

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN KÜLTÜRLERARASI VE ETİK
DUYARLILIK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Merve ÖZKAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Filiz ADANA

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-20006 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2021

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Kültür.....	6
2.1.1.Kültür Kavramı.....	6
2.1.2.Sağlık, Hastalık ve Kültür.....	7
2.1.3.Kültür ve Hemşirelik.....	10
2.1.4.Kültürlerarası Hemşirelik.....	15
2.1.4.1.Kültürlerarası hemşireliğin tanımı.....	16
2.1.4.2.Kültürlerarası hemşirelikte tarihsel gelişim.....	17
2.1.4.3.Kültürlerarası hemşirelikte temel kavramlar.....	26
2.2.Etik.....	30
2.2.1.Etik Kavramı.....	30
2.2.2.Etik-Toplum İlişkisi.....	32
2.2.3.Etik Karar Verme.....	34
2.2.4.Etik ve Hemşirelik.....	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1.Araştırmanın Tipi.....	47
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	47
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	47
3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	48
3.5.Araştırmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri.....	48
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	48
3.6.1.Anket Formu.....	49

3.6.2.Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ).....	49
3.6.3.Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA- Moral Sensitivity Questionnaire).....	49
3.7.Araştırmanın Uygulama Planı.....	50
3.8.Araştırmanın Etik Yönü.....	50
3.9.Araştırmanın İstatiksel Değerlendirilmesi.....	51
4.BULGULAR.....	52
5.TARTIŞMA.....	62
5.1.Sağlık Profesyonellerinin Özelliklerinin Tartışılması.....	62
5.2.Sağlık Profesyonellerinin KDÖ, ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	66
5.3.Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre KDÖ ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	70
5.4.Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre ADA ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	74
5.5.KDÖ ile ADA Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	76
5.6.Çalışma Süresine Göre KDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	77
5.7.Çalışma Süresine Göre ADA Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	78
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
6.1.Sonuçlar.....	80
6.2.Öneriler.....	81
KAYNAKLAR.....	82
EKLER.....	97
Ek 1.Etik Kurul İzin Yazısı.....	97
Ek 2.Kurum İzin Yazısı.....	98
Ek 3.Anket Formu.....	100
Ek 4.Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA-Moral Sensitivity Questionnaire).....	101
Ek 5.Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ).....	106
Ek 6.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	108
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	113

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ACCESS: Assessment, Communication, Cultural Negotiations and Compromise, Establishing Respect, Sensitivity and Safety

ADA: Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire)

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

ÇOKYM: Çevre Odaklı Kültürel Yeterlik Modeli

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)

KDÖ: Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

UKCC: İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Profesyonellerinin Özelliklerinin Dağılımı	52
Tablo 2. Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği, Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 3. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 5. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği, Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Yaş Arasındaki İlişki	59
Tablo 6. Çalışma Süresine Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 7. Çalışma Süresine Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	61

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN KÜLTÜRLERARASI VE ETİK DUYARLILIK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Özkan M. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Amaç: Bu çalışma kesitsel tipte olup, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Aydın iline bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık profesyonelleri ile Ocak 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yapılacağı Aydın ili 128 tane aile sağlığı merkezini kapsayan bir büyükşehirdir. Aile sağlığı merkezlerinde toplam 356 hekim, 220 ebe, 83 hemşire ve 20 sağlık memuru bulunmaktadır. Anket uygulaması aile sağlığı merkezi ortamında araştırmacı tarafından gözlem altında yapılmıştır. Araştırmanın evreni aile sağlığı merkezlerinde çalışan 679 sağlık profesyonelinden oluşmaktadır. Örnekleme evreni oluşturan sağlık profesyonellerinin tümüne ulaşılmış araştırmaya katılmayı kabul eden 265 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın uygulamasının sonunda G Power güç analizi kullanılarak araştırmanın gücü değerlendirilmiş (0,25 etki boyu, 0,05 hata payı) ve 0,81 bulunmuştur. Araştırmanın uygulama aşamasından önce Kurum izni, Etik Kurul izni ve bireylerden yazılı onam alınmış olup; araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır.

Araştırmada sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerini içeren anket formu, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler ve sağlık profesyonellerinden yazılı onam alınmıştır. Ölçeklere ilişkin izinler de mail yoluyla alınmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama,

standart sapma, sıklık, yüzdeler), Student-t testi, Mann-Whitney U Kruskal Wallis-H, F dağılımı, Pearson correlation ve Spearman correlation testleri kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri bireylerin özellikleri, bağımlı değişkenleri KDÖ ve ADA puanlarıdır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %74,0'ı kadın, %26,0'ı erkek olup, yaş ortalaması $42,06 \pm 11,74$ 'tür. Katılımcıların %75,8'i evli, %44,5'inin öğrenim durumu lisans ve %35,5'i ebedir.

Sağlık profesyonellerinin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. Bekâr bireylerde; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lisansüstü öğrenim gören sağlık profesyonellerinde İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olan sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım veren sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin yetiştiği coğrafi bölge Ege Bölgesi olan sağlık profesyonellerinin ADA Çatışma Alt Boyutu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışma süresi ile Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli; çalışma süresi ile ADA-Yarar Sağlama Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

ADA Toplam puanı ile KDÖ-İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur. KDÖ Toplam puanı ile ADA-Otonomi, Yarar Sağlama, Çatışma ve Oryantasyon Alt Boyutları arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık profesyonellerinin bireysel özelliklerinin ölçek puanları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ahlak, Etik, Hemşirelik, Kültürlerarası, Sağlık.

ABSTRACT

INTERCULTURAL AND ETHICAL SENSITIVITY LEVELS OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS AND RELATED FACTORS

Özkan M. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Public Health Nursing Program, Master Thesis, Aydın, 2021.

Objective: This cross-sectional study was done to determine the levels of intercultural and moral sensitivity of healthcare professionals working in primary care facilities and associated factors.

Material and Methods: The study was conducted in healthcare professionals working in primary healthcare facilities in Aydın, Turkey between the dates of January 2020-January 2021.

Aydın has 128 primary care clinics. There are 356 physicians, 220 midwives, 83 nurses and 20 medical assistants working in these primary care clinics. Questionnaires were filled by healthcare professionals in the primary care clinics under the supervision of the researcher. The population of the study consists of 679 healthcare professionals working in the primary care clinics. All healthcare professionals included in the study population were contacted and the study was done in 265 healthcare professionals who agreed to participate in the study. G*Power analysis was used to evaluate the study power (0.25 effect size, 0.05 margin of error) and the study power was calculated as 0.81. The Ethics Committee permission, permissions from the clinics and written consent from volunteers were obtained and participation in the study was voluntary.

The Intercultural Sensitivity Scale (ISS) and Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) were used to collect information on the personality traits of healthcare professionals. Necessary permissions and written consent from healthcare professionals were obtained to conduct the study. Permissions for scales were obtained via emails.

Data obtained in the study was evaluated in the SPSS 21.0 program and in the electronic environment. To analyse the data, descriptive statistical analyses (mean, standard deviation, frequency, percentage), Student-t test, Mann-Whitney U Kruskal Wallis-H, F-distribution and Pearson correlation and Spearman correlation tests were used. Independent variables of the study are personality traits and dependent variables are ISS and MSQ scores.

Results: Seventy four percent of the healthcare professionals %74,0 were women and 26,0% were men and the mean age was 42.06 ± 11.74 in the study. Seventy five point eight percent of the volunteers were married, 44.%% had a bachelor's degree and 35.5% were midwives.

The sub-dimension 'Interaction Responsibility' scores of the Intercultural Sensitivity Scale were significantly higher in women than men. The sub-dimensions 'Respect to Cultural Differences', 'Interaction Confidence' and Total ISS score were significantly higher in single individuals. The sub-dimension 'Interaction Enjoyment' and Total ISS score were significantly higher in healthcare professionals with masters degrees. The sub-dimensions 'Respect to Cultural Differences', 'Interaction Confidence' and Total ISS scores were significantly higher in healthcare professionals who have friends from other countries and/or cultures. The sub-dimensions 'Respect to Cultural Differences', 'Interaction Attentiveness' and Total ISS scores were significantly higher in healthcare professionals who provide care to patients of different cultures. MSQ Conflict sub-dimension scores of the healthcare professionals from Aegean region were significantly high. A weak negative correlation was found between work experience in years and 'Respect to Cultural Differences', 'Interaction Attentiveness' and Total ISS scores and a weak positive correlation was found between work experience in years and MSQ-Benefit sub-dimension score.

There was a high positive correlation between the MSQ Total Score and ISS -Interaction Responsibility score and a moderate positive correlation between MSQ Total Score and Interaction Enjoyment score. There was a weak negative correlation between the ISS Total Score and MSQ-Autonomy, Benefit, Conflict and Orientation scores.

Conclusion: Based on these results it was concluded that personality traits of healthcare professionals have an effect on the scores.

Key Words: Ethics, Health, Morality, Nursing, Transcultural.

1.GİRİŞ

Literatürde sağlık ile ilgili yapılmış pek çok tanım olmasına rağmen sağlık kavramını tanımlamak oldukça karmaşık ve zordur (Somunoğlu, 1999). Ancak 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur (World Health Organization [WHO], 2020). Bu sağlık tanımında fiziksel boyutun yanı sıra sosyal ve psikolojik boyutlara da değinilmiştir.

Sağlık yalnızca fiziksel ve biyolojik süreçler olarak algılanmamalıdır. Hastalıklar için yapılan anlamlar, hastalıklara karşı takınılan tavırlar ve uygulamalarda toplumsal yön görmezden gelinemez. Yani sağlık ve hastalık tanımlamalarının kültürel olabileceği düşüncesi bu konudaki uygulamaların toplumsal değişimle birlikte değiştiğini gösterir (Demez, 2012). Her toplumda sağlık ve hastalık kavramları bulunur. Ancak; toplumlarda sağlık algısı farklılaşabilir (Kaplan, 2010).

Zamanla bireyden bireye, toplumdan topluma dolayısıyla da kültürden kültüre sağlık anlayışı değişebilmektedir (Öncel, 1997;Kaplan, 2010). Çünkü toplumda sağlığa verilen değer ile o toplumun kültürü doğrudan bağlantılıdır. Kültürlere/toplumlara bakıldığında sağlıklı olma ve sağlıklı sayılma ölçütleri değişebilmektedir. Örneğin herhangi bir kültürde sağlık anlayışı kişinin kendisinden beklenen işi yapıp yapamadığıdır (Öncel, 1997).

Kültürlerarası hemşirelik yaklaşımında sağlık kavramı her kültürde değişebilir. Hemşirelik profesyonel olarak; kültürel değerler, yaşam biçimleri ve inançlar açısından kültürlerarası bakım sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımla, bireye ve çevresine bir bütün olarak ele alınır ve kültür ve çevre birbirinden ayrılamaz. Birey fiziksel, ekolojik ve kültürel bir canlı olarak çevresinden sürekli etkilenir. Hemşireler bakım sağlarken bunu ihmal etmemelidir (Douglas vd, 2013;Tosun ve Sinan, 2020).

Toplumun hastalığa bakış açısı, uygulanan tedavi şekli ve hastalık hakkındaki değer yargıları toplumun kültürel özellikleri yansıtır. Kültürler arasındaki farklılıklara baktığımızda çoğu kavram gibi sağlık ve hastalık kavramları da kültürlerarası farklılaşır (Kaplan, 2010). Sağlık bir uyum sağlama sürecidir (Demez, 2012). Bu nedenle sağlık ve hastalık kavramları kültürün ürünüdür (Kaplan, 2010).

Kültür; insanlar arası etkileşimin bir sonucudur (Güney ve Nurmakhmatuly, 2007). Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre kültür; "Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür". Kültür; aynı zamanda insanların maddi ve manevi üretimlerinin tümüdür (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019).

Kültür; bir toplumu diğer toplumlardan farklılaştıran davranışların, değerlerin, inançların, gelenek-göreneklerin, tutum ve tavırların tamamıdır. Kültür, insanların sosyal davranış geliştirip elde ettikleri deneyimlerini yorumlamada kullandıkları kazanılmış birikimleridir. Bu birikimler değerleri oluşturup, tutumları yaratır ve davranışları etkilerler (Güney ve Nurmakhmatuly, 2007).

İnsanoğlu ilk çağlardan bu yana kültürüne has özellikleri sürdürmek için çaba göstermiştir. Çabaları sağlık eylemlerine yansımış ve bireyler sağlık sorunu ile karşılaştıklarında çözümü kültürlerinde aramışlardır. Böylelikle oluşan alışkanlıklar; bireylerin düşüncelerini ve hareketlerini oluşturmuştur (Terkeş ve Bektaş, 2013). Bireylerin, kültürel yapılarına göre sağlık gereksinimleri farklılık göstermiştir (Tortumluoğlu, 2004)

Topumlarda sağlık ve hastalığa verilen değer toplum kültürüne doğrudan bağlı olduğu için; toplumun sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili alışkanlık veya davranışlarını değiştirmek isteyen sağlık profesyonelinin o toplumun kültürünü çok iyi biliyor olması gerekmektedir (Öncel, 1997). Multikültürel toplumlarda öncelikli olarak istenen; sağlık profesyonelinin kültürel olarak yeterli olmasıdır (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Sağlık profesyonellerinin topluma istendik seviyede sağlık bakım hizmeti sunabilmesi, bireylerin sağlık hizmetini kabul etmesi, toplumun hizmetlere katılımının sağlanması ve toplumun konuya ilişkin eğitilebilmesi için kültür özelliklerin oldukça iyi bilinmesi gerekmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Sağlık profesyonelleri hastalar ile iletişimi iyileştirdiğinde kaliteli sağlık hizmeti sunmuş olur Sağlık profesyonelleri toplulukların özellikleriyle ilgili bilgilerini arttırıp kültürel olarak farklı bireylere yeterli sağlık bakımı verebilmeleri için kendilerini geliştirmeleri çok önemlidir (Dias vd, 2012).

Tüm bireylerin kültürel varlıklarını net olarak belirtmeleri temel insan haklarıdır ve tüm kültürlere saygı duyulmalıdır (Tortumluoğlu, 2004). Kültürün sağlık ve hastalık kavramlarındaki önemi dikkate alınıp; "sağlık" kavramı ve "hastalık" kavramı bireyler için

tek tek tanımlanmalıdır (Terkeş ve Bektaş, 2013). Farklı kültürlerden olan bireylerin, sağlık ihtiyaçları da farklılık gösterebilir. Tüm bireylere gerekli sağlık bakımı kültürel değerlerine saygı duyularak verilmelidir (Tortumluoğlu, 2004).

Kültür dinamikdir; toplumla birlikte devamlı değişir fakat bu değişim çok yavaş olur (Öncel, 1997). Günden güne gelişip değişen multikültürel dünyadaki ekonomik ve demografik değişimler, değişik kültürlerden gelen bireylerin sağlık seviyelerindeki farklılıklar nedeniyle sağlık kurumları ve sağlık bakımı verenler bireylerin kültür özelliklerini dikkate almaya başlamışlardır (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Hemşirelik eğitimi açısından; kültürlerarası hemşirelik kavramı gelişmekte olan ülkelerde iyi bilinmemektedir (Tosun ve Sinan, 2020).

Küresel olarak hemşirelik mesleğinin önemi artması nedeniyle kültürlerarası hemşirelik daha da önemli hale gelmiştir. Kültürlerarası hemşirelik 1990'larda küresel bir zorunluluk iken, yirmi birinci yüzyılda daha da önemli konuma gelmiştir (Leininger, 1997).

Bireyi oluşturan fiziksel, sosyokültürel ve dinsel özellikleri her bireye has olarak değerlendirilmelidir (Terkeş ve Bektaş, 2013). Bir sağlık profesyoneli farklı kültürleri fark edemezse; kendi kültüründen olmayan davranışları yanlış algılayabilir. Bireyler iyi anlamadığında iletişim bozuklukları, kültürel çatışmalar, kalıplaşmış yargılamalar ve sağlık bakımında oluşacak eşitsizlikler görülür. Bu durumda öncelikle bireyin sağlığı ve bakımının niteliği olumsuz etkilenir (Ceylantekin ve Öcalan, 2016).

Yeryüzündeki çoğu toplulukta yerli halktan farklı kültürel ihtiyaçları ve farklı inançları olan bireyler vardır. Bu bireyler farklı olan kültürel ihtiyaçlarının bilincinde olan sağlık hizmeti ararlar. Multikültürel yapılarıdaki olumsuz sağlık davranışları kültürlerarası sağlık bakım uygulamalarının yetersizliğinden kaynaklanır (Narayanasamy ve White, 2005).

Etik; hem ahlâki değerlerden beslenip hem de onları sorgularken genel bir bakış açısı oluşmasını sağlar. Bilim, sanat, edebiyat gibi tüm toplumsal alanlara aynı mesafeden yaklaşabilen felsefenin bir koludur (Toplu, 2012). Bireyin davranışlarına temel olan ahlaki ilkelerin tümü etiktir. Etik; iyi huy, kötü huy, erdem, sistematik davranış, doğru ve iyi davranış ilkelerini araştırır (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

Etik; ahlâki yaşamın ardındaki nedenleri sorgulayan bir disiplindir. İlkelerin ve kavramların eleştirel incelenip ve analizlerinde ahlâki seçim ve eylemleri doğrulamaya uygun olan kodları içerir. Meslek mensuplarının adil, eşitlikçi ve doğru yaklaşımlar

sergilemeleri için tüm mesleki uygulamaların temelinde etik yaklaşım olması bir zorunluluktur (Toplu, 2012).

Günümüzde hizmet veren sağlık profesyonelleri, tüm sağlık hizmet alanlarında etik sorunları yoğun şekilde yaşamaktadırlar. Sorunlar karşısında sağlık profesyonelleri bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorunda oldukları için karar verirler. Etik duyarlılığın gelişimi; etik karar vermeyi etkiler. Ahlaki yanıt; etik duyarlılığın ayrılmaz parçası olduğundan bireylerin hasta ya da sağlıklı olarak gerçek durumlarının yorumlanmasını sağlar. Etik duyarlılık; etik sorunu tespit etme yeteneği olarak da tanımlanır ve etik açıdan korunan bir yargıyı karşılar. Etik sorunlar kişiyi ikilemede bırakan, karmaşık sorunlardır. Mutlak doğru veya mutlak yanlış şeklinde tanımlanabilecek kadar kesin çözümleri olmadığından ahlaki olarak karar verip tercihte bulunmayı gerektirirler (Öztürk vd, 2009). Günümüzdeki mesleki uygulamalarda; etik kurallar oluşurken kaideci uygulamalar temel alınmıştır. Buradaki en önemli nokta; mesleki uygulamaların kapsamlı olması ve bu çerçevede devam ettirilmesi zorunluluk olmuştur (Toplu, 2012).

Günümüzde birçok nedenden dolayı farklı kültürlerden gruplar, aileler ve bireylerden oluşan multikültürel nüfus yapıları meydana geldiğinden tüm sağlık profesyonelleri kültürleri farklı olan grupların ihtiyaçlarına yanıt verip holistik sağlık bakımı sunmak için oldukça önemli bir role sahiptirler. Sağlık profesyonelleri bir taraftan halkın kültürel özelliklerine duyarlı olurken, diğer taraftan etik açıdan da duyarlı olmalıdırlar. Halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının ağırlıklı olarak yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeylerinin belirlenmesi, geliştirilmesi halk sağlığı hemşireliğinin sorumluluk alanlarındandır.

Bu çalışma, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

1.Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri nasıldır?

2.Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin etik duyarlılık düzeyleri nasıldır?

3.Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?

4.Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin etik duyarlılık düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?

5.Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık ve etik duyarlılık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KÜLTÜR

Birey; toplum dediğimiz gruplar içinde dünyaya gelir. Toplumlara has zamanla oluşan davranış biçimleri vardır. Bireylerin giyim, barınma, toplumsal rolleri ve aile içindeki ilişkileri toplumlar arası değişir. Davranışlar; yaşam deneyimlerinin birikimi olan kültür ile doğrudan ilişkilidir. Birey davranışları bilinçli ya da bilinç dışı olarak çevresi ile etkileşim kurarken öğrenir (Öncel, 1997).

Kültür, bireylerin düşüncelerini ve eylemlerini etkileyen, nesilden nesillere aktarılan belirli bir sosyal gruptaki insanlar tarafından öğrenilen ve paylaşılan tutumlar, değerler, inançlar ve yaşam uygulamaları olarak tanımlanır (Allen, 2010).

2.1.1.Kültür Kavramı

Kültür tanımları; insan gruplarının üretimlerini içeren kazanımları, deneyimleri, kuşaktan kuşağa aktarılan davranış kalıpları ve tarihi süreç içerisinde geliştirdikleri sembolleri içermektedir (Aktan ve Tutar, 2007). Kültürün geniş ve çeşitli doğası sebebiyle kesin bir tanım yapmak oldukça güçtür (Broom vd, 2019).

TDK kültürü; “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” şeklinde tanımlamıştır. Ek olarak insanların hem maddi hem de manevi üretimlerinin tümü denilebilir (TDK, 2019).

Kültür kavramı; toplumların tecrübe, inanç, sanat anlayışı, ahlaki ve hukuksal normları, örf ve adetleri ile bütün değerlerini içerir (Aktan ve Tutar, 2007). Kültür; toplumlarda tarihsel gelişme süresinde meydana gelen hem maddi hem de manevi değerleri

üretmek sonraki nesillere aktarmak için kullanılan, insanların hem toplumsal hem de doğal ortamına hâkimiyetini gösteren araçlar, ayrıca hars ve ekin olarak tanımlanabilir.

Dünyanın her neresi olursa olsun, bireyler bir grubun üyesi olarak doğarlar, yaşarlar ve ölürlür. Büyük ya da küçük tüm toplumlarda bireylerin tek başlarına değil ortak yaşamlarından kaynaklanan ortak özellikleri mevcuttur (Öncel, 1997).

Kültür, bireyi doğduğu andan itibaren doğanın yarattıklarına karşılık insanın yarattığı, insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılırken etkileyen ve hayatın her döneminde etkilemesi süren inançlar, değerler, gelenekler, tutum, davranışlar, sanat, müzik, yaşam biçimi şekilleridir (Hotun Şahin vd, 2009; Ceylantekin ve Öcalan, 2016). Kültür; cinsiyet, eğitim, yaş, sosyoekonomik durum ve din gibi etmenler ile ilişkili olarak algılandığından farklılaşabilmektedir (Ceylantekin ve Öcalan, 2016). Gelenekleri öğrenip korumak kolaydır; tüm kültürlerin temel yapıları gelenek, inanç ve değerlerdir ve kültürlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasında etkileri büyüktür (Bolsoy ve Sevil, 2006; Yılmaz, 2015).

Kültür; bireyin büyüdüğü sosyal alana uygunluk sağlayan düşünceler, töreler ve yaşam şekliyle olan sistemi belirtmek amacıyla kullanılmaktadır (Öncel, 1997). Bireyin dili, düşünceleri, giyinme biçimi ve evlenme şekli; hastaların tedavi edilmiş biçimleri ve ölen bireylere ilişkin kuralları kültürüne bağlıdır (Öncel, 1997; Yılmaz, 2015).

Kültür; insan varlığının önemli bir boyutudur ve kişisel, sosyal ve etnik çeşitliliklere neden olur (Hotun Şahin vd, 2009). Uluslararası göç nedeniyle; devletlerin siyasi istikrarı, demografik güvenliği, kültürel kimliği, sosyal güvenlik sistemi ve kültürel özellikleri olumsuz etkilenir (Deniz, 2014). Günümüzde modern kabul edilen toplumlarda birey; bulunduğu her toplumsal kurumun kültüre ait farklı özelliklerini (arkadaş grubunda arkadaşlık ilişkilerini, rolünü, ailede kabul edilen inançlar ve değerleri vb.) kazanır. Bu şekilde birey biyolojik bir canlı iken coğrafyaya ait özellikler kazanarak toplumun üyesi olur (Öncel, 1997).

2.1.2.Sağlık, Hastalık ve Kültür

Sağlık hayatımızda günlük olarak sıkça kullanılan bir kavramdır (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). Sağlık; sosyal, kültür, ekonomi, fizik ve biyoloji gibi farklı faktörlerden etkilenir (Biol, 2011). Çoğu kuramcı sağlığı tanımlamış ancak tam olarak ortak tanımda

karar kılamamışlardır. Biyoloji bilim dalında sağlık tanımı; hücrelerin optimum düzeyde işlev görmesi ve hücrelerarası uyumun olması, psikoloji bilim dalında sağlık tanımı; bireylerin beklenmedik olaylara karşı duygularıyla gösterdiği uyum yeteneği, sosyolojide; bireylerin değişen çevre şartlarına gösterdiği uyum davranışlarıdır (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). DSÖ'ne göre sağlık; “Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olunmasıdır” şeklindedir (Öncel, 1997;Biol, 2011). Geniş bir tanım olarak görünmesine rağmen; ekonomik durumu düşük olan ülke vatandaşına yeterli gelmediğinden henüz herkes tarafından kabul edilmemiştir ve bu nedenle gerçekçi bir tanım olmadığı öne sürülmektedir (Biol, 2011;Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). Tanımda geçen “iyilik hali” öbeği incelendiğinde; “İyilik halinin dereceleri var mıdır?” ve “Tam olarak ne ifade edilmek istenmiştir?” gibi sorular akla düşmektedir (Biol, 2011). Algılanan sağlık kavramı kişiden kişiye ya da toplumdan topluma değişebileceği için objektif sağlık ve subjektif sağlık olarak tanımlanmalıdır.

Objektif sağlık; Doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmamasıdır.

Subjektif sağlık; bireyin kendisinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir (Bolsoy ve Sevil, 2006;Biol, 2011;Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011).

Bu durumda bir birey kendini kişisel olarak subjektif olarak sağlıklı algıladığında; objektif olarak aynı şekilde sağlıklı ise o bireye gerçek anlamda sağlıklı diyebiliriz. Böylece sağlık kavramı bireye özgü tanımlanır.

Her bireyin temel haklarından birisi sağlıklı yaşam hakkıdır. Sağlık hakkı Türkiye’de ilk kez 1961 Anayasası’nda yer almıştır. Bireylerin yaşam hakkı, maddi ve manevi varlığını koruyup geliştirme haklarına sahip olduğu da 1982 Anayasası’nda belirtilmiştir (Biol, 2011).

Ülkemizde halk sağlığı bilimine önemli katkılar sağlamış olan Prof. Dr. Nusret Fişek İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde sağlık hizmetinden yararlanma hakkının varlığını vurgulamış ve kültürün önemine de değinip sağlığı; “Toplumun koşullarına ve sağlık sorunlarına uygun bir örgütlenme ve yönetimle, bir toplumdaki insanları hasta olsun ya da “olmasın yaşadıkları çevreyle birlikte göz önüne alan; hasta olanların tedavi edilmelerine çalışan bir hizmettir” şeklinde tanımlamaktadır (Kaplan, 2010).

Kültür nesilden nesile geçen, toplum üyelerinin paylaştığı ve iletildiği sembollerdir. Kültür bir öğrenmedir ve içinde yaşanılan çevrenin etkilerini ve özelliklerini taşır. Kültür sayesinde; gelenekler, inançlar, değerler ve uygulamalar nesilden nesile aktarılır. Bu sebeple bireyin uygulamaları ve sağlığı algılayış biçimi ayrıca bireyin tepkileri kültürden etkilenmektedir (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). İnsan; çevresinde doğduğu kültürün yani çevresinin ürünüdür.

Sağlık ve hastalık kavramı olarak çağrışım yapar. Bu sebeple hastalık kavramı da tanımlanmalıdır. Hastalık yalnızca dokularda ya da hücrelerde meydana gelen fonksiyonel ya da yapısal olarak olağandışı farklılıklardan ortaya çıkmaz (Biol, 2011). Sağlık ve hastalık kavramsal olarak bireylerin kültürlerine ve toplumların kültürel yapılarına göre değişebildikleri için; herhangi bir bireyin hastalık olarak algıladığı durum başka bireye göre hastalık olarak görülmeyebilir (Bolsoy ve Sevil, 2006;Biol, 2011;Başlı vd, 2018).

Kültür; dinamik bir kavramdır ve sürekli değişime uğrar. Bu nedenle sağlık hizmeti sunanların bireylere karşı esnek ve duyarlı olmaları gerekir (Jirwe vd, 2010). Sağlık ve hastalık algısı, zamanla bireyler ve toplumlar arasında farklılıklar göstermiştir. Genellikle bireylerin sağlık ve hastalık kavramlarına dair anlayışı, bilgi ve davranışında geleneklerin sosyal ve kültürel özellikte olan toplumsal çevrenin, ekonomik gücünün ve eğitim düzeyinin etkisi açık olarak görülebilir (Öncel, 1997).

Hastalık kavramı sadece biyolojik olarak değil aynı zamanda sosyokültürel bir olgu olarak kabul edilmelidir (Biol, 2011). Her birey hastalık kavramını farklı algılar çünkü bireyler bizzat kendini algılayarak; vücut yapılarındaki ve fonksiyonlarındaki farklılıkların yanı sıra, toplumdaki rolleri, ilişkileri, inanışları ve kültürüne göre değişiklikler gösterir (Bolsoy ve Sevil, 2006). Kültür sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olduğu için; sağlığın korunması ve hastalıkların tedavi edilmesinde kültüre has farklılıklar görülebilir (Bolsoy ve Sevil, 2006;Başlı vd, 2018).

Hastalık kavramı sadece hastalığın ya da rahatsızlığın olması değildir. Hastalık normal olmayan durum olduğundan bireylerin fonksiyonlarını azaltır ya da tamamen yok eder. Hastalık bireylerin üretkenlik, verimlilik gibi durumlardaki dengeyi bozar. Hastalık kavramı da sağlık kavramı gibi çok boyutlu olarak incelendiği için; bireylerin hayat dengelerini tamamen farklılaştırabilir (Biol, 2011).

Kültür bireylerin hayatlarındaki pek çok noktayı etkilediği için; varlığını tutum, eylem ve örneklerin öğrenilip öğretilmesiyle korur. Bu sebeple bireyler kültürlerine has olan

özellikleri devam ettirebilmek için çabalarlar (Yılmaz, 2015). Toplumların yaşam biçimi olarak da açıklanabilen kültür; bireylerin sağlığı algılama şekillerini etkiler. Çünkü sağlık; çevresel ve biyolojik unsurların yanı sıra kültürel uygulamalardan etkilenir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Farklı kültürlerde bireylerin hastalığı, farklı ölçütlerle değerlendirilebilir (Başlı vd, 2018). Kültür; anlaması ve tanımlaması zor bir kavramdır. Hemşirelikte kültürel eğitimde sorunlar devam etmektedir. Geleneksel olarak bildiğimiz gibi, kültür küreselleşmenin dinamik etkileri tarafından zorlanır. Yirmi birinci yüzyılda göç, seyahat ve iletişim eğilimleri, eşit bir toplum yaratmak için çok kültürlü bir perspektife dayanan kültürel eğitimin geliştirilmesi ihtiyacını acil hale getirir (Duffy, 2001).

2.1.3.Kültür ve Hemşirelik

Hemşireliği açıklayabilmek amacıyla binlerce çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda farklı zamanlarda, farklı kuruluşlar ve hemşire liderler tarafından hemşireliğin tanımları yapılmış; hemşirelik mesleğinin ne olduğu, işlevleri ve rolü tanımlayıp tanıtmaya özen gösterilmiştir (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011).

Türk Hemşireler Derneği (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, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamıştır (Seçim, 1996). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) hemşireliği; var olan ve olabilecek olan sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisi şeklinde tanımlamıştır (Erkal İlhan, 2011).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (Internal Council of Nursing-ICN)'ne göre hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır (Seçim, 1996;Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). Hemşirelik mesleğine büyük katkıları olan Virginia Henderson'a göre hemşirelik; sağlıklı veya hasta bireyin temel gereksinimini

karşılımda bağımsız hale gelmesi için diğer sağlık bakımı veren gruplarla işbirliği içinde çalışmak, bağımsızlığa ulaşma sürecini mümkün olduğunca hızlandırmak ve kaybettiği gücü kazanmasında bireye yardımcı olmaktır (Erkal İlhan, 2011).

Hemşirelik mesleği, sürekli olarak gelişip değişen durumlara uyum sağlayabilir. Dünya'daki toplulukların zamanla çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültürlerarası bakıma ihtiyaç duyulması hemşireliği önemli derecede etkilemiştir (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Geçmişten bugüne kadar toplumsal hareketliliğin içinde olan ve dinamikçe farklı kültürlerden etkilenen ülkemizde kültür duyarlılığı çok önemlidir (Yılmaz, 2015). Günden güne hem dünyada hem de ülkemizde kültür kavramı artarak önem kazanmıştır. Bu nedenle hemşireler ve diğer tüm sağlık profesyonelleri bireylere sağlık hizmeti kültür kavramını göz ardı etmemelidirler (Ceylantekin ve Öcalan, 2016;Başlı vd, 2018).

Farklı kültürlerden bireyler, aileler ya da topluluklara sağlık bakımı sağlayan hemşirelerin önyargılı ve olumsuz yaklaşımları sağlık hizmet kalitesini düşürür (Dias vd, 2012). Sağlık hizmetindeki olumsuz tutumlar tedaviye uyumu zorlaştırıp, sağlık hizmeti kullanım oranını azaltabilir. Bunun sonucunda toplumda fiziksel ve psikolojik sorunlar görülebilir (Tosun ve Sinan, 2020).

Sağlık profesyonelleri, ırkçılığı ve baskıcı uygulamaları ortadan kaldırmanın bir yolu olarak kültürel yetkinliği teşvik etmek için ahlaki bir göreve sahiptir (Narayanasamy ve White, 2005). Sağlık profesyonelleri farklı kültürden bireylere karşı önyargıları olursa; bireyler bunu fark edebilir. Bu durumlar tedaviye uyumsuzluk gibi olumsuz sonuçlar doğurur (Dias vd, 2012). Hemşirenin eleştirel düşünme yeteneği sayesinde bireylere kültürlerarası bakım sunması kolaylaşır. Bu şekilde birey, aile ve toplumda kültürel olarak etkin sağlık hizmeti sağlanabilir (Andrews ve Boyle, 2002).

Hemşirelerin sağlık hizmeti sundukları toplumların kültürel yapılarını tanımaları; verilen sağlık bakım kalitesinin yükselmesini sağlar (Tortumluoğlu, 2004). Hemşirelik bakımından yüksek verim alabilmek için; kültür farklılıkları anlaşılmalı, kültür öğelerinin farkında olunmalı ve buna uygun bakım sunulmalıdır (Hotun Şahin vd, 2009). Sağlık hizmetinde kültürlerarası bakıma değer verildiğinde bakımın kullanım şekli, bakımın niteliği ve bireyin sağlık düzeyi artar. Yirmi birinci yüzyılda tüm sağlık kuruluşlarında görevli hemşireler için kültürlerarası bakım hem mesleki hem de ahlaki sorumluluk ve zorunluluk konumuna gelmiştir (Bayık Temel, 2008).

Hemşireler; farklı kültürden bireylere sağlık hizmeti sunarken zorluklarla karşılaşır. Zorlukları yenip yeterli sağlık hizmeti verebilmeleri için bireylerin kültürel ihtiyaçlarına cevap vermeleri gerekir (Jirwe vd, 2010). Hemşire kültürel olarak yeterli bilgiye sahip olduğunda; bireylerin kültürel benzerliklerini ve farklılıklarını belirleyip bilgi ve iletişim becerilerini kullanıp sağlık bakımı sunar (Gustafson, 2005).

Hemşirelik; bireyi hem sağlıklı hem de hasta iken tüm boyutları ile multidisipliner ele alan bir sağlık disiplini. Hemşirelerin; bireylerin yaşamın başlangıcı ve doğum öncesi gelişimlerinden ölümlerine kadar süren tüm dönemlerinde üstlendiği rol ve sorumlulukları vardır. Bu rol ve sorumlulukları yerine getirme hedefleri birey, aile ve toplumun; sağlığını korumak, hastalıkları önlemek, rahatsızlık/hastalık durumlarında iyileştirmek, başa çıkma yollarını öğretmek ve kolaylaştırmaktır (Turan vd, 2010).

Sağlık hizmet kalitesi; hasta, sağlık çalışanı ve hizmet düzeyinin farklılıklarına bağlıdır (Dias vd, 2012). Son yıllarda "kültürel yeterlilik", "kültürel farkındalık", "kültürel duyarlılık" gibi kavramlar ön plana çıkması; sağlık profesyonelleri ile bireylerin iletişimini ve sağlık bakım kalitesini yükseltmiştir. Zor süreçler olsa da bu sayede kültürel çeşitlilik daha iyi yönetilmiş, sağlık açısından verimli olmuştur (Broom vd, 2019).

Hemşireler, bireylere sağlık bakımı verirken kültürlerarası farklılıklar ve benzerlikler hakkında yeterince bilgili olup bireylere duyarlı davranmalıdırlar (Tortumluoğlu, 2004). Bireylere kültürlerarası bakım verildiğinde hasta ile sağlık profesyoneli arasında güven ilişkisi güçlenir iken; sağlık bakım sonuçlarında gözle görülür iyileşme sağlanır (Başlı vd, 2018). Hemşirelik yaklaşımlarında kültürün tüm yönleri önemlidir (Hotun Şahin vd, 2009). Hemşireler, kültürlerarası bakımda bireysel gelişimini tamamlamalı ve bireyle karşılaştığı uygulamalarında bilgilerini kullanabilmelidir (Turan vd, 2010).

Kültürel değerler ve inançlar, bütüncül bir yaklaşımla hastaların ihtiyaçlarını etkin ve etkili bir şekilde yerine getirmek için çok önemli unsurlardır. Çeşitli kültürlerden habersiz bir hemşire, diğer kültürlerden gelen bazı davranışları yanlış anlayabilir. Kendini açıkça ifade edemeyen veya yanlış anlaşılabilir bir kişi kültürel çatışmalara ve iletişim sorunlarına katkıda bulunabilir ve eşit olmayan tıbbi hizmetlerin veya önyargıların hedefi olabilir. Bu durumda, bireylerin bakım kalitesi ve sağlığı sorgulanabilir (Tanrıverdi, 2017; Tosun ve Sinan, 2020).

Bireylerin sağlık inanç ve uygulamaları, içinde büyüdüğü kültürün bir parçasıdır (Terkeş ve Bektaş, 2013). Hemşireler toplumların kültürel özelliklerini bilip bireylere istendik seviyede sağlık bakımı sunabilmelidir. Sunulan sağlık bakımının bireyler tarafından kabul edilme durumu sağlık hizmetine katılımlarının sağlanması açısından önemlidir (Terkeş ve Bektaş, 2013). Kültürün etkilerinin görmezden gelen sağlık hizmeti; bireylere fayda sağlamaz. Sağlık hizmet kalitesini artırmak için; sağlık bakımı verilen bireylerin sağlık ve hastalık kavramlarını algılayış biçimleri bilinmeli ve bireylerin davranışlarının ardında yatan kültür faktörleri sentezlenmelidir (Ceylantekin ve Öcalan, 2016).

Hemşireliğin temel parçalarından biri iletişimdir. Hasta memnuniyeti ve kaliteli hemşirelik bakımında iletişim önemli rol oynar. İletişim sadece dilden ibaret değildir; konuşma, beden dili, ses tonu, yüz ifadesi, jestler ve mimikleri de içerir. İletişim zayıf olduğunda aynı dil konuşulmadığı için; kültürlerarası sağlık bakımı olumsuz etkilenir (Jirwe vd, 2010). Bireyler ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim sağlık hizmetlerinin kalitesinde büyük öneme sahiptir (Broom vd, 2019).

Farklı kültürlerde bireyin hasta olarak kabul edilmesi, kişinin kendisinden beklenen işi yapıp yapamaması gibi bazı ölçütlere göre değerlendirilir. Ancak hastalık nedenleri, bireysel ve çevresel nedenler olarak gruplandırılır. Bireylerin hayatlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için; temel gereksinimlere ihtiyaçları vardır. Hasta birey; temel ihtiyaçlarının bazılarını hatta hastalık seviyesine göre bazı durumlarda hiçbirini bireysel olarak karşılayamayacak olan bireydir. Hemşire bakımda, hasta bireylerin karşılayamadığı gereksinimlere destek olup gerektiğinde bireysel yetkinliğini sağlamasına yardımcı olarak, iyileşme süreçlerine katkıda bulunur (Biol, 2011).

Her birey, dünyayı kendi penceresinden algılar. Kültüre özgü bakım verildiğinde, hastanın tedaviye uyum süreci olumlu etkilenir. Hemşire; birey, aile ve toplum için nitelikli sağlık bakım hizmeti amaçlıyorsa; bulunduğu toplumun kültürünü çok iyi tanıyıp fark etmelidir (Yılmaz, 2015;Ceylantekin ve Öcalan, 2016). Kültürün sağlığı etkileyen olumsuz bir yönü varsa uygun müdahale yapılmalıdır (Bolsoy ve Sevil, 2006;Hotun Şahin vd, 2009).

Hemşire kendini anladığında; hastayı kültürel olarak daha kolay anlar. Temelinde kültür olan bilgi ve yaklaşım; hemşire ve hasta bireyin bireysel güvenlerinin artmasını sağlayabilir Hemşireler kültürel faktörleri, kendi kültürlerini, bakım verdikleri hastaların ve ailelerinin kültürlerini iyi değerlendirmelidir. Hastanın kültürü dikkate alınarak, anlayış ve

saygı göstererek bu kültürün sağlığı pozitif olarak etkileyen taraflarından yararlanılmalıdır (Bolsoy ve Sevil, 2006;Hotun Şahin vd, 2009).

Toplumdaki bütün bireylerin kültürel geçmişinin ve özelliklerinin bilinmesi olanaksız olduğundan; tanılamada önemli olan temel kültürel verilerinin yeterince toplanması önemlidir. Hemşirenin değerlendirmesi sonradan yapılacak değerlendirmede zemin olabilir. Bu durumda hemşire topladığı bilgiler sayesinde etkili bir iletişime geçebilir. Hemşire yeterli veri toplayamadığında; bireylerin davranışlarına temel olan kültür bağlı nedenleri çözemez. Bu durumda bireylerin sunulan sağlık hizmetini kabul etme durumlarını ve sağlık hizmetinden etkili yararlanma nedenleri değerlendirilemez. Böylece iletişimin zayıflaması, hasta memnuniyetinin azalması, tedaviye uyumda azalma ve sağlıkta eşitsizlikler gibi sorunlar görülür (Başlı vd, 2018).

Hemşireler farklı kültürleri tanımadığında kendi kültüründen olmayan hareketleri olduğundan farklı algılar ve kendisi ya da birey kültür şoku yaşayabilir. Leininger'e göre hemşire, farklı kültürlerle ait bilgisini artırarak, hastalara kendi kültürlerine uygun ve ön yargıdan uzak bir bakım verebilir; kültürel şoku engelleyebilir (Tortumluoğlu, 2004).

Kültürlere duyarlı hemşireliğin özelliği ve önemi hem bireysel hem de mesleki açıdan çok boyutludur. ANA; hemşire-hasta birlikteliğinde karşılıklı üç etkileşimi; “hemşirenin kültürü”, “hastanın kültürü” ve “ortamın kültürü” şeklinde belirtmiştir. ANA'ne göre; hemşireler kendi gelenek, inanç ve değerlerini bu “üçlü transkültürel ilişki” de barındırırlar (Bolsoy ve Sevil, 2006;Hotun Şahin vd, 2009).

Amerikan Hemşirelik Akademisi, ICN ve Transkültürel Hemşirelik Derneği; sosyal eşitlik, adalet ve bireysel farklılıkları göz önünde bulundurup, bütüncül ve kültürel içerikli bakım vermeyi amaçlayan ve tüm dünyada hemşirelik uygulamaları için ortak bir dil oluşturmayı hedefleyen bir rehber oluşturmuşlardır. Hazırlanan bu rehberde 12 temel standardın 7 tanesinin temelini kültürden aldığı görülmektedir. Bunlar; kültürel farkındalık, kültüre dayalı bakım, kültüre dayalı sağlık bakım sistemleri ve organizasyon, multikültürel işgücü, eğitim ve öğretimde kültüre dayalı bakım, kültürlerarası iletişim ve kültürlerarası liderlik standartlarıdır (Öztürk ve Öztaş, 2012).

2.1.4.Kültürlerarası Hemşirelik

Bireylerin sağlık gereksinimleri, kültürel yapılarına göre farklılık gösterebilir (Birol, 2011). Bireyler kendi kültürel değerlerine saygı duyulup değer verilmesi beklentisindedirler. Birey kültürüne saygı gösterilip değer verilmediğini algılasa; hemşirenin bakımda koyduğu hedefe ulaşması zorlaşır ve bakım eksik uygulanmış olur (Tanrıverdi, 2016). Kültürlerarası hemşirelik, kültürel olarak oluşturulmuş bakımın insanların sağlığına ve refahına katkıda bulunma yollarını keşfetmek ve açıklamak ya da insanların ölüm ve engellerle yüzleşmesine yardımcı olmak için belirli kültürel bağlamlarda bakım anlamları, değerleri ve uygulamalarına odaklanan özel bir disiplindir (Leininger, 1997). Bu nedenle Leininger, farklı kültürlerde yetişen bireylere uygun bakım verebilecek nitelikte hemşire yetiştirilmesinin önemini vurgulamıştır. Farklı kültürlerde yetişen bireylerin de kendi kültürel varlıklarını açıkça ifade etmeleri, temel insan hakları olduğundan kültürlerarası hemşirelik konusunda bilgili hemşireler yetiştirilmelidir. Bu nedenle tüm kültürlerdeki benzer ve farklı davranışlar saptanıp eğitim programları geliştirilmelidir. Leininger, bu amaca ulaşmak için antropologların yaptığı araştırmalardan yararlanılmasını ve hemşirelik alanında da benzer araştırmaların yapılmasını önermektedir (Birol, 2011). Transkültürel açıdan hemşireliğin dört anahtar kavramı vardır. Bunlar;

- ✓ Hemşirelik bireylere anlamlı, uygun, kültürel değerlere ve yaşam biçimine saygılı insana yakışır bir hizmet sunmayı amaçlayan transkültürel hizmet veren bir meslektir.
- ✓ Birey kültürel bir varlıktır, kültürel geçmişinden ayrı olarak düşünülemez.
- ✓ Birey çevresiyle bir bütündür ve çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle de fiziksel, ekolojik, sosyo-politik ve/veya kültürel varlık olarak sürekli etkileşim halindedir.
- ✓ Sağlık; kültürden kültüre değişen bir kavramdır (Tortumluoğlu, 2004;Uçan vd, 2008).

Kültürlerarası hemşireliği gerçeğe dönüştürmek için araştırmaya dayalı bilgi, ilke ve kavramların kullanılması ve anlamlı ve özgün yollarla öğretmek ve uygulamak için teorik bir bakış açısı kullanmaktır. Belirli bir felsefe ile ve araştırma ve teori odaklı olarak

başlayan kültürlerarası hemşireliğin süregelen bilgi ve uygulama tabanını sürdürmek ve geliştirmek esastır (Leininger, 1997).

Kültürlerarası hemşireliğin amacı; birey, aile ve grupların kültürel gereksinimlerini karşılamada duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunmak, hemşirelik bilgi ve uygulamalarını kültürel olarak kavramsallaştırarak kullanılmasını sağlamaktır (Tanrıverdi, 2016). Kültürlerarası hemşirelikte bakımın amacı; farklı veya benzer kültür geçmişine sahip bireyler için olumlu sağlık sonuçları elde etmektir (Leininger, 1996;Broom vd, 2019).

2.1.4.1.Kültürlerarası hemşireliğin tanımı

Leininger kültürel açıdan hemşirelik bakımına odaklanmış ve bu alanda liderleşmiştir. Leininger'e göre kültürlerarası hemşirelik kavramı; farklı kültürden insanlara kültürel açıdan doğru, duyarlı ve yeterli hemşirelik bakımı verebilmek için kültürel değerler, inançlar, uygulamalardaki farklılıkları ve benzerlikleri göz önüne alarak kültürel bakım, sağlık ve hastalık durumlarına yönelen çalışma ve uygulama alanı olarak tanımlanır (Ceylantekin ve Öcalan, 2016).

Leininger hemşirelik bakımında kültüre odaklanıp; hemşirelik mesleğinde bakım kavramının önemini kabul etmiştir. Leininger'in Kültür Bakım Kuramı, “bilişsel temelli yardımcı, destekleyici, kolaylaştırıcı veya çoğunlukla bireye, gruba veya kurumun kültürel değerlerine, inançlarına ve yaşam tarzlarına uyacak şekilde uyarlanmış eylemler veya kararlar sağlayarak” kültürel olarak uyumlu hemşirelik bakımı sağlamaya çalışır (Leininger, 1996).

Leininger ilk kez 1979 yılında Transkültürel Hemşireliği; “Hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgülük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt kültür ve kültürlerdeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya alt dalı” olarak tanımlamıştır (Tortumluoğlu, 2004;Tanrıverdi, 2016). Kültürlerarası hemşirelik, başlangıçtan itibaren, insanların kültürel değerleri, inançları ve yaşam yollarındaki farklılıklar ve benzerlikler bakımından karşılaştırmalı bütüncül kültürel bakım, sağlık ve hastalık kalıplarına odaklanan resmi bir

çalışma ve uygulama alanı olarak tanımlanmıştır (Leininger, 1997). Kültürlere duyarlı hemşirelik uygulamalarının dayandığı temel ilkeler;

- ✓ Kültürün önemi üzerinde düşünölmeli,
- ✓ Kültürel farklılıklara değeri verilmeli,
- ✓ Bireylerin davranışlarındaki kültürel etkiler anlaşılmalı,
- ✓ Kültürel farklılığa sahip bireylere empatik yaklaşılmalı,
- ✓ Bireylerin kültürlerine saygı gösterilmeli,
- ✓ Bireylere karşı kültürel konularda sabırlı olunmalı,
- ✓ Bireylerin davranışları iyice analiz edilmeli,
- ✓ Kültürel bilgi birikimi oluşturulmalı,
- ✓ Kültürel farklılıklara yönelik uyum hizmeti sağlanmalıdır (Hotun Şahin vd, 2009).

Kültürlerarası hemşirelik ilkelerini uygulanıp kültürel açıdan etkili bakım verildiğinde sağlık hizmetinde eşitlik sağlanır. Dünya çapındaki çoğu sağlık kuruluşu kültürlerarası hemşirelik ilkeleri doğrultusunda bakım uygulamıştır (Douglas vd, 2013).

2.1.4.2.Kültürlerarası hemşirelikte tarihsel gelişim

Peplau, hemşirelikte ilk kez ruh sağlığı üzerinde kültür faktörünün önemli bir değişken olduğuna 1950’de dikkat çekmiştir. Leininger transkültürel hemşirelik hareketlerinin sınırını genişletmeye, duyurmaya çaba sarf etmiştir. 1960’lı yıllarda bakımda bireylerin kültür farklılıklarına daha fazla dikkat edilmeye başlanmıştır (Leininger, 2002; Tortumluoğlu, 2004; Hotun Şahin vd, 2009). ICN 1969’da hemşirelikte kültür içeriği kullanmaya başlamıştır. 1974’de “Kültürlerarası Hemşireler Birliği” kurulmuş ve 1990’da “Journal of Transcultural Nursing” yayınlanmıştır (Tortumluoğlu, 2004; Hotun Şahin vd, 2009; Ceylantekin ve Öcalan, 2016; Tosun ve Sinan, 2020). Bu tarihten sonra da dünya çapında kültürlerarası hemşirelik kavramı; kongreler ile desteklenmiş ve sertifika programları düzenlenmiştir (Ceylantekin ve Öcalan, 2016). Kültürel içerikli bakım

hakkındaki genel bilgilerin öncüleri transkültürel hemşirelik topluluğunun üyeleridir. Leininger ilk kez “Transkültürel Hemşirelik” terimini 1979 yılında kullanmıştır (Leininger, 2002; Tortumluoğlu, 2004; Hotun Şahin vd, 2009).

İlk profesyonel hemşire antropolojisi, kültürlerarası hemşirelik ve kültürlerarası hemşirelik bakım teorisi kavramını geliştiren Madeline Leininger 1925’de Amerika’da doğmuştur. 1950 ile 1960 yılları arasında Leininger antropoloji ve hemşirelik arasındaki ilgi ve bağlantının genel bazı alanlarını ortaya koymuştur (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011).

Leininger’in temel kavramları; bakım verme (care), bakım (caring) ve kültüredir. Bakım verme kavramı; bireyler ve toplumlar için önceden belirlenen gereksinimlere yardım eden, destekleyen ve kolaylaştıran rollerle yaklaşım insan yaşamını düzelter ve iyileştiren durumdur (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). Leininger’e göre bakım kavramı; hemşirelik bilgi ve uygulamalarının merkezidir. Bakıma ihtiyaç duyan birey, aile ya da grubun belirlenen gereksinimlerinin giderilmesi için desteklemek ve yardım etmektir. Bakım; çevre koşullarını ve yaşam biçimlerinin düzeltip geliştirmeye yönelik hizmetlerdir (Biol, 2011; Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011).

Ayrı ayrı toplumlardaki değişik kültürlere sahip bireylere bakım verme ihtiyacı; transkültürel hemşireliği ortaya çıkarmıştır (Tortumluoğlu, 2004; Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Kültür, belirlenmiş kültür değerleri, inançları, davranışları ve kuralları olan insan gruplarının yaşam şeklidir. Leininger, kültürü sağlık-hastalık davranışlarına ve bakım kararları vermede temel bir güç olarak görmektedir. Bu değerler bireysel farklılıkları ortaya çıkarmakta ve sağlık alışkanlıklarını etkilemektedir (Sabuncu ve Erkal İlhan, 2011). Kültürel olarak yeterli bakım verme tarihi süreçte araştırıldığında; etnik olarak farklı toplumlara hemşirelik bakımı verilmesinde kültürel yeterliğin kaynağı, Madeline Leininger ve onun geliştirdiği Kültür Bakım Çeşitliliği ve Evrenselliği teorisiyle başlamıştır. Leininger; kültürel yeterlik kavramını kültürel olarak uygun hemşirelik bakımının boyutlarıyla tanımlamıştır (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Leininger ’in “Hemşirelik ve Antropoloji (1970)”, “Kültürlerarası Hemşirelik; Kavramlar, Kuramlar ve Uygulamalar (1978)”, “Bakım Olgusu, Önemi, Araştırma, Sorular ve Kuramsal Görüşler (1981)” gibi önemli yayınları vardır (Leininger, 2002; Biol, 2011).

Leininger’in karşılaştırmalı bütüncül kültürel bakımı; sağlık, hastalık modelleri ile kültürel olarak uygun, yeterli ve şefkatli bakımı sağlamak amacıyla bireylerin kültürel değerleri, inançları ve yaşam biçimlerindeki hem benzerlikler hem de farklılıklar üzerine

odaklanan bir çalışma ve uygulama alanını oluşturmuştur (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009;Biol, 2011). 1990'ların sonlarında; bireylerin kültürel özelliklerinin ön plana alınıp hemşirelik yaklaşımını geliştirmek amacıyla birçok model geliştirilmiştir (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009).

1950lerin ortalarında hemşirelerin kültürel yabancıları anlamaları ve kültüre özgü hemşirelik bakımı sağlamaları için yeni bir yol oluşturmak Leininger için büyük bir zorluktu (Leininger, 1997). Leininger 1960larda hemşirelik mesleğini hastanın özelliklerine göre ayarlamak gerektiğini vurgulamasına rağmen günümüzde dünya çapında bakıldığında hayat tarzına göre özellikleri değişen bireylere layıkıyla sağlık hizmeti vermek hala zorlayıcıdır (Tian vd, 2020).

Hemşirelik modelleri soyuttur. Amaçları; inanç, değer, kavramlar üzerlerine kuramlar oluşturmaktır. Tek başına değerlendirildiklerinde kuram olarak görülmezler ancak kuramların çekirdeği niteliğindedirler. Modeller fark edilmeyen ya da unutulmuş farklı bakım boyutlarını anımsatan birer araçtır. Geçmişten günümüze değerlendirdiğimizde hemşirelikte oldukça çok model ve teori geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modellerden bazıları hemşirelikte kültürel yeterliliğe odaklanan modellerdir. Bu alanda ilk kez Leininger, 1950'li yılların ortalarında bireylerin kültürlerine uygun bakımı keşfetmek amacıyla "Kültürel Bakımda Farklılık ve Benzerlikler" teorisini geliştirmiş ve 1980'li yılların ortalarında teorisini görünür kılmak için Gündoğumu Modeliyle resmetmiştir (Leininger, 2002;Tanrıverdi, 2017). Kültürün en üretken hemşirelik teorisi, kültürlerarası hemşirelik, 1950'lerde ve 1960'larda Kuzey Amerikalı hemşire antropolog Madeleine Leininger tarafından hemşirelere kültürel olarak anlamlı ve yardımcı bakım sağlamanın yolları ile geliştirilmiştir (Allen, 2010). Geliştirilen kültürlerarası hemşirelik modelleri;

Leininger: Gündoğumu Modeli

Purnell: Kültürel Yeterlilik Modeli

Giger ve Davidhizar: Kültürlerarası Değerlendirme Modeli

Spector: Sağlık ve Hastalıkta Kültürel Farklılık Modeli ya da Sağlık Gelenekleri Modeli

Campinha-Bacote: Kültürel Yeterlilik Modeli

Andrews ve Boyle: Hemşirelik Bakımında Kültürlerarası Kavramlar

Papadopulos ve Lees: Sağlık Araştırmaları İçin Genel ve Spesifik Kültürel Yeterlilik Modeli

Orque: Etnik Kültürel Sistemleri Modeli

Kim-Godwin, Clarke ve Barton: Toplum Bakımında Kültürel Yeterlilik Dağılım Modeli

Burchum: Kültürel Yeterlilik: Evrimsel Boyutuyla

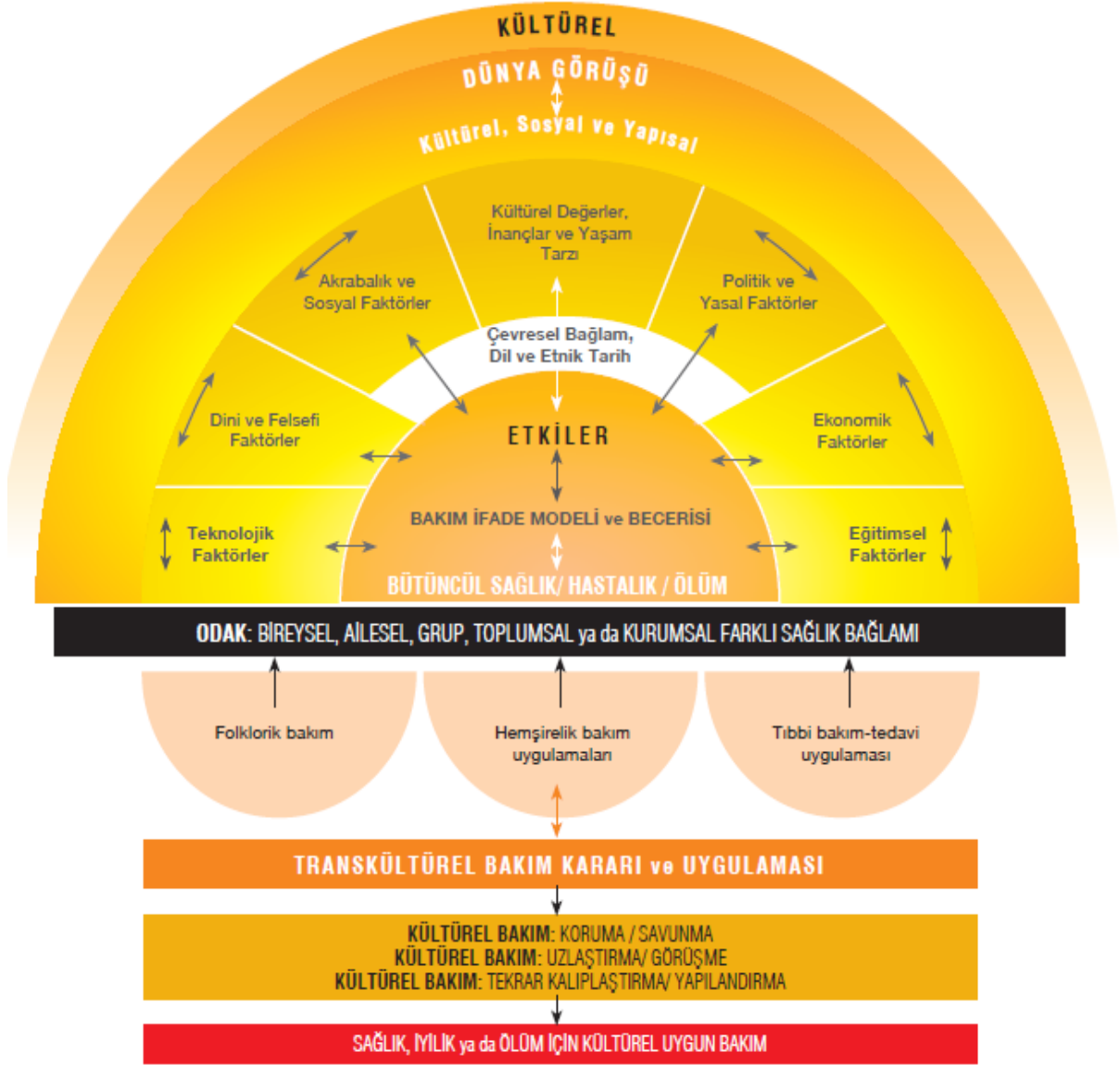
Cross, Bazron, Dennis ve Isaacs: Kültürel Olarak Yeterli Bakım Sürecine Doğru: Emosyonel Olarak Ciddi Rahatsızlığı Olan Azınlık ocukları İçin Etkili Hizmetler

Pacquiao: Etik Karar Almada Kültürel Yeterli Araştırmacılar Yetiştirme

Suh: Evrimsel Kavram Analizi Sayesinde Kültürel Yeterlilik Modeli

Wells: Kültürel Yeterlilik tesi: Bireysel ve Kurumsal Kültürel Gelişme İçin Model (Tanrıverdi ve Karaca Sivrikaya, 2014).

Leininger'in Gündoğumu Modeli: Leininger kültürlerarası hemşirelik alanındaki ilk çalışmaları yapıp antropolojide doktor unvanı olan tek hemşiredir. Leininger tarafından 1960 yılında geliştirilen "Culture Care Diversity and Universality" teorisi, transkültürel hemşirelik alanında geliştirilmiş ilk teoridir; dünya çapında kullanılmaktadır. Bu teori; farklı ve evrensel kültürleri keşfedip karşılaştırmalı bakım sunmaya odaklanır. Çevresel koşullar, inanç, kültür, etnografya, dil, cinsiyet, politika, teknoloji, sınıf ırkçılık, sosyal yapılanma, ekonomi, akrabalık, filozofi gibi sağlık ve bakımı etkileyecek çok etmenli yaklaşımı benimser. Teknoloji, din, felsefe, akrabalık ve sosyal etmenleri, kültürel değerler ve yaşam tarzını politik ve yasal, ekonomik ve sosyal faktörleri içeren bu model; 1960 yıllarından bu yana yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır (Hotun şahin vd, 2009).

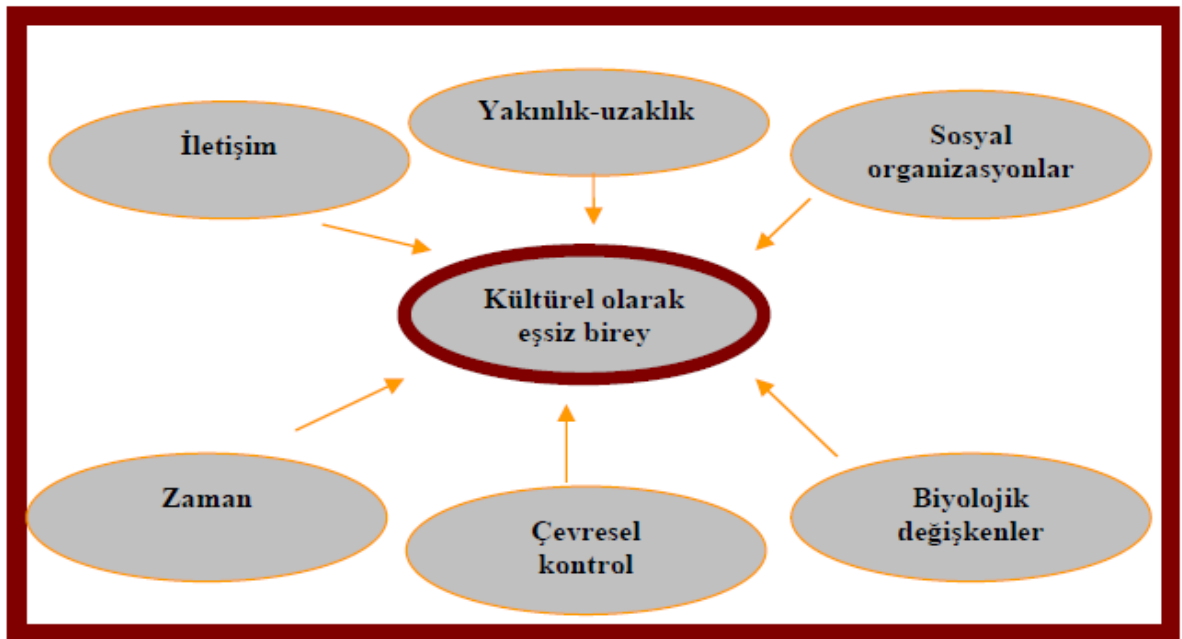


Şekil 1: Leininger'in Gündoğumu Modeli (Tanrıverdi ve Karaca Sivrikaya, 2014)

Leininger dışında başka hemşireler de kültürel bakım alanında çalışmıştır. Giger ve Davidhizar'sın Transkültürel Değerlendirme Modeli, Leininger'in modeli gibi kültürün tanımlanmasına örnek oluşturan iyi bir model olarak kabul edilir. Model; 1988 yılında geliştirilip 1990 yılında yayınlanmış ve kültürel olarak farklı bireyleri değerlendirirken ve sağlık bakımı verirken öğrenci hemşirelerin ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Tortumluoğlu, 2004; Hotun Şahin vd, 2009; Tanrıverdi, 2016). Giger ve Davidhizar'sın Transkültürel Değerlendirme Modeli; sağlık ve hastalık davranışları üzerinde kültürel değerler ve onların etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir araçtır (Tortumluoğlu, 2004; Hotun Şahin vd, 2009). Bu model, diğer modeller gibi Leininger'i temel almıştır. Model; transkültürel

hemşirelik, kültürel içerikli bakım, kültürel olarak eşsiz birey, kültürel olarak duyarlı çevre, sağlık ve sağlık durumu temel kavramlarından oluşmaktadır (Tortumluoğlu, 2004;Tanrıverdi, 2016).

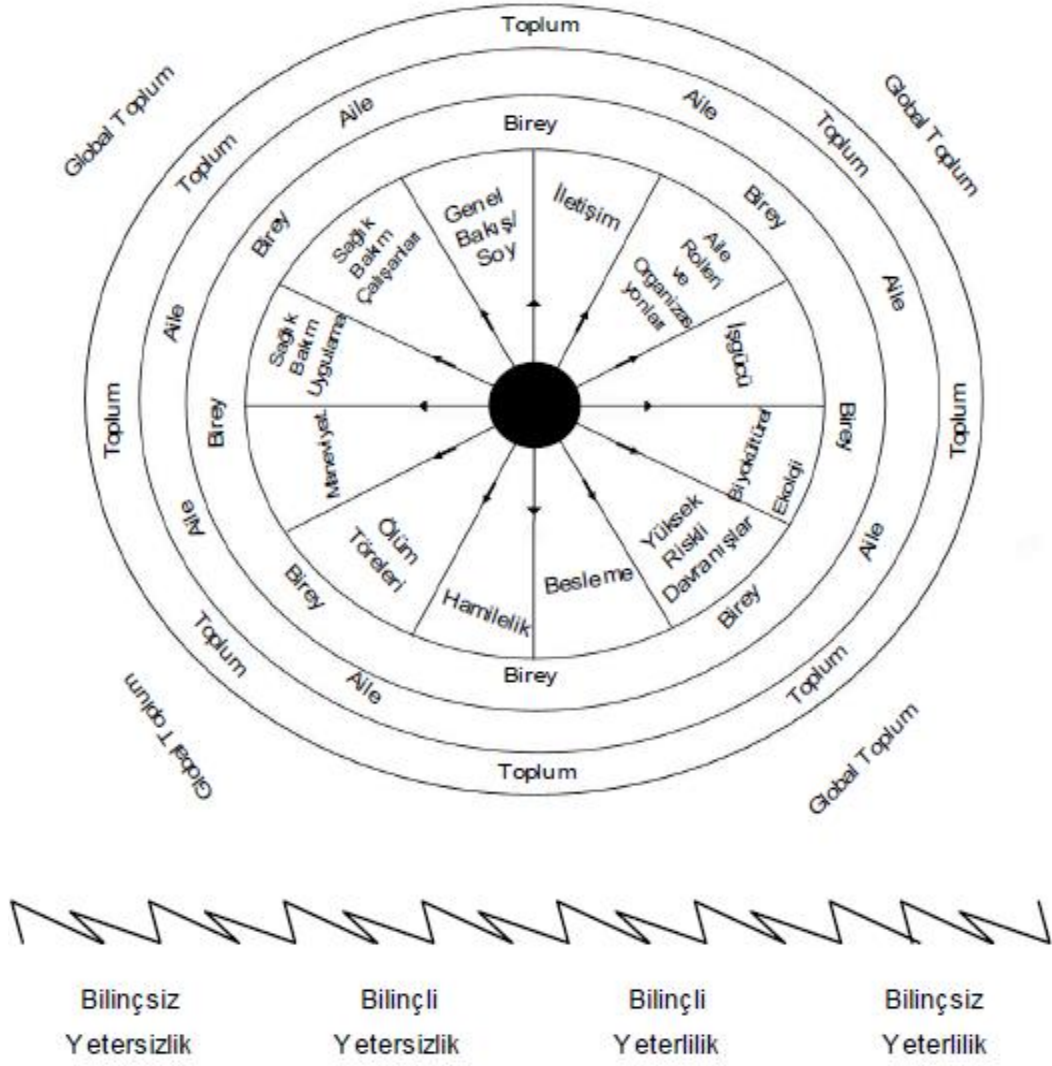
Modelde en büyük amaç; bireylere yönelik bakımda tek yönlü yaklaşımı engellemektir. Giger ve Davidhizar'ın modelinde her bir birey eşsiz kabul edilir ve altı kültürel boyuta göre değerlendirilir. Bunlar; iletişim, yakınlık/uzaklık, sosyal organizasyon, zaman, çevresel kontrol ve biyolojik değişkenlerdir. Transkültürel hemşireliğin, tam anlamıyla tüm kültürel topluluklarda kullanıldığına dair kesinlik yoktur (Tortumluoğlu, 2004;Tanrıverdi, 2016).



Şekil 2: Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel Değerlendirme Modeli (Tortumluoğlu, 2004)

Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli, 1995'de hemşire modelist Purnell tarafından öğrenci hemşireler için kliniğe ait değerlendirme aracı olarak kullanılmak için geliştirilmiştir. Model; birçok dile çevrilmiş olup halen kullanılmaktadır. Model; uygulama, eğitim, yönetim ve araştırma gibi hemşireliğin pek çok alanında kullanılabilir özelliktedir (Tortumluoğlu, 2004).

Kültürel yeterlilik modeli; kültür ve günlük hayatın anlamına odaklı; sağlık, sağlığı geliştirme ve hastalık süresinde, bireylerin durumu ile ilgili kültürel anlaşılmayı artırmak için oluşturulmuştur (Tortumluoğlu, 2004;Tanrıverdi, 2016). Modelin temeli; birey, aile ve toplumun etik bakış açılarıdır. Ancak; yönetim, ekoloji, antropoloji, psikoloji, tarih, beslenme ve dil bilimi gibi birçok teoriye temellenmiştir (Tortumluoğlu, 2004).



Şekil 3: Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli (Tortumluoğlu, 2004)

Narayanasamy'nin ACCESS Modeli: Narayanasamy; 1998'de kültürel bakım uygulamalarının çerçevesini oluşturmak için ACCESS (Assessment, Communication, Cultural negotiations and compromise, Establishing respect, Sensitivity and Safety) şeklinde modelini tanımlamıştır. ACCESS modelinin kriterleri; değerlendirme, iletişim, kültürel görüşme ve uzlaşma, saygı duyma, duyarlılık ve güvenlik boyutlarıdır (Hotun Şahin vd, 2009).

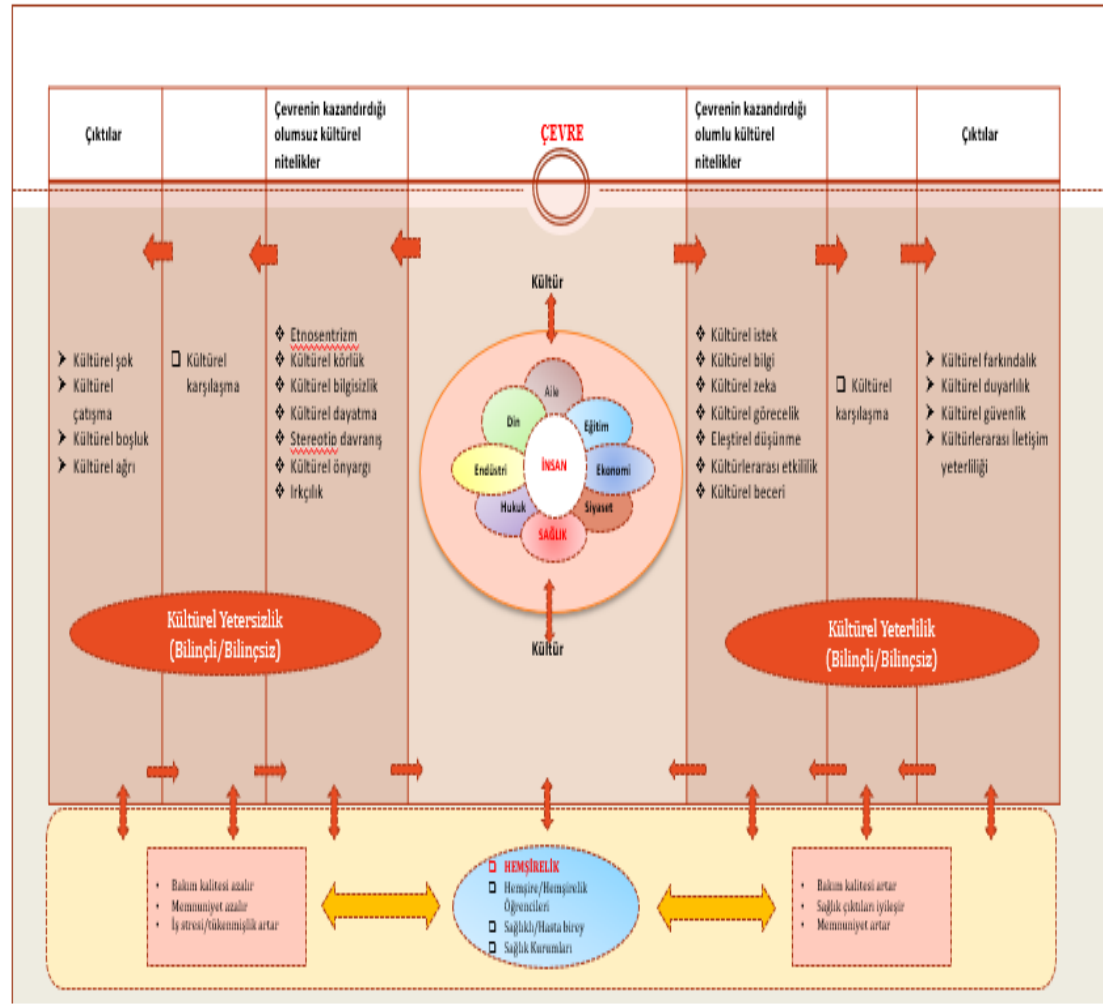
Narayanasamy'nin ACCESS Modelinin kriterlerini incelersek;

- ✓ Değerlendirme; kültürel açıdan hastanın yaşam tarzı, sağlıkla ilişkili inanış ve uygulamalarına odaklanma,
- ✓ İletişim; sözlü ve sözsüz tepkilerin çeşitliliğinin farkında olma,

- ✓ Kültürel Görüşme ve Uzlaşma; Hastanın görüşünü anlamak kadar, diğer insanların kültürünün daha çok farkına varma ve onların problemlerini açıklama,
- ✓ Saygı duyma; hastanın kültürel inanç ve uzlaşma değerlerinin gerekliliğine inanan terapötik ilişkiyi tanımlama,
- ✓ Duyarlılık; kültürel yönden farklı gruplara bu farklılığa duyarlı olan bakım modelini uygulama
- ✓ Güvenlik; Kültürel yönden güvenli bakım aldığını hastaya hissettirmek olarak tanımlanabilir (Hotun Şahin vd, 2009).

ACCESS; Nottingham Üniversitesi hemşire eğitim programlarında kültürel yeterliliğin çerçevesi olarak kullanılır. ACCESS Modeli kültürlerarası iletişim, kültürel müzakereler, çeşitlilik, kutlamalar ve kültürel güvenliğin teşvik edilmesi için kullanılır (Narayanasamy ve White, 2005).

Çevre Odaklı Kültürel Yeterlilik Modeli (ÇOKYM): ÇOKYM’ni oluşturan temel kavramlar; insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir. Kültürden etkilenen topluluklardan oluşan ortama odaklanan kültürel yeterlilik sürecinin; hemşire, sağlık kuruluşu ve bireyin sağlık/hastalık açısından ninverileri ve sonuçlarının anlaşılmasına değişik açıdan bakmak sebebiyle geliştirilmiştir (Tanrıverdi, 2017).



Şekil 4: ÇOKYM (Tanrıverdi, 2017)

Kültürlerarası hemşirelikte geliştirilen modeller genel olarak incelendiğinde görülen; kültürel yeterliliği esas alıp, kültürel bilgi, kültürel farkındalık, kültürel duyarlılık ve kültürel değerlendirmeye odaklandıklarıdır (Tanrıverdi ve Karaca Sivrikaya, 2014). Modellere bakıldığında; sağlık profesyonellerinin kültürel yeterliliğini değerlendirirken, hasta ve sağlık sonuçlarını değerlendirmemektedir. Bu durum; olumsuz sonuçlar doğurur. Sağlık profesyonellerinin davranışları, hastaların memnuniyet durumu ve klinik sonuçlar önemsenmediğinde uygulanan sağlık bakımının kültürel yeterliliği doğrulanamaz (Tanrıverdi, 2017). Genel olarak kültür şoku, kültürel körlüğü, kültürel cehaleti, kültürel çatışmayı, kültürel dayatmayı, kültürel boşluğu, kültürel ağrıyı, kültürel engelleri, kültürel önyargıyı, etik bakışı, stereotip davranışı ve kültürel usandırmayı kültürel yeterli bakımın önündeki engeller olarak değerlendirmektedirler (Tanrıverdi ve Karaca Sivrikaya, 2014).

2.1.4.3.Kültürlararası hemşirelikte temel kavramlar

Kültür: Nesilden nesile aktarılan öğrenilen, paylaşılan yaşam biçimi, değerler, inançlar ve uygulamalardır. Öğrenilip paylaşılan değerler, davranış özellikleri, semboller ve inançlar olarak genel anlamda ifade edilebilir. Kültür; yaşam biçimi, maddi ve manevi unsurların bileşimi ve insanların yaptığı her şey şeklinde tanımlanabilir (Tanrıverdi, 2016; 2017).

Bakım: Bir diğer bireyin ihtiyaçlarını karşılama, destekleme sürecidir (Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Bakım: Bireye bakım verirken kültürel özelliklerinin göz önüne alınmasıdır (Tanrıverdi, 2017). Sağlık bakımının kültürel olarak duyarlı, yeterli ve kültüre uygunluğudur. Kültürel özellikleri tanıyıp, kültüre özel bilgilere sahip olmak kültürel bakım vermede önemli bir noktadır. Kültürel bakım birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamada önemlidir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Dünyada hekim ve hemşirelerin kültürel yeterliliğe sahip olmalarının gerekliliğinden ve öneminden bahsedilmektedir (Seviğ vd, 2014).

Kültürel yönden yeterli bakım ve hasta merkezli bakım kavramları birbirine benzemelerine rağmen odaklandıkları noktalar farklıdır. Kültürel yönden yeterli bakımda kaliteli bakımın kültürel yönden farklı ve dezavantajlı gruplara tarafsız ulaştırılmasına odaklanırken; hasta merkezli bakımda; her hastaya yüksek kaliteli ve bireyselleşmiş bakım sağlanmasına odaklanılmaktadır (Seviğ vd, 2014).

Kültürel ve Sosyal Yapı Boyutları: Din, eğitim, akrabalık, politik, ekonomik, teknolojik, felsefik, kültürel değerler, tarih ve dil gibi kültürel özelliklerle yapılan bütüncül, dinamik ve ilişkili öğeleri ifade eder (Tanrıverdi, 2017).

Kültürel Boşluk: Herhangi bir kültürde başka bir kültürün değerler, inançlar ve yaşam biçim kullanılmaya çalışıldığında meydana gelir. Genellikle istenmeyen sonuçlar ortaya çıkar. Din, etnik köken, yaş ya da sosyal sınıf ile ilgili kültürel boşluk oluşabilir. Kültürel dayatma kültürel boşluğa zemin hazırlayan önemli bir faktördür (Seviğ vd, 2014).

Kültürel Dayatma: Herhangi bir bireyin inanç, değer ve yaşam biçimini başka bir bireye kabul ettirme inancında olunmasıdır (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Bariyerler: Ulaşılmak istenen hedefler, fırsatlar ya da kültürel değerlendirmedeki engeller olarak bilinir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Önyargı: Bireyin aldığı tüm kararları kendisinin değer ve inançlarına dayandırmasıdır (Seviğ vd, 2014).

Kültürel Körlük: Birey kendi değerlerini ya da yaşam biçimini tanımlarken kendi kabiliyetsizliğini ya da farklı bireylerin kültürlerini görmezden gelmesidir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Başka bir deyişle; kültürel farklılığın ifade edilmesine önem vermemesi; hemşirenin bireylerin kültürel farklılıklarını görmezden gelerek bakımına devam etmesidir (Uçan vd, 2008;Seviğ vd, 2014).

Kültürel Çatışma: Kültürler içinde ya da kültürler arasındaki farklılıkların anlaşılmaması ve fikir ayrılıklarının olması durumudur (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Hemşirenin bireylere ve ailelere kendi kültürü doğrultusunda bakım vermesi kültürel çatışmalara neden olabilir (Uçan vd, 2008).

Kültürel Bilgisizlik: Güvenli, yeterli ve anlamlı bakım sağlayabilmek için gereken kültürel özellikler hakkında yetersiz bilgidir. Bu durumun hemşirelik bakımında varlığı; sağlık sonuçlarını olumsuzlaştırır (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Bilgi: Hemşirenin birey ya da gruba etkili bakım verebilmesi için bireyin ya da grubun kültürü hakkında sahip olması gereken bilgidir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Ağrı: Genellikle farklı biri tarafından yapılan saldırgan ve aşağılayıcı davranış karşısında herhangi bir kültüre sahip birey ya da grubun yaşadığı uygun olmayan cevap, acı çekme ya da önemli derecede rahatsızlıktır (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Şok: Hemşirenin farklı kültürdeki bireylere bakım verdiği ve özellikle de bakım verdiği bireyin kültürü hakkında çok az bilgiye sahip olduğu durumlarda hastanın durumuna yönelik ortaya koyduğu tepkidir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Hastanın kültürel anlayışına ters gelen bir duruma gösterdiği tepki de kültürel şok olarak tanımlanır (Tanrıverdi, 2016).

Kültürel Değerler: Genellikle toplulukların sağlık ve hastalıkla ilgili fikirleri ve aynı zamanda da sağlık hizmetlerinde etik davranışlarını etkileyen değerler olarak tanımlanır. Bütün kültürlerde sağlığa verilen değer farklıdır, sağlığı yeniden kazanma ya da sürdürmeye verilen değerler kültürden kültüre değişir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Örneğin; Batı

kültürlerinde otorite sözü dinlenmesinden daha çok kişisel karar verme özgürlüğüne değer verilirken; bazı Asya kültürlerinde de toplumdaki yaşlılara veya otoriteye diğer kültürden daha fazla önem verilir (Seviğ vd, 2014).

Kültürel Yeterlilik: Kültürel yeterlilik; kültürel bilgi, tutum ve becerinin birleşimi olarak 1989 yılının başlarından itibaren kullanılmaya başlanmıştır. 1990'lı yılların başlarında kültürel yeterliliğin hemşirelikteki gelişmelerle, kültürel yeterlilik durumunu saptama ve kültürel değerlendirme modelleri gelişmiştir. Kültürel yeterlilik bir sonuç olarak değil; bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bu süreç; kültürel bilgi, kültürel beceri, kültürel duyarlılık, kültürel özelliklere saygı gösterme, kültürlerarası iletişim, kültürel benzerlik ve farklılıklardan oluşur (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009;Seviğ vd, 2014). Kültürel yeterlilik; hemşirenin farklı geçmişlerden gelen bireylerin ve ailelerin kültürel bağlamında etkili bir şekilde çalışmasını sağlayan ölçülebilir bir dizi bireysel tutum ve iletişim ve uygulama becerileri olarak temsil edilir (Gustafson, 2005). Multikültürel toplumlarda, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin kültürel yeterliliğe sahip olmaları toplum tarafından beklenen bir durumdur. Hastaların kültürel özellikleri konusunda yürütülen araştırmalarda kültürel yeterliliğe olan ilgi meydana çıkmıştır. Etkili bakım için hemşirelerin hastalarının kültürünü bilip anlaması; kültürel yeterliliğe sahip olmalıdır (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009). Kültürel yeterliliğin amacı; farklı kültürlerle bakım veren sağlık personelinin performans ve kabiliyetini artırmaktır (Seviğ vd, 2014). Kültürel yeterlilik; çeşitli değerler ile kültürel adetleri bilirken toplumun örf adetleriyle bağdaşırken bireylerin bakımına hassasiyet göstermeyi içerir (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009).

Kültürel Duyarlılık: Değerlere, öğrenme ve davranışlar üzerinde etkiye sahip kültürel farklılık ve benzerliklere duyarlı olma durumudur. Bakım verilen bireyin kültürel ihtiyaçlarının farkında olup; kültürel olarak farklı bireylerin tutumları ve görüşlerini yargılamadan bireyler için saygılı davranabilmeye kültürel duyarlılık denir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Kültürel duyarlılığa sahip bir birey iletişim sağlarken; optimist, açık görüşlü, düşünceli, empati kurabilen, öğrenmeye istekli, zamana karşı hassas, güvenilir, gözlemci, katılımcı ve saygılı olmalıdır (Seviğ vd, 2014).

Etnografi: Bir etnik topluluğu kültür, töre, aile yapısı, siyasi ilişkiler ve diğer yönleri ile ayrıntılı olarak tanımlamaktır (Seviğ vd, 2014).

Etnosentrizm (Kültür Merkezilik): Birey kendi kültürünü yüceltirken, başka kültürleri yermesine etnosentrizm denir (Tanrıverdi, 2016). Birey kendi kültürünü temel alıp farklı bireyleri değerlendirir (Uçan vd, 2008).

Etnik Kimlik: Benimsenen dil, din ve sahip olunan kültür itibariyle başka gruplardan farklı olan grupları nitelerken etnik kimlik kullanılır. Kültür; etnik kimliği belirleyen en önemli faktördür (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Emik/Emik Bakış: Emik; herhangi bir durum hakkında bireylerin kendi bakış açılarıdır (Tanrıverdi, 2017). Emik bakış; bir grubun kendi kimliği ile ilgili kendini “kim” ve “ne” olarak tanımlamalarıdır. Etniklik; bireylerin kendi kabullerinden oluşur (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016; 2017).

Etik Bakış: Etik bakış, Karadenizlilerin hepsini Laz, Doğuluların çoğunun Kürt olarak görülmesi gibi bir grubun farklı bir grubu tanımlamasıdır. Etik bakış; genelleme şeklinde ve bilimsel temelden uzak görüştür (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

Stereotip: Bireyi ya da grup özelliklerini tanımlarken bireysel farklılıkları göz ardı ederek tüm gruptaki bireylerin özelliklerinin aynı olduğunun düşünülmesidir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Bu durum bireysel farklılıkların görülmesini engelleyeceği için hemşirelik bakımına olumsuz yansır (Uçan vd, 2008;Seviğ vd, 2014).

Kültürel Yaşam Biçimi: Birey ya da toplulukların; gelenek ve göreneklerin dâhil olduğu yaşama biçimlerini ifade eder (Tanrıverdi, 2016).

Çok Kültürlülük: Farklı kültürel değerlerin korunup yaşatılması anlayışı çok kültürlülük kavramı olarak tanımlanır. Çok kültürlülük etnik köken, dil, cinsiyet, değerler, deneyim, sınıf, inançlar ve cinsel tercih şeklinde değerlendirilir (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016). Toplumdaki tüm grupların paylaştığı genel özellikler (etik) ve belirli gruplara özgü bazı bakış açılarından (emik) oluşan çok sayıda dünya görüşünün birlikte var olduğu heterojen bir topluluktur. Çok kültürlülük bakış açısına göre bu gruplar; derecelendirilemez, birbiriyle karşılaştırılmaz, biri diğerinden daha üstün veya daha iyi veya daha kötü diye nitelendirilemez ve farklılıkların inkar edilmediği ve her grubun birbirini tamamlayıcı veya çelişkili bakış açılarına sahip olabildiği anlamına gelir. Günümüzde birçok ülke çok kültürlüdür (Seviğ vd, 2014).

Kültürel Çeşitlilik: Bireyleri eşsiz ya da farklı yapan iki ya da daha fazla kültür arasındaki farklılıklardır (Seviğ vd, 2014;Tanrıverdi, 2016).

2.2.ETİK

Etik; felsefenin alt dalı olan bir bilim dalıdır. Tıp etiği, çevre etiği, meslek etiği gibi birçok dala ayrılır (Esin, 2014). Ahlaki tutumların temelinde yatan değer ve yargıları ele alarak, insanın tüm davranışlarının temelinde yatan nedenleri araştırır (Boydak, 2011;Yazıcı, 2011). Etik; “iyi” ile “kötü”nün ve “yanlış” ile “doğru”nun ne şekilde açıklanacağı gibi açılardan insanoğluna dair kavramları inceler (Gündoğdu, 1999;Daşbilek ve Avşar, 2019).

Etik, bireylerin hareketlerine kaynak olan ahlaki ilkelerin tamamıdır (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). Etiğin başlıca hedefi ve prensibi; bireyler ahlaki kararları tek başlarına vermek zorunda kalırlar ve bu gibi durumlarda karar verirken herhangi birilerine veyahut otoriteye katlanmamalarını belirtmek şeklinde özetlenebilir (Mahmutoğlu, 2009). Etik; davranışlara yol gösteren ilkeleri ve kuralları oluşturup iletmeyi amaçlar. Davranışları oluşturan ilkeler, kurallar ve değerlerle ilgisinin yanı sıra bu maddelerin uygulanmasını savunur. Bu durum etik ile ahlak arasındaki en kesin farktır (Des Jardins, 2006).

2.2.1.Etik Kavramı

Etik için ortak ve tek bir tanım geliştirmek oldukça zordur. Literatür incelendiğinde çeşitli tanımlar ile karşılaşılacaktır. Etik kavramı geçmişten bu yana filozoflar tarafından çeşitli şekillerde netleştirilmeye çalışılmıştır. Bireysel yaşamın yanı sıra sosyal yaşamın da hızlıca değiştiği günümüz şartlarında; bireysel duruşlara yerleşen ahlaki ilkeler ve standartlar düzeni şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011). Felsefede alt disiplin olarak etik, kavramsal olarak eylem bilimi şeklinde bilmekte ve ahlakilik görüşüne temel olmak için bireylerin alışkanlıklarına ait ahlakilik durumları bakımından irdelemektedir (Mahmutoğlu, 2009). Etik kavramının temel sorunu; etiğin

öncelikle bilgisel mi yoksa doğrudan pratiğe mi dair olduğu konusundaki belirsizliktir (Ketenci, 2006).

“Etik” teriminin kökü; Yunanca alışkanlık ve gelenek anlamında kullanılan “ethos” kelimesidir (Halıcı, 2000;Karadağlı, 2016). “Ethos” kelimesi davranış biçimini ifade eden karakter anlamına gelir (Esin, 2014). Günümüzde aynı kök ile farklı dillerde kullanılmaktadır. Kelimenin kökü olan “ethos”, her şeyden önce “iyi insan olma” anlamını da kapsamaktadır (Halıcı, 2000;Karadağlı, 2016). “Ethos” kelimesinin Türkçe anlamı; töre, gelenek ve alışkanlıktır (Halıcı, 2000;Yazıcı, 2011). Etik kavramı; geleneksel ve ahlaki bilinç, tavır, inanç, karakter gibi anlamlarda da kullanılabilir (Mahmutoğlu, 2009). Literatürde ve günlük hayatta yaygın olarak “etik” kelimesi ya da “ahlak” kelimesi kullanılır. Doğru bulunmayan bir davranış için sıklıkla “Etik bir davranış değil” cümlesi kullanılmaktadır (Yazıcı, 2011). Etik; ahlak ideolojisinin soyutluğunu ve ahlakın kuramsal bölümü oluştururken unsur ve kuralları meydana getirmekte aynı zamanda ahlak üstünde felsefi sınırlarda düşünmektedir (Mahmutoğlu, 2009).

Etik ile ilgili tanımlar genellikle etik ve ahlak felsefesi çevresinde incelenmiştir. Etik, bireylerin hareketlerindeki doğru ve yanlış çizgilerinin belirlenmesini sağlar (Han, 2018). Bireylerdeki çeşitli davranış alternatifleri içinden doğru olan davranışı uygulayabilmelerini amaçlar ve seçilen kararın diğer bireyleri ne derece etkilediği ile uğraşır (Karadağlı, 2016).

Sokrates, Aristoteles ve Platon gibi antik Yunan filozoflarının günümüzdeki etik kavramına temel oluşturan yazıları mevcuttur (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011). Bilim olarak etik, felsefenin ayrı dalıdır. Felsefi etiğin yaratıcısı olan Aristoteles; yaşadığı dönemin farklı sorunlarını felsefe kapsamında inceleyip ahlaksal davranış ve ahlaksal tutumların şekli ile koşullarını çözümlemiş, ahlaksal olanın aslını, amaç ve hedeflerini düzenli olarak belirtmeye çalışmıştır. Bu uğraşlar neticesinde felsefeye giren etik kavramı; ahlaksal felsefi araştırmaları niteleyerek uzun yıllardır kullanılmaktadır (Mahmutoğlu, 2009).

Etik; bireylerin ilişkilerine kaynak oluşturan değerlerin ahlaki açıdan iyi veya kötü ya da doğru veya yanlış şeklinde nitelendirilmesiyle ilgilenir (Kodal, 2003). Etik, değerlerin incelenip iyi-kötü olgularının eleştirilerek yorumlandığı “değerler felsefesi” şeklinde adlandırılmaktadır (Mahmutoğlu, 2009;Filizöz vd, 2015;Han, 2018). Ahlaki kavramları çözümlenerek, iyi ve doğrunun hangi anlama geldiğini, davranışları iyi veya yanlış yapan faktörleri incelemektedir (Durak, 2003).

Etigin amacı, bireylere toplumda başka bireyler ile yaşarken iyi yerleştirilen ahlaki kararları bireysel olarak alabilmeyi ve tek başına yaşayabilmeyi öğretmektir (Kılavuz, 2003). Bir pusula özelliği taşımakta olup, pusuladaki yön açısı gibi, etiğin de bireylere “doğru” kabul edilen davranışlara ilişkin yol göstericiliği belirtilmektedir (Mahmutoğlu, 2009;İştar Işıklı, 2018).

Etik; ahlak üstünde sistemli bir fikir, soruşturma, inceleme, araştırma, tartışma yoluyla ahlaki sorunlarla ilgilenmektedir (Yıldırım, 2003). Yaygın fikirlerle, hareketlerle veya geleneksel tutumlara yön veren kurallar ile alakalıdır ve bizlere yaşama şeklimizi gösteren alışkanlıkların düşünce filtresinden geçirilmesini kastetmektedir. Buna göre tüm toplumların kendilerine has etiği mevcuttur (Des Jardins, 2006).

İnsanoğlunu etik kavramının tüm boyutlarını detaylıca incelediğinde; yokluğunda değerinin daha fazla anlaşılacağını düşünmektedir. Yaşamımızın önemli bir bileşeni haline gelen etik; zamanla kurul ve kuralların fazlalaşmasına paralel şekilde gereken birikimi kazanacaktır (Mahmutoğlu, 2009). Bireyler arasındaki ilişkilerin kökenine yerleşen değerlerin, ahlaksal olarak iyi ve kötü ya da doğru ve yanlış olanların özelliklerinin incelendiği ahlak felsefesi olarak da ifade edilmektedir (Sökmen, 2003).

Etik; iyi, erdem, sorumluluk ve vicdan temel kavramlarından oluşur. Bu kavramları incelersek; iyi, kendi başına var olan bir değerdir. Her ahlaki eylem sonuçta iyiye ulaşmak ister. Erdem; bilinçli verilen kararın ahlaksal iyiye yönelmesi ve bireylerdeki ruhsal olgunluktur. Sorumluluk; bireylerin iradeli ve bilinçli olarak yaptığı olayın sonuçlarını kabul edebilmesidir. Sorumluluk sahibi bireylerin, olay sonucunda ortaya çıkabilecek her türlü sonucu karşılayabilecek ahlaki olgunluğa sahip oldukları kabul edilir. Vicdan; birey davranışlarını ahlaki olarak iç değerlendirme gücüdür. Vicdan ahlaki ödevlerimizle alakalı bir duygudur ve yerine getirildiğinde huzur, yerine getirilmediğinde ise vicdan azabı denen hissi doğurur (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011).

2.2.2.Etik-Toplum İlişkisi

Toplumun temel taşı ailedir ve ahlak ile etik davranışlar hem aile hem de yakın çevreden öğrenilir. Bireylerin sahip olduğu değerler yetiştikleri ortama göre farklılaşmaktadır (Kirel, 2000).

Bireyler toplumu oluşturur ve bireylerin ahlaki gelişimleri toplum ahlakını oluşturur. Toplumlarda farklı algılanabilen davranış biçimleri bu şekilde ortaya çıkar. Doğru ve yanlış olanın ne olduğu konusundaki algılar; dini ve kültürel çevreye göre farklılaşır. Bu nedenle herhangi bir toplumda etik algılanan davranış başka bir toplumda etik ilkelere uygun bulunmayabilir. Bireylerden beklenen etik kurallara uymalarıdır. Bu nedenle herhangi bir davranış değerlendirilirken davranışın ahlaki değerlerle çelişip çelişmediği önemlidir. Etik değerlere ve kurallara uymak uzun vadede topluma yarar sağlar (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011).

Toplumsal hayatın her anında durmadan işleyen ilkeler öncelikli olarak etik ve ahlak ilkeleridir (Mahmutoğlu, 2009). Etik; başkalarına saygıyı, adaletli olmayı, ayrımcılık yapmamayı, toplumsal olarak sorumluluğunun bilincinde olmayı ve emeğe saygı tutumlarından oluşur (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011). Toplumda yaşayan bilinç ve sorumluluk sahibi olan bütün bireyleri ilgilendirir (Kılavuz, 2003).

İlişkilerde ayırıcı olan davranış kuralları, genelde bireyin yapılı ya da yapılmaz, etmeli ya da etmemeli konusundaki fikirlerini ve genel onaylarını anlatır. Dürüst davranma hususundaki inanış ve kriterler birey hedefe döndüğünde yapacağı hareketin biçimini belirler (Mahmutoğlu, 2009). Etik, bireylerin kendisine ve başka bireylerin benliklerine karşı iyi davranması, genel olarak iyiliğe ulaşılması amacıyla kendilerini uymaya mecbur hissettikleri maneviyat ile ilgili kurallardır ve gidilecek yerin yönünü belirttiği için pusulaya benzetilmektedir (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011).

Etik tanımı ile ilgili yapılan farklı yaklaşımlardan yola çıkarak genel nitelikli bireysel ve toplumsal etik tanımları geliştirilebilir. Bireysel etik, bireylerin gözlemesi gereken iyi veya doğru olarak standartlar iken; toplumsal etik, toplumdaki bireylerin iyi veya doğru olarak ne şekilde davranmaları gerektiğini açıklayan kurallar, değerler ve prensiplerdir. Bu iki tanıma göre genel ve özel etik kavramları da geliştirilebilir. Genel etik; toplumsal ve ülke çapında hatta ülkelerarası ilişkilerde dikkate alınan, iyi ya da doğru olarak değerlendirilen kurallar ve ahlaki prensiplerdir. Çevrenin korunması, tüketici ve rekabet yasalarına uygun davranmak gibi örnekler verilebilir. Özel etik; sadece belli bireylerin, herhangi toplumsal kesimin uyması gereken doğru veya iyi olarak adlandırılan ahlaki değerleri, kuralları ve standartları gündeme getirir. Meslek etiği, sporcu etiği gibi örnekler verilebilir (Öztürk Başpınar ve Çakıroğlu, 2011).

2.2.3.Etik Karar Verme

Gün boyu yaptığımız hareketleri, verdiğimiz kararları ve belirttiğimiz sebepleri tekrar incelememizi isteyen böylece neyi nasıl yapmamız gerektiğini bize öğreten kavram etikdir. Bireyler davranışlarının nedenleri ile gerekçeleri hakkındaki değerlendirmelerden oluşmaktadır (Elçigil vd, 2011). Etiğin gücü, insanın vicdanıdır (İşgüden ve Çabuk, 2006).

Etik, düşünce hareketlerimizin kurallarını oluşturduğundan düşünce felsefesi anlamı ile de karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin etik davranış sergilemeleri için bireysel egolarından arınıp yarar sağlamaya dayalı davranışlar oluşturmaları gerekir (Toplu, 2012).

Karar verme; bir iş ya da problem ile ilgili düşünülüp verilen kesin yargı şeklinde tanımlanmaktadır (Özlem, 2016). Etik karar verme bireylerin onaylanabilecek hareket prensiplerinden güç alan yanlış ya da doğru hareketleri belirlemesidir. Aynı zamanda gelenek görenekler, kanunlar, sosyal anlamdaki beklentiler ve ilerideki etkileriyle birlikte hem ahlaki hem de hukuki görüşlerin sentezlenip incelenme süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Dolan, 2017). Etik karar verme süreci, bireysel ve mesleki tecrübeler, eğitim, görüşler, değerler ve kültür özelliklerinden etkilenir (Greipp, 1992; Erkuş, 2018). Hemşirelikte mesleki değerler, etik karar verme süresini etkileyen başlıca unsurlardır (Doane vd, 2004;Toren ve Wagner, 2010).

İnsanoğlu hayat boyu karar verme durumundadır. Karar vermek özgür olan bilinç ve sorumluluk belirtisidir. Süreç esnasında; birçok seçenek ve seçeneklerin neticelerini ile insan, hasta ya da toplum düşünölmek zorunda kalınabilir. Seçenekler arasından tercih yapma işlemi karar vermektir. Yapılan tercih her zaman etik sınırlar içerisinde olmayabilir. Böyle bir durumda verilen her karar etik sonuçlara neden olmaz. Karar verirken birçok değişken mevcuttur ancak; etik karar verirken bireysel değerler değil mesleki değerler ön planda olmalıdır (Bektaş ve Köseoğlu, 2007;Kıranlı ve İlğan, 2007;Arslantaş, 2015).

Etik karar verme süresi boyunca; etik sorun belirlenip, etik kurallar ile etik gerçeklere dayanan detaylı bilgi sağlanılmalı, olabilecek alternatifler değerlendirilip etik kurallar ile tutarlı olan alternatifin seçilmesi sağlanmalıdır (Özlem, 2016). Etik kurallar, ahlaka elverişli karar vermede belirli bir kılavuzdur (Filizöz vd, 2015).

Etik karar verme, hareketin etik veya etik dışılığının tanımlanmasını sağlar. Etik bilinç, etik duyarlılık, etik sorunların tanımlanıp sonuçlanması gibi sonuca kavuşturulmalarında ve meydana gelişlerinin engellenmesinde rol oynar (Özlem, 2016).

Etik duyarlılığın seviyesi birçok faktörden etkilenebilir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). Etik ile alakalı durumlar hem görevleri hem de zorunlulukları içerir (Arslantaş, 2015).

Sağlık hizmetlerinde temel amaç; hayatın korunup sağlığın geliştirilip devam ettirilmesi ve bozulmuş sağlığın iyileştirilmesidir. Temel amaç doğrultusunda hizmet sağlayan sağlık profesyonelleri sağlık uygulamaları esnasında sıklıkla bireysel inançları, tutumları ve bireysel değerleri farklılık gösteren bireyler ile karşılaştığından; kararların ve hareketlerin duygusal ve bireysel kararlarından uzak olmalıdır. Kararlar ve hareketler; bilimsel, nesnel ve etik temele dayalı olmalıdır. Bu sonuçta etik teoriler ve etik kurallar; etik karar vermeye kılavuzluk sağlar (Bektaş ve Köseoğlu, 2007;Kıranlı ve İlhan, 2007;Arslantaş, 2015).

Etik karar vermek; sağlık kapsamında meydana gelen etik sorunların farkında olup problemlere profesyonel yaklaşım göstermesi açısından değerlidir. Etik problemler ve etik tartışmalar sağlık profesyoneli ile hastanın iletişiminden meydana gelebildiği gibi tıbbi uygulamalardan ve sağlık bakımı esnasındaki bireysel hareketlerden de meydana gelebilir. Bireylerin hayatını ve hayat bütünlüğü ile ilgili olan tüm girişimler etik problemlere sorun olabileceği için etik karar vermeyi gerektirir (Özlem, 2016).

Etik karar verme durumu etik kurallara paralel davranmayı gerektirir. Adalet, dürüstlük, hakkaniyet ilkeleri ve haklar etik karar verme ile ilgilidir. Etik karar verme, bireylerin verdiği kararlar karşısında saygılı olmalarını beklemek gibi bireylerin kararlarına karşı da saygılı olmamızı gerektirir. Hemşirelerin sağlık uygulamaları esnasında kafa karışıklığı yaratan durumlardan bir tanesi karar vermedir. Karar verme esnasında; çok yönlü düşünülmeli, olasılıklar hesaplanmalı, verilen karardan etkilenebilecek bireylerin durumları ile diğer tüm sağlık ekibi üyelerinin görüşleri değerlendirilmelidir (Bektaş ve Köseoğlu, 2007;Kıranlı ve İlhan, 2007;Arslantaş, 2015).

Etik davranışların esas özelliklerinden biri, bireylerin davranışlarını kendi özgür iradeleri ile sürdürmeleridir. Bireylerin subjektif ve objektif hareketlerindeki özgürlük kısıtlandığında verecekleri kararlar ve atacakları adımlar, baskı yapan faktörlerin dalı şeklinde meydana çıkar (Toplu, 2012).

Hemşirelik mesleğinde etik mevzuların gündemde olması ve etik karar verme yeteneğinin önem kazanması mesleğin profesyonel olması ile yakın olarak ilişkilidir. Hemşireler günden güne çoğalmakta olan etik problemler ile karşılaştıkça; hemşirelerin hasta adına alınan kararların doğru veya yanlış olmasına dair ahlaki yargıda bulunup etik

karar vermeleri gerekmektedir (Bektaş ve Köseoğlu, 2007;Kıranlı ve İlğan, 2007;Arslantaş, 2015). Hemşireler, farklı durumları inceleyip etik karar vermeden hemen önce olabilecek bütün seçenekleri dikkate alıp doğru tercihleri yapabilme ve eylemlerinin sebeplerini açıklayabilme yeteneğine sahip olmalıdır (Kelle Silva vd, 2014;Erkuş, 2018).

Hemşireler sağlık uygulamaları esnasında fazlasıyla etik problemler ile karşılaşır ve sorunları çözerken zorlanabilirler. Hemşirelikteki uygulamalar çoğu zaman etik karar vermeyi gerektirir (Bektaş ve Köseoğlu, 2007;Kıranlı ve İlğan, 2007;Arslantaş, 2015).

Karar verme sürecinde sağlık profesyoneli hastanın değerleri ile beklentilerini karşılayarak en uygun tedavi ve bakımın uygulanmasına bireyle beraber karar verilmelidir. Verilecek olan sağlık bakımının niteliği, sağlık profesyonellerinin etik duyarlılıklarının yüksekliğiyle alakalıdır. Etik açıdan duyarlılık yükseldikçe bakım niteliği pozitif yönde artar (Taylan ve Arslan, 2017). Etik karar verebilme etik duyarlılığın ilerlemesine ve düşünme gücüne bağlıdır (Aydoğan ve Ceyhan, 2019).

Duyarlılık ahlaki yanıtın ayrılmayan bir parça olarak düşünülebilir. Bireylerin hasta ya da sağlıklı olma durumunun yorumlanıp hissedilmesi şeklinde algılanmaktadır. Ayrıca etik duyarlılık etik sorunu belirleme kabiliyeti şeklinde de tanımlanabilir (Dikmen, 2013). Etik karar verme etik duyarlılıktaki gelişime ile alakalıdır. Etik duyarlılık sağlık bakımı sırasında meydana belirsiz hallerde zekâ ve şefkatle aynı anda karar verme yeteneğidir. Karar vermede; etik hareket etmek için etik kodlar, eleştirel anlayış, klinik deneyim, akademik katkılar, bireyde var olan bireysel bilgi ile sonuçları tahmin edebilme kabiliyeti ve harekete geçme cesurluğu etkilidir. Mevcut tanımlamaya göre; etik duyarlılığın esas özelliği mesleki uygulamaların belirsizliğinde iken karar verme durumudur (Gül vd, 2013).

Etik duyarlılık, etik sorunları fark edebilme yeteneği olarak tanımlanır. Etik karar verme durumunun önderliğini yapmaktadır. Etik duyarlılık, etik çatışmayı tanıırken, hasta bireydeki mevcut savunmasızlığa karşı duygusal ve bağlamsal anlayış gösterebilmeyi ve birey için verilen kararın etik neticeleri hakkında görüş sahibi olmayı kapsar (Lützen vd, 2010). Hemşirelikte etik karar verme, herhangi bir etik sorun karşısında hemşirenin bilişsel gücünü kullanıp bir karar vermesi ve bu karar sonucunda hareketin uygulamaya yansıtılmasını içermektedir. Etik sorunların geliştiği durumlarda, hemşirelerin etik karar verebilmeleri, etik duyarlılıklarının gelişmesini gerektirmektedir (Temiz vd, 2017).

Etik olarak doğru karar verebilmede etik duyarlılığın önemi kadar mesleki değerler de önem taşımaktadır. Değerler, kişilerin davranışlarına kılavuz olan inanç ve tutumlardır

(Paslı Gürdoğan vd, 2018). Hemşirelerin verdiği mesleki kararlar, etik problem çözme yeteneklerini, hemşirelik yükseköğretim öğrencilerinin mesleki anlamdaki gelişimini ve hasta bakımının niteliğini etkiler. Bu sebeple mesleki uygulamaların maksimum seviyede sağlanması ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması nedeniyle hemşirelik mesleğinde karar verme yeteneğinin geliştirilmesi büyük öneme sahiptir (Erkuş, 2018).

2.2.4.Etik ve Hemşirelik

Etik bireylerin hareketlerinin iyi ile kötü, doğru ile yanlış şeklinde değerlendirildiği sistematik fikir yeteneğidir (Chally ve Loriz, 1998;Filizöz vd, 2015;Karadağlı, 2016;Yılmaz vd, 2018;Paslı Gürdoğan vd, 2018). Etik bilim ile teknolojinin bireylere ve topluma zarar vermemesi için gereken ahlaksal değerleri meydana çıkarır (Elçigil vd, 2011). Herhangi bir bireyin veya herhangi bir meslekteki davranışları düzene sokan edebi kurallar takımı veya değerler kümesi olarak tanımlanır (Yılmaz vd, 2018).

Etik; doğru ya da yanlış olan davranışları fark etmemizi sağlayan felsefe alanı olduğu için her meslek ile yakından ilişkilidir (Yurttaş vd, 2014). Bütün mesleki uygulamaların temelinde meslek unsurlarının doğru, adil ve eşitlikçi yaklaşımlar sergilemelerini sağlayan etik yaklaşım vardır (Toplu, 2012). Etik, sağlık hizmetlerinde temel bir sorumluluk olarak görülür (Kulju vd, 2016). Etik konular genellikle bazı etik ilkeler açısından incelenir. Etik ilkeler, amaç ve hareketi yönlendiren temel ve net ahlaki doğrulardır (Okuroğlu vd, 2014).

Meslek etiği; belli bir kapsamda çalışan bireylerin uyum sağlamaları zorunlu olan kuralların belirlenip mevcut alana has uygulamalardaki istendik hareketlere uygunluğudur. Meslek ile ilgili çalışmalardaki doğruları ve yanlışları meydana çıkarır (İştar Işıklı, 2018). Meslek etiğine sahip olmayan meslek üyeleri, topluma yarardan daha çok zarar verirler. Çünkü meslek etiğini gerekli saymayan meslek üyeleri sadece bireysel çıkarlarını ön planda tutarlar. Toplumdaki diğer bireyleri hiç düşünmezler. Ancak tam tersi olursa; insan haklarına verilen önemin arttıkça etik standartların uygulanabilirliği de artar (İşgüden ve Çabuk, 2006).

Meslek etiği; etik disiplininin alt dalıdır (İşgüden ve Çabuk, 2006). Herhangi bir mesleğe mensup bireylerin uyması beklenen kuralların tamamıdır. Meslek etiği ilgili meslekte herhangi bir davranışın ne şekilde doğru, ne şekilde yanlış olduğunu kurallar

sayesinde gösterir. Ancak kurallar yazılı olmak zorunda değildir. Meslek etiği; etik ikilemlerden negatif yönde etkilenir. Uğraşımıza olan saygımızın seviyesi meslek etiğine bağlılığımızın seviyesini gösterir. Hemşirelikte meslek etiği, sağlık bakım hizmetlerindeki etik kurallara uyum sağlanması, hasta bireylerin güvenliğinin sağlanmasında önemli yere sahiptir. Meslek etiğinin özellikleri meslek mensuplarıyla ve mesleki evrensel etik değerlerle ilgilidir (Han, 2018).

Sağlık sektöründe gelişen teknoloji, çeşitlenen ve karmaşıklaşan tıbbi uygulamalar, artan tıbbi bilgiler, hasta sağlık bakımında artan teknolojik ve farmakolojik müdahale, sağlık bakım hizmetinden yüksek beklentileri olan hastalara bakım sağlanması, hata payının sıfır olması, hem hızlı hem de doğru karar verilmesi gereği, çalışma koşullarının yoğunluğu, örgütün sağladığı çalışma ortamı, ekip içi etkili iletişim ve birlikteliğin olmaması, yöneticilerin ya da ekip üyelerinin birbirlerini etik açıdan desteklememesi veya savunmaya istekli olmaması sağlanan sağlık bakım hizmetinin niteliğini etkileyen önemli etmenler olarak sayılabilir (Türe Yılmaz ve Yıldırım, 2019).

Hemşirelik mesleği; geçmişten günümüze gelen zamanda sosyal, kültürel ve teknolojik değişimler sayesinde sürekli yenilenen bireylerin, ailelerin ve toplumdaki sağlık seviyesiyle ilgilenen profesyonel meslektir. Profesyonellik toplumun refahı için; yüksek düzeyde eğitim alıp, yapılan işin önemseyip, başka bireylere yardımcı olma içgüdüleriyle motivasyon sağlayıp, etik kurallara sahipliği, örgütlenmeyi, sorumluluk alıp karar verebilme yeteneğini içerir. Profesyonel hemşirelikte etik büyük önem taşıdığından; hemşirelerin etik ilkelerini bilip ve etik ilkelere elverişli davranışlar göstermesi çok önemlidir (Karadağlı, 2016).

Tüm sağlık profesyonelleri için etik hassasiyet ve etik kurallara layık davranış sergilemek önem arz eder. Sağlık bakım ekibinin vazgeçilmez parçası olan hemşirelerin mesleki ilke ve uygulamalarını etik bir ortamda ve etik ilkelere yakışır yapması etkili ve nitelikli sağlık bakım hizmeti sunabilmelerinde büyük öneme sahiptir. Mesleksel uygulamaların sunulduğu ortam etik bir çalışma ortamı olduğunda hem sağlık bakım hizmeti alanların kaliteli hizmet görmeleri hem de sağlık profesyonellerinin etik çalışma durumunda daha verimli çalışabilmeleri açısından öneme sahiptir (Türe Yılmaz ve Yıldırım, 2019).

Temel bilimlerden biri olan tıp bilimi; hasta, hemşire, hekim vb. birçok bireyin karşılıklı doğru iletişim ve etkileşimine odaklıdır. Bu etkileşimden doğan etik sorunlar

oldukça fazladır. Hastalar, tanı, tedavi ve bakım sürecinde kendi bilgileri dışında birçok olumsuz girişime ve iletişime maruz kalabilmektedirler. Tıp etiği, hasta ve sağlık çalışanlarının haklarını gözetten ve düzenleyen temel etik ilkeleri kapsamaktadır. Bilim ve tıp etik ilkeleri birbirini tamamlayan ilkelere dönüşmektedir (Boydak, 2011;Yazıcı, 2011). Klinik etik; bir hastanın bakımı esnasında ortaya çıkan ahlaki sorunların çözülmesidir (Elçigil vd, 2011).

Sağlık kuruluşlarında topluma karşı sorumluluk günden güne artmaktadır. Sağlık hizmetinden yararlanan bireylere uygulanan geleneksel hizmet modeli süratli bir şekilde değişim gösterdiğinden etik sorunlarla karşılaşmaktadır (İştar Işıklı, 2018). Sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin topluma karşı sorumluluklarındaki artış ve uygulanan sağlık hizmetlerindeki hızlı değişim etik sorunları meydana çıkarmıştır (Han, 2018).

Sağlık profesyonelleri etik ikilemler ile karşılaştıkça etik sorunlar ortaya çıkar (Han, 2018). Etik ikilem, herhangi durumda birden fazla alternatif durumun bulunması ya da etik değerlerin çatışması olarak bilinir (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016;İştar Işıklı, 2018). Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti sunarken bütün sağlık alanlarında etik ikilemleri yoğun şekilde yaşamaktadırlar. İkilemler karşısında sağlık profesyonelleri bakım ve tedavi ile alakalı uygulamaları sürdürmek zorunda olduğundan karar verme durumunda kalırlar (Öztürk vd, 2009). Sağlık profesyonelleri bireyleri etkileyen kararlar vermek durumlarında kalırlar. Bu kararlar bazen zor olabildiği için; sağlık profesyonellerin teknik yeterliliğinin yanı sıra çalışmalarının etik boyutlarını görebilmeleri gerekir (Kulju vd, 2016).

Sağlık profesyonelleri çalışma ortamlarında çeşitli etnik kökenler, cinsiyet, kültür, din, ırk ve dillerden insanlarla karşılaşır; karşılaştıkları kişilerin hayatlarının kalitesine dokunan kararları verirken günden güne sorumlulukları artmaktadır. (Filizöz vd, 2015).

Temel insan hakkı olan sağlığın korunup tüm bireyler için eşit, yeterli ve nitelikli sağlık bakım hizmeti sağlanması, tüm sağlık alanındaki meslek mensuplarının profesyonel ve etik sorumluluğudur. Uğraş alanı insan olan özel, özenli ve güvenli hizmet sunumunu gerektiren bu uygulamalar, sağlık profesyonellerine etik sorumluluklar yüklemektedir (Temiz vd, 2017). Hemşireliğin temeli kuramsal ve uygulamalı eğitime dayanır, profesyonel bir meslektir.

Sağlık bakımında, süreçler insan odaklı olmalı, bakımda saygınlık ve saygıyı sağlamak için bireysel bir hastanın ihtiyaçlarını ve sosyal ve kültürel arka planları tanımalıdır. Sağlık eğitimcileri, liderleri ve araştırmacıları, sağlık profesyonellerinin etik

yeterliliklerinin geliştirilmesine yüksek öncelik vermelidir (Kulju vd, 2016). Hemşirelerin karar verme durumunda mevcut geleneklerden ve sınırlamalardan etkilenmesi nedeniyle etik ikilemler ortaya çıkabilir. Etik ikilemler ile karşılaşan hemşireler, uygun çözüm yolları bulmalı ve uygun kararlar verebilmelidir (Yılmaz vd, 2018). Etik ikilemle karşılaşan hemşirelerin; kişisel değer ve inançlarına netlik kazandırılması ve felsefesini geliştirmesi, yasalar ve profesyonel etik kodlar konusunda bilgi sahibi olması, etik ilkeleri sahiplenme gibi önemli stratejiler geliştirmesi, etik ikilemlerin yaşanması durumunda en doğru kararı verebilmesinde rehber olabilecek önemli faktörlerdir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, uygulama sahasında çeşitli konularda hasta bireyler için en çok doğru olan kararı vermeleri gerekir. Hemşireler genişlemiş olan rol ve yükümlülükleri ile öncelere kıyasla daha karışık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu sırtlamak durumunda kalırlar. Hemşireler, hasta ve ailesi ile uzun süreli iletişime neden olabilen konuları, savunuculuk, danışmanlık ve eğiticilik rolleri gereği, sağlık alanında maneviyatın gelişmesinde anahtar kişiler olması sebebiyle, hemşirelerin etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini kavramaları mecburidir (Yurttaş vd, 2014). Sağlık hizmeti sahasında sıklıkla karşımıza çıkan problemlerde karar verme süreci ve yasal olan sorumluluklar, sağlık ekibi dahilinde hemşirelik hizmetleri yönetimini de yakından ilgilendirir (Hakko ve Madenoğlu Kıvanç, 2018).

Hemşirelik; sağlıklı ya da hasta bireyi bütüncül yaklaşımla ele alıp ailesi ve çevresi ile beraber değerlendirip holistik bakım felsefesine odaklanan meslek olduğu için; bireyler arasındaki ilişkilerinin niteliğini sorgulayan etik hemşirelik için günden güne değer kazanmıştır (Köktürk Dalcalı ve Şendil, 2016;Yılmaz vd, 2018). Sağlık hizmetindeki hemşireler bireyler için en doğru kararı verme durumunda oldukları için çoğu zaman çözümlenmekte zorlanılan etik sorunlar ile karşılaşabilmektedirler (Yılmaz vd, 2018).

Hemşirelik meslek uygulamaları esnasında önemsenmesi gereken etik kurallar; zarar vermeme, yararlılık, özerklik, gizlilik, sadakat, adalet ve dürüstlüktür (Okuroğlu vd, 2014;Karadağlı, 2016;Hakko ve Madenoğlu Kıvanç, 2018;Daşbilek ve Avşar, 2019). Bu kuralları önemseyen hemşireler sorumluluklarını yeterince kavramış olup toplum için hem yeterli hem de kaliteli sağlık bakımı sunarken mesleki tatminlerini artırabilirler (Karadağlı, 2016).

Hemşirelikte meslek etiğine uygun çalışma; bireylerin sağlığına pozitif yönde fayda sağlayarak sağlık profesyonellerinin de davranışları ile sorumluluklarının belirlenmesi, doyum, tutarlılık, motivasyon, meslek içindeki dayanışmanın sağlanması, baskı altında kalma durumu ile önyargıyı önleme, meslek konumunu güçlendirme ve otonomiye sağlama gibi yararlar sağlar (Aydoğan ve Ceyhan, 2019).

Hemşirelik mesleğinde yerine getirilmesi gereken ulusal ve uluslararası alanda kabul edilmiş etik ilkeler ve etik kodlar, hemşirenin mesleğinde davranış ve sorumluluklarını belirleyip uygulamalarında tutarlılık ve dinamiklik sağlar (Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017). Mesleki etik kod; hizmet sunarken etik ilkelere bağlı ve hareketleri kabul görebilen değerler üstüne şekillendirmek sebebiyle geliştirilen sistemli kurallar şeklinde tanımlanır (Hakko ve Madenoğlu Kıvanç, 2018).

Etik kodlar; etik ikilemler yaşandığında çözüme ulaştırabilmek için kullanılır ve evrenselidir. Etik kodlar; hemşirelik mesleğinin özgür sağlık disiplini olmasına vurgu yapar ve ICN, ANA ve İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) taraflarından düzenlenmişlerdir (Hakko ve Madenoğlu Kıvanç, 2018). Hemşirelik uygulamaları, hemşireler için ahlaki ve etik zorunlulukları detaylandıran etik kurallar tarafından yönlendirilir (Clark, 2017). Ülkemizde THD'nin hemşireler için benimsediği etik ilke ve sorumluluklar haricinde hemşirelerin uzmanlık alanlarına göre kurallar birliği mevcut değildir (Arslantaş, 2015).

Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin sık sık etik ikilemlerle karşılaşması kaçınılmazdır (Sabancıoğulları vd, 2018). Hemşirelerin sağlık bakım sisteminde zamanla artan rolleri ile sorumlulukları neticesinde bilimsel bilgi içeriği zamanla arttığından etik ikilemler ile karşılaşp etik problemleri çözümlenmek mecburiyetinde kalmaktadırlar (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016).

Hemşireler bireylere fayda olabilecek duruma karar verirken güçlük yaşayabilir ve mevcut gereksinimlere seçenekler bulamadıklarında etik ikilemlerle karşılaşabilir (Daşbilek ve Avşar, 2019). Sağlık profesyonelleri etik sorunlarla karşılaştıklarında gereken hukuki ve etik sorumluluğu önemseyip, etik ikilemleri yöneterek ve ilgili kararlar alarak hasta bireylere en uygun olanını düşünüp bireylerin haklarını koruyarak, hasta bireylerin verdiği kararlara saygı gösterecek etik duyarlılığı olmalıdır (Taylan ve Arslan, 2017).

Hemşireler; etik sorunlar ile karşılaştığında çözümleyebilmek için önce etik sorunu ayırt edebilmeli, sonra uygun karar verebilmelidir (Başak vd, 2010). Hemşirelerin etik

sorunları değerlendirme tutumları, mesleki tecrübe, otonomi düzeyi ve mesleki uzmanlık derecesine göre değişir. Profesyonel benlik kavramının pozitif yönde gelişmiş olması; profesyonelliğin gereklerinden biri olan etik karar verme sürecini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir (Sabancıoğulları vd, 2018).

Günümüzde çalışan sağlık profesyonelleri küreselleşmeye bağlı olarak farklı kültür, dil, din, ırk ve etnik kökenden insanlarla karşılaşmaktalar ve karşılaştıkları bireylerin hayatlarını etkileyen çeşitli kararlarda sorumluluk almaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin iyi bakım verilebilmesi için hastalarının değer, inanç, tutum ve davranışlarının farkında olmaları ve karar verme süreçlerinde etik ilkelere ve mesleki değerlerine bağlı olmaları gerekmektedir (Paslı Gürdoğan vd, 2018).

Hemşirelikte etik, geniş açıdan bakıldığında, hastanın haklarını koruma, hastaya zarar vermeden yarar sağlama, hasta için ve hasta ile birlikte iyi ve doğru karar verme olarak tanımlanabilir (Chally ve Loriz, 1998). Hemşirelikte etik için önemli olan ilkelerin; bireye saygı, yararlılık, kötü davranmama, doğru söyleme, adalet ve sadakat olduğu belirlenmiş ve ahlaki temelin bu ilkelere dayandığı kabul edilmiştir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

Etik olarak problemler ile karşılaştıklarında, hemşirelerin davranış biçimlerini ne şekilde seçtiklerinin anlaşılması toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkı sağlayacağı düşünülür (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). Çalıştıkları birim neresi olursa olsun tüm hemşireler; sağlıklı çalışma alanları yaratıp sürdürmek ve profesyonellik ile saygı ortamını geliştirmek için etik bir yükümlülüğe sahiptir (Clark, 2017).

Hemşireliğin temelinde bireylere saygı ve bireylere değer verme vardır (Filizöz vd, 2015). Sağlık alanında insan hemşire ilişkisi yardım etme amacına yönelik işlevler çerçevesinde biçimlenir. Hemşireliği diğerlerinden ayıran; bakım verme anlam ve eylemindeki özellikte yatar (Okuroğlu vd, 2014). Hemşirelik uygulamalarında etik bakım hemşirelerin bireysel değerlerini fark etmeyi ve bu değerleri yeterli olarak kullanmayı gerektirir (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016). Hemşirelik uygulamalarında hemşireler birçok karar vermeleri gereken olaylar ile karşılaşılır. Bu durumda kararlar değerlere dayanır. Hemşireler değerlerinin farkında olduğunda hastalara daha duyarlı ve daha kaliteli bakım verirler (Daşbilek ve Avşar, 2019). Hemşire sağlık bakım sorumluluğunu üstlendiği bireyi değerleri inanç ve tutumları, eylem ve davranışları ile bir bütün olarak ele alarak değerli ve eşsiz bulduğundan, maksimum seviyede hizmet alma hakkının varlığına inanır (Okuroğlu vd, 2014).

ANA Etik Kurallarına göre etik uygulama, hemşirelerin hastalarına ve toplumlarına bakım sağlamak, bu süreçte birbirlerini desteklemek ve tüm hemşirelerin etik ve mesleki yükümlülüklerini yerine getirmelerini sağlamak için ellerinden gelenin en iyisini yapmalarını ifade etmektedir (Clark, 2017).

Etik duyarlılık; belirli durumların veya eylemlerin ahlaki boyutlarını algılama yeteneğidir (Nora vd, 2017). Etik duyarlılık; etik eylemin temel bir bileşeni olarak tanımlanmıştır (Milliken, 2018). Empati ise; etik yeteneğin bir parçası olarak değerlendirilir (Vanlaere, 2012).

Etik karar verme kavramı doğrudan etik duyarlılığın gelişimi ile ilgilidir (Öztürk vd, 2009;Dikmen, 2013). Etik sorunu belirleyebilme becerisi de denebilen etik duyarlılık, etik olarak savunulabilir yargı sağlama durumudur. Etik duyarlılık bütün birimlerde; etik sorunları ortadan kaldırma ya da netliğe kavuşturma, eylemi haklı çıkarma ya da etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmeyi sağlar (Öztürk vd, 2009). Tüm sağlık profesyonellerinin rastladığı etik sorunları çözebilmeleri için önce etik problemleri ayırt edebilmeleri sonra karar verebilmeleri gerekir. Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirirken etik değerleri temel almaları beklenmektedir (Dikmen, 2013).

Karar verme aşamasında duygular değil mantık ile hareket edilmelidir. Bazı etmenler karar vermeyi etkiler ve etik sorunların daha da karışıklaşmasına neden olur (Özlem, 2016). Etik duyarlılık, sağlık profesyonellerinin sağlık bakımı sağladıkları bireyleri anlamaları ve bireylere daha da iyi sağlık bakım vermek için kullandıkları usuller ve kapasitedir. Etik açıdan duyarlı ve ahlaki onaylı bakım ile tedavi sağlayabilen sağlık profesyonellerinden oluşan ekiplere oldukça ihtiyaç duyulmaktadır (Dikmen, 2013).

Sağlık profesyonellerinin hastalarının ihtiyaçlarını belirleyebilmesi için sözel olan ya da sözel olmayan ipuçlarını ve hareketleri değerlendirip farkındalık kazanabilmeleri için etik duyarlılıklarını geliştirmeleri gerekir (Aydoğan ve Ceyhan, 2019). Hemşirelerin; etik sorunları tanımlayıp çözümlenebilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme kabiliyeti olarak tanımlanan etik duyarlılığının gelişmiş olması gerekir (Daşbilek ve Avşar, 2019).

Hemşirelikte etik kararlar verebilme seviyesi; etik düşünebilme becerisine ve etik duyarlılığın gelişimine bağlı olmaktadır (Palsı Gürdoğan vd, 2018). Hasta ve karar verilecek sorun hakkında ne kadar çok bilgi toplanırsa, mantıklı bir karar verilip istenen sonucu elde etme ihtimali artar. Sorun ile ilgili tüm seçenekler ve çözümler düşünülüp aralarından en

doğru olan tercih edilir. Karar veren bireyin pozitif nitelikte olması verilecek kararları pozitif olarak etkileyebilir (Özlem, 2016).

Etik duyarlılık, hemşirenin hastanın hassaslığının bağlamsal ve sezgisel olarak anlaşılması ve kişi adına verilen kararların etik sonuçlarının öngörülmesidir. Etik kararlar verebilmek için hemşirelerin etik çatışmayı tanınması ve hastanın savunmasız olduğu duruma karşı hassas davranması gerekir (Nora vd, 2017).

Hemşirelerin, mevcut etik sorunu tanıyıp çözebilmek için yeterli etik duyarlılığa sahip olmalıdırlar. Aynı zamanda, hemşireler etik problemleri tanıyıp problemleri çözümlenebilmesi için doğru kararları alabilmeli, var olan etik sorunu ayırt edebilme yeteneğidir. Etik duyarlılığı yeterli olan ve hastalara eleştirel gözle yaklaşabilen hemşireler hasta bakımında yararlı tutum geliştirebilirler (Filizöz vd, 2015;Yılmaz vd, 2018).

Hemşire etik duyarlılığı, uygulamalarının ve her uygulama eyleminin temel olarak etik doğasını tanınmasını sağlayan şekilde tanımlanabilir. Her hemşirelik eyleminin amacı, zaman içinde belirlenen ve mesleğin tartışılmaz etik standartları olarak hizmet eden etik kurallarında açıklandığı gibi hemşirelik hedeflerini karşılamaktır. Hemşireler; hasta ihtiyaçlarını ve değerlerini bakım ortamında dikkate alarak iyi hasta bakımı sağlamalıdırlar (Milliken, 2018).

Etik problemler ile karşılaşan her hemşirenin duruma bakış açısı ve durum için hemşirenin geliştirdiği çare farklı olabilir. Buna sebebiyet veren önemli neden hemşirelerdeki etik duyarlılık düzeyidir. Hemşirelerin etik duyarlılıkları incelenip etik duyarlılıklarını etkileyebilen çeşitli faktörlerin belirlenmesi önem arz eder (Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017). Etik duyarlılığın azalması veya yokluğu, hemşireliğin mesleki yükümlülükleriyle etik açıdan tutarsız bakıma neden olabilir. Bu nedenle; etik duyarlılığı değerlendirmek, etik uygulamayı kolaylaştırmak ve hemşirelerin mesleki etik yükümlülüklerini tanımaları sağlanmalıdır (Milliken, 2018).

Hemşirelerin çalışma ortamı, etik duyarlılıklarını etkilemektedir. Hemşireler sağlık bakımı uygulamaları esnasında etik ikilemlerle karşılaştığında, etik ikilemi tanıyıp, analiz edip çözüme açısından sistemli bir yaklaşıma gitmeleri ve evrensel etik değerler ve etik ilkeler rehberliğinde çözüm yolları üretmeleri önemli yere sahiptir. Bakımın kalitesini etkileyen etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamalıdır (Arslan vd, 2017).

Hemşirelerin etik duyarlılığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi; mesleki davranışlarını yani etik karar verme kapasitelerini ve dolayısıyla mesleki memnuniyetlerini ve bakım kalitesini geliştirmeleri için önemlidir (Nora vd, 2017). Günümüze bakıldığında etik olarak duyarlı ve ahlaksal olarak doğrulanabilir sağlık bakımı verebilen hemşirelere çok gereksinim olduğu görülmektedir. Etik olarak sorunlu durumlar ile karşı karşıya geldiklerinde; hemşirelerin hareket tarzlarını ne şekilde seçtiklerinin anlaşılması toplum sağlığında yükselmeye katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017).

Hemşirelerin, etik problemleri tanıyıp ve çözümleyebilmesi hususunda doğru olan kararları alması için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanmış olan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016;Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017;Sabancıoğulları vd, 2018). Etik duyarlılık tutarsızlıklar ile dolu zamanlarda ahlaksal değerler veya bireyin mevcut durumda bireysel rol ve sorumluluklarının farkına varmasıdır (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016). Etik duyarlılık bilgi sayesinde ilerletilir iken, mesleki olarak yeterliliği sürdürüp mesleğin etik kodlarına uygun hareketleri göstermek ile devam ettirilir (Sabancıoğulları vd, 2018). Karmaşık bir süreç olan etik karar verebilme, etik bilgisi kadar etik duyarlılık da gerektirmektedir (Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık, 2017).

Hemşirelik; felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üstüne kurulmuş olan bilimsel sağlık disiplini. Hemşirelik eğitimi ile uygulamalarını etkileyip yön veren kısaca belirlemiş olan temel kavramlar; insan, çevre, sağlık-hastalık ve hemşirelik kavramlarıdır (Okuroğlu vd, 2014). Profesyonel hemşirelik uygulamalarına bakıldığında, hasta bakımındaki etik duyarlılık seviyesinin artırılması için, etik eğitime önem verilmelidir. Etik eğitimi almış olan hemşireler hastalarına karşı etik eğitimi almayan hemşirelere göre daha sağduyulu ve sorumlu davranırlar ve olumlu geri dönüş aldıklarında kendilerini daha mutlu hissederler (Gül vd, 2013).

Günümüz dünyasında farklı özelliklere sahip birey, aile ve gruplardan oluşan çok kültürlü nüfus yapıları yaygındır. Bu da sağlık profesyonellerinin aynı anda çok farklı kültürlere hizmet sunmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri kültürel anlamda farklı grupların ihtiyaçlarını karşılayıp holistik sağlık bakımı sunmakta oldukça önemli bir role sahiplerdir. Etik; bireylerin davranışlarındaki temel ahlaki ilkeler olduğu için; tüm mesleki uygulamaların temelinde etik yaklaşım vardır. Sağlık profesyonelleri sağlık hizmeti sunarken etik sorunlarla sık sık karşılaşılırlar ve karar vermeleri gerekir. Etik

duyarlılığı gelişmiş sağlık profesyoneli etik karar verme konusunda sıkıntı yaşamaz. Sağlık profesyonelleri hem hizmet verdiği popülasyonun kültürel özelliklerini anlayabilmeli; hem de etik açıdan duyarlı olmalıdırlar. Halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının ağırlıklı olarak yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeylerinin belirlenmesi, geliştirilmesi halk sağlığı hemşireliğinin sorumluluk alanlarındandır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel tipte olup, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek için yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aydın iline bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık profesyonelleri ile Ocak 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Aydın ili Efeler merkezde 24 Aile Sağlığı Merkezi'ne ek olarak, Baltaköy, Çeştepe, Dalama, Kardeşköy, Kozalaklı, Kuyulu, Ovaeymir, Tepecik ve Umurlu Aile Sağlığı Merkezleri bulunmaktadır. Aydın iline bağlı ilçelerde; Sultanhisar'da 2, Söke'de 13, Germencik'te 5, İncirliova'da 5, Karacasu'da 4, Koçarlı'da 5, Kuşadası'nda 10, Kuyucak'ta 5, Nazilli'de 18, Yenipazar'da 2, Bozdoğan'da 5, Buharkent'te 1, Çine'de 5, Didim'de 7, Karpuzlu'da 2 ve Köşk'te 6 adet aile sağlığı merkezleri bulunmaktadır. Araştırma kapsamında Aydın ilindeki tüm aile sağlığı merkezleri ziyaret edilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireylerle görüşme yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapılacağı Aydın ili 128 tane aile sağlığı merkezini kapsayan bir büyükşehirdir. Aile sağlığı merkezlerinde toplam 356 hekim, 220 ebe, 83 hemşire ve 20 sağlık memuru bulunmaktadır. Anket uygulaması aile sağlığı merkezi ortamında araştırmacı

tarafından gözlem altında yapılmıştır. Araştırmanın evreni aile sağlığı merkezlerinde çalışan 679 sağlık profesyonelinden oluşmaktadır. Örneklemde evreni oluşturan sağlık profesyonellerinin tümüne ulaşılmış araştırmaya katılmayı kabul eden 265 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın uygulamasının sonunda G Power güç analizi kullanılarak araştırmanın gücü değerlendirilmiş (Post hoc: Compute achieved power; 0,25 etki boyu, 0,05 hata payı) ve 0,81 bulunmuştur.

Araştırmanın uygulama aşamasından önce Kurum izni, Etik Kurul izni ve bireylerden yazılı onam alınmış olup; araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır.

3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri

Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan sağlık profesyoneli olmak

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5. Araştırmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri

Anketleri eksik doldurmak

3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada anket formu ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılmıştır.

3.6.1.Anket Formu

Anket soruları uzman onayı (1 halk sağlığı hemşireliği doçenti, 2 halk sağlığı hemşireliği doktor öğretim üyesi) ve literatür doğrultusunda hazırlanan form sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerini, meslekte çalışma sürelerini ve farklı ülkelerden/kültürlerden arkadaşa sahip olma durumlarını kapsayan 12 sorudan oluşmaktadır (Yaman Aktaş ve ark, 2016; Daşbilek ve Avşar, 2019; Delibaş ve ark, 2020).

3.6.2.Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ)

Chen ve Starosta tarafından geliştirilip 2010 yılında Serap Bulduk, Hale Tosun ve Elif Ardıç tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yirmi dört maddeden oluşan ve kültürlerarası duyarlılığı ölçmek için gerekli beş duygusal boyutu içerir. Ölçeğin İletişimde Sorumluluk Boyutu 1, 11, 13, 21, 22, 23 ve 24. maddelerden, Kültürel Farklılıklara Saygı Boyutu 2, 7, 8, 16, 18 ve 20. maddelerden, İletişimde Kendine Güvenme Boyutu 3, 4, 5, 6 ve 10. maddelerden, İletişimden Hoşlanma Boyutu 9, 12 ve 15. maddelerden ve İletişimde Dikkatli Olma Boyutu 14, 17 ve 19. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeleri ters olarak kodlanmaktadır. KDÖ, (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. KDÖ'nün alınabilecek puan 24-120 aralığındadır. KDÖ'nün Cronbach alpha değerı 0.90 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda KDÖ Cronbach alpha değerı; 0,870 olarak bulunmuştur.

3.6.3.Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA- Moral Sensitivity Questionnaire)

Etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lützen tarafından oluşturulmuş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsünde 1994 yılında (İsveç-Stockholm), öncelikle psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde kullanılmıştır. Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenirliliği 2018 yılında Hale Tosun tarafından yapılmıştır.

Ölçek otuz maddeden oluşmaktadır. ADA toplam 6 alt boyuttan; Otonomi (10., 12., 15., 16., 21., 24., 27. maddeler), Yarar Sağlama (2., 5., 8., 25. maddeler), Bütüncül Yaklaşım (1., 6., 18., 29., 30. maddeler), Çatışma (9., 11., 14. maddeler), Uygulama (4., 17., 20., 28. maddeler), Oryantasyon (7., 13., 19., 22. maddeler) oluşan likert türünde bir ölçüm aracıdır. Bir kağıt kalem ölçeği olan ADA'daki söylemlerin 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmesi istenmiştir. 1 sayısı tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 sayısı hiç katılmıyorum yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210 'dur. Alınan düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise etik açıdan düşük duyarlılığı göstermektedir. ADA'nın Cronbach alpha değeri 0.84 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ADA Cronbach alpha değeri; 0,877 olarak bulunmuştur.

3.7.Araştırmanın Uygulama Planı

Araştırmanın anket uygulamasının Ağustos 2020 tarihine kadar tamamlanması planlanmıştır. Ölçümlerde sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerini içeren anket formu, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ) ve Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA-Moral Sensitivity Questionnaire) kullanılmıştır. Anket uygulaması aile sağlığı merkezi ortamında araştırmacı tarafından gözlem altında yapılmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (16.01.2020 tarih ve 2019/156 no) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan gerekli resmi izinler alınmıştır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olduğu için araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonellerinden yazılı onam alınmıştır. KDÖ ve ADA' den mail yoluyla izinler alınmıştır.

3.9.Araştırmanın İstatiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama, standart sapma, sıklık, yüzdeler), Student-t testi, Mann-Whitney U Kruskal Wallis-H, One Way ANOVA, Pearson Correlation testleri kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri bireylerin özellikleri, bağımlı değişkenleri KDÖ ve ADA puan ortalamalarıdır.

Normal dağılım analizi kapsamında; ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Gauss eğrisi değerlendirilmiş, ayrıca Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyi hesaplanmış, analizler bu doğrultuda seğilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 1. Sağlık Profesyonellerinin Özelliklerinin Dağılımı

KİŞİSEL ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet		
Kadın	196	74,0
Erkek	69	26,0
Medeni Durum		
Bekâr	62	23,4
Evli	201	75,8
Belirtmemiş	2	0,8
Öğrenim Durumu		
Meslek Lisesi	38	14,3
Önlisans	58	21,9
Lisans	118	44,5
Lisansüstü	51	19,2
Meslek		
Hekim	89	33,6
Hemşire	76	28,7
Ebe	94	35,5
Sağlık Memuru	6	2,3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Hayır	48	18,1
Evet	213	80,4
Belirtmemiş	4	1,5
Mesleği severek yapma durumu		
Hayır	22	8,3
Evet	241	90,9
Belirtmemiş	2	0,8
Yetiştığı Coğrafi Bölge		
Marmara	10	3,8
Karadeniz	3	1,1
İç Anadolu	14	5,3
Akdeniz	5	1,9
Ege	223	84,2
Güneydoğu Anadolu	0	0
Doğu Anadolu	7	2,6
Türkiye Dışı	0	0
Belirtmemiş	3	1,1
Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu		
Hayır	92	34,7
Evet	173	65,3
“Transkültürel” kelimesinin anlamı		
Fikrim yok	23	8,7
Kültür Transferi	43	16,2
Farklı Kültürlerin Bir Araya Gelmesi	136	51,3
Kültürel Değişim	63	23,8
Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu		
Hayır	47	17,7
Evet	218	82,3
Yaş (x±ss)	42,06±11,74	
Toplam Çalışma Süresi (ay)	Medyan:276 Mod:336	

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %74,0'ı (n=196) kadın, %26,0'ı (n=69) erkek olup, yaş ortalaması $42,06 \pm 11,74$ 'tür. Katılımcıların %75,8'i (n=201) evli, %44,5'inin (n=118) öğrenim durumu lisans ve %35,5'i (n=94) ebedir. Sağlık profesyonellerinin %80,4'ü (n=213) mesleğini isteyerek seçmiştir ve %90,9'u (n=241) mesleğini severek yapmaktadır. Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %84,2'sinin (n=223) yetiştiği bölge Ege Bölgesidir. Katılımcıların %65,3'ünün (n=173) farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı vardır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin %51,3'ü (n=136) "Transkültürel" kelimesini "Farklı kültürlerin bir araya gelmesidir" şeklinde tanımlamıştır. Sağlık profesyonellerinin %82,3'ü (n=218) farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım vermiştir. Toplam çalışma süresi; Medyan:276 (ay) Mod:336 (ay)'dır.

Tablo 2. Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği, Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$
KDÖ		
İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu	7-49	21,50±6,56
Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu	6-30	24,36±3,72
İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu	7-25	18,26±3,40
İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu	3-21	11,83±3,48
İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu	3-15	12,32±2,18
Toplam Puan	35-120	92,96±11,96
ADA		
Otonomi Alt Boyutu	7-49	19,78±8,07
Yarar Sağlama Alt Boyutu	4-28	12,63±4,85
Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu	5-35	13,40±5,81
Çatışma Alt Boyutu	3-21	14,04±3,44
Uygulama Alt Boyutu	4-28	12,94±4,76
Oryantasyon Alt Boyutu	4-28	9,12±5,41
Toplam Puan	39-210	94,13±25,88

Sağlık profesyonellerinin KDÖ Toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 92,96±11,96; 21,50±6,56; 24,36±3,72; 18,26±3,40; 11,83±3,48 ve 12,32±2,18 olarak bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin ADA Toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 94,13±25,88; 19,78±8,07; 12,63±4,85; 13,40±5,81; 14,04±3,44; 12,94±4,76 ve 9,12±5,41 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özellikleri/KDÖ ve Alt Boyutları	n	İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Toplam Puan $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	196	21,98±6,81	24,16±3,61	18,19±3,30	11,60±3,55	12,27±2,15	92,44±11,28
Erkek	69	20,14±5,65	24,95±3,96	18,43±3,70	12,47±3,22	12,49±2,29	94,43±13,71
t, p		2,012;0,045	1,527;0,128	0,494;0,622	1,792;0,074		1,186;0,237
*Medeni Durum							
Bekâr	62	21,61±6,84	25,25±3,55	19,29±2,86	11,41±3,71	12,64±2,16	96,12±11,91
Evlî	201	21,49±6,52	24,09±3,75	17,92±3,48	11,98±3,42	12,22±2,19	91,93±11,84
t, p		0,125;0,900	2,160;0,032	2,802;0,005	1,115;0,266	1,323;0,187	2,436;0,016
Öğrenim Durumu							
Meslek Lisesi	38	21,52±6,93	24,21±4,10	18,34±3,09	11,13±3,09	12,36±2,11	93,60±11,98
Önlisans	58	21,84±6,14	23,62±3,47	17,27±3,17	11,58±3,64	11,77±2,24	89,17±10,22
Lisans	118	22,05±6,91	24,48±3,50	18,38±3,27	11,66±3,49	12,38±2,16	93,38±11,49
Lisansüstü	51	19,82±5,79	25,07±4,11	19,03±3,96	13,01±3,39	12,78±2,16	95,84±13,98
F, p		1,453;0,228	1,468;0,224	2,609;0,052	2,716;0,045	2,029;0,110	3,080;0,028
Meslek							
Hekim	89	20,03±5,86	24,84±3,05	18,47±3,37	12,17±3,08	12,51±1,96	94,22±11,25
Hemşire	76	22,69±6,90	24,67±3,87	18,57±3,10	11,39±3,73	12,47±2,26	94,14±11,93
Ebe	94	21,84±6,80	23,90±3,60	17,89±3,31	11,91±3,64	13,15±1,98	91,68±9,92
Sağlık Memuru	6	23,00±5,47	20,83±8,65	16,83±7,46	11,00±3,40	10,33±5,35	79,50±32,64
KW-H, p		11,998;0,007	4,520;0,210	1,727;0,631	2,207;0,531	2,749;0,432	4,461;0,216
*Mesleği isteyerek seçme durumu							
Hayır	48	20,87±4,32	24,95±3,44	18,22±2,81	11,64±3,51	12,18±1,85	94,10±9,41
Evet	213	21,38±6,67	24,19±3,77	18,22±3,52	11,84±3,46	12,32±2,26	92,54±12,42
t, p		0,506;0,613	1,282;0,201	0,007;0,994	0,351;0,726	0,402;0,688	0,815;0,416
*Mesleği sevme durumu							
Hayır	22	19,45±4,39	24,50±2,52	18,36±3,07	11,45±2,63	12,18±1,70	94,04±9,08
Evet	241	21,67±6,69	24,33±3,81	18,24±3,41	11,86±3,57	12,32±2,23	92,78±12,12
U, p		2202,500;0,188	2605,000;0,892	2565,500;0,801	2505,500;0,668	2382,500;0,424	2584,000;0,844
*Yetiştığı Coğrafi Bölge							
Ege Dışı	42	20,69±7,13	24,35±3,67	18,76±3,45	11,92±3,97	12,28±2,27	93,97±11,52
Ege	223	21,43±6,18	24,39±3,67	18,15±3,38	11,78±3,37	12,34±2,16	92,76±11,95
t, p		0,680;0,497	0,063;0,950	1,040;0,299	0,237;0,813	0,179;0,858	0,587;0,557
Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu							
Hayır	92	22,91±7,63	23,69±3,49	17,43±3,26	12,01±3,74	11,98±1,85	89,90±10,64
Evet	173	20,75±5,81	24,72±3,79	18,69±3,40	11,73±3,35	12,50±2,33	94,59±12,33
t, p		2,570;0,011	2,166;0,031	2,919;0,004	0,601;0,548	1,848;0,066	3,088;0,002
“Transkültürel” kelimesinin anlamı							
Fikrim yok	23	19,21±5,86	23,95±3,50	17,91±3,27	10,95±3,30	12,21±1,92	90,39±11,46
Kültür transferi	43	22,20±7,23	23,37±4,90	17,72±3,34	11,79±4,12	12,44±2,46	91,18±14,20
Farklı kültürlerin bir araya gelmesi	136	21,44±6,72	24,34±3,37	18,19±3,43	12,00±3,33	12,24±2,08	93,18±11,44
Kültürel değişim	63	21,98±5,91	25,25±3,45	18,88±3,41	11,80±3,43	12,47±2,33	94,65±11,57
KW-H, p		4,869;0,182	5,698;0,127	3,736;0,291	1,675;0,642	2,019;0,568	3,408;0,333
Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu							
Hayır	47	21,78±6,23	23,02±4,00	17,74±2,96	12,48±4,01	11,63±2,48	89,70±11,16
Evet	218	21,44±6,65	24,66±3,60	18,37±3,48	11,69±3,35	12,47±2,09	93,66±12,04
t, p		0,323;0,747	2,774;0,006	1,145;0,253	1,423;0,156	2,405;0,017	2,074;0,039

*Belirtilmemiş olanlar karşılaştırma dışı tutulmuştur.

Sağlık profesyonellerinin özellikleri ile KDÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına bakıldığında; İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Cinsiyet ile KDÖ Toplam puan ve diğer alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Bekâr bireylerde; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuş($p<0.05$); medeni durum ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Lisansüstü öğrenim gören sağlık profesyonellerinde İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuş($p<0.05$); öğrenim durumu ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Meslek grupları, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu ve sağlık profesyonellerinin yetiştiği coğrafi bölge ile KDÖ Toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olan sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuş($p<0.05$); farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). “Transkültürel” kelimesinin anlamı ile KDÖ Toplam ve diğer tüm alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım veren sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puan anlamlı derecede yüksek bulunmuş($p<0.05$); farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özellikleri/ADA ve Alt Boyutları	n	Otonomi Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Yarar Sağlama Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Çatışma Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Uygulama Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Oryantasyon Alt Boyutu $\bar{x}\pm SS$	Toplam Puan $\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet								
Kadın	196	19,70±8,41	12,65±4,99	13,63±5,84	13,99±3,69	13,26±4,96	9,42±5,66	94,74±27,08
Erkek	69	20,01±7,03	12,56±4,43	12,75±5,74	14,17±2,62	12,05±4,03	8,26±4,57	92,34±22,20
t, p		0,274;0,784	0,137;0,891	1,086;0,279	0,370;0,711	1,812;0,071	1,545;0,124	0,649;0,517
*Medeni Durum								
Bekâr	62	18,90±8,28	12,17±5,08	14,09±6,58	14,20±3,66	13,45±4,65	8,70±5,52	93,29±27,60
Evli	201	20,09±8,02	12,82±4,76	13,23±5,57	13,98±3,39	12,83±4,79	9,29±5,39	94,65±25,39
t, p		1,018;0,309	0,921;0,358	1,014;0,312	0,447;0,655	0,897;0,371	0,740;0,460	0,361;0,718
Öğrenim Durumu								
Meslek Lisesi	38	18,13±8,70	12,76±5,98	14,21±6,91	14,21±3,84	12,81±5,06	8,97±6,08	93,10±30,03
Önlisans	58	19,29±7,59	12,03±4,84	13,70±4,81	13,63±3,75	12,41±4,72	9,77±5,49	92,20±24,24
Lisans	118	20,35±8,48	13,39±4,71	13,58±6,26	13,97±3,48	13,21±5,01	9,28±5,61	96,47±27,21
Lisansüstü	51	20,25±7,08	11,45±3,97	12,05±4,75	14,52±2,63	13,03±3,97	8,11±4,17	91,66±21,07
F, p		0,857;0,464	2,327;0,075	1,245;0,294	0,648;0,585	0,377;0,769	0,912;0,435	0,600;0,615
Meslek								
Hekim	89	19,58±7,05	12,60±4,13	12,85±5,68	14,23±2,72	12,13±4,12	8,48±4,67	92,30±23,16
Hemşire	76	19,92±8,96	12,25±5,23	14,09±6,15	14,13±3,68	13,80±5,01	9,26±5,95	95,40±27,87
Ebe	94	19,79±8,43	13,14±5,10	13,34±5,72	13,86±3,78	13,11±5,10	9,54±5,67	95,04±27,09
Sağlık Memuru	6	20,83±5,49	9,83±5,38	14,00±5,32	12,83±4,87	11,50±3,01	10,33±4,50	90,83±22,92
KW-H, p		0,767;0,857	3,221;0,359	3,726;0,293	0,385;0,943	5,849;0,119	2,560;0,465	0,728;0,867
*Mesleği isteyerek seçme durumu								
Hayır	48	18,79±6,06	11,81±4,04	12,95±4,230	14,06±3,42	12,45±4,38	7,85±3,52	89,64±18,76
Evet	213	19,85±8,26	12,69±4,88	13,29±5,89	13,97±3,42	12,96±4,81	9,24±5,57	94,27±26,25
t, p		0,841;0,401	1,170;0,243	0,375;0,708	0,166;0,869	0,666;0,506	1,653;0,099	1,157;0,248
*Mesleği sevme durumu								
Hayır	22	17,95±4,89	10,86±3,88	12,09±5,86	13,59±2,53	11,86±3,91	7,54±3,47	86,27±19,26
Evet	241	19,99±8,30	12,80±4,92	13,52±5,82	14,06±3,50	13,03±4,79	9,27±5,55	94,85±26,39
U, p		2398,000;0,458	2069,000;0,088	2125,500;0,122	2301,500;0,303	2292,500;0,303	2199,500;0,184	2114,500;0,116
*Yetiştigi Coğrafi Bölge								
Ege Dışı	39	20,15±7,13	11,89±4,56	12,58±5,36	13,00±3,49	13,20±4,86	8,76±5,07	91,48±27,35
Ege	223	19,61±8,03	12,69±4,81	13,40±5,73	14,16±3,37	12,78±4,62	9,04±5,31	93,88±24,54
t, p		0,393;0,695	0,956;0,340	0,830;0,407	1,971;0,050	0,525;0,600	0,305;0,760	0,554;0,580
Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu								
Hayır	92	20,94±8,96	13,02±5,26	14,10±6,43	13,77±3,91	13,20±5,26	9,95±6,41	97,42±30,10
Evet	173	19,16±7,50	12,42±4,61	13,03±5,44	14,18±3,17	12,80±4,47	8,68±4,76	92,38±23,23
t, p		1,714;0,088	0,949;0,344	1,433;0,153	0,929;0,354	0,646;0,519	1,832;0,068	1,513;0,131
“Transkültürel” kelimesinin anlamı								
Fikrim yok	23	17,56±5,82	12,30±3,49	12,30±3,83	12,95±3,67	13,08±5,41	7,26±3,07	87,00±20,23
Kültür transferi	43	19,65±8,50	13,09±5,41	13,69±6,69	14,41±3,74	13,74±5,22	9,62±5,93	96,41±30,20
Farklı kültürlerin bir araya gelmesi	136	19,92±8,29	12,61±4,68	13,83±5,88	14,14±3,46	12,55±4,52	9,21±5,51	94,47±25,37
Kültürel değişim	63	20,38±8,01	12,49±5,29	12,68±5,64	13,95±3,08	13,19±4,70	9,26±5,46	94,44±25,79
KW-H, p		2,048;0,562	0,127;0,988	2,242;0,524	3,821;0,281	2,186;0,535	2,652;0,448	1,633;0,652
Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu								
Hayır	47	19,93±6,89	13,44±4,90	13,17±5,45	14,48±3,88	13,00±5,10	8,91±4,53	95,51±24,10
Evet	218	19,75±8,31	12,45±4,83	13,45±5,90	13,94±3,34	12,93±4,69	9,16±5,59	93,83±26,29
t, p		0,141;0,888	1,268;0,206	0,308;0,759	0,225;0,327	0,084;0,933	0,292;0,770	0,402;0,688

*Belirtilmemiş olanlar karşılaştırma dışı tutulmuştur.

Sağlık profesyonellerinin özellikleri ile ADA ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına bakıldığında; cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu, farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu, “transkültürel” kelimesinin anlamı ve farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile ADA Toplam puan ve tüm alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Yetiştiği coğrafi bölge Ege Bölgesi olan sağlık profesyonellerinin atışma Alt Boyutu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin yetiştiği coğrafi bölge ile ADA Toplam puan ve diğer alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği, Ahlaki Duyarlılık Anketi Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Yaş Arasındaki İlişki

KDÖ/ADA	Test	İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu	Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu	İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu	İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu	İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu	KDÖ Toplam Puan	Yaş
Otonomi Alt Boyutu	r	0,781	-0,133	-0,101	0,589	-0,133	-0,145	0,069
	p	0,000	0,030	0,102	0,000	0,030	0,018	0,262
Yarar Sağlama Alt Boyutu	r	0,555	-0,139	-0,117	0,156	-0,154	-0,150	0,098
	p	0,000	0,023	0,057	0,011	0,012	0,014	0,111
Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu	r	0,746	-0,120	-0,049	0,259	-0,077	-0,107	0,019
	p	0,000	0,051	0,424	0,000	0,209	0,083	0,759
Çatışma Alt Boyutu	r	0,284	0,124	0,161	0,417	0,078	0,158	-0,009
	p	0,000	0,044	0,009	0,000	0,206	0,010	0,884
Uygulama Alt Boyutu	r	0,589	0,076	0,021	0,424	0,043	0,058	-0,121
	p	0,000	0,217	0,737	0,000	0,488	0,345	0,050
Oryantasyon Alt Boyutu	r	0,715	-0,130	-0,079	0,253	-0,094	-0,124	0,072
	p	0,000	0,034	0,199	0,000	0,126	0,043	0,243
ADA Toplam Puan	r	0,870	-0,072	-0,048	0,505	-0,068	-0,069	0,049
	p	0,000	0,240	0,436	0,000	0,272	0,260	0,432
Yaş	r	-0,029	-0,093	-0,042	0,076	-0,108	-0,090	
	p	0,634	0,132	0,497	0,219	0,079	0,144	

Pearson Correlation test

Sağlık profesyonellerinin KDÖ ve ADA Alt Boyut puanları ile toplam puanları ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Otonomi Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

Yarar Sağlama Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Çatışma Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güven Alt Boyutu, KDÖ Toplam puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli ilişki bulunmuştur.

Uygulama Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu ve İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyli, yaş ile negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Oryantasyon Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu ve Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

ADA Toplam Puanı ile KDÖ-İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

Tablo 6. Çalışma Süresine Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çalışma Süresi/ KDÖ	Test	İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu	Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu	İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu	İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu	İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu	KDÖ Toplam Puan
Çalışma Süresi	r	-0,037	-0,168	-0,060	0,062	-0,143	-0,151
	p	0,549	0,006	0,338	0,321	0,021	0,014

Pearson Correlation test

Çalışma süresi ile Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Tablo 7. Çalışma Süresine Göre Ahlaki Duyarlılık Anketi Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Çalışma Süresi/ ADA	Test	Otonomi Alt Boyutu	Yarar Sağlama Alt Boyutu	Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu	Çatışma Alt Boyutu	Uygulama Alt Boyutu	Oryantasyon Alt Boyutu	ADA Toplam Puan
Çalışma Süresi	r	0,110	0,131	0,027	-0,059	-0,097	0,117	0,080
	p	0,077	0,034	0,663	0,342	0,117	0,059	0,196

Pearson Correlation test

Çalışma süresi ile Yarar Sağlama Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

5-TARTIŞMA

Bu araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

5.1. Sağlık Profesyonellerinin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %74,0'ı kadın ve %26,0'ı erkek olup, yaş ortalaması $42,06 \pm 11,74$ 'tür.

Öztürk vd (2009)'nin yaptıkları çalışmada hekimlerin %68,3'ü erkek, hemşirelerin %99,2'si kadın, yaş ortalaması hekimlerin $34,5 \pm 6,9$ ve hemşirelerin $28,9 \pm 5,4$ 'tür. Dikmen (2013)'in yoğun bakım hemşirelerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %46,0'ı 25-35 yaş aralığında; Filizöz vd (2015)'nin hemşirelerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %81,7'si kadın ve %46,0'ı 25-34 yaş aralığında; Arslan vd (2017)'in yoğun bakım hemşirelerinde yaptığı çalışmada %82,6'sı kadın ve %61,6'sı 30 yaş altındadır.

Fırat vd (2017)'nin acil servislerde görev yapan hemşirelerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %82,8'i kadın ve yaş ortalaması $30,00 \pm 5,63$; Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017)'in hemşirelerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %83,2'si kadın, %60,2'si 25-35 yaş aralığında olup yaş ortalaması $30,82 \pm 5,93$; Paslı Gürdoğan vd (2018)'nin hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılık düzeyleri ile mesleki değerlerin önemine ilişkin görüşlerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $20,5 \pm 1,57$ ve %86,8 bulunmuştur. Alan vd (2019)'nin ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin %84,0'ı kadın olup, yaş ortalaması $20,95 \pm 2,13$ 'tür. Aydoğan ve Ceyhan (2019)'in çalışmalarında sağlık personellerinin %50,6'sı kadın, yaş ortalaması $29,6 \pm 6,3$ 'tür. Daşbilek ve Avşar (2019)'in hemşirelerde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %71,5'i kadın ve %52,0'ı 20-24 yaş aralığındadır.

Çalışmamızdaki cinsiyet değişkeni; Filizöz vd (2015), Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017), Paslı Gürdoğan vd (2018), Alan vd (2019), Aydoğan ve Ceyhan (2019) ve Daşbilek ve Avşar (2019)'ın araştırmalarına benzerlik göstermekte olup; Öztürk vd (2009) çalışmasında cinsiyet değişkeni meslekler için ayrı ayrı verildiğinden benzerlik göstermemektedir. Çalışma sonucumuzdaki farklılığın katılımcıların bireysel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %75,8'i evli, %44,5'inin öğrenim durumu lisans ve %35,5'i ebedir.

Dikmen (2013)'in çalışmasında katılımcıların %52,0'ı evli ve %48,0'ı önlisans mezunu; Filizöz vd (2015)'nin çalışmasında katılımcıların %73,7'si evli ve %42,3'ü lisans mezunu; Arslan vd (2017)'in çalışmasında %54,3'ü bekâr ve %63,8'i lisans mezunudur. Fırat vd (2017)'nin; Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017)'in çalışmalarında da sırası ile katılımcıların %51,9'u bekâr ve %63,9'u lisans düzeyinde, 57,1'i evli ve %67,1'i lisans ve lisansüstü düzeyinde öğrenim görmüştür. Alan vd (2019)'ın çalışmalarında öğrencilerin %96,2'si bekârdır. Aydoğan ve Ceyhan (2019)'ın çalışmalarında sağlık personellerinin %31,3'ü hemşiredir. Daşbilek ve Avşar (2019)'ın gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %54,5'i evli ve %40,5'i lisans mezunudur.

Çalışma bulgumuzdaki medeni durum değişkeni; Dikmen (2013), Filizöz vd (2015), Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017) ve Daşbilek ve Avşar (2019)'ın araştırma bulgularına benzemekte olup; Arslan vd (2017), Fırat vd (2017) ve Alan vd (2019)'nın araştırma bulgularıyla farklılık göstermektedir. Çalışma bulgumuzdaki öğrenim durumu değişkeni; Filizöz vd (2015), Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017) ve Daşbilek ve Avşar (2019)'ın araştırma bulgularına benzemekte olup; Dikmen (2013)'in araştırma bulgularına benzerlik göstermemektedir. Çalışma bulgumuzdaki meslek değişkeni; Aydoğan ve Ceyhan (2019)'ın araştırma bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Çalışma bulgularımız ile alanyazın bulguları arasındaki farkın çalışma örnekleminin diğer araştırmalardan farklı olarak birinci basamak sağlık çalışanlarından oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %80,4'ü mesleğini isteyerek seçmiş ve %90,9'u mesleğini severek yapmaktadır.

Öztürk vd (2009)'nin çalışmasında hekimlerin %82,9'u ve hemşirelerin %87,7'si mesleğini severek yaptığını; Arslan vd (2017)'nin çalışmasında katılımcıların %76,1'i;

Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017)'in çalışmasına katılımcıların %81,4'ü mesleğini severek yaptığını bildirmişlerdir. Aslan ve Kizir (2019) katılımcıların %68,1'i hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini; Aydoğan ve Ceyhan (2019) sağlık personellerinin %74,9'u mesleği isteyerek seçtiğini belirtmiştir. Daşbilek ve Avşar (2019)'ın çalışmasında katılımcıların %68,0'ı mesleğini kendi seçmiş ve %62,5'i mesleğini severek yapmaktadır.

Alan yazında sağlık profesyoneli adaylarının mesleklerine bakış açılarını ve mesleklerini sevme durumlarını değerlendiren çalışmalar da mevcuttur.

Bulduk vd (2011)'nın araştırmalarında öğrencilerin %73,6'sı hemşireliği isteyerek tercih ettiğini, %70,7'sinin hemşirelik mesleğine bakış açısının olumlu olduğunu bildirmektedir. Bulduk vd (2017)'nin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerde yaptığı çalışmada da öğrencilerin %54,1'i mesleği hakkında olumlu düşündüğünü bildirmiştir. Paslı Gürdoğan vd (2018) hemşirelik öğrencilerinin %69,8'inin mesleği isteyerek seçtiğini; Alan vd (2019) öğrencilerin %54,0'ının mesleğini isteyerek seçtiğini ve %70,0'ının mesleğini sevdiğini; Bilgiç ve Şahin (2019) öğrencilerin %72,4'ü hemşireliği isteyerek seçtiğini; Demirel vd (2020) ise öğrencilerin %73,5'inin ebelik bölümünü isteyerek tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışma bulgularımız; alanyazında yer alan araştırma bulgularına benzemektedir. Literatürde çalışma bulgularımız ile çelişen bulgulara rastlanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %84,2'sinin yetiştiği coğrafi bölge Ege Bölgesidir.

Egelioğlu Çetişli vd (2016)'nın hemşirelik bölümünde öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada; birinci sınıf öğrencilerinin %64,2'si ve dördüncü sınıf öğrencilerinin %48,8'i batıda yetişmiş; Delibaş vd (2020)'in çalışmasında; katılımcıların en çok yaşadığı coğrafi bölge %82,8'i ile Doğu/Güneydoğu Anadolu Bölgesidir.

Çalışma bulgumuz Egelioğlu Çetişli vd (2016) bulgularına benzemekte, Delibaş vd (2020) bulgularından farklılık göstermektedir. Farklılığın çalışmamızın yapıldığı yerin Ege Bölgesinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılımcıların %65,3'ünün farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı vardır.

Akın (2016)'nın Türkçe öğretmen adaylarında yaptığı çalışmada katılımcıların %63,2'si; Demir ve Üstün (2017)'ün araştırmasına katılan öğretmen adaylarının %66,2'si; Öğüt ve Olkun (2018)'un çalışmasında katılımcıların %84,6'sı; Bilgiç ve Şahin (2019)'in çalışmasında öğrencilerin %54,1'i ve Delibaş vd (2020)'nn çalışmasında katılımcıların %58,9'u farklı kültürlerden arkadaş sahibidir.

Alan yazında farklı kültürden insanlar ile bir arada bulunma durumunu inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır.

Bulduk vd (2011)'nin araştırmasında katılımcıların %71,6'sı; Egelioglu Çetişli vd (2016)'nin çalışmaları; birinci sınıftaki öğrencilerin %69,7'si ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin %84,9'u; Bulduk vd (2017) katılımcıların %60,3'ü; Aslan ve Kizir (2019)'in araştırmasında katılımcıların %71,5'i; Birimoğlu Okuyan (2019)'in çalışmasında katılımcıların %87,3'ü ve Demirel vd (2020)'nin çalışmasında katılımcıların %76,2'si başka kültürdeki insanlarla bir arada olmuştur.

Çalışma bulgumuz karşılaştıran tüm alanyazın bulgularına paralellik göstermektedir. Ülkemizin tarihi ve coğrafi yapısı nedeniyle pek çok kültürü bir arada barındırdığı göz önüne alındığında elde edilen bulgu beklendik bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin %51,3'ü "Transkültürel" kelimesini "Farklı kültürlerin bir araya gelmesidir" şeklinde tanımlamıştır.

Yaman Aktaş vd (2016)'nin bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmaya bakıldığında katılımcıların %36,1'i "Transkültürel" kelimesini "Farklı kültürlerin bir araya gelmesidir" şeklinde tanımlamıştır.

Çalışma bulgumuz Yaman Aktaş vd (2016)'nin araştırma bulgusu ile örtüşmektedir. Araştırma sonucumuza dayanarak birinci basamak sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının konuya ilişkin bilgisinin olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin %82,3'ü farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım vermiştir.

Yaman Aktaş vd (2016)'nin çalışmasında katılımcıların %57,1'i ve Kürtüncü vd (2018)'nin hastanelerde görev yapmakta olan hemşirelerde yaptığı çalışmada katılımcıların %71,3'ü farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım vermiştir. Çalışma sonucumuz bize,

çalışma grubumuzun birinci basamak çalışanı olması nedeni ile farklı kültürel özelliklere sahip hastayla daha fazla temas ettiklerini düşündürmüştür.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin toplam çalışma süresi; Medyan:276 (ay) ve Mod:336 (ay)'dır.

Öztürk vd (2009)'nın araştırmalarında toplam çalışma süresi ortalaması hekimlerin $9,9 \pm 7,4$ hemşirelerin $7,3 \pm 5,6$ olarak ve Fırat vd (2017)'nin çalışmasında katılımcıların toplam çalışma süresi ortalaması $7,99 \pm 5,99$ yıl olarak bulunmuştur.

Filizöz vd (2015)'nin çalışmasında katılımcıların %35,7'si; Fırat vd (2017)'nin araştırmalarında katılımcıların %47,1'i; Kahrıman ve Yeşilçiçek (2017)'in yaptıkları çalışmada katılımcıların %48,4'ü ve Daşbilek ve Avşar (2019)'ın çalışmasında katılımcıların %66,5'inin çalışma süresi 1-5 yıl aralığındadır.

Çalışma bulgumuza göre katılımcıların çalışma süresi ortalaması diğer tüm alanyazın bulgularından farklı olarak yüksektir. Aile sağlığında merkezinde çalışabilmenin; çalışma yılı, puanı gibi belirli kriterler gerektirmesi ve bunun ancak çalışma yıllarının artması ile sağlanabilmesi olduğu düşünülmüştür.

5.2. Sağlık Profesyonellerinin KDÖ, ADA ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $92,96 \pm 11,96$; $21,50 \pm 6,56$; $24,36 \pm 3,72$; $18,26 \pm 3,40$; $11,83 \pm 3,48$ ve $12,32 \pm 2,18$ olarak bulunmuştur.

Egelioğlu Çetişli vd (2016)'nin çalışmasında birinci sınıftaki öğrencilere göre KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $78,42 \pm 8,82$; $25,73 \pm 3,98$; $17,03 \pm 2,87$; $16,74 \pm 2,83$; $7,30 \pm 2,82$ ve $11,60 \pm 2,21$ olarak; dördüncü sınıftaki öğrencilere göre KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde

Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 78,61±5,33; 26,22±2,44; 17,12±3,26; 16,46±1,84; 7,38±2,02 ve 11,41±1,47 olarak bulunmuştur.

Bulduk vd (2017)'nin çalışmasına göre KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 88,94±14,12; 26,33±5,07; 22,72±4,32; 17,59±3,39; 11,14±2,56 ve 11,15±2,30 olarak bulunmuştur.

Kürtüncü vd (2018)'nin çalışmalarında KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 85,41±10,28; 25,00±3,48; 22,51±3,62; 15,94±2,79; 10,96±2,17 ve 10,98±1,76 olarak bulunmuştur.

Aslan ve Kızır (2019)'in çalışmalarında KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 82,56±9,38; 25,56±4,56; 17,60±2,99; 16,98±3,04; 7,04±2,31 ve 15,39±3,27 olarak bulunmuştur.

Bilgiç ve Şahin (2019)'in çalışmalarında KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 76,67±7,27; 19,47±2,40; 21,29±3,43; 15,63±1,90; 10,12±2,51 ve 10,14±2,10 olarak bulunmuştur.

Birimoğlu Okuyan (2019)'in yaptığı çalışmaya göre KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 75,58±8,51; 22,15±3,29; 18,79±2,80; 16,96±3,23; 6,63±2,81 ve 11,03±2,19 olarak bulunmuştur.

Delibaş vd (2020)'in araştırmasına göre ise KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile 94,6±8,7; 27,9±3,2; 24,7±3,1; 11,8±1,6; 11,9±2,0 ve 11,8±1,6 olarak bulunmuştur.

Çalışma bulgumuzdaki KDÖ toplam puan Delibaş vd (2020)'nin sonucuna benzemektedir. Egelioğlu Çetişli vd (2016), Bulduk vd (2017), Kürtüncü vd (2018), Aslan ve Kizir (2019), Bilgiç ve Şahin (2019) ve Birimoğlu Okuyan (2019) çalışmalarında KDÖ toplam puan ortalaması $75,58 \pm 8,51$ ile $88,94 \pm 14,12$ arasında değişmektedir. Çalışmamızdaki alt boyut ortalamaları puanları literatüre bakıldığında yakınlık göstermektedir. Ayrıca ölçekten alınabilecek en düşük toplam puanın 24, en yüksek toplam puanın 120 olduğu düşünüldüğünde araştırmamızda sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $94,13 \pm 25,88$; $19,78 \pm 8,07$; $12,63 \pm 4,85$; $13,40 \pm 5,81$; $14,04 \pm 3,44$; $12,94 \pm 4,76$ ve $9,12 \pm 5,41$ olarak bulunmuştur.

Köktürk Dalcı ve Şendir (2016)'in çalışmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $76,33 \pm 22,84$; $17,74 \pm 4,61$; $11,90 \pm 4,32$; $12,61 \pm 4,17$; $6,74 \pm 2,65$; $9,59 \pm 2,99$ ve $9,87 \pm 3,90$ olarak bulunmuştur.

Arslan vd (2017)'nin çalışmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $93,46 \pm 23,10$; $20,38 \pm 6,56$; $12,88 \pm 4,47$; $13,29 \pm 5,08$; $13,22 \pm 4,21$; $12,63 \pm 3,92$ ve $10,14 \pm 4,04$ olarak bulunmuştur.

Fırat vd (2017)'nin araştırmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $100,11 \pm 21,15$; $22,29 \pm 6,74$; $13,21 \pm 4,27$; $14,30 \pm 4,55$; $13,03 \pm 3,73$; $14,44 \pm 4,35$ ve $10,87 \pm 3,88$ olarak bulunmuştur.

Taylan ve Arslan (2017)'in çalışmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $83,0 \pm 16,3$; $18,6 \pm 6,8$; $15,7 \pm 4,6$; $12,5 \pm 5,6$; $15,8 \pm 4,1$; $10,7 \pm 4,0$ ve $9,7 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur.

Temiz vd (2017)'nin araştırmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $89,77\pm 19,43$; $18,35\pm 5,51$; $12,92\pm 3,95$; $12,00\pm 4,88$; $13,96\pm 2,97$; $12,34\pm 3,94$ ve $8,13\pm 3,88$ olarak bulunmuştur.

Paslı Gürdoğan vd (2018)'nin yaptığı araştırmada ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $76,00 \pm 16,05$; $17,32\pm 4,49$; $10,34\pm 3,33$; $10,40\pm 3,12$; $10,00\pm 3,29$; $10,91\pm 3,32$ ve $7,57\pm 2,43$ olarak bulunmuştur.

Yılmaz vd (2018)'nin çalışmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $93,06\pm 18,49$; $19,25\pm 5,59$; $12,52\pm 4,28$; $13,09\pm 4,30$; $13,83\pm 3,48$; $13,39\pm 4,38$ ve $8,47\pm 3,72$ olarak bulunmuştur.

Alan vd (2019)' in çalışmasına göre ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $89,17\pm 23,09$; $20,37\pm 6,62$; $11,85\pm 4,33$; $12,84\pm 5,15$; $11,51\pm 3,61$; $12,90\pm 4,35$ ve $9,04\pm 4,60$ olarak bulunmuştur.

Amiri vd (2019)'nin çalışmasında ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $136,47\pm 13,30$; $17,24\pm 3,16$; $33,73\pm 4,70$; $26,42\pm 3,15$; $10,84\pm 3,18$; $15,47\pm 2,80$ ve $32,74\pm 4,39$ olarak bulunmuştur.

Cerit ve Özveren (2019)'in çalışmasındaki ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $150,05\pm 25,41$; $38,52\pm 6,80$; $20,05\pm 4,11$; $26,44\pm 6,27$; $11,29\pm 3,94$; $18,96\pm 4,70$ ve $21,83\pm 25,41$ olarak bulunmuştur.

Daşbilek ve Avşar (2019)'in yaptığı çalışmada ADA toplam puan, Otonomi Alt Boyutu, Yarar Sağlama Alt Boyutu, Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu, Çatışma Alt Boyutu, Uygulama Alt Boyutu ve Oryantasyon Alt Boyutu puan ortalamaları sırası ile $83,89\pm 19,61$; $19,06\pm 5,42$; $11,04\pm 3,12$; $12,41\pm 3,83$; $10,93\pm 5,49$; $11,00\pm 3,02$ ve $10,48\pm 3,43$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki tüm bulgular Arslan vd (2017) ile Yılmaz vd (2018)'nin araştırma bulguları ile örtüşmektedir. Çalışma bulgumuzun Otonomi ve Uygulama Alt Boyutları puanları; Köktürk Dalcalı ve Şendir (2016), Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Taylan ve Arslan (2017), Temiz vd (2017), Paslı Gürdoğan vd (2018), Yılmaz vd (2018), Alan vd (2019), Amiri vd (2019) ve Daşbilek ve Avşar (2019) araştırma bulgularına benzemekte olup, Cerit ve Özveren (2019)'in araştırma bulgusu ile farklılık göstermektedir. Çalışmamızın Yarar Sağlama Alt Boyut puanı; Köktürk Dalcalı ve Şendir (2016), Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Taylan ve Arslan (2017), Temiz vd (2017), Paslı Gürdoğan vd (2018), Yılmaz vd (2018), Alan vd (2019), Cerit ve Özveren (2019) ve Daşbilek ve Avşar (2019) çalışmalarının bulguları ile örtüşmekte olup; Amiri vd (2019) çalışma bulgusu ile örtüşmemektedir. Çalışmamızın Bütüncül Yaklaşım ve Oryantasyon Alt Boyutları puanları; Köktürk Dalcalı ve Şendir (2016), Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Taylan ve Arslan (2017), Temiz vd (2017), Paslı Gürdoğan vd (2018), Yılmaz vd (2018), Alan vd (2019) ve Daşbilek ve Avşar (2019) çalışmalarının bulguları ile örtüşmekte olup; Amiri vd (2019) ile Cerit ve Özveren (2019)'in sonuçları ile örtüşmemektedir. Çalışmamızın Çatışma Alt Boyut puanı; Arslan vd (2017), Fırat vd (2017), Taylan ve Arslan (2017), Temiz vd (2017), Paslı Gürdoğan vd (2018), Yılmaz vd (2018), Alan vd (2019) Amiri vd (2019), Cerit ve Özveren (2019) ile Daşbilek ve Avşar (2019) çalışmalarının sonuçları ile paralellik göstermekte olup; Köktürk Dalcalı ve Şendir (2016)'in sonuçları ile paralellik göstermemektedir. Çalışma sonucumuzdaki farklılıkların araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından ve değerlerin gelişimini etkileyen pek çok faktörün bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puanın 30, en yüksek toplam puanın 210 olduğu düşünüldüğünde araştırmamızda sağlık profesyonellerinin etik duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir.

5.3. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre KDÖ ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Sağlık profesyonellerinin İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile KDÖ toplam puanı ve diğer alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır.

Banos (2006), Holm vd (2009) ve Talib ve Hosoya (2010)'nın yaptıkları çalışmalarda KDÖ toplam puan kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre; Nieto ve Zoller Booth (2010)'un araştırmasında KDÖ toplam puan; kadınlarda erkek katılımcılara göre ve Kılıç ve Sevinç (2018)'in çalışmasında KDÖ toplam puan; kadın hemşirelik öğrencilerinde erkek öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

Westrick ve Yuen (2007), Spinthourakis vd (2009), Uzun ve Sevinç (2015), Bulduk vd (2017), Birimoğlu Okuyan (2019) ve Delibaş vd (2020)'nin çalışmalarında cinsiyet ile KDÖ toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır.

Akın (2016)'ın Türkçe öğretmen adaylarında yaptığı çalışmada KDÖ toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında bulunamamış olup; KDÖ alt boyutları karşılaştırılmamıştır.

Bilgiç ve Şahin (2019)'in çalışmasında KDÖ toplam puan, Kültürel Farklılıklara Saygı ve İletişimden Hoşlanma Alt Boyut puanları kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni ile diğer alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır.

Çalışma bulgumuz Holm vd (2009), Nieto ve Zoller Booth (2010), Talib ve Hosoya (2010), Kılıç ve Sevinç (2018) ve Bilgiç ve Şahin (2019)'in çalışma bulguları ile örtüşmekte olup; Westrick ve Yuen (2007), Spinthourakis vd (2009), Uzun ve Sevinç (2015), Akın (2016), Bulduk vd (2017), Birimoğlu Okuyan (2019) ve Delibaş vd (2020)'nin çalışma bulguları ile örtüşmemektedir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın; sosyalleşmenin cinsiyet bulgusu üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bekâr bireylerde; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KDÖ toplam puanı yüksek bulunmuş; medeni durum ile diğer alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır.

Çalışma bulgumuza ilişkin bir literatür bulgusuna rastlanmamıştır. Bekar bireylerin aile büyükleri ile birlikte yaşamaya bağlı olarak örf ve adetler nedeniyle daha geleneksel ve bu duruma paralel toplumla iletişiminin fazla olabileceği düşünülmektedir.

Lisansüstü öğrenim gören sağlık profesyonellerinde İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve KDÖ toplam puanı yüksek bulunmuş olup; öğrenim durumu ile diğer alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır.

Literatürde öğrenim durumu ile KDÖ toplam puan ve tüm alt boyutları inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Verilerimiz göz önüne alındığında sağlık profesyonellerinde

eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı bireylerin okuma ve yazma becerilerinin gelişmesinin; iletişim becerilerini paralel olarak etkilediği ve kültürlerarası duyarlılığın eğitim yolu ile geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Meslek grupları, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu ve sağlık profesyonellerinin yetiştiği coğrafi bölge ile KD toplam ve tüm alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır.

Suk vd (2015) Kore’de okul hemşireleri ile yaptıkları ęalıřmada kültürel duyarlılık puan ortalamalarını düşük bulmuşlardır.

Egelioglu etişli (2016), Bulduk vd (2017) ve Birimoğlu Okuyan (2019)’ın ęalıřmalarına göre yetişilen coğrafi bölge ve ile KD toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Bulduk vd (2017) ęalıřmasında mesleğe bakış açısı ve KD toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında ve evik (2018) ile Bilgiç ve şahin (2019)’in ęalıřmalarında mesleği isteyerek seçme durumu ile KD toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır.

Araştırma sonucumuz Suk vd (2015) ęalıřma bulgusundan farklılık göstermektedir. Farklılığın seçilen örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamız Egelioglu etişli (2016), Bulduk vd (2017), evik (2018), Bilgiç ve şahin (2019) ve Birimoğlu Okuyan (2019)’ın araştırma sonuçları ile benzerdir. Meslek grupları, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu ve sağlık profesyonellerinin yetiştiği coğrafi bölge değişkenlerinin etkisi olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olan sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyutu ve KD toplam puanları yüksek bulunmuş olup; diğer alt boyutlar ile arasında fark bulunamamıştır.

Banos (2006)’un genęlerin kültürler arası duyarlılığını incelediği ęalıřmasında; Meydanlıoglu vd (2015)’nın tıp ve hemşirelik ğrencilerinin kültürlerarası duyarlılığını araştırdığı ęalıřmasında; Bulduk vd (2017)’nin ve Birimoğlu Okuyan (2019)’ın ęalıřmalarında farklı kültürlerden arkadaşı olan katılımcıların KD toplam puanları yüksek bulunmuştur.

Ruddock ve Turner (2007) hemşirelik ğrencilerinin yurtdışı öğrenim deneyimlerinin kültürel duyarlılık geliştirmelerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları ęalıřmada

uluslararası deneyim sahibi olmanın kültürel duyarlılığın olumlu yönde gelişmesini sağlayabileceğini belirtmişlerdir.

Akın (2016)'ın çalışmasında KDÖ toplam puanı ile farklı ülkelerden/kültürlerden arkadaş sahibi olma durumu arasında fark bulunamamış olup; KDÖ alt boyutları değerlendirilmemiştir.

Öğüt ve Olkun (2018)'un çalışmasında farklı ülkelere mensup arkadaşına sahip olanların Kültürel Farklara Saygı Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanları yüksek bulunmuştur. Bilgiç ve Şahin (2019)'in çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin farklı kültürlerden arkadaş olma ve farklı kültürlerle bir arada olmayı isteme durumunun KDÖ toplam puan, İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu ve İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu puanı yüksek bulunmuş olup; farklı kültürlerden arkadaş olma ve farklı kültürlerle bir arada olmayı isteme durumunun İletişimde Kendine Güvenme Alt Boyut puanı ile fark saptanmamıştır.

Çalışmamızın sonucu Banos (2006), Ruddock ve Turner (2007), Meydanlıoğlu vd (2015), Bulduk vd (2017) ve Birimoğlu Okuyan (2019) çalışmalarının bulgularına benzemekte; Akın (2016)'ın çalışması ile farklılık göstermektedir. Ayrıca araştırma sonucumuzun Öğüt ve Olkun (2018)'un Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyut puanı ve Bilgiç ve Şahin (2019)'in KDÖ toplam puanı ve Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyut puanı ile benzeştiği görülmektedir. Çalışma bulgumuza dayanarak sosyal yaşamda farklı kültürlerden arkadaşına sahip olmanın sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılıklarını ve farklı kültürlerle saygı düzeyini geliştirdiği, ayrıca farklı kültürlerden bireylerle iletişim kurarken daha fazla öz güvene sahip olduklarını söyleyebiliriz.

“Transkültürel” kelimesinin anlamını bilme ile KDÖ toplam ve tüm alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır.

Literatürde “Transkültürel” kelimesinin anlamı ile KDÖ toplam puan ve tüm alt boyutları inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu ifade kavramsal yapıda olup bu düzeyde bir bilmenin bireylerin duyarlılıklarına yansımaması beklenen bir durumdur.

Farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım veren sağlık profesyonellerinin Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ toplam puan yüksek bulunmuş olup; farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile diğer alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır.

Kılıç ve Sevinç (2018) ve Birimoğlu Okuyan (2019)'ın çalışmalarında yabancı bir ülkede çalışmak isteyen öğrencilerin KDÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın bulguları Kılıç ve Sevinç (2018) ile Birimoğlu Okuyan (2019) çalışmalarının sonuçları ile farklılık göstermediği görülmüştür. Bulgumuz; kültürlerarası duyarlılık düzeyinin farklı kültürel özellikteki hastaya bakım verme durumundan etkilendiği şeklinde yorumlanabilir.

5.4. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özelliklerine Göre ADA ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu, farklı ülkelere ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu, “transkültürel” kelimesinin anlamı ve farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile ADA toplam puan ve tüm alt boyutları arasında fark bulunamamıştır. Yetiştigi coğrafi bölge Ege Bölgesi olan sağlık profesyonellerinin Çatışma Alt Boyutu yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin yetiştigi coğrafi bölge ile ADA toplam puan ve diğer alt boyutları arasında fark bulunamamıştır.

Alan yazın incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak Fırat vd (2017), Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017), Taylan ve Arslan (2017), Alan vd (2019)'nın çalışmalarında cinsiyet ile ADA toplam puan ve tüm alt boyutlar arasında fark bulunamamıştır. Ancak bunların aksine Öztürk vd (2009)'nın çalışmasında cinsiyet ile Yarar Sağlama Alt Boyutu ve eğitim durumu ile Otonomi Alt Boyut puanları arasında fark bulunmuş ve Aydoğan ve Ceyhan (2019)'a göre; kadınların etik duyarlılığı erkeklere göre yüksek bulunmuştur.

Yılmaz vd (2018)'nin çalışmasında bizim araştırmamıza benzer olarak medeni durum ile ADA toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamış iken literatürde farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur. Öztürk vd (2009)'nın çalışmasına bakıldığında hekimlerin medeni durumu ile Yarar Sağlama Alt Boyut puanı arasında ve Taylan ve Arslan (2017)'nin çalışmasında medeni durum ile Çatışma Alt Boyut puanı arasında fark bulunmuştur. Alan vd (2019)'nin çalışmasında da medeni durum ile ADA toplam puanı arasında fark bulunmuştur.

Literatürde öğrenim durumu ile ADA toplam puan ve tüm alt boyutlar arasındaki istatistiksel ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çeşitli sonuçlar görülmektedir. Dikmen (2013)'in çalışmasında, Fırat vd (2017)'nin, Temiz vd (2017)'nin çalışmalarında ve Aydoğan ve Ceyhan (2019)'a göre öğrenim durumu ile ADA toplam puan arasında fark bulunamamıştır. Öztürk vd (2009) çalışmasına bakıldığında hekimlerin eğitim durumu ile Otonomi Alt Boyut puanı arasında fark bulunmuş ($p<0.05$) ve lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin Otonomi Alt Boyut puanı yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Filizöz vd (2015)'nin çalışmasında; öğrenim durumu ile ADA toplam ve tüm alt boyut puanları arasında fark bulunmuştur. Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017)'in çalışmasında öğrenim durumu ile Otonomi Alt Boyut puanı arasında fark vardır. Taylan ve Arslan (2017) öğrenim durumunu incelediğinde lisansüstü mezunu olan katılımcıların Yarar Sağlama ve Çatışma Alt Boyut puanları yüksek bulunmuş ve önlisans mezunlarının Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Uygulama ve Oryantasyon Alt Boyut puanları yüksek bulunmuştur. Yılmaz vd (2018)'ne göre önlisans eğitimi alan katılımcıların Uygulama Alt Boyut puanı yüksek bulunmuştur.

Taylan ve Arslan (2017)'a göre katılımcıların mesleklerine bakıldığında ilk ve acil yardım tekniklerinin Otonomi, Bütüncül Yaklaşım, Uygulama ve Oryantasyon Alt Boyutların ve ADA toplam puanları ile etik duyarlılıkları yüksek bulunmuş olup; sağlık memurlarının Yarar Sağlama ve Çatışma Alt Boyut puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aydoğan ve Ceyhan (2019)'a göre; hekimlerin Otonomi Alt Boyut puanı yüksektir.

Taylan ve Arslan (2017)'a göre katılımcıların mesleğini tercih etme durumları ile ADA toplam ve tüm alt boyut puanları arasında fark bulunamamış iken; Aydoğan ve Ceyhan (2019)'a göre; mesleği isteyerek seçmeyenlerin mesleği isteyerek seçenlere göre Otonomi ve Oryantasyon Alt Boyut puanları ve mesleği isteyerek seçenlerin mesleği isteyerek seçmeyenlere göre ADA toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Çalışma sonucumuza paralel olarak Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017)'e göre mesleği severek yapma durumu ile ADA toplam puan ve tüm alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır. Taylan ve Arslan (2017)'a göre mesleğini sevmeyerek yapan katılımcıların; Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım ve Çatışma Alt Boyut puanları mesleğini severek yapan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Benzer olarak Daşbilek ve Avşar (2019)'a göre; mesleğini seven hemşirelerin mesleğini sevmeyen hemşirelere göre ADA toplam puan ve tüm alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Alan vd (2019)'nin öğrenciler

üzerinde yaptıkları araştırmada ise; öğrencilerin okudukları bölüm, bölümünü isteyerek seçme ve bölümü sevme durumları ile ADA ve tüm alt boyutları arasında fark bulunamamıştır.

Uluslararası literatür incelendiğinde; Ahn ve Yeom (2014) Kore'de yaptıkları çalışmada ADA toplam puanı düşük bulunmuş; Tuveson ve Lützen (2017) çalışmasında ADA puan ortalamalarını orta ile üst puan aralığında bulmuştur.

Çalışma bulgularımız Dikmen (2013), Fırat vd (2017), Kahriman ve Yeşilçiçek Çalık (2017), Taylan ve Arslan (2017), Temiz vd (2017), Yılmaz vd (2018) ve Alan vd (2019) araştırmalarının bulguları ile benzemekte olup; bazı bulguları ile örtüşmemektedir. Oluşan farklılığın kullanılan örneklem ile ilgili olduğu düşünülebilir. Literatür tarandığında yetişilen coğrafi bölge, farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşı olma durumu, “transkültürel” kelimesinin anlamı ve farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile ADA toplam ve diğer tüm alt boyut puanlarını karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca çalışma bulgumuzu değerlendirdiğimizde yetiştiği coğrafi bölge Ege Bölgesi olan sağlık profesyonellerinin bölgeyi daha iyi tanımalarına rağmen; olası çatışmaları çözme konusunda etkin olamadıkları yani; çatışma konusunda etik açıdan düşük duyarlılığa sahip oldukları düşünülmüştür.

5.5. KDÖ ile ADA Puan Ortalamalarının Tartışılması

Sağlık profesyonellerinin KDÖ ve ADA Alt Boyut puanları ile toplam puanları ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Otonomi Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

Yarar Sağlama Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ Toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Bütüncül Yaklaşım Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Çatışma Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu, Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Kendine Güven Alt Boyutu, KDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli ilişki bulunmuştur.

Uygulama Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu ve İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyli, yaş ile negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Oryantasyon Alt Boyutu puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu ve KDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli, İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

ADA toplam Puanı ile İletişimde Sorumluluk Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli; İletişimden Hoşlanma Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyli ilişki bulunmuştur.

Literatürde KDÖ ve ADA alt boyut puanları ile toplam puanları ortalamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Farklılık aynı ölçüm araçları kullanılarak gerçekleştirilen çalışma bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir; bulgularımızın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

5.6. Çalışma Süresine Göre KDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışma süresi ile Kültürel Farklılıklara Saygı Alt Boyutu, İletişimde Dikkatli Olma Alt Boyutu ve KDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Kürtüncü vd (2018)'na göre çalışma süresi değişkeninin KDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında fark görülmemiştir.

Çalışmamızın bulguları Kürtüncü vd (2018)'nin çalışmasının sonucu ile farklılık göstermektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca göre; çalışma yılının artmasının yeni ve farklı durumlara, bireylere tolerasyonu ve iletişimde özeni azalttığı bunun nedeninin mesleki yorgunluk olabileceği düşünülmüştür.

5.7. Çalışma Süresine Göre ADA Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışma süresi ile Yarar Sağlama Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.

Dikmen (2013)'in araştırmasında çalışma süresine göre bir yıldan az çalışan hemşirelerin 11-15 yıl çalışan hemşirelere göre Otonomi ve Çatışma Alt Boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Fırat vd (2017)'ne göre meslekte çalışma süresi 16-20 yıl olanların ADA toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Kahrıman ve Yeşilçiçek Çalık (2017) ve Alan vd (2019)'nin araştırmalarına göre çalışma durumu ile ADA toplam puan ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Temiz vd (2017)'ne göre meslekte çalışma yılı ile Bütüncül Yaklaşım ve Oryantasyon Alt Boyut puanları arasında fark vardır. Yılmaz vd (2018) hemşirelerin meslekte çalıştıkları süre ile ADA toplam puan ortalaması, Bütüncül Yaklaşım ve Çatışma Alt Boyut puan ortalamaları arasında fark saptanmış olup; meslekte çalışma süresi ile ADA toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Aydoğan ve Ceyhan (2019)'a göre; meslekte 1-5 yıl arası çalışanların ADA toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Daşbilek ve Avşar (2019)'a göre mesleki deneyim süresi ile ADA toplam puan ve alt boyut puanlarının ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Çalışma bulgumuz alan yazın çalışmaları ile benzeşmemektedir. Çalışma sonucumuza göre; çalışma süresi arttıkça sağlık profesyonellerinin ahlaki duyarlılık düzeylerinin de geliştiği söylenebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

- ✓ Araştırma Aydın iline bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonelleri ile sınırlıdır.
- ✓ Çalışma kullanılan anket ve ölçeklerle sınırlıdır.

6-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmamızda;

Sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık ve etik duyarlılık düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyi; cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, farklı ülkelerden ve/veya arkadaşı olma durumu ve farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verme durumu ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin etik duyarlılık düzeyi, yetiştiği coğrafi bölge ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ile etik duyarlılık düzeyleri arasında düşük düzeyli ilişki bulunmuş olup; etik duyarlılık arttıkça kültürlerarası duyarlılık düzeyi de artmaktadır.

6.2.ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin düzeyinin belirlenmesine yönelik farklı örneklem gruplarında çalışmaların yapılması ve elde edilecek sonuçlar üzerinden karşılaştırılması,

Sağlık profesyonellerinin hem kültürel duyarlılık hem de etik duyarlılık gelişimini sağlamak için konuların lisans müfredatlarına eklenmesi ve sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak için konular ile ilgili hizmet içi eğitimlerin planlanması,

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeylerini geliştirmeye yönelik halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında girişimsel çalışmaların yürütülmesi,

Literatürde konuya ilişkin yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olması nedeniyle ilgili araştırmaların yapılması ve çalışmaların niteliksel araştırmalar olarak planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahn, S. H., ve Yeom, H. A. (2014). Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *International journal of nursing practice*, 20(5), 482-489.
- Akın, E. (2016). Türkçe öğretmen adaylarının kültürlerarası duyarlılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 11(3), 29-42.
- Aktan, C. C., ve Tutar, H. (2007). Bir sosyal sabit sermaye olarak kültür. *Pazarlama ve İletişim Kültürü Dergisi*, 6(20), 1-11.
- Alan S., Gökyıldız Sürücü, Ş., ŞENOĞLU, A., ve Akça E. (2019). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 38-44.
- Allen, J. (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: A literature review. *Nurse Education Today*, 30(4), 314-320.
- Amiri, E., Ebrahimi, H., Vahidi, M., Asghari Jafarabadi, M., ve Namdar Areshtanab, H. (2019). Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nursing ethics*, 26(4), 1265-1273.
- Andrews, M.M., ve Boyle, J.S. (2002). Transcultural concepts in nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 178-180.
- Arslan, S., Taylan, S., ve Gözüyeşil, E. (2017). Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 21.

- Arslantaş, H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- Aslan, S., ve Kızır, Z. (2019). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kültürel Duyarlılıkları ile Kültürel Zekaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 115-120.
- Aydoğan, A., ve Ceyhan, Ö. (2019). Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıkları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 182-189.
- Banos, R.V. (2006). Intercultural sensitivity of teenagers: a study of educational necessities in Catalonia. *Intercultural communication studies*, 15(2), 16.
- Başak, T., Uzun, Ş., ve Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.
- Başalan, İz, F. ve Bayık, Temel, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 51-58.
- Başlı, M., Bekar, M., Civelek, İ. Kültürlerarası Hemşirelikte Kullanılan Modeller Ve “Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli”ni Anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 18-24.
- Bayık Temel, A. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 92-101.
- Bektaş, Ç., ve Köseoğlu, M.A. (2007). Etik kodlarının yönetsel karar alma sürecine etkileri ve bir model önerisi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 9(2), 94-115.
- Bilgiç, Ş., ve Şahin, İ. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık ve Etnik Merkezilik Düzeyleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 230-236.

- Birimoğlu Okuyan, C. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Belirlenmesi: Bir Üniversite Örneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20(1-2): 47-54
- Biol L. (2011). Hemşirelik İle İlgili Kavramlar, Kuramlar. Biol L (Ed.), Hemşirelik Süreci (10. Baskı) içinde (ss. 7-92). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., Etki Yayınları.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Boydak M. (2011). Araştırma ve Yayın Etiği. Atasoy N, Boydak M, Çırpan HA, Kendigelen A, Meriç İE, Topal Sarıkaya A, Ulubelen A, Yazıcı H, Yıldırım N (Ed). *Bilim Etiği* içinde (ss. 27-46). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Yayın No: 5048.
- Broom, A., Parker, R. B., Kirby, E., Kokanović, R., Woodland, L., Lwin, Z., ve Koh, E. S. (2019). A qualitative study of cancer care professionals' experiences of working with migrant patients from diverse cultural backgrounds. *BMJ open*, 9(3), e025956.
- Bulduk, S., Tosun, H., & Ardıç, E. (2011). Türkçe kültürler arası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 19(1), 25-31.
- Bulduk, S., Usta E., & Dinçer, Y. (2017). Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 73-77.
- Cerit, B., ve Özveren, H. (2019). Effect of hospital ethical climate on the nurses' moral sensitivity. *The European Research Journal*, 5(2), 282-290.

- Ceylantekin, Y. ve Öcalan, D. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin kültürel farkındalığı ve kültürlerarası hemşirelik dersine yönelik düşünceleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 45-53.
- Chally, P.S., ve Loriz, L. (1998). Ethics in the trenches: decision making in practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 98(6), 17-20.
- Clark, C.M. (2017). An evidence-based approach to integrate civility, professionalism, and ethical practice into nursing curricula. *Nurse Educator*, 42(3), 120-126.
- Çevik, H. (2018). Yabancı Uyruklu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıkları. *Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.*
- Daşbilek, F., ve Avşar, G. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 45-53.
- Delibaş, L., Dürmüş, G., Bilir, İ., Ekren, A., ve Çelikli, S. (2020). Sağlık Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Kültürler Arası Duyarlılık Ve Etnik Merkezilik Düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Demez, G. (2012). Medyada yeni sağlık anlayışları ve kadın bedeninin temsili. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 512-532.
- Demir, S., & Üstün, E. (2017). Öğretmen adaylarının kültürlerarası duyarlılık ve etnik merkezilik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 182-204.
- Demirel, G., Kaya, N., ve Doğaner, A. (2020). Ebelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Yaklaşımlarının Merhamet ve Empati Düzeylerine Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(21), 1-1.

- Deniz, T. (2014). Uluslararası göç sorunu perspektifinde Türkiye. *Turkish Journal of Social Research/Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 18(1).
- Des Jardins JR. (2006). Çevre Etiği. Ruşen Keleş (Ed). *Çevre Felsefesine Giriş içinde*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Dias, S, Gama, A, Cargaleiro, H, Martins, M.O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services, *Human Resources for Health*, 10:14.
- Dikmen, Y. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Doane, G., Pauly, B., Brown, H., ve McPherson, G. (2004). Exploring The Heart Ofethical Nursing Practice: implications for ethics education. *Nursing Ethics*, 11(3), 240-253.
- Dolan, C. (2017). Moral, ethical, and legal decision-making in controversial NP practice situations. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(2), e57-e65.
- Douglas, M.K, Pierce, J.U, Rosenkoetter, M, Pacquiao, D, Callister, L.C, Hattar-Pollara, M, Lauderdale, J, ... Purnell, L. (2013). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update, *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317–333.
- Duffy, M. E. (2001). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 487-495.
- Durak N. (2003). Aristoteles ve Farabi'de Etik. *Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Konya.
- Egelioglu Cetişli, N., Işık, G., Özgüven Öztornacı, B., Ardahan, E., Özgürsoy Uran, B. N., Top, E. D., ve Ünsal Avdal, E. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine

Göre Kùltùrlerarası Duyarlılıkları= Intercultural Sensitivity of Nursing Students According to Their Empathy Level.

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

Erkuş G. (2018). Etik Eğitiminde Standart Hasta Kullanımının Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Ahlaki Duyarlılık, Ahlaki Muhakeme Ve Etik Karar Verme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Esin MN. (2014). Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Ed). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik* içinde, (ss. 315-332). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti.

Fırat, B., Karataş, G., Barut, A., Metin, G., ve Sari, D. (2017). Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 229-235.

Filizöz, B., Mesci, G., Aşcı, A., ve Bağcıvan, E. (2015). Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 8(1), 47-66.

Greipp, M.E. (1992). Greipp's model of ethical decision making. *Journal of advanced nursing*, 17(6), 734-738.

Gustafson, D.L. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.

Gül Ş, Duru Aşiret G, Bayrak Kahraman B, Nevrez N, ve Örnek Büken N. (2013). Etik Dersi Alan ve Almayan Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(1), 23-31.

- Gündoğdu ÖŞ. Kentsel Çevre Estetiğinin Etik Açısından İrdelenmesi (1999). *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güney, S. ve Nurmakhmatuly, A. (2007). Kültürün girişimciliğe etkisi: Kazakistan ve Türkiye üniversite öğrencilerinin girişimcilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik kültürlerarası araştırma. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(18), 62-86.
- Hakko, A., ve Madenoğlu Kıvanç, M. (2018). Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Etik Davranışlar Oluşturma. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(3), 227-232.
- Halıcı A. (2000). İşletme İşlevleri Açısından İş Etiği ve İstanbul Menkul Kıymetler Borsasında İşlem Gören İşletmelere Yönelik Bir Araştırma. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Han, H. (2018). Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı etik sorunlara çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 282-289.
- Holm, K., Nokelainen, P., ve Tirri, K. (2009). Relationship of gender and academic achievement to Finnish students' intercultural sensitivity. *High Ability Studies*, 20(2), 187-200.
- Hotun Şahin, N., Onat Bayram, G., Avcı, D. (2009). Kültürlere duyarlı yaklaşım: transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1), 2-7.
- İşgüden, B., ve Çabuk, A. (2006). Meslek Etiği Ve Meslek Etiğinin Meslek Yaşamı Üzerindeki Etkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(16), 59-86.
- İştar Işıklı, E. (2018). Hastane Çalışanlarının Meslek Etiği Hakkındaki Görüşlerinin Ve Etik Sorunlarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(66), 861-873.

- Jirwe, M., Gerrish, K., ve Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 436-444.
- Kahriman, İ., ve Çalık, K. Y. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 111-121.
- Kaplan, M. (2010). Sağlık Ve Kültür'ün Buluştuğu Alan: Tıbbi Antropoloji. *Folklor/Edebiyat*, 16(64), 225-235.
- Karadağlı F. (2016). Profesyonel Hemşirelikte Etik, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 197-200.
- Kelle Silva L, Dos Santos Marins PR, Nascimento Nobre TC, da Silva Frazao I, de Oliveira Santa Rosa D. (2014). Ethical Implications And Decision Making In Care Education Process. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 32(2), 36-43.
- Ketenci, T. (2006). Aristoteles ve Wittgenstein: Etikte İki Yol. *FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi)*, (2), 91-99.
- Kılavuz R. (2003). *Kamu Yönetiminde Etik ve Bir Sorun Alanı Olarak Yozlaşma*, Ankara: Seçkin Yayınları.
- Kılıç, S.P., ve Sevinç, S. (2018). The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(4), 379-386.
- Kıranlı S, ve İlğan A. (2007). Eğitim Örgütlerinde Karar Verme Sürecinde Etik, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8 (14),150-162.
- Kirel, Ç. (2000). *Örgütlerde etik davranışlar, yönetimi ve bir uygulama çalışması*. Anadolu Üniversitesi.

- Kodal N. (2003). Zygmunt Bauman'da Politika ve Etik. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Köktürk Dalcalı, B., ve Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 1-9.
- Kulju K, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. (2016). Ethical Competence: A Concept Analysis, *Nursing Ethics*, 23(4),401–412.
- Kürtüncü, M., Arslan, N., Çatalçam, S., Yapıcı, G., ve Hırçın, G. (2018). Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılıkları ile Sosyo-demografik Özellikleri ve Empati Düzeyleri Arasındaki İlişkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 20(1).
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
- Leininger, M. (1997). Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 341-348.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192.
- Lützen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., ve Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224.
- Mahmutoğlu A. (2009). Etik Ve Ahlâk; Benzerlikler, Farklılıklar ve İlişkiler, *Türk İdare Dergisi*, 81 (463-464),225-250.

Meydanlıoğlu, A., Arıkan, F., ve Güzüm, S. (2015). Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Advances in Health Sciences Education*, 20(5), 1195-1204.

Milliken, A. (2018). Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing ethics*, 25(3), 278-303.

Narayanasamy, A., ve White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today*, 25(2), 102-111.

Nieto, C., ve Zoller Booth, M. (2010). Cultural competence: Its influence on the teaching and learning of international students. *Journal of Studies in International Education*, 14(4), 406-425.

Nora, D.C.R., Zoboli, E., ve Vieira, M.M. (2017). Moral sensitivity of nurses assessed through scoping review. *Cogitare Enferm*, 22(2), e47162.

Okuroğlu, G.K., Bahçecik, N., ve Alpar, Ş. E. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi/Cilicia Journal of Philosophy*, 1(1), 53-61.

Organizationation. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> adresinden erişildi.

Öğüt, N., ve Olkun, E. O. (2018). Üniversite öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyi: Selçuk Üniversitesi örneği. *Selçuk İletişim*, 11(2), 54-73.

Öncel, S. (1997). Kültürel yapı ile sağlık-hastalık ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 177-184.

Özlem M. (2016). Etik Eğitim Programının Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Öztürk Başpınar N, Çakıroğlu D. (2011). *Meslek Etiği* Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Öztürk, E. ve Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), 293-300.
- Öztürk, H., Hintistan, S., Kasım, S., Candaş, B. (2009). Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(2), 77-84.
- Paslı Gürdoğan, E., Aksoy, B., ve Kınıcı, E. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılık düzeyleri ve mesleki değerler ile ilişkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3), 147-154.
- Ruddock, H.C., ve Turner, D.S. (2007). Developing cultural sensitivity: Nursing students' experiences of a study abroad programme. *Journal of advanced nursing*, 59(4), 361-369.
- Sabancıoğulları, S., Kol, E. U., Arslantaş, A. T., Toğantemur, F., ve Ülker, F. (2018). Hemşirelerin etik karar verme düzeyi ile profesyonel benlik kavramları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 105-112.
- Sabuncu N. ve Erkal İlhan S. (2011). Hemşirelikte Temel Kavramlar. Sabuncu N. (Ed.), Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar içinde (ss. 9-46). Ankara: As Ofset Mat Kağıtçılık
- Seçim, H. (Ed.). (1996). *Hemşirelik esasları*. TC Anadolu Üniversitesi yayınları.
- Seviğ Ü., Özcan A., Tanrıverdi G. (2014). Kültürlerarası Hemşirelikte Temel Kavramlar. Seviğ Ü., Tanrıverdi G. (Ed.), Kültürlerarası Hemşirelik içinde (ss. 176-186). İstanbul:Kayhan Matbaacılık, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1).

Sökmen A. (2003). Yönetici Etik Davranış ve Eğitimin Sınır Birim İş Görenleri Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara'daki Dört ve Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Ampirik Bir Uygulama. *Doktora Tezi*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Spinthourakis, J.A., Karatzia-Stavlioti, E., ve Roussakis, Y. (2009). Pre-service teacher intercultural sensitivity assessment as a basis for addressing multiculturalism. *Intercultural Education*, 20(3), 267-276.

Suk, M.H., Oh, W.O., Im, Y.J., ve Cho, H.H. (2015). Mediating effect of school nurses' self efficacy between multicultural attitude and cultural sensitivity in Korean elementary schools. *Asian nursing research*, 9(3), 194-199.

Talib, M., ve Hosoya, S. (2008). Pre-service Teachers' Intercultural Competence in Japan and Finland: A Comparative Study of Finnish and Japanese University Students–A Preliminary Study. In *IAIE-IASCE Conference, Turin, Italy*, 241-260.

Tanrıverdi G. (2016). Kültürel Farklılıklar ve Toplum Temelli Hemşirelik Uygulamaları. Erci B. (Ed.), *Halk Sağlığı Hemşireliği (Genişletilmiş 2. Baskı) içinde* (ss. 312-319). Elazığ: Güler Matbaacılık, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

Tanrıverdi G. ve Karaca Sivrikaya S. (2014). Kültürlerarası Hemşirelik Modelleri. Seviğ Ü, Tanrıverdi G. (Ed.), *Kültürlerarası Hemşirelik içinde* (ss. 187-210). İstanbul: Kayhan Matbaacılık, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelikte yeni bir model önerisi: Çevre odaklı kültürel yeterlilik modeli. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4658-4670.

- Taylan, S., ve Arslan, S. (2017). Hastane öncesi alanda ve hastane acil servislerinde çalışan sağlık ekibinin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 100-112.
- Tazegün, A. ve Çelebioğlu, A. (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(2), 97-102.
- Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş. G., Akyolcu, N., Kanan, N., ve Nur, F. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 83-89
- Terkeş, N. ve Bektaş, H. (2013). Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında kültür. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 60-67.
- Tian, Y., Wang, L., Xu, Y., ve He, Z. (2020). The Development of Chinese Version of Transcultural Nursing Self-Efficiency Scale: Using Rasch Model Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 1043659619896827.
- Toplu, M. (2012). Bilim etiği: İnternetin bilim etiği üzerine etkileri. *Türk Kütüphaneciliği*, 26(4), 654-698.
- Toren, O., ve Wagner, N. (2010). Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics*, 17(3), 393-402.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2).
- Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel Hemşirelik Ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2).

- Tosun, B. ve Sinan, Ö. (2020). Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse Education Today*, 85, 104294.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 93-8.
- Turesson, H., ve Lützén, K. (2017). Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics*, 24(7), 847-855.
- Türe Yılmaz, A., ve Yıldırım, A. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Etik İklim Algısı. *Electronic Journal Of Social Sciences*, 18(69), 162-176.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2019). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2019)*. Türk Dil Kurumu. <http://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Uçan, Ö., Taşçı, S., Ovayolu, N. (2008). Transkültürel Hemşirelik. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2), 66-69.
- Uzun, Ö., ve Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3400-3408.
- Vanlaere, L., Timmermann, M., Stevens, M., ve Gastmans, C. (2012). An explorative study of experiences of healthcare providers posing as simulated care receivers in a ‘care-ethical’lab. *Nursing Ethics*, 19(1), 68-79.
- Westrick, J. M., ve Yuen, C. Y. (2007). The intercultural sensitivity of secondary teachers in Hong Kong: A comparative study with implications for professional development. *Intercultural education*, 18(2), 129-145.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Frequently asked questions (2020)*. *World Health*

Yaman Aktaş, Y., Gök Uğur, H, ve Orak, O.S. (2016). Hemşirelerin Kültürlerarası Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi Investigation Of The Opinions Of Nurses Concerning The Transcultural Nursing Care, 120-135.

Yazıcı H. (2011). Tıp ve Etik. Atasoy N, Boydak M, Çırpan HA, Kendigelen A, Meriç İE, Topal Sarıkaya A, Ulubelen A, Yazıcı H, Yıldırım N (Ed). *Bilim Etiği* içinde (ss. 9-20). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Yıldırım İ. (2003). Toplumsal Birlikteliğin Temel Etik Gereksinimleri. *Yüksek Lisans Tezi*, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van.

Yılmaz, D., Düzgün, F., Yılmaz, D. U., Korhan, E. A., ve Dikmen, Y. (2018). Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin etik duyarlılıklarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 157-163.

Yılmaz, M. Diyaliz Tedavisi Alan Hasta ve Ailesinin Bakımında Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 32-39.

Yurttaş, A., Kaşıkçı, M. K., Ağaçdiken, S., Kavuran, E., ve Şirin, M. (2014). Hemşirelerin Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 22(1), 1-8.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 16/01/2020-E.3550



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 50107718-050.04.04
Kona : 2019/156 Nolu Çalışmanız Hk.

Sayın Doç.Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.01.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

KARAR :III

Protokol No : 2019/156

Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Filiz ADANA
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz ADANA'nın "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası ve Etik Duyarlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının 30.12.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 08.01.2020 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya, Form 2'nin 14.1. 'in son bölümünde sabitiz edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalanmasını sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Merkez Kampüsü Kapar Mevki 09010
Etiket: AYDIN
Telefon No: 02562138866 Faks No: 0256 214 66 87
E-Posta: rektorlu@adu.edu.tr İnternet Adresi: http://akademik.adu.edu.tr

Bilgi İçin: Orkide Kahraman
Uras: Bilgiyay İşlemci

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 19504407-300
Konu : Merve OZKAN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21/05/2020 tarihli ve 245 sayılı yazı,

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Merve OZKAN hakkındaki ilgi yazı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Süleyman AYPAK
Müdür V.

Ek: 1 Sayfa



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Doç. Dr. Filiz
ADANA, Merve ÖZKAN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 11/03/2020 tarihli ve 33054732-82493341-605.01.01.01-E.4873 sayılı yazı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Merve ÖZKAN tarafından, Doç. Dr. Filiz ADANA danışmanlığında, Müdürlüğümüze bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası Etik Duyarlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışması yapılması planlanmaktadır.

Söz konusu çalışma yürütülürken Araştırmacı tarafından kimlik taşınması, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi, hasta mahremiyetine dikkat edilmesi, araştırma raporu yazılmadan önce veri analizlerinin tarafımızla paylaşılmasının taahhüt edilmesi ve çalışma bitiminde, nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafınıza iletilmesi şartı ile Mayıs 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazınız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Mete ERKİ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkam

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Ek 3. Anket Formu

YÖNERGE: Bu çalışma birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin etik ve kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılan gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmamız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir katkıdır. Bu araştırmaya ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulama sırasında veya sonrasında yüz yüze, e-posta (merveozkan55@hotmail.com) yoluyla veya telefonla (cep:05064910950) sorabilirsiniz. Ankete ayarmanız gereken süre yaklaşık 30 dakikadır. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Dürüst ve içten cevaplarınız araştırmaya sonuçları için çok önemlidir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Merve ÖZKAN

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Yaşınız:.....

Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

Medeni durumunuz: 1) Bekâr 2) Evli

Öğrenim durumunuz nedir? 1)Meslek Lisesi 2)Önlisans 3)Lisans 4)Lisansüstü

Mesleğiniz nedir? 1)Hekim 2)Hemşire 3)Ebe 4)Sağlık Memuru

Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? 1)Hayır 2)Evet

Mesleğinizi severek yapıyor musunuz? 1)Hayır 2)Evet

Mesleğinizde toplam çalışma süreniz?(yıl/ay)

Yetiştüğünüz Coğrafi Bölge: Bu soruyu cevaplariken yaşamınız boyunca en uzun süreyle kaldığınız coğrafi bölgeyi işaretleyiniz. 1)Marmara 2)Karadeniz 3)İç Anadolu 4)Akdeniz 5)Ege 6)Güneydoğu Anadolu 7)Doğu Anadolu 8)Türkiye Dışı

Farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden hiç arkadaşınız var mı? 1)Hayır 2)Evet

"Transkültürel" kelimesinin anlamı nedir?

1)Fikirim yok. 2)Kültür transferi

3)Farklı kültürlerin bir araya gelmesi 4)Kültürel değişim

Kendinizden farklı kültürel özelliklere sahip hastaya bakım verdiniz mi? 1)Hayır 2)Evet

Ek 4. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA-Moral Sensitivity Questionnaire)

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ

(MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE)

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekte ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir.

LÜTFEN BU İFADELERE NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI UYGUN GÖRDÜĞÜNÜZ SAYIYI DAİRE İÇİNE ALARAK BELİRTİNİZ.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

2. Hastalarında bir işleyme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığına hissedirim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

5. Hastanın güvenini kaybedersen hemşire/bekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

6. G6ç bir karar vermek zorunda kaldığında, hastaya karşı d6r6st olmak her zaman 6nemlidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

7. İyi bir bakımcı hastanın kendi seğıimine saygıyı ierdığıne inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

8. Hastanın hastalığını anlamak kavrama ekleldiğı varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiğı konusunda sıklıkla elişikiler yaparım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

10. Hastaların bakım tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın 6nemli olduğına inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğına karar vermekte zorlandığıım durumlarda sıklıkla kağılıyorum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

12. Hastanın kişisel geçmişini ile ilgili bilgiye sahip değılsem, standart işlem prosed6rlere g6venirim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

13. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-bakım-hasta ilişkinin çok 6nemli bir bileşen olduğına inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarda sıklıkla katılıyorum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

15. Hasta karşı çıkarsa 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 tedavisinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığında çoğunlukta diğer hemşire-bekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

18. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yazını 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 olamı 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 reddettiğinde izleyeceğim bir takım kararlaraın olması beklidir.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

22. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım boş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/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 bazen geçerli nedenleri vardır.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

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

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

29. Bir hemşire/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 hastalığın anlamasında kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamış bulurum.

1 2 3 4 5 6 7

Tamamen katılıyorum.

Hiç katılmıyorum.

Ek 5. Kùltùrlerarası Duyarlılık Òlçeđi (KDÒ)

KÙLTÙRLERARASI DUYARLILIK ÒLÇEĐİ

Aşağıda kùltùrler arası iletişim ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

Lütfen okuduğunuz ifadeyi derecesini belirten kutuyu (X) işareti yazarak belirtiniz. Tepekkitir ederiz.

İfadeler	Kesinlikle Kabuluyorum	Kabuluyorum	Kararsızım	Kabulmuyorum	Kesinlikle Kabulmuyorum
1. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişimde bulunmaktan hoşlanırım.					
2. Diğer kùltùrlerden olan insanların dar görüşlü olduğunu düşünürüm.					
3. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kendimden oldukça eminimdir.					
4. Farklı kùltùrlerden olan insanların karşısında konuşmakta çok zorlanırım.					
5. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken her zaman ne söyleyeceğimi bilirim.					
6. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken oldukça sosyal olabilirim.					
7. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.					
8. Farklı kùltùrlerden olan insanların değerlerine saygı duyarım.					
9. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kolayca telaşlanırım.					
10. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kendime güvenirim.					
11. Farklı kùltùrdeki akrabalarım hakkında bir kamyaya varmadan önce beklemeyi tercih ederim.					

12. Farklı kültürlerden olan insanlarla birlikteyken genellikle cesaretim kırılır.					
13. Farklı kültürlerden olan insanlara karşı açık fikirliyimdir.					
14. Farklı kültürlerden olan insanlarla iletişim kurarken nezaket kurallarına daha dikkat ederim.					
15. Farklı kültürlerden olan insanlarla iletişim kurarken genellikle kendimi yetersiz hissederim.					
16. Farklı kültürlerden olan insanların davranış biçimlerine saygı duyarım.					
17. Farklı kültürlerden olan insanlarla iletişim kurarken olabildiğince çok bilgi edinmeye çalışırım.					
18. Farklı kültürlerden olan insanların görüşlerini kabul edemem.					
19. İletişimimiz boyunca kültürel olarak farklı olan akranlarımdan imalı yorumlarına karşı hassasım.					
20. Kendi kültürümün diğer kültürlerden daha iyi olduğunu düşünürüm.					
21. İletişimimiz boyunca kültürel olarak farklı olan akranlarıma genellikle olumlu yaklaşırım.					
22. Kültürel olarak farklı insanlarla uğraşmak zorunda kalacağım durumlardan kaçınırım.					
23. Kültürel olarak farklı olan akranlarıma karşı anlayışımı, genellikle sözlü/sözsüz iletişim ile belli ederim.					
24. Kültürel olarak farklı olan akranlarımla aramızdaki farklılıklardan keyif alırım.					

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürelarası ve etik duyarlılık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan sağlık profesyoneli olmak

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Anket uygulaması Aile Sağlığı Merkezi ortamında araştırmacı tarafından gözlem altında yapılacaktır. Araştırma öncesinde Kurum izni, Etik Kurul izni ve bireylerden yazılı onam alınacak; araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanacaktır. Ölçümlerde sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerini içeren anket formu, Ahlaki Duyarlılık Anketi (Moral Sensitivity Questionnaire) ve Kültürelarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ) kullanılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak siz verilen anket formunu doldurmanız sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 679'dur.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Yapılacak çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kültürlerarası ve etik duyarlılık düzeylerini etkileyen faktörler belirlenecek ve bu çalışma daha sonra planlanacak olan girişimsel çalışmalara ışık tutacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket soruları ve ölçekler uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmacı kendi isteğiyle çalışmadan çıkmamız, verilen anket formunu doldurmamamız durumunda sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar söz konusu değildir. Araştırma anket formları kullanılarak, kişilerin uygun olduğu zamanlarda tamamlanacaktır. Araştırmaya ilişkin tüm sorumluluk araştırmacı Merve ÖZKAN ve sorumlu araştırmacı Filiz ADANA'ya aittir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALİYİM?

Uygulama süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05064910950 no.lu telefondan araştırmacımız Merve ÖZKAN'a ve 05053170994 no.lu telefondan sorumlu araştırmacı Filiz ADANA'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırmada kullanılacak anket formu ile ilgili masraflar, size veya güvencesi altında bulunduğumuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödenilmeyecektir. Araştırma masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDİR ?

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmaya katılmamız gönüllü olmamıza bağlıdır. Bu çalışmadan hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Araştırmadan ayrılmamız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz ve anketinizin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmeniz yeterlidir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmamızı izleyicileri, yönlendiricileri, etik kurulları ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve okuduğum olarak onayladım. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım ve kabul ediyordum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gönderilmesinin, transfer edilmesinin ve işlenmesinin konusunda araştırmaya yetkili kişilere yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılma davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın bizzat bir gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasalara bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyasını bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası ve Etik Duyarlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Merve ÖZKAN

18/01/2021

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: MERVE ÖZKAN

Doğum Tarihi/Yeri: 08 Şubat 1994 /Efeler-AYDIN

E-mail: merveozkan55@hotmail.com

Yabancı Dil: İngilizce, 55.00 (YÖKDİL-2018)

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Pamukkale Üniversitesi	2013-04.10.2016
Tezsiz Yüksek Lisans	İş Sağlığı Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2018 -19.06.2019
Tezli Yüksek Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2019-.....

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışman(lar)ı:

Özkan, M. (2020-2021) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası ve Etik Duyarlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, Aydın.

Danışman: Doç.Dr. Filiz ADANA

Projelerde Yaptığı Görevler

1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürlerarası ve Etik Duyarlılık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. ADÜ BAP Projesi HF-20006, Araştırmacı. (2020-2021)

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler :

1. Özkan, M., Adana, F., Yeşilfidan, D.“Hemşirelik Öğrencilerinin Servikal Kansere İlişkin Tutumları” Erasmus Uluslararası Akademik Araştırmalar Sempozyumu, 5-6 Nisan 2019 İzmir. **(Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)**
2. Yeşilfidan, D., Adana, F., Özkan, M. “Lisansüstü Öğrencilerin Teknoloji Bağımlılığına İlişkin Algıları: Bir Örnek Olay İncelemesi” Erasmus Uluslararası Akademik Araştırmalar Sempozyumu, 5-6 Nisan 2019 İzmir. **(Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)**

Yazılan Uluslararası Kitaplardaki Bölümler:

1. Özkan M, Adana F. “Transkültürel (Kültürlerarası) Hemşirelik”. Chapter 26: 399-410, Scientific Developments for Health and Life Sciences, Gece Kitaplığı (2020). ISBN: 978-625-7319-14-0

Üniversite Dışı Deneyim :

1. **Hemşire** (2017 –2018) - Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği
2. **Stajyer Yüksek Lisans Öğrencisi** (Nisan- Ağustos 2018) - Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi