1.1. Etik ile İlgili Kavramlar

**Etik:** “Etik” sözcüğü Yunancadan gelmektedir ve günümüzde “insan tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönden değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (4). Yıldırım ve Kadioğlu (6) etiğin insanın toplum içerisindeki kurallara göre davranışlarını, tutumlarını etkilediğini, bu etkilerin başkalarına da tesir eden sonuçları olduğunu ve bunların düşünme süreçlerini biçimlendirdiğini vurgulamaktadır. Bu vurguda özetle insan davranışları çerçevesinde iyinin ne olduğu ve nelerin iyi olduğu, insani ideal davranışların ve toplumdaki insan ilişkileri ile ilgili kuralların önemli olduğu, meslek uygulayıcılarının o alana özgü kurallara göre hareket etmesi gerektiği belirtilmektedir. Erdemir’in yazısında (7) etiğin amaçları arasında insan pratiğini ahlak açısından aydınlatma, ahlaki eylemin insanın keyfi bir eylemi olmasının aksine insan varlığı için gerekli ve vazgeçilmez olduğunu gösterebilme ve insanı sevmeyi öğretebilme gibi konulardan söz edilmektedir.

**Etik Değeri / Etik İlkesi:** Tosun’un yazısında değerler, (6) sağlık alanının temel öğeleridir. Değerler kişisel ve mesleksi olabilmektedirler. Kişisel değerler, bireyin düşünme sistemi; düşünme, gözlem ve geçmiş deneyimlerle şekillenmekte, her bireyin günlük yaşamında davranış biçimlerine, konuşmalarına, davranış ölçütlerine ve bireyin yaşamındaki seçimleri üzerinde belirleyici olmaktadır. Altun’a göre (8) profesyonel değerler; meslek üyelerinin belli bir mesleğe yönelik oluşturdukları ilke, kural, standartlar bütünüdür. Tıp etiğinde etik ilkeler, çeşitli tanımlamalar ve değerlendirmeler etik sorunlarının çözümünde önemli role sahiptir. Etik sorunlarının çözümünde belirli bir davranışın neden yapıldığı veya neden yapılmaması gerektiği, mantıksal olarak gerekçelendirilir ve verilen tüm sağlık hizmeti etkinliklerini içine alır. Bu ilkeler, meslek etiğinde rehber olarak ele alınmaktadır. Ancak bunları tam ve kesin ölçü birimi olarak görmek doğru değildir. Elçioğlu ve Kırımlıoğlu’ya göre (9) tıp etiğinde bugün sıkça kullanılmakta olan ilke kavramı, aslında tarihsel süreç içerisinde Hipokrat’a kadar uzanmaktadır.

Tıp etiğinde temel, evrensel gibi adlarla anılan bu ilkelerin ortak amacı, sağlık hizmeti sunarken doğru hareket etme ve bireyi koruma yükümlülüğüne sahip olmaktır.

**Ahlak Kuralı - Etik Kodu:** Ahlak kuralları, davranışların kabul edilebilir olması için belli standartlar çerçevesinde minimum özellikleri barındıran düzenlemelerdir.

Etik kodu, (5) belirli bir konudaki ahlaki kurallar grubunu tanımlar. Etik kodlar meslek üyesinden beklenen ahlaki davranışları tanımladığını Potter ve Perry(10) tarafından belirtilmektedir. Kurallar, ilkelerin pratiğe yansıyan düzenlemeleridir ve temel işlevleri uygulamaların istenir özellikte olmasını sağlamaktır.

**Etik Sorunu - Etik İkilemi - Etik İhlali:** Etik sorunları, Arabacı ve arkş. (11) mevcut durum ile istenilen durum arasındaki farklılıklar olduğunda ortaya çıkan durumlardır. Etik sorun genel bir durum olup çerçevesinde “ikilem” ve “ihlal” gibi iki grup bulunmaktadır. Elçigil ve ark. (12) göre, etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken koşulda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanır. İkilemde eşit derecede çelişen iki seçenek arasında seçim yapılmasıdır. Seçeneklerden hiçbiri doğru ya da yanlış değildir, fakat yapılan seçim sonrasında da kişilerde önemli sonuçlara yol açacaktır. Etik ihlali ise insanlar arasındaki ilişkileri düzenleyen ilkelere uyulmaması ve tedbirli davranılmaması, kuralların çiğnenmesi anlamına gelmektedir. İhlal, mevcut şartlarda makul olan hizmet ve bakımı yapamamak, uygulanması gereken ilkeleri yerine getirmeyerek standartlardan sapmaktır.

**Etik Boyutu - Etik Duyarlılığı – Etik Kaygısı:** Etik ilişki, insanların birbirleriyle değer sorunlarının söz konusu olduğu ve eylemde bulunduğu ilişki olarak tanımlanır. Bu çerçevede insan ilişkilerinde etik duyarlılığı ve etik kaygısı kavramlarının gelişimi bilgi ve deneyim gerektirir. Etik duyarlılığı, bir anlamda etik sorununu saptama, sorunu çözme ve etik ikilemini önleyebilmektir. Etik kaygısı, önem vermekle yakından ilişkili olup bireyin olayda etik sorunu bulunduğu yönünde bir tasa içerisinde olmasıdır (13).

**Etik Duyarlılığı:** Sağlık çalışanlarının etik duyarlılığı (5), bireyin hastalığı ile ilgili deneyimlerini anlamasına temel oluşturmaktadır. Duygular, bir değeri ortaya çıkaran en önemli unsurlardır. Tosun (5), yazısında etik duyarlılığın “bir başkası için var olma” sorumluluğunu hissetmeyi gerektirdiğini ve bunun yanı sıra “onun yanında olma” yaklaşımı ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bu çerçevede sağlık çalışanlarının gözlemleri ve empatiye dayalı yaklaşımları büyük önem kazanmaktadır. Diğer bir ifadeyle; etik duyarlılığı, insan sağlığı ile ilgili durumları, istek ve gereksinimleri tanıma ve

bunlara uygun bir şekilde yaklaşma becerisidir. Etik duyarlılığı kültür, din, eğitim ve yaşam deneyimlerinden etkilenir. Etik duyarlılığı(8) , ilgi duyumsaması ile yakından ilişkili bir kavramdır.

### **2.1.2. Hak Kavramı**

Hak kavramı, toplumsal yaşantıda ayrıcalıkları onaylayan (eşitsizlikçi) ya da ayrıcalık olgusuna karşı geliştirilen (eşitlikçi) bir düşünce olarak doğup gelişmiştir. Hak sahibi kavramı, hukuk düzenine göre genellikle irade sahibi olan ve bu düzenin içinde hakkı tanınan ve korunan bir varlıktır. İnsan hakları kavramı ve öğretisinin ana eksenini ve amacı olan insan, hak sahibi olan kişidir (7).

### **2.1.3. İnsan Hakkı**

Hak, bir kimseye hukuk düzeni tarafından tanınmış yetki olarak tanımlanabilir ve özel hukukun merkez kavramıdır (7). Tıbbi müdahalelerdeki insan hakkı, kişinin kişisel bir değer olarak beden bütünlüğü üzerindeki ahlaki açıdan önem taşır. Kişilik hakkı, kişiliği oluşturan değerlerin tümü üzerindeki hak olarak bilinir. Kural olarak sağlık kazandırıcı ya da bir hastalık veya sakatlığı giderici nitelikteki tıbbi müdahalelere izin verebilmesi olasıdır (9). Etik, konuların tartışılmasında öncelikle insan haklarının korunmasına odaklanır. İnsan hakları, tüm insanların sahip olduğu temel hak ve özgürlüklere denir. İnsan hakları; ırk, din, dil ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm insanların yararlanabileceği haklardır. Bu hakları kullanmakta herkes eşittir. Diğer yandan *insan hakları* terimi bir ayrıcalığı da içerir. Bu ayrıcalık insana hukuk devleti tarafından tanınmış yetkidir (7-9).

İnsan hakları, tüm insanların hak ve saygınlık açısından eşit ve özgür olarak doğduğu anlayışına dayanır. Arda'nın (14) yazısında bu özgürlüklerin başkalarının haklarına saygılı olmak ve bu hakları çiğnememe zorunluluğu ile dengelendiğinden söz edilmektedir. Bir başka deyişle, birçok hakkın yanında bir sorumluluk da bulunmaktadır. Bu kavram ile ilgili Birleşmiş Milletler tarafından 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (The Universal Declaration of Human Rights) yayınlanmıştır. 10 Aralık 1984 tarihinde ülkemiz tarafından da kabul edilen 30 maddelik bölümü de imzalanmıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesine göre "herkesin gerek kendisi gerek ailesi için tıbbi

bakıma, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine sahip olmaya ve hastalık hallerinde güvenliğe hakkı vardır” (8-9).

#### **2.1.4. Sağlık Hakkı**

Sağlık hakkı, kişilerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmeyi isteme hakkıdır. Uluslararası hukuk belgelerinin yanı sıra bazı devletlerin anayasasında da düzenlenmiş sosyal bir haktır (7). Elçioğlu ve Kırımlioğlu yazısında (9) sağlık hakkının devletçe korunmasının ve gerektiğinde sağlık gereksinimlerinin karşılamasının devletin zorunlu olarak karşılaması gereken bir hak olduğunu vurgulamaktadır.

#### **2.1.5. Hasta Hakları**

Sağlık hakkına Türk hukukunda 1961 yılı Anayasasının 49. maddesinde “**devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla ödevlidir**” şeklinde devlet açısından pozitif yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir (7). Arda’ya (14) göre “Hasta hakları, bireylerin geçirdikleri/geçirmekte oldukları hastalıklarından dolayı bu süreçte tanı konma esnasında, izleme esnasında sözü edilebilecek haklardır.” Kurum seçme hakkı, sağlık personeli seçme hakkı, hastalığın tedavisi süresince yapılan girişimlerin tümünden bunların avantaj ve yan etkilerinden haberdar olma hakkı, tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilme ve onam verme hakkı, tedaviyi reddetme hakkı vs. hasta haklarından bazılarıdır. Dünyada 1981 yılında Lizbon’da Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği 1998 yılında yayınlanmıştır. Böylece Türkiye “Sosyal Şart”ı onaylayan on altıncı ülke olmuştur. Sosyal Şart içerisinde güvenlik ve sosyal yardıma ilişkin haklar, sosyal ve tıbbi yardım hakkı gibi konular yer almaktadır. Çobanoğlu’nun (15) bir yazısında, hasta haklarının hemşire hasta arasındaki ilişkide hastalığı nedeniyle vücut veya psiko-sosyal yapısında bozulma olan bireyin her durumda gözetilmesi gereken haklarını hemşireye sorumluluklar yükleyerek güvenceye alındığı belirtilmektedir.

##### **2.1.5.1. Sağlıkta Eşitlik**

Sağlıkta eşitlik Çobanoğlu (15) tarafından sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık hizmeti almadaki farklılıkları mümkün olan en düşük seviyeye indirmek ve önlenebilir bir nedenle hiç kimsenin sağlığa ulaşmada dezavantajlı olmamasını sağlamaktır.

Öncel, (16) sağlık hizmetlerinde eşitliği benzer gereksinimler için sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik ve eşit kullanım, herkese eşit nitelikte hizmet olarak tanımlamaktadır. Sağlıkta eşitliğin amacı, kısaca sağlık düzeyinde farklılıkları ortadan kaldırmak değil sağlık düzeyinde farklılıklara yol açan, önlenemez ve adil olmayan faktörleri azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır.

#### **2.1.5.2. Sağlıkta Eşitsizlik**

Sağlık hizmeti (16) kullanımını ve dağılımında var olan doğal nedenlerin dışında toplumsal nedenlerden kaynaklanan, önlenemez ve önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır.

#### **2.1.6. Tıp Etiği**

Tıp Etiği, Sağlık Bakanlığı (17) tarafından tıp/sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönünden değerlendirilmesi etkinliği” olarak tanımlanmaktadır. Yıldırım’a (18) göre tıp etiği, etik sorunlarının çözümünde olduğu gibi etik sorunu içermeyen tıbbi eylemlerin yürütülmesi sırasında da devreye girmektedir.

Tıp etiği hekimin hastaları, meslektaşları ve toplum ile olan ilişkilerinde değerlerin rolünü inceleyen, bunların meslek kimliği içerisindeki yerini ve işlevini vurgulayan bir eğitim süreci olarak tanımlanmaktadır (7). Hekim hastalarla olan ilişkilerinde hastalara yardım etme, hastaya zarar vermeden ya da hasta iradesine karşı bir davranışa girmeden onun sağlığını korumak ve hastalık durumunda iyileştirmek için gereken araç ve yaklaşımlara başvurmak.

Oğuz’a (19) göreyse “tıp etiği, tıp uğraşının değişik yönlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan değer sorunlarının, çatışmalarının tartışıldığı, açıklığa kavuşturulduğu, çözüm yollarının bulunmaya çalışıldığı bir etkinliktir”. Bunun yanı sıra klinik tıptaki ve tıp araştırmalarındaki değerlerle ilgili boyutun ele alındığı, değer sorunlarının tartışıldığı, mesleki davranış normlarının oluşturulduğu alan olduğunu söylemek olanaklıdır.

Klinik uygulamalarda etik ikilemlerle (6) ilgili pek çok örneğin yaşanmasının nedeni temel meslek değerleri arasında çatışma bulunmasıdır. Bu tarz problemlerin çözüm sürecinde temel etik ilkeleri kapsamında insan haklarını göz ardı etmeden en fazla değer korunduğu seçeneğe yönelmeye dikkat edilmelidir.



## **2.2. Meslek Tanımları**

Yıldırım'a (18) göre meslek, kişinin algı tutumu, alışkanlıkları, yaşam anlayışı ve değerlerinin şekillenmesinde önemli rol oynar. Meslek kimliği kazanmanın temel ölçütü, özel bir eğitimle kazanılmış ve toplumun hizmetine sunulmuş entelektüel bir bilgi ve yöneme sahip olmaktır (17). Velioğlu'na göre (24) profesyonel meslek, güçlü bir kuramsal temele dayanan ve sadece onu elde etme yeteneği bulunan bireylerin ulaşabileceği özelliğine sahip sistematik bilgiden oluşur. Sistematik ve özel bir bilgiye sahip olmanın yanı sıra etik kurallar ve meslek standartlarından oluşmalıdır.

### **2.2.1. Hemşireliğin Meslekleşme Süreci**

Yıldırım (20) makalesinde 1900'lü yıllarda ortaya konan Meslek Sosyolojisinde mesleksel özelliklerin belirlenmesinde gerekli olan kriterlerin tanımlandığını ve bu kriterlerin, bireye hizmet vermekle sonuçlanan alana özgü eğitim, hizmet karşılığı özel bir ücret, işle ilgili teknik ve yöntem sorumluluğu, belirli kuralları düzenleyen mesleki bir kuruluş, araştırma ve bilimsel verilerle oluşturulmuş bilgi birikimi, toplum tarafından uğraşıya verilen otorite ve uygulama serbestliği biçiminde sıralanabileceğini ifade etmektedir. Bu bağlamda mesleklerin tanımlanmasında gerçek meslek ve yarı meslek olarak iki kategori söz konusudur. Birol'a göre (26) mesleklerin profesyonel meslek statüsünde tanımlanabilmesi için kendine özgü bilgiye sahip, uygulamaları ile ilgili özerk karar verebilen, meslek kriterleri ve etik kuralları bulunan, toplum açısından tanınmasını sağlayan güçlü kuruluşlara sahiptir. Yarı meslek statüsünde olan mesleklerin kendine özgü bilgi yerine başka ilimlerin bilgilerini kullanan, hizmetleri ile ilgili karar verme ve meslek koşullarını belirlemede daha az otonomiye sahip, toplumsal statüleri süreci daha düşük ve güçsüz mesleki kuruluşa sahip oldukları belirtilmektedir. Dolayısıyla yarı meslek statüsünden profesyonel statüye ulaşmak yavaş bir süreçtir. Yıldırım'a (20) göre "hemşirelik disiplini" de yarı meslek statüsünden gerçek meslek özelliklerine ulaşmak için belli stratejiler uygulamaktadır. Bunlardan bazıları, temel mesleki eğitimlerini üniversite düzeyine çıkarmak, güç standartlarını yükseltmek, ileri bilgi temelini oluşturacak araştırma programlarını geliştirmek, etik kavramları oluşturmak şeklinde sıralanabilir. Aynı şekilde profesyonel otonomi için Varjus ve arkadaşlarının (22) güç standartlarını yükseltme stratejisi, mesleğe ilişkin bilimsel bilgi ve mesleki uygulamalar doğrultusunda bağımsız

karar verebilme yetkisi olarak tanımlamaktadır. Hemşirelikte mesleki özerkliği Chitty (21) yazısında hemşirelerin profesyonel uygulamalarının mesleki uygulama standartlarına, etik kod ve ilkelerine, meslekle ilgili kural ve yasalarda karar alma sorumluluğu olarak tanımlamaktadır. Yıldırım (20) sağlık ekibinin hastaya yönelik alacağı kararlara özellikle hastaya en yakın “hemşireler ve ebelerin” katılmalarının hastanın iyileşmesinde önemli katkı sağlayacağını yazısında vurgulamaktadır.

Şentürk (23) hemşirelik mesleği tarihine baktığında esas olarak psikoloji, sosyoloji, tıp ve diğer sağlık bilimlerinden oluşturulan hemşirelik bilgisinin bağımsız olarak kendine özgü bilgi ve eylemlerini geliştirmesinin 1950’li yıllarda başlatıldığını belirtmektedir. 2002 yılında aramızdan ayrılan ülkemizin önde gelen hemşire liderlerinden Perihan Velioğlu (24), hemşireliğin doğasına ilişkin araştırmaların tıbbın ‘hastalık’ üzerinde yoğunlaşan ilgisini hemşirelikte ‘hasta insan’a yönelttiğini ancak hemşireliğin kendine özgü kuramsal çerçevesini oluşturmaya ilişkin bilgilerin henüz hemşirelik uygulamalarını güçlendirmede yeterli olmadığını belirtmektedir. Velioğlu çalışmasında (24) hemşireliğin teorik yönünün uygulamada kullanılmasına ve hemşireliğin bağımsız fonksiyonlarını işe yöneltmesine olanak veren ve hemşireliğe profesyonellik getiren sistematik problem çözme ve eleştirel düşünmeye dayalı bir yöntem olarak hemşirelik sürecinden söz etmektedir. Hemşirelik sürecinde birey kendine özgü ve değerlidir. Temel gereksinimlerinin karşılanmadığı ya da yetersiz karşılandığı durumda profesyonel kişinin müdahalesi söz konusudur ve bu müdahale bireyin kendi sorumluluğunu almasına kadar devam eder. Bu noktada özel yetenek ve becerilere sahip olan hemşirenin amacı, bireyin sağlık durumunu en iyi düzeye getirmektir. Yıldırım (20) hemşireliğin meslekleşme sürecine ilişkin günümüzdeki durum değerlendirildiğinde iki temel unsur, bilgi ve otonomi açısından sorunların tam olarak çözümediğini ifade etmiştir.

### **Hemşire Kimdir?**

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre “hemşire” hekim tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın bakımını düzenlemek, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık çalışanıdır.

Hemşirelik Türk Dil Kurumu terimler kitabında (25) hemşirenin yaptığı iş anlamına gelmektedir. Modern hemşireliğin kurucusu kabul edilen Florence Nightingale 1860 yılında hemşireliği, “hastayı iyileştirmek için hastanın çevresini düzenleme ve iyileştirme

eylemi” olarak tanımlamıştır (24). Bilimsel hemşireliğin kurucusu Nightingale’e göre gerçek hemşirelik hem bir sanat hem de bir bilimdir ve örgütlü, bilimsel ve formel bir eğitim gerektir (24). Ayrıca hemşirelik, bireyleri en iyi koşullara getirmeyi amaçlayan özellikle iyileşme sürecinde “yardım edici çevre” sağlayan bir süreç olarak Birol (26) tarafından tanımlanır. Aynı kitapta ICN’in yaptığı tanıma göre ise hemşirelik, tüm yaş gruplarındaki bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında onlarla işbirliği içinde bakım vermeyi kapsadığı ifade edilmektedir.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA: American Nurses Association) hemşireyi, sağlıklı ya da hasta bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarına göre ayırım yapmadan kendi değerleri ve kararlarına saygı çerçevesinde sağlık problemlerine yönelik mesleki uygulamalarını gerçekleştiren kişi olarak tanımlamaktadır (26). ANA’nın tanımında özellikle hemşirenin bakım uygulaması sırasında dikkat etmesi gereken mesleki değerler vurgulanmaktadır. Bu tanım ve yaklaşım, hemşireliğin yalnızca teknik bir iş olmadığını, onun değerlerle yüklü bir disiplin olduğunu ortaya koyması açısından oldukça önemlidir.

Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından da farklı yıllarda yapılan hemşireliğin tanımına Birol’un (26) kitabında yer verilmiştir. THD Eğitim Komisyonu 1981 yılında hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamıştır (28). Meslek üyeleri uygulamalarını yasaların kendilerine verdiği yetki ve sorumluluk sınırları içinde yürütürler ve uygulamaları ile ilgili hesap verme ve hesap sorma haklarını bu yasalarla elde ederler. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu disiplinler arasında hemşirelik, meslekleşme sürecine tamamlamada diğer disiplinler kadar hızlı yol alamamıştır. Ancak mesleğe özgü bir yasaya sahip olması onu diğer disiplinlerden bir adım önde ve ayrıcalıklı kılar.

Hemşirelik Kanunu’nun 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşire; “bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli” olarak tanımlanmıştır (35). Türk Hemşireler Derneği (27) ve Hemşirelik Kanunu’ndaki tanımlarda hemşireliğin hizmet verdiği alanlar belirtilmekte ve

hemşirenin hemşirelik sürecini kullanarak problemi saptama, bakıma karar verme, uygulama ve sonuçları değerlendirme gibi mesleki bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Yukarıdaki tanımlardan anlaşılacağı üzere Nigthingale'den bu yana hemşirelik hekimliğe bağlı bir iş konumundan meslek konumuna geçmeye yönelik bir gelişim süreci yaşamaktadır. Ayrıca günümüze bakıldığında hemşireliğin daha çok özgün bir meslek olarak vurgulandığı ve hemşirenin bakıma karar verici rolü ve problem çözme yeteneğinin ön plana çıkarıldığı görülmektedir. Türk Hemşireler Derneği'nin meslek etiği ile ilgili hemşirelerin sorumlulukları ve rolleri aşağıdaki gibidir:

### **2.2.1.1. Hemşirenin Sorumlulukları**

Hemşire hizmet verdiği birey, aile ve topluma, mesleğine, meslek örgütüne ve sağlık ekibine karşı sorumlu olduğunun bilincindedir.

#### **Hemşirenin Hizmet Verdiği Birey, Aile ve Topluma Karşı Sorumlulukları (THD)**

1. Hemşirenin temel sorumluluğu, hemşirelik bakım gereksinimi olan birey, aile ve topluma yöneliktir.
2. Hemşire; birey, aile ve toplumun sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesi konularında sorumluluk üstlenir. Bu amaçla sağlık eğitim programları düzenler, düzenlenen programlara katılır.
3. Hemşire, toplumda çocuk, yaşlı, hasta, bakıma muhtaç bireyler gibi incinebilir grupların korunması ve sağlıkla ilgili gereksinimlerinin karşılanmasında sorumluluk üstlenir.
4. Hemşire; birey, aile ve topluma karşı dürüst davranır, sözünü tutar ve güvenilirliğini sürdürür.
5. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin haklarını savunacak yeterliliğe gelmelerini sağlamak üzere onları destekler.
6. Hemşire, sağlıkla ilgili yasa ve politikaların oluşturulmasına doğrudan/dolaylı olarak katılma sorumluluğunu üstlenir.
7. Hemşire, hizmet verirken yaptığı uygulamalarda bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin insanların hakları, onuru ve güvenliği ile uyumlu olmasına ve vereceği zararların önlenmesine özen gösterir.
8. Hemşire, doğal çevrenin kirlenme, yıkım ve tahribattan korunmasına yönelik sorumluluk üstlenir.

### **Hemşirenin Mesleki Sorumlulukları (THD)**

1. Hemşire, mesleki uygulamalarının sorumluluğunu üstlenir.
2. Hemşire, mesleki uygulama standartlarının geliştirilmesine katkıda bulunur ve bu standartlara göre hizmet verir.
3. Hemşire, araştırmalara ve kanıta dayalı mesleki bilgi birikiminin geliştirilmesinde sorumluluk üstlenir.
4. Hemşire, nitelikli bakım sağlamak için mesleki yeterliliğini sürdürmek ve yükseltmekle sorumludur.
5. Hemşire, mesleğin saygınlığını koruyan ve geliştiren davranışlarını her zaman sürdürür.
6. Hemşire, mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşma sorumluluğunu üstlenir.
7. Hemşire, mesleki örgütlenmenin güçlenmesi konusunda sorumluluk üstlenir.
8. Hemşire, meslektaşları ile onların gelişimlerini destekleyici ve ait olma duygusunu güçlendirici nitelikte profesyonel ilişkiler kurar.
9. Hemşire, tüm sağlık meslek üyeleri ile yapıcı, etkin ve sürekli işbirliği içinde çalışır.
10. Hemşire, hemşirelik öğrencilerine uygun öğrenme ortamlarının hazırlanması ve öğrencilerin desteklenmesinde sorumluluk üstlenir.

#### **2.2.1.2 Hemşirenin Rollerini**

Ay'ın (28) belirttiğine göre hemşirelerin sağlık sisteminde meydana gelen değişimlere paralel olarak gelişen rollerini üstlenebilmeleri ancak mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri ile mümkün olabilir.

Hemşirenin mesleki işlevlerini yerine getirirken bazı rolleri üstlenmesi gerekmektedir. Bunlar; bakım vericilik, eğiticilik, danışmanlık, yöneticilik, araştırmacı, işbirliği sağlayan, değişimi örgütleyen, hastanın haklarının savunuculuğunu yapan ve liderlik gibi bilinen ve beklenen rollerinin yanı sıra hemşireliğin profesyonelleşmesinde etkili olan rolleri de içermektedir. Hemşirenin rolleri, ayrıca yukarıdakilerden farklı bir biçimde işlevleri ve karar verebilme durumları dikkate alınarak da sınıflandırılabilir. Buna göre hemşirenin bu rolleri; "hekim istemine göre gerçekleştirdikleri", "diğer sağlık disiplinleri ile birlikte karar

verip gerçekleştirdikleri”, “bağımsız olarak karar verip gerçekleştirdikleri” olmak üzere üç alt bölümde ele alınabilir.

Baykara’ya (29) göre dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hemşireliğin özerkliğini sınırlayan ortak nedenler olduğunu, bunların her ülkenin geleneksel, dinsel, ekonomik, politik, sosyal ve kültürel koşullarına göre farklılık gösterebileceğini vurgulamaktadır. Erdemir ve arkadaşlarının (30) çalışmasında “hemşirelerin etik karar verme süreçlerinde daha etkin ve etkili olabilmeleri için bilgi, anlayış ve beceri olarak yeterince hazır olmaları gereklidir” denmektedir.

### **Hemşirenin Hekim İstemine Göre Gerçekleştirdiği Roller**

Hemşirenin hekim istemine göre gerçekleştirdiği rolü (30), onun yapacağı eyleme karar vermede bir başkasının yardım, destek ve rehberliğine gereksinim duyduğu işlevleri kapsamaktadır. Hemşirenin bu rolleri, hekim tarafından verilen istemlerin hastaya uygulanması ile yerine getirilir. Hemşirenin hekimin istemine göre tedaviyi uygulama rolü Hemşirelik Kanunu’nun 4. maddesinde de yer almaktadır.

### **Hemşirenin Diğer Sağlık Disiplinleri ile Birlikte Karar Verip Gerçekleştirdiği Roller**

Biol (26) tarafından hemşirenin bu bölümdeki rollerinin, tanı ve tedavi girişimlerinin sağlık ekibi üyeleri ve hasta ailesi arasında sağladığı eşgüdümünden oluşmakta olduğu vurgulanmaktadır. Bu rolü gerçekleştirirken hemşire, sağlık ekibinin diğer üyeleri ile birlikte çalışmaktadır. Hemşirenin hekimin planlamış olduğu tanı ve tedavi işlemlerine yardımcı olurken aynı zamanda bu işlemler sırasında ortaya çıkabilecek olası sorunların gelişip gelişmediğini değerlendirmek ve bu sorunların gelişmesini önleyici tedbirler almak gibi işlevleri bulunmaktadır.

### **Hemşirenin Bağımsız Olarak Karar Verip Gerçekleştirdiği Roller**

Ay’a (28) göre hemşirenin bağımsız olarak karar verip gerçekleştirdiği rolleri, tıbbi veya diğer sağlık disiplinlerinin bilgisiyle değil hemşirelikle ilgili bilimsel bilgi ve becerisi doğrultusunda karar vererek yapmış olduğu uygulamaları kapsamaktadır.

Hemşirenin bağımsız olarak karar verip gerçekleştirdiği rolleri arasında hastaya bakım verme, liderlik, danışmanlık, araştırmacılık, eğitimcilik vardır. Bu rollere ilişkin işlevleri yukarıda açıklanmıştır.

## **Sağlık Ekibi İçerisindeki Roller**

Yıldırım'a göre (31) sağlık hizmetleri, çok sayıda çalışanın birbirine bağlı işlevleri ile aynı ortamda çalışmalarını zorunlu kılan özelliği ile diğer sektörlerden ayrılır. Bu özelliğe karşın her bir disiplin, sağlık ve hastalık üzerine yoğunlaşmış, kendine özgü değerleri önde tutan tek yönlü bir mesleki eğitimden geçmektedir. Taşocak (32), sağlık çalışanlarının eğitimlerin ardından meslek üyelerinin birbirlerini ve kendi dışında diğer disiplinlerin rol ve işlevlerini, hastane örgüt sistemi içinde çalışmaya başladıklarında öğrendiklerini ifade etmektedir. Hemşireler eğitim sürecinde ağırlıklı olarak hasta ve hastalığı yönetme üzerinde kazandıkları bilgi ve becerilerini, aynı amacı taşıyan farklı disiplinleri, ekibi ve oldukça karmaşık bir sistemi yönetmek üzere kullanmak durumunda kalmaktadır. Baykara'ya (29) göre günümüzde toplumun değişen sağlık hizmeti gereksinimleri, hekim ve hemşirenin yanı sıra birçok yeni mesleğin ortaya çıkmasına olanak sağlamaktadır. Ancak sağlık ekibinin giderek artan meslek mensuplarına karşın toplum, sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamada hekim ve hemşireyi birincil düzeyde sorumlu tutan anlayışını sürdürmektedir. Bu bağlamda, toplumsal algılamamanın hemşireyi hekimle birlikte sorumlu tuttuğu bu yaklaşımda, hemşirenin tedavi sürecinde oynadığı ve hekimin yardımcısı biçiminde yüklenen rolün sürdürdüğü ve hekim hemşire ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu Baykara tarafından vurgulanmaktadır. Hemşireler ve ebeler, hekimin sağ kolu olmayı ve yardımcı personel statüsünde görülmeyi geçmişten beri reddetmiş, toplumsal algılamaların bu yönde sürmesi ise hekim hemşire ilişkilerinde çatışmaların günümüze de taşınmasına zemin oluşturmuştur.

Yıldırım'ın (33) derlemesinde hemşireliğin profesyonellekle bağdaşmayan ve rahatsızlık yaratan diğer anlamı ise bir kişinin gücü, yeteneği, bilgisi ve zamanı bir işi başarmaya yeterli olduğu halde bu yeteneklerini işin daha önemli bölümü için harcayarak işin ikinci derecede önemli olan bölümü için başka birinin görevlendirmesi ile ilgili olup sistem içinde hemşirenin tedavi planının uygulanmasına ilişkin görevi, hemşirelik bakımının sadece hekime bağlı bir bölümünü oluşturduğunu ve diğer büyük bir bölümü ise meslek üyeleri tarafından tanımlanan, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine ilişkin işlevleri içermekte olduğu belirtilmektedir.

### **2.2.1.3. Hemşirenin Mesleki İşlevleri**

Etik açısından değerlendirildiğinde mesleki profesyonelliğin etkilenmesi, hemşirelerin çok yönlü etkilenmesine, kurumu da etkileyerek kurumdaki bakım hizmetlerinin

aksamasına/niteliğinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğiyle buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır.

Yıldırım'a (34) göre 8 Mart 2010 Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamaları dışında eğitim, araştırma rolleri ile birlikte sağlık politikaları ve mevzuat çerçevesinde kararlara katılma şeklinde, önceki düzenlemelerde yer almayan önemli işlevleri de belirlenmiştir. Eğitim işlevleri içinde kendi gelişimlerini sağlamanın yanı sıra hasta eğitimi, sağlık meslek üyelerinin eğitimi ile öğrenci eğitimi yer almaktadır. Yine sağlık ve hemşirelikle ilgili bilimsel çalışmaları, planlama, araştırmalara katılma ve sonuçlarını uygulamaya yansıtma yönünde profesyonel rollerine de içerikte yer verilmiştir. 2010 yılında değiştirilen Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşireler yeni biçimli mesleki uygulamalarını betimleyen hemşirelik rollerini elde etmede uğraşlarını sürdürmeye devam edeceklerdir (35). Çünkü ülkemizde halen hemşirenin rol değişikliği, toplumun kadına öngördüğü "ideal rolün" dışına çıkma ve "eşitlik sağlama" olarak algılanmakta ve bu durum meslek dışındakileri karşı çıkmaya yöneltmektedir. Aynı şekilde toplumda kadın erkek rolleri ile ilgili değer yargılarının hekim hemşire ilişkilerine yansması, hemşirelerden kadınla özdeşleşen pasif ve bağımlı rol oynaması yönünde beklentileri sürdürmektedir. Yıldırım'a göre (36) politik yaklaşımlar, toplumun sağlık bakım hizmetlerinin niteliği ile birlikte hizmeti sunan mesleklerin gelişimleri ve rolleri üzerinde önemli ölçüde etkili olduğunu ve bu etkilenmenin özellikle sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu hemşirelik mesleki haklarının erişme yönünde çabalarını sürdüren mesleklerin yönetim, uygulama ve istihdam alanı boyutunda belirgin bir şekilde ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Ayrıca derlemesinde sağlık hizmetlerinin kapsamında hemşirelerinin birinci görevinin bireyin sağlığını geliştirilmek korumak olduğunu ve bu sorumluluğun uluslararası düzeyde kabul gördüğü vurgulamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin , temel sağlık hizmetlerinde sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi gibi profesyonel rollerini mesleki özerkliklerini daha fazla kullanabildikleri ifade edilmektedir (36).

Literatüre bakıldığında bu durum ülkemizde özellikle hekim dışı sağlık çalışanlarından hemşirelik, ebelik ve son zamanlarda acil tıp teknisyenliği üyeleri arasında belirgin bir şekilde kendini göstermektedir. Sağlık iş gücü içerisinde işinin sınırları ve uygulama alanı belirli olmayan ve söz konusu rolleri, kendileri dışında belirlenmeye çalışılan tek disiplin hemşireliktir. Sağlık çalışma ortamlarında hemşireler ve ebelerin, mesleki amaçları



doğrultusunda doğrudan hasta bakımına yönelik işlevler yerine, bakımın uzağında sistemin kendisine yüklediği işleri sorgulamaksızın uyguladıklarını vurgulanmaktadır (31, 33, 34, 37).

Topçu ve Tokaç'ın (37) yazısında hastane ortamında karmaşık süreçlerin ve çeşitliliklerin çok olmasından dolayı sağlık çalışanlarını kendi rolleri ve meslek alanları içinde kalmasını ve sınırların belirgin olmasını zorlaştırdığını belirtilmektedir. Sağlık ekibindeki rol belirsizlikleri ve rol karmaşası sağlık hizmetindeki insan gücü planlanmasındaki yetersizlikler ile birlikte disiplinler arası çatışmalara neden olmaktadır. Kocaman'a (38) göre "disiplinler arası rol karmaşasını" ortadan kaldırması beklenen önemli bir gelişme, 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Kanunu ile bu kanun hükümleri doğrultusunda hemşirelerin ayrıntılı görev tanımlarının yer aldığı, 8 Mart 2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği olmuştur. Ancak Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un geçici 23. maddesinde, hemşirelik hizmetlerinin içeriğinin yasal düzenlemelerde yerini bulması, ebe diplomasına sahip ancak tedavi kurumlarında görev yapan ebeleri, hemşirelere kanunla verilen diploma haklarından yararlanmak gibi haksız bir talebe yöneltmiştir. Yıldırım (34) yazısında mesleklerin eğitim amaçlarına uygun evrensel nitelikte tanımlanmış rollerine sahip çıkmaları yerine, farklı disiplinlerin alanları içinde var olma niyetlerinin profesyonel olmadığını vurgulanmaktadır. Aynı yazıda sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu mesleklerin güçlerini, birbirlerine karşı üstünlük kurmak üzerine değil ortak sorumluluk anlayışı içinde, toplumun güvenli sağlık hizmeti almasına yönelik politikalara yön verme amacıyla birleştirmelerinin gerekliliği Yıldırım tarafından belirtmektedir.

Türk Hemşireler Derneği (27), çalışma koşullarından ve karşılanmamış bireysel gereksinimlerin göz ardı edilmesinden kaynaklanan öfkenin iletişim örüntülerine yansımalarının ciddi bir sorun olduğunu ifade etmektedir. Derneğin ülke çapında hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili yaptığı çalışmada hemşire-hasta ilişkisi özen, ilgi, karşılıklı saygı ve hasta bireyin itibarının korunması üzerine temellendiği ve bu durumda saldırganlık ve aşağılamanın söz konusu bile olmaması gerektiği ifade edilmektedir. Aynı durum sağlık ekibi üyeleri arasındaki ilişki için de geçerlidir. Bu bağlamda en azından şu önerme yanlış olmayacaktır: "Hemşireler diğer insanlara öfke duyacak kadar, hastalarında da öfke duygusu yaratacak kadar fazla çalışmamalıdır."

Ekib içerisinde yaşanan iletişim çatışmaları, bakımın amacından uzaklaşmasına, çalışanlarda iş doyumsuzluğuna ve tükenmeye yol açarak sağlık ekibinin amaçlarına ulaşmasını engellemektedir. Dolayısıyla THD (27) çalışma sonucunda göre ülkemizdeki hemşirelerin çalışma düzeni ve kapsamındaki özelliklerin çalışanın ve bakım verilen bireyin yaşam niteliğine etkileri, yaşamsal önemi göz önünde bulundurularak yasal düzenlemeler yapılması gerektiğini ve toplumumuzda bakım hizmetlerine güvenmede, hasta haklarında ve hasta bireylerin tedavi ve bakım maliyetinde yaşanan sorunların yanında, çalışan hak ve sorumlulukları, iş kazaları, sağlık insan gücü yönetiminde yaşanan sorunların da hemşirenin çalışma saati ve koşulları ile olan ilişkisi göz önünde bulundurulması gereken önemli bir değişkendir.

### **2.2.2. Ebelik Mesleği (Görev Yetki ve Sorumluluklar)**

Daşdibi Beydilli'ye (39) göre ebe; yaşadığı ülkede onaylanmış bir ebelik eğitim programına, ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde kabul edilmiş, ebelik alanında öngörülen dersleri başarıyla tamamlamış, tescil edilmesi ve ebelik mesleğini uygulaması için yasal yetki almış kişidir.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na (43) göre ise ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan ve kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyoneldir. Ceylan (40) kitabında ebelle ilgili gelişmelerin 20. yüzyılda hız kazandığını ve Avrupa'da Hollanda'nın 1980'li yıllarda evde doğum hızının yüksekliğiyle uzun yıllardan bu yana olumlu bir örnek oluşturan ebeliğin ileri eğitimi ile ilgili programları hayata geçirerek ebelik eğitiminde önemli adımlar attığını vurgulamıştır.

Dirican kitabında (41) ülkemizde 1840 yılında tıbbiyede bir meclis kurulup Mekteb-i Tıbbiye'de sınavla ebeler alınmaya başlandığını belirtir. 1842 yılında iki yıllık ebelik kursları başlatıldı. Teorik dersleri hekimler, pratik bilgileri ebe hocalar vermeye başladı. Ebe hocalar ilk zamanlarda Avrupa'dan gelmiş ve orada esaslı ebelik eğitimi görmüşlerdi. Daha sonra bu okuldan yetişmiş ebe hanımlar da öğretmenlik yapmışlardır. 1843 yılında kadınlara mahsus olmak üzere Haseki Sultan Darüşşifası açıldı. 1847 yılında Gureba Hastanesinde Kadın Hastaları için bir bölüm açıldı. 1928 yılında 1219 sayılı Tababet Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun diplomasız ebelere doğum yaptırmasını

yasakladı (40). Dolayısıyla o dönemde ebe ihtiyacı artmış, 1928 yılında Haydarpaşa Tıp Fakültesinde ebelik okulu ortaokul mezunu kızları ebelik eğitim için almaya başlamıştır. 1985-1986 öğretim yılında YÖK, Bakanlık protokolüyle liseye dayalı iki yıllık Sağlık Meslek Yüksekokulları öğrenim programlarını uygulamaya koydu (40-41).

Ebelerin görevleri, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a dayanılarak çıkarılan 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'de belirtilmiştir (42).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na (ICM) göre ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yeni doğanın bakımını sağlayan ve kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyonel olduğu Ergin'in (43) bildirisinde yer almaktadır. Yine aynı bidiride ICM ebeyi, sağlık danışmanlığı ve eğitiminde, yalnız kadın için değil toplum ve aile için de görevli bir sağlık çalışanı olarak görmektedir. Bu görev, antenatal eğitim ve ebeveynliğe hazırlanma, cinsellik ve üreme sağlığıyla çocuk bakımını içermektedir. ICM'in Özcan (44) amacı, ebelik mesleğini geliştirmek, eğitim ve uygun kullanım aracılığıyla tüm dünyadaki kadın, bebek ve ailelere sağlanan bakımın standardını geliştirmektir. ICM kadın sağlığına yönelik amacını ve ebe üzerine odaklanmasını sürdürerek ebelik eğitim, uygulama ve araştırmalarını yönlendirecek kurallar oluşturmuştur. Bu kodlar kadını bir birey olarak kabul eder, tüm insanlar için adalet, sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitliği savunur ve temelinde tüm toplum üyelerinin saygı, güven ve özsaygıları gibi ortak ilişkileri yer alır.

### **Ebe kimdir?**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ebe; gebelikte, doğum anında, doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir (39).

Sağlık Bakanlığı'na göre ebe; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi-doğum sonrası hizmetler veren, doğum yaptıran, 0-6 yaş grubu çocuk beslenme ve aşıları yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma savaşıyla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm istatistik verileri toplayan değerlendiren kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan insani ve ahlaki davranışları ile örnek, Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur (39).

Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'ne (45) göre ebelerin görev ve yetkileri aşağıdaki gibidir:

### **2.2.2.1 Ebelerin Görev ve Yetkileri**

Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabip izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler. Bu takdirde kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri kurumca sağlanır. Baştabip tarafından doğum odalarındaki ebelerden bir tanesi doğum bölümünün sorumlu ebesi olarak görevlendirilir. Servis sorumlu hemşirelerinin görev ve yetkilerini haizdir. Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dâhilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahedelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü genital muayeneleri yaparlar, müşahedelerini bir not halinde yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler. Normal doğumları kendileri yaparlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan ya da durumunu kesin olarak tespit edemedikleri vakaları uzman hekime derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasenta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerini dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır. Ayrıca bu hususta kurum idaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler.

#### **2.2.2.2. Ebelerin Sorumlulukları**

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), Avrupa Birliği 2005 direktifleri ve Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen bilgiler, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından yapılan düzenlemeler ve ülkemiz gereksinimleri doğrultusunda ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları aynı yönetmelikte belirlenmiştir (45).

1. Toplum sağlığının korunmasında temel rol oynar. Hizmet götüreceği bölgeyi tanıır ve buranın sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptar.
2. Koruyucu sağlık hizmetleri içinde sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi için eğitim hizmetleri içinde sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi için eğitim, danışmanlık ve bakım sunar, iyileştirme çalışmaları yapar.
3. Kadın, çocuk, aile ve toplumun sağlığını geliştirmek, korumak ve yükseltmek üzere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri yürütür.
4. 15-49 yaş arasındaki kadınların izlemine yapar.
5. Bağışıklık kazandırma programlarında yer alır.
6. Yeni doğan ve yetişkine yönelik ilk yardım ve kardiyo-pulmoner resüsitasyon uygular.
7. Ebelikle ilgili eğitim, danışmanlık ve araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleki bilimsel etkinliklere katılır.
8. Öğrenci ebelerin ve meslektaşların eğitimine katılır.

#### **2.3. Meslek Etiği**

Belirli bir meslekte uyulması beklenen standartları belirten ilke ve kurallar bütünüdür. Genel ahlak ilkelerinin belirli bir mesleğe özgü düzenlenmiş hali meslek ahlakı ya da meslek etiği olarak adlandırılır (8). Meslek ahlakı meslekleşme ölçütlerinden biridir ve bütün mesleki etkinliklerin yönlendirilmesi konusunda düzenlemeler getirir (3).

Toplumlar ve insanlar için en genelde “doğru nedir?” sorusuna yanıt arayan ahlak konusu, eski yıllardan beri tartışılan bir konu olmasına karşın Altun’un (8) yazısında etik yönetim anlayışı, kararların verilmesinde tutarlı tarafsız ve gerçeklere dayalı olmayı, bireye saygıyı, herkes için en iyi olacak eylemlerin seçilmesini ve bu eylemlerde, adalet, eşitlik, tarafsızlık, dürüstlük, sorumluluk, açıklık, sevgi ve hoşgörü gibi evrensel değerleri temel almayı sağlayan ve yöneticilere kamu hizmeti sunarken yol gösteren davranış ilkelerini içerir. İş etiği ise etik norm ve kurallarının iş yaşamı ve organizasyonlara uygulanması ile ilgili bir kavram olup iş yaşamında karşılaşılan etik ile ilgili sorunları inceler. Bu sorunlar çalışanların kendi aralarında olabileceği gibi çalışanlarla yöneticiler arasında ya da işletme ile alışveriş yapanlar arasında olabilir. İş etiğinin ve yönetimin yasadışı ya da tartışma yaratacak pek çok tanımı vardır (18). İşletmelerin kendi ekonomik çıkarları ile sosyal ve refah talepleri arasında dengeyi sağlayacak seçimler yapabilmeleri ve hüküm verebilmeleri gereklidir. İş etiğinin iki temel uygulama alanından biri, yönetimin yasa dışı, etik olmayan ya da tartışma yaratacak yanlış davranışlarını önlemektir. Diğeriyse günlük işlerde yaşanabilecek etik sorunlarını önlemektir. İş etiğinin asıl hedefi, çıkarların çatıştığı durumlarda nasıl hareket edileceğini belirlemektir. İş etiğinin yönetimin konusu olmadığı yönünde görüşlere karşın Yıldırım’ın derlemesinde (46) kurumsal etik programlarının temel hedefi olan çalışanların ahlaki değerlerinin oluşturulmasının yönetim konuları içinde önemli yer tuttuğu vurgulanmıştır.

Genel ahlak ilkelerinin belirli bir mesleğe özgü düzenlenmiş hali meslek ahlakı ya da mesleki etik olarak anılmaktadır. Dinç’e (3) göre meslek ahlakı; belli bir mesleğin mensuplarının pratikte uymaları beklenen standartları belirten ilkeler ve kurallar bütünüdür. Ayrıca aynı yazıda meslek ahlakının meslekleşme ölçütlerinden biri olup mesleki faaliyetlerinin yönlendirilmesi konusunda kurallar getirmekte olduğu belirtilmektedir. Meslek ahlakının sağlanması için meslek üyelerinin uygulamalarına yön veren ve rehberlik gösteren etik kodları vardır. Etik kodları ilkelere göre somutlaşmakta ve etik ilkelerin özetlenmesi sonrasında oluşmaktadır. Bu kodlar bir meslek örgütü veya mesleki düzenleme kurulu tarafından oluşturulmaktadır.

### 2.3.1. Hemşirelik Etiği

Herhangi bir mesleğe özgü etik kodların işlevleri, hizmet alanlarını korumak, mesleğin değer ve idealleri konusunda hem meslek üyelerini hem de toplumu bilgilendirmek, olası etik sorunlarda çözüm için meslek üyelerine yol göstermek, mesleki kimlik oluşturmak, mesleki statünün korunması ve mesleğin toplumsal saygınlığının yükseltilmesini sağlamaktır (10, 27). Hemşirelikte etik kodları / kuralları hemşirelerin mesleğin ahlaki yönünün farkında olması, ahlaki bir duyarlılık geliştirebilmesi ve bakım hizmetine ihtiyaç duyan kişi ve gruplara, topluma, mesleğine karşı profesyonel ve etik sorumluluklarına rehberlik sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (27).

Ersoy'a göre (47) Florence Nightingale'in hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları olarak kabul edilen andında hemşireler için önemli rehber kurallar bulunmaktadır. "Mesleğimin standartlarını yükseltmek için tüm gücümü kullanacağım, şahit olduğum sırları saklayacağım. Yararlı olmak için bilgimi zorlayacağım. Tehlikeli olandan kaçınacağım, zararlı olan ilacı vermeyeceğim" ifadeleri hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları olarak kabul edilmektedir. Mesleğin amacına ve işlevlerine yönelik bu sözler hemşireliğin yeni mesleki değerlerini ortaya koymuş ve hemşirelik, dinin katı kurallardan çıkarılarak kendine özgü değerleri, ilkeleri olan bir meslek olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Şendir (48) "meslek etiği" kavramını, bütün mesleki etkinliklerin iyiye yönlendirilmesi konusunda düzenlemeler getiren, meslek üyelerinin kişisel arzularını sınırlayıp belli bir çizginin dışına çıkmalarını önleyen, mesleki idealleri geliştiren, ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan bir ilkeler ve kurallar sistemi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde her mesleğin kendisine özgü bir etiği olması, böylelikle meslek üyelerinin davranışları konusunda toplum içinde güvence oluşturan ve istenilen bir durum olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda meslek üyeleri için geçerli olup farklı toplum kesimlerini bağlamamak diğeri ise dünya ölçeğindeki tüm meslek üyeleri için geçerli olmaktadır. Meslek etikleri bir meslek grubunun eseri olarak kabul edilebileceğine göre bir grup ne denli güçlü kurulmuş ise etik ilkeleri de o denli etkili olmaktadır (8,27).

Burkhardt ve arkadaşının çalışmasında (49) Meslek Etik Kodlarının profesyonel davranışları yönettiğini ve ahlaki olarak anormal ve rahatsız edici durumlarda bu kodların rehberlik sağladığını vurgulanmakta ve hemşireliğe ilişkin etik kodların hastalarla, meslektaşlarla ve toplumla olan ilişkilerde hemşirelere rehberlik sağladığı belirtilmektedir.

### **2.3.1.1. Hemşirelikte Meslek Etiği**

Altun'un (8) yazısında hemşirelik etiğinin hemşirelerin görevlerini yaparken uymak zorunda oldukları kuralları, ahlaklı çalışmanın temellerini, doğru ve yanlış ayırt etmeye, doğru davranış biçimlerini bulma ve uygulamaya yarayabilecek kurumsal ve toplumsal araçları geliştirmek için bir düşünce alanı olduğunu ve hemşirelik uygulamalarının standart hale gelmesini sağladığı vurgulanmaktadır. Dünyanın çeşitli ülkelerinde hemşirelikle ilgili kuruluşlar, hasta ile ilgili uygulamaları standart hale getirmek için mesleki etik kuralları belirlemiş daha sonra da uygulanmak üzere bunları yayınlamıştır.

Hemşireliğin bilimsel ve ahlaksal temellere dayalı temel sorumlulukları ise;

- a- Sağlığı korumak
- b- Sağlığı geliştirmek
- c- Hastalık halinde iyileşme ve bakımı sağlamak
- d- Acıyı dindirmek olarak sıralanmaktadır.

Nahcivan'a göre (50) hemşirelik mesleği, bir uğraş ve bakım alanı olarak doğan ve insan gereksinimlerinden kaynağını alarak bu gereksinimlerin zaman içinde profesyonelce karşılanmasına dayanmaktadır. Hemşireliğin görev alanı evrensel olduğundan din, dil, ırk, yaş, cinsiyet, sosyal durum ve tutum gibi kavramlarla sınırlandırılmamıştır.

### **2.3.1.2. Hemşirelik Bakım Etiği**

Hemşireliği diğer sağlık mesleklerinden ayıran ve hemşirelik uygulamalarının özünü oluşturan kavram "bakım verme" kavramıdır (30). Bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan ahlaki boyutu olan bir kavramdır. Hemşirelik, insana ve bakım olgusuna temellenir. Dinç'in (51) çalışmasında hemşirelerin bakım verirken ahlaki sorumluluklarının farkında olmalarının, bireylerin bakım gereksinimlerini yürek gözüyle görerek özenli ve saygılı bir tutum geliştirmelerinin önemli olduğu bildirilmiştir. Hemşirelik bakımını ayrıcalıklı kılan özellik, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır.

Kuçuradi'ye göre (52) her eylem, bir etik ilişkinin ürünüdür; etik ilişki ise belirli bütünlükteki bir kişinin belirli bütünlükteki başka bir kişiyle, yani her birimizin diğer insanlarla değer sorunlarının söz konusu olduğu ve eylemde bulunduğu ilişki olarak tanımlanır. İnsan ilişkilerinin yoğun olduğu mesleklerin doğasında etik ilişki yer alır. Duygulu' ya göre (53) hemşirelik etiği, hemşirelerin bu mesleğin ahlaki yönünün farkında olmasını, ahlaki bir duyarlılık geliştirebilmesini ve bakım hizmetine ihtiyaç duyan kişi ve



gruplara, topluma, mesleğine karşı profesyonel ve etik sorumluluklarını yerine getirebilmelerini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun o dönemin koşulları içinde değerlendirildiğinde içerik açısından kabul edilebilir düzeyde olduğu Yıldırım (33) tarafından vurgulanmaktadır. Hemşirelik dünyası, 1990'lı yıllardan itibaren yasanın güncellenmesi gereksinimini her türlü platformda dile getirmiş ve özellikle meslek örgütü, yasanın yenilenme sürecinin hızlandırılmasında çabalarını kararlılıkla sürdürmüştür. Türk Hemşireler Derneği bünyesindeki bir komisyon tarafından çalışılan "Hemşirelik Girişimleri" listesi 2005 yılında yayımlanmıştır. Sonuçta yasa maddeleri (54) üzerinde değişiklik yapma başarısı 2007 yılında gerçekleştirilmiştir.

Yıldırım'a göre yenilenen Hemşirelik Yasası'nda (36) özetle hemşirelik eğitiminin lisansa dönüştürülmesi; yaş sınırı ve cinsiyet ayırımının ortadan kaldırılması; hemşirenin görev tanımlarının mesleki amaçlara uygun olarak düzenlenmesi; lisansüstü mezunların uzman hemşire olarak çalışma hakları gibi önemli değişiklikler sağlandığını, ancak sayısal açık gerekçesi ile meslek liselerinin hemşirelik programlarına yeniden öğrenci alınmaya başlaması hemşirelik camiasında eğitim standardizasyonu ile ilgili beklentilerinin karşılanmadığı vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığı himayesinde ve Türk Hemşireler Derneği temsilcilerinin de yer aldığı bir komisyonla yaklaşık 10 aylık bir çalışma sonucunda yönetmelik hazırlıkları tamamlanmış ancak Resmi Gazete'de (35) yayınlanması uzun bir bekleyişten sonra 8 Mart 2010 tarihinde gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından son şekli verilen yönetmelik, meslek alanının kapsamını belirleme ve profesyonel rollerin tanımlanması açısından önemli açılım sağlamakla birlikte bütünlük açısından bazı çelişkileri içermektedir. 2007 yılında hemşireliğin kapsamı, hemşire, başhemşire, sorumlu hemşire görev yetkilerini genel bakış açısı ile ele alan Hemşirelik Yönetmeliği'nin birimlere özel görev tanımları ve hemşirelik girişimleri 19 Nisan 2011 tarihinde yayımlanmıştır. Ek yönetmelikte Cerrahi ve Dâhili bilimlere bağlı belirli birimlerde çalışan hemşirelerin görev tanımlarına yer verilmiştir. Ancak yapılan görev tanımlarının içerik açısından farklılığı, bazı birim tanımlamalarının daha geniş, bazılarının daha dar içerikte çalışılmış olması önemli bir sorun oluşturmuştur; örneğin kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları tanımlanmış, özellik arz eden birimler (acil obstretrik vs.) ve alanlar tanımlanmamıştır. Hemşirelik Yönetmeliği'nde, kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasında; gebelik öncesi çiftlere eğitim ve danışmanlık yapma,

gebelik dönemi, doğum eylemi ve doğum sonrasında riskli durumları erkenden fark etme, önerilen tedavileri uygulama, gerektiğinde sevk etme, anne ve yeni doğanın izlemi, bakımı ve muayenesini yapma yer almaktadır (35).

Terakye ve Ocakçı (4) hemşirelikteki uygulama etik kodlarının bakımda niteliği sağlamak ve mesleğin etik yükümlülükleriyle birlikte mesleki sorumlulukları yerine getirebilmek için gerekli ilişkilere ve uygulamalara rehberlik sağladığını belirtmişlerdir. Ayrıca yazıda hemşirelik mesleğinin gerekli ahlaksal değerlere sahip olduğu ve hemşirelik uygulamalarında insan yaşamına ve onuruna en yüksek değeri vermeyi kendisine temel alan evrensel düzeyde değerlendirebileceğimiz ilkeler ve yönergelerin olduğu belirtilmektedir.

### **2.3.1.3. Türk Hemşireler Derneği (THD) Etik Kodları**

Ülkemizde de hemşirelerin etik yükümlülüklerine rehber olması amacıyla 2009 yılında Türk Hemşireler Derneği (27) tarafından, “Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları” başlıklı bir metin hazırlanmış olup derneğin internet sitesinde hemşirelerin görüşüne sunulmuştur. Bu metnin kapsamı aşağıdadır. Bu ilkeler Uluslararası Hemşireler Konseyinin (ICN) etik kodlarına uygun şekilde hazırlanmıştır.

Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken tüm diğer sağlık çalışanları gibi; zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik ilkelerine uymaları gerekir.

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

1. Hemşire, insan hayatının korunması gereken en yüce değer olduğunun ve bu değerden hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilinci ile çalışır.
2. Hemşire, bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önlemeye çalışır.
3. Hemşire, uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup bu risklerin en aza indirilmesini sağlamaya çalışır.
4. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve/veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde bulunur.

5. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin güvenliğini sağlamaktan, güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılmaktan ve uygulamaktan sorumludur.
6. Hemşire, hizmet verdiği bireylere gereksinimleri doğrultusunda bilim ve teknolojinin olanaklarından da yararlanarak güvenli hemşirelik bakımını bütüncül bir yaklaşımla verir.
7. Hemşire, işkenceye, zalimce yapılan insanlık dışı davranışlara ya da aşağılayıcı hiçbir işleme katılmaz ve onaylamaz.

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

1. Hemşire, insan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan özerkliğe saygının insan haklarının temel dayanağı olduğunun bilincindedir.
2. Hemşire, bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunar.
3. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin bakım konusunda doğru, yeterli ve anlayabileceği bir biçimde bilgilenmelerini sağlar.
4. Hemşire, hastanın kendisi dışında bilgilendirilmesini istediği başka kişileri belirlemesine saygı gösterir.
5. Hemşire, bireyin herhangi bir yanıltma ve baskı altında kalmaksızın bakımı konusunda karar verme ve seçme hakkına saygı gösterir ve bu konuda gerektiğinde bireyi savunma rolünü üstlenir.
6. Hemşire, bireyin bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterir.
7. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır.
8. Hemşire, karar verme yeterliliğine sahip olmayan bireylerde bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin yasal temsilcisinin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır.

9. Hemşire, acil durumlarda bireyin yaşamını korumak üzere gerekli hemşirelik bakımını rıza almaksızın uygular.

### **C. Adalet ve Eşitlik İlkesi**

1. Hemşire, tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasında ırk, dil, din, yaş, cinsiyet, inanç, sosyal ve ekonomik durum ve siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin hizmet verir.
2. Hemşire, hizmet sunarken kişisel çıkar gözetmez ve herhangi bir kişi ya da kuruluşla mesleki değerleri ile çatışabilecek çıkar ilişkisine girmez.
3. Hemşire, hizmet verirken bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlar.

### **D. Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi**

1. Hemşire, hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılarından mahremiyetinin korunmasını sağlar.
2. Hemşire, hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmaz.
3. Hemşire, hizmet verdiği bireylerle ilgili kayıtların gizliliğine özen gösterir ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemleri alır.
4. Hemşire, bildirim zorunlu olan durumlarda bildirim nedeniyle oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemleri alır.
5. Hemşire, bakım verdiği bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında ön bilgi verir.

#### **2.3.1.4. American Nurses Association (ANA) Uygulama Kodları**

- Ulusal düzeyde ilk etik ilkeleri 1926 yılında American Nurses Association (ANA) (55) tarafından oluşturulmuştur. ANA'nın etik ilkeleri 2001 yılında yeniden düzenlenmiştir. Bunlar: Hemşire, hizmet alan bireylerin sağlık problemlerini,

bireysel farklılıklarını sosyal ve ekonomik durumunu dikkate alarak bireye sadece bir insan olduğu için saygı duyar ve hizmet verir.

- Hemşire, gizlilik özelliği olan bilgiyi mantıklı şekilde saklayarak hastanın mahremiyet hakkını korur.
- Herhangi bir yasa dışı, yetersiz ya da etik ilkelere uymayan bir uygulama nedeniyle hizmet alan birey ve toplumun aldığı hizmet ve güvenliği etkilendiği zaman hemşire güvenliği sağlamak için harekete geçer.
- Hemşire, verdiği kararların ve davranışlarının sorumluluğunu üstlenir.
- Hemşire, mesleki yeterliliğini sürdürür.
- Hemşire, danışmanlık almada, sorumlulukları kabul etmede, hemşirelik etkinliklerini diğerlerine teslim etmede kendi yeterliliğini ve niteliklerini ölçüt olarak alır ve bilgili şekilde verdiği kararları uygular.
- Hemşire, hemşirelik mesleğinin bilgi birikiminin gelişimine katkısı olan etkinliklere katılır.
- Hemşire, hemşirelikte standartlarının geliştirilmesi ve korunması ile ilgili meslekte sarf edilen çabalara katılır.
- Hemşire, hemşirelik bakımının niteliğini yükseltecek çalışma koşullarının sağlanması için sarf edilen mesleki çabalara katılır.
- Hemşire, mesleki bütünlüğü korumak, toplumda hemşireliğin hatalı ve olumsuz sunumunu, toplumun hemşirelikle ilgili yanlış bilgilenmesini önlemek için mesleki çalışmalara katılır.
- Hemşire, diğer sağlık disiplinlerinin üyeleri ve diğer vatandaşlarla halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanması için düzenlenen ulusal çabalara katılır ve toplumu geliştirme konularında işbirliği yapar.

#### **2.3.1.5. International Council of Nurses (ICN) Hemşirelik Uygulama Kodları**

1953 yılında ICN hemşireler (56) için etik kodları yazılı olarak ilan etmiş ve daha sonraki yıllarda çeşitli düzenlemelerden geçirerek son olarak 2005 yılında yayınlamıştır. Hemşirelik uygulamaları için “hemşirenin temel sorumluluğunun yaşamı korumak, acıları hafifletmek, sağlığı yükseltmek olduğunu ve hemşireliğin doğasında insana saygı, insan hakları ve değer verme” olduğunu vurgulamıştır.

### **Hemşireler ve insanlar**

- Hemşire, hemşirelikte sürekli eğitimle ve uygulamayla kendi mesleki yeterliliğini koruma ve sürdürme sorumluluğuna sahiptir.
- Hemşire mesleki davranışlarıyla bakım standardını en üst düzeyde tutma sorumluluğuna sahiptir.
- Hemşire, sorumluluklarını devrederken ve sorumluluk üstlenirken bireysel yeterliliği ile bağlantılı olarak karar verme sorumluluğuna sahiptir.
- Hemşireler, mesleğe yansıyan kişisel davranışlarında toplum tarafından benimsenen davranışlara aykırı davranmama sorumluluğuna sahiptir.

### **Hemşireler ve Toplum**

Hemşire, toplumun sağlık ve sağlığını ilgilendiren sosyal gereksinimlerini karşılamada ve destekleyici eylemlerinde diğer vatandaşlarla birlikte sorumluluk paylaşır.

### **Hemşireler ve Diğer Çalışanlar**

Hemşire sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği yapar. Hemşirenin verdiği hizmet herhangi bir başka insan tarafından engellendiğinde uygun güvenlik önlemleri alma sorumluluğuna sahiptir.

### **Hemşireler ve Meslek**

Hemşirenin hemşirelik eğitim ve uygulamasının istenilir standartlarda yapılması ve tanımlamasında önemli rolü vardır. Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından düzenlenen mesleki çalışma ile ilgili etik kodlar aşağıda yer almaktadır:

- Hemşire, yaşamı korumalı, acıyı hafifletmeli, sağlığı yükseltmelidir.
- Hemşire, bakımın standardını en üst düzeyde korumalıdır.
- Hemşire, uygulamaya iyi hazırlanmış, yeterli düzeyde bilgi ve beceri sahibi olarak başlamalıdır.
- Hemşire, inançlara saygı göstermelidir.
- Hemşire, bilgileri gizli tutmalıdır.
- Yalnız acil ve zorunlu durumlarda doktor istemi olmaksızın bazı ilaçları uygulamalı, yaptığı uygulamayı en kısa sürede doktora bildirmelidir.
- Hemşire, hekim isteminde etik olmayan uygulamaları reddedebilmelidir.
- Hemşire, sağlık ekibinin yetersizliğini ya da etik olmayan davranışların otoritelere bildirmelidir.
- Hemşire, ürün reklamı için kullanılmamalıdır.

- Hemşire, bir sözleşme çerçevesinde kazanç sağlama hakkına sahiptir.
- Hemşire, özel yaşamında da mesleğin saygınlığını yansıtan etik standartlara uymalıdır.
- Meslektaşları ve diğer sağlık personeli ile işbirliği yapmalıdır.
- Hemşire, toplumun bölgesel, ulusal, uluslararası sağlık gereksinimlerini karşılamak için diğer sağlık disiplinleri ile sorumluluklarını paylaşmalı ve ortak çalışmalara katılmalıdır.

### **2.3.2. Ebelikte Meslek Etiği**

Ebelik uygulamalarının çeşitliği ve birden fazla kişinin gözetilmesi, yaşanan etik ikilemleri çeşitlendirmektedir. Ersoy (58), yazısında ebelerin meslek etiği sayesinde hastalarına karşı daha sağduyulu, daha sorumlu davrandıklarını belirtmiştir.

Gillion'a (57) göre ebelerin hastaların en iyi düzeyde bakım almalarını sağlamak ve hastanın yararını düşünmekle birlikte hastaları ile ilgili herhangi bir ihmal yapıldığında bu duruma karşı gelmeye hazır ve istekli olduklarını vurgulamaktadır. Ayrıca bu tutumları ile "hasta hakları savunuculuğu" ödevine gerekçe oluşturmakta olduğunu belirtmektedir.

#### **2.3.2.1. Ebelikte Etik Kodları**

Uluslararası örgütlerin etik değer ve kodları revize edilirken ülkemizde ebelik mesleğinin etik kod ve değerlerini belirleme çalışmaları, Türk Ebeler Derneği'nin desteğiyle Özcan ve arkadaşları (44) tarafından yürütülen projelerle devam etmektedir. Bu etik ilke ve kodlarının belirlenmesinin ebelik mesleğine katkıları olacağı kuşkusuzdur. Ayrıca ebelerin mezuniyet andında mesleki yeterlilik, saygı, yaşamı korumak, ağrı, acıyı azaltma, şefkat, adalet, sır sakalma, dürüstlük, mahremiyete saygı gibi değerler vurgulanmaktadır (58).

##### **2.3.2.1.1. The Midwives Alliance of North America (MANA) Etik Değerleri**

The Midwives Alliance of North America (MANA) 1982 yılında eğitim vermek, güvenli rehberler hazırlamak, iletişimi geliştirmek amacıyla kurulmuş, tüm ebeler için ulaşılabilir bir organizasyondur. MANA etik kodu yerine "Ebelik sanatı ve pratiği için gerekli yeterlilikler" adlı rehberi hazırlamıştır(59).

MANA'ya göre çağdaş ebeliğin değerleri aşağıdaki gibidir:

- 1) Bir birey olarak değer ifade eden kadın
- 2) Bir bütün olarak anne ve bebek
- 3) Doğumun doğası
- 4) Ebelik sanatı
- 5) Bir anne olarak kadın
- 6) Meslek ilişkilerinin doğası

#### **2.3.2.1.2. American College of Nurse-Midwives (ACNM) Etik Kodları**

1929 yılında kurulmuş olan ACNM, kadın sağlığına kendini adanmış en eski organizasyon olarak bilinmektedir. 2008 yılında Etik Komitesi ebelik etik kodlarını yayımlanmıştır. Ebeliğin kendine özgü değerleri olduğunu vurgulayan ACNM;

- Ebelerin insan haklarına ve onuruna saygı gösterdiği gibi,
- Kendi öz varlıklarına ve mesleki dürüstlüklerine de saygı göstermek zorunda olduklarını açıklamıştır (60).

#### **2.3.2.2. International Confederation of Midwives (ICM)**

International Confederation of Midwives 1919 yılında Avrupa'daki ebeler tarafından kurulmuştur. Meslekteki uygulamalara yön veren etik kodları 1987 yılında yayınlamıştır. Daha sonra 2003 yılında revize edilmiştir. Etik kodların son halinde özellikle annelik, ailenin korunması, sağlıkta eşitlik, karşılıklı saygıya dayalı ilişkileri desteklemek, güven ve onur konularını iyileştirmeyi hedef almıştır (61).

#### **2.3.2.3. National Association of Certified Professional Midwives (NACPM)**

National Association of Certified Professional Midwives, 2000 yılında kurulmuş olup kuruluş amacı sertifikalı ebeleri desteklemektir. Ebelik uygulamalarına standart getirmek üzere etik kodları 2004 yılında uyarlanmıştır (62). Ergin (43) yazısında bazı uluslararası örgütlerin etik değer ve kodlarının karşılaştırmasını yapmıştır.



### Ebelikte Uluslararası Örgütlerin Etik Değer ve Kodları

Değerler	ICM	MANA	ACNM	NACPM
Aydınlatılmış onam	X	X	X	X
Mesleki yeterlilik	X	X	X	X
Kadının, ailenin, toplumun haklarını koruma ve savunma	X	X	X	X
Kadın hayatında önem verdiği diğer kişilere saygı	X	X	X	X
Hastanın özerkliğine saygı	X	X	X	X
Farklılıklara saygı	X	X	X	X
Kendi benliğine saygı	X	X	X	X
Mesleki ilişkiler	X	X	X	
Diğer çalışanlar ile işbirliği	X		X	X
Sürekli öz değerlendirme		X	X	X
Kadının bedensel ve psikolojik ihtiyaçlarına cevap	X	X		X

#### 2.3.2.4. Ebelik Meslek Değerleri

Ebelerin sağlık hizmeti sunumunda mesleki değerlerinin tanımlanması, ebelik mesleğine etik boyut kazandırmakla birlikte nitelikli ebelik bakımı kazandıracaktır. Ersoy'a (58) göre bu değerler; fedakârlık, başkalarının iyiliği ve ilgilenme, insan onuruna ve değerine inanma, adalet ve sadakat gibi değerlere itibar etmektir.

#### 2.3.2.5. Ebelikte Etik İlkeleri

Ersoy'a (58) göre “ebeliğin profesyonelleşmesinde ve ebelik uygulamalarında önemli rol oynayan değerlerin; mesleğin toplum tarafından kabul ya da reddedilmesinde de etkin olduğu ileri sürülmektedir”. Ayrıca derlemesinde Ersoy, ebe-hasta ilişkisini biçimleyen mesleki değerlerin tanımlanması ile ebelik uygulamalarının etik boyut kazanabildiğini ve dolayısıyla nitelikli ebelik bakımı sağlanabildiğini vurgulamaktadır.

### 2.4. Sağlık Bakım Uygulamalarında Etik İkilemleri

Günümüzde sağlık alanındaki bilim ve teknolojinin gelişmesi ile hemşirelik alanında etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin rollerinin artması, sürekli

değişen ve gelişen çalışma alanında hemşirelerin etik karar mekanizmalarının içinde yer alması zorunlu hale gelmiştir.

Hemşire ve ebelerin karşılaşmış oldukları etik sorunlarıyla etik karar verebilme becerisi birçok kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Bu etmenlerden bazıları mesleki bilgi ve deneyimi, hemşirelerin kendi işlevleri konusunda sorumluluk sahibi olma, otonomi yeteneğini kullanma, sağlık ekibi içerisindeki iletişim niteliği gibi kişisel olabilmektedir. Etik karar verebilme sürecini etkileyen diğer dış etkenlerinden bazıları, kendi etik değerleri ile çelişen hastane politikaları, hekime itaat, eşit hizmet sunumu, kaynakların kontrolüdür. Ayrıca asıl önemli diğer etmenlerden bazıları da etik duyarlılığın gelişmiş olması ve etik analiz yapabilme becerisine sahip hemşire ve ebelerin bulunmasıdır.

Ülkemizde hemşirelerin etik yönden tutum ve davranışlarını değerlendiren çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalarda farklı protokol ve yöntemler izlenmektedir. Elde edilen sonuçlarla hekimlerimizin hekim-hasta ilişkisindeki etik değerlerinin ne oldukları hakkındaki bilgi ve farkındalıkları öğrenilmeye çalışılmaktadır. Dinç'in (63) 1994 yılında üniversite hastanelerinde çalışan 200 hemşire üzerinde karşılaştıkları etik sorunlarını belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada etik sorunları ile hemşirelerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; genç yaşta hemşirelerin (18-22 yaş) daha fazla etik sorunuyla karşılaştığı belirlenmiştir. Çalışmada en çok sosyal güvencesi olmayan (%13.3) ve hekim istemine karşın tedaviyi reddeden hastalarla (%18.8) ilgili etik ikilemleri yaşandığı saptanmıştır. Erdemir ve ark. (64) 2001 yılında benzer biçimde genç yaşta hemşirelerin (28 yaş ve altı) daha sık etik ikilemleriyle karşılaştıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada hemşirelerin 27 etik ikilemi örneğinden beşinin hemşirenin yetki ve yeterlilikleri konusundaki yasal sınırlılıklardan ya da kurumsal politikalardan kaynaklanan, yedisininse hemşirelik bakımında kaynakların bölüştürülmesi ile ilgili etik ikilemleri yaşadıklarını göstermiştir. Ülkemizde hemşirelerin yaşadıkları etik sorunlarını irdeleyen çalışmalardan biri olan Arabacı ve arkadaşlarının (11) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çoğu, karşılaşılabilecekleri etik sorunlarda öncelikli olarak “mesleki değerleri” doğrultusunda karar verebileceklerini belirtirken diğer yandan da “vicdan” ve “mantık” gibi bireye ait emosyonel ve bilişsel değerler ile sorunları çözebileceklerini belirtmişlerdir. Aksu ve Akyol (65) tarafından yapılmış “İzmir’deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi” konulu anket çalışması dikkat çekicidir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre

hemşirelerin % 60.0'nin etik ikilemi yaşadığı, etik ikilemi yaşayanların % 64.0'inin mesleğinin ilk yıllarında etik ikilemi yaşadıkları, % 51.0'nin ilaç uygulamalarında etik ikilemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 41.0'nin etik ikilemi durumunda sorumlu hemşireden yardım aldıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin etik duyarlılığı tanımlamaları istenirken bu kavramı hemşirelerin % 45.0'inin "Etik ikilemi karşısında doğru karar verebilme", % 25.0'nin "Tıbbi girişimlerde duyarlı olma", % 14.0'nin "Hastaya ve ailesine karşı dürüst olma", % 16.0'nin da "Tıbbi girişimlerde ahlaki kuralları uygulama" olarak tanımladıkları anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin ADA (Ahlaki Duyarlılık Anketi)'ya göre etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (102.46 ± 4.306). Kadın-doğum ile ilgili alanlarda hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarını çözebilmesi (66) için öncelikle karşılaştığı etik sorunlarını ayırt edebilmesi ve uygun karar verebilmesi gerekmektedir. Kuçuradi'ye (52) göre etik değerini koruyabilmek için normlardan ziyade etik değerinin ve etik değerlerinin bilgisine dayanan felsefi bir eğitime ihtiyaç vardır. Çünkü böyle bir eğitim, yüz yüze geldiğimiz durumlarda insan onurunun nerede tehlikede olduğunu gören bir göz kazanmamıza yardımcı olabilecektir. Ayrıca yazısında mesleki erdem ve erdemlerin bilgisine olan gereksinimin karşılanmasına eğitimde ve mesleki eğitimde daha önemli bir yer vermemiz gerektiğini ifade etmektedir. Bir profesyonel olarak doğum ve kadın hastalıkları ile ilgili birimlerde çalışan hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını, etik değerlerini temel alarak yerine getirmeleri beklenmektedir. Kadın doğum alanındaki hemşirelerin etik sorunlarının tanınması ve en doğru kararları alması için etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılığı, insanın sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerlerini bilmektir. Doğum ve Kadın Hastalıkları ile ilgili birimlerde hemşirelerin etik duyarlılık yüksek olması, mesleki profesyonelleşmeye ve otonomiye sahip olunmasının yanı sıra hastalara verilecek hemşirelik bakımının niteliğini de doğrudan etkileyecek bir durumdur.

#### **2.4.1. Hemşirelik Uygulamalarında Yaşanan Etik Sorunları ve İkilemleri**

Günümüzde etik açısından duyarlı ve ahlaki açıdan onaylanabilir bakım sunabilen hemşirelere çok büyük bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti konusundaki sorunlar, sağlık hizmeti uygulayanlar, hastalar, aileler ve toplumu oluşturan bireyler

arasında görülür. Karaöz'e (67) göre bilim ve teknolojideki ilerlemelerin birtakım değer sorunlarının ortaya çıkışına neden olması, sağlık alanında etiğin önemini giderek arttırmaktadır. Craven ve Hirnle (68) yazılarında hemşirelerin mesleki uygulamalar sırasında yaşanan duygusal yükler (güçsüzlük ve yetersizlik duyguları) ise kişisel ve mesleki değerler arasında çatışma yaşanmasına ve etik ikilemlere yol açabilmektedir. Etik ikilem, bakım/tedavi sunumu sırasında hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşire/hekimin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması ile oluşur. Dinç (51) derlemesinde hasta-hemşire ilişkisi, bakım verilen kişilerle ilgili ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların ya da karar verememenin olası sonuçlarının analiz edilmesini gerektiğini ve hemşirelik bakımı ahlaki boyutu olan ve ahlaki sorumluluk almayı gerektiren bir olgu olduğu vurgulanmaktadır. Erdemir'e göre (64) hasta ile sürekli olarak iletişim halinde olan hemşirenin olası bir etik sorunu fark etmesi daha kolaydır.

Etik ikilemlerle karşılaşıldığında hemşirelerin etik duyarlılığını ölçebilecek araçlar ülkemizde henüz oluşturulmamıştır. Ancak geçerlik ve güvenilirliği yapılmış iki test bulunmaktadır. Bunlardan ilki A. Kim Lutzen (69) tarafından geliştirilen "Moral Sensitivity Questionnaire", Hale Tosun (13) tarafından 2003 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan "Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA" ölçeğidir. Diğer duyarlılık testi Hemşireler için Etik Duyarlılık Testi'dir. Bu test, 2006 yılında Amerika'da Byrd tarafından hemşirelerin etik duyarlılığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Ülkemizde testin güvenilirliği ve geçerliliği Orgun (2) tarafından yapılmıştır.

## **2.5. Sağlık Ekibinin Görev ve Yetkilerinin Uygulanması ile İlgili Sorunlar**

Baykara'nın (29) makalesinde günümüzde sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının, az sayıda sağlık çalışanı ile çok iş yapmak eğiliminde olduklarını ve kurumların sağlık sisteminin bu işlerini yapan hemşirelere hekimden daha az ücret ödeyerek bir yandan ucuz insan gücünden yararlandığı gibi öte yandan da hekim hemşire ilişkisini sanki bir pastadan pay alması gereken yarışmacıların yarışmasına dönüştürdüğünü belirtmektedir. Dolayısıyla Baykara'nın makalesinde (29); sistemin, özündeki yarışma ortamı oluşturma niteliğiyle, sürekli olarak bir arada olan meslek gruplarını birbiriyle dayanışmadan uzak, sanki birini ötekinin yerine her an tercih edilebilecek konuma indirgeyip bireyleri ve meslekleri birbirine yabancılaştırarak kendi varlığını sağlamlaştırdığı vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışmada bununla birlikte toplumun, sağlık kurumlarının, meslek örgütlerinin,

mesleki etik ilkelerin hemşireden çağın bilim ve teknolojileri doğrultusunda bakım yapmalarını bir ödev olarak yüklemelerine rağmen hemşirelerin mesleki özerklik yelpazelerinin bu yükümlülüğü gerçekleştirebilmeleri için yetersiz kalması, ciddi etik sorunlarla karşılaşılmasına neden olduğu değerlendirilmektedir. Ağartan 'a(70) göre Sağlıkta Reform-Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ihtiyaçlarının göz önüne alınmadığı, daha çok kâr üretmek amacıyla ilaçlarla ilgili bilginin ve buna bağlı olarak da sağlığın metalaştığı bir düzen yaratılmaktadır. Bu düzen sonucunda nitelikli, adil ve eşitlikçi bir sağlık hizmetine ulaşma olanağı giderek zorlaşmaktadır.

Baykara'ya (29) göre hemşireler, görev tanımlarının açıkça belirtilmemiş olmasının mesleki özerkliği olumsuz yönde etkileyeceğini belirtmişlerdir. Sağlık kurumları bu yasal açıklık nedeni ile hemşirelerden kendi mesleki sorumlulukları olmayan yükümlülükleri isteyebilmektedir. Ünal ve Seren (71) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin %27.2'si sekreterlik, %22.1'i laboratuvar çalışmaları, %3.9'u satın alma, faturalama gibi işleri yaptıkları belirlenmiştir. Görev tanımının yapılması, meslek üyelerinin yetki ve sorumluluklarını açık olarak ortaya koyacağından hemşirenin “ne tür” bir kararı “neye” göre vereceğinin belirleyicisi olacaktır. Yine Baykara (29) yazısında “Görev tanımı yapılmayan bir meslekte, mesleğe ilişkin kararları vermek güçtür. Bir karar vermek, o kararın sorumluluğuna katlanmak zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla bir hemşirenin görevinin yönetmeliklerle açık bir şekilde belirlenmemiş olması, mesleğine yönelik herhangi bir konuda otonomisini kullanmaktan ve bu kararın sorumluluğunu üstlenmekten kaçınmasına neden olabilir” demektedir. Altun (8) yazısında bu tür etik sorunlarının bireysel çabadan ziyade ulusal politikalar ve kurumsal düzenlemeler gerektirdiğini vurgulamaktadır.

Ülker'e (72) göre hemşireler, 2007 yılına kadar 1954 yılında çıkarılmış Hemşirelik Kanunu'na göre görev almışlar, ancak onların sorumluluklarının ayrıntılı olarak belirtildiği bir yönetmeliğe ya da tüzüğe sahip olmamışlardır. Yıldırım (36) yazısında yakın bir zamana kadar yürürlükte olan 1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu'nda hemşirelerin çiçek aşısı dışındaki uygulamaları yalnız yapmaları yasaktır ve hekim gözetiminde yapmak zorundadırlar. Günümüzde hemşireler, uygulama alanlarında pek çok girişimde bulunmaktadır. Bu sorumluluğu yerine getirirken yasa sıklıkla hemşireyi desteklememektedir. Hemşirelik Kanunu'nun 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşire ve hemşirenin sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır (36). Altun yazısında (8) sağlık

çalışanlarının nitelikli hizmet sağlamak için yönetebilecek yeterlilikte olmalarını ve evrensel rollerini evrenselleştirmeleri gerekmektedir.

### **2.5.1. Mesleksel Nedenler**

Yapılan bir çalışmada hemşireler (21), hemşirelikte mesleki özerkliği olumsuz yönde etkileyen diğer bir etmen olarak kurumların olumsuz çalışma koşullarını ve iş yükünün fazla olmasını belirtmişlerdir. Hemşireler, kurumların politikaları, malzeme ve personel yetersizliğinin olması gibi nedenlerle mesleki uygulamalara ilişkin karar vermeye ve bunları uygulamaya geçirmeye zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir. Baykara'nın (29) çalışmasında da hemşireler, sağlık kuruluşlarında kendi meslekleri dışında birçok farklı işte (sekreterlik, malzeme sayımı ve bunların bilgisayar ortamına girilmesi vb.) zaman geçirdiklerini ve asıl yapmaları gereken hemşirelik uygulamalarına zamanlarının kalmadığını belirtmişlerdir.

Yıldırım'ın (36) "Mesleki Örgütlenme" ile ilgili yazısında hemşirelikte mesleki özerkliği etkileyen etmenlerden birisinin mesleki örgütlenmenin yetersizliği olduğunu belirtmiştir. Bir mesleğin güçlenebilmesi için aynı düşünce ve inançlara sahip olan meslek üyelerinin bir araya gelerek örgütlenmesi gerekmektedir (30). Dünyada Amerikan Hemşireler Birliği, Kanada Hemşireler Birliği, İngiltere Hemşireler Birliği gibi güçlü örgütler vardır. Ülkemizde hemşirelikte en önde gelen örgüt Türk Hemşireler Derneği'dir. Aynı şekilde ebelerin örgütü "Türk Ebeler Derneği"dir. THD'nin belirttiğine göre üye sayısı yaklaşık olarak 10,500'dir. Bu sayı Türkiye'deki hemşirelerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır.

### 2.5.2. Eğitimsel Nedenler

Taşocak (32) “Çağdaş Hemşirelik Eğitimi” felsefesinde yer alan temel öğeleri aşağıda sıralamıştır. Her insanın kendi öz değerlerinin olduğu ve bunların insan yaşamı için çok değerli olduğu ifade edilmiştir. Aynı yazıda sağlığın her insanın hakkı olduğu ve bu nedenle hemşirelerin öznel amacının insanın olduğu her yerde hizmet verebilme ve insan haklarını savunma sorumluluğunu üstlendiği belirtilmiştir. Şentürk’ün (23) hemşirelik tarihi yazısında belirttiği üzere; “Türkiye’de hemşirelik eğitiminin diğer sağlık disiplinleri eğitiminden en önemli farkı, meslek unvanının, orta öğretim ve orta öğretime dayalı yükseköğretim düzeyinde verilen iki farklı eğitimle kazanılmasıdır. Cumhuriyet dönemi ile birlikte başlatılan ortaöğretim düzeyinde hemşirelik eğitimi, 1960’lı yıllarda üniversite içinde yüksekokul programlarının açılmasına karşın, kısa süreli kesinti ile varlığını günümüze kadar sürdürdü. 1985 yılında Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarında açılan iki yıllık ön lisans programları, 1996 yılında Sağlık Yüksek Okulları içinde dört yıllık hemşirelik eğitim programlarına dönüştürülmüştür”. Taşocak’ın yazısında (32), ülkemizde mevcut hemşirelik eğitim sistemi 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Kanunu’nun geçici maddesi ile beş yıl süreli açık tutulması öngörülen, sağlık meslek liselerinde hala hemşirelik eğitimi verilirken diğer yandan üniversite bünyesinde Hemşirelik Yüksek Okulları, Sağlık Yüksek Okulları ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinin hemşirelik bölümlerinde dört yıllık lisans düzeyinde eğitimin sürdürüldüğü görülmektedir. Hemşirelik eğitimine son olarak eklenen ve İstanbul Üniversitesi’nde kuruluşu gerçekleştirilen Hemşirelik Fakültesi’nin ise hemşirelik eğitim sisteminde yer aldığını Taşocak tarafından vurgulanmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde sağlık meslek liselerinde verilen hemşirelik eğitimi ise Ortaöğretim Yönetmeliği’ne bağlı olarak sürdürülmektedir. Aynı düzenlemede meslek yüksekokulları ise “belirli mesleklere yönelik ara insan gücü yetiştirmeyi amaçlayan dört yarıyılık eğitim-öğretim sürdüren bir yükseköğretim kurumu” olarak tanımlanmaktadır.

Mesleğin temel eğitimini üniversite düzeyinde standardize etmek bu zorlu uğraşların başında gelir (34). Mesleğin eriştiği standart eğitim düzeyi bir anlamda güvenliğinin en önemli teminatıdır. Eski zamanlara kadar uzanan hemşirelik, ülkemizde temel eğitimini standartlaştırma için adımlar atılmaya devam etmektedir. 2007 yılında değişen Hemşirelik Kanununda yapılan düzenleme ile eğitimin lisans düzeyine temellendirilmesine karşın hala orta öğretim programları ile meslek formasyonu kazandırma yönünde eğilimler

sürdürülmektedir. Hemşireler bu şekilde mücadele çalışmaları ile sağlık bakım sisteminde mesleğe özgü alanını oluşturma, geliştirme çabaları sürdürmeye çalışmaktadır (34, 36). Yıldırım'a (36) göre hemşireliğin sorunları arasında meslekten ayrılmaların nedenlerini araştırma ve üyeleri mesleğe yeniden çekme konusunda bir değerlendirme ve önlemeye gidilmeden kayıpların kısa süreli eğitim programlarından çocuk yaşta mezunlarla giderilmeye çalışılmasının ve toplumun sağlık güvenliğini açısından oluşturacağı tehdit, meslek güvenliğinin uzun dönemde toplum sağlığını olumsuz etkileyeceği ifade edilmektedir. Duygulu ve Korkmaz'ın (53) yaptığı çalışmada mesleği bırakmada kararsız olan hemşirelerin %48.3'ünün çalışma koşullarının ağır olması nedeniyle mesleklerini bırakmayı düşündükleri saptanmıştır. Birol (26) yazısında kurumlarının hemşirelere mesleki uygulamaları dışında farklı sorumluluklar yüklemesinin mesleki uygulamalarını engellediğini belirtmiştir. Ülkemizde THD'nin çalışmasına göre (27) klinikte çalışan bir hemşireye düşen hasta sayısı 12 olup gelişmiş ülkelerde bu sayı çok daha düşüktür. Örneğin İsveç'te bir hemşireye düşen hasta sayısının iki olduğu Gunninberg (74) tarafından ülkemizdeki etik kongresinde sunduğu tebliğde ifade edilmiştir. Hemşirelerin olumsuz çalışma koşulları, meslek yaşamlarının yanı sıra özel yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (75). THD'nin desteği ile Bilazer ve ark. (75) yapmış olduğu çalışmaya göre olumsuz çalışma koşullarının hemşirelerde tükenme, unutkanlık, dikkatte dağılma, kendini güvende hissetmeme, mücadele gücünde azalma, anksiyete, kişisel gelişim olanaklarını kısıtlama gibi sorunlara neden olduğu belirtilmektedir. İş yoğunluğu, malzeme ve eleman yetersizliği, çalışma ortamında stres ve anksiyete yaşama, hemşirelerde çalışma isteğinde, dikkat ve mücadele gücünde azalma, kişisel gelişime zaman ayıramama gibi sorunlara neden olmaktadır. Ecker (76) hemşirelerin çalışma koşulları, kurumların politikaları mesleki uygulamalarına yeterli ve nitelikli özerkliği gelişmiş bir mesleğin üyelerinin kendi mesleki uygulamalarının dışında başka görevlerinin olmaması ve onlardan meslekleri dışında başka görev de beklenmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kocaman'ın (77) hemşirelik haftası dolayısıyla sunduğu yazısında hemşirelerin çalışma isteklerinin ve mücadele güçlerinin azaldığı ve tükenmişlik yaşadıkları, bu durumun hemşirelerin mesleklerinden genç yaşta ayrılmalarına veya emekli olmalarına neden olduğu ifade edilmiştir. Günümüzde hemşire ve ebe sayısının yetersiz olmasının nedenleri Yıldırım'a (36) göre hemşirelerin özerkliliğinin korunmaması ve yanlış alanlarda istihdam ettirilmesidir. Bu nedenlerin yanı sıra, mesleki gelişmeler



doğrultusunda yaptığı uygulamaların yasal dayanağına sahip olmaması hemşirelerin iki seçenekle karşı karşıya bırakıldığı, Yıldırım (33) tarafından seçeneklerin; “birincisi yasalar doğrultusunda belirtilen sınırlı görevleri yapmak, ikincisi mesleki gelişmelere uygun mesleki tavır sergilemek” olduğu vurgulanmaktadır. Aynı makalede ilk seçeneği uygulamak yasal açıdan hemşireyi güç duruma düşürmemekle birlikte hemşire bu kez mesleki ve etik sorumluluğunu yerine getirmemiş olduğu ve ikinci seçeneğin de uygulanması hemşirenin mesleki ve etik bir sorumluluğu olduğunu, sorumluluğu yerine getirirken yasa sıklıkla hemşireyi desteklemediği ifade edilmektedir (33).

Hemşirelik Kanunu'nun Mayıs 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşire ve hemşirenin sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır (54). Ancak kanunlar doğası gereği sorumlulukların ana hatlarını belirtmektedir. Görev ve sorumlulukların ayrıntılı olarak ortaya konması için yönetmeliklere gereksinim vardır. Günümüzde hemşirelerin görevlerinin ayrıntılı olarak 13.01.1983 tarihli 17927 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yer almaktadır (45). Bu yönetmelikte hemşirelerin görevleri daha çok denetimden ve hekimin istemini yerine getirmekten ibarettir. Bu yönetmelikle hemşirelik bakımı, Hemşirelik Kanunu'ndan sonra THD ve T.C. Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle hemşirelerin görev ve sorumluluklarının açıklandığı 08 Mart 2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği'yle yürürlüğe girmiştir. Yasal dayanağın ve görev tanımlarının günümüz ihtiyacını karşılar düzeyde olmasıyla hemşireler, mesleki eylemlerine karar verebilecekler ve uygulayabileceklerdir. Ancak Yıldırım'a göre (34) yeni yönetmeliğin kurumsal düzenlemeleri uygulanıp uygulanmadığını denetlemesi ve eğitimci, yönetici, uygulayıcısı her düzeyde meslek üyelerinin mevzuata ve yönetmelik hükümlerine sahip çıkarak kendilerine düşen sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekecektir. Ay, (28) “bir mesleğin kendi görev alanın sınırları ve bu alan içinde yer alması gereken işlevlerinin belirlenmesi üyelerinin sorumluluğunda bir görev” olduğunu ifade etmiştir. Ancak ülkemizde bu yönde sorumluluğun hemşirelik açısından yerine getirilmesinin oldukça güç olduğunu söylemek mümkündür. Hemşirelik, geçmişten günümüze en zorlu uğraşısını mesleki uygulama alanı içine giren işlevlerini belirlemek ve yönetmek konusunda vermiştir ve vermeye devam etmektedir.

## 2.6. Sağlık Bakım Politikaları ve İlgili Yasal Düzenlemeler

### 2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çalışmaları, 2003 yılında T.C Hükümeti ile Dünya Bankası arasında imzalanan Sağlık Projesi İkraz Anlaşması’nın kabul edilmesi ile başlatılmıştır (78). Ülkemiz sağlık sistemini oluşturulan bileşenlerin tümünün, yani basamağın, hastanelerin ve hizmet finansmanının bütünüyle yeniden düzenlemeye çalışıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, (78) SDP’nin amaçlarını “sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması” biçiminde belirtmektedir. Bu program ile kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynaktan daha fazla hizmet sağlanmasının amaçlandığı ileri sürülmektedir. Ayrıca hakkaniyet kavramı kapsamındaki amaçlardan birinin de sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine götürerek, sosyal gruplar arasındaki farkın azaltılmasını sağlamak olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, programın etkili olabilmesi için hastalıkların önlenmesini sağlayarak toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçladığını belirtmektedir (78-79).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şunlardır:

- İnsan merkezlilik
- Uzlaşmacılık
- Sürdürülebilirlik
- Gönüllülük
- Sürekli kalite gelişimi
- Güçler ayrılığı
- Katılımcılık
- Desentralizasyon

Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulan yukarıda geçen bu ilkeler çerçevesinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sekiz tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir (78-79-80) .

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Özel sektörün teşvik edilmesi,

4. Sözleşmeli personel istihdamı,
5. Performansa dayalı hizmet,
6. Özel sektör yöntemlerinin kullanılması,
7. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin hayata geçirilmesi,
8. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma.

Yukarıdaki üçüncü, dördüncü, beşinci ve yedinci maddeler ile ilgili olarak hastanelerin tek bir kurumda toplanması ile Kamu Hastaneler Birliği'ne geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Kanun Hükmünde Kararname ve ilgili yönetmelik ile birlikte Birliğin özellikleri tanımlanmıştır.

### **2.6.2. Kamu Hastaneler Birliği**

“Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı” TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda 18 Mart 2010 tarihinde kabul edildi. “Kamu Hastane Birlikleri” Kanun Tasarısı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişebilir, verimli, nitelikli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla Kamu Hastane Birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirtmektedir. Kamu hizmetlerinin devlet tarafından sunulması ile tüm hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması arasındaki yer alan mekanizma kamu sektörü ve özel sektörün birlikte katılımını içeren tüm mal ve hizmet sağlama modellerini kapsayan bir program geliştirilmeye çalışıldığı Davas (81) tarafından ifade edilmektedir.

2 Kasım 2011 tarihli 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Kamu Hastane Birliği ile ilgili Kanun Hükmünde Kararname’de madde 29 ve madde 30’da yer almaktadır (82):

#### **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kanun Hükmünde Kararname**

MADDE 29- (1) Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

(2) Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.

- b) Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.
- c) Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematigi için her türlü alt yapıyı kurmak.
- ) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.
- d) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.
- e) Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.
- f) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.
- g) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idar ve mal hizmetleri yürütmek.

#### **Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu**

MADDE 30- (1) Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

(2) Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yneticiliklerinden oluşur.

(3) Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbb hizmetler, idar hizmetler ve mal hizmetler başkanlıkları kurulur.

(4) Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idar ve mal işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir.

(5) Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.

07.03.2012 tarihli Resmi Gazete'deki 2822 sayılı yönetmelikte ise, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların hizmet birimlerinin görevleri ile çalışma usul ve esasları yer almaktadır (83):

**Sağlık Bakanlığına Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

**Bağlı Kuruluşların Merkez Hizmet Birimleri**

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu**

MADDE 9 –(1) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun merkez hizmet birimleri ve görevleri şunlardır.

**a) Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı:**

- 1) Kuruma bağlı hastane, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, birleştirilmesi, ayrılması, nakledilmesi ve kapatılması işlemlerini yürütmek.
- 2) Kamu hastane birliklerinin kuruluş işlemlerini yürütmek, işletilmesini ve koordinasyonunu sağlamak.
- 3) Sağlık kuruluşlarında özel nitelikli sağlık hizmetleri ile ilgili işlemleri yürütmek.
- 4) Sağlık hizmet sunumunu nitelik açısından değerlendirmek.
- 5) Sağlık kuruluşlarında hasta hizmetleri ile sağlık otelciliği hizmetlerini düzenlemek.
- 6) Kamu hastanelerinin yatırımlarının takibini, donanım, ödenek ve tedarik planlamasını yapmak.
- 7) Hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliğinin belirlenen standart ve düzenlemelere uygun olarak yürütülmesini ve kurumsallaşmasını sağlamak.
- 8) Kurum Başkanı tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

**b) Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı:**

- 1) Kamu hastane birliklerinin ve sağlık kuruluşlarının stoklarını izlemek, analiz etmek ve değerlendirmek.
- 2) Sağlık kuruluşlarının döner sermaye bütçe ve muhasebe işlemlerini düzenlemek, yürütülmesini sağlamak.
- 3) Sağlık kuruluşlarının tedarik yöntemleri konusunda düzenleme yapmak.

4) Sağlık kuruluşlarının gelirlerini izlemek, analiz etmek ve gelir artırıcı düzenlemeler yapmak.

5) Sağlık kuruluşlarının tıbbi cihaz ihtiyaçlarının planlamalara uygun olarak merkezi alımla karşılanması ve buna ilişkin ihale süreçleri ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek.

6) Kurum Başkanı tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

c) İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı:

1) Bireysel ve yönetici performans ölçütleri ve hedeflerini belirlemek ve değerlendirmek.

2) Sağlık kuruluşlarında performansa dayalı ek ödeme uygulamalarını düzenlemek, izlemek ve değerlendirmek.

3) Sağlık kuruluşlarının finansal kaynaklarının kullanımını izlemek.

4) Hizmetlerin maliyet analizi ve fiyatlandırılmasına ilişkin görüş oluşturmak ve öneride bulunmak.

5) Sağlık kuruluşlarını ve hizmet sunumunu verimlilik açısından değerlendirmek.

6) Sağlık kuruluşları ve hizmetleriyle ilgili istatistikî çalışmaları yürütmek, analiz ve değerlendirme yapmak.

7) Sağlık insan gücü planlaması, izleme ve değerlendirmesi yapmak.

8) Kurum Başkanı tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

ç) İnsan Kaynakları Başkan Yardımcılığı:

1) Atama, nakil ve sözleşme işlemleri ile diğer personel hareketlerini düzenlemek ve yürütmek.

2) Personelin özlük, terfi, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

3) Kadro standartları iş ve işlemlerini yürütmek.

4) Personelin hizmet içi eğitimlerini yürütmek.

5) Kurum Başkanı tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

d) Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığı:

1) 5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde kiralama ve satın alma işlemlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısıtma, onarım gibi destek hizmetlerini yürütmek, yürütülmesini sağlamak.

2) Taşınır ve taşınmazlarına ilişkin işlemleri ilgili mevzuatı çerçevesinde yürütmek.

3) Sosyal hizmetler ile sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak ve yürütmek.

4) Genel evrak ve arşiv faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek.

5) Bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili işlemleri yürütmek.

6) Basın ve halkla ilişkilere yönelik faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.

Kanun tasarısında, hastane veya hastane gruplarından oluşturulan kamu tüzel kişiliği Birlik olarak tanımlanmış. Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürebilir. Birlik organları olarak yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliği tanımlanmış ancak genel sekreter ve hastane yöneticisine yönetim kurulunda yer verilmemiş; genel çerçevede hastane hizmetleri üç şekilde; tıbbi hizmetler, mali hizmetler ve idari hizmetler başkanlığı şeklinde isimlendirilmiştir. Tasarıda hastane düzeyinde; hastane yöneticisine bağlı olarak başhekim, idari ve mali işler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne yer verilmiş, hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne yer verilmemiştir. Bu tasarı ile birlikte hemşireler ve ebeler, sağlık personeli olarak sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü yönetiminde yer almaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı tarafından Kamu Hastaneleri Kurumunun çalışma şekli ile ilgili yayınlanan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” aşağıdaki metinde yer almaktadır (83):

**Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları  
Hakkında Yönerge**

MADDE 6- (1) Kurum tarafından, kaynakların etkin ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı sağlık tesisleri, Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak yönetilir. Bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık tesisi bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

**Birliklerin Teşkilatlanması**

MADDE 7- (1) Birlik teşkilatı, Genel Sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel Sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel Sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı sağlık tesisleri hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur.

(2) Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir. Ancak, tabip olmayan yöneticilere; tıbbi hizmetler başkanlığı ve başhekimlik görevleri verilemez.

(3) Kurumca belirlenen norm ve standardı aşmamak şartıyla Genel Sekreter tarafından başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur. Genel Sekreterliklerde sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak Kurum tarafından belirlenen sayıda uzman ve büro görevlisi istihdam edilir.

#### Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü

MADDE 8- (1) Birlik personeli, 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 32. maddesinde belirtilen genel ve özel şartları taşıyan ve istenilen nitelikleri haiz olduğunu belgelendirebilen kişiler arasından belirlenir.

(2) Birliklerde, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye EK-2 sayılı cetvelde belirtilen statüdeki personel sözleşmeli olarak istihdam edilir. Kurum Başkanı, Genel Sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle Genel Sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri Genel Sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcılılarıyla başhekimin, müdür yardımcılılarıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilir.

(3) Birliğin her kademesindeki yöneticileri, görevlerini mevzuata ve sözleşme hükümlerine, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütülmesinden üst kademelere karşı sorumludur.

Yukarıdaki düzenlemelerin hemşirelik ve ebelik mesleklerine etkilerini özetleyecek olursak; KHK'da hastane yönetimleri yeniden yapılandırılırken Başhemşire veya Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne yer verilmediği görülmektedir. Günümüzde Başhemşirelik pozisyonları kaldırılmış, mevcut kurumlarda çalışan ebe ve hemşireler "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü" tarafından yönetilmektedir. Yıldırım (36) kitabında, sağlık çalışanlarına uygulanan Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi ile iş yüklerinin arttığını vurgulamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde sağlık insan gücü sayısının yetersiz olduğu vurgulanmaktadır. Bu sorunu çözmeye yönelik olarak, yabancı hekim ve hemşire istihdamı, sağlık meslek liselerine yeniden öğrenci alınması düzenlemeler de gündeme getirilmektedir. Ayrıca hemşire yetersizliği sorununu çözmeye



yönelik olarak, 2012 tarihli 28351 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un geçici 23. maddesinde sağlık meslek liselerine tekrar hemşirelik programlarına öğrenci alınmaya devam edileceğini bildirmektedir. Aynı maddede “ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder (83).

### **2.6.3. Genel Sağlık Sigortası**

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önceden var olan Sosyal Sigortalar Kurumu, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi kurumlar tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası Kurumu haline getirildi. Üç sosyal güvenlik kurumunun birleştirilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu adıyla 5502 sayıyla ve 20.05.2006 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun’un altıncı maddesinde kısa ve uzun vadeli sigorta hükümlerinin uygulamasında sigortalı sayılmayanlar tanımlanmıştır. Bu kapsamda Kanun sigortalı kapsamını daraltıcı bir düzenleme yapmıştır. Böylece asgari ücretten az kazancı olan bütün tarım emekçileri ev işlerinde çalışan temizlikçi emekçiler ve kendi hesabına çalışanlar sosyal güvenceden yoksun bırakılmıştır (84).

Genel Sağlık Sigortası aşağıdaki hususlarda çalışmalar yürütmektedir:

- Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir fakirlik sınırı belirlenecektir.
- Vatandaşın ödeme gücünü belirlemeye yarayacak bir değerlendirme sistemi kurulacaktır.
- Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturacaktır.
- Alınan hizmetin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını “yerindelik ve uygunluk” denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturacaktır.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasının yanında özel sağlık sigortacılığın da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanarak özel sigortacılık teşvik edilecektir.

Hamzaoğlu (85) yazısında Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun büyük oranının yoksulluk sınırı altında olduğu, işsizlik oranının çok yüksek düzeylere bulunduğu gerçeği ile birlikte değerlendirildiğinde halkın büyük çoğunluğun prim ödeyemeyeceği ve bu nedenle de sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının önemli oranda düşmekte olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca bu dönüşüm programı ile halka sunulan sağlık hizmeti ile yataklı tedavi kurumlarından başlayan döner sermaye uygulamaları yapıldığını, dolayısıyla bu uygulamalar ile personele performansa dayalı olarak dağıtılmaya başlanan döner sermaye payları ile sağlık hizmetlerini, ekip hizmeti olarak sunma anlayışını zedelendiği konusunda dikkat çekmiştir.

Genel Sağlık Sigortası'nın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çatısı altına alınması ve “zorunlu genel sağlık sigortası” modeline geçilmesi önerilmiştir(86). Ataay'ın (87) derlemesinde sağlık hizmetlerinin yurttaşlık hakkından ve bu çerçeveden uzak bir sistem olduğu, prim ödeyemeyen kesimin bu standart sağlık hizmeti sunumundan uzak kaldığı vurgulanmaktadır.

#### **2.6.3.1. Sağlıkta Uygulama Tebliği**

Sağlık Bakanlığı (86) tarafından yayımlanan Tebliğ'in amacı, sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin kurumunca finansman sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na belirlenen Kurum'ca ödenecek bedellerin bildirilmesi esasına dayanmaktadır.

#### **2.6.3.2. Güvencesizleştirme**

Dünya Bankası raporuna göre Türkiye'de kamu sağlık sistemlerinde köklü bir değişikliğe ve yeniden yapılanmaya gereksinim duyulmaktadır. Günümüzde yapılmaya başlayan bu gibi değişikliklerde sağlık hizmetinin temel bir insan hakkı anlayışından farklı olarak sağlığın sadece genel sağlık sigortası ve özel sağlık primlerini ödeyen vatandaşların hak kazandığı bir hizmet anlayışı olmasıdır.

Belek (88) yazısında, Türkiye'de bütünleşmiş modelden çıkılarak kurum çalışanları için sözleşmeli modele geçilmeye başlandığını ve tekelci bir yapı görüldüğünü ifade

etmektedir. Sağlık sisteminde ve sağlık hizmeti sunumunda yaşanan temel değişikliklerin vatandaşta yarattığı memnuniyete karşılık sağlık çalışanları açısından önemli oranda memnuniyetsizlik oluşturduğu anketlerden anlaşılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dört numaralı teması olan “bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” maddesindeki hedefe ulaşamamıştır.

#### **2.6.3.3. Performansa Dayalı Ödeme**

2004 yılında SDP kapsamında sağlık hizmetlerinde ortaya atılan “döner sermaye ödemesi “günümüzde” performansa dayalı döner sermayeli ödeme” olarak karşımıza çıkarılmıştır. Kizek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (89) “performansa dayalı ödemenin” getirdiği değişikliklerin daha fazla tıbbi hizmet uygulamaları ve tedavi edici uygulamaların artmasına neden olduğuna dikkat çekilmektedir. Aynı konuda Etiler'e (90) göre de, Sağlık Bakanlığı çalışanların döner sermaye gelirlerini hastanelerinde yapılan tıbbi işlem, muayene, ameliyat sayısına göre belirlendiğini ve bu durumda yatan hasta sayısında, yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azaldığından dolayı sağlık göstergelerinde bir iyileşmeye yol açmadığı belirtilmektedir. Seren ve Yıldırım'nın(91) yazısında ülkemizde hasta başına düşen hemşire sayısının yetersiz olduğunu performansla birlikte onların iş yükünün daha arttı, bildirilmiştir. Ayrıca performans politikasının “hekim odaklı olup en olumsuz olarak etkilenen meslek grubu hemşire ve ebelerin” bu bağlamda ekip çalışmasının tam anlamıyla engellendiğini dikkat çekmektedir.

#### **2.6.3.4. Taşeronlaşma**

Sağlık Bakanlığı (92) hemşire yetersizliğini yurt içi ve yurt dışı raporlarında bildirmiştir, 2003 yılından bu yana sorunun çözümüne yönelik farklı statülerde hemşire istihdamı sağlanmıştır. SDP ile birlikte günümüze dek istihdam biçimleri şu şekilde sıralanmaktadır: 657 sayılı Yasa'nın 4/A maddesine göre memur, 657 sayılı Yasa'nın 4/B maddesine göre memur, 4924 sayılı Yasa'ya göre sözleşmeli, hizmet satın alma yoluyla gerçekleştirilen işlerde sözleşmeli şeklindedir. Bu süreç içerisinde Kamu hastanelerinde sözleşmeli sağlık personeli taşeron firmalar aracılığıyla sağlık hizmetleri sunulmasına olanak sağlanmıştır. Bu bağlamda hemşire ve ebelerde aynı kurumda, aynı işi yapıp daha farklı statülerde çalışmayı beraberinde getirdiği için ekip çalışmasını bu düzenleme ile de olanaksız hale getirilmiştir.

## **2.7. Sağlık Politikaları ve İlgili Yasal Düzenlemelerin Hemşirelik ve Ebelik Mesleğine Etkileri**

### **2.7.1. Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Mesleğe Etkileri**

Kamu Hastaneler Birliği yönetiminde dikkat çeken unsurların biri de “kalite” “verimlilik” ve “hasta memnuniyeti” açısından sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinde performans denetiminin bulunmasıdır. Ataay (87) derlemesinde KHB süreci ile ilgili olarak sağlık personeli statüsündeki memurun “özel sözleşmeli” personel rejimine geçişine yönelik arayışların olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla KHB idarecilerinin performansını yeterli görmediği hemşire ebenin sözleşmesini kolaylıkla feshedebileceği öngörülmektedir. Günümüzde bu birliklerde yeni işe başlayan hemşire ve ebelerin “özel sözleşmeli” statüsü ile işe başlamakta personel iş güvencesi ve hakları eski kamu memuru statüsünde çalışan sağlık personelininki gibi korunmamaktadır.

### **2.7.2. Sağlıkta Dönüşümün Hemşire ve Ebelere Etkileri**

Dinç (93) makalesinde; Sağlıkta Dönüşüm ve Özel Hastaneler Yataklı Tedavi Kurumlarında araç-gereç ve nitelikli personel eksikliğinin, bakım hizmetlerinin bir bölümünün eğitimli hemşireler yerine daha ucuz iş gücünü oluşturan hasta bakıcı ve diğer yardımcı personele devredilmesini, bakımın niteliğine ve hasta güvenliğine yönelik riskleri artırdığını belirtmektedir. Dahası ihtiyacı olan herkese değil parası olana hizmet sunmak, bakımın duyuşsal ve insani boyutunun göz ardı edilmesine yol açmakta ve hemşire hasta iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir, denmektedir.

Bahar (94) yazısında sağlıkta özelleştirme ile birlikte ülkemizdeki “sağlık hakkının” toplumsal bir hak olmaktan çıkarıldığını, meslek örgütlerinin birinci görevinin “halkın sağlık hakkını savunmak” olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda THD ve TED’in her ikisi de “sağlık hakkının” doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu kabul etmektedir.

Dinç (93) 2006 yılında Harran Üniversitesi’nde çalışan 120 hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; %70.3’ünün Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı hiç duymadıklarını, duyan hemşirelerin çoğunluğunun (%70.9) bu sistemde hemşirelik mesleğinin görev ve sorumluluklarının yok olacağını ifade ettiklerini saptamışlardır. Körükçü ve arkadaşları (95) 2006 yılında 161 hekim ve 207 hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; hekimlerin %53.4’ünün hemşirelerinse %68.6’sının Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, hekimlerin %65.8’i, hemşirelerinse %41.5’inin GSS ile tüm

vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eřit bir şekilde yararlanabileceğini dūřunduklerini saptamışlardır. Guevera ve Mendidas'ın (96) alışmasında, beř ũlkeden hemşirelerle gŖrūřũlmūř Ŗzelleřtirme uygulamaları ile birlikte iř yũklerinin arttığını, en çok dokũmantasyon işlerinin hemşirelerin çok fazla vaktini aldığını, asıl alanları olan hasta bakımına daha az zaman ayırmak zorunda olduklarını saptamışlardır.

## **2.8. Tezin Amacı**

Bu tezin amacı, hemşire ve ebelerin gŖrev ihmalini ve eksik malzemeleri tamamlama tutumunun tıp etiği açısından değerlendirilmesidir. Bu amaçla; Ŗncelikle hemşire ve ebelerin kişisel olarak eksiklikleri giderme tutumlarının sıklığı ve bu tutumu benimsemelerinin gerekçelerini saptamaya yŖnelik bir araştırma planlanmış, saptanan sorun ve gerekçelerin değerlendirmesiyle eksiklikleri tamamlama tutumunun etik açısından analiz edilmesi hedeflenmiştir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Amaca yönelik olarak yürütülen araştırmanın özellikleri aşağıda yer almaktadır.

#### 3.1. Araştırmanın Evreni

Tez çalışmasının temel dayanağını oluşturacak olan araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü dönemde Bursa il merkezindeki kamu Kadın Hastalıkları ve Doğum hastanelerinde çalışan 330 hemşire ve ebe oluşturmaktadır. Kesitsel olarak planlanan bu çalışmada örneklem alınmamıştır. Çalışmaya araştırmanın yürütüldüğü 10.02.2012-14.06.2012 tarihleri arasında Bursa kent merkezinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile ilgili birimlerde (Doğumhane, Klinik, Acil Birimi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi) çalışan hemşire ve ebelerin tümünün katılması hedeflenmiştir. Ancak bazı ebe ve hemşirelerin izinde ve raporlu olması, bazı hemşire ve ebelerin çalışmaya katılmayı reddetmesiyle araştırmaya 289 ebe ve hemşire katılmıştır.

#### 3.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hemşire ve ebelerin sağlık hizmetinde eksiklikleri kişisel olarak giderme tutumudur. Eksiklikleri giderme tutumu iki boyutlu olup görev ihmal karşısında başkasının görevini üstlenme ve hastanın erişemediği tıbbi malzemelerin bir biçimde sağlanmasıdır. Bağımsız değişkenlerse etik duyarlılık, yaş, çalışılan bölüm (Doğumhane, Klinik, Acil Birimi, Yeni doğan Yoğun Bakım), çalışma şekli (gündüz, vardiyalı), çalıştığı birimdeki görevi (sorumlu hemşire, servis hemşiresi), mezun olunan okulun düzeyi, mesleğini isteyerek seçip seçmediği, mesleki yaşamının süresi, çalışma şekli, çalıştığı birimdeki görevi, mesleki görev ve sorumluluklarını bilmesidir.

#### 3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada ele alınan değişkenlere ait verilerin toplanması, tez çalışması için düzenlenen veri toplama formundaki 30 soru ile yapılmıştır. Veri formu, araştırmacı tarafından ebe ve hemşirelerle yüz yüze görüşüp uygulanmıştır. Veri toplama formunun ilk bölümü demografik verilere, ikinci bölümü ise mesleğe ilişkin düşünce ve tutumlara ilişkindir. Bu bölüm, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Formun üçüncü bölümünde, Hale Tosun tarafından 2003 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlik

güvenilirlik çalışması yapılan “Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA” yer almaktadır. ADA, 30 madde ve altı alt boyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon) oluşan yedili Likert tipte bir ölçüm aracıdır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir (Tablo 1). Hale Tosun tarafından ölçeğin kullanılması konusunda sözlü izin alınmış olup yazılı izin de gönderilmiştir.

Ahlaki Duyarlılık Anketi, etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından geliştirilmiş olup Karolinska Hemşirelik Enstitüsü’nde (1994, İsveç, Stockholm) öncelikle psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. Otuz ifadeden oluşan yedili Likert tipte bir kâğıt kalem ölçeği olan anketteki ifadeler, 1 puan (tamamen katılıyorum), 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Bir puan “tamamen katılma” yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan “hiç katılmıyorum” yönünde düşük duyarlılığı ifade etmekte olup alınabilecek toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması etik açısından düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açısından yüksek duyarlılığı göstermektedir. Anketin otonomi (mesleki özerkliği değerlendirir), yarar sağlama (hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemleri yansıtır), bütüncül yaklaşım (hem hastaya zarar vermeyecek, hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade eder), çatışma (içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtır), uygulama (eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi gösterir), oryantasyon (sağlık çalışanlarının hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtır) olmak üzere altı alt boyutu vardır (7, 12). Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2003 yılında Hale Tosun tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0.84 olarak bildirilmiştir. (Ek.3 ve 4)

**Tablo 1.ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı**

Alt Boyutlar	Minimum	Maximum
<b>Otonomi</b>	7	49
<b>Yarar Sağlama</b>	4	28
<b>Bütüncü Yaklaşım</b>	5	35
<b>Çatışma</b>	3	21
<b>Uygulama</b>	4	28
<b>Oryantasyon</b>	4	28
<b>TOPLAM</b>	<b>30*</b>	<b>210*</b>

\* Düşük puan yüksek etik duyarlılığı, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret etmektedir.

### **3.4. İzin ve Onaylar**

Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ile görüşülmüş ve kurumların (Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa Zübeydehanım Doğumevi Hastanesi) başhekimliklerinden gerekli izinleri almıştır.

#### **3.4.1. Etik Kurulu Onayı**

Araştırma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 06 Aralık 2011 tarihli ve 2011-2 sayılı toplantısında alınan 22 numaralı kararıyla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Derlenen bilgilerin işlenmesi bağlamında kavramsal analizin yanı sıra SPSS (Social Package Statistical Science) 16.0 for Windows paket programı da kullanılmıştır. Değerlendirmede istatistiksel yöntemlerden yüzde ve Pearson Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi, Freeman-Halton testi kullanıldı.



### 3.6.Zamanlama

	Ağustos 2011	Eylül 2011	Ekim 2011	Kasım 2011	Aralık 2011	Ocak 2012	Şubat 2012	Mart 2012	Nisan 2012	Mayıs 2012	Haziran 2012
Yazın tarama/okuma											
Planlama ve Tez önerisinin hazırlanması											
Tez önerisinin sunumu											
Öneriler doğrultusunda çalışmanın düzeltilmesi											
Anketin uygulanması											
TİK'e ilk 6 aylık çalışmanın sunumu											

	Temmuz2012	Ağustos 2012	Eylül 2012	Ekim 2012	Kasım 2012	Aralık 2012	Ocak 2013	Şubat 2013	Mart 2013	Nisan 2013	Mayıs2013	Haziran 2013	Temmuz2013	Ağustos 2013	Eylül 2013	Ekim 2013	Kasım 2013	Aralık 2013	Ocak 2014	Şubat 2014	Mart 2014	Nisan 2014	Mayıs 2014 - Mart 2015	Nisan 2015	
Yazın tarama/okuma																									
Görüşmelerin analizi, yeni temaların çıkarılması, rapor oluşturma																									
TİK'e ikinci 6 aylık çalışmanın sunumu																									
Verilerin analizi																									
Tezin yazımı																									
Tezin sunulması																									

### **3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Veri toplama formunda ele alınan problemlerin daha önce incelenmemiş ve Türkiye'ye özgü bir sorun olması nedeniyle literatür sıkıntısı yaşanmıştır.

Veriler, hemşirelerin ve ebelerin hastalarına sunacakları bakımda aksamaya neden olmayacak zaman dilimlerinde toplanarak ve onlarla birlikte belirlenen yerlerde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma boyunca, veri toplamada kullanılan ADA'da anlaşılamayan sorular için "öğrenilmek istenen temel görüşlerin" (ADA'nın alt boyutları) tam olarak anlaşılabilmesi için açıklamalarda bulunulmuştur. Ender de olsa bazı katılımcıların bu açıklamalara rağmen ADA'nın alt boyutlarınca sorgulanan koşulları tam olarak anlamakta güçlük çekebildiği düşünölmektedir.

## 4. BULGULAR

### **Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri**

Katılımcıların yaşları, 19-61 arasında dağılmakta olup ortalama yaş  $33.3 \pm 7.3$ 'tür. Hemşire ve ebelerin %77.6'sı evli, %22.4'ü bekâr olup %66.8'i çocuk sahibidir. Katılımcıların kurumlardaki çalışma durumlarına bakıldığında %17.4 sürekli gündüz mesaisinde (sorumlu, poliklinik hemşiresi, kıdemli servis hemşiresi), %80.6'sı vardiyalı çalışma %2.0'ı sürekli gece, hizmet yılı 1-5 yıl olanlar %52.0, 6-10 yıl olanlar %23.6'sı, 11-15 yıl olanlar %11.4'ü, %15+ yılı olanlar %13.0'dır. Görev dağılımına bakıldığında klinik hemşireleri %42.0 doğumhanede çalışanlar %24.9, sorumlu olanlar %8.9, %24.2'si yoğun bakım hemşireleri olarak görev yapmaktalar. Katılımcıların çalıştığı birimlere bakıldığında hemşirelerin % 38.4'ü kadın-doğum kliniğinde, %28.1'i yoğun bakımda, %7.9'u acilde ve % 25.5'i (ebelerden oluşan grup) doğumhanede çalışmaktadır. Katılımcıların, %47.2'si lisans, % 35.6'sı ön lisans, %15.4'ü lise mezunu, %1.8'i lisansüstü eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Durumları**

Kurumlardaki durum	%
<b><u>Çalışma şekli (n=286)</u></b>	
vardiya	%80.6
gündüz	%17.4
sürekli gece	%2.0
	%100.0
<b><u>Hizmet yılı(n=271)</u></b>	
1-5 yıl	%52.0
6-10 yıl	%23.6
11-15yıl	%11.4
15+	%13.0
	%100.0
<b><u>Çalıştığı birim (n=281)</u></b>	
doğumhane	%25.6
kadın-doğum	%38.4
acil	%7.9
yeni doğan yoğun bakım	%28.1
	%100.0
<b><u>Görevi( n=281)</u></b>	
klirik hemşiresi	%42.0
doğumhane ebe	%24.9
yoğun bakım hemşiresi	%24.2
sorumlu	%8.9
	%100.0
<b><u>Eğitim durumu(n=283)</u></b>	
lise	%15.4
önlisans	%35.6
lisans	%47.2
lisansüstü	%1.8
Genel Toplam	%100.0

Mesleği isteyerek seçenlerin oranı %54.2, yakınının tavsiyesi üzerine mesleği seçenler %24.5, rastlantısal seçenlerin oranı %21.0'dir. Mesleklerinden memnuniyet durumuna bakıldığında %63.4'ünün kısmen memnun, %25.4'ünün memnun, %11.2'sinin memnun olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %59.9'u işinden kısmen memnun, %29.7'si memnun ve %10.4'ü memnun olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların Mesleklerine İlişkin Düşünce ve Duyguları**

<b>Mesleği seçme durumu</b> (n= 286)	<b>%</b>
isteyerek	%54.2
yakın etkisi	%24.5
rastlantısal	%21.0
istemeyerek	%0.3
	%100.0
<b>Mesleğini sevme durumu</b> (n=133)	
kısmen memnun	%63.4
memnunum	%25.4
memnun değil	%11.2
	%100.0
<b>İşinden memnun olma</b> (n=283)	
Kısmen memnun	% 59.9
Memnun olma	%29.7
Memnun değil	%10.4
Genel toplam	%100.0

Çalışmaya katılan hemşire ve ebelerin kurumsal görev ve sorumluluklarını %59.5'inin bildiği, %40.2'sinin kısmen bildiği, %2.3'ünün ise bilmediğini ifade ettiği saptanmıştır. Mesleki sorumluluklarını konusundaki bilgi düzeyleri sorulduğunda % 50.0'sinin bildiği, % 47.0'sinin kısmen bildiği, % 3.0'ının bilmediği saptanmıştır. Bununla birlikte yasal düzenlemeler konusundaki bilgi düzeyleri %37.3'ü bildikleri, %60.4'ü kısmen bildikleri, %2.3'ü bilmedikleri yönündedir (Tablo 5).

**Tablo 5. Katılımcıların Görev ve Sorumluluklarını Bilme Durumu**

<b><u>Katılımcıların kurumsal görev ve sorumlulukları bilme durumu</u></b> (n=136)	%
biliyorum	%59.5
kısmen biliyorum	%40.2
bilmiyorum	%2.3
	%100.0
<b><u>Katılımcıların mesleki görev ve sorumlulukları bilme durumu</u></b> (n=136)	
biliyorum	%50.0
kısmen biliyorum	%47.0
bilmiyorum	%3.0
	%100.0
<b><u>Katılımcıların yasal düzenlemeleri bilme durumu</u></b> (n=136)	
biliyorum	
kısmen biliyorum	%37.3
bilmiyorum	%60.4
	%2.3
<b>Genel Toplam</b>	%100.0

Sağlık ekibinin herhangi bir üyesi görevini ihmal ettiğinde katılımcıların nasıl bir tutum aldıklarını değerlendirdiğimizde; kadın-doğum kliniğinde çalışanların %27.8'i , doğumhanede çalışan ebelerin %24.3'ü, acilde çalışanların %20.0'si, yeni doğan yoğun bakımda çalışanların %11.1'i ihmal edilen görevin “sık sık” tamamladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6).

**Tablo 6. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Görev İhmali Olduğunda Tamamlama Tutumları**

Katılımcıların Çalıştıkları Birimler	Hiçbir Zaman	Nadiren /Bazen	Sık Sık	Her zaman
Doğumhane	%5.4	%8.6	%24.3	%5.4
KHD Klinik	%13.0	%56.8	%27.8	%14.8
Acil	-	%24.8	%20.0	%20.0
Yeni doğan Yoğun Bakım	%7.4	%9.7	%11.1	%3.7

## **Demografik Özelliklere Göre Görev İhmali Olduğunda Katılımcıların Tamamlama Tutumları**

Kadın-doğum ile ilgili birimlerde çalışan hemşireler ve ebeler kendi görev ve yetkileri dışında sağlık ekibi içerisinde hangi işleri üstlendiklerine bakıldığında, özellikle hekimin görevini üstlendiklerini belirtmişlerdir. Bunlar arasında %65.0 sözel ordir alıp tedaviye başlamak, %44.0 aydınlatılmış onam almak, %28.0 hastanın bir başka kuruma sevk işlemlerini hekimin yerine yapmak bulunmaktadır. Katılımcıların %67.5'i "telefona baktıklarını", %55.7'si "kullanılan malzeme ve ilaçların eczaneden istenmesi", %54.7'si "hasta dosyasının düzenlenmesi" ve %43.6'sı "yatış-çıkış işleminin yapılması" işlerini yaptıklarını ifade etmişlerdir. Kadın-doğum kliniğinde çalışan hemşirelerin %24.0'ü kliniklerde diyetisyenin yapması gereken "post-op dönemde diyeti ayarlamak" görevini ve %26.0'ı "kronik hastalık (diyabet vs.) hasta diyeti ayarlamak" işini yaptıklarını belirtmişlerdir. Klinikte yatan ve obstretrik özellikte olan hastaların doğumhaneye geçmesi ile birlikte ebelerin %22.8'i de klinikteki hemşirenin "hastanın takibi, hasta dosyasını düzenleme, kan alma" gibi işlemlerini kendilerinin yapmak zorunda olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %37.7'si, temizlik görevlisinin yapması gereken "hastanın çıkardığı vücut sıvılarını" temizlediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 7).

**Tablo 7. Sağlık Ekibi İçerisinde Ebelerin ve Hemşirelerin Kendi Görev ve Yetkileri Dışındaki Tamamlama Tutumları**

<b>Kendi Görev ve Yetkileri Dışındaki Uygulamalar</b>	<b>%</b>
<b><u>Hekim uygulamaları * (n=399)</u></b> sözel ordir alıp tedaviye başlamaları aydınlatılmış onamı almaları hastanın bir başka kuruma sevk işlemlerini	 %65.0 %44.0 %28.0
<b><u>Ebenin klinikteki hemşirenin işini yapması (n=66)</u></b> hastanın takibi, hasta dosyasını, düzenleme, kan alma	 %22.8
<b><u>Kayıt memurunun uygulamaları *(n=640)</u></b> telefona bakmaları kullanılan malzeme ve ilaçların ecz. istenmesi hasta dosyasını düzenlemesi hastanın yatış - çıkış işlemlerini yapmaları	 %67.5 %55.7 %54.7 %43.6
<b><u>Diyetisyenin uygulamaları (n=146)</u></b> kronik hastalığı olan hastanın diyeti ayarlama post-op dönemde diyeti ayarlama	 %26.0 %24.0
<b><u>Temizlik görevlisinin uygulamaları (n=109)</u></b> hastanın çıkardığı vücut sıvılarını temizleme	 %37.7

\*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Katılımcıların % 9.7'si her zaman, %56.8'i sık sık, %24.8'i bazen diğer meslek üyelerinin ihmal ettikleri görev ve işlevlerini tamamlama tutumu sergilediklerini ve %8.6'sı hiçbir zaman sergilemediklerini ifade etmişlerdir. Bu tutumun sebebi sorgulandığında hemşire ve ebelerin %58.9'u hasta yararı için bunu yaptıklarını, %21.2'si yöneticiyi kızdırmamak için ve %51.9'u sorunun bir an önce çözülmesi adına "her zaman" tamamlama tutumu içinde olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8).



**Tablo 8. Hemşire ve Ebelerin Başka Meslek Üyelerinin İhmal Ettikleri Görevleri Üstlenme Nedenleri**

<b>Tamamlama sıklığı (n=278)</b>	<b>%</b>
her zaman	%9.7
sık sık	%56.8
bazen nadiren	%24.8
hiçbir zaman	% 8.6
	%100.0
<b><u>Tamamlama Nedeni (n=185)</u></b>	
<b><u>hasta yararını sağlamak</u></b>	
her zaman	%58.9
sık sık	%30.8
bazen nadiren	%10.3
	%100.0
<b><u>yöneticiyi kızdırmamak( n=80)</u></b>	
her zaman	%21.2
sık sık	%31.9
bazen nadiren	%47.5
	%100.0
<b><u>sorunu bir an önce çözmek (n=185)</u></b>	
her zaman	%51.9
sık sık	%31.9
bazen nadiren	%16.2
<b><u>Genel Toplam</u></b>	%100.0

Hemşire ve ebelerin görev tanımına girmediği halde ve amirlerince görevlendirilmemiş olmalarına rağmen, hastanın maddi durumu ve sağlık güvencesi yetersiz kaldığı için gereksinimi olan sağlık hizmeti karşılanmadığında (ilaç, tıbbi malzeme, bakım malzemesi vs.), hastanın bu ihtiyaçlarını karşılamak için %6.0'sı her zaman, %7.5'i sık sık ve %60.4'ü ise bazen çaba gösterdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 9).

Katılımcıların hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik ne tür kişisel çaba gösterdiklerine bakıldığında; %17.3'ünün kendi cebinden ödediği, %15.9'unun aralarında para topladıkları, tüm katılımcıların %10.0'nin bu tür çarelere başvurduğu, %24.2'sinin hastanenin başka bölümlerinden karşılamaya çalıştığı, %20.1'inin başka hastaların sarf malzemelerinden idare ettikleri, %18.0'inin ilaç şirketleri ve malzeme şirketlerinin

temsilcilerinden rica ettikleri, %6.6'sının ise başka hastalar üzerine ilaçlarını yazdırmaya çalıştıkları belirlendi (Tablo 9).

**Tablo 9. Hastanın Ödeme Gücü ya da Güvencesi Sağlık Hizmetini Karşılamadığında Bu İhtiyaçları Karşılama İçin Kişisel Olarak Çaba Gösterme Tutumları**

<u><i>Kişisel Çaba Gösterme Durumları (n=265*)</i></u>	<b>n</b>	<b>%</b>
her zaman	16	%6.0
sık sık	20	%7.5
bazen/ nadiren	160	%60.4
hiçbir zaman	69	%26.0
<u><i>Kişisel Çaba Gösterme Türleri *</i></u>	<b>n</b>	<b>%</b>
ilaçları bedelini cepten ödeme	239	%17.3
sağlık çalışanları olarak aralarında para toplama	46	%15.9
ilaç şirketleri ve malzeme şirketlerinin temsilcilerinden rica etme	52	%18.0
hastanenin başka bölümlerinden alma	70	%24.2
hastane eczanesinden borç olarak isteme	18	%6.2
başka hastaların tedavilerine, ilaçları yazdırma	19	%6.6
başka hastaların sarf malzemelerinden idare etme	58	%20.1

\* katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Katılımcıların kendi yükümlülükleri olmadığı halde hastanın sağlık hizmeti gereksinimlerini kişisel çaba ile neden karşılamaya çalıştıkları sorgulandığında; %43.7'si hastanın yararı için, %44.4'ü vicdanı elvermediği için, %56.5'i sağlık hakkı gereğince güvencesi olmasa da her hastanın gereksinimi olan hizmeti alması gerektiğini düşündüklerinden dolayı “her zaman” böyle bir tutum gösterdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 10).

**Tablo 10. Hastanın Ödeme Gücü ya da Güvencesi Sağlık Hizmetini Karşılamadığında Bu İhtiyaçlarını Karşılama İçin Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Çaba Gösterme Nedenleri**

Kişisel Çaba Gösterme Nedenleri	N	%
<b><u>Hastanın yararı için (n=119)</u></b>		
her zaman	52	%43.7
sık sık	33	%27.7
bazen/ nadiren	34	%28.6
		%100.0
<b><u>Vicdanım elvermediği için (n=108)</u></b>		
her zaman	48	%44.4
sık sık	23	%21.3
bazen /nadiren	37	%34.3
		%100.0
<b><u>Her hastanın sağlık hakkı olduğunu düşündüğü için (n=108)</u></b>		
her zaman	61	%56.5
sık sık	29	%26.8
bazen/ nadiren	18	%16.7
		%100.0

Katılımcıların kurumlardaki etik sorunlarının oluşmaması bağlamında önerileri ile ilgili bulgular; %43.9'u mesleki görev ve yetkilerin sınırları daha kesin çizgilerle tekrar belirlenmesi, %55.4'ü rehber olacak etik kuralları olması gerektiğini, %51.9'u sağlık ekibinin tümüne bu konuda hizmet içi eğitimleri verilmesi gerektiğini, %39.4'ü hastane kurallarının uygulanması daha sıkı denetlenmesi gerektiğini, %47.0'ı personel sayısının artırılması gerektiğini, %40.0 hastane kuralları ve yaptırımlarının hekimler için de geçerli olması gerektiğini, %44.6 hastane etik kurallarının kliniklerde işlevsel olmasının gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 11).

**Tablo 11. Etik Sorunlarının Oluşmaması İçin Çözüm Önerileri**

*Katılımcıların Çözüm Önerileri	%
Etik kurulları kliniklerde işlevsel olmalı	%55.4
Hizmet içi eğitimler tüm sağlık ekibine verilmeli	%51.9
Personel sayısı artırılmalı	%47.0
Hastane etik kurullarının kliniklerde işlevsel olmasının	%44.6
Hastane kuralları ve yaptırımları hekimler için de geçerli olmalı	%40.0
Mesleki görev ve yetkilerin sınırları belirlenmeli	%43.9
Hastane kurallarının uygulanması denetlenmeli	%39.4

\*katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Katılımcıların ADA'dan aldıkları toplam puanlarla demografik özellikleri karşılaştırıldığında mezun olunan okul ile hizmet yılı arasında anlamlı fark bulunmadığı, çalıştığı birim ile anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p=0.031$ ). Doğumhanede çalışan ebelerin diğer birimlere göre daha duyarlı olduğu belirlendi (Tablo 12).

**Tablo 12. ADA Toplam Puanı ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Mezun olunan okul (n: 289)	ADA PUAN	P değeri
lise	106.24	p>0.05
ön-lisans	91.66	
lisans	108.48	
lisansüstü	126.88	
<b>Hizmet yılı/sıklık n=196</b>		
1-5 yıl	104.99	p>0.05
6-10 yıl	96.95	
11-15 yıl	87.24	
15 yıl +	82.72	
<b>Çalıştığı Birim</b>		
doğumhane	84.40	*(p < 0.05)

k-d servisi	102.02	p=0.031
acil	100.23	
yenidoğan yoğun bakım	117.87	

### Demografik Özelliklere göre Diğer Sağlık Çalışanlarının Yapması Gereken Görevleri Üstlenme Tutumu

Katılımcıların amirlerince görevlendirilmemiş olmasına rağmen diğer sağlık çalışanlarının yapması gereken işleri üstlenmeleri ile eğitim durumu, hizmet yılı ve hizmet içi eğitim alma durumu karşılaştırıldığında, anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0.05$ ) ancak çalışılan birim ile görev ihmalini tamamlama tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Özellikle kadın-doğum servisinde çalışanların diğer birimlere göre daha fazla tamamlama tutumu içerisinde oldukları belirlenmiştir.  $*(p<0.05)$  (Tablo 13).

**Tablo 13. Demografik Özellikler ile Görev Tamamlama Tutumlarının Karşılaştırılması**

Mezun okul /tamamlama tutumu	Hiçbir zaman	Nadiren Bazen	Sık sık	Her zaman	P değeri
lise	% 15.8	%52.6	% 15.8	% 15.8	p>0.05
ön-lisans	% 9.3	%56.7	%24.7	%9.3	
lisans	% 8.9	% 6.5	%27.5	%8.0	
<b>Hizmet yılı/sıklık</b>	Hiçbir zaman	Nadiren/bazen	Sık sık	Her zaman	p>0.05
1-5 yıl	% 10.1	%53.6	%25.4	%10.9	
6-10 yıl	% 11.9	%55.9	%22.0	%10.2	
11-15 yıl	-	%61.3	%32.3	% 6.5	
15 yıl +	% 8.8	%61.8	%20.6	%8.8	
<b>Çalıştığı Birim</b>	Hiçbir Zaman	Nadiren/Bazen	Sık Sık	Her Zaman	*p < 0.05
Doğumhane	% 7.2	%59.4	% 23.2	% 10.1	
K-D servisi	% 12.3	%43.4	% 34.0	% 10.4	

Acil	-	%81.0	% 9.5	%9.5	p=0.029
Y.Y.B	%8.0	%66.7	%16.0	%9.3	
HİE alanlar	%9.7	%56.6	%24.0	%9.7	p>0.05
HİE almayanlar	%6.4	%55.1	%28.2	%10.3	

### Hastanın Sağlık Hizmeti Karşılanmadığında Demografik Özelliklere Göre Kişisel Çaba Yönünden Farklar

Hemşirelerin hastanın maddi durumu ve sağlık güvencesi gereksinimi olan sağlık hizmetini karşılamadığında (ilaç, tıbbi malzeme, bakım malzemesi vs), hastanın bu ihtiyaçlarını karşılamak için kişisel olarak çaba gösterme durumu hemşirelerin eğitim düzeyleri ve çalıştıkları birimlere göre anlamlı fark olmadığı ( $p>0.05$ ), sadece hizmet yılına göre anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p=0.016$ ) (Tablo 14).

**Tablo14. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Kişisel Çabanın Karşılaştırılması**

Birim/kişisel çaba	Hiçbir zaman	Nadiren/Bazen	Sık sık	Her zaman	p değeri
Doğumhane	%23.0	%67.2	%6.6	%3.3	p>0.05
K-D Klinik	%27.0	%53.0	%8.0	%12.0	
Acil	%19.0	%71.4	-	%9.5	p>0.05
Yeni doğan yoğun bakım	%30.8	%61.5	%7.7	-	
<b>Eğitim durumu</b>					
Lise	%25.0	%61.1	%13.9	-	p>0.05
Önlisans	%21.6	%63.6	%5.7	%9.1	
Lisans	%29	%58.7	%6.5	%5.8	
<b>Hizmet yılı</b>					
1-5 yıl	%33.1	%53.1	%8.5	%5.4	*p ≤ 0.05, p=0.016
6-10 yıl	%14.8	%73.8	%8.2	%3.3	

11-15 yıl	%21.4	%64.3	%3.6	%10.7	p>0.05
15 yıl +	%19.4	%61.3	%6.5	%12.9	
<b>HİE alan</b>	%28.7	%59.1	%5.5	%6.6	
HİE almayanlar	%22.4	%63.2	%10.5	%3.9	

### Katılımcıların Kişisel Çaba Nedeni ile ADA Alt Boyutundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların ahlaki duyarlılık anketinden (altı alt boyuttan) aldıkları puan ile kişisel çaba tutumunun nedenleri (hasta yararı için, vicdanım elvermediği için, sağlık hakkını gözettiğim için) arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0.05$ ). (Tablo 15)

**Tablo 15. Katılımcıların Kişisel Çaba Nedeni ile ADA'dan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

ADA Etik neden	Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	p
<b><u>hasta yararı</u></b> her zaman sıklıkla bazen nadiren	15(6-38) 18(6-31) 14(8-34)	12(4-27) 14(5-20) 14(4-23)	13(5-33) 13(7-27) 11.5(8-28)	14.5(3-20) 13(9-18) 12(6-19)	12(4-89) 13(5-24) 13(6-22)	7(4-27) 9(5-22) 7(4-24)	p>0.05
<b><u>Vicdanım elvermediği için</u></b> her zaman sıklıkla bazen nadiren	15(6-38) 19(12-28) 17(6-37)	12(4-26) 14(5-24) 13(5-26)	13(4-26) 12(5-24) 12(9-22)	14(3-20) 15(7-18) 14(5-19)	12(4-27) 12(8-24) 13(6-22)	7(4-25) 9(5-24) 7(4-24)	p>0.05

<b><u>Sağlık hakkını gözettiğim için</u></b> her zaman sıklıkla- bazen- nadiren	16(6-38) 16(6-30) 14.5(831)	13(5-33) 13(7-30) 12.5(7-27)	12(5-33) 13(6-30) 10(5-27)	14.5(720) 12(6-19) 12(3-17)	13(4-27) 12(7-24) 12(6-24)	7(4-27) 9(5-22) 7(4-24)	p>0.05
---	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------

Katılımcıların klinik uygulamalarda sağlık ekibi içerisinde başkasının ihmal ettiği görevi tamamlama nedenleri ile ADA'nın altı alt boyutu karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı saptandı. Ancak "problemi çözmek" gerekçesi ile ADA'nın yarar sağlama alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulundu  $*(p \leq 0.05, p=0.033)$  (Tablo 16).

**Tablo 16. Katılımcıların Görev İhmal Neden ile ADA Alt Boyutundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

ADA Görev İhmal nedeni	Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncül yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	p
<b><u>hasta yararı</u></b> her zaman sıklıkla bazen nadiren	16(6-38) 16(6-28) 15(6-32)	12(4-27) 13(4-22) 12(4-22)	13(5-33) 11(5-22) 11.5(7-26)	14(7-20) 13(9-18) 12(6-21)	12(4-27) 12.5(6-25) 11(6-23)	8(4-27) 7(4-22) 7(4-16)	p>0.05
<b><u>Yöneticinin kızmasını engellemek</u></b> her zaman sıklıkla bazen nadiren	12(6-27) 18(6-38) 17(10-31)	13(4-17) 13(4-26) 13(5-26)	13(5-33) 13(7-30) 12.5(7-27)	14(3-20) 15(7-18) 14(5-19)	12(4-27) 12(8-24) 13(6-22)	7(4-25) 9(5-24) 7(4-24)	p>0.05
<b><u>Problemi çözmek</u></b> her zaman sıklıkla bazen nadiren	16(6-38) 16(6-30) 14.5(8-31)	13(4-26) 12(5-24) 12(9-22)	12(5-33) 13(6-30) 10(5-27)	14.5(7-20) 12(6-19) 12(3-17)	13(4-27) 12(7-24) 12(6-24)	7(4-27) 9(5-22) 7(4-24)	$*(p<0.05)$ p=0.033

Son bulgularda HİE türüne bakıldığında dört hastaneden arasındaki çalışanlardan sadece iki tanesi (\*Tıp Fakültesi ve \*\*Doğumevi) etik ve deontoloji eğitimi almıştır. Bu HİE alan katılımcıların dört bağımlı değişkenlerden (görev ihmal, görev ihmal neden, kişisel çaba, kişisel çaba neden) arasında karşılaştırma yapıldı. Bu değişkenlerden üçünde



(görev ihmal neden, kişisel çaba, kişisel çaba türü) arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0.05$ ). Ancak bir değişken (görev ihmalinde tamamlama tutumu) iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.003$ ). Bu sonuca göre hemşire ve ebelerin görev ihmallerini “sık sık tamamlama” tutumunun Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışanlar için %55.2 oranında iken, Doğumevi grubunda %22.2 düzeyinde olduğu belirlendi. İlk grup katılımcılar HİE’de “etik kavramı, etik ilkeleri”, ikinci grup ise “deontoloji” eğitimi almıştır (Tablo 17).

HİE türüne bakıldığında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşire ve ebelere etik eğitimi eğitim hemşiresi tarafından verilmiştir. Verilen etik eğitiminin içeriğine göz atıldığında etik tanımı, etik ilkeleri, etik sorunu ile karşılaştıklarında çözme yöntemi, hemşirenin bireye, aileye ve topluma karşı olan sorumlulukları gibi başlıkları içerdiği görülmektedir. Kuruma başlayan her hemşire ve ebe bu eğitimi bir kez almak zorunluluğu bulunmaktadır. Etik eğitiminin süresi, yaklaşık 60 dakikadır. Zübeyde Hanım Doğumevi’nde çalışan hemşire ve ebelere HİE içeriği bakımından deontoloji eğitimi verilmiştir. Deontoloji eğitimi doğumevi başhemşiresi tarafından verilmiştir. Deontoloji eğitimi içeriğine bakıldığında hemşirelikteki yasal düzenlemeler, Hemşirelik Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve Hemşirelik Yönetmeliği başlıklarını içermektedir. Kuruma başlayan her hemşire ve ebenin eğitimi bir kez almak zorunluluğu bulunmaktadır. Deontoloji eğitiminin süresi, yaklaşık 45 dakikadır.

**Tablo 17. Katılımcıların Aldıkları HİE Türü ile Tamamlama Tutumları Arasındaki İlişki**

Yer	Görev ihmal				P değeri
	Hiçbir zaman	Nadiren /Bazen	Sık sık	Her zaman	
Doğumevi	%6.2	%61.7	%22.2	%9.9	*( $p \leq 0.05$ ) p=0.003
Tıp fakültesi	%10.3	%27.6	%55.2	%6.9	
Yer	Kişisel çaba				p değeri
	Hiçbir zaman	Nadiren Bazen	Sık sık	Her zaman	

Doğumevi	% 18.3	% 63.4	% 7.3	% 11.0	p>0.05
Tıp fakültesi	% 18.5	% 70.4	% 11.1	-	

Katılımcıların HİE türü ile tamamlama tutum nedenleri (görev ihmal neden, kişisel çaba nedeni) karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. (p>0.05) (Tablo 18).

**Tablo 18. Katılımcıların Aldıkları HİE Türü ile Tamamlama Nedenleri Arasındaki İlişki**

<b><u>A-Kişisel Çaba</u></b> <b><u>Neden</u></b>	Yapma sıklığı			P değeri
	Nadiren Bazen	Sık sık	Her zaman	
<b><u>Hasta yararı için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%35.9	%17.9	%46.2	
Tıp fakültesi	%30.8	%46.2	%23.1	
<b><u>Vicdanım elvermediği için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%29.4	%23.5	%47.1	
Tıp fakültesi	%44.4	%33.3	%22.2	
<b><u>Sağlık hakkını gözettiğim için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%20.0	%13.3	%66.7	
Tıp fakültesi		%30.8	%69.2	
<b><u>B- Görev İhmal Nedeni</u></b> <b><u>Hasta yararı için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%13.7	%33.3	%52.9	
Tıp fakültesi	%16	%36.0	%48.0	
<b><u>Yöneticimin kızmasını engellemek için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%42.3	%38.5	%42.3	
Tıp fakültesi	%66.7	%33.3	%66.7	
<b><u>Problemi çözmek için</u></b>				p>0.05
Doğumevi	%16.4	%30.9	%52.7	
Tıp fakültesi	%18.2	%36.4	%45.5	

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonuçları, sosyo-demografik özelliklerle etik sorunları, tutum ve duyarlılık olmak üzere iki ana başlık halinde tartışılacaktır.

### 5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirmesi

#### 5.1.1. Çalışma Şekli

Katılımcıların kurumlardaki çalışma durumlarına bakıldığında %80.6'sının vardiyalı çalıştığı, %52.0'mın hizmet yılının 1-5 yıl arasında olduğu, % 38.4'ünün kadın-doğum kliniğinde, %28.1'inin yoğun bakımda, %7.9'unun acilde ve % 25.5'inin (ebelerden oluşan grup) doğumhanede çalıştığı görülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların önemli bir bölümünün genç yaş grubunda ve mesleki çalışma sürelerinin en çok bir ile beş yıl arasında olduğu belirlendi. Çalışmamıza katılanlardan %53.7'lik dilim, doğumhane ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi gibi kriz yönetiminin olduğu birimlerde çalışmaktadır. Katılımcıların çoğunun vardiyalı çalıştığı görülmektedir. Bu durum gece çalışan hemşirelerin ve ebelerin kişi başı 15-20 hastadan sorumlu olduğu, bununla birlikte iş yüklerinin arttığı göz önüne alındığında çalışma grubunda yer alan hemşire ve ebelerin etik sorunlarıyla daha fazla yüz yüze gelebileceğini düşündürmektedir.

#### 5.1.2. Eğitimsel Nedenler

Katılımcıların %47.2'si lisans, % 35.6'sı ön lisans, %15.4'ü meslek lisesi ve %1.8'i lisansüstü mezundur. Bu bulgular doğumhane, yeni doğan yoğun bakım ünitesi, kadın-doğum kliniği gibi kritik hastalara bakan hemşire ve ebelerin eğitim düzeyinde farklılıklar olduğunu göstermektedir. Hemşireler ve ebelerin etik sorunları fark edebilmeleri deontoloji eğitimi ile mümkündür. Ülkemizde lisans düzeyindeki hemşirelik programlarında (Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Programı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü) “Hemşirelik Tarihi” ve “Deontoloji”, “Hemşirelikte Etik” dersleri bulunmaktadır. Ancak, ülkemizdeki diğer hemşirelik eğitim programlarında deontoloji ve etik dersi başka bir ders içerisinde konu olarak geçebilmektedir. Ülkemizde hemşirelikte farklı eğitim programları yürütüldüğü için etik ve deontoloji dersine ne kadar zaman ayrıldığını söylemek güçtür. Bu farklılık yapılan araştırma sonuçlarına da yansımaktadır. Tosun (13) çalışmasında hemşirelerin %45.5'i

deontoloji eğitimini mesleki eğitimleri sırasında almadıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda hemşirelik ve ebelik mesleğinde farklı eğitim programları yürütülmesi nedeniyle etik konusuna ya da dersine tam olarak ne kadar süre ayrıldığını belirtmek oldukça zordur.

Atalay'a ve Doğan'a (97) göre hemşirelikte ve ebelikte lisans eğitiminin, hemşirelerin etik değerlerini de içeren mesleki değerlerini kavraması ve bu değerlere temellenmiş davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir. Beydağı'nın ve Aslan'ın (98) Denizli ili kamu ve özel hastanelerinin kadın- doğum kliniklerinde ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma yılı ile mesleki profesyonellikleri ters, eğitim düzeyiyse doğru orantılıdır. Yine aynı çalışmada doğumhanede çalışan ebelerin mesleki profesyonellikleri daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda etik sorunları çözme ve eğitim arasında anlamlı bir ilişki yokken doğumhane çalışanlarının etik yönden daha duyarlı oldukları belirlendi. Bizim çalışma sonuçlarımız bu yönü ile Beydağı ve Aslan'ın sonuçlarından farklılık göstermektedir. Ülkemizde hemşirelik ve ebelik eğitimi 2007 yılında yeniden düzenlenen Hemşirelik Kanunu ile yasal olarak lisans düzeyine getirilmiştir. Fakat düzenlemenin yeni olması nedeniyle kurumlarda çalışan hemşireler farklı eğitim düzeylerine sahiplerdir. Diğer yandan bu kanunda yer alan geçici maddede sağlık meslek liselerinin beş yıl süre ile açık kalacağı belirtilmiştir. Bu durumda; eğitim seviyesindeki farklılıkların daha uzun bir süre devam edeceği, buna bağlı olarak da eğitim düzeyindeki farklılıktan kaynaklanan etik sorunların azalmak yerine mevcut şekilde devam edeceği ya da artacağı düşünülmektedir.

### **5.1.3. Mesleki Uzmanlaşma**

Araştırmamızda 289 katılımcı arasında kadın sağlığı alanında sadece üç uzman hemşire olduğu saptandı. Bu sonuca göre “Kadın Sağlığı ve Doğum” gibi hasta bakımının özel olması gereken bir alanda uzman hemşire ve ebenin yetersiz olduğu söylenebilir.

Potter ve Perry (10), mesleklaşma sürecinin en önemli öğelerinden olan eğitimin mesleki özerkliğin öğelerinden mesleki yeterlilik için de oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca mesleki kararları verebilmek ve bu kararların sorumluluğunu alabilmek için kişinin mesleki donanımının yeterli olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Chitty (21), mesleki uygulamada yeterlilik için yalnızca temel mesleki eğitimin yeterli olmadığını ve üzerine hemşirelerin kendi alanlarına ilişkin özelliikli eğitim almasının önemine değinmektedir. Örneğin ABD’de ulusal sağlık istatistik yıllık verilerine göre

2008 yılında üç milyon kayıtlı hemşireden %85'den fazlası yüksek lisans, %5 'i doktora programını tamamlamıştır. Gelişmiş ülkelerde kadın sağlığı temel sağlık hizmeti sunumunda çalışan hemşirelerin kadın merkezli bütünsel bir yaklaşım sağlayan ileri hemşirelik uygulamalarında özel eğitimleri bulunmaktadır. Ülkemizdeki mevcut kurumlarda çalışan hemşireler farklı eğitim düzeylerine sahiptirler. Güngör ve arkadaşlarının (99) makalesinde ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde kadın sağlığı uygulayıcı hemşirelerinin, hemşirelik lisans programı üzerine yüksek lisans, doktora programını tamamladıkları ya da sertifikalı hemşireler olduğunu ve görevlerinin gebelik, doğum, doğum sonrası dönem ve yeni doğan bakımını; aile planlaması uygulamalarını; kadınların jinekolojik gereksinimlerini ve kadına özgü sağlık hizmetini özerk bir şekilde yürütebildiklerini bildirmiştir.

Lee (100) , yazısında İngiltere ve Avustralya'da ise kadın doğum alanında çalışan ebe ve hemşirelerinin, hemşirelik lisans eğitiminden sonra 18 aylık ebelik eğitimi alan sertifikalı hemşire-ebeler veya üç yıllık ebelik eğitiminden sonra kadın sağlığı hemşireliği alanında yüksek lisans veya doktora eğitimi alan hemşireler olduğunu vurgulamıştır.

Ülkemizde lisans mezunu hemşirelerin ve ebelerin meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman hemşire ya da ebe olarak çalışabilecekleri, kadın-doğum alanı ile ilgili birimlerde rüçhan hakları olduğu 2007 yılındaki Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişikliklerle yasada yer almıştır. Hemşirelik Yönetmeliği'nde (54) hemşirenin genel görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış ancak kadın sağlığı hemşireliğine ilişkin özellik arz eden birim ve alanlar tanımlanmamıştır. Ülkemizde 2010 yılında çıkarılan Hemşirelik Yönetmeliği'nde uzman hemşire “Yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olan ve diplomaları Bakanlık'ça tescil edilen hemşireler alanlarında uzman hemşire olarak çalışırlar.” şeklinde tanımlanmıştır. Daha sonra 2011 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te “Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği” özel dal hemşirelikleri arasında yerini almıştır (99).

Baykara'ya (29) göre Türkiye'de durum böyleyken hemşirelik hizmetlerine oldukça önem verilen Amerika Birleşik Devletleri ve İsveç'te hemşirelikte lisans düzeyi yetkin bir mesleki donanım için yeterli bulunmamakta ve yüksek lisansla doktora düzeyinde eğitim

görmüş hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Nichols ve Chitty (101), kitaplarında yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olan hemşirelerin mesleki eğitimlerinin meslekleşme için temel bir ölçüt olmasının yanı sıra bilgi ve becerileriyle mesleki yetkinliğe sahip hemşirelerin klinik uygulamalarda özerk karar verebilmelerinin mesleki özerklik için de önemli bir etmen olduğunu ifade etmişlerdir.

#### **5.1.4. Mesleğini Seçme Durumu**

Çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin önemli bir bölümü (%54.2) mesleği isteyerek seçmişlerdir. Diğerleriyle yakınını tavsiyesi ve rastlantısal olarak seçimde bulduklarını belirtmişlerdir. Oysa meslek memnuniyeti açısından değerlendirdiklerinde katılımcıların %63.4'ünün kısmen memnun oldukları belirlenmiştir. Baykara'nın (29) çalışmasında hemşirelerin önemli bir çoğunluğu %83.3 hemşirelik mesleğinden memnun olduklarını, diğerleriyle kısmen memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Karadağ ve Taşçı'nın (102) 2001 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin % 56.9'u mesleklerinden memnun olduklarını, % 43.1'i kısmen memnun olduklarını, % 4.9'u ise memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Aydın ve Kutlu'nun (103) 2001 yılında yaptıkları araştırmada hemşirelerin %53.2'sinin çalıştıkları birimden memnun oldukları belirlenmiştir. Taycan ve arkadaşlarının (104) 2006 yılında yaptıkları çalışmaya göreyse hemşirelerin çok azının %13.7 iş yaşamından "memnun" oldukları, %50.7'sinin iş yaşamından "kısmen memnun" oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçları, bizim çalışmamıza benzemekle birlikte Baykara'nın çalışma sonuçlarında farklılık görülmektedir. Bunun nedeni, Baykara'nın çalışmasındaki hemşirelerin çoğunun yoğun bakımda çalışmaları nedeniyle karar verici konumda olmaları ve mezuniyet düzeylerinin daha yüksek olması olabilir. Yoğun bakımda çalışanların karar verme ve sorumluluk alma durumları daha yüksektir ve bu durumun hemşirelerin diğer birimlerde çalışan meslektaşlarına göre daha bağımsız karar vermesine ve uygulamalarında daha bağımsız olmasına neden olarak memnuniyet düzeyini artırdığı düşünülmektedir. Seren'in (105) çalışmasında hemşirelerinin, etik karar verebildikleri ve sorumluluk alabildikleri ortamlarda çalışmaktan çok memnun olduklarını belirtilmektedir. Rafterity ve arkadaşlarına (106) göre hemşirenin mesleki kimliğiyle karar verici olmasını, mesleki özerkliğin sağlık ekibinin diğer çalışanları tarafından kabul görmesi olarak değerlendirmektedir. Beydağı ve Aslan'ın (98) çalışmasında mesleğinden memnun olanların bunu profesyonelliklerine yansıttıklarını ifade edilmiştir. Oflazlı ve Erdem'in

(107) araştırmasında çalışma ortamından memnun olan ebelerin iş doyumu, diğer gruba göre yüksek çıkmıştır. Eryılmaz'ın (108) çalışmasında işten memnun olan hemşirelerin iş doyumunun ileri düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir. Arcak ve Kasımoğlu'nun (109) yaptıkları ve hemşirelerin iş doyumları ile meslekten memnun olma durumlarının incelendiği araştırmada mesleğinden memnun olduğunu ifade eden hemşirelerin iş doyumu puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Biton ve Tabak (110) yürüttükleri çalışmada, hemşirelik etik kodlarını uygulayanların aynı zamanda işinden memnun olduklarını saptamışlardır. Bu bağlamda meslek tercihini kendisi isteyerek yapan hemşire ve ebelerin işinden memnun olma düzeylerinin artacağı; mesleğinden memnun olanların bunu profesyonelliklerine yansıtacakları; bu yansıma sonucunda mesleki özerkliklerinin artmasına bağlı olarak sağlık ekibinin diğer çalışanları tarafından aldıkları kararların daha fazla kabul göreceği; bu durumda hemşirelerin karar verme daha fazla sorumluluk hissetmesiyle birlikte doğru karar vermenin yanı sıra etik karar verme konusunda doğru yaklaşımda bulunmaya ilişkin de çaba harcayacakları düşünülmektedir.

## **5.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Sorumlulukları Bilme Durumları**

Hemşire ve ebelerin mesleki ve kurumsal sorumlulukları bilme durumları, profesyonel kimlik göstermesi açısından önemlidir. Hemşire ve ebeler, hasta bakım hizmeti verirken kendilerine, hastalarına ve meslektaşlarına karşı sorumluluk üstlenmektedirler. Çalışmamıza katılan hemşire ve ebelerin yarısından fazlası kurumsal görev ve sorumluluklarını bildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yarısı mesleki sorumluluklarını bildiklerini bildirmiştir (Tablo 5). Andrew ve arkadaşları (111) yaptıkları incelemede öğrenci hemşirelerin mesleki rol ve sorumluluklarının benimsemelerinde eğitimin ve klinik uygulamalardaki montörlerin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler ve ebelerin etik sorunları fark edebilmeleri, deontoloji eğitimi ile mümkündür. Yıldırım'ın (112) çalışmasında sağlık çalışanlarının meslek yaşamlarında etik sorunlarla karşılaştıklarında hangi kişilerden yardım alacaklarını belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların %49,7'si "yasal düzenleme metinleri" seçeneğini işaretledikleri görülmektedir. Merih ve Aslan'ın (113) araştırmasına katılan hemşirelerin ve ebelerin mesleki bilinç ve bağlılığa ilişkin görüşlerine bakıldığında %34,3'ünün mesleğe sahip çıkmak, gerekenleri bilmek ve yerine getirmek, birlik olmak yanıtını ilk sırada verdikleri saptanmıştır. Hemşirelik Yönetmeliği'nde (114) kadın sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin (bu alanda lisansüstü

eğitim yapma) görev ve sorumlulukları arasında gebelik öncesi çiftlere eğitim ve danışmanlık yapma; gebelik dönemi, doğum eylemi ve doğum sonrasında riskli durumları erkenden fark etme; önerilen tedavileri uygulama; gerektiğinde sevk etme; anne ve yeni doğan izlemi, bakımı ve muayenesini yapma ve son olarak ana-ocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapma yer almaktadır (114). Ancak lisansüstü hemşirelerinin bunların yanında aydınlatılmış onam alma, riskli durumlarda tedavi başlatma, gerektiğinde sevk etme vs. gibi rol ve sorumluluklara değinilmiştir. Hemşirelik bilgisinin gelişmesi, hemşirelerin eğitim düzeyinin ve bilgi yüklerinin artması, uzmanlık alanlarının oluşması ile birlikte hemşirelerden ve ebelerden beklenen sorumluluklar artmıştır. Bu sorumluluklar, mesleki etik ilkelerle hemşirelerin ve ebelerin etik sorumlulukları haline de gelmiştir. Mesleki etik ilkeleri, hemşire ve ebeye en son gelişen bakım uygulamalarının yapılması gerektiğini ve bunu bir etik yükümlülük olarak verirken kurumlardaki yönetim politikaları ve geleneksel sağlık ekibi anlayışı bunu engellemektedir (11).

### **5.3. Katılımcıların Sağlık Ekibinde Görev İhmal Olduğunda stlenme Tutumları**

Çalışmamızda sağlık ekibinin herhangi bir yesi görevini ihmal ettiğinde katılımcıların tutumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %56.8'i sık sık, %24.8'i bazen, % 9.7'si her zaman bu tutumu sergilediklerini ve %8.6'sı hiçbir zaman sergilemediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda hemşire ve ebelerde görev tamamlama tutumu, demografik özellikler ile karşılaştırıldığında eğitim düzeyi, çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak çalıştığı birim ile anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı. Kadın-doğum servisinde çalışanların özellikle diğer birimlere göre daha fazla tamamlama tutumu içerisinde olduklarını belirlendi. Bu durumun nedeni olarak kadın doğum servislerinde kadın-doğum hekimlerinin servislerde sabit durmamasını bu dönemde (doğumhane, ameliyathanedeki hastalara izlediklerinden) onlara istenilen zamanda ulaşılamadığı şeklinde yorumlayabiliriz. Klinikte yatan hastalar açısından durumu değerlendirdiğimizde hekime ulaşamama ve yeterli sağlık hizmeti alamama gibi sağlık hakkı ihlali yaşadıklarını söyleyebiliriz. Ayrıca bu klinikte yatan hastaların genelde sezaryen sonrası anne ve yeni doğan gibi bağımlı özelliğinden ve durumsal baskıdan dolayı diğer sağlık ekibi yesi görevini ihmal ettiğinde burada çalışanlar görev tamamlama tutumunu üstlenmektedirler.



### **5.3.1. Görev İhmalini Tamamlama Tutumunun Meslek Ahlakı Yükümlülükleri Yönünden Değerlendirilmesi**

Hemşire ve ebelerin kendi uygulamaları dışında sağlık ekibindeki diğer çalışanların görevlerini üstlenmeleri, kendi uygulamalarına yeterli zaman ayıramamalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla hemşire ve ebeler bakıma karar verse bile bu uygulamaları çoğu zaman tamamlayamamaktadır. Bu durumda hemşire ve ebenin görev ihmalî söz konusu olacaktır. Bir görevin yapılamaması halinde ortaya çıkabilecek sonuçlar sağlık çalışanı tarafından kestirilebiliyor ve buna rağmen görev yerine getirilmiyorsa burada sonucu “isteme” veya en azından önemsememe söz konusudur.

Hemşirelerin ve ebelerin kurumlarda görevleri dışında birçok uygulamaları yapmaları onların asıl sorumluluklarını yerine getirmelerini engellemektedir. Hemşirelik ve ebelik bakımına ihtiyacı olan çok sayıda birey varken hemşire ve ebenin sağlık ekibinin ihmal ettikleri işleri de üstlenmesi (hekimin, sekreterin, teknisyenin vs.) hastaların hakkı olan bakımı alamamalarına, hemşirelerin ve ebelerin mesleki doyum ve memnuniyetlerinin azalmasına ve toplumun her iki meslek hakkındaki görüşlerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Tüm bunlar, hemşirelik ve ebelik mesleğinin güç kazanmasını, mesleki özerkliğini geliştirmesini, meslekleşme sürecini tamamlamasını ve nitelikli bakımının verilmesini engellemektedir. Cerit (115) yazısında hemşirelikte etik karar verebilmeyle ilişkili en önemli etmenin hemşirelerin ahlaki gelişim düzeyi ve ahlaki muhakeme yapabilme becerisi olduğunu vurgulamıştır. Baykara (29) tezinde hemşirelerin karşılaştıkları ahlaki sorunlar karşısında etik karar verebilme becerisine sahip olmanın gerekliliği ve hemşirelerin etik karar verebilme becerisini etkileyen birçok etmenin olduğunu, bunlardan en önemlisinin hemşirelerin kendi işlevleri konusunda sorumluluk üstlenebilmesi ve özerk karar verebilme düzeyi olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, hemşirenin mesleki bilgi ve becerisi, deneyimi, sağlık ekibindeki hekim ve diğer meslek üyeleri ile olan iletişiminin niteliği ve çalışılan kurumda uygulanan politikaların hemşirelerin etik karar verebilme düzeyini etkileyen etkenler olduğu Baykara tarafından bildirilmiştir. Sağlık kurumlarında sağlık hizmetini etkileyen diğer bir etmen de personel yetersizliğidir. Mevcut hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle diğer sağlık personelinin eksiklerini tamamlama eğiliminin hemşirelerin iş yükünün artmasına ve aşırı iş yükünün hemşirelik hizmetlerinde niteliğin azalmasına yol açtığı düşünülmektedir. Bu durum da zaman içerisinde hemşire ve ebelerde iş doyumsuzluklarına sebep olmaktadır. Çimen çalışmasında (116) iş yükü, nöbet ve vardiyalı çalışma zorunluluğu gibi faktörlerin

hemşirelerin iş doyumunu etkilediğini ifade etmiştir. Çelen ve arkadaşlarının (117) çalışmasında hemşirelerin iş doyumlarının hekimlere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bizim bulgularımızda da ebe ve hemşirelerin iş doyumları düşük bulunmuştur. Bu da ebe ve hemşirelerin motivasyonunda azalmaya neden olarak meslekte profesyonelleşmeyi geciktirmektedir.

Hemşire ve ebelerin hasta bakımı dışında yaptıkları işler, hemşirelerin vaktini alan ve hasta bakımı için ayıracağı zamanı kısaltan uygulamalar olduğu düşünülmektedir. Ünal ve Seren (71) çalışmalarında hemşireler, kurumlarının kendilerine mesleki uygulamaları dışında farklı sorumluluklar yüklemesinin mesleki uygulamalarını engellediğini ve meslekten uzaklaştırdığını bildirmişlerdir. Ekici (118) yazısında, birçok kurumda ve birimde hemşireler ve ebelerin kayıt, dokümantasyon, eksik ilaç tespiti, gelen telefonların yanıtlanması gibi meslek dışı görevler yaptıklarından esas görevleri olan hasta bakımına yeterli zaman ayıramadıklarını ve bundan dolayı tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmiştir. Baykara'nın çalışmasında hastanede farklı kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlık kuruluşlarında kendi meslekleri dışında birçok farklı işle (sekreterlik, malzeme sayımı ve vs.) zaman geçirdiklerini ve asıl yapmaları gereken hemşirelik uygulamalarına yeterli zamanlarının kalmadığını ifade etmiştir(29).

Bizim çalışmamızda, katılımcılar sağlık ekibi içerisinde en fazla hekimin görev ihmalini tamamlamayı üstlenmişlerdir. Bu görevlerden %65.0'ı sözel ordir alıp tedaviye başlama, %44.0'ı aydınlatılmış onamı alma, %28.0'ı hastanın bir başka kuruma sevk yapma işlemleri olduğu belirlenmiştir. Bu tamamlama eğilimi, çalışanların zamanını alarak sorumlu oldukları hastaların hemşirelik ve ebelik bakım gereksinimini belirledikleri halde uygulayamamalarına neden olmaktadır. Oysaki çalışanın belirlemiş olduğu bakımı yapamamasının ekiple iletişimini bozabileceği düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, ekip işbirliği, ekiple ortak karar verme, kararın sorumluluğunu paylaşma söz konusudur. Her bir meslek üyesi kendi mesleğinin doğruları doğrultusunda düşüncesini belirtir ve ortak karar alınır. Ancak, çalışmamızda kurumlardaki ekip anlayışının sağlıklı yürümemesi nedeniyle hemşire ve ebelerin çoğunlukla hekimin işini üstlendikleri görülmektedir. Hatta ekipte hekimlik ve hemşirelik ayrı birer meslek disiplini olmalarına rağmen, geçmişten gelen "hemşire hekimin astıdır" yanlış algısı ve bu yanlış algıya istinaden ortaya çıkan "emir-komuta zinciri" anlayışının günümüzde de devam ettiği, bu durumun Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen performans dayalı ödeme sistemi ile

hekimlerin daha fazla sayıda hasta olarak performans göstergelerini ve kazançlarını arttırma eğilimleri nedeniyle görev ve sorumlulukları içerisindeki işlerin bir kısmını yapmadıkları ve hemşirelere yüklediği görülmektedir. Bu durumda, sağlık hizmetinin verilmesinde kendi mesleki uygulamalarına yeterli zaman ayıramayan hemşire ve ebenin hastaya karşı mesleki sorumluluğunu yerine getiremeyeceğini düşünülmektedir. Oysa ki hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının ortak sorumluluğu sağlık hizmeti alan bireye karşıdır.

### **5.3.2. Görev İhmalini Tamamlama Tutumunun Sağlık Hizmeti Açısından Doğurduğu Etik Sorunları**

Etik sorunlarının çözümünde hemşirelerin ve ebelerin gösterecekleri eğilim, hastalara verilen hemşirelik bakımının niteliğini doğrudan etkileyeceğinden hemşirelerin ve ebelerin etik yönelimlerinin bilinmesinin oldukça anlamlı ve önemli olduğu düşünülmektedir(11). Akıncı ve Pınar'ın (119) çalışmasında hemşire ve ebelerin etik kurallarına uyma düzeyini etkileyen birçok faktör olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre meslekten memnun olan, poliklinik ve yönetimde çalışan hemşireler, kadın doğum, çocuk ve cerrahi servisinde çalışan hemşirelere göre etik kurallarına daha çok uymaktadırlar. Çalışmada, kliniklerde çalışanların hasta sirkülasyonunun çok olması ve hastaların gereksinimini hemen karşılama baskısı bunun nedeni olarak gösterilmiştir. Bu sonuç bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bizim çalışma sonuçlarımızda da çalışan birim açısından hasta sirkülasyonu ve uygulamaları yoğun olan kadın doğum kliniği çalışanlarının etik kurallarına daha az uymakta olduğunu düşündürmektedir. Yine Akıncı ve Pınar'ın (119) çalışmasında eğitim düzeyinin mesleki etik kurallarına uyma açısından bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Hemşirelik ve Ebelik mesleğinin doğası göz önüne alındığında meslek eğitim sürecinde deontoloji ve etik konularında eğitim almış kişilerin etik kurallarına uygun hareket etmesi beklenen bir sonuçtur. Sonuçlarımız bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgu, etik konusunda eğitim aldığını bildiren hemşire ve ebelerin eğitimlerinin mezuniyet sonrası dönemde güncellenmemesine bağlı olarak problem ve çözümü ile ilgili uygulamaları ve eylemlerinin sonuçları ile ilgili yeterli bir öngörüler olmayacağı şeklinde yorumlanmıştır. Biton ve Tabak (110) yürüttükleri çalışmada hemşirelik etik kodlarını uygulayanların aynı zamanda işinden memnun olduklarını bildirmiştir. Ülkemizde verilen sağlık hizmetlerinin istenilen nitelikte

olmaması, kurumlarda mevcut hemşire ve ebe sayısının yetersiz olması nedeniyle kurumda sağlık ekibi içerisinde görev yapan diğer personelin ihmal ettikleri görevleri üstlenmeleri hemşire ve ebelerin iş yükünün artmasına ve aşırı iş yükünün neden olacağı olumsuzluklara yol açabileceği unutulmamalıdır. Sağlık ekibinin içerisindeki işbirliğinin önemi kadar, her mesleğin kendi alanlarını korumak, mesleğin değeri ve meslek ahlakı açısından değerlendirildiğinde olası etik sorunlarında çözüm için meslek üyelerine yol göstermek, mesleki kimlik oluşturmak, mesleki statünün korunması ve mesleğin toplumsal saygınlığının yükseltilmesini sağlamak açısından önemli olduğu bir gerçektir. Hemşirelerin meslekleriyle ilgili etik kararları verebilmeleri ya da bakımları altındaki hastalarıyla ilgili etik kararlara katılabilmeleri için mesleğin etik bilgisine sahip olmaları gerekir. Butts ve Rich (120), hemşirenin etik sorunlarını fark edebilmeleri ve etik duyarlılığı kazanabilmelerinin ancak etik eğitimiyle sağlanabileceğini ve bu nedenle hemşirelerin hem temel mesleki eğitim programları hem de mezuniyet sonrası eğitim programları kapsamında yeterli düzeyde etik eğitimi almaları gerektiğini söylemişlerdir.

Aslan ve Ünal'ın (121) 2005 yılında yaptıkları çalışmada Cerrahi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin hatalı uygulamaları arasında en fazla (%78.8) "Sözel ordırın yazılı hale getirilmemesi" olduğunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla bu durumun iş yükü ve/veya uygulamanın kısa bir sürede yapılmak istenmesi gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Barker ve arkadaşları (122) tarafından da ABD'deki 36 hastanede "order edilmeyen ilacın uygulanması" olduğunu tespit edilmiştir. Hemşirelerin hekim istemine bağlı gerçekleştirdikleri rolleri vardır. Bu rollerde en önemli nokta, kişinin karar vermede bir başkasının yardım, destek ve rehberliğine gereksinim duymasıdır. Ülkemizde tanı koyma ve tedaviyi planlama, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde hekimin görevi olarak belirtilmektedir. Hemşirelerinse verilen tedaviyi uygulama sorumluluğu Hemşirelik Kanunu'nda (123), Ebelik Kanunu'nda ve 08 Mart 2010 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde (35) belirtilmektedir. Ancak; tedavi ordırları uygulanırken Anayasa'nın 137 maddesi ikinci fıkrasında ve Devlet Memurları Kanunu'nun 11. maddesinde ve TCK'nın 24.maddesi üçüncü fıkrasında yer alan "...konusu suç olan emri yerine getiren kimsenin sorumluluktan kurtulamayacağı" ifadeleri göz önünde bulundurulmalı, hemşire veya ebe eğer hekimin verdiği orderın uygulanmasının hastaya zarar vereceğini düşünüyorsa bunu hekimle paylaşmalı, hekim isteminde ısrar ediyorsa Anayasa'nın 137 maddesi birinci fıkrasına uygun hareket etmeli, hekim istemini yazılı

olarak yeniledikten sonra uygulamalıdır. Hemşire ve ebelerin istemleri yerine getirirken, ordırların prosedüre uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra uygulama yapması gerekmektedir. Sözlü veya telefonla alınan istemleri ise en kısa zamanda (ilk 24 saat) istem veren hekime imzalatmaları gerekmektedir.

Hatalı duruma düşmemek için, hemşire ve ebelerin tedavi istemi alma konusunda bilinçli olması, bu konudaki yasal düzenlemeleri bilmesi, özel durumlar ve özellikle birimler dışında sözel order almaması gerekmektedir. Hemşirelik Kanunu 4. maddesinde sadece acil durumlarda dışında sözel order alınmayacağı belirtilmektedir. Sözel order aldığında 06.08.2013 tarihli Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik gereğince TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Sağlık Hizmet Kalite Standartları Hastane setinde belirtildiği kurallar çerçevesinde sözel order uygulama talimatını kullanmalı, alınan orderı geri okuyarak doğrulamalı, gerektiğinde verilen ilacın adını kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, istemi veren kişiye istemin doğruluğunu sözel olarak onaylatmalı, sözel order verilen ilacı hasta tabelasına kaydetmeli (en fazla iki saat içinde), sözel orderı 24 saat içinde hekime imzalatmalı, yüksek riskli ilaçlar listesinde bulunan ilaçlarda sözel order almamalıdır.

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik ve ebelik uygulama alanında birçok konu, hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirir. Hemşireler ve ebeler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar vermek ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadırlar. TCK'nın 4. maddesine göre "...bilmemek mazeret sayılmaz". Oysa bizim çalışmamızda ebe ve hemşirelerin büyük oranda klinik ve doğumhanede tedavi ve tanıya yönelik olarak hastadan aydınlatılmış onam aldıkları gözlenmiştir. Hatalı duruma düşmemek için hemşire ve ebelerin istem alma konusunda bilinçli olması ve ilgili prosedürü hastaya ve hekime açıklaması gerektiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası, laboratuvar teknisyeninin işlerini (kan alma ve idrar örneği) üstlenmek zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda kan alma işlemi, devlet hastanelerinde hemşirelik ve ebelik bakım uygulamalarından biri gibi rutin olarak yapılması, üniversite hastanesindeyse bu işlemlerin asistan hekimlerce yapılması istenebilmektedir. Ünal ve Seren'in (71) çalışmasında hemşirelerin %22.1'i laboratuvar teknisyeninin işlevleri olan kan alma, idrar tahlili için örnek alma işlemlerini yaptıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların

%43.6'sı hastanın yatış-çıkış işlemini yaptıklarını ve %67.5'i telefona baktıklarını, böylelikle kayıt memurunun görevini yaptıklarını ifade etmişlerdir. Kadın-doğum kliniğinde çalışan hemşirelerin %24.0'ı diyetisyenin yapması gereken “post-op dönemde diyeti ayarlamak” görevini üstlendiklerini ve %26.0'ı kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon vs.) durumunda hasta diyeti ayarladıklarını belirtmişlerdir. Klinikte yatan ve obstetrik özellikte olan hastaların doğumhaneye geçmesi ile birlikte ebelerin %22.8'i de klinikteki hemşirenin “hastanın takibi, hasta dosyasını düzenleme, kan alma” gibi işlemlerini de kendilerinin yapmak zorunda olduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmamızın bulgularında da belirtildiği gibi hemşire ve ebelerden kurumunun kendi mesleki sorumlulukları dışında yapmasını istediği işlerin olması, onların bakım için yeterli zaman ve enerjiye sahip olmalarını engellemektedir. Dolayısıyla daha fazla stres, tükenmişlik ve çözümsüzlük yaşamaktadırlar.

Ülkemizde hasta başına düşen hemşire ve ebe sayısı yetersizdir. Bunun yanı sıra hemşire ve ebelerin sağlık ekibi içerisinde hekimin, diyetisyenin, laboratuvar teknisyenin, temizlik görevlisinin ihmal etikleri görevleri üstlenmesi iş yüklerini daha da artırmaktadırlar. Bu sorunun çözümü için kurumlarda hemşire ve ebelerin meslek etiğini göz önünde bulundurarak hareket etmeleri gerekmektedir ve üst yönetimle iş birliği yapmaları önerilebilir. Ünal ve Seren (71), yürüttükleri çalışmada hemşirelerin kurumlarda “tampon” eleman olarak kullanılmalrı ve görevleri dışında birçok birimde ve görevde çalışmaları onların asıl sorumluluklarını yerine getirmelerini engellediğini saptamışlardır. Bunların sonucunda hemşirelerin, bakıma karar verebilmek için hastasını değerlendiremediği, karar verse bile bunu gerçekleştiremediği bildirilmiştir. Aynı çalışmada bunun nedeni yönetici hemşirelere sorulduğunda yönetici hemşirelerin mesleki özerkliklerini kullanmadaki sıkıntılar nedeniyle de üst yönetimin ve politikaların baskısı altında kaldıkları ifade edilmiştir. Ekici (118) tarafından kaleme alınan akademik yazıda gelişmiş ülkelerde sağlık ekibi içerisinde görevlendirilen hemşire ve ebelerin iş tanımlarının sınırlarının belirgin olduğu ifade edilmiştir.

### **5.3.3. Görev İhmalini Tamamlama Gerekçesinin Meslek Ahlakı Yükümlülükleri Yönünden Değerlendirilmesi**

Araştırmamızda katılımcıların görev ihmalinde olduğunda tamamlama tutumunu seçme nedeni olarak hemşire ve ebelerin %58.9'u hasta yararı için bunu yaptıklarını, %51.9'u sorunun bir an önce çözülmesi, %21.2'si yöneticiyi kızdırmamak için ve “her zaman” gibi

gerekçeleri sıralamışlardır (Tablo 8). Bizim çalışmamızda katılımcıların sağlık ekibi çalışanlarının ihmal ettikleri görevlerini üstlenmeleri tutumunun ahlaki duyarlılık ile karşılaştırılan bulgularımızda katılımcıların bu tamamlama tutumunun temel nedenlerinden “problemi bir an önce çözmek” ile ADA’nın “yarar sağlama” alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 16). Bu farklılık doğrultusunda katılımcıların sağlık sisteminin eksikliklerini tamamlama tutumunun insani yardım etme içgüdüsünden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Karaöz’ün (67) çalışmasında da hemşirelik eğitimine başlayan öğrencilerin mesleği tercih nedeni “insanlara yardım eden, bakım veren (%64.1) meslek dalı” olmasıdır. Kersten ve arkadaşları, (124) hemşirelik öğrencilerinin mesleği seçmeyi motive eden faktörlerle ilgili çalışmalarında mesleğin başlıca seçilme nedenini “insanlara yardım etmek” olarak belirlemişlerdir. Yukarıda belirtilen nedenlerden şu sonucu çıkarmak mümkündür: Hemşire ve ebeler bakım verdikleri bireylere yararlı olanı gözetir ve yardım etmek isterler. Ancak bireye verilen bakımın yalnızca vicdani duyarlılıkla değil ilkesel kararlar doğrultusundaki uygulamalarda bulunulmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda hemşire veya ebe, hangi koşulları dikkate alarak karar verirse versin bazı hastaların bakımı ihmal edilmiş olacaktır. Her hastaya istenir düzeyde ve mesleki standartlara göre bakım veremeyecektir. Bu durumda bir hastaya yarar sağlamak için diğer taraftan asıl kendi sorumluluğunda olan hastaya gerekli yararı sağlayamayacaktır. Ayrıca tutumun sürekliliği aslında etik sorunlarının ortaya çıkmasına ve bakım işlevlerinin karmaşıklaşmasına yol açacaktır. Burada hemşire ve ebe, karar verirken hastanın aciliyet gereksinimini, yararın miktarını, hastanın yarardan yararlanma düzeyini dikkate alabilir. Ancak her koşulda bu tür durumların ne kadarında sağlıklı değerlendirme yapılabileceği, ne kadar değer korunmasının söz konusu olabileceği tartışılabilir. Bu durumun iki sonucu olabileceği çıkarımı yapılabilir: Birincisi, meslekle ilgili karar verip uygulama yapmaya istekli olan hemşireler bu isteklerinden vazgeçebilirler. İkincisi ise herhangi bir karar alarak uygulama yapmayı “iş yükü” olarak gören hemşirelerin bu tutumlarını desteklemiş olabilirler. Bir olayı etik açısından değerlendirirken bir eylemin sonucu kadar eylemin niyeti de önemli bir ölçüttür. Bir eylemin sorumluluğunu üstlenip ancak eylemi gerçekleştirememek ile o mesleki eylemin sorumluluğunu üstlenmemek ve eylemi gerçekleştirememek etik açısından aynı şey değildir. Birinci grup hemşirenin mesleğinin yükümlülüklerine karşı mesleki ve etik duyarlılığı vardır, mesleki olgunluğa ulaşmıştır, olanaklar uygun olduğunda eylemi

gerçekleştirecektir. İkinci grup hemşire ise mesleğinin yükümlülüklerine karşı mesleki ve etik duyarlılığına sahip değildir, henüz mesleki olgunluğa ulaşmamıştır ve koşullar nasıl olursa olsun mesleki eylemlerini gerçekleştirmeyeceklerdir.

#### **5.4. Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Eksiklikleri Kişisel Çaba ile Tamamlama Tutumunun Meslek Ahlakı Açısından Tartışılması**

Katılımcıların hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik ne tür kişisel çaba uygulamalarda bulduklarına bakıldığında hemşirelerin %17.3 “kendi cebinden ya da aralarında para toplama”, %24.2 “hastanenin başka bölümlerinden karşılama”, %20.1 “başka hastaların sarf malzemelerinden idare etme”, %18.0 “ilaç şirketleri ve malzeme şirketlerinin temsilcilerinden rica etme”, %6.6 “başka hastalar üzerine ilaçlarını yazdırma” durumu saptanmıştır (Tablo 9). Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre sağlık güvencesi olmayan hastaların gereksinimleri hemşire ve ebelerce bir biçimde karşılanmaya çalışılmaktadır. Katılımcıların yaklaşık %10’unun kendi ceplerinden para topladıklarını belirtmesi, karşılanmayan gereksinimlerin önemli düzeyde olduğunu göstermektedir. Kaynakların yetersiz olmasının özellikle hem mesleki özerklikte hem de bakım kararı verip uygulamada etkili olduğu belirtilmiştir (29). Yetersiz kaynaklar arasında hemşire sayısının az olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, zaman yetersizliği, malzeme eksikliği sayılmıştır. Bu durumda hemşire ve ebe, klinikte bulunan sınırlı malzemeyi sağlık güvencesi olmayan hastanın bakımında nasıl ve hangi gerekçelerle kullanacağı sorusuyla karşılaşmaktadır. Çalışma sonuçlarımıza bakıldığında hemşire ve ebelerin tercihleri genelde kendi kişisel çabaları ile sistemden kaynaklanan bu sorunları gidermeye çalıştıkları yönündedir. Çalışanların hasta için kullanılan ilaç ve sarf malzeme gibi eksiklikleri kendi kişisel çaba ile çözme nedenlerine bakıldığında yarısından fazlası, “her bireyin sağlık hakkı vardır” gerekçesiyle, yarısına yakını da “hasta yararı” ve “vicdani” gerekçelerle yaptığını ifade etmişlerdir. Yalçın ve Kadioğlu’nun (125) çalışmasında da hemşirelerin hasta bakımında “vicdani gerekçelerle yapma” tutumunu hekimlere göre daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre sağlık kurumlarında sınırlı kaynak olarak malzeme yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu durumda çalışan, klinikte bulunan sınırlı malzemeyi hangi hastanın bakımında kullanacağı, nasıl ve hangi gerekçelerle bir tercih yapması gerektiği sorusuyla karşılaşmaktadır. Yukarıda belirtilen ölçütlere göre çalışanın sık sık klinik uygulamalar için sanki olağandışı bir



durumda triyaj uygulamak zorunda kaldığı söylenebilir. Çalışanın bu durum karşısında sağlıklı değerlendirme yapabilmesinin çok zor olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde sağlık kurumlarında uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamında teoride sağlık hakkının doğal bir hak olduğu ve sağlık hizmetinin herkese ulaşılır olması gibi hedefler yer almaktadır. Oysa ülkemizde uygulanan yeni programla ilgili yürütülen çalışmalarda bazı sorunlar tespit edilmiştir. Örneğin; Belek (88) yazısında, prim ödemeyenlere sağlık hizmeti verilmeyeceğini; muayene, tetkik ve tedavinin her evresinde katkı payı adı altında ek ödeme yapılacağını; teminat paketi adı altında bazı hastalıklar sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını öngörmüştür. Nitekim günümüzde bu düzenlemeler uygulanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda SDP'nin "herkese ulaşılır ve eşit sağlık hizmeti" hedefini olanaksız hale getirmektedir. Bu konu ile ilgili Ataay makalesinde (72) sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin düzeltilmesi sadece sağlık hizmetleri alanında düzenlemelerin yeterli olmadığını belirtmiştir. Ayrıca sağlığı doğrudan ve dolaylı etkileyen ekonomik, sosyal ve siyasal ilişkiler, dezavantajlı toplumsal sınıflar lehine köklü değişiklikler yapılmadan sağlıkta eşitlik ve toplumsal gelişmenin mümkün olamayacağını vurgulamıştır. Dinç'in (93) 2006 yılında Harran Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerde yürüttüğü çalışmada belirlenen etik sorunlarının %31.2'si sosyal güvencesi olmayan hastalar, %18.7'si hekim istemi ve hastanın tedaviyi reddetmesi, %17.2'si hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, %70.9 bu sistemde hemşirelik mesleğinin görev ve sorumluluklarının yok olacağı şeklinde sıralamışlardır. Körükçü ve arkadaşlarının (95) 2006 yılındaki çalışmasında hemşirelerin %68.6'sının Sağlıkta Dönüşüm Projesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirtilmiştir. Koçak, (126) tez çalışmasında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda hemşirelerin iş güvencesinin %76.1, ücretlerinin %66.2, çalışma koşullarının (%68.9), işe yerleşmelerinin (%63.8), çalışma saatlerinin (%61.8), iş yüküne (%72.6), hemşirelik dışı işlere ayrılacak zamanı (%73.4) olumsuz ya da çok olumsuz etkileyeceğini ifade etmiştir. Uygur ve arkadaşlarının (127) 2008 yılında yaptığı incelemede Sağlıkta Dönüşüm sisteminden kaynaklanan sorunlar kapsamında hemşirelerin % 26.4'ü prosedür yoğunluğunu, gereksiz işlem ve kayıtların olmasını, %16.0'sı elaman sayısının azlığını, % 12.8'i ise malzeme ve ilaç eksikliğini sıralamışlardır. Arcaç ve Kasımoğlu'nun (109) 2006 yılında farklı sağlık kurumlarında 320 hemşire ile yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin % 26.0'sı çalışma ortamında personel yetersizliğinden şikayetçi olduklarını, sarf malzemesi yetersizliğinin verdikleri

hizmeti aksattığını belirtmişlerdir. Tel ve arkadaşlarının (128) 2003 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin % 35.0'i personel ve malzeme yetersizliği, % 27.0'si iş yükünün fazla olması nedeniyle kaygı yaşadıklarını ifade etmiştir. Yine Ergüner ve arkadaşlarının (129) 2001 yılında yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin %59.7'si bir hemşirenin 20 veya daha fazla hasta ile çalıştığı saptanmıştır. Bu değer dünya standartlarında belirtilen sayının iki katıdır. Hemşirelerin etik ile ilgili ders alma ve bilimsel bir programa katılma oranları incelendiğinde %66.7'sinin mesleki eğitimleri sürecinde etik ile ilgili ders aldığı belirlenmiştir. Baykara'ya (29) göre hemşireler, hastalar, meslektaşları, hekimler, diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinde birçok etik sorunu yaşamalarına karşın bu etik sorunlarını fark edemeyip bunları başka sorunlarla karıştırabilmektedirler. Doğal olarak sorunun kaynağını bilmeden doğru çözümler üretmek ve karar vermek mümkün değildir. Bu sorunlarla birlikte hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarının işlerini tamamlama tutumu da iş yoğunluklarını artırarak daha fazla etik sorunu yaşanmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin ve ebelerin kendi yükümlülüğü olmadığı halde hastaların ödeme gücü bulunmadığı ya da sosyal güvenlik kurumu hasta için gerekli tıbbi girişimlerin bedelini karşılamadığında, karşılanmayan ilaç ve malzemeleri kendilerinin ödemeleri ya da bir şekilde bulmaya çalışma gibi kişisel çaba tutumunun nedeni sorulduğunda yarıya yakını, hastanın yararını düşündüğünü, vicdanı elvermediğini ve yarıdan fazlası da sağlık hakkının bir insan hakkı olduğu için “her zaman” tamamlama tutumu içinde olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda da kişisel çaba içerisinde olanların oranının en fazla kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, yoğun bakımda yatan hastanın durumun kritik olması nedeniyle her an yaşamını kaybedebileceği endişesine bağlı olarak hasta tedavi ve bakımında eksiklikleri giderme çabası olabilir.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık çalışanları, tüm sağlık hizmet alanlarında ve özellikle yoğun bakım ya da birimlerinde etik ikilemlerini daha yoğun şekilde yaşamaktadırlar. Bu birimlerde aydınlatılmış onam, karar verme sorumluluğu, kaynakların eşit paylaşılması, yarar sağlamaya da zarar vermeme ilkelerinin ihlal edilmesine yönelik etik ikilemleri ve çatışmalar en sık yaşanan sorunlardır. Korkmaz ve Görgülü'nün (73) çalışmasında hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarında karar alırken en yüksek oranda %28 “ahlaki ve manevi değerlere”, yalnızca %13.9 oranında ise “etik ilkelere” dikkat ettikleri belirlenmiştir. Aslan ve arkadaşları (130) tarafından yapılan çalışmada ameliyathane hemşirelerinin etik sorunlarına yaklaşımının belirlenmesine ilişkin

araştırmalarında hemşirelerin etik sorunlarının çözümünde etik ilkelerinden %28.2 oranında yararlandıkları saptanmıştır. Gül ve arkadaşlarının araştırmasında (131) etik duyarlılığının bakım esnasında ortaya çıkan belirsiz durumlarda karar vermede, meslek ahlakına uygun hareket etmek için kişilerin etik kodlarını bilme ve kullanabilme becerisi, klinik deneyim, akademik öğrenilenler, bireyin var olan sonuçları öngörebilme yeteneğinin etkili olduğunu belirtilmiştir. Bu bağlamda Karaöz (67) makalesinde hemşirelik uygulamalarında insan yaşamına ve onuruna en yüksek değerini vermeyi kendisine temel alan evrensel ölçekte değerlendirebileceğimiz ilke ve yönergelerin önemine vurgu yapmaktadır. Yıldırım'a (36) her hastanın sağlık hizmeti güvencesi olmasa da sağlık hizmeti alma hakkına sahip olduğu ve bu hakların ölkemizin de imza attığı uluslararası kararlarda bulunduğu vurgulanmaktadır. Konu ile ilgili 2000 yılında Viyana'da düzenlenen Avrupa Hemşirelik Konferansı'nda alınan kararlarda sağlık düzeylerindeki eşitsizliğin politik, sosyal ve mesleki açıdan kabul edilemez olduğu ve konunun hemşirelerle ebeleri doğrudan ilgilendirdiği belirtilerek mevcut hemşirelik rolleri ve eğitiminin gözden geçirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının ortak sorumluluğu, sağlık hizmeti alan bireye/hastaya karşıdır. Ancak bu hizmetin verilmesinde etik ikilemleri yaşayan ve görev ihmallerinin bulunduğu yerde çalışan bir hemşire, bu sorumluluğunu yerine getiremeyecektir.

##### **5.5. Sağlıkta Dönüşüm'ün Meslek Ahlakı Açısından Etkileri**

Davas, (81) yazısında sağlıktaki reformlar ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda ihale, imtiyaz, şirketleşme, kamu özel işbirliği, kiralama gibi yöntemler aracılığıyla kamu hizmetlerinin ticarileşmesinin yolu açılmış, dolayısıyla kamunun neredeyse, çalışan personel hariç, bir özel sektör kurumu haline gelmekte olduğunu vurgulamaktadır. Pala(89), sağlık harcamaları içerisinde özel sektörün payının giderek artması ile birlikte yurttaşların hem sigorta prim giderlerinde hem de cepten harcamalarında artışın kaçınılmaz olduğunu belirtmiştir.

Bahar (94) tarafından Sağlıkta Dönüşüm Reformu ile birlikte kâr amaçlı hastanelerde fiyatlar artacağı için parası olmayanlar, dar gelirlilerin paraları ne kadarsa o kadar hizmet alacağı ifade edilmiştir. Böylece Ataay'ın (132) yazısında bu sistem ile birlikte bütün yurttaşların gelir düzeyleri ölçüsünce vergi ödemelerine karşın eşit ve kapsamlı hizmet almaları sağlanamayacak ve gelir dağılımındaki adaletsizliklerin yurttaşların sağlık

hizmetinden eşit düzeyde yararlanmalarına engel oluşturacağı belirtilmektedir. Aynı yazıda sağlık güvencesi için prim ödeyemeyecek kadar yoksul sayılan kesimler ile prim ödeyebilen kesimler standart sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken prim ödeyemeyenlerin standart hizmetlerden mahrum kalması olasılığı bulunmaktadır.

Hamzaoğlu'nun (85) yazısında OECD'nin 2005 verilerine göre ülkemizde çalışanların yalnızca %51'i ücretli, yevmiyeli yani düzenli gelir sahibiyken %29'u kendi hesabına çalışmakta, %20'si ise ücretsiz aile işçisidir. Dolayısıyla gerçekte düzenli prim ödeme gücüne sahip olmayan oldukça geniş bir nüfus dilimi, yoksulluk yardımından yararlanamadıkları ve prim ödeyemedikleri için sağlık hizmetlerinden yararlanamama durumunda kalabileceğini bildirmiştir. Bahar (94) ülkemizde, sağlığın toplumsal bir hak olmadığını ve meslek örgütlerinin birinci görevinin "halkın sağlık hakkını savunmak" olduğunu belirtmiştir. Nitekim THD ve TED sağlık hakkının doğuştan kazanılmış toplumsal bir hak olduğunu savunmaktadır.

Özşensoy ve arkadaşlarının (133) çalışmasında, sağlık çalışanlarına "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hakkında değerlendirilme yapıldığında katılımcıların %73.5'i (50 kişi) iş yükünün arttığını, %63.2'si (43 kişi) rekabetin arttığını ve %47.1'i (32 kişi) ise çalışanların bu programa yeteri kadar önem verilmediğini belirtmiştir. Programın getirdiği hasta hakları sonucunda çalışanlara karşı art niyetinin arttığını %73.5 (50 kişi) belirtmiştir. Ayrıca program hakkında bilgisi olanlardan %63.2'si programın getirdiği yeniliklerin yetersiz olduğunu bildirmekle birlikte, %50.0'ı çalışma koşullarının değişmediğini, %41.2'si ise kötüleştiğini bildirirken sadece %8.8'i (6 kişi) çalışma koşulunun iyileştiğini söylemiştir.

Dikmen (134) etik değerlerinin eylemin kendisi ile ya da eylemin sonuçları ile ilgili olduğunu ve iki değer arasında ikilemde kalındığında bir seçim yapılarak karar verilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Etik karar verme, etik duyarlılığının gelişimi ile ilişkilidir. Çetin, (135) yazısında sağlık çalışanlarının istenen koşullardaki bir ortamda işlerini sürdürebilmeleri, iş verimini yükseltme ve hizmeti beklenen düzeyde vermeyi beraberinde getirdiğini bildirmiştir. Beydağ ve Aslan'nın (98) çalışmasında da ebe ve hemşirelerin çalışma yılı arttıkça mesleki tükenmişliklerinin profesyonelliklerini etkilediği şeklinde bir yorum yapılmıştır. Aslan ve arkadaşlarının (130) GATA'da yaptıkları araştırmada, hemşirelerin etik sorunlarının çözümünde yasa ve yönetmelikleri kullanmadıkları, ihmal ettikleri ortaya çıkarılmıştır. Bu bulgu, bizim çalışmamızdaki

katılımcıların görev ihmalini ya da malzeme eksikliklerini kimi zaman yasaları dikkate almayarak tamamlıyor oluşlarıyla uyumludur. Babadağ (136) tarafından hemşirelik uygulamalarının temelini insan onuru, eşitlik, adalet, özgecilik, gerçekçilik, özgürlük, dürüstlük, estetik değerleri oluşturmakla birlikte etik ilkeleri, kuram ve kurallar, etik karar verme yöntemlerinin belirlediği vurgulanmaktadır. Dinç'e (3) göre hemşireler etik açısından problemlili durumlarla karşılaştıklarında davranış biçimlerini nasıl seçtiklerinin anlaşılmasının toplum sağlığının yükseltilmesine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Öztürk (137) tarafından etik sorunlarının çözümü ile ilgili, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan tam tersi karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlar olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle etik sorunlarının çözümüne yönelik uygun yaklaşımlar konusunda tüm sağlık çalışanlarının rehberliğe ve desteğe gereksinimleri olduğu düşünülmektedir.

Kanan'a (138) göre etik ikilemi ile karşılaşan sağlık çalışanların bireysel değer ve inançlarına açıklık kazandırılması için mesleki yasalar ve profesyonel etik kodları konusunda bilgi sahibi olması, etik ilkelerini benimseme ve sahiplenme gibi önemli stratejiler geliştirmesi, etik ikilemlerinin yaşanması durumunda en doğru kararı verebilmesinde rehber olabilecek önemli ölçütlerin bulunması gerektiği belirtilmiştir. Tosun, (13) etik ikilemi, bakım/tehdavi sunumu sırasında hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşire/hekimin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması ile oluştuğunu vurgulamıştır. Ayrıca hasta ile sürekli iletişim halinde olan hemşirenin olası bir etik sorununu çabuk fark edebileceği öngörülmektedir.

Uygur ve arkadaşlarının (127) çalışmasında hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarının çözümü için çoğunluğun kendi meslektaşlarına başvurduğu (%45.1), ikinci sırada ise kimseyle paylaşılmadığı (%27.5), etik karar verirken sistematik bir model izlenmediği bildirilmiştir. Avcı'nın (139) çalışmasında da hemşirelerin %44.0'ının mesleki deneyimleri ve kişisel değerleri ile etik sorununu değerlendirdiği ve çözüm önerisi geliştirdiği belirlenmiştir. Cerit'in (115) çalışmasında hemşirelerin karşılaşmış olduğu etik sorunları karşısında etik karar verme durumunda kaldığında etik ilkelerini göz önünde bulundurmaya önem gösterdiği ancak etik ilkelerine göre düzeyinin istenen seviyede olmadığı belirlenmiştir. Enç'in (140) araştırmasında koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda öncelikleri belirleyerek hemen karar

veremedikleri ve verdikleri kararlarında gerekçelerini açıklayamadıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcılar sistemden kaynaklanan eksikliği gidermek, bireysel değerlere göre hareket edip hastaların gereksinimlerini karşılamak ve hak ihlalini önlemek istediklerini ifade etmişlerdir. Ancak bu eksiklikleri gidermenin meslek etiği bağlamında doğru bir yaklaşım olmadığı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu sorunlar karşısında / bu koşullar içinde çalışan hemşire ve ebelerin eksiklikleri tamamlamasının doğru bir yaklaşım olmadığı yorumlanmaktadır. Çünkü eksiklikleri tamamladıkça politikaların yarattığı hak ihlallerinin daha az görünür olacağı, daha sonra sağlık hizmetinde olumsuz etkilerin doğacağı düşünülmektedir. Tschudin (141), sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunar iken profesyonel etik değerleri yerine kişisel etik değerlerini kullanmalarının, sağlık hizmetinin niteliğini ve çalışanların iş memnuniyetini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

#### **5.6. Katılımcıların Etik Sorunlarının Çözümü ile İlgili Görüşleri**

Araştırmamızda katılımcılara kurumlarda günümüzdeki sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte ortaya çıkan “Etik sorunlarının oluşmasının engellenmesi ve sorunların çözümü için nasıl bir yol izlenmelidir?” sorusuna; %43.9’u mesleki görev ve yetkilerin sınırları daha kesin çizgilerle tekrar belirlenmesi, %55.4’ü rehber olacak kliniğe özel etik kuralları olması, %51.9’u sağlık ekibin tümüne bu konuda hizmet içi eğitimleri verilmesi, %39.4’ü hastane kurallarının uygulanmasında daha sıkı denetimlerin getirilmesi, %47.0’ı personel sayısını artırılması, %40.0’ı hastane kuralları ve yaptırımlarının hekimler için de geçerli olması, %44.6’sı hastane etik kurallarının kliniklerde işlevsel olmasını gerektiği biçiminde önerilerde bulunmuşlardır. Bazı katılımcılar (%10.0) çalışmanın sonuna ekledikleri kendi düşünceleri ve görüşlerinde, bu sorunların çözümü için üst yönetime başvurduklarını ancak olumsuz tepkilerle karşılandıklarını ifade etmişlerdir. Yıldırım’a (36) göre bir mesleğin kendi meslek alanının sınırlarını ve bu alandaki işlevlerinin belirlenmesi, üyelerinin sorumluluğunda olması gereken bir görevdir. Ülkemizde hemşirelik alanında güncellenen yasa ve yönetmeliklerle bu sorunun önemli ölçüde aşılmasını beklenirken başta sağlık ekibi ve kurum yöneticilerinin geleneksel algılarında bir değişiklik olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca kurum politikaları da hemşire ve ebelerin sorumluluklarını yerine getirmede etkili olmuştur. Çalışmamızda hemşire ve ebeler, devlet ve üniversite kuruluşlarında hizmet vermektedirler. Her kurumun politikası, hemşire ve ebelerden beklentisi birbirinden farklıdır. Elçiğil ve arkadaşlarının (12) ortak çalışmalarında,

hemşirelerin 27 etik ikilemiyle karşılaşmakta olduğunu ve bunların beş tanesinin hemşirenin yetki ve yetki sınırlılıklardan ya da kurumsal politikalarından kaynaklanan etik ikilemleri sorumlulukları olduğu saptanmıştır. Yıldırım'a (36) göre 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi üye devletlerinin Sağlık Bakanlıkları ile gerçekleştirdiği Münih toplantısında üye ülkeler, ülkelerinde hemşire ve ebelerin güçlendirilmesi için gerekli yasal düzenlemeleri yaparak bağımsız bir biçimde hemşire ve ebelerin tam kapasite çalışmalarının sağlanması amacıyla gerçekleştirme konusunda bütün ulusal ve uluslararası örgüt ve kuruluşlarla ortak çalışacaklarına söz vermişlerdir. Bu dönemde ülkemiz Sağlık Bakanlığı'nın da imza attığı sözleşme sonrası günümüzde gerçekte istenilen değişiklikleri görememekteyiz.

Katılımcıların yarısından fazlası, etik sorunlarının çözümü için etik konusunda hizmet içi eğitimlerin tüm sağlık ekibine yönelik olması gerektiğini belirtmişlerdir. Baykara (37) çalışmasında kurumlarda sağlık ekibi içerisinde beklenen, algılanan ve gerçekte oynanan roller arasındaki farklılıkların, ekip üyelerinin birbirine ait roller konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarının özerklik açısından rol çatışmalarına ve ekip içerisinde sorunlara yol açtığı belirtilmiştir.

Yıldırım'ın (34) yazısında ekip üyelerinin nasıl davranması gerektiği ile ilgili bir beklenti içerisinde olup her bir ekip üyesi de kendisinden hangi işlevi yerine getirmesi gerektirdiği konusunda bir anlayış ve algıyı benimsemesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Oysa bizim sonuçlarımızda kurumlardaki geleneksel sağlık bakım hizmeti (hekimin lider olduğu) ve sağlık ekibinin “ast-üst” ilişkisi anlayışının değişmediği yorumlanabilir. Katılımcıların sağlık ekibi içerisinde en fazla hekimin ihmal ettiği görevleri üstlenmeleri, özellikle sağlık ekibinde işbirliği yerine “amir yardımcı anlayışının” devam ettiğini düşündürmektedir.

Etik sorunlarının çözümünde katılımcıların yarıya yakınının çözüm önerisi, kurumlarda personel sayısının artması gerektiği doğrultusundadır. Kurumlardaki personel sayısı da mesleki sorumluluk ve işlevlerin tam yerine getirmesi bakım uygulamasını etkilemektedir. Yıldırım'ın (36) yazısında sağlıkla ilgili yöneticilerin ülkemizde hemşire ve ebe açığı ile ilgili olarak “AB ülkelerinde nüfus başına düşen oranla yapılan kıyaslamaların ülkelerin sağlık sorunları, sağlık hizmeti sunum özellikleri, hemşirelerden ve ebelerden sistemde nasıl yararlandığı, çalışma koşulları, ücret, sosyal ve özlük hakları gibi konular ele

alınmamakta ve farklılıklar önemsenmekte” biçiminde ifade edilmiştir. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan yöntem, hasta veya yatak sayısı ile orantılı personel planlamasıdır. Yatak ve hasta sayısı iş yükü belirlemede yanıltıcı olabilmektedir. Ekici (118) makalesinde personel planlama ve hasta bakımı ile ilgili, Amerika ve İngiltere’de birçok hastanelerde hemşirelerin iş yüklerinin ölçülerek GRASP ve Cheltenham bakım ölçütleri gibi hemşire / ebe insan gücü planlama yönelik araştırmalar yapılmaya başladığını bildirmiştir. Aynı makalede yurtdışındaki hastanelerin hemşirelik hizmetinin etkinlik ve verimlilik ile hemşire sayısının yeterliliği, hastalara sunulan hemşirelik bakımının niteliği ölçülerek bu konuda karşılaştırmalar yapıldığı vurgulanmaktadır. Çetin’in (135) tezinde hemşire ve ebelerin iş gücünü belirli bir sayıya erdirmeye ilişkin önlemlerle birlikte mevcut çalışanları elde tutmak, işe özendirmek ve çalışan potansiyelinden en uygun düzeyde yararlanmak yönünde stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanmasının önemine vurgu yapılmaktadır. Bu bağlamda Türk Hemşireler Derneği’nin desteği ve 1,011 hemşirenin katılımı ile yürütülen çalışmada, ülkemizde hemşire açığının nasıl giderilebileceği konusunda görüşleri sorulan hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışma ortamının iyileştirilmesi (%87.0), ücretlerin arttırılması (%82.2) ve görev tanımlarının eğitim düzeylerine göre yapılmasını (%67.8) hemşire sayısının arttırılması için uygun çözüm yolları olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %85.8’i yabancı uyruklu hemşirelerin ülkemizde istihdamı ile ilgili görüşe katılmadıklarını ifade etmişleridir.

Literatür bilgilerinin taranması sonucunda; hemşirelik hizmetleri özellikleri nedeniyle karmaşık hizmetler olduğundan, hasta bakım gereksinimlerini ve hemşirelik hizmetlerinin verimliliğini ölçmek için uygun bilimsel yöntemler kullanılması gerektiği görülmektedir. Ünal ve Seren’in (71) çalışmasında hemşire insan gücü planlamasında ülkemizde ve AB ülkelerinde nüfus başına düşen sayının hedeflenmesi yerine, yataklı tedavi hizmetine gereksinim duyacak nüfusun sağlık sorunlarının ve bunu karşılayacak sağlık kuruluşlarının sayısının belirlenmesinin daha etkili olacağı düşünülmektedir. Öncelikle hemşirelerin eğitim amaçlarına uygun rol ve işlevlerde meslek alanı sınırları içinde uygulamalara yönltilmesi önerilebilir. Hemşire insan gücü açığına çözüm bulmaya çalışan ülkeler, sorunu meslek örgütleri, karar vericiler, ilgili kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ve toplumun katılımı ile değerlendirmekte ve ortak çözüm arayışını benimsemektedir. Sağlık Bakanlığı 2010 yılı verilerine göre ülkemizde 114,772 hemşire mevcuttur. Devlet Planlama Teşkilatı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre ülkemizde 213,000 hemşire açığı



bulunmaktadır(142). Bu durum sağlık hizmeti sunumunda eksikliklerin oluşmaması ve aksaklıkların ortaya çıkmaması, etik açısından uygun ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunumu için sağlık çalışanı istihdamı yapılırken daha hassas davranılması gerektiğini göstermektedir. Ülkemizde de hemşire yetersizliğinin yaşanmaması için ülke ve kurum düzeyinde doğru istihdamın yapılması önerilebilir. Ayrıca sağlık bakım alanı özelliği nedeniyle hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stresli durumlarla çok sık karşılaşması bu bağlamda bir de personel sıkıntısı olduğunda iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz alışma koşulları ister istemez üretim nitelik ve niceliğinde bozulmaya yol açmaktadır. Hemşirelik ve ebelik meslek yeleri, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeniyle daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında daha fazla stres yaşamaktadır. Tüm bunlar mesleğin profesyonelliğini etkilemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların bir kısmı sorunları için st yöneticilerine geri bildirimde bulduklarını ifade etmişlerdir. Ancak yöneticilerin bu geri bildirimden hoşlanmadığı gibi mesleki ilişkilerin zarar gördüğünü, ceza aldıklarını ifade etmişlerdir. Hatta mesleki sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirmeyen diğer personelin aynı tutuma maruz kalmaları mesleğe bağlılık ve mesleki uygulamalarına etik karar verme ve uygulama isteğini olumsuz yönde etkileyeceğini düşündürmektedir. Ayrıca sağlık ekibi içerisinde mesleki sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirmeyen ile aynı tutuma maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların diğer kısmı, yöneticilerin geri bildirimde uygun bir ortam yaratmadığı gibi değişen bir Şey olmayacağı için sessiz kalmayı tercih ettiklerini söylemişlerdir. Yukardaki nedenlerden dolayı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kurumlarda meydana getirdiği olumsuz etki önemlidir, çalışanlar sorunlarını dile getirmekten ve geri bildirimde bulunmaktan kaçınmakta ya da bu durumu erteleyebilmektedir.

### **5.7. Etik Duyarlılığı**

Çalışmamızda katılımcıların ADA'dan aldıkları ahlaki duyarlılık puan ortalamasının orta düzeyde ( $87.20 \pm 15.90$ ) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların servislerine göre dağılımlarına bakıldığında kadın-doğum kliğinde çalışanların aldıkları puan 102.02, yeni doğan yoğun bakım servisinde çalışanların aldıkları puan 117.87, acilde çalışanların

100.23 olup ve doğumhanedeki ebelerin duyarlılık puanı 84.40 bulunmuştur. Daha az puan almış olan ebelerin diğer kliniklerde çalışanlardan daha duyarlı oldukları görülmüştür. Katılımcıların demografik özellikleri (eğitim seviyesi, çalıştığı birim, hizmet yılı) ile ADA'dan aldıkları puan karşılaştırıldığında hizmet yılı ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doğumhane biriminde yatan hastalar, genellikle kendi öz bakım ihtiyacını gidermede sıkıntıları olan, ebelere daha fazla bağımlı olan hastalardır; dolayısıyla daha fazla bakıma gereksinimleri vardır. Bu nedenle bakımla ilgili kararlar, ahlaki muhakeme yapılmasını, kararlarını kişiyi nasıl etkileyeceğinin önceden düşünülmesini ve eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirir. Literatür ve araştırmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının bakım ve tedavi için yeterli kaynak bulunmaması, bireye saygı eksikliği, aydınlatılmış onam eksikliği konularında etik ikilemleri yaşadıkları belirtilmektedir. Oysa bu ikilemler karşısında sağlık çalışanı olan ebeler ve hemşireler bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorundadır ve bu nedenle de karar verme durumunda kalmaktadırlar. Ancak etik karar verme etik duyarlılığının gelişimi ile ilişkilidir. Ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olan duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması/hissedilmesi olarak algılanmakta olup, önem verme ile yakından ilişkilidir. Etik sorununu saptama yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılığı, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamaz. Öztürk ve ark.(137) yürüttüğü çalışmada üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılığının daha düşük bulunduğu belirtilmektedir. Bizim bulgularımızda da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde etik duyarlılığı daha düşük bulunmuştur. Austin ve arkadaşlarının (143) çocuk yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin karar almada sessiz kaldıklarını, güçsüzlük, üzüntü, kızgınlık ve düş kırıklığı hissettikleri saptanmıştır. ICN'in 2006 yılında hemşireler için belirlemiş olduğu sorumluluklar arasında bilgisini güncel tutma ve kendini geliştirme yer almaktadır. Baykara tezinde (29), hemşirelerin meslekleriyle ilgili etik kararlar verebilmeleri ya da bakımları altındaki hastalarıyla ilgili etik kararlarına katılabilmeleri için mesleğin etik bilgisine sahip olmaları gerektiğini ve etik sorunlarını fark edebilmeleri, etik duyarlılığı kazanabilmelerinin ancak etik eğitimiyle sağlanacağını ifade etmiştir. Ayrıca bu eğitimlerin hem temel mesleki eğitim programları, hem de mezuniyet sonrası eğitim programları kapsamında yeterli düzeyde olması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Karadağ ve arkadaşlarının (144) hemşirelerin profesyonel davranışlarını belirledikleri

araştırmalarında hemşirelerin etik kodlarına ilişkin davranışlarından en yüksek puanı aldıkları belirtilmiştir. Tosun (145) ise hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile etik duyarlılığın arttığını ve duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Dikmen'in (134) alışmasında yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının orta düzeyde bulunduğu ve etik duyarlılığı kazanmada klinik deneyimin önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada genç yaşlarda olan yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının daha az olduğu belirlenmiştir. Bu alışmalar bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermekte, bunun da katılımcıların yaş ortalamasının düşük olmasına bağlı olabileceği düşünmektedir. Akyol ve Aksu'nun (65) etik duyarlılık ile ilgili sonuçları hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı klinik ve etik ikilemi yaşama zamanı gibi özellikleri etik duyarlılığını etkilemektedir. Bekar, 25-34 yaş grubu, lisans mezunu, dahiliye birimlerinde çalışan ve son bir yıl içinde etik ikilemi yaşayan hemşirelerin etik sorunlar karşısında eyleme karar verme ve uygulamada etik duyarlılık puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %61.1'inin mezuniyet sonrası etik eğitimi almadıkları bildirilmiştir. Başak ve arkadaşları (146) da yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının yaşla birlikte arttığını ancak etik duyarlılığının yoğun bakım ünitelerinde çalışma süresi, öğrenim durumu ve mezuniyet öncesi ya da sonrası etik dersi alma ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Her iki çalışmada da hemşireler orta düzeyde etik puanı almıştır. Bizim alışmamızda da katılımcıların çalışma süresi arttığıca etik duyarlılığı artmaktadır. Bu bağlamda yukarıdaki çalışmalarla benzer özellik göstermektedir.

### 5.7.1. Etik Duyarlılığı ve Eğitim

Cortis ve Kendrick (147) mesleki bilginin etik karar verme için esas olduğunu ve hastaların önerilen tedavilerin olası sonuçları için bunun çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca etik sorunlarıyla baş edebilmeleri için hemşire ve ebelerin çalışma yaşamlarında bilgiyi anahtar olarak kullanmaları gerekmektedir. Dolayısıyla mezuniyet sonrasında etik ile ilgili etkin ve sürekli hizmet içi eğitimlerin gerekli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası (%64.0) mezuniyet sonrası etik konusunda eğitim almadığını bildirmiştir. Etik konusunda hizmet içi eğitim alanların eksiklikleri giderme tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında bulgularımıza göre Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşire ve ebeler grubu, diğer sağlık çalışanların görev ihmallerini "sık sık (%55.2)" tamamlama tutumu Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi grubuna göre "sık sık (%22.2)" daha yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. İlk grup katılımcılar, HİE'de "etik kavramı, etik ilkeleri" konusunu almıştır, ikinci grup ise "deontoloji" eğitimi almıştır. Alınan hizmet içi eğitimler kuruma başlayanların bir kereye mahsus ve bir saatlik (45 dakika) aldıkları eğitimler olduğundan ve eğitimcilerin bu konuda uzman olmamalarından dolayı etkin olmadığı düşünülmektedir. Hemşire ve ebelerin görev ihmallerini tamamlama tutumunun, meslek ahlakı yükümlülükleri ile uyumlu olup olmadığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından, kurum kültüründen ve görev ihmalleri nedeniyle işlerin aksaması durumunda yöneticilerle sorun yaşayacakları düşüncesiyle hareket etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Orak'ın (148) 2005 yılında yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin %97.2'si etik bilgisine sahip olduklarını, %90.0'ı ise bu bilgiyi mesleki eğitim sürecinde edindiklerini belirtmişlerdir. Tosun'un (13) çalışmasına göre ise hemşirelerin %27.8'i etik dersini, %45.5'i deontoloji dersini, %8.8'i etik ve deontoloji dersini mesleki eğitimlerinde almadıkları belirtilmiştir. Arabacı ve arkadaşlarının (11) 2013 yılındaki çalışmasında hemşirelerin %34.0'ü etik konusunda daha önce bilgi aldığını bu bilgiyi öğrenimi sırasındaki derslerden aldığını ve %75.0'i etik konusunda daha fazla bilgi almaya gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Baykara'nın (29) çalışmasında da hemşirelerin %38,3'ü ise herhangi bir hizmet içi eğitim programına katılmadıkları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularımızda hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası etik konusunda eğitim ihtiyacı olduğunu göstermesi açısından önemli bulunmuştur. Leape, (149) hemşirelerin %63.5'inin, Schluter ve arkadaşları (150) ise hemşirelerin %70.0'ının etik ile ilgili eğitim almadıklarını söylediğini

bildirmiştir. Literatürdeki çalışma sonuçları ile bizim sonuçlarımız uyumluluk göstermektedir.

Karamanoğlu ve arkadaşlarının (151) 2009 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin öğrenimleri dışında özellikle mesleki yaşamları süresince etik konusunda bilgi almadıkları, etik konusundaki bilgilerini yetersiz buldukları ve etik ikilemi içeren durumlar karşısında ağırlıklı olarak özgeci ve paternalist yönelim gösterdikleri belirlenmiştir. Bizim bulgularımızda katılımcıların yarar sağlama yönünde eğilimleri vardır. Aksu ve Akyol'un (65) çalışmasında medeni durum, çalıştığı klinik, etik ile ilgili eğitim aldığı yerle toplam etik duyarlılığı puanı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş olup bekarların ve dahiliyede çalışanların etik duyarlılığı puanının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Park ve arkadaşlarının (152) 2012 yılında 1. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 4. sınıf öğrencilerinin hasta odaklı bakım ve etik ikilemlerine gösterdikleri etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca etik ders saati daha fazla olan 4. sınıf öğrencilerinin ilkesel düşünme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu nedenle gerek meslek eğitimi döneminde gerekse mezuniyet sonrası dönemde tüm hemşire ve ebelerin etik karar verme becerisini kazandıracak etik ve deontoloji eğitiminin sağlanması ve üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Ayrıca kliniklere sağlık bakım sisteminde etik kurullarının içinde hemşire ve ebelerin bulunması sağlanmalıdır.

## **5.8. Tezin Genel Tartışması**

Bu tezde hemşire ve ebelerin kişisel eksiklikleri giderme tutumlarının sıklığı ve bu tutumu benimsemelerinin gerekçeleri incelenmiştir. Bu bilgiler ışığında, çalışmada saptanan sorun ve gerekçelerin değerlendirilmesi ve hemşire ve ebelerin tamamlama tutumunun ortaya konmasının etik açısından analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde hemşire ve ebelerin sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda özellikle iki sorun karşısında meslek etiği açısından ne yapmaları gerektiği literatür doğrultusunda tartışılmaktadır.

Meslek ahlakı açısından değerlendirildiğinde hem sorun hem de çözüm için önerilenlere bir bütün olarak bakılmalıdır. Sağlık hizmet sunumunun sorunsuz işleyebilmesi için ekipteki her bir meslek üyesi kendi mesleğinin sorumluluklarını almalı ve görev yetkilerini yerine getirmelidir. Her bireyin sağlık hizmetine ulaşma hakkı olduğu düşünülerek sağlık sistemindeki eksikliklerin giderilmesi için sağlık politikalarının bu

yönde düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ilerleme raporunda, 2011 yılında 100 bin kişiye 229 ebe-hemşire düştüğü bilgisi yer almaktadır (142). DSÖ Avrupa Bölgesi karşılaştırmalı tablolarına göre, 100 bin kişiye 237 ebe ve hemşirenin düştüğü Türkiye, bu bölgede yer alan 53 ülke arasında sıralamanın sonunda yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2023 vizyonu çalışmasında yer alan öngörüye göre, 2023 yılında 183 bin ilave hemşireye ve 37 bin ilave ebeye ihtiyaç duyulacağı öngörülmektedir. Ancak günümüzde hemşireler kendi görev tanımları dışındaki birçok görevi yapmak zorunda kalıp farklı alanlarda istihdam edilirken, ebeler çoğu yerde hemşirelik görevini yürütmektedir. Ebeler mesleği, hemşirelikten ayrı bir meslek disiplini ve ayrı bir eğitim gerektirir. Hemşirelik Kanunu ile hemşirelik alanında bazı gelişmeler kaydedilmekle birlikte, ebeler 1219 sayılı kanunda tanımlandığı haliyle kalmıştır. Son yirmi yılda hemşirelik eğitiminin yükseköğretim düzeyinde olması yönünde mücadeleler verilip yoğun düzenlemeler yapılırken, ebeler mesleğindeki düzenlemeler konusunda çabalar çok daha yenidir. Ebelerin hemşirelere göre mesleki özellikleri ile geri planda kaldıkları dile getirilmektedir. Ebeler mesleğine düzenleme getiren en son yasal metin, 22.05.2014 tarihli ve 29007 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik"tir. Bu yönetmeliğe göre ebelerin geleneksel işlevlerin dışında eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanında çağdaş roller yüklenmektedir. Uygulamaların ebelere dönük etkileri mesleğin daha ilerlemesini sağlayacaktır. Ebelerin yasa ve yönetmeliklerle kendilerine verilen haklara sahip çıkması ve kurumlarda yeni rollere ilişkin düzenlemelerin yaşama geçirilmesinde önem kazanmaktadır.

Tüm sağlık çalışanları, birey ve onun gereksinimlerini karşılamak için işbirliği halinde hareket etmelidirler. Ancak yürürlükteki sağlık sisteminden ve iş yoğunluğundan kaynaklanan sıkıntılar nedeniyle sağlık hizmeti bir ekip hizmeti değil de hekim merkezli bir yapıya dönüşmüştür. Performans sistemi ile hekimin hasta sayısı artmış ve zamanla sağlık hizmetinde boşlukların artmasına neden olunmuştur. Bu boşlukları hemşire ve ebe "altruizm" doğrultusunda tamamlamaktadırlar. Diğer yandan mesleğin yükümlülüğü olmadığı halde bu boşlukları tamamlamaya çalıştıklarında kendi asıl görev alanlarına yeterli zaman ayıramamaları eksikliklere yol açacaktır. Bu eksikliklerin doğurduğu etik sorunlar, uygun hizmet alamama ve hasta bakımının niteliğinin bozulması anlamına gelecektir. Aslında uluslararası meslek örgütlerinin bunlarla ilgili girişimleri vardır.

Örneğin; ICN'nin 2007 yılı teması, hemşirelere olumlu iş ortamlarının sağlanması olarak belirlenmiş ve olumlu iş ortamının özelliklerinden birinin çalışanların emeklerinin karşılığını alması olduğu ifade edilmiştir. Oysa ülkemizdeki sağlık kurumlarında son 11 yıldır buna yönelik gözle görülür iyileşme olmadığı gibi geleneksel ekip anlayışının (ast-üst ilişkisi) devam etmekte olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hemşire ve ebenin sağlık sisteminden kaynaklanan eksiklikler içinde etik ikilemleri içinde kaldıkları gözlenmektedir. Bu etik ikilemleri, meslek üyesinin seçimine bağlı olarak birçok etik sorununu beraberinde getirmektedir. Meslek üyesi yapacağı eylemi tercih edecek, eylemi yapmanın ve yapmamanın sonuçlarını değerlendirecek, eylemde bulunacak ve sonucuna katlanacaktır.

Yukarıda sözü edilen meslek üyesinin etik ikilemi karşısındaki iki farklı tutum arasından ikinci tutum, bir açıdan, meslek etiği açısından doğru ve kabul edilen yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bu iki grup çalışanın eylemi, niyet açısından birbirinden oldukça farklıdır. Ancak bu çalışma koşullarında çalışanın tercih ettiği seçenekten dolayı tümüyle haklı ya da haksız olarak değerlendirilmesi doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Meslek ahlakının tam olarak değerlendirilebilmesi için çalışma koşullarındaki sıkıntılar (personel yetersizliği, hizmet içi eğitim alamama, malzeme eksikliği vs.) ortadan kaldırılmalıdır; çalışma koşulları iyileştirildikten sonraki değerlendirmenin daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Birinci grup çalışan, henüz mesleki olgunluğa ulaşmamıştır ve mesleğinin yükümlülüklerine karşı mesleki ve etik duyarlılığa sahip değildir. İkinci grup çalışansa mesleki olgunluğa ulaşmış, mesleğinin yükümlülüklerine karşı mesleki ve etik duyarlılığa sahiptir. Ancak bu şekilde eylemleri sadece sonuç üzerinden değerlendiren ve meslek ahlakuna uygun olup olmadığına karar veren yöntem doğru bir yaklaşım olmayacaktır.

Hemşireyi/ ebeyi destekleyen bir yasal düzenlemenin olmaması nedeniyle karşılaşılan bu sorunların çözümü için yetkililer tarafından herhangi bir uygulama yapılmamaktadır. Bu bağlamda konu, yöneticilerin dikkatini çekmek amacıyla, karşılaşılabilecek sorunlara alternatif çözümler geliştirilebilmek için bulgular doğrultusunda tartışılmaktadır. Bu çalışmanın bulgularına göre elde edilen etmenler ve ortaya çıkan etik sorunları, “katılımcıların görev tamamlama tutumu” ve “katılımcıların kişisel çaba tutumu” başlıkları altında aşağıda ele alınmış, bu başlıklar altında hemşire ve ebenin meslek ahlakı açısından hangi tutumu tercih etmesi gerektiği tartışılmıştır.

### **5.8.1. Katılımcıların Görev Üstlenme Tutumu**

Çalışmada katılımcıların kurumlardaki uygulamalar sırasında sık sık etik ikileleriyle karşılaştıkları gözlenmiştir. Bu etik ikilemleri karşısında iki farklı eylemi seçenlerin bulunduğu söz edilebilir. Birinci çalışma grubunu oluşturanlar, sağlık sisteminden kaynaklanan eksiklikleri tamamlama eylemini seçerek belli bir hasta özelinde hasta yararını önceleyerek karar vermektedir. İkinci gruptakilerse herhangi bir karar alarak eksikliği tamamlama tutumunun sorumluluğunu üstlenmekten kaçınmaktadırlar, çünkü onların karar verip uygulayacakları eylemleri destekleyecek yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Kuşkusuz birinci seçeneği tercih eden grup, belli bir hasta özelinde hasta yararını önceleyerek sorunu çözebilir. Ancak uzun dönemde ise; makro politikalardan kaynaklanan sorunların üstünü örterek hastalara zarar vermeleri, diğer yandan mesleki sorumluluğu olan hastaların bakımlarını aksatacağı için uzun dönemde etik sorunlarına neden olmaları söz konusu olabilecektir. Bu şekilde davranan çalışanlar eksikliği tamamladıkça politikaların yarattığı hak ihlalleri daha az görünür olmakta ve bu durumda esasen hasta haklarının ihlal edilmekte olduğu düşünülmektedir.



### **5.8.1.1. Sağlık Ekibindeki Farklı Meslek Üyelerinin Görevini Üstlenme Tutumu**

Çalışma sonuçlarına göre hemşire ve ebelerin bazıları, sağlık ekibindeki diğer meslek mensuplarının ihmal ettikleri işleri, kendilerine görev biçerek tamamlamaktadırlar. Farklı disiplin alanlarıyla ilgili mesleki uygulamalar yapıldığında hatalı sonuçlara yol açılabilecek olması, hastaya zarar verme olasılığı açısından önemlidir. Hemşire ve ebeler, sağlık ekibindeki diğer meslek mensuplarının görev ihmallerini tamamlamamalıdır. Çünkü gerekli bilgi, beceri ve niteliklere sahip olmayabilirler. Bu da hata yapılmasına ve hastanın zarar görmesine yol açabilir. Hemşire/ ebe, hastaya verdikleri sağlık hizmetinin insan hakları ve güvenliğiyle uyumlu olmasına dikkat etmelidirler. Acil bir durum söz konusu olsa dahi meslek ahlakı açısından hastaya “zarar vermeme” ilkesini dikkate alarak, farklı meslek mensubunun görevini tamamlamama yönünde hareket etmelidirler. Örneğin yeni doğan yoğun bakım hastasının durumu acil olsa bile hekimin görevini tamamlanmamalıdır. Hemşire ve ebeler, uzmanı olmadıkları bir alana ilişkin kapsamlı bakım uygulamalarını yapacak yetkiye sahip değildirler. Hemşire ve ebelerin başkasının yapmadığı işleri kendine görev biçmesi, meslek ahlakına uygun olmadığı için tercih edilmemelidir. Bu gibi durumlarda sağlık çalışanları, meslek ilkelerini dikkate alarak bir seçenek oluşturmalıdırlar.

Hemşire/ ebelerin yasal ve kendi işi olmayan bir görevi yerine getirmesi bu görevi icra edebilecek meslek gruplarının iş yükünü azaltmakla birlikte, ortak sorumluluğu sağlık hizmeti alan bireye/hastaya karşı olup hastayı olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca tampon görevi görmenin, hem hemşire hem de ebeleri diğer meslek gruplarına bağımlı hale getirdiğini düşünülmektedir. Temel gerekçe, çalışanların sağlık ekibinin diğer üyelerinin ihmal ettiği görevi tamamlama sorumluluğunun yasa ve etik açısından doğru olmadığı, bu tutumun devam etmesi durumunda yukarıda bahsedilen etik sorunlarının artacağı şeklinde yorumlanabilir.

### 5.8.1.2. Sağlık Ekibindeki Aynı Meslek Üyelerinin Görevini Üstlenme Tutumu

Araştırma bulgularına göre hemşire ve ebelerden bazıları, sağlık ekibi içinde aynı bilgi ve beceriye sahip meslektaşları da görevlerini ihmal ettiklerinde aynı tamamlama tutumunu sergilemektedirler. Ancak bu durum da benzer etik sorunlarına yol açmaktadır. Hemşire/ ebelerin sağlık politikalarının getirdiği sıkıntıları bireysel olarak gidermeye çalışarak gereksinimi olan bireylere yeterli zaman ayırabilmeleri, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirerek çalışan-hasta ilişkisine yansıtılmaları mümkün görünmemektedir. Çünkü burada hemşire/ ebe, hangi koşulları dikkate alarak karar verirse versin bazı hastaların bakımı ihmal edilmiş olacaktır. Her hastaya istenen düzeyde mesleki standartlara göre sağlık hizmeti verilemeyecektir. Bu durumda, başka bir hastaya yarar sağlamak için kendi hastasına gerekli yararı sağlayamayacaktır. Ayrıca bu tutumun sürekliliği etik sorunlarının ortaya çıkmasına ve bakım işlevlerinin karmaşıklaşmasına yol açacaktır. Burada hemşire ve ebe karar verirken hastanın gereksiniminin aciliyeti ile hizmetin hastaya yarar sağlama düzeyini dikkate alabilir. Ancak her koşulda bu tür durumların ne kadarında sağlıklı değerlendirme yapılabileceği, ne kadar değer korunmasının söz konusu olabileceği tartışılabilir olacaktır. Acil olgularda ise (Örneğin; prematüre bebek, obstretrik acil) hemşire/ ebe “yararlı olma” ilkesini dikkate alarak klinikteki diğer hemşirenin ihmal ettiği görevi ve mesleki uygulamayı üstlenmelidir.

Hemşirelik ve ebelik uygulamaları sırasında “tamamlama tutumunun” yasal olarak değerlendirilmesinin yanı sıra etik ilkelerinin varlığı yol gösterme açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının etik problemlerini tanıması ve en doğru kararları almaları için etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Etik duyarlılığının yüksek olması, mesleki uygulamalara katkıda bulunmasının yanı sıra, hastalara bakımının niteliğini de doğrudan etkileyecektir. Etik sorunlarında her soruna özgü en uygun yaklaşımın belirlenebilmesi etik ilkelerini anlamalarını ve bu doğrultuda bakım vermelerini gerektirir.

Çalışmamızda ortaya çıkarıldığına göre; etik duyarlılıkları orta düzeyde olan sağlık çalışanları, etik sorunlarını ayırt etme ve çözümü için doğru kararları almakta zaman zaman sorun yaşamaktadırlar. Hemşire ve ebeler “hasta yararına” bazı kararlar alırken, ekibin diğer üyelerinin sorumluluklarını üstlenmeleri yerine onların görüşlerine başvurmaları daha akılcı bir yaklaşım olacaktır. Hemşire ve ebe sağlık hizmeti verirken, meslektaşlarıyla işbirliğinin gerekli olduğu bir ortamda çalıştığı gerçeğinin farkında

olmaları gerekir. Hastaya sağlık hizmetinde ekip yaklaşımı olması için sağlık ekibi üyelerinin görev tanımlamaları daha iyi yapılmalıdır. Hemşire ve ebeler; sürece aktif olarak katılmaları, kendi hastalarına bakım verme ve bu sorumluluğu tam anlamıyla yerine getirebilmeleri konusunda sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunlar doğrudan hasta bakımına ayrılan süresinin azalması, bakım niteliğinin kötüleşmesi ve mesleğinin doyum sağlayıcı yönünün bakımın olumlu sonuçlarını görememe şeklinde sıralanabilir. Bu durum çelişkilerin yaşanmasına neden olmakta ve hizmet sunmaya çalıştıkları koşulların güçlüklerini anlatabilecekleri kimseyi bulamadıklarından hemşire ve ebelerin demoralize oldukları gözlenmektedir. Yukarıdaki gerekçeler nedeniyle hemşire ve ebelerin dikkatlerini kendi alanları olan hasta bakımına yönlendirmeleri gerekmektedir.

### **5.8.2. Katılımcıların Kişisel Olarak Eksik Malzemeleri Tamamlama Tutumu**

Araştırmamıza katılan hemşire ve ebelerin ifadelerinden, sağlık kurumlarında önemli ölçüde kaynak malzeme sınırlılığı ya da yetersizliği sorunu olduğu ortaya çıkmıştır. Kliniklerde ve YYBÜ’de hemşire ve ebe, hastasını değerlendirip gereksinimlerini dikkate alarak bakım vermek zorundadır. Hemşire ve ebe, bu gereksinimler konusunda karar verirken hastanın enfeksiyonunun bulunmaması, hastanın durumunun aciliyet derecesi gibi kriterleri dikkate alması gerekmektedir. Ancak SDP ile getirilen “geri ödeme sistemi” düzenlemesi hasta bakımını engelleyici nitelikte olup hemşire/ebe hastası için karar verdiği bakımı uygulayamamaktadır. Hemşirenin/ ebenin her hastaya uygulaması gereken günlük kotaların bulunması bu duruma örnek verilebilir. Geri ödeme sistemine göre “yoğun bakım hastası için günlük kullanabileceği sarf malzeme kotaları” günlük bir hastaya 50 lateks eldiven kullanımı, iki damar yolu açma vs. şeklinde belirlenmiştir. Hemşire bunların dışında hastasına herhangi mesleki uygulama yapmak istediğinde sistem bu uygulamada kullanılan sarf malzemeyi karşılamamaktadır. Dolayısıyla hemşire, hastasının günlük sağlık bakımı ihtiyacına göre değil de geri ödeme sisteminin izin verdiği ölçüde hastasına uygulama yapabilmektedir. Bu sorunu aşmak için bazı hemşire/ ebeler sistemin karşılamadığı hasta bakım ihtiyacını karşılamak için çözümler üretmişlerdir. Bunlar; başka hasta üzerinden sarf malzeme gösterme, diğer servislerden temin etme gibi kendince başvurdukları riskli çözümlerdir. Hemşire ve ebelerin kişisel tamamlama tutumu, hastaya “yarar sağlamayı” önceleyerek devam ettirilmemelidir. Bu durumda “adalet ilkesi” ön plana çıkmakta, başka hastaların gereksindikleri kaynağın adil olmayan bir biçimde

kullanılması söz konusu olmaktadır. Ancak “yaşam kurtarmak” söz “konusu olduğunda bu eylem haklı çıkarılabilmekte, çalışanların bu tutumu alması gerekmektedir. Diğer deyişle, hastanın durumu acilse, hastanın durumu (geri dönüşsüz) yaşamsal öneme sahip olduğu için kararları meslek ahlakı çerçevesinde görev tamamlama yönünde olmalı, hastayı yaşatmak için hemşire/ eben malzemeyi farklı yerlerden temin etmelidir. Örneğin, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşire, yeni doğanın yaşayabilirlik sınırını gözetleyerek kaynakların paylaşımında hakkaniyeti sağlamaya yardımcı olmalıdır. Bu bağlamda uygulamalara yön verecek özel yasal düzenlemeler de yapılmalıdır.

Harris’in (153) “Mikro Dağılım: Hastalar Arasında Seçim Yapmak” başlıklı yazısında, çalışanın her uygulamada hasta yararını gözeterek yargılara temel olacak ahlaki değer öğeleri üzerinde uzlaşım ya da bilgi toplama ve denetleme mekanizmaları bulunmadığından mikro dağılım kararlarında doğal adaletin ilk kurallarına uyulup uyulmadığının kuşku olacağı bildirilmiştir. Doğal adalet ilkelerine uyacak biçimde seçim yapmakla bir çekiliş yaparak işi şansa bırakmanın eşit derecede umut kırıcı olduğu vurgulanmaktadır. Bizim çalışma sonuçlarımızda çalışanlar, etik ikilemlerle karşılaşmış ve bunu genelde hasta yararı ve vicdan duygusunu gözeterek çözmüşlerdir.

Çalışma sonuçlarımıza göre çalışanların sürekli karşılaştıkları bu tür etik ikilemlerde nasıl bir tutum sergilemeleri gerektiğinin ikinci derecede önemli olduğu, esasen bu ikilemlerin oluşuyor olmasının birinci derecede önem arz ettiği düşünülmektedir. Ancak Harris’in de belirttiği gibi mikro dağılımdaki bu eşitsizliklerin bulunması ve bu dramatik ortamda çalışanların vicdanlarına göre tutum geliştirmesi onları yanıltabilir. Bu etkenlerin sağlık çalışanını yargıç konumuna getirdiği söylenebilir. Oysa bu çalışma koşullarında sağlık çalışanı, her hastasını yeterli ve detaylı değerlendiremediğinden hastası için gerekli olan tüm bakımı belirleyememekte ve yeterli bakım verememektedir.

Ayrıca ülkemizdeki sağlık hizmetinin herkese ulaşılabilir ve sürdürülebilir olması gerektiği, SDP ile belirlenen sağlık politikalarında makro politikaların mikro dağılımda adaletsiz bir duruma yol açtığı düşünülmektedir. Sağlık sistemiyle ilgili olarak sadece sağlık güvencesi olanların değil, sağlık güvencesi olmayan ya da yeterli prim ödeyemeyenlerin de gereksinim duydukları sağlık hizmetlerine erişme hakkı olmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında katkı payı, performans sistemi, güvencesiz çalışma koşulları gibi engeller karşımıza çıkmaktadır. Her insan için sosyal güvenlik temel bir haktır. Kamu ve özel sağlık sigortalarına rağmen bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık

hizmetine ulaşmak istediğinde katkı payı ve prim ödeme gibi yeni sağlık modeli oluşmaktadır. Katkı payıyla sağlık, devletin belirlemiş olduğu fiyatların üzerinde kalan kısmını kişinin doğrudan kendi cebinden ödemek zorunda olması anlamına gelmektedir.

Ayrıca prim borcu olan ya da katkı payı ödeyemeyen hastalar sağlık hizmeti alamamaktadır. Sağlık sisteminin diğer bir engeli de performans kriteridir. Bu ölçütlerle birlikte sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu göz ardı edilerek hekim merkezli bir sistemin meydana geldiği söylenebilir. Performans kriterini yükseltmeye odaklanan hekimler hastaya daha az zaman ayrılabilir. Diğer yandan artan tanı tedavi işlemleri kurumlarda ebe ve hemşirenin iş yükünü daha da artırmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde oluşturulan sağlık kurumları, daha çok kâr edebilmek için sağlık giderlerini azaltmaya çalışmaktadırlar. Sağlık giderlerinin merkezi alımın ortadan kalkması sonucunda, sağlık kurumlarının pahalı tıbbi malzeme ve ilaç alımının sağlık eşitsizliğini artırmıştır. Bu giderler konusundaki sıkıntıları, hemşire ve ebeler kendi kişisel çabalarıyla tamamlamak zorunda kalmaktadır.

Sonuç olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hemşire ve ebeler, sosyal ve politik duruma bağlı olarak çalışma alanlarında büyük bir sıkıntı yaşamaktadır. Sağlık ekibi içinde hemşire ve ebenin artan iş yükü, değişen sorumlulukları ve rolleri onları etik sorunlarıyla karşı karşıya getirmektedir. Özellikle performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile kurumların etkinliği artırılmak istenir iken, hastaların daha çok ödeme yapmasına neden olunmuş ve ödeme yapamayan hastaların sağlık giderleri zaman zaman hemşire ve ebelerin bulduğu bireysel riskli çözümlerle karşılanmak zorunda kalmıştır. Sağlık çalışanlarının ve özel olarak da hemşirelerin ve ebelerin görüşleri dikkate alınarak bu durumu ortadan kaldıracak ulusal politikalar ve kurumsal düzenlemeler oluşturulmalıdır. Bunu yanı sıra hemşire ve ebelerin yetkilerinin sınırları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Bu sorunun giderilmesi için hemşire ve ebelere yönelik eğitimler verilmesi önerilmektedir. Klinik uygulamalarda tüm sağlık ekibinin denetlenerek sunulan sağlık hizmetinin yasalar çerçevesinde olması sağlanmalıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Katılımcıların % 63.4'ü mesleklerinden kısmen memnun olduklarını,% 60.0'ı kurumsal görev ve sorumluluklarını ve %50.0'si mesleki görev ve sorumluluklarını bildiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası (%64.0) mezuniyet sonrası etik konusunda eğitim almadığını bildirmiştir. Mezuniyet sonrası da sadece iki kurumdaki katılımcılar, deontoloji ve etik ile ilgili 45 dakikalık bir defaya özgü kendi kurum yöneticileri tarafından eğitim almışlardır.

Katılımcıların önemli bir bölümü, sağlık ekibinin diğer meslek üyelerinin görev ihmali karşısında etik ikilem yaşamaktadır. Katılımcıların %56.8'i sık sık, %24.8'i bazen, % 9.7'si her zaman bu tutumu sergilediklerini ve %8.6'sı hiçbir zaman sergilemediklerini ifade etmişlerdir. Kadın doğum servisinde çalışan hemşireler diğer birimlere göre bu tutumu daha sık yapmaktadırlar.

Katılımcıların bir bölümü, sağlık güvencesi olmayan hastaların sağlık giderlerinin kurum tarafından karşılanmadığında kendi kişisel çabalarıyla giderleri tamamlamaya çalışmaktadırlar. Katılımcıların hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik ne tür kişisel çabalarda bakıldığında; hemşirelerin %17.3 “kendi cebinden ya da aralarında para toplama”, %24.2 “hastanenin başka bölümlerinden karşılama”, %20.2 “başka hastaların sarf malzemelerinden idare etme”, %18.0 “ilaç şirketleri ve malzeme şirketlerinin temsilcilerinden rica etme”, %6.6 “başka hastalar üzerine ilaçlarını yazdırma” gibi riskli çözümler tercih etmişlerdir.

Tamamlama tutumunun nedenlerini; kurumun olumsuz çalışma koşullarının olması ve her hastanın eşit şekilde sağlık hizmeti alamaması, mesleki standartların gelişmemesi, görev tanımlarının belirgin olmaması, bilincin yeterli düzeyde olmaması, mesleki sorumluluklarını yerine getirme olarak sıralamışlardır.

Katılımcıların ADA'dan aldıkları ahlaki duyarlılık puan ortalamasının orta düzeyde (87.2±15.9) olduğu saptanmıştır. Doğumhanede çalışan ebelerin diğer birimlere göre daha duyarlı olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, tez kapsamında etik açısından analiz edilerek yanıtlanmaya çalışılan “*hemşire ve ebelerin görev ihmalini ve malzeme eksikliklerini kişisel çabaları ile tamamlamaları meslek ahlaki açısından haklı çıkarılabilir mi?*” sorusu; acil durumlarda malzeme eksikliğinin tamamlanması tutumu hariç olumsuz yanıtlanmıştır. Ayrıca, araştırma bulgularının da dikkate alınmasıyla; hemşire ve ebelerin klinikte yaşadıkları bu tür etik ikilemlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla getirilen geri ödeme sistemi ve personel sıkıntısı ile doğrudan ilgili olduğu, dolayısıyla makro sağlık politikalarının mikro düzeydeki etik sorunlarının oluşumu üzerinde belirleyici etkisi olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda belirtilen önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşire ve ebelerin diğer sağlık ekibi ile işbirliği içinde çalışmalarını, sağlık bakım hizmeti alan bireyle ilgili kararlara katılmalarına, kendi mesleki kimliklerini diğer ekip üyelerine benimsetmelerine, bu bağlamda profesyonelleşmelerine ve etik sorunlarının oluşmasının önlenmesine katkıda bulunacaktır.
- Hemşire ve ebelerin eksiklikleri tamamlama tutumlarının mesleki ve yasal boyutlarını değerlendirerek, gerekli düzenlemeler için yönetimle iş birliği kurulmalıdır.
- Acil durumlar için; meslek ahlaki kurallarının yeterince / açıkça yol gösteremediği durumlarda, hemşire ve ebelerin eksikliklerin tamamlama tutumlarının haklı çıkarılacağı çözümler yaratmalarını sağlayacak düzenlemeler tanımlanmalıdır.
- Hemşirelik ve ebelik mesleğinden temsilciler sağlık politikalarını yönlendirecek kurumlarda olmaları için teşvik edilmeli ve görüşleri dikkate alınmalıdır.

Böylelikle sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin uygulamalardan büyük ölçüde olumlu olarak etkilenmesi sağlanmalıdır.

- İl Sağlık Müdürlükleri'nde meslek ahlakına aykırı uygulama ve sorunların bildirimini kolaylaştıracak anonim çağrı merkezi oluşturulabilir. Bu uygulama ile sorunların üst yöneticiler tarafından fark edilmesi ve anlaşılması sağlanmalıdır.
- Katılımcıların karar verdikleri bakım hizmetlerinin kurumların çalışma koşulları (çalışma saati, hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı, fiziksel şartların uygunsuzluğu) nedeniyle eyleme dönüştürülememesi söz konusudur. Bu sorunun ortadan kaldırılması için yasal ve kurumsal boyutta yapılandırılmış kurallar oluşturulmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunan meslek üyelerinin birbirlerinin mesleğini, sınırlılıklarını kavrayabilmeleri ve etkin bir ekip işbirliğinin sağlanabilmesine yönelik temel mesleki eğitim, lisansüstü eğitim, hizmet içi eğitim programları kapsamında ortak ders ve faaliyetlerin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Mesleklerinin kapsamında bulunmayan işlerin değerlendirilmesi için öncelikle yönetici hemşire/ebelerle, THD ve TED ile işbirliği kurulması, gerekli savunmaların hukuksal zeminde başlatılması için girişimlerde bulunması önerilmektedir.
- Sağlık ekibi içerisinde diğer mesleklerin mensuplarıyla işbölümü çerçevesinde hasta gereksinimlerini karşılanabilmesi için çalışmaların planlanması, stratejilerin üst yönetimle paylaşılarak kurulması, gelecekte yaşanabilecek daha çok oranda “sınırlı kaynakların” yetersizliğine yönelik kurumsal önlemlerin alınması önerilmektedir.
- Sağlık hizmetinin devletin vatandaşa karşı asli görevi olduğunu göz ardı etmeden, sağlık hizmetindeki kapsam farklılıkları (primlerini ödemeyenlerin sağlık hizmetinden mahrum bırakılması) ortadan kaldırılmalıdır. Sağlık hakkı gereğince sağlık hizmeti ve uygulamaları toplumdaki her bireyi kapsamalı, hizmetler gereksinime göre sunulmalıdır.



- Hemşireler ve ebeler, mesleklerin nerede olması gerektiği konusunda ortak bir inanca sahip olmalı ve bu inancı birlikte eyleme dönüştürebilmelidirler.
- Mesleki uygulamalar ve hizmet sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından sık sık denetlenmelidir.
- Meslek üyelerinin mesleği yapma isteğinin ve mesleki memnuniyetlerinin artırılmasına yönelik planlamaların yapılmalıdır.
- Katılımcıların etik sorunlarını fark edebilmeleri ve etik duyarlılığı kazanabilmeleri için etik sorunlarını tanıma ve çözüm sağlamaya ilişkin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır.
- Katılımcıların etik eğitimi kapsamında etkin ve yeterli düzeyde eğitim alabilmeleri için hemşirelikte ve ebelikte etik ana bilim dalı oluşturulmalıdır.
- Hemşirelikte ve ebelikte uzmanlaşmanın yaygınlaştırılmasına yönelik olarak üniversitelerde yapılan çalışmalar artırılmalıdır.
- Katılımcıların mesleki kimlik ve dolayısıyla profesyonel davranışlarını (bilimsel etkinliklere, araştırma sürecine katılım, etik karar verme vb.) geliştirmek üzere stratejik hedefler ve politikaların oluşturulması önerilmektedir.

## 7. EKLER

Ek 1

### SİMGELER VE KISALTMALAR

ACNM	American College Of Nurse-Midwives
ANA	American Nurses Association: Amerikan Hemşireler Birliği
ICM	Uluslararası Ebelik Konfederasyonu
ICN	International Council of Nursing: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
MANA	Kuzey Amerika Ebeler Birliği
NACPM	National Association of Certified Professional Midwives
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TC	Türkiye Cumhuriyeti
THD	Türk Hemşireler Derneği
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
WHO	World Health Organization: Dünya Sağlık Örgütü

## VERİ FORMU

## ÖNDEYİŞ

Saygıdeğer meslekdaşım,

Bu araştırma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda yürütülen doktora tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

Bilindiği gibi; hemşireler / ebeler bazen diğer sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, tıbbi sekreter, temizlik görevlisi vd) yapmayı ihmal ettikleri işleri, kendi görev alanlarına girmemesine rağmen ve **amirlerince görevlendirilmemiş oldukları halde**, o işin gerekli olduğunu düşünüp yapabilmektedirler. Benzer biçimde; hastanın ödeme gücü ya da sosyal güvenlik kurumu hastanın ilaç, tıbbi malzeme gibi ihtiyaçlarını karşılamadığında, **kendi görevleri olmadığı halde** o ihtiyaçları bir şekilde temin edebilmektedirler. **Araştırmanın amacı**; hemşirelerin/ebelerin böyle bir tutumları olup olmadığını ve böyle bir tutumları var ise, bunun gerekçesini saptamaktır.

Soruların doğru ve yanlış cevapları yoktur; sadece tutumunuz ve gerekçeniz öğrenilmeye çalışılmaktadır. Araştırmaya katılım tümüyle gönüllülük esasına dayanmaktadır. Form üzerine **isim yazmanıza gerek yoktur**. Katılanların verdiği cevaplar toplu olarak ve bilimsel amaçla değerlendirilecek, kişisel bilgiler **kesinlikle gizli tutulacaktır**.

Anketi doldurduktan sonra, beni bulamazsanız kliniğinizdeki **sorumlu hemşireye** teslim edebilirsiniz.

Katkınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Yüks.Hem. Nevin Utkualp  
Tel: 294 2458  
nutkualp@uludag.edu.tr

## I. BÖLÜM – DEMOGRAFİK VERİLER

1.Yaşınız:

2.Medeni Durumunuz:

3. Çocuğunuz var mı ?

Yok( ) Var( )

4. Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet ( ) Hayır( )

5. Mesleki Çalışma Süreniz: ....yıl

a)1 yıldan az b)1 yıl-5 yıl c)6 yıl-10 yıl d)11 ve üzeri

**6.Çalışma Şekli:**

- a)gündüz b)vardiya c)sürekli gece

**7. Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında hizmet yılınız:**

- a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 15 yıl ve üstü

**8. KHD ile ilgili çalıştığınız birim hangisidir?**

- a)doğumhane  
b)kadın-doğum servisi  
c)acil kadın-doğum  
d)yenidoğan yoğun bakım servisi

**9.Çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir?**

- a)klinik hemşiresi b)doğumhane ebe c)sorumlu hemşire d)yoğun bakım hemşiresi

**10. En son mezun olduğunuz okul:**

- a) sağlık meslek lisesi  
b) ön lisans  
c) lisans  
d) lisansüstü

**II. BÖLÜM – MESLEĞE İLİŞKİN DÜŞÜNCE VE TUTUMLAR**

**11.Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?**

- a) isteyerek b)rastlantısal c)yakınların etkisiyle

**12.Mesleğinizi kendinize uygun buluyor musunuz?**

- a) uygun b) uygun değil

**13.İş yaşamından memnun musunuz ?**

- a)memnunum b)kısmen memnunum c)memnun değilim

**14.İş yaşamından memnun olmamanın nedeni:**

- a)ortamdaki iletişim sorunu  
b)ortamdaki fiziksel koşullar  
c)mesleki doyumsuzluk  
d)çalışma sistemindeki uygunsuzluklar  
e) ekonomik yetersizlikler

**15. Hemşire/ ebe olarak yasal görev ve sorumluluklarınızın kapsamını biliyor musunuz?**

- a)biliyorum b)kısmen biliyorum c)bilmiyorum

**16. Hemşire / ebe olarak kurumsal görev ve sorumluluklarınızın(kurum içi görev tanımları) kapsamını biliyor musunuz?**

- a)biliyorum      b)kısmen biliyorum      c)bilmiyorum

**17.Hemşire/ ebe olarak mesleki görev ve sorumluluklarınızın kapsamını biliyor musunuz?**

- a)biliyorum      b)kısmen biliyorum      c)bilmiyorum

**18. Mesleki görev ve sorumluluklarınızla ilgili olarak en son eğitimi nerede aldınız?**

- a)okul döneminde  
b) hizmet içi eğitim  
c) kendi çabam ile  
d) diğer:

.....

19. Kendi görev tanımınıza girmediği halde ve amirinizce görevlendirilmemiş olmanıza rağmen, diğer sağlık çalışanlarının eksik bıraktıkları / ihmal ettikleri işler yapıyor musunuz? (*birden fazla seçenek isaretlenebilir*)

- a)hiçbir zaman      b)nadiren      c)bazen      d)sık sık      e)her zaman

**Kendi görev tanımınıza girmediği halde ve amirinizce görevlendirilmemiş olmanıza rağmen, diğer sağlık çalışanlarının ihmal ettikleri işlerini yapıyorsanız lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.Böyle birtutumunuz yok ise, lütfen 27. soruya geçiniz.**

**20. Hekim'in yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a)hasta sevkini hekimin yerine yapmam - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b)aydınlatılmış onamı hekimin yerine almam - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c)sözel order alıp tedaviye başlıyor olmam - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d).....  
.....

**21. Hemşirenin / Ebenin yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a).....- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b. Diğer:

.....

**22. Laboratuvar ar teknisyenin yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a)kan alma işlemi -her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b)idrar kültürü için örnek alma işlemi - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c)idrar tahlili için örnek alma işlemi - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) diğer

.....

**23. Kayıt memurunun yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a)hastanın yatış-taburculuk işlemini - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b)kullanılan malzeme ve ilaçların eczaneden istenmesi - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren

- c) barkod çıkarma işlemi - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) aylık istatistikleri- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
e) tıbbi şartname(tıbbi malzeme ve sarf malzeme için) yazmak - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
f) hasta konsültasyonu için randevu almam - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
g) telefona bakmak -- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
h) faturalandırma işlemi-- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
i) hasta dosyası düzenlemek - her zaman / sıklıkla / bazen/nadiren.  
e) diğer.....

**24. Temizlik görevlisinin yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a) sterilizasyona gönderilecek aletleri temizlemek - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b) hasta yatağını yapmak, takımlarını değiştirmek -her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c) hastanın kusmuğu, kanamasını, amniyon sıvısını temizlemek -her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) hasta odasının çevre düzenlemesini yapmak- her zaman / sıklıkla / bazen nadiren  
e) diğer

**25. Diyetisyenin yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a) post-op dönemde hasta diyetini ayarlamak-her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b) diyabeti veya hipertansiyonu olan hastanın diyetini ayarlamak – her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c) diğer

**26. Hasta bakıcının yapması gereken şu işi yapıyorum:**

- a) hastanın sedye ile taşınması- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b) spanç yapmak- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) diğer.....

**27. Kendi görev tanımınıza girmediği halde ve amirinizce görevlendirilmemiş olmanıza rağmen diğer sağlık çalışanlarının yapması gereken işleri neden yapıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- a) hastaların zarar görmesini, hizmetin aksamasını engellemek için- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b) yöneticim kızmasın diye- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c) problemi bir an önce çözmek - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) diğer:

**28. Kendi görev tanımınıza girmediği halde ve amirinizce görevlendirilmemiş olmanıza rağmen, hastanın maddi durumu ve sağlık güvencesi gereksinimi olan sağlık hizmetini karşılamadığında (ilaç, tıbbi malzeme, bakım malzemesi vs.),**

**hastanın bu ihtiyaçlarını karşılamak için kişisel olarak çaba gösteriyor musunuz?**

- a)hiçbir zaman    b)nadiren    c)bazen    d)sık sık    e)her zaman

**29. (Kişisel çaba gösteriyorsanız) Ne tür bir çaba göstererek hastanın gereksinimlerini karşılamaya çalışıyorsunuz? (birden fazla seçenek isaretlenebilir)**

- a)gerekli malzemeleri ya da ilaçları bedelini cebimden ödeyerek temin ediyorum  
her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b) sağlık çalışanları olarak aramızda para topluyoruz- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c)ilaç şirketleri ve malzeme şirketlerinin temsilcilerinden rica ediyorum- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) hastanenin başka bölümlerinden alıyorum- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
e) hastane eczanesinden borç olarak istiyorum - her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
f) başka hastalar üzerine ilaçlarını yazdırmaya çalışıyorum- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
g)başka hastaların sarf malzemelerinden idare ediyoruz- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
e)diğer .....

**30. Kendi yükümlülüğünüz olmadığı halde, hastanın sağlık hizmeti gereksinimlerini neden tamamlamaya çaba gösteriyorsunuz? (birden fazla seçenek isaretlenebilir)**

- a)hastanın yararı için- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b)vicdanım elvermediği için- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c)sağlık hakkı gereğince güvencesi olmasa da her hastanın gereksinimi olan hizmeti alması gerektiğini düşündüğüm için- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d) diğer: .....

**31. Sizce bu etik sorunların oluşmasının engellenmesi ve sorunların çözümü için nasıl bir yol izlenmelidir?**

- a)rehber olacak etik kurallar olmalı- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
b)hastane etik kurulları kliniklerde işlevsel olmalı- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
c)sağlık ekibin tümüne bu konuda hizmet içi eğitimleri verilmeli- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
d)hastane kurallarının uygulanması daha sıkı denetlenmeli- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
g)hastane kuralları ve yaptırımları hastanede hekimler için de olmalı- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
e)mesleki görev ve yetkilerin sınırları daha kesin çizgilerle tekrar belirlenmesi- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
f)etik ihlal yapıldığında yaptırımların ağır cezaların olması- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren

h)personel sayısını artırmak- her zaman / sıklıkla / bazen / nadiren  
e)diğer.....

Eklemek istedikleriniz:





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/televi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.  
1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum
14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.  
1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum
15. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.  
1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum
16. Çoğu kez iyi bakım/televinin 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 hemşire/hekimlerin 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 bakım/televinin 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 hazır olmam gerekir.

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

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

1 2 3 4 5 6 7  
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

## Moral Sensitivity Questionnaire – MSQ

	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem , standart işlem/prosedürlere güvenirim.
15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
16	Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım
21	.Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı / tedaviyi ret ettiğimde izleyeceğim bir takım kurallarımın 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.
<i>Otonomi</i>	
2	Hastalarımın bir iyileşme göremezsem , işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.
5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
<i>Yarar Sağlama</i>	
1	Hemşire/hekim olarak sorumluluğum , hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda , hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
29	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
30	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
<i>Bütüncü Yaklaşım</i>	
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.
<i>Çatışma</i>	
4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
<i>Uygulama</i>	
7	İyi bir bakımın , hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
13	Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım .
19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım .

22	İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım .
Oryantasyon	
3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım
26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.
Sınıflandırılmayan Maddeler	

A toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncü Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon ) oluşan likert tipte bir ölçüm aracıdır. Alt boyutlarda yer almayan 3. 23. ve 26. maddeler Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almamıştır.

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

#### ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı\*

Alt Boyutlar	Minimum	Maximum
<b>Otonomi</b>	7	49
<b>Yarar Sağlama</b>	4	28
<b>Bütüncü Yaklaşım</b>	5	35
<b>Çatışma</b>	3	21
<b>Uygulama</b>	4	28
<b>Oryantasyon</b>	4	28
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>210</b>

\* Düşük puan yüksek etik duyarlılığı, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret eder.

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo: 1. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı.....	55
Tablo: 2. Zamanlama.....	56
Tablo: 3. Katılımcıların Çalışma Durumları.....	58
Tablo: 4. Katılımcıların Mesleklerine İlişkin Düşünce ve Duyguları.....	59
Tablo: 5. Katılımcıların Görev ve Sorumluluklarını Bilme Durumu .....	60
Tablo: 6. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Görev İhmal Olduğunda Tamamlama Tutumları.....	61
Tablo: 7. Sağlık Ekibi İçerisinde Ebelerin ve Hemşirelerin Kendi Görev ve Yetkileri Dışındaki Tamamlama Tutumları .....	62
Tablo: 8. Hemşire Ve Ebelerin Başka Meslek Üyelerinin İhmal Ettikleri Görevleri Üstlenme Nedenleri.....	63
Tablo: 9. Hastanın Ödeme Gücü ya da Güvencesi Sağlık Hizmetini Karşılamadığında Bu İhtiyaçları Karşılama İçin Kişisel Olarak Çaba Gösterme Tutumları.....	64
Tablo: 10. Hastanın Ödeme Gücü ya da Güvencesi Sağlık Hizmetini Karşılamadığında Bu İhtiyaçlarını Karşılama İçin Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Çaba Gösterme Nedenleri .....	66
Tablo: 11. Etik Sorunlarının Oluşmaması İçin Çözüm Önerileri.....	66
Tablo: 12. ADA Toplam Puanı ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo: 13. Demografik Özellikler ile Görev Tamamlama Tutumlarının Karşılaştırılması..	67
Tablo: 14. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Kişisel Çabanın Karşılaştırılması....	68
Tablo: 15. Katılımcıların Kişisel Çaba Nedeni ile ADA'dan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	69
Tablo:16. Katılımcıların Görev İhmal Nedeni ile ADA Alt Boyutundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	70
Tablo:17. Katılımcıların Aldıkları HİE Türü İle Tamamlama Tutumları Arasındaki İlişki.....	71
Tablo: 18. Katılımcıların Aldıkları HİE Türü ile Tamamlama Nedenleri Arasındaki İlişki.....	72

## ETİK KURULU ONAY FORMU

T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
Görüle Yerleşkesi, 16059 Nilüfer/ BURSA

## ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşire ve ebelerin sağlık hizmetlerindeki eksiklikleri kişisel olarak giderme tutumunun etik açıdan değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Öğr.Gör.Nevin Ultualp
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Doç.Dr.Murat Civaner
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	2 yıl
	KATILAÇAK GÖNÜLLÜ SAYISI	330
	DESTEKLEYİCİ	UU BAP
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	Anket çalışması / Uzmanlık tez çalışması	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	02.12.2011	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	02.12.2011	Türkçe
	ANKET FORMU		Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	02.12.2011	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2011-2/22	Tarih : 06 Aralık 2011
	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Nevin Utualp'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; 1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna. 2- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine. 3- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.	







ÇALIŞMA ESAS	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
Başkanın Unvanı/Adı Soyadı	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Necdet KARLI Raporör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Mehtap BULUT Üye	Acil Tıp	Bursa Şevket Yılmaz EAH Acil Tıp Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Murat CİVANER Üye	Deontoloji	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Çalışmada bulunduğu için çalışma hakkında görüş bildirmemiştir



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
Görükle Yerleşkesi, 16059 Nilüfer/ BURSA

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	İzinli
Yrd.Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	İzinli
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr.Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAF- Biyokimya	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Zeynep Gözde TUNCER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbet Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma



**Uludağ Üniversitesi'nde verilen hizmet içi eğitim materyali****TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ****HEMŞİRELER İÇİN ETİK İLKE VE SORUMLULUKLAR****ETİK İLKELER**

Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken; zarar vermeme-yararlılık, özerklik/ bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik etik ilkelerine uymaları gerekir.

**C. Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi**

8. Hemşire insan hayatının, korunması gereken en yüce değer olduğunun ve bu değerden hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilinci ile çalışır.
9. Hemşire bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önlemeye çalışır.
10. Hemşire, uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup, bu risklerin en aza indirilmesini sağlamaya çalışır.
11. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve/veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde bulunur.
12. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin güvenliğini sağlamaktan, güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılmaktan ve uygulamaktan sorumludur.
13. Hemşire hizmet verdiği bireylere, gereksinimleri doğrultusunda, bilim ve teknolojinin olanaklarından da yararlanarak güvenli hemşirelik bakımını bütüncül bir yaklaşımla verir.
14. Hemşire, işkenceye, zalimce yapılan insanlık dışı davranışlara ya da aşağılayıcı hiçbir işleme katılmaz ve onaylamaz.

**D. Özerklik/ Bireye Saygı İlkesi**

10. Hemşire, insan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan özerkliğe saygının insan haklarının temel dayanağı olduğunun bilincindedir.

11. Hemşire, bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunar.
12. Hemşire, hizmet verdiği bireylerin bakım konusunda doğru, yeterli ve anlayabileceği bir biçimde bilgilendirmelerini sağlar.
13. Hemşire, hastanın kendisi dışında, bilgilendirilmesini istediği başka kişileri belirlemesine saygı gösterir.
14. Hemşire bireyin herhangi bir yanılma ve baskı altında kalmaksızın bakımı konusunda karar verme ve seçme hakkına saygı gösterir ve bu konuda gerektiğinde bireyi savunma rolünü üstlenir.
15. Hemşire, bireyin bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterir.
16. Hemşire hizmet verdiği bireylerin bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır.
17. Hemşire karar verme yeterliliğine sahip olmayan bireylerde bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde bireyin yasal temsilcisinin sözlü ve/veya yazılı rızasını alır.
18. Hemşire acil durumlarda bireyin yaşamını korumak üzere gerekli hemşirelik bakımını rıza almaksızın uygular.

#### **E. Adalet ve Eşitlik İlkesi**

4. Hemşire tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasında ırk, dil, din, yaş, cinsiyet, inanç, sosyal ve ekonomik durum ve siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin hizmet verir.
5. Hemşire hizmet sunarken kişisel çıkar gözetmez ve herhangi bir kişi ya da kuruluşla mesleki değerleri ile çatışabilecek çıkar ilişkisine girmez.
6. Hemşire hizmet verirken, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlar.

#### **F. Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi**

6. Hemşire hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılarından mahremiyetinin korunmasını sağlar.
7. Hemşire hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesi ile ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit

eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmaz.

8. Hemşire hizmet verdiği bireylerle ilgili kayıtların gizliliğine özen gösterir ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemleri alır.
9. Hemşire bildirim zorunlu olan durumlarda, bildirim nedeniyle oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemleri alır.
10. Hemşire bakım verdiği bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında ön bilgi verir.

## **SORUMLULUKLAR**

Hemşire hizmet verdiği birey, aile ve topluma, mesleğine, meslek örgütüne ve sağlık ekibine karşı sorumlu olduğunun bilincindedir.

### **Hemşirenin Hizmet Verdiği Birey, Aile ve Topluma Karşı Sorumlulukları**

9. Hemşirenin temel sorumluluğu, hemşirelik bakım gereksinimi olan birey, aile ve topluma yöneliktir.
10. Hemşire birey, aile ve toplumun sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesi konularında sorumluluk üstlenir. Bu amaçla sağlık eğitim programları düzenler, düzenlenen programlara katılır.
11. Hemşire toplumda çocuk, yaşlı, hasta, bakıma muhtaç bireyler gibi incinebilir grupların korunması ve sağlıkla ilgili gereksinimlerinin karşılanmasında sorumluluk üstlenir.
12. Hemşire birey, aile ve topluma karşı dürüst davranır, sözünü tutar ve güvenilirliğini sürdürür.
13. Hemşire hizmet verdiği bireylerin haklarını savunacak yeterliliğe gelmelerini sağlamak üzere onları destekler.
14. Hemşire sağlıkla ilgili yasa ve politikaların oluşturulmasına doğrudan/ dolaylı olarak katılma sorumluluğunu üstlenir.
15. Hemşire hizmet verirken yaptığı uygulamalarda bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin insanların hakları, onuru ve güvenliği ile uyumlu olmasına ve vereceği zararların önlenmesine özen gösterir.

16. Hemşire doğal çevrenin kirlenme, yıkım ve tahribattan korunmasına yönelik sorumluluk üstlenir.

### **Hemşirenin Mesleki Sorumlulukları**

11. Hemşire mesleki uygulamalarının sorumluluğunu üstlenir.

12. Hemşire, mesleki uygulama standartlarının geliştirilmesine katkıda bulunur ve bu standartlara göre hizmet verir.

13. Hemşire araştırmalara ve kanıta dayalı mesleki bilgi birikiminin geliştirilmesinde sorumluluk üstlenir.

14. Hemşire, nitelikli bakım sağlamak için mesleki yeterliliğini sürdürmek ve yükseltmekle sorumludur.

15. Hemşire, mesleğin saygınlığını koruyan ve geliştiren davranışlarını her zaman sürdürür.

16. Hemşire, mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşma sorumluluğunu üstlenir.

17. Hemşire, mesleki örgütlenmenin güçlenmesi konusunda sorumluluk üstlenir.

18. Hemşire, meslektaşları ile onların gelişimlerini destekleyici ve ait olma duygusunu güçlendirici nitelikte profesyonel ilişkiler kurar.

19. Hemşire, tüm sağlık meslek üyeleri ile yapıcı, etkin ve sürekli işbirliği içinde çalışır.

20. Hemşire, hemşirelik öğrencilerine uygun öğrenme ortamlarının hazırlanması ve öğrencilerin desteklenmesinde sorumluluk üstlenir.

**Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi'nde verilen hizmet içi eğitim materyali**

HEMŞİRELİK İLE İLGİLİ TEMEL YASAL DÜZENLEMELER

Giriş

Bu derste, mevzuat ve sağlık hukukuna ilişkin temel esasların anlatıldığı derslerden sonra hemşireliğin temel düzenlemeleri Hemşirelik Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve Hemşirelik Yönetmeliği incelenecektir.

Sağlık eğitiminde mevzuatın yeterince yer bulmaması ve hukuki düzenlemelerin genellikle meslek ile ilişkisiz ve sıkıcı konular olarak algılanması sonucu sağlık çalışanlarının mevzuat konusundaki bilgi düzeyleri mesleki bilgi düzeylerinin gerisinde kalmaktadır. Pek çok sağlık çalışanı mevzuat hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı kaygısını taşısa da hukuki düzenlemeleri öğrenme konusunda pek çaba harcamamaktadır. Hemşirelerin mesleklerini ifa ederken hukuki sorunlarla karşılaşmamaları için hemşire - hasta, hemşire - doktor ve diğer sağlık personeli, hemşire - hasta yakını veya sağlam birey arasındaki ilişkileri düzenleyen sağlık mevzuatını bilmeleri yararlı olacaktır. Yasaları bilmeden yapılan bazı girişimler hemşireyi yasalar önünde suçlu duruma düşürebilir.

Mesleki mevzuat hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan hemşireler, düzenlemeler ile kendilerine tanınan hakları bilmediklerinden, mesleki yaşamda karşılaştıkları haksız uygulamalar karşısında sessiz kalmaktadırlar. Mevzuat hakkında bilgi sahibi olmak, haklarını korumak kadar mesleki sorumlulukları ve yetki sınırlarını bilmek açısından da önemlidir.

HEMŞİRELİK KANUNU -1954 tarih, 6283 sayılı (değişik 2007 tarih, 5634 sayılı)

Hemşireler, etkin şekilde yararlanıldığında sağlıkta önemli değişim ve dönüşümü yapabilecek güç ve potansiyele sahip insan gücüdür. Hemşirelerin, bireyin bulunduğu her ortamda sağlığı geliştirmek ve korumak ile hastalandığında iyileştirilmesine yönelik hizmetlerde uygulayıcı, eğitici, yönetici ve araştırmacı rolde sorumlulukları vardır.

Hemşirelerin statüsü, eğitimi, görev yetki ve sorumlulukları ile ilgili hükümler içeren Hemşirelik Kanunu 1954 tarihli 6283 sayılı Resmi gazetede yayımlanmıştır. O günün

koşullarına göre hazırlanan Hemşirelik Kanunu, günümüz hemşiresinin yerine getirdiği görev, yetki ve sorumlulukları karşılamıyordu.

Günün gereksinimlerine göre yeniden düzenlenmesi gereken kanun uzun uğraşlar sonrası nihayet, 25 Nisan 2007 tarihinde Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile değiştirilmiştir. Değişiklik yapılan hemşirelik kanunu eksiklerine rağmen hemşirelik adına önemli kazanımlar sağlamıştır.

Değişiklik öncesi Hemşirelik Kanunu'nun birinci maddesinde hemşire olabilme koşulları, ortaokul mezunu olmak, 25 yaşından gün almamış olmak, kadın olmak ve 3 yıllık öğrenim görmek şeklinde belirlenmişti.

2007 yılında Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklik ile hemşire unvanının lisans düzeyinde eğitimle kazanılabileceği belirtilmektedir. (Ancak geçici madde ile üniversitelerin kontenjan açığını kapatıncaya kadar sağlık meslek liselerine beş yıl süre ile öğrenci alma kararı kabul edildi.)

25 yaşından gün almamış olmak olarak düzenlenen yaş sınırı ve cinsiyet ayrımı ortadan kaldırıldı. Aynı zamanda hemşireliğe eşdeğer eğitim alan sağlık memurluğu programları da hemşirelik programları ile birleştirilerek mezunlara hemşire unvanı ile alanda çalışma olanağı sağlandı.

Görev yetki ve sorumluluklar ile ilgili maddede yapılan değişiklik ile hemşireler, her ortamda birey, aile ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlık bakım gereksinimlerini karşılamaktan sorumlu tutuldu, hemşirelik tanısı yasada yerini aldı. Bu madde ile hemşirelere sağlık bakım sisteminde kendi bilimsel bilgisine dayalı kararlarını uygulama yetkisi verildi.

Değişen kanun maddelerinden diğeri lisansüstü programlardan mezun olan hemşirelerin uzman hemşire unvanı ile alanda çalışabileceklerine ilişkin madde ve özellik arz eden birimlerde çalışan hemşirelere yetki belgesi verilmesi ile ilgilidir.

Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklik ile hemşirelikte uzmanlaşmanın önü açıldı, uzman hemşire tanımı yapıldı. Bundan önce lisansüstü eğitim gören hemşireler sağlık bakanlığı tarafından tanınmıyor, bir ayrıcalık sağlanmıyor, hemşireler her zaman uzmanlaştıkları alanda çalıştırılmıyorlardı. Bu değişiklik ile hemşirelikte uzmanlaşma tanındı, hemşirelik ile ilgili bir alanda lisansüstü eğitim gören hemşirelere o alanda çalışma

önceliği tanındı. Uzmanlıkları tescil edildi. Bir diğer önemli gelişme, kanunun 8. maddesinde “hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar denilmekte ve yetkilendirme eğitimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelik ile düzenleneceği belirtilmektedir.

Mesleğe ilişkin bilgi ve uygulamaların tamamını, “temel hemşirelik eğitimi programları” ile kazandırmak mümkün değildir. Bununla birlikte temel meslek eğitimi sırasında öğretilenler, zaman içinde unutulabilmekte ve/veya geçerliliğini kaybetmekte, toplumun sağlık gereksinimleri sürekli değişmektedir. Bu nedenle temel eğitimde alınan bilgiler özel alanların ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmektedir. Bu madde ile mezuniyet sonrası özel alanlarda sertifika programlarının önü açılmaktadır.

Hemşirelik Kanunu’nda yer alan bir başka konu başhemşirelik görevi ile ilgilidir. Kanunda değişiklik yapılmadan önce başhemşire olmada yüksekokul mezunu hemşirelere rüçhan hak tanınırken, yapılan değişiklik ile lisans ve lisansüstü mezunlarının öncelikli hakkı olduğu belirtilmektedir.

Hemşirelik Kanununda hemşirelerin serbest çalışmaları ile ilgili madde aynen kalırken, geçici madde ile de mevcut çalışanların kazanılmış haklarının korunmasına değinilmektedir. Diğer geçici madde hemşirelik uygulamalarında en az üç yıldır görev yapan ebelik mezunlarına istemeleri halinde hemşirelik görevini yapmaya devam etme hakkı tanınmıştır.

#### YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

13.01.1983 tarih ve 17927sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmeliğin amacı, “yataklı tedavi kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır” şeklinde tanımlanmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarında görevli tüm sağlık ekibi üyelerinin görev yetki ve sorumluluklarına yer verilen yönetmelikte, 129-132. maddeler hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları ile ilgilidir. 8 Mart 2010’a kadar hemşireler ile ilgili olan tek yönetmelik Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği günümüz hemşiresinin görev yetki ve sorumluluklarını tanımlamıyor, eksiklikler içeriyordu.

Yönetmeliğin hemşirelerin görev ve yetkilerini belirleyen kısmına bakıldığında değişiklik yapılmamış Hemşirelik Kanunu'na göre hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları nispeten kapsamlı olarak belirtilmekle birlikte, yönetmeliğin sınırlılıkları, eksiklikleri ve değişik yorumlara açık yönleri olduğu görülmektedir.

Yönetmelikte başhemşire, başhemşire yardımcısı, servis sorumlu hemşiresi ve servis hemşiresine yer verilmiş; hemşireler, daha çok servis rutinlerini yerine getiren, koordine eden, denetleyen yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmıştır. Hastane ve hizmet geneline yayılan hemşirelik dışı işlevlerden sorumlu tutulma, günümüzde hemşirelerin yakındıkları konuların başında gelmektedir. Hemşireler, sağlık hizmetlerinde rol ve işlevlerinin mesleki amaçlara uygun hale getirilmesini, katkılarının görünür kılınmasını istemektedirler. Bugün artık hemşireliğin sağlam ya da hasta bireylerin bakımında önemli rol üstlendikleri kanıtlanmıştır.

Mevcut yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde hemşirelik ile ilgili doğrudan ve dolaylı olarak ilgili yerlerin, değiştirilen Hemşirelik Kanunu hükümleri çerçevesinde yeniden ele alınması zorunluydu. Bu kapsamda 8 Mart 2010'da Hemşirelik Yönetmeliği çıkarıldı.

#### HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ - 8 Mart 2010 tarih, 27515 sayılı

Hemşirelik Kanunu'nun dördüncü maddesine dayanılarak hazırlanan, Hemşirelik Yönetmeliği'nin amacı, sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda görev yapan hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemektir ve kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda görev yapan hemşireleri kapsar. Bu yönetmelik ile bakım verme (kanıta dayandırarak), araştırma yapma, eğitim yapma, kendi hizmetini özerk bir anlayış ile yönetme olmak üzere hemşireliğin dört temel işlevi kabul edilmiştir.

Hemşireliğin, diğer sağlık disiplinlerinden farklı olarak, kendine özgü bir yasaya sahip olma ayrıcalığını, kendine özgü bir yönetmeliğe sahip olmakla güçlendirmiştir. Ülkemizde halen yürürlükte olan çok sayıda yönetmelik, yönerge ve genelge gibi yasal düzenlemelerde hemşireler, meslek amaçları ile örtüşmeyen farklı özellikte işlevlerden sorumlu tutulmaktadır. Bundan böyle hemşirelerin görev alanları ve işleri, "Hemşirelik



Yönetmeği” hükümleri doğrultusunda yapılmalı ve hemşireleri akla gelen her işten sorumlu tutan anlayış yok edilmelidir.

Hemşirelerin en geniş anlamda iş tanımları, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda çalışan hemşireleri kapsayan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde yer almaktaydı. Yeni yönetmelik ile bu kapsam, “kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşları ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda görev yapan hemşireleri kapsar” şeklinde genişletildi. Bu yönetmelik ile tanımlar bölümünde, hemşirelikle ilgili önceki düzenlemelerde hiç sözü edilmeyen “hemşirelik tanılama süreci” kavramına yer verilerek, hemşirelerin doğrudan meslek alanı içinde yer alan, bireyin mevcut ve olası sağlık sorunlarına en uygun hemşirelik bakımını verme sorumluluğuna açıkça vurgu yapıldı. Yönetmelikte uzman hemşire tanımı ile birlikte yetki belgesi kavramına yer verildi; sıklıkla karıştırılan, hemşirelikte akademik uzmanlaşma ile özel alanlara ilişkin sertifikalı eğitim programı arasındaki fark anlaşır duruma getirildi. Uzman hemşirenin tanımında “mesleği ile ilgili lisansüstü eğitimin” uzmanlaşma kabul edildiği belirtildi.

Yönetmeliğin ikinci bölümünde, hemşirelik hizmetlerinin içeriği açılarak, hemşirelik hizmetlerinin kapsamı, hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları ve hemşirelerin “bakım verme” ve “tedavi planına katılma” rolleri yanı sıra, “güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma”, “eğitim”, “danışmanlık”, “araştırma”, “yönetim”, “kalite geliştirme”, “işbirliği yapma”, “iletişimi sağlama” gibi rollerine değinilmektedir. Aynı bölümde hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının açıklandığı maddede, söz konusu roller daha ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

Yönetmelikte hekimin tedavi kararını uygulayacak olan hemşirenin, verilen kararın hasta üzerinde beklenen ve beklenmeyen etkileri ve sonuçları konusunda, bilgiye dayalı bir görüşe sahip olması ve bu yönde düşüncelerini hekimle paylaşması istenmektedir. Yönetmelikte ilgili madde “tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular” şeklinde yer almaktadır. Bu madde ile yönetmelik hemşireye yaptığı uygulamayı sorgulama sorumluluğu vermektedir.

Yönetmeliğin üçüncü bölümünde uzman hemşirenin kim olduğu, görev yetki ve sorumlulukları ve yetki belgesine sahip hemşirelerden söz edilirken, dördüncü bölümünde

başhemşire, gözetmen hemşire ve servis sorumlu hemşiresinin niteliklerinden, görev yetki ve sorumluluklarından söz edilmiştir.

Yönetmelikte, başhemşire olmak için, “en az lisans mezunu olmak” şeklinde tek bir kriter tanımlanırken, sorumlu hemşire için “..öncelikle ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir...” şeklinde kriterler belirtilmiştir. Başhemşireler, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminden en üst düzeyde sorumlu kişilerdir. Hemşirelikle ilgili insan kaynakları ve maddi kaynakların, kurumun amaçlarına uygun ve etkin bir şekilde yönetilmesinden sorumludurlar. Başhemşirenin görevleri arasında tanımlanan hemşirelik hizmetleri bütçesinin hazırlanması ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin stratejik planlama gibi işlevler yönetim alanında özel eğitimi ve uzmanlaşmayı gerektiren nitelikte işlevlerdir. Yönetmelikte sorumlu hemşire için belirlenen kriterler başhemşireler için öngörülmemiştir. Yönetmelikle gelen bir diğer değişiklik, başhemşire yardımcılığı statüsünün kaldırılması ve “gözetmen hemşire” statüsüne yer verilmesidir.

Hemşirelik yönetmeliğinde, hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamaları dışında eğitim, araştırma rolleri ile birlikte sağlık politikaları ve mevzuat çerçevesinde kararlara katılma şeklinde, önceki düzenlemelerde yer almayan önemli işlevleri belirtilmiştir.

Yönetmelikte temel hemşirelik alanlara ilişkin görev tanımları yer almaktadır. Hemşirelik yönetmeliğini daha anlaşılır kılacak ve uygulamaya dönüştürecek diğer bir düzenleme hemşirelik rehberleri ve hemşirelik girişimleri listeleridir. Yönetmelikte yer verilemeyen uzmanlık alanları ve özel alanlara ilişkin iş tanımları rehberlerde, girişimsel uygulamalar ise hemşirelik girişimleri listesinde ayrıntılı olarak yer alacaktır. Sonuç olarak, hemşireliği geleneksel anlayıştan uzak çağdaş ve profesyonel kimlikte rolleri ile tanımlayan hemşirelik yönetmeliği yaptığı işi, söylediği sözü kanıta dayandıran, hemşirelik tanısını koyan; geçerli, güvenilir yöntemlerle araştırma yapabilen insan gücü istiyor. Yeni yönetmelik, doğru, isabetli sorular sorabilen, bir şeye evet diyorsa niçin evet dediğini, ya da niçin hayır dediğini sağlam gerekçelere dayandırabilen hemşire istiyor. Gerçek anlamda profesyonel bir meslek olmanın koşullarına uyum sağlamalıyız.

Özetle, Hemşirelik Kanununda kısaca beş temel değişiklik yapıldı; hemşirelik eğitimi liseye temellendirildi, bundan sonra (geçici madde hariç) hemşire olabilmek için lisans mezunu olmak yasal olarak zorunlu hale getirildi, yaş sınırı kaldırıldı, cinsiyet ayrımı

ortadan kaldırıldı (erkelere de hemşire unvanı verildi), hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları genişletildi, hemşirelikte uzmanlaşma tanındı.

Yataklı Tedavi Kurumları İşleme Yönetmeliği'nin hemşirelik açısından sınırlılıkları, eksiklikleri ve değişik yorumlara açık yönleri olduğu; yönetmelikte başhemşire, başhemşire yardımcısı, servis sorumlu hemşiresi ve servis hemşiresinin görev yetki ve sorumluluklarına yer verildiği, ancak çağdaş hemşirenin görevlerinden çok servis rutinlerini yerine getiren, koordine eden, denetleyen yardımcı sağlık personeli olarak tanımlandığı görüldü.

Hemşirelik Kanunu kapsamında hazırlanan Hemşirelik Yönetmeliği ise, temel hemşirelik alanlarına ilişkin görev tanımlarına yer vermekte ve hemşireliği geleneksel anlayıştan uzak çağdaş ve profesyonel kimlikte rolleri ile tanımlamaktadır.

## 8. KAYNAKLAR

1. AYTEKİN T. Hasta hakları ve hemşirelik, I. Uluslar Arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, sayfa 129-131, 2000.
2. ORGUN F, KHORSHID L. Bryd'in hemşireler için duyarlılık test'in güvenilirlik ve geçerliliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25 (2) : 25-42, 2009.
3. DİNÇ L. Hemşirelikte etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, 40:113-119, 2009.
4. TEREKYE G, OCAKÇI RA. Etik konulardan seçmeler, 1. baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, sayfa47-53, 2013.
5. TOSUN H. Sağlık uygulamalarında etik ve değerler. Editör: Ay AF. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa 65-75, 2011.
6. YILDIRIM G, KADIOĞLU S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2): 7-12, 2007.
7. ERDEMİR AD. Tıpta etik ve deontoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa 68-85, 2011.
8. ALTUN İ. Etik ve değerler. Editörler: AŞTI T, OCAKÇI FA. Hemşirelik esasları, Akademi basın ve Yayıncılık, İstanbul, sayfa 80-122, 2012.
9. ELÇİOĞLU Ö, KIRIMLIOĞLU N. Tıp etiği ilkeleri. Editör: ERDEMİR DA, ÖNCEL Ö, AKSOY Ş. Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, sayfa 26-40, 2003.
10. POTTER PA, PERRY AG. Professional nursing roles. Fundamentals of Nursing. 5ty Ed. Chapter 19, Mosby, USA, 2001.
11. ARABACI BL,KORHAN AE,BOZKURT S,GÜNDÜZOĞLU ÇN,YÖNT HG. Hemşirelerin etik yönelimleri. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi,3: 22-27, 2013
12. ELÇİGİL A.ve ark.Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi.Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 22011;
13. TOSUN H. Sağlık bakım uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin deneyimlerinin belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.
14. ARDA B. Tıp etiği açısından insan hakları. Editörler: ERDEMİR DA,ÖNCEL Ö,AKSOY Ş. Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, sayfa 41-53, 2003
15. ÇOBANOĞLU N. Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam. Sağlık Hukuku Digestası . Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2009.
16. ÖNCEL S. 2001 yılı ebelik teması: bütün kadınlar uygun sağlık bakımı almada eşittir . C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1):21-28, 2002.
17. T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ. Sağlık Hizmetleri Yönetimi Referans Notları. 2010.
18. YILDIRIM A. Meslek ahlakı ve organizasyonlarda etik yönetim. Hastane Dergisi, 59:sayfa 20-30,2010.
19. OĞUZ Y. Klinik etik eğitimi. Editörler: DEMİRHAN EA, OĞUZ Y, ELÇİOĞLU Ö,DOĞAN H. Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa149-162, 2001
20. YILDIRIM A. Hemşirelik haftası ve hemşireliğe ilişkin düşünceler. Hastane Dergisi,52:32-34, 2008
21. CHITTY KK . The professionalization of nursing. Professional Nursing: Concepts& Challenges. 4th Ed. USA: Elsevier Saunders, Chapter 6, 2005.
22. VARJUS SL, SUOMINEN T, LEINO-KILPI H. Autonomy among intensive care nurses in Finland. Intensive and Critical Care Nursing,19:31-40, 2003.
23. ŞENTÜRK S. Hemşirelik tarihi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa.105-150, 2011.

24. VELİOĞLU P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar, 2.'ci Baskı, Bölüm 3, Akademi Yayınevi, İstanbul, sayfa 129-143, 2012.
25. TDK (Türk Dil Kurumu) (Bakım. Türkçe Sözlük, Nisan 2012.
26. BİROL L. Hemşirelik süreci/ Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. Bölüm 1, 9. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2009.
27. TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ (THD) YAYINLARI. Hemşireler için etik ilke sorumluluklar, 2009
28. AY AF. Mesleki Temel Kavramlar, Temel Hemşirelik. İstanbul Medikal Yayıncılık. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, 1.Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, Elma Basım, İstanbul, 2008
29. BAYKARA GZ. Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2010.
30. ERDEMİR F, ALGIER L,KADIOĞLU S, ABASOĞLU A, BURKAŞ U. Hemşirelikte etik programına katılan hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilem örneklerinin çözümlenmesi. II.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, sayfa 317-323, 2001.
31. YILDIRIM A. Sağlık hizmetleri sunumunda ara insan gücü gereksinimi var mı? Hastane Dergisi,74:sayfa 50-54, 2012.
32. TAŞOCAK G. Hemşirelik eğitiminin felsefi temelleri, V.Ulusal I.Uluslararası Hemşirelik Eğitimi Sempozyum Kitabı, 2001.
33. YILDIRIM A. Hemşirelik hizmetleri yasal güvence altında mı?. Hastane Dergisi,70 (1): 23-29, 2011.
34. YILDIRIM A. Sağlık politikaları sağlık mesleklerinin rollerini nasıl etkiler?. Hastane Yönetimi, 64: 45-50, 2010.
35. HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ. Resmî Gazete Tarihi, sayı : 2751508, Mart 2010.
36. YILDIRIM A.Sağlık Sistemi ve Yönetim İlkeleri Işığında Hemşirelik.Hedef Yayıncılık.Ankara.2014.
37. TOPÇU İ, TOKAÇ M. Tıbbi Deontoloji . Editör.SUR H. Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013.
38. KOCAMAN G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 61-6, 2003.
39. DAŞDİBİ BEYDİLLİ E. Ebeliğin Dünü ve Bugünü. Alter Yayıncılık, 2000.
40. CEYLAN Y. Bir uygarlık serüveni: doğum ve doğum yardımının tarihi. Aktif Matbaacılık, İstanbul, sayfa10-112, 2000.
41. DİRİCAN R. Ebe hemşire ve gebe el kitabı, 2.Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1984.
42. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1135 sayılı yazı, 29.01.2001.
43. ERGİN BA. Ebelikte etik değerler ve bu değerlerin uluslararası etik değerlerle ilişkilendirilmesi. 1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik Kongresi Kitapçığı, Safranbolu, sayfa31-33, 2011.
44. ÖZCAN M. Ulusal ebelik etik kodları projesi ön sonuçları.1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik Kongresi Kitapçığı, Safranbolu, sayfa25-30, 2011.
45. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ. Bakanlar Kurulu Kararı: Tarih: 10.09.1982 No: 8/5819,Yayımlandığı Resmi Gazete,sayı: 17927, 13.01.1983.
46. YILDIRIM A. Organizasyonlarda etik yönetim. VKV Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 20: sayfa 23-30, 2010.

47. ERSOY N. Hemşireliğe etik yaklaşımlar. Hemşirelik ve etik. Hemşirelik Forumu, 1(2): sayfa 18-24, 1998.
48. ŞENDİR M. Hemşirelik felsefesi. Editörler: AŞTI N, KARADAĞ A. Hemşirelik esasları. Basın ve Yayıncılık, İstanbul, sayfa 90-102, 2012.
49. BURKHADRT AM, NATHANİEL K. Çağdaş hemşirelikte etik. Çeviren Editörler: ALPAR E Ş, BAHÇECİK N, KARABACAK Ü. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013
50. NAHCİVAN N.Sağlık bakım sistemi. Editörler: AŞTI N, KARADAĞ A. Hemşirelik esasları. Basın ve Yayıncılık, İstanbul, sayfa 38-53, 2012.
51. DİNÇ L. The concept of caring and its' moral component. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(2) : 74-82, 2010.
52. KUÇURADI İ. Etik ve etik kavramlar. TMH – Türkiye Mühendisler Yayınları, 1: 423 – 426,2003.
53. DUYGULU S, KORKMAZ F. Hemşirelerin örgüte bağlılığı, iş doyumları ve işten ayrılma nedenleri . C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2): sayfa 32-36, 2008.
54. HEMŞİRELİK KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN. Resmi Gazete Tarihi: 2/5/2007 5634 Sayılı Sayı:26510.
55. AMERİCAN NURSES ASSOCIATION, Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements, Washington, D. American Nurses Publishing, 2001
56. THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES. ICN Publishing, 2006. ISBN: 92-95040-41-4
57. GILLION R. Caring, men and women ,nurses and doctors and health care ethics. Journal of Medical Ethics, pp. 171-172, 1992.
58. ERSOY N. Ebelikte meslek etiğinin, etik değerlerinin önemi ve gereği. 1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik Kongresi kitapçığı, Safranbolu, sayfa 22-24, 2011
59. THE MIDWIVES ALLIANCE STATEMENT OF VALUES AND ETHICS . Midwives Alliance of North America Publishing, 2012
60. THE CODE OF ETHICS FOR NURSE-MIDWIVES. American College of Nurse-Midwives Publishing, 2014.
61. INTERNATIONAL CODE OF ETHICS FOR MIDWIVES. International Confederation of Midwives (ICM) core document.Prague Meeting.2014.
62. PROFESSIONAL ETHICS IN MIDWIFERY PRACTISE. Jhones and Bartlett Publishers. Canada.2011.
63. DİNÇ L. Hemşirelerin etik problemler karşısındaki yaklaşımlarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1):33-43, 1994.
64. ERDEMİR F, ALGIER L, PINAR G. Hemşirelikte etik programına katılan hemşirelerin karşılaşmış oldukları etik ikilem örneklerinin incelenmesi. 2.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı, sayfa 317-322, 2001.
65. AKSU T, AKYOL A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi.Turkiye Klinikleri J Med Ethics, 19(1):16-24,2011.
66. AGOC Comitte Opinion. Maternal decision making,ethics and the law the American College of Obste-tricians and Gynecologists.Obstet Gynecol, 106:1127-37. 2005.
67. KARAÖZ S.Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algı-larındaki değişimin incelenmesi: hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (2): 10-20, 2002
68. CRAVEN R, HIRNLE C. Ethical and legal concerns. Fundamentals of nursing, Sixth Edition, Chapter 6, Lippincott Williams &Wilkins, Canada, 2009
69. LUTZEN K. Moral sensitivity: some diferences between nurses and phyciins. Nursing Ethics,7(6):520-30, 2000.

70. AĞARTAN T. Sağlıkta Reform Salgını ve Türkiye. Dosya. Türk Tabipler Birliği Yayınları. S.64-71.2010.
71. ÜNAL A, SEREN Ş. Hastanelerde çalışan hemşirelerin hemşirelik dışı birimlerde istihdamı ve nedenlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (1): 23-29. 2010.
72. ÜLKER S. Fiziksel, parasal ve ruhsal sömürü". Cumhuriyet gazetesi. 11 Mayıs. 2009.
73. KORKMAZ F, GÖRGÜLÜ S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşire-liğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1:1-17, 2010.
74. GUNNINGBERG L. Evidence based practice in health care-nursing. 1ST International Clinical Nursing Research Congress Book, İzmir, page 27, 2012.
75. BİLAZER NF, KONCA EG, UĞUR S, UÇAK H, ERDEMİR F, ÇITAK E. 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Türk Hemşireler Derneği Türk Hemşireler Derneği Yayınları, Ankara, 2008.
76. ECKER M. Ethics and values. Fundamentals of Nursing. Editörler: POTTER PA, PERRY AG. The law in nursing, 7 Edition, page 313-325, 2009.
77. KOCAMAN G. Sağlık Politikaları ve Hemşirelik Sağlık İçin Yaşamsal Bir Kaynak. Sağlık politikaları . Ülker S, Kocaman G, Özkan Ö . Türk Hemşireler Derneği Yayınları . 2006.
78. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), 2012.
79. TOKAÇ M. Sağlıkta dönüşümün biyoetik etkilerine içerden bir bakış. VII Biyo etik Kongresi, İstanbul, 2012.
80. SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN. Resmi Gazete. Sayı : 28886. 18 Ocak 2014.
81. DAVAS A. Kamudaki özel. Toplum ve Hekim, 26 ( 2):1-7, 2011
82. KAMU HASTANE BİRLİĞİ KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER. Resmî Gazete: Sayı 28103, 2011.
83. SAĞLIK BAKANLIĞI BAĞLI KURULUŞLARI HİZMET BİRİMLERİNİN GÖREVLERİ İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK. Resmi Gazete, Sayısı: 28226, 07.03.2012.
84. SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU. Kanun No. 5510.31/5/2006
85. HAMZAOĞLU O. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı. İktisat Dergisi, 480: 58-65, 2006.
86. T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI YAYINLARI . Sağlıkta Uygulama Tebliği, 2011.
87. ATAAY F. Sağlık politikaları sağlık reformu ve sağlık hizmetinin değişen niteliği. Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2007.
88. BELEK İ. Sağlıkta dönüşüm halk sağlığına emperyalist saldırı, 1.baskı, Kayhan Matbaacılık, İstanbul, 2012.
89. KİZEK Ö, TÜRKKAN A, PALA K. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin bursa ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi. TAF Preventif Medicine Bulletin, 9(6):613-22, 2010.
90. ETİLER N. Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. Mesleki İş Sağlık ve Güvenlik Dergisi , 42: 2-11, 2011.
91. SEREN HA, YILDIRIM A. Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1):123-131, 2013.

92. T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara, 2006.
93. DİNÇ S. Harran Üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıkta dönüşüm yasasının hemşireliğe yansımaları hakkında bilgi düzeylerinin saptanması . I Hemşirelik Öğrenci Kongre Özet Kitabı, Urfa, 2006.
94. BAHAR Z. Sağlık çalışanlarının sürekli eğitim sorumluluğu nedir? IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitapçığı, Manisa, 2006.
95. KÖRÜKÇÜ Ö. ve ark. Hekim ve hemşirelerin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili düşünceleri ve bilgi düzeyinin saptanması, I. Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Urfa, 2006.
96. GUEVARA EB, MENDİDAS EP. A Comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the americas. Rev. Panam, Salud Publica,12(5): page 347-53, 2002.
97. ATALAY M, DOĞAN S. Mandating university-based nursing education: Turkey's experience. Nurse Education, 25(4): 166-169, 2000.
98. BEYDAĞ KD, ARSLAN H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler.Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3 (7): 75-87, 2008.
99. GÜNGÖR İ, RATHFİSCH G, BEJİ KN. Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve Sorumluluklarının Uluslararası Düzeydeİrdelenmesi.F.N.Hem.Dergisi.21 (1):49-56, 2013
100. LEE KH. Nurse-midwifery education through graduate programs to provide a sufficient number of high quality nurse-midwives. J.Educ Eval Health,3:5-8, 2006.
101. NICHOLS EK,CHITTY KK. Educational patterns in nursing. Professional nursing: concepts&challenges, 4th Edition ,Chapter 2, Elsevier Saunders,USA, 2005.
102. KARADAĞ S,TAŞÇI S. Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler, Hemşirelik Özel Sayısı: 13-21, 2005.
103. AYDIN R, KUTLU Y. Hemşirelerde iş doyum ve kişilerarası çatışma eğilimiyle ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimiyle olan ilişkisini belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):37-45. 2001.
104. TAYCAN O, KUTLU L, ÇİMEN S, AYDIN N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 7: 100-108, 2006
105. SEREN Ş. Hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C.Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
106. RAFFERTY AM, BALL J, AIKEN LH . Are team work and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. Qual Health Care, 10: 32-37,2001.
107. OFLAZLI F,ERDEM M. Denizli İlinde Çalışan Ebelerin İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli. 2002.
108. ERYILMAZ H Y. Doğum sonu servislerde çalışan hemşirelerin verdikleri bakım hizmetine yönelik görüşleri ve iş doyumları, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6(3):1-7. İstanbul, 2003.
109. ARCAK R, KASIMOĞLU E. Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi, 33(1): 23-3, 2006.
110. BİTON V ,TABAK N. The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction International Journal of Nursing Practice 2003; 9: 140–157.



111. ANDREWS GJ, BRODIE DA, ANDREWS JP, HILLAN E, GAIL THOMAS B, WONG J, RIXON L. Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *Int J Nurs Stud*,43(7): 861-74,2006.
112. YILDIRIM G. Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kuramsal etik çalışması yapanlardan beklemedikleri, Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana,2008.
113. MERİH DY, ARSLAN H. Hemşire ve ebelerin mesleki bilinç -örgütlenmeye yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 40-46, 2012.
114. HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK. Resmi gazete.Sayı : 2791019 Nisan 2011 SALI.
115. CERİT B. Hemşirelik Etik İkilem Testi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, s.47-67,2010.
116. ÇİMEN M,ŞAHİN İ. Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 19(1):54-6, 2004.
117. ÇELEN Ü, PİYAL B,KARADOL G, DEMİR M.Ankara onkoloji eğitim hastanesinde çalışanların iş doyumunu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (3):295-318, 2004.
118. EKİCİ D. Sağlık bakım hizmetinin yönetimi,1.ci baskı, Sim Matbaacılık, sayfa 254-276, Ankara , 2013.
119. AKINCI ÇA, PINAR G. Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:5-13, 2011
120. BUTTS B, RICH KL. Introduction to ethics in nursing. *Nursing Ethics: Across the Curriculum and into Practice*, Chap2,Jones and Bartlett Publishers, USA, 2005.
121. ASLAN Ö, ÜNAL Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları. *Gulhane Med J*, 47(3): 175-178, 2005.
122. BARKER KN, FLYNN EA, PEPPER GA, BATES DW, MIKEAL RL. Medication-errors observed in 36 health care facilities, *ArchInternMed* , 162: 1897-1903. 2002
123. HEMŞİRELİK KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN. Resmi Gazete Tarihi6283 sayılı: 2/5/2007 1954 tarihli
124. KERSTEN C, BAKEWELL K, MEYER D. Motivating factors in a students choice of nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 38 (4): 156-161. 1999.
125. YALÇIN Ö S, KADIOĞLU FG . Sağlık çalışanların vicdan ile ilgili görüşleri. *Türkiye Biyo-etik Derneği VII. Kongresi Bildiri Kitabı* , İstanbul, 2012
126. KOÇAK B. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin sağlıkta özelleştirme ve sendikalaşma konusunda görüşlerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.
127. UYGUR E, KAYA N, KAYA H, KARAMAN N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlık ekibi hizmeti anlayışları ve yaşanan sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(62):103-113, 2008
128. TEL H, KARADAĞ M, TEL H, AYDIN G. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2): 3- 23, 2003
129. ERGÜNER S, TAN M, SİVRİKAYA S, ERDEM N. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1): 63-73, 2001.

130. ASLAN Ö, VURAL H, AVCI PY. Ameliyathane hemşirelerinin etik sorunlara yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2): 147-152, 2003.
131. GÜL Ş, AŞİRET G D, KAHRAMAN B B, DEVREZ N, BÜKEN ÖN. Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:23-31, 2013.
132. ATAAY F. Neoliberalizm ve devletin yeniden yapılandırılması: Türkiye'de kamu reformu üzerine incelemeler, 2. Baskı, Deki Yayınevi, Ankara, 2007.
133. ÖZŞENSOY Y, ÖNEN C, ZEREN F, ÇAĞAÇ E. Sağlık dönüşüm programı'nın Bitlis il merkezinde bulunan sağlık kurumlarındaki kadın sağlık çalışanları üzerindeki etkisi. *I.Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Kitapçığı*,Denizli,sayfa 44-46, 2011.
134. DİKMEN Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*,2(1):1-7, 2013
135. ÇETİN G. Hastanelerde çalışan hemşirelerin olumlu iş ortamına ilişkin görüşlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
136. BABADAĞ K. Hemşirelik eğitiminde etik. I. Uluslararası &V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitapçığı, Kapadokya, sayfa 27-36, 2001.
137. ÖZTÜRK H, HİNTİSTAN S, KASIM S,CANDAŞ B. Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,13(2):77-84, 2009.
138. KANAN N. Ameliyathanede etik sorunlar. II. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Kitapçığı, İzmir, sayfa 37-43,1999.
139. AVCI K. Pediatri alanında hemşirelerin etik sorunların çözümüne yönelik yaklaşımların incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
140. ENÇ N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. *Hemşirelik Bülteni*, 21:83-8, 1991.
141. TSCHUDIN V. Ethics in nursing: The caring relationship, 3rd edition. Butterworth Heinemann, London, page 218-220, 2003.
142. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. ISBN 978-975-590-508-2. 2014.
143. AUSTIN W, KELECEVIC J, GOBLE E, MEKECHUK J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *NursEthics*,16:57-68, 2009.
144. KARADAĞ A, HİSAR F, ELBAŞ NO. The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (4): 371-374, 2007.
145. TOSUN H. İlaç Yönetimi.Sağlık bakımında etik değerler Editörler: AŞTI N, KARADAĞ A. Hemşirelik esasları. Basın ve Yayıncılık, İstanbul, sayfa 721-760, 2012.
146. BAŞAK T, UZUN Ş, ARSLAN F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52:76-81. 2010
147. CORTIS JD, KENDRICK K. Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*, 10(1): 77-88, 2003.
148. ORAK NG. İstanbul ilindeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
149. LEAPE LL. Ethical issues in patient safety. *Thoracic Surgery Clinics*,15(4):493, 2005
150. SCHLUTER J, WINCH S, HOLZHAUSER K. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*,15(3):304-21,2008

151. KARAMANOĞLU AY, ÖZER FG, TUĞCU A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 14(1): 12-17, 2009.
152. PARK M, KJERVIK D, CRANDELL J, OERMANN MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. Nurs Ethics, 19(4): 568-580, 2012.
153. HARRIS J. Micro-allocation: deciding between patients. A companion to Bioethics. Çeviren: CİVANER M. Toplum ve Hekim Dergisi, 19(2): 147-53, 2004

## 9. TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek emeğini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Murat Civaner'e; doktora eğitimimi bu alanda yapmamı teşvik edip akademisyenliğiyle bana örnek olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ayşegül Erdemir Demirhan'a; tez izleme jürimde bulunan ve doktora eğitimimde katkılarını esirgemeyip her yönden bana destek olan Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Doç. Dr. Hicran Yıldız'a; çalışmaya katılan tüm hemşire meslektaşlarıma; tez boyunca sonsuz sabır ve desteklerinden dolayı eşim Caner Utkualp'e; kızım Sanem Utkualp ve tezle birlikte dünyaya gelen oğlum Kerem Utkualp'e; hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim, bana güç veren annem, babam ve kardeşime teşekkürlerimi sunarım.

Nevin UTKUALP

## 10.ÖZGEÇMİŞ

NEVİN UTKUALP

### KİŞİSEL BİLGİLER

Uyruğu :T.C  
Doğum Yeri :Kırcaali  
Doğum Tarihi :12/01/1977  
Medeni Durumu :Evli

### MESLEKİ DENEYİMLERİ:

Kurum	Tarih	Pozisyon
Özel 29 Mayıs Hastanesi/ Kadın-Doğum Servisi	2000-2001	Hemşire
İstanbul Memorial Hastanesi/Kadın-Doğum Servisi	2001 -2003	Sorumlu Hemşire
Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu	2003-2007	Öğretim Görevlisi
Uludağ Üniversitesi Uludağ Sağlık Yüksekokulu	2007.....	Öğretim Görevlisi

### EĞİTİMİ VE AKADEMİK KARIYER:

1988	İlkokul	Georgi Dimitrov
1994	Orta ve Lise	Bursa Yıldırım Beyazıt Lisesi
1999	Lisans	İ.Ü Florance Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu
2002	Yüksek lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği
2010	Doktora Devam ediyor	U.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp –Deontoloji

### Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Hemşireler Derneği
- Hemşirelik Eğitimi Derneği
- Türk Tıp Tarihi Kurumu Derneği
- Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği