

Araştırma / Research Article



Hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi: Bir devlet hastanesi örneği

Determination of nursing moral sensitivity: A state hospital example

Gülperembe Oğuzhan, Gizem Zevde Aydın, Ferdane Betül Bölükbaşı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun

Anahtar Kelimeler:

Hemşire; Ahlak; Etik; Duyarlılık; Ahlaki Duyarlılık

Key Words:

Nurse; morality; Ethic; Sensitivity; Moral Sensitivity

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Gizem Zevde Aydın,
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
gizemzevde.aydin@omu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
19.02.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
18.03.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2019

ÖZET

Giriş ve Amaç: Günümüzde sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanlarının duyarlı olması ve empati kurması hasta güvenliği ve hakları için önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılığının belirlenmesi ile ilgili çalışmalara yoğun ilgi bulunmaktadır. Bu çalışma ile de hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını ölçmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Ankara iline bağlı bir ilçe devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bu hastanede görev yapmakta olan hemşireler (N=200) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 196 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını ölçmek için Lützn (1994) tarafından geliştirilen Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (ADA) kullanılmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Katılımcıların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, gelir durumlarına, meslekte geçirdikleri süreye göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık olduğu bulunmuştur. Ahlaki duyarlılığının en üst seviyede tutulabilmesi için etik ilkelerin oluşturulması, anlatılması ve sürekliliğinin takibi gerekmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Nowadays, it is important for patients to be sensitive and empathy for health care providers. The corporation strives to provide services with ethical principles. The study aimed to measure the moral sensitivities of nurses. **Materials and Methods:** The study was carried out in a district state hospital in Ankara province. The population of the study consists of nurses (N = 200) who work in a district state hospital in the province of Ankara. The sample was not selected in the study and it was aimed to reach the whole universe. 196 nurses who accepted to participate in the study were included in the study. In order to measure the moral sensitivities of nurses, the Moral Sensitivity Scale, which was developed by Lützn (1994). **Results and Conclusion:** It was found that there were differences in terms of moral sensitivities of participants according to their gender, marital status, educational status, income status, time spent in profession. It is recommended that institutions supervise their employees' working status in accordance with ethical principles. It may be advisable for health professionals to organize various trainings on ethical principles.

GİRİŞ

Karmaşık eylemleri, niyetleri, duyguları ve algılara atıfta bulunan davranışsal kavramlardan soyut anlamları tanımlamak zordur (1). Literatür incelendiğinde ahlaki sıkıntı, ahlaki duyarlılık ve etik duyarlılığın birbirinin yerine kullanıldığı görülmüştür. Çalışma ile kavramlar açıklanırken aradaki farklar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ahlaki düşünce ve eylemin belirleyicileri ve alta yatan süreçleri uzun zamandır tartışma konusu olmuştur (2). Bu özellikler nedeniyle sağlık hizmeti sunumunda etik kavramı ön plana çıkmaktadır. Tarihsel gelişimi içinde etik, tıp etiği ve daha sonra hemşirelik etiği olarak genişletilmiş ve temelini tıp etiği ve hemşirelikte etik kodlar oluşturmuştur (3). Sağlık

uygulamalarında etik; hasta bakımı ve tedavisinde doğabilecek etik konuları tanımlayıp, analiz etmek ve çözümlenmek için sistemli bir yaklaşım sergilemenin yanı sıra kişiler arası boyutta etik karar verebilme ile de ilgilidir (4). Etik insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan eylemleri ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilişkili bir kavramdır (5). Bu tanımlama ışığında etik, geçmiş, günümüz ve gelecekte insanların tutum ve davranışlarının iyi ya da kötü, doğru veya yanlış yönden değerlendirilmesini içeren ve dünyanın her yerinde geçerli olan ilke ve kuralların bütünüdür (2, 6). Ahlak ise; yanlış ve doğru, iyi ve kötü, erdem ve kusur ile yaptıklarımızı ve yaptıklarımızın sonuçlarını

değerlendirme ile ilgilidir (6). Ahlaki karar verebilme ahlaki yargı sürecine odaklanmıştır; Ancak, önkoşulu, ahlaki duyarlılık, ahlaki konuları tespit etme ve değerlendirme yeteneğidir (2). Ahlak ve etik kavramları genellikle birbiri yerine kullanılmakta fakat aynı anlama gelmemektedir. Çok yakından ilişkili olan etik ve ahlak kavramları arasındaki temel ayrım etik teriminin genel olarak ahlaki konuları içine alan disiplini belirtmesidir (7). Kavramlar arasında ayrım yapıldığında etik kavramının, insan davranışlarını irdeleyen soyut bir etkinlik, ahlak kavramının ise insan davranışlarını belirleyen toplumsal boyutu olan somut bir düzenek olduğunu söyleyebilir (5).

Duyarlılık, ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, hasta ya da sağlıklı bireyin esas durumunun yorumlanması olarak da algılanabilmektedir (7). Ahlaksal bir girişim olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hemşireler hastaları, ekip arkadaşlarını, hatta kendilerini korumak için almak durumunda olduğu kararlarda sağlam dayanaklara ihtiyaç duyarlar. Etik sorunlarla karşı karşıya kalan hemşireler sorunun etik yönünü tanımlamak, diğer sorunlardan ayırt edebilmek ve etik problem için alternatif çözümler üretebilmek durumunda kalmaktadır bu da etik duyarlılık kavramını beraberinde getirmektedir (8).

Ahlaki bir durumu yorumlama kapasitesi 1982'de Rest tarafından ahlaki duyarlılık olarak bilime kazandırılmıştır. Daha sonra kavram, mesleki uygulamaların kapsamını sınırlamak ve etik davranış kuralları ile olan bağlantısını yansıtmak için etik duyarlılık olarak kullanılır hale gelmiştir (9). Etik duyarlılık, dikkatli davranma, bakımın etik boyutunu belirleme becerisi, başkalarının rahatı ve iyiliği ile ilgili sezgiler ve ahlaki bakımın bir bileşeni gibi literatürde çeşitli şekillerde ifade edilmiştir (1). Etik duyarlılık, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği ve insanın sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilmek olarak tanımlanmaktadır (10). Etik duyarlılık etik kural ve ilkeleri bilme ile ilgili iken ahlaki duyarlılık daha çok kişiler arası ilişkileri bilme ile ilgilidir (11). Etik duyarlılık ahlaki duyarlılığın profesyonel boyutudur. Etik duyarlılık ve ahlaki duyarlılık arasındaki ince ayrım buradan kaynaklanmaktadır (12). Ahlaklı olma, doğru ve yanlış davranış konusundaki gelenekler ve inanışları kapsamaktadır. Etik ise, "bu durumda ne yapmam gerekir?" sorusunu sorar ve ahlaki felsefenin bir uygulamasıdır (13). Kısaca etik, ahlaklı olma hususunda izlenecek bir yol sunmaktadır.

Hemşirelerin kurumsal kısıtlamalardan dolayı ahlaki açıdan uygun olduğuna inandıkları eylemleri gerçekleştiremedikleri zaman ortaya çıkan bir fenomen olarak Jameton tarafından 1984'te tanımlanan ahlaki sıkıntı, çok sayıda sağlık disiplininde yaşanan önemli

bir sorun olarak dikkat çekmiştir. Ahlaki sıkıntıyı ortaya çıkaran durumun sona ermesinden sonra ahlaki duyarlılık oluşabilmektedir (14). Epstein ve Hamric ahlaki sıkıntı ve ahlaki duyarlılık arasındaki etkileşimi gösteren ve Kreşendo Etkisi diye tanımladıkları bir model hazırlamışlardır. "Kreşendo" tıbbi terminolojide "giderek artan" anlamında kullanılmakta olup, Kreşendo etkisi modeli, klinisyenlerin sıklıkla karşılaştığı iki kreskenin etkileşimini açıklamaktadır. Bir hasta bakımı sırasında çıkan ahlaki sıkıntı, hastanın tedavisi sona erdiğinde bitebilmektedir. Ancak acı veren duyular tamamen ortadan kalkmamaktadır ve ahlaki duyarlılık oluşmaktadır. Ahlaki sıkıntı deneyimlendikçe, ahlaki duyarlılıkta yavaş yavaş artmaktadır. Bir klinisyenin daha önce yaşadığı rahatsız edici bir durumu hatırlatan yeni bir durum daha güçlü tepkime oluşturabilmektedir (15).

Günümüzde küreselleşme, teknolojiye yaşanan gelişmeler, sağlık bakımında yaşanan değişimler ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda artan rolleri ve sorumlulukları nedeniyle hemşireler sıklıkla etik ikilemlerle karşı karşıya gelebilmektedirler (16, 17). Hemşirelik mesleği, özünde etik ya da ahlaki belirsizlik unsurları içeren problemler ve durumlarla uğraşmaktadır. Hemşireler, yaptıkları uygulamaların etik bileşenlerinin farkına varabilmeye ve yapılandırılmış bir etik karar verme sürecine kavuşmaya ihtiyaç duymaktadırlar (13). Sağlık hizmetlerinin sunumunda meslek ahlakı, bakım kavramının ahlaki boyutundan kaynaklanır ve özellikle hemşirelik uygulamasında karşılaşılan etik sorunlara yönelik ahlaki bir bakış açısı geliştirilebilmesi, hasta haklarının korunabilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için önem taşımaktadır (18).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Ankara iline bağlı bir ilçe devlet hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek amacıyla, Nisan 2018- Ağustos 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ankara iline bağlı bir ilçe devlet hastanesinde görev yapmakta olan hemşireler (N=200) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 196 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu kişisel bilgiler ve ahlaki duyarlılık ölçeği olarak iki kısımdan oluşmaktadır. Ahlaki duyarlılık ölçeği Lützen tarafından geliştirilmiş (19), Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik- güvenilirlik çalışmaları ise Tosun tarafından yapılmıştır (7). Yapılan çalışmada ahlaki duyarlılık ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçek güvenilirlidir. Ölçek toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar ve alt boyutlara ait maddeler; otonomi

(10, 12, 15, 16, 21, 24, 27), yarar sağlama (2, 5, 8, 25), bütüncül yaklaşım (1, 6, 18, 29, 30), çatışma (9, 11, 14), uygulama (4, 17, 20, 28) ve oryantasyon (7, 13, 19, 22) şeklindedir. 3., 23. ve 26. maddeler Lützen tarafından gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda herhangi bir alt boyutun kapsamında yer almamıştır. Ahlaki duyarlılık ölçeği 7'li likert tipinde olup 1 (tamamen katılıyorum) ile 7 (hiç katılmıyorum) arasında puanlanmaktadır. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir.

Mevcut literatür doğrultusunda, araştırmanın amacına uygun olarak, test edilecek hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

H1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

H2: Katılımcıların yaşlarına göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

H3: Katılımcıların medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

H4: Katılımcıların eğitim durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

H5: Katılımcıların gelir durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

H6: Katılımcıların meslekte geçirdikleri süreye göre ahlaki duyarlılıkları açısından farklılık vardır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya ilişkin bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcıların %67,9'u (n=133) kadın, %32,1'i (n=63) erkek; %60,7'si (n=119) evli, %39,3'ü (n=77) bekar. %49,5'i (n=97) 21-30 yaş aralığında, %38,8'i (n=76) 31-40 yaş aralığında, %11,7'si (n=23) 41-51 yaş aralığındadır. %21,4'ü (n=42) sağlık meslek lisesi, %22,4'ü (n=44) önlisans, %48,5'i (n=95) lisans, %7,7'si (n=15) lisansüstü mezundur. Katılımcıların %9,2'si (n=18) gelirinin giderden yüksek olduğunu, %59,7'si (n=117) gelirinin

giderine denk olduğunu, %31,1'i (n=61) gelirinin giderden düşük olduğunu belirtmiştir. Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz sorusuna katılımcıların, %35,2'si (n=69) 1-5 yıl arası, %34,7'si (n=68) 6-10 yıl arası, %30,1'i (n=59) 11 yıl ve üstü cevaplarını vermiştir.

Katılımcılara ayrıca meslekleri ile ilişkili sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların %64,3'ü (n=125) şu anki görev yerinde çalışmayı kendisinin tercih ettiğini, %35,7'si (n=70) kendisinin tercihi olmadığını belirtmiştir. %72,4'ü (n=142) mesleğini severek yaptığını, %27,6'sı (n=54) mesleğini severek yapmadığını iletmiştir. Katılımcıların, %32,1'i (n=63) etik ile ilgili bir yayını takip ettiğini, %67,9'u (n=133) etik ile ilgili herhangi bir yayını takip etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların, %77'si (n=151) mesleki eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim aldığını, %23'ü (n=45) ise etik ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların, %48'i (n=94) mezuniyetten sonra etik ile ilgili eğitim alırken, %52'si (n=102) almamıştır.

Katılımcıların Ahlaki Duyarlılık Ölçeği toplamına ve alt boyutlarına verdikleri cevapların ortalama ve standart sapmaları; ölçek toplam 107,37±34,72 otonomi 24,18±9,19, yarar sağlama 14,26±5,49, bütüncül yaklaşım 16,51±7,01, çatışma 12,75±3,65, uygulama 14,81±5,48 ve oryantasyon 13,09±6,39 olarak bulunmuştur. Tosun tarafından yapılan "Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İklimlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam ortalama puanı 85,12±20,25; ADA alt boyut ortalamaları; otonomi 18,03±6,37, yarar sağlama 12,30±4,35, bütüncül yaklaşım 11,90±4,70, çatışma 13,07±3,56, uygulama 11,17±4,00, oryantasyon 8,67±3,93 olarak bulunmuştur (7). Taylan tarafından yapılan "Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam ortalaması 87,6±23,8 alt boyut ortalamaları; otonomi boyutunda 20,7±7,9, yarar sağlama boyutunda 14,2±4,9, bütüncül yaklaşım boyutunda 14,6±5,4 çatışma boyutunda 13,7±3,2, uygulama boyutunda 13,1±4,5, oryantasyon boyutunda 11,3±5,4 olarak bulunmuştur (11). Köktürk

Tablo 1. Ölçek toplam ve alt boyut ortalama ve standart sapma değerleri

Alt Boyutlar	n	Min	Max	Ort.	s.s
Otonomi	196	7	41	24,18	9,19
Yarar Sağlama	196	4	25	14,26	5,49
Bütüncül Yaklaşım	196	5	31	16,51	7,01
Çatışma	196	3	21	12,75	3,65
Uygulama	196	4	28	14,81	5,48
Oryantasyon	196	4	27	13,09	6,39
Ölçek Toplam	196	35	171	107,37	34,72

tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada ADA toplam ortalaması 76,33±22,84, ölçek alt boyutları ortalamaları; otonomi boyutu 17,74±4,61, yarar sağlama boyutu 11,90±4,32 bütüncül yaklaşım boyutu 12,61±4,17 çatışma boyutu 6,74±2,65 uygulama boyutu 9,59±2,99 oryantasyon boyutu 9,87±3,90 ve olarak bulunmuştur (31). Ergene tarafından yapılan “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada ADA toplam puan ortalaması 89,26±17,03; ADA ölçeği alt boyutları ortalamaları; otonomi alt boyut puan ortalaması 19,03±5,61; yarar sağlama alt boyut puan ortalaması 11,96±3,90; bütüncü yaklaşım alt boyut puan ortalaması 12,08±4,39; çatışma alt boyut puan ortalaması 12,66±3,30; uygulama alt boyut puan ortalaması 13,80±3,56; oryantasyon alt boyut puan ortalaması 9,24±3,51; olarak bulunmuştur (21). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin toplam ADA puan ortalaması 74,5±20,3; ADA alt boyutları puan ortalamalarının; bütüncül yaklaşım 12,1±4,4, yarar sağlama 11,3±4,4, otonomi alt boyutu 18,5±6,5, çatışma alt boyutu 12,4±3,8, uygulama alt boyutu 11,7±4,0 ve oryantasyon alt boyutu 8,5±3,9 olarak belirlenmiştir (22). Amiri vd. tarafından yapılan “Relationship between nurses’ moral sensitivity and the quality of care” başlıklı çalışmada hemşirelerin toplam ADA puan ortalaması 136,47±13,30 olarak belirlenmiştir (23). Lützen vd. tarafından yapılan “Moral Sensitivity in Nursing Practice” başlıklı çalışmada hemşirelerin toplam ADA puan ortalaması 136,4±17,6

olarak belirlenmiştir (24). Aydoğan tarafından yapılan “Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin toplam ADA puan ortalaması 86 (71-98), ADA alt boyutları puan ortalamaları otonomi 16(13-21), çatışma 11(9-15), oryantasyon 7(5-10) olarak belirlenmiştir (25). Rahnama vd. tarafından yapılan “Correlation between moral sensitivity and self-esteem in nursing personnel” başlıklı çalışmada hemşirelerin toplam ADA puan ortalaması 69.15± 5.70 olarak belirlenmiştir (26). Kaya tarafından yapılan “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) toplam ortalama puan değeri 77,5±18,8 ADA alt boyutları puan ortalamaları; otonomi 19,4 ± 6,2 yarar sağlama 12,5±4,1 bütüncül yaklaşım 12,4±5, çatışma 13,3±3,4 uygulama 11,5 ± 4,1 oryantasyon 8,6 ± 3,8 olarak belirlenmiştir (27). Köktürk Dalcalı ve Şendir tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam ortalama puanı 76,33±22,84, ADA altboyut ortalamaları; otonomi 17,74±4,61; yarar sağlama 11,90±4,32; bütüncü yaklaşım 12,61±4,17; çatışma 6,74±2,65; uygulama 9,59±2,99 ve oryantasyon 9,87±3,90 olarak belirlenmiştir (20). Tas Arslan ve Calpbini tarafından yapılan Moral Sensitivity, Ethical Experiences And Related Factors of Pediatric Nurses: A Cross-Sectional, Correlational Study” başlıklı çalışmada çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) toplam ortalama puan değeri 95,89±24,34 olarak belirlenmiştir (28). Temiz vd. tarafından

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ahlaki duyarlılıkları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	s.s	p
Otonomi	Kadın	133	23,26	9,13	0,905
	Erkek	63	26,13	9,08	
Yarar Sağlama	Kadın	133	13,65	5,48	0,525
	Erkek	63	15,54	5,31	
Bütüncül Yaklaşım	Kadın	133	15,88	6,65	0,038*
	Erkek	63	17,83	7,60	
Çatışma	Kadın	133	12,84	3,57	0,272
	Erkek	63	12,56	3,84	
Uygulama	Kadın	133	14,82	5,54	0,966
	Erkek	63	14,78	5,40	
Oryantasyon	Kadın	133	12,39	6,42	0,764
	Erkek	63	14,56	6,10	
Ölçek Toplam	Kadın	133	104,77	33,13	0,062
	Erkek	63	112,86	37,54	

*Bağımsız İki Örnek T Testi; *p<0,05

yapılan “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin ADA toplam puan ortalamasının 89.77 ± 19.43 olduğu bulunurken, ADA alt boyut ortalamaları; otonomi 18.35 ± 5.51 , çatışma 13.96 ± 2.97 , yarar sağlama 12.92 ± 3.95 , uygulama 12.34 ± 3.94 , bütüncül yaklaşım 12.00 ± 4.88 ve oryantasyon 8.13 ± 3.88 olarak bulunmuştur (29). Arslan tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam puan ortalaması $95,11 \pm 20,68$, ölçeğin alt boyutları puanları; otonomi $21 \pm 6,56$, yarar sağlama $12,88 \pm 4,06$, bütüncül yaklaşım $13,19 \pm 4,93$, çatışma $12,51 \pm 3,73$ “uygulama” $13,96 \pm 3,86$ ve oryantasyon $9,90 \pm 4,76$ olarak bulunmuştur (30). Burada ele alınan çalışmalara bakıldığında ADA toplam ortalama puanı $69,15$ ve $136,47$ arasında değişmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi, yarar sağlama, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında ve ADA toplam puanına göre farklılık bulunmazken, bütüncül yaklaşım (t:-1,825, p: 0,038) alt boyutunda farklılık bulunmuştur. H1 hipotezi kabul edilmiştir. Köktürk tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (31). Ergene tarafından yapılan “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan

Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre ADA toplam puanı ile gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada cinsiyet ile otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama, oryantasyon alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), çatışma alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmuş ve kadın hemşirelerin çatışma alt boyut puanlarının erkek hemşirelerin çatışma alt boyut puanlarından yüksek olduğu görülmüştür (21). Tazegün ve Çelebioğlu tarafından yapılan “Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (32). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22). Kaya tarafından yapılan “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölümüne Karşı Tutumları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (27). Arslan tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (30).

Tablo 3. Katılımcıların medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	s.s	p
Otonomi	Evli	119	24,24	9,38	0,469
	Bekar	77	24,09	8,95	
Yarar Sağlama	Evli	119	14,05	5,80	0,024*
	Bekar	77	14,57	4,99	
Bütüncül Yaklaşım	Evli	119	16,82	7,22	0,155
	Bekar	77	16,01	6,69	
Çatışma	Evli	119	12,92	3,52	0,223
	Bekar	77	12,48	3,86	
Uygulama	Evli	119	15,26	5,80	0,121
	Bekar	77	14,10	4,91	
Oryantasyon	Evli	119	13,09	6,64	0,139
	Bekar	77	13,08	6,02	
Ölçek Toplam	Evli	119	108,21	35,37	0,517
	Bekar	77	106,08	33,88	

*Bağımsız İki Örnek T Testi; * $p < 0,05$

Katılımcıların yaşlarına göre ahlaki duyarlılık ölçeği alt boyutlarında ve ADA toplam puanına göre farklılık bulunmamıştır. H2 hipotezi reddedilmiştir.

Tosun tarafından yapılan “Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İklimlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaşa göre ahlaki duyarlılık puanları incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur (7). Pekcan tarafından yapılan “Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaşa göre ahlaki duyarlılık puanları incelendiğinde; bütüncül yaklaşım alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (8). ($p < 0.05$ $7.87 = 2 \text{ } \text{N}$) Farklılığın 20-30 yaş grubu ile 31-40 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Ahlaki duyarlılık ölçeği geneli ve diğer alt boyutları arasında yaşa göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Köktürk tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (31). Ergene tarafından yapılan “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre ADA toplam puanı ve ADA alt boyutlarında (Otonomi- Yarar Sağlama- Bütüncü Yaklaşım- Çatışma- Uygulama- Oryantasyon) anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaşlarına göre bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutları ile toplam ADA puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur (22). Tas Arslan ve Calpbini tarafından yapılan çalışmada

hemşirelerin ahlaki duyarlılık toplam ortalama puanında yaşa göre anlamlı farklılık bulunmuştur (28). Temiz vd. tarafından yapılan “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre göre ADA toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (29). Arslan tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konularındaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının yaşa göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (30).

Katılımcıların medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon alt boyutlarında ve ADA toplam puanına göre farklılık bulunmazken, yarar sağlama ($t: -0,648$, $p: 0,024$) alt boyutunda farklılık bulunmuştur. H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Pekcan tarafından yapılan “Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin medeni durumlarına göre ahlaki duyarlılık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (8). Köktürk tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin medeni durumlarına göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (31). Ergene tarafından yapılan “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin medeni durumlarına göre ADA toplam puanı ve ADA alt boyut (Otonomi- Yarar Sağlama- Bütüncü Yaklaşım- Çatışma- Uygulama- Oryantasyon) puanları

Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları

Eğitim Durumu	Alt Boyutlar						
	Otonomi (Ort.-s.s)	Yarar Sağlama (Ort.-s.s)	Bütüncül Yaklaşım (Ort.-s.s)	Çatışma (Ort.-s.s)	Uygulama (Ort.-s.s)	Oryantasyon (Ort.-s.s)	Ölçek Toplam (Ort.-s.s)
SML	20,00-8,80a	11,88-5,05a	12,81-6,65a	10,88-4,06a	11,52-4,81a	9,95-5,09a	86,88-32,06a
ÖL	28,18-8,58b	16,41-4,73b	19,77-6,95b	13,25-3,09b	17,07-5,38b	15,75-5,88b	123,27-32,66b
L	24,43-8,99b	14,37-5,68ab	16,92-6,53b	13,39-3,42b	15,44-5,41b	13,49-6,67b	110,27-33,45b
LÜ	22,53-8,68ab	13,87-5,28ab	14,67-6,40ab	12,47-3,94ab	13,33-3,50ab	11,47-5,66ab	99,73-28,56ab
F=	6,342	5,242	8,381	5,263	9,372	6,958	9,521
p=	<0,001*	0,002*	<0,001*	0,002*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

^aANOVA; ^ba-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur; * $p < 0,05$, SML: Sağlık Meslek Lisesi; ÖL: Ön Lisans; L: Lisans; LÜ: Lisansüstü

arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (21). Tazegün ve Çelebioğlu tarafından yapılan “Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmada hemşirelerin medeni durumlarına göre “yarar sağlama” ve “uygulama” alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunurken; diğer alt boyutlar ve ADA toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (32). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin medeni durumlarına göre ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22).

Katılımcıların eğitim durumuna göre ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi (F: 6,342, p:<0,001), yarar sağlama (F:5,242, p: 0,002), bütüncül yaklaşım (F:8,381, p:<0,001), çatışma (F:5,263, p:0,002), uygulama (F:9,372, p:<0,001) ve oryantasyon (F:6,958, p:<0,001) alt boyutlarında ve ölçek toplamında (F:9,521, p:<0,001) farklılık bulunmuştur. H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Köktürk tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; lisansüstü eğitime sahip hemşireler diğer eğitim durumlarına sahip hemşirelere göre ADA ve alt boyutlarından daha düşük puan ortalaması aldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (31). Ergene tarafından yapılan “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre ADA toplam puanı, uygulama alt boyutunda, ve oryantasyon alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım ve çatışma alt boyutlarında eğitim durumuna

göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (21). Tazegün ve Çelebioğlu tarafından yapılan “Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre etik duyarlılığın “otonomi” ve “yarar sağlama” boyutlarına ilişkin puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark anlamlı olarak belirlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (32). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22). Kaya tarafından yapılan “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Ölüme Karşı Tutumları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada ADA toplamına ait ortanca puan değeri ile eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (27). Temiz vd. tarafından yapılan “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin eğitim durumu ile ADA toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (29). Arslan tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (30).

Katılımcıların gelir durumuna göre ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama, oryantasyon altboyutlarında ve ADA toplam puanına göre farklılık bulunmazken, otonomi (F:3,332, p: 0,038) alt boyutunda farklılık bulunmuştur. H5 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların gelir durumlarına göre ahlaki duyarlılıkları

Gelir Durumu	Alt Boyutlar						
	Otonomi (Ort.-s.s)	Yarar Sağlama (Ort.-s.s)	Bütüncül Yaklaşım (Ort.-s.s)	Çatışma (Ort.-s.s)	Uygulama (Ort.-s.s)	Oryantasyon (Ort.-s.s)	Ölçek Toplam (Ort.-s.s)
Gelir > gider	22,67-7,90ab	11,94-4,89	15,44-6,28	12,06-4,32	12,72-5,86	11,61-5,82	98,06-29,26
Gelir = gider	25,55-8,82b	14,92-5,57	17,06-7,46	13,07-3,63	15,14-5,14	13,93-6,42	111,69-35,38
Gelir < gider	22,00-9,87a	13,66-5,32	15,75-6,28	12,34-3,48	14,79-5,94	11,90-6,32	101,84-34,07
F=	3,332	2,882	0,921	1,147	1,522	2,596	2,362
p=	0,038*	0,058	0,400	0,320	0,221	0,077	0,097

^aANOVA; ^ba-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur; *p<0,05

Tablo 6. Katılımcıların meslekte geçirdikleri süreye göre ahlaki duyarlılıkları

Meslekte Geçirilen Yıl	Alt Boyutlar						
	Otonomi (Ort.-s.s)	Yarar Sağlama (Ort.-s.s)	Bütüncül Yaklaşım (Ort.-s.s)	Çatışma (Ort.-s.s)	Uygulama (Ort.-s.s)	Oryantasyon (Ort.-s.s)	Ölçek Toplam (Ort.-s.s)
1-5	24,49-8,89	14,18-5,59ab	16,37-6,84	12,68-3,61	14,99-5,22	13,50-6,68	108,21-34,74
6-10	24,78-9,30	15,54-4,88a	17,76-7,34	12,68-3,43	14,81-5,53	14,03-6,26	111,32-34,59
11 +	23,31-9,46	12,97-5,77b	15,27-6,74	13,03-3,92	14,66-5,83	11,61-6,03	102,47-34,77
F=	0,444	3,609	2,037	0,198	0,055	2,492	1,045
p=	0,642	0,029*	0,133	0,821	0,946	0,085	0,354

^aANOVA; ^ba-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur; *p<0,05

Köktürk tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin gelir durumlarına göre ADA ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderinden fazla hemşireler diğer gelir durumlarına sahip olanlara göre ADA ve alt boyutlarından daha düşük puan ortalaması aldığı ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (31). Nas tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin gelir durumlarına göre ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22).

Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre dikkate alındığında ahlaki duyarlılık ölçeği toplam puanına göre anlamlı farklılık bulunmazken; yarar sağlama (F: 3,609, p: 0,029) alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. H6 hipotezi kabul edilmiştir.

Pekcan tarafından yapılan “Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları” başlıklı çalışmada hemşirelerin meslekte geçirdikleri süreler incelendiğinde gruplar arasında çatışma alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (8). (p<0.05) Farklılığın 1-5 yıl arası çalışan hemşire grubu ile 11 yıl ve üzeri çalışan hemşire grubu arasında ve 6-10 yıl arası ile 11 yıl ve üzeri yıl çalışan hemşire grubu arasında görüldüğü belirlenmiştir. Köktürk tarafından yapılan “Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin meslekte geçirdikleri süreye göre ADA ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 11-15 yıl arası mesleki deneyime sahip hemşirelerin diğer deneyim yıllarındaki hemşirelere göre çatışma ($\chi^2=7.143$; p<0,05) alt boyutunda daha düşük puan ortalamasına sahip

olduğu ve aralarındaki bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (31). Lützen vd. tarafından yapılan “Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals” başlıklı çalışmada meslekte geçirilen süreye göre ADA toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur (33). Tas Arslan ve Calpbini tarafından yapılan Moral Sensitivity, Ethical Experiences And Related Factors of Pediatric Nurses: A Cross-Sectional, Correlational Study” başlıklı çalışmada çalışmada hemşirelerin ahlaki duyarlılık toplam ortalama puanında meslekte geçirilen süreye göre anlamlı farklılık bulunmuştur (28). Temiz vd. tarafından yapılan “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada hemşirelerin meslekte geçirilen süreye göre ADA toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (29). Arslan tarafından yapılan “Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konularındaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada hemşirelerin ADA toplam puanı ve tüm alt boyutları puan ortalamalarının meslekte geçirilen süreye göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (30).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ahlaki duyarlılık ölçeğinden en az alınabilecek puan 30 en çok alınabilecek puan 210'dur. Bu çalışmada bulunan ortalama puan ise 107,37 olmuştur. Toplam puanlarda cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, meslekte geçirilen süreye göre anlamlı farklılık bulunmaz iken eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcıların ahlaki duyarlılık skorlarının yüksek olduğu söylenemez. Bunun nedeninin etik ile ilgili eğitim alınmaması olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılıklarını artırmak için çeşitli eğitimler, seminerler ve konferanslar düzenlenebilir.

Mesleki eğitimleri süresince etik ile ilgili ders almamış olan çalışanlar kurum tarafından takip edilebilir ve bu kişilerin etik eğitimlerine katılımları sağlanabilir. Mesleki eğitim süresinde ve mezuniyet sonrasında verilen etik ve deontoloji eğitimlerinde ahlaki duyarlılık kavramına daha fazla yer verilebilir. Ahlaki duyarlılığın artırılması için örnek olaylar ve vaka yorumlamaları çalışanlarla paylaşılabilir. Çalışanların düzenli olarak etik ile ilgili bir yayın takip etmeleri teşvik edilebilir, yaygın desteği kurum tarafından sağlanabilir. Sağlık kurumu içerisinde bulunan etik kurulların araştırma etliğinin yanı sıra kurumda gerçekleştirilecek etik problemlerin çözüm sürecinde yer alması sağlanabilir. Ya da kurumda yayın etiğinden bağımsız olarak etik ikilemleri çözümlenecek ayrı bir komite oluşturulabilir, bu komiteden çalışanların haberdar olmaları sağlanabilir. Ahlaki duyarlılığı olumlu yönde etkileyebileceği düşünülen sosyal aktiviteler kurum yöneticileri tarafından organize edilebilir. Hemşirelerin etik sorunların çözülmesinde daha aktif rol almaları sağlanabilir. Kurumda yaşanan bir etik sorunu yüksek ahlaki duyarlılık ile çözümlenen çalışanlar yönetim tarafından ödüllendirilebilir. Çalışanların konuyla ilgili farkındalıkları artırılabilir. Çalışanların, çalışma arkadaşları ve hastalar ile olan iletişimlerini artırma yönünde girişimlerde bulunulabilir. Sağlık çalışanlarını bu konuda yönlendirecek etik rehberler oluşturulabilir. Yalnızca hekim ve hemşirelerin değil diğer sağlık çalışanlarının da duyarlılıkları ölçülebilir. Kurum yöneticileri, düzenli olarak çalışanları bir araya getirerek yaşanan etik ikilemleri kendisi ile paylaşmalarını isteyebilir.

KAYNAKLAR

- Weaver, K. (2007). Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing ethics*, 14(2), 141-155.
- Robertson, D., Snarey, J., Ousley, O., Harenski, K., Bowman, F. D., Gilkey, R., vd. (2007). The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care. *Neuropsychologia*, 45(4), 755-766.
- Aksu, T., & Akyol, A. (2011). İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 19(1), 16-24.
- Lützn, K., Evertzon, M., & Nordin, C. (1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 4(6), 472-482.
- Yıldırım, G., & Kadioğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 7-12.
- Utma, S. (2010). Yazılı basında sağlık haberleri ve kamuoyuna etkisi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tosun, H. (2005). Sağlık bakım uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Pekcan, H.S. (2007). Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları, Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Rest J. (1982). A psychologist looks at the teaching of ethics. *Hastings Cent Rep*, 12(1): 29-36.
- Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.
- Taylan, S. (2013). Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 62(5), 607-618.
- Ecevit Alpar, Ş., Bahçecik, N., & Karabacak, Ü. (Çev. Ed.). (2012). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. İstanbul Tıp Kitabevi, 3. Baskı, İstanbul. s: 24-49.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice, The Ethical Issues*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330.
- Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1), 1-8.
- Diñç, L., & Görgülü, R. S. (2002). Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*, 9(3), 259-268.
- Diñç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 113-119.
- Lützn, K., Nordin, C., & Brolin, G. (1994). Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4(4), 241-248.
- Köktürk Dalcalı, B & Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 1-9.
- Ergene, Z. (2012). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Nas, Z. (2017). Hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Amiri, E., Ebrahimi, H., Vahidi, M., Asghari Jafarabadi, M., & Namdar Areshtanab, H. (2018). Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care, *Nursing ethics*,
- Lützn, K., Nordström, G., & Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 9(3), 131-138.
- Aydoğan, M. (2015). Sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sağlık hizmetleri sunumunda iletişimin önemi. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Rahnama, F., Mardani-Hamooleh, M., & Kouhnavard, M. (2017). Correlation between moral sensitivity and self-esteem in nursing personnel. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 10.
- Kaya, E. (2018). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Tas Arslan, F & Calpbiniç, P. (2018). Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: A cross-sectional, correlational study. *Acta Bioethica*, 24(1), 9-18.
- Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş. G., Akyolcu, N., Kanan, N., vd. (2017). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2.
- Arslan, G. (2017). Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin yoğun bakıma özel etik konulardaki yaklaşımları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.
- Köktürk, B. (2013). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tazegün, A., & Çelebioğlu, A. (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(2), 97-102.
- Lützn, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224.