CUMHURİYET'İN 100. YILI KİTAPLIĞI

100TH ANNIVERSARY OF THE REPUBLIC BOOKS

Hemşirelik ve Etik

Nursing and Ethics

Editörler / Editors

Doç. Dr. Nuray TURAN

Prof. Dr. Ayfer AYDIN

İSTANBUL UNIVERSITY PRESS

HEMŞİRELİK VE ETİK

NURSING AND ETHICS

Editörler / Editors

Doç. Dr. Nuray TURAN

İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayfer AYDIN

İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

İSTANBUL UNIVERSITY PRESS

Yayıncı / *Published by*
İstanbul Üniversitesi Yayınevi / *Istanbul University Press*
İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü, 34452 Beyazıt, Fatih / İstanbul - Türkiye

https://iupress.istanbul.edu.tr

Hemşirelik ve Etik/*Nursing and Ethics*
Editörler / *Editors*: Nuray TURAN, Ayfer AYDIN

E-ISBN: 978-605-07-1580-4

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002

İstanbul Üniversitesi Yayın No / *Istanbul University Publication No*: 5334

Hemşirelik Fakültesi Yayın No / *Faculty of Nursing Publication No*: 1

Online Yayın, Ocak 2024 / *Published Online in January 2024*

Bu çalışmaya atıfta bulunurken, referansa DOI numarasının dahil edilmesi önerilir.
It is recommended that a reference to the DOI is included when citing this work.

Bu çalışma Creative Commons Atıf-GayrıTicari 4.0 Uluslararası (CC BY-NC 4.0) lisansı altında online olarak yayındadır.
This work is published online under the terms of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Kitabın telif hakkı bulunmaktadır. Online olarak yayınlanan Creative Commons versiyonu haricinde, yasal istisnalar ve geçerli lisans sözleşmelerinin koşulları dikkate alınmalıdır.
This work is copyrighted. Except for the Creative Commons version published online, the legal exceptions and the terms of the applicable license agreements shall be taken into account.

Bu kitap İstanbul Üniversitesi Yayınevi'nin, Cumhuriyet'in 100. Yılı kitap projesi kapsamında yayınlanmıştır. ***/ This book was published as part of the Istanbul University Press' 100th Anniversary of the Republic book project.***

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ÖNSÖZ / PREFACE
Nuray TURAN, Ayfer AYDIN viii

1. KISIM - PART 1
ETİĞE GİRİŞ
INTRODUCTION TO ETHICS

1. BÖLÜM / CHAPTER 1
HEMŞİRELİK ETİĞİNİN DOĞASI
THE NATURE OF NURSING
Hale TOSUN 3

2. BÖLÜM / CHAPTER 2
ETİKLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE İLKELER
BASIC CONCEPTS AND PRINCIPLES OF ETHICS
Gülsün ÖZDEMİR AYDIN, Semiha KÜÇÜKAYDINOĞLU 21

3. BÖLÜM / CHAPTER 3
ETİK KARAR VERME SÜRECİ
ETHICAL DECISION-MAKING PROCESS
Nuray TURAN, Semiha KÜÇÜKAYDINOĞLU 47

2. KISIM - PART 2
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
INTERNAL MEDICINE NURSING AND ETHICS

4. BÖLÜM / CHAPTER 4
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN INTERNAL MEDICINE NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Cansu POLAT DÜNYA, Medine YÜCESOY 81

5. BÖLÜM / CHAPTER 5
YOĞUN BAKIM VE ETİK
INTENSIVE CARE AND ETHICS
Cansu POLAT DÜNYA, Medine YÜCESOY 101

6. BÖLÜM / CHAPTER 6
PALYATİF BAKIM VE ETİK
PALLIATIVE CARE AND ETHICS
Özlem UĞUR 117

7. BÖLÜM / CHAPTER 7
YAŞLILIK VE ETİK
AGING AND ETHICS
Merve Aliye AKYOL, Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ 143

8. BÖLÜM / CHAPTER 8
GENETİK VE ETİK
GENETICS AND ETHICS
Arzu ERKOÇ 161

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

3. KISIM - PART 3
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
SURGICAL NURSING AND ETHICS

9. BÖLÜM / CHAPTER 9
CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN SURGICAL NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Yasemin USLU, Emre KUĞU 183

10. BÖLÜM / CHAPTER 10
ACİL CERRAHİ VE ETİK
EMERGENCY SURGERY AND ETHICS
Esra EREN, Burcu ÖZKAN..... 209

11. BÖLÜM / CHAPTER 11
AĞRI YÖNETİMİ/ANALJEZİ, ANESTEZİ VE ETİK
PAIN MANAGEMENT/ANALGESIA, ANAESTHESIA AND ETHICS
Dilara ŞAHAN, Hatice ÖZSOY 227

12. BÖLÜM / CHAPTER 12
ESTETİK CERRAHİ VE ETİK
ESTHETIC SURGERY AND ETHICS
Seda ER, Yasemin USLU 253

13. BÖLÜM / CHAPTER 13
ORGAN NAKLİ VE ETİK
ORGAN TRANSPLANTATION AND ETHICS
Yaprak SARIGÖL ORDİN, Buket ÇELİK 281

4. KISIM - PART 4
ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
CHILD NURSING AND ETHICS

14. BÖLÜM / CHAPTER 14
ÇOCUK HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN PEDIATRIC NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Ayfer EKİM..... 317

15. BÖLÜM / CHAPTER 15
YENİDOĞAN VE ETİK
NEWBORN AND ETHICS
Sema BAYRAKTAR, Merve ERTUNÇ SOYCAN 333

16. BÖLÜM / CHAPTER 16
YAŞAM SONU BAKIM VE ETİK
END-OF-LIFE CARE AND ETHICS
Ayfer AYDIN..... 353

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

17. BÖLÜM / CHAPTER 17
ENGELLİ ÇOCUK VE ETİK
DISABLED CHILD AND ETHICS
Hatice YILDIRIM SARI 371

18. BÖLÜM / CHAPTER 18
YOĞUN BAKIM VE ETİK
INTENSIVE CARE AND ETHICS
Gülçin BOZKURT, Özlem ŞENSOY 387

5. KISIM - PART 5
KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
WOMEN'S HEALTH NURSING AND ETHICS

19. BÖLÜM / CHAPTER 19
KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN WOMEN'S HEALTH NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Merve TUNCER 407

20. BÖLÜM / CHAPTER 20
KADIN SAĞLIĞI VE ETİK
WOMEN HEALTH AND ETHICS
Sevda KARAKAŞ 425

21. BÖLÜM / CHAPTER 21
GEBELİK-DOĞUM YÖNETİMİ VE ETİK
PREGNANCY-BIRTH MANAGEMENT AND ETHICS
Ezgi ŞAHİN 439

22. BÖLÜM / CHAPTER 22
YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE ETİK
ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES AND ETHICS
Hacer ATAMAN 461

23. BÖLÜM / CHAPTER 23
CİNSEL SAĞLIK VE ETİK
SEXUAL HEALTH AND ETHICS
Özden TANDOĞAN 479

6. KISIM - PART 6
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
PSYCHIATRIC NURSING AND ETHICS

24. BÖLÜM / CHAPTER 24
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN PSYCHIATRIC NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT, AND IMPORTANCE
Tuba ÇÖMEZ İKİCAN 499

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

25. BÖLÜM / CHAPTER 25
PSİKİYATRİ VE ETİK
PSYCHIATRY AND ETHICS
Tuba ÇÖMEZ İKİCAN 515

26. BÖLÜM / CHAPTER 26
PSİKİYATRİDE ADLİ KONULAR VE ETİK
FORENSIC ISSUES AND ETHICS IN PSYCHIATRY
Emre ÇİYDEM 533

27. BÖLÜM / CHAPTER 27
PSİKİYATRİDE HASTA HAKLARI VE ETİK
PATIENT RIGHTS AND ETHICS IN PSYCHIATRY
Emre ÇİYDEM 553

7. KISIM - PART 7
HEMŞİRELİKTE EĞİTİM VE ETİK
EDUCATION IN NURSING AND ETHICS

28. BÖLÜM / CHAPTER 28
HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN NURSING EDUCATION: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Olga İNCESU 573

29. BÖLÜM / CHAPTER 29
ETİK ÖĞRETİMİ
ETHICS TEACHING
Aylin PALLOŞ 589

30. BÖLÜM / CHAPTER 30
SAĞLIK-HASTA EĞİTİMİ VE ETİK
HEALTH-PATIENT EDUCATION AND ETHICS
Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU 619

8. KISIM - PART 8
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM VE ETİK
NURSING MANAGEMENT AND ETHICS

31. BÖLÜM / CHAPTER 31
HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN NURSING MANAGEMENT: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Havva ÖZTÜRK 637

32. BÖLÜM / CHAPTER 32
HEMŞİRELİK YÖNETİMİ VE ETİK
NURSING MANAGEMENT AND ETHICS
Şehrinaz POLAT 665

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

33. BÖLÜM / CHAPTER 33
HEMŞİRELİK YÖNETİMİ VE ETİK KARAR VERME
NURSING MANAGAMENT AND ETHICAL DECISION MAKING
Ebru ÖZEN BEKAR 705

34. BÖLÜM / CHAPTER 34
HEMŞİRELİKTE ETİK LİDERLİK
ETHICAL LEADERSHIP IN NURSING
Handan ALAN, Şehrinaz POLAT 723

9. KISIM - PART 9
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK
PUBLIC HEALTH NURSING AND ETHICS

35. BÖLÜM / CHAPTER 35
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ
ETHICS IN PUBLIC HEALTH NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE
Elif ATEŞ 741

36. BÖLÜM / CHAPTER 36
AŞILAR VE ETİK
VACCINES AND ETHICS
Merve KOLCU 767

37. BÖLÜM / CHAPTER 37
KÜRESEL SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE ETİK
GLOBAL HEALTH INEQUALITIES AND ETHICS
Kübra İNCIRKUŞ 785

38. BÖLÜM / CHAPTER 38
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE ETİK
HEALTH PROMOTION AND ETHICS
Merve ALTINER YAŞ 799

39. BÖLÜM / CHAPTER 39
AFETLERDE TRİYAJ VE ETİK
TRIAGE AND ETHICS IN DISASTERS
Yasemin GÜMÜŞ ŞEKERCİ 821

10. KISIM - PART 10
HEMŞİRELİKTE ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ
RESEARCH AND PUBLICATION ETHICS IN NURSING

40. BÖLÜM / CHAPTER 40
HEMŞİRELİKTE ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ
RESEARCH AND PUBLICATION ETHICS IN NURSING
Nurten KAYA 841

ÖNSÖZ / PREFACE

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunun 100. yılı olması sebebiyle 2023 yılı hepimiz için büyük önem taşımaktadır. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanları olarak, Cumhuriyet'imizin 100. Yılı anısına "Hemşirelik ve Etik" kitabını siz değerli okurlarımız ile paylaşmanın gururunu yaşıyoruz.

Hemşirelik ve etik, hemşireliğin temel işlevi olan bakım eylemlerinin doğası gereği yakın ilişki içindedir. "Hemşirelik ve Etik" kitabı, hem hemşirelik öğrencilerinin lisans ve lisansüstü eğitimleri süresince hem de meslektaşlarımızın meslek yaşamları boyunca karışabilecekleri etik sorunların önlenmesi ve etik problemlerin daha kolay çözülebilmesinde kullanabilecekleri bir kitap olmasını amacıyla yazılmıştır.

"Hemşirelik ve Etik" kitabı insan onuruna, bütünlüğüne ve insan haklarına saygılı bir şekilde hemşirelik bakımı sunmaları ve sürdürebilmeleri sırasında karşılaşabilecekleri etik sorunların önlenmesi ve çözümünde kullanacağı mesleki değerler, etik kodlar, evrensel etik ilkeler ve etik sorunların çözümüne yönelik gerekli temel bilgi ve becerileri içermektedir.

"Hemşirelik ve Etik" kitabında hem hemşirelik öğrencileri hem de meslektaşlarımızın kullanımının kolay olması açısından hemşirelikte yer alan temel anabilim dalları dikkate alınarak konular ele alınmıştır. Kitapta "Etiğe Giriş, İç Hastalıkları Hemşireliği ve Etik, Cerrahi Hemşireliği ve Etik, Çocuk Hemşireliği ve Etik, Kadın Sağlığı Hemşireliği ve Etik, Psikiyatri Hemşireliği ve Etik, Hemşirelikte Eğitim ve Etik, Hemşirelikte Yönetim ve Etik, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Etik, Hemşirelikte Araştırma ve Yayın Etiği" olmak üzere toplam 10 ünite ve bu ünitelerin içerisinde 40 bölüm yer almaktadır. "Hemşirelik ve Etik" kitabı Türkiye'nin farklı bölgelerinden alanında uzman 46 yazarın katılımıyla tamamlanmıştır. Cumhuriyet'imizin kuruluşundan bu yana sürekli gelişme gösteren hemşirelik mesleğine ve etiğe gönül vermiş değerli yazarlarımızın her birine ayırdıkları zaman, katkıları ve emekleri için gönülden teşekkür ediyoruz.

Hemşirelik ve Etik kitabının özveri ile çalışan meslektaşlarımız, lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelik öğrencilerimiz için yararlı bir kaynak kitap olmasını diliyoruz.

Cumhuriyetimizin sonsuza kadar sürmesi dileğiyle, sevgi ve saygılarımızı sunarız.

"Cumhuriyet, düşüncesi hür, anlayışı hür, vicdanı hür nesiller ister."

Mustafa Kemal ATATÜRK

Doç. Dr. Nuray TURAN

Prof. Dr. Ayfer AYDIN

1. KISIM - PART 1

ETİĞE GİRİŞ

INTRODUCTION TO ETHICS

1. BÖLÜM / CHAPTER 1

HEMŞİRELİK ETİĞİNİN DOĞASI

THE NATURE OF NURSING

Hale TOSUN[1]

[1]Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye
E-mail: haletosun@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.01

ÖZ

Etik bilimi, davranışların doğru ya da yanlış olduğunun incelenmesidir. Mesleki etik ilkelere uygun hareket edilmesi, hemşirelik mesleğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hizmeti kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan hemşirelerin sorumlulukları arasında, toplum sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için en üst düzeyde sağlık bakım ve rehabilite edici hizmetler yer almaktadır. Bu sorumlulukların yerine getirilmesi sırasında etik ilkelere uygun hareket edilmesi, hemşirelerin sundukları bakımın kalitesini ve çalışma performansını arttırmada etkili bir faktördür. Hemşireler bakım uygulamalarında, yaşam süreci ya da terminal dönemde bazı kararlar almak durumunda olup, karmaşık durumların yaşanması ile daha fazla etik sorun deneyimlemektedirler. Özellikle sağlık teknolojisindeki gelişim ve değişimler, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklar, topluma özgü kültürel değerlerdeki değişimler hemşirelerin yaşadığı etik sorunların daha karmaşık hale gelmesinin nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca sınırlı kaynakların adil dağılımı, mahremiyetin, bireyin özerkliğinin sağlanması ve sürdürülmesi, meslek üyeleri ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim konuları, etik ikilemlerin yaşandığı diğer alanlar olarak ifade edilebilir. Bilim ve sanatı içinde barındıran hemşireliğin teknolojik gelişim ve değişimin ışığında, bakımın etik ve hümanist boyutunu daha fazla sorgulaması ve mesleki etik ilkeleri merkeze alan yaklaşımı, etik sorunların çözümü için son derece önemlidir. Etik sorunların çözümü, sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesini arttırmakla birlikte, aynı zamanda hemşirelerin mesleki tükenmişliğinin ve işten ayrılmaların önlenmesinde de etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Etik, bakım etiği, değerler, hemşirelik, hemşirelikte etik kodlar

ABSTRACT

Ethics is the investigation of whether behavior is right or wrong. Acting in accordance with professional ethical principles is an integral part of the nursing profession. The responsibilities of nurses, who have a significant impact on the quality of health care, include the highest level of health care and rehabilitative services to protect, maintain and improve public health. Acting in accordance with ethical principles during the fulfillment of these responsibilities is an effective factor in increasing the quality of care and work performance of nurses. Nurses have to make some decisions in care practices, in the life process or in the terminal period, and they experience more ethical problems with the experience of complex situations. Especially the development and changes in health technology, prolonged

life expectancy, chronic diseases, changes in cultural values specific to society can be counted among the reasons why the ethical problems experienced by nurses have become more complex. In addition, fair distribution of limited resources, ensuring and maintaining the privacy and autonomy of the individual, communication with professional members and other health professionals can be stated as other areas where ethical dilemmas are experienced. In light of technological development and change, nursing, which includes science and art, questioning the ethical and humanistic dimensions of care more and its approach that focuses on professional ethical principles is extremely important for the solution of ethical problems. The solution to ethical problems not only improves the quality of care provided to healthy/patient individuals, but is also effective in preventing professional burnout and turnover of nurses.

Keywords: Ethics, care ethics, values, nursing, ethical codes in nursing

Extended Abstract

In addition to the rapid development in health technology and nursing practice, the intense focus on standardization and production is leading to increasing complexity in the healthcare environment. Centering on science and art, nursing is an applied discipline based on communication and is not only responsible for performing certain skills. Nursing science takes place within nursing practice and refers to the framework of positive science. As an art, it is acted as required for individuality and respect of human dignity during caregiving. Nursing has to follow innovations in accordance with evidence-based practices and changing knowledge. At the point where art and science are integrated, the quality of care will be improved in line with the needs of the patient and their family. Professionally, critical thinking and evidence-based practice also require the use of knowledge. Ensuring lifelong learning by integrating knowledge with clinical experience, and acting in accordance with intellectual and professional standards is extremely important for the nursing profession in providing and maintaining quality care. Nursing requires specialization through the education process, ensuring and maintaining autonomy in line with professional ethical principles, as well as a critical perspective. In order to act in this direction and to use their professional knowledge and skills, they need professional theories. This is also a prerequisite for scientific development. The humanistic approach in nursing care can be explained in a wide range of concepts including honesty, cooperation, compassion, altruism, respect, resilience, and empathy. It also takes a psychosocial and holistic approach and individualized care as a basis, as well as the patient experience. While providing care, it is essential to act in accordance with certain professional rules, standards of practice, and ethical principles. The nursing practice also includes ethical principles and social values. As a requirement of professionalism, knowing

the values of the individual/community served and guiding the practice accordingly also supports cooperation. Ethics is “rule-based” and describes the duty or obligation to act in a prudent and correct manner that everyone should do and fulfill under the same circumstances. Ethics, a fundamental part of the profession since the early days of nursing history, provides professional standards for nursing activities that protect the nurse and the patient. Ethics is an internationally recognized concept as a fundamental part of nurses’ work. The American Nurses Association established ethical codes for the first time as a set of guiding principles and standards of conduct that apply to all nurses and that must be followed in 1950 and revised in 2015. When faced with any ethical problem, the nurse should act in accordance with the principles of autonomy, beneficence-nonmaleficence, justice, and respect for human dignity in the decision-making process. Values, which vary from individual to individual and from culture to culture, play an important role in understanding ethics and are an important and effective part of ethical discourse. A professional perspective should be developed to analyze and manage ethical issues that are part of nursing practice. Because the ethical dilemmas and problems experienced by nurses are diversifying and differentiating day by day. In addition to the problems experienced in practice such as ensuring the quality of life and terminal patient care, with the changing world and health technology in the recent period, the use of social media, artificial intelligence, etc. creates controversy within ethical issues. In addition to the negative impact of the delay in solving ethical problems on the quality of patient care, it causes anger, burnout, guilt, lack of motivation, and turnover in members of the profession. For this reason, supporting the development of nurses’ ethical problem-solving abilities and skills in the education process will allow them to increase their awareness of this issue.

1. Giriş

Sağlık teknolojisi ve hemşirelik uygulamalarındaki hızlı gelişim ile birlikte standardizasyona ve üretime yoğun şekilde odaklanılması, sağlık hizmeti ortamında giderek artan bir karmaşıklığa yol açmaktadır. Bu ortam içinde görev ve sorumluluklarını yerine getirmeye çalışan hemşireler, sağlıklı/hasta birey ve aileleri, diğer sağlık profesyonelleri ve hastane yönetiminden gelen pek çok talebi de karşılamak durumundadır (Abbasinia ve ark., 2020; Haahr ve ark., 2020).

Hemşirelik tanımları hasta merkezli bakım ile profesyonel uygulama standartlarını bağdaştırmaktadır (Delaney, 2018; Potter ve ark., 2021a). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'ne göre hemşirelik, "her yaştan, aile, grup ve topluluğun hasta veya iyi durumdaki bireylerin tüm ortamlarda güvenliğini destekleyerek, özerk ve iş birliğine dayalı şekilde bakımını sağlar. Hemşirelik uygulamaları, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinin yanı sıra, hasta, engelli ve ölmekte olan bireyin bakımını içerir (ICN; Potter ve ark., 2021a).

Ülkemizde ise, Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin 1981 yılında yaptığı tanımda hemşireliği; "bireyin, ailenin ve toplumun esenliğini ve sağlığını, koruma, geliştirme ve rahatsızlık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, planlanması ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yapabilecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" şeklinde tanımlamıştır (Öztunç, 2019).

Hemşirelik bilim ve sanatı merkeze alan, iletişime dayalı uygulamalı bir meslektir (McCaffrey, 2019; Porter-O'Grady, 2019; Potter ve ark., 2021a). Bir sanat olarak, bakım vermede, bireyselliğe ve insan onuruna saygının gerektirdiği şekilde hareket edilmektedir. Hemşirelik kanıta dayalı uygulamalar ve değişen bilgiye uygun olarak yenilikleri izlemek zorundadır. Sanat ve bilimi bütünleştirdiği noktada, sağlıklı/hasta birey ve ailesinin gereksinimleri doğrultusunda bakımın kalitesinin de artması sağlanacaktır (Delaney, 2018; Potter ve ark., 2021a). Hemşirelik bilimi, hemşirelik uygulamaları içerisin de yer alan pozitif bilimi ifade etmektedir (Fedyk, 2023). Ayrıca hemşirelik ampirik, etik, estetik, bilimsellik kavramlarını bir araya getiren süreç ve dinamikleri içermektedir (Karlsson ve Pennbrant, 2020). Hemşirelik, sadece belirli becerileri yerine getirmekle sorumlu olan bir meslek değildir. Profesyonel açıdan, eleştirel düşünme ve kanıta dayalı uygulama ile bilgiyi kullanmayı da gerektirmektedir Eleştirel düşünme becerisi, bilimsel kazanım elde etme konusunda yardımcı ve rehberdir. Bilginin klinik deneyim ile bütünleşerek hayat boyu öğrenmenin sağlanması, entelektüel ve profesyonel standartlara uygun şekilde hareket edilmesi, hemşirelik mesleği için son derece önemlidir. Bunu yerine getirirken, nitelikli bakım uygulamasının bir şefkat ve özen çerçeve-

sinde yapılmasını sağlamak gerekir. Bu aynı zamanda hemşireliğin, sanat ve bilim yönünü desteklemektedir (Potter ve ark., 2021a).

Bir meslek olarak hemşirelik; eğitim süreci ile uzmanlaşmayı, mesleki etik ilkeler doğrultusunda özerkliğini sağlamayı ve sürdürmeyi, aynı zamanda eleştirel bakış açısını gerektirmektedir. Bu doğrultuda, hareket edebilmek ve kendi mesleki bilgi ve becerilerini kullanabilmek için mesleki teorilere gereksinim duymaktadır. Aynı zamanda bu, bilimsel gelişim için de bir ön koşuldur. Bilimselliğin amacı, bilgiyi üretmek ve kullanıma hazır hale getirmektir. Bu nedenle, geçerli bilgiyi üretmek için hangi argümandan yararlanılması gerektiğini belirlemek oldukça önemlidir (Hoeck ve Delmar, 2018).

İnsan hakkı olarak güvenli hemşirelik bakımının verilmesi, tamamlanması ve eşit şekilde kaynakların dağıtılması, sağlık hizmeti için bir zorunluluk olmakla birlikte aksi durum hasta birey, ailesi ve hemşireler için olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Tonnessen ve ark.,2020).

Sağlıklı/hasta bireyin yaşamında fark yaratmak, hemşire için oldukça önemli bir motivasyon ve ödül kaynağıdır. Hemşire için birey, bakımın merkezinde yer almaktadır. Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun çok çeşitli sağlık gereksinimlerinin yanı sıra farklı bilgi, deneyim, beklenti, hassasiyet ve değerleri bulunmaktadır. Buna ilişkin olarak, farklı beklentilerin ve gereksinimlerin karşılanması hemşireliğin güçlü olduğu kadar zorlayıcı yönlerini de ortaya çıkarmaktadır (Potter ve ark., 2021a). Hemşireliğin en ayırt edici özelliği, hümanist ve holistik yaklaşımıdır (Haahr ve ark.,2020). Her iki yaklaşım, aynı zamanda bireyselleştirilmiş bakım üzerine temellendirilir. Holistik yaklaşım bireyi tüm yönleri ile değerlendirmeyi sağlar. Hümanist yaklaşım ise bireye, saygı ve empati duymanın yanı sıra, bireye karşı dürüst davranma ve profesyonel anlamda iş birliğini sürdürmeyi gerekli kılmaktadır (McCaffrey, 2019).

Bakım verirken, belirli mesleki kurallar, uygulama standartları ve etik ilkeler doğrultusunda hareket etmek esastır. Hemşirelik uygulamaları, aynı zamanda etik ilkeleri ve sosyal değerleri de içermektedir. Profesyonelliğin gereği olarak, hizmet verilen birey/toplumun değerlerini bilmek ve uygulamaya bu doğrultuda yön vermek aynı zamanda iş birliğini de desteklemektedir (Potter ve ark., 2021a).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) profesyonel hemşirelik uygulama standartlarını; “etik ilkelere uygun hareket etmek, kültürlerarası duyarlılığa sahip olmak, iletişim ve iş birliğine açık, lider, sürekli eğitimi benimsemek, kanıta dayalı uygulamaları önemsemek, kaynakları etkili kullanmak, çevre sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde etkin rol almak” olarak belirlemiştir. Etik kavramı, hemşirelik uygulamaları için bir

rehberdir. Mesleğin etik yükümlülükleri, hemşirelik sorumluluklarının yerine getirilmesinde ve optimal bakımın sunulmasında da etkilidir (Potter ve ark., 2021b). Hemşirenin etik ilkelere uygun hareket etmesi, sorunların çözümünde olduğu kadar profesyonel statüsünün ve iş doyumunun güçlendirilmesinde de pozitif yönde etki sağlamaktadır (Abbasinia ve ark., 2020).

2. Sağlık Etiğinde Temel Kavramlar

2.1. Etik

Etik, davranışların doğru ya da yanlış olduğunun incelenmesidir. Bu aynı zamanda, hemşirenin birey/aile/topluma karşı yükümlülüğüdür. Sağlık hizmeti sunumunda etik ilkeler doğrultusunda hareket etmek, kararlar almak ortaya çıkabilecek etik sorunların çözümünde de etkilidir. Etik ilkelere uygun hareket etmek, bazen bireysel değerler, inançlar ve algılar ile çatışma yaşanmasına neden olabilmektedir (Potter ve ark., 2021b).

Etik sorunlar, yasal sorunlardan farklıdır. Yasal sorunlar, genellikle somut ve kamu tarafından belirlenen yasalara atıfta bulunarak çözülmektedir Etik sorunlar ise; daha geniş bir temele sahip olmakla birlikte davranış ve tutuma atıfta bulunmaktadır. Etik ve ahlak kavramları, bazen birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ahlak, genellikle belirli inançlara dayalı olarak davranış hakkında yargıya varılması iken; etik, doğru ve yanlış davranış ideallerinin incelenmesini ifade etmektedir. Hemşirelik etiği, hemşireyi ve sağlıklı/hasta bireyi koruyan hemşirelik faaliyetleri için profesyonel standartlar sağlamaktadır. Etik, belirli bir grup tarafından savunulan davranış ve ahlak sistemi ya da kuralları olarak da tanımlanabilir. Aynı zamanda, kabul edilebilir davranış ve yargılardır. Etik, bireyin kişisel özelliklerine dayalı tespitleri ve motivasyonları anlama sistemidir (Kenny, 2019).

Mesleki etik kavramı, bir profesyonelin ne yapması ya da yapmaması gerektiği ile ilgilidir. Meslek etiği, profesyonel bir topluluk tarafından benimsenen bir dizi standart olup, bir profesyonelin uygulamalarında oldukça etkindir. Mesleki etik kurallar, profesyonellerin kendilerini nasıl yönetmeleri gerektiğini düzenlemektedir. Mesleki gelişimin, hangi çerçeve ve kurallar içerisinde olması gerektiğini vurgulamaktadır. Hemşirelik etiği, hemşireye yardımcı olan profesyonel davranışlarla ilgilidir. Hemşirelik bakımının insan ve toplum yararına olacak şekilde yürütülmesinde hemşireye sorumluluk yüklemektedir (Potter ve ark., 2021a). Etik "kural temellidir" ve aynı koşullar altında herkesin yapması ve yerine getirmesi gereken, sağduyulu ve doğru bir şekilde hareket etme görevini veya yükümlülüğünü tanımlamaktadır (Kenny, 2019).

Aristoteles, etiği "eudaimonia-iyi ruh hali" olarak açıklar. Mutluluk, refah, gelişme ve başarı anlamı ile, iyi bir insanın "eudaimonia"ya sahip olası gerektiğine vurgu yapar. Aristo-

teles'e göre mutlu ya da eudaemonistik bir yaşam, insani erdeme uygun olarak yaşanmış bir yaşamdır (Koehn, 2022). Aristotelesçi dünya görüşünde etik insanın ne olduğu ve ne yapması gerektiği ile ilgilidir. Ontolojik olarak etiğin incelenmesinde ise, bakım ve hemşirelik etiğinin daha çok insanlar arasındaki ilişkiye dayalı olduğu kabul edilmektedir. Ardından etiğin odak noktası, ahlaktan değerlere doğru kaymıştır. Bu değişimin bir sonucu olarak, onur ve erdemler, sağlık bakımı teorisinde oldukça ilgi çekici bir araştırma alanı haline gelmiştir. İnsan onuru, bireyin tek ve biricik olmasına saygı duymayı gerektirmektedir ve bakımda hedeflenen sonuçlara ulaşılabilmesi için esas olmakla birlikte bakım ilişkisi içerisinde bulunan herkesin fayda elde etmesine olanak tanımaktadır (Östman ve ark., 2019).

18. yüzyıl filozofu Immanuel Kant'a göre etik kavramı, "evrensellik" ilkesiyle ulaşılabilen ahlaki değerdir. Herhangi bir insan eyleminin yalnızca etik ilkeler doğrultusunda ve ahlak kanunun otoritesi ile yapılabileceğini ifade eder (Kleingeld ve Willaschek, 2019).

Faydacı etik felsefesinin dönemi, 19. ve 20. yüzyıllar arasında Jeremy Bentham ve John Stuart tarafından ortaya atılmıştır. Ahlaki değerlerin, doğru davranışlarla elde edilebileceğini bu şekilde insanın yaşamda mutluluğa ulaşabileceğini ifade etmişlerdir. Faydacı etik, en fazla sayıda insan için en yüksek refahı sağlamaya değer vermektedir (Tseng ve Wang, 2021).

20.yüzyıl başlarından itibaren de, etiğin doğası olarak meta etik tanımlanmıştır. Bu kavram, ahlaki gerçeklikten yola çıkarak açıklanmakta ve ahlaki olanı ortaya çıkarmaktadır. Meta etik, yargı ile algılanan fikir birliği arasındaki ilişkinin nasıl açıklanabileceği üzerinde durmaktadır (Ayars ve Nichols, 2020).

2.2. Değerler

Değerler, etiğin anlaşılmasında etkin bir rol oynamakla birlikte etik söylemin önemli ve etkili bir parçasıdır (Potter ve ark., 2021b). Değerler, zaman içerisinde öğrenilen, bireysel tercihlerdir ve kültürden, sosyal çevreden, eğitimden ve geçmiş deneyimlerden etkilenerek şekillenmektedir. Değer, bireyin bir konu hakkında sahip olduğu kişisel inancını ifade etmektedir. Değerler, aslında bireyin içsel dünyasının görünümü ve bir fikrin değeri hakkında derinden sahip olunan inançtır (Elliott, 2017; Hampton ve ark., 2022). Kendi değerlerini, tanımak ve bilmek diğerleri ile etkili iletişim kurmanın da ilk adımıdır. Hemşirelik mesleğine adım atarken, var olan bireysel değerler etik yaklaşımı da etkilemektedir (Hampton ve Welsh, 2019).

Çelişkili durumlar, etik ikilemlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Etik ikilemler, bazen bireysel değerler ile içinde bulunan durum arasında çatışmalardan kaynaklı da ortaya çıkabilmektedir. Sorunun çözümünde, kişisel değerlerden daha çok profesyonel anlamda mesleki etik

ilkelere uygun şekilde çözüm bulunmalıdır. Değişen sağlık teknolojisi, toplumları daha fazla etik sorunla karşı karşıya bırakmaktadır. Etik yaklaşımın sağlanmasında, yaygın kullanılan kavramların tanınması ile bireyin kendini tanıması da oldukça önemlidir. Çünkü bu durum, aynı zamanda etik karar verme becerisinin gelişimini desteklemektedir. Etik karar verme sürecinde; özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet ve sadakat ilkelerinden yararlanılmaktadır (Potter ve ark., 2021b).

Mesleki değerler, bir mesleğin üyeleri olarak bireylerin, bir durumun uygunluğu ve arzu edilirliği hakkındaki inançları ile bağlantılıdır. Klinik karar vermede, etik ilkelere uygun şekilde güvenli bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde, değerler etkilidir. Değerler; güvenli bakımın yanı sıra, bakım kalitesinin, iş doyumunun ve motivasyonun, kurumsal bağlılığın yordayıcısı olarak da işlev görmektedir. Hemşire-hasta, meslektaş ve diğer sağlık profesyonelleri ile kurulacak iletişime de rehberlik etmektedir (Poorchangizi ve ark., 2019). Kişisel değerler ve mesleki değerler, birbirlerinden etkilenmekte ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Fernández-Feito ve ark., 2019).

3. Hemşirelikte Etik ve Önemi

Etik kelimesi Yunanca, "ethos" kelimesinden türemiştir. Etik değerleri olan, yegâne varlık insan, böylece belli bir düzen ve huzur ortamında yaşama fırsatı bulmaktadır. Her eylem, bir etik ilişki sonuç ürünüdür. Etik; bilgi, bilinç ve anlayışın yanı sıra "bakım verme" de sunulabilecek yumuşak, esnek yaklaşıma dayalı bir tutum ve ahlaki akıl yürütme yolu ile sağlanabilir. Etik ilkeler, doğru veya yanlış olarak kabul edilen bir dizi kural ve davranışa göre neyin doğru veya yanlış olduğunu vurgulayan çerçeveyi şekillendirmektedir (Tosun, 2021). Hemşirelerin etik davranışları, kişisel geçmişi, eğitimi, deneyimi ile yapılanmaktadır (Sperling, 2021).

Etik davranış, sadece bir sorunla karşılaşıldığında, ahlaki dürüstlüğün sergilenmesi değil aynı zamanda kişinin kendini gerçekleştirme biçimidir. İletişim kurma şekli, davranış biçimi ve tutumlar kişisel olduğu kadar profesyonel değerlerle de ilişkilidir. Etik ilkeler, hemşirelik uygulama alanının merkezinde yer almalıdır. Çünkü; hemşirelik, savunmasız insanlara bakım vermeyi gerektiren bir meslektir. Bu nedenle, iyi hemşirelik uygulamaları profesyonel düzeyde olduğu kadar insani düzeyde de ilişki kurulmasını gerekli kılmaktadır. Hasta ve hemşire arasındaki ilişki, sadece hemşirelik bakımının içinde gerçekleşen bir süreç olmamakla birlikte, hasta-hemşire arasındaki bir dizi iletişimin sonucudur. Hemşireler, sağlıklı/hasta birey için önemlidir. Çünkü, sağlıklı/hasta bireyin hayatına dokunmaktadır. İyi bir hemşirelik bakımı, olumlu hasta deneyimi için güvenli ve destekleyici olmalıdır. Hemşirelik bakımının sağlanması ve sürdürülmesinin merkezinde yer alan hemşire-hasta ilişkisi, etik değerlere sahiptir.

Bu ilişkinin, nitelikli şekilde sürdürülmesine etik ilkeler rehberlik etmektedir. Bu ilkeler, aynı zamanda mesleki uygulamaların etik yönünü ifade eden kollektif girişimlerdir (Scoot, 2017).

Günümüzde hemşirelerin, güvenli ve kaliteli bakımı etik ilkelere uygun şekilde sunabilmelerinde mesleki değerler konusunda bilgi ve farkındalığa sahip olmaları oldukça önemlidir. Hemşirelerin mesleki değerlere bakış açısı, karar verme sürecini ve hasta bakımını da etkilemektedir (Poorchangizi ve ark., 2019).

Hemşireler, bakım uygulamalarında çeşitli ve karmaşık etik sorunlarla ve ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Hastanın bakımını ve güvenliğini tehdit eden bu durum karşısında, çözüme yönelik cesaretinin olması ve etik ilkeleri rehber olarak kabul etmesi önemlidir. Bunun için, hemşirelerin etik eğitiminin temelde ve sürekli olarak sağlanması etik sorunlara ilişkin çözüm stratejilerinin geliştirilmesinde son derece önemlidir (Kleemola ve ark., 2020). Ayrıca hemşirelerin etik sorunların çözümünde öz yönetiminin, eğitim ile desteklenmesi profesyonel anlamda mesleki tükenmişliğin önlenmesini de sağlamaktadır. Hemşirelik alanında ortaya çıkan etik sorunların çoğu, insan haklarına veya doğrudan hasta bakımına odaklanmaktadır (Hossain ve Clatty, 2021).

Etik bakım, hemşire ve hastanın birbiri ile iletişime geçmesi ile ortaya çıkan ve besleyici bir ilişki üzerine temellenmiş, hastanın savunmasızlığına karşı gösterilen duyarlılıktır (Karlsson ve Pennbrant, 2020). Sağlık profesyoneli olarak hemşirenin, sağlıklı/hasta bireyin özerkliğine saygı göstermesi, zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine uygun hareket etmesi, hizmet sunumunda ve kaynakların dağıtımında adil olması ve eşit davranması beklenmektedir (Kenny, 2019).

4. Hemşirelikte Etik Kodlar

Sağlık profesyonelleri aile üyeleri ve hastalar ile iş birliği içinde oldukları süreçte, farklı sorunlar yaşayabilmekte ve zor kararlar vermek zorunda kalabilmektedirler. Özellikle hemşireler, sundukları bakımın doğası gereği, sağlıklı/hasta birey ile oldukça yakın iletişim halindedirler. Bu konum nedeni ile, günlük yaşamda farklı etik sorunlara yoğun şekilde maruz kalmaktadırlar (Monroe, 2019). Etik kodlar, tüm hemşireler için geçerli olan ve uyulması gereken bir dizi yol gösterici ilke ve davranış standartlarıdır. ANA, ilk hemşirelik etik kurallarını 1950'de oluşturmuş ve 2015 yılında revize ederek etik kodları şu şekilde sıralamıştır (Fowler, 2017):

1. Hemşire, her bir insanın doğası gereği sahip olduğu onuruna, değerlerine ve bireyselliğine saygı duyarak ve şefkatli davranarak uygulamalarını yapar.

2. Birey/aile/grup veya toplum ne olursa olsun, hemşirenin primer önceliği hastadır.
3. Hemşire hastanın güvenliğini, sağlığını ve haklarını korur, savunur ve geliştirir.
4. Hemşire, hemşirelik uygulamalarında yetki, hesap verebilirlik ve sorumluluğa sahiptir. Sağlığı geliştirmek ve optimal bakımı sağlamak yükümlülüğüne uygun şekilde hareket eder.
5. Hemşire, başkalarına olduğu kadar kendine karşı da, sağlık ve güvenliğini arttırma, bütünlüğünü koruma ve yetkinliğini sağlama, kişisel ve mesleki gelişimini sürdürmeyi kapsayan sorumluluklara sahiptir.
6. Hemşire bireysel ve kollektif çaba ile güvenli ve kaliteli sağlık hizmetlerine uygun etik çalışma ortamı ve istihdam koşulları kurar, sürdürür ve geliştirir.
7. Hemşire, rol ve sorumluluklarının farkında araştırma ve bilimsel sorgulama, mesleki standartları geliştirme ve hem hemşirelik hem de sağlık politikaları oluşturma yoluyla mesleğini geliştirir.
8. Hemşire, insan haklarını korumak, sağlık diplomasisini geliştirmek ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için, diğer sağlık profesyonelleri ve halkla iş birliği yapar.
9. Hemşirelik mesleği, mesleki organizasyonları aracılığıyla kolektif olarak hemşirelik değerlerini ifade etmeli, mesleğin bütünlüğünü korumalı ve sosyal adalet ilkelerini hemşirelik ve sağlık politikasına entegre etmelidir (ANA, 2015).

Hemşirenin sağlık ekibinin bir üyesi olarak mesleğine, sağlıklı/hasta birey/aile ve topluma karşı sorumluluklarını da işaret etmektedir Kurallardaki temel ilkeler, bireyin tüm haklarının korunmasına yönelik savunuculuk, yükümlülüklerini yerine getirmede sorumluluk, profesyonel eylemlere ilişkin hesap verebilirlik ve hasta-hemşire ilişkisindeki güvenin temelini oluşturan gizliliktir (Potter ve ark., 2021b).

Hemşire tarafından yapılan hasta savunuculuğu, sağlıklı/hasta bireyin değerlerinin, özerkliğinin, güvenliğinin korumasında ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir. Hasta savunuculuğunu geliştirmek için stratejiler geliştirmek, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmek için gereklidir (Abbasinia ve ark., 2020).

5. Bakım Etiği

Bir kavram olarak bakım ve bakım etiği, özellikle 1980'li yıllardan itibaren, hemşirelik alanındaki kuramcılar ve etik bilimciler tarafından, daha fazla tartışılan önemli bir kavram olmuştur (Leget ve ark., 2019). Bakım etiği, birebir insan ve insan ilişkileri ile ilgilidir. Bakım etiğinin gereği, hemşire eşitsizliklere karşı daha duyarlıdır. Etik ilkelere uygun şekilde

bakımın gerçekleştirilmesi, etik ikilem karşısında hastanın savunuculuğunun yapılmasına ve bireyselleştirilmiş bakıma öncelik vermektedir. Bakım, hemşire ve hasta arasında karşılıklı saygı ve güven duygusunu temel alan bir zeminde gerçekleşen etkileşimdir. İşbirliğinin önemli olduğu bu ortamda hemşire, bireye; umut, cesaret, destek ve şefkat sağlamaktadır. Sağlıklı/hasta birey merkezli bu yaklaşımda hemşirenin bir profesyonel olarak bilimsel temele dayalı, analitik düşünme gücü ile etik ilkelere uygun hareket etmesi beklenmektedir. Hemşire için, bakıma yönelik gereksinimleri belirlemek ve bütüncül yaklaşım ile değerlendirmek oldukça önemlidir. Hemşire, gerekli olan öz bakımı sağlarken şefkatli olmanın yanı sıra, sorunları dinleyici ve bireyi destekleyici olmalıdır. Bunu yaparken, stres faktörlerini iyi tanımlaması, sorunların belirlenmesinde etkili olacaktır (Potter ve ark., 2021b). Hemşirelikte şefkatli bakım, hemşirelik mesleğinin gelişiminde çok önemlidir. Şefkatli bakım, bir hemşirenin "hastaların acısını hafifletme", "bireyselleştirilmiş bakım gereksinimlerini belirleme", "terapötik iletişim" ve "hastalara yarar sağlama" ile ilgili "empati" kurmak şeklinde tanımlanmaktadır (Su ve ark., 2020). Bakım etiği, mesleki eğitim ve sosyalleşmeyi içeren hemşirelik mesleğinin ayrılmaz bir parçasıdır (Poorchangizi ve ark., 2019). Bakım etiğinde, karar verici ile sağlıklı/hasta birey arasında kurulan iletişim ve geçmiş deneyimler belirleyicidir ve karar vericinin durumdaki rolünü sorgulamaktadır. Bu koşullar, etik karar verme sürecine de etki etmektedir (Laurin ve Martin, 2022).

6. Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Etik Sorunlar

Hemşirelerin etik açıdan uygun şekilde hareket etme konusundaki mesleki sorumluluğunun birincil odak noktası, bakım verdikleri bireylerin savunmasızlığı olmalıdır. Günümüzde, toplumsal yaşam ve sağlık hizmetindeki teknolojik değişiklikler, sağlık bakım uygulamalarında hemşirelerin alanda yaşadığı etik sorunlarında giderek daha karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle etik karar vermeyi kolaylaştırmak ve hemşireleri uygulamalarında desteklemek için, etik ilkeler hemşirelerin profesyonel anlamda gelişimlerini sağlamak içinde son derece önemlidir (Klotz ve ark., 2022; Potter ve ark., 2021b). Bakım ve tedavi uygulamalarında, etik ilkelerin incelenmesi ve uygulanması bazı zorlukları barındırmaktadır. Çünkü; karmaşık insan ilişkilerinde teorilerin/kuramların, kavramların, yönergelerin yanı sıra aynı zamanda bireye ilişkin değerlerin de dikkate alınmasını gerekmektedir (Kenny, 2019).

Etik karar verme, hemşirelik bakımının temel bir bileşenidir. Etik sorunların ve ikilemlerin sağlık profesyoneli tarafından yaşanması, bakım kalitesinin azalmasına, duygusal tükenmişliğin neden olduğu merhamet yorgunluğuna, işe bağlılıkta azalmaya ve mesleği bırakma oranlarının artmasına neden olabilmektedir (McKenna ve Jeske, 2021; Sperling, 2021). Bu durum, hasta bakım kalitesinin azalmasına neden olan son derece önemli bir faktördür. Hemşirelerin,

lisans eğitimi sürecinde etik eğitim alması, kariyerlerinin başından itibaren profesyonel anlamda yaşayabilecekleri güçlüklere ilişkin farkındalık kazandırmanın yanı sıra etik sorun çözümlemede becerilerinin gelişimine son derece önemli destek sağlayarak, dayanıklılıklarını arttıracaktır (Hossain ve Clatty, 2021; Miljeteig ve ark., 2021; Vittone ve Sotomayor, 2021).

Toplumsal ve teknolojik değişimlerden kaynaklanan etik sorunların yaşanmasına neden olan bazı faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Sağlık hizmetlerine erişim: Sağlık hizmeti, insani bir hak olmakla birlikte, erişimde kaynakların adil olarak dağıtılması, temelde adalet ilkesi ile ilişkilidir. Son yıllarda, sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin dramatik şekilde artışı, kaynaklara adil şekilde ulaşmadaki en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sunulan bakımda, hasta haklarının savunucusu olmak, hemşirenin rol ve sorumlulukları içerisinde bulunmaktadır (Potter ve ark., 2021b).

Yaşam kalitesi: Yaşam kalitesi, son derece kişiseldir. Sağlık hizmeti araştırmacıları, bakım ve tedavilerin değerini ve faydalarını bilimsel olarak tanımlamak için yaşam kalitesi ölçümlerini kullanır. Burada hastanın tercihleri, istekleri, hedefleri belirleyici kabul edilmeli ve karar alma süreçlerinde katılımları sağlanmalıdır (Potter ve ark., 2021b).

Yaşam sonu bakım: Hemşirenin, semptom yönetimini sağlayarak hasta ve aileyi desteklemesi ve diğer sağlık ekip üyeleri ile iş birliği yapması gerekir (Given ve Reinhard, 2017). Çünkü bu dönem, etik açıdan birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Hastanın yanı sıra ailesinin bu süreçte hissettikleri, ağrı ve acının nasıl ve ne şekilde duracağı ne yaşanacağı konusunda ve daha birçok belirsizlik kaynaklı çeşitli soruları bulunmaktadır. Yaşam sonu bakım sağlık hizmetinin önemli bir ayağı olmakla birlikte, sağlık ekibi üyeleri ile hasta ve ailesi arasında çatışmaların yaşanması muhtemeldir (Potter ve ark., 2021b).

Sosyal medya: Facebook, Twitter, Snapchat ve Instagram, vb. internet tabanlı sosyal ağlara erişim, hemşireler için bazı etik sorunları beraberinde getirebilmektedir. Sosyal medya destekleyici bir bilgi kaynağı olmakla birlikte, etkili ve uygun kullanıldığında meslektaş, diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim kurulmasında hastaya destek sağlayabilmektedir. Ancak sosyal medyanın barındırdığı en önemli risk, mahremiyet ve gizliliğin ihlalidir. Bu yol ile iletişim, hasta ve hemşire arasındaki ilişkisini profesyonel açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. İş yeri politikalarının, bu konudaki kurallarını net şekilde belirlemesi, özellikle gizliliğin ihlalinin yaşanmasını engelleyebilir (Potter ve ark., 2021b).

Yapay zekâ: Tüm dünyada sağlık harcamalarının hızla artması, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve bakım ve tedavi maliyetlerinin yükselmesi, yeni tedavilerin sürekli gelişimi, yapay zekanın sağlıkta kullanım eğiliminin arttırmasını sağlamıştır (Amann ve ark., 2020). Verilerin karmaşıklığı ve yoğunluğu, sağlık hizmetlerindeki kullanımını kaçınılmaz kılmakla birlikte, etik açıdan özellikle şeffaflık, bilgilendirilmiş onam ve mahremiyet konularını gündeme getirmektedir. Hastaların teşhis ve tedavisinde kullanılan yapay zekâ tarafından yapılabilecek hataların hesap verilebilirliği tartışmalı konulardan biridir (Davenport ve Kalakota, 2019). Hastalar ile sağlık profesyonelleri gibi aynı şekilde etkileşime girebilecek kadar gelişmiş teknolojik araçların uygulamaya entegrasyonu, hemşirelik bakımına ilişkin önemli etik sorunları beraberinde getirmektedir (Gibelli ve ark., 2021). Yapay zekanın kullanımı, birçok fırsatı beraberinde getirmekle birlikte hasta ve sağlık profesyonelinin özerkliğini olumsuz etkileyebileceği yönünde bir yaklaşım da bulunmaktadır. Bu nedenle, yapay zekanın kullanımından kaynaklı ortaya çıkabilecek etik sorunların iyi analiz edilmesi, buna ilişkin politikaların oluşturularak çözüme ilişkin belirsizliklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir (Grote ve Berens, 2020).

7. Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Bir profesyonel olarak hemşire, sadece belirli becerileri yerine getirmekten sorumlu değildir. Eleştirel bakış açısı ile birlikte, kanıta dayalı uygulamalar doğrultunda bakıma yön vermelidir (Saftnerand ve Ruud, 2019). Bakım verici rolü, hemşirelik rolleri içerisinde önceliklidir. Hasta merkezli yaklaşım çerçevesinde hemşirenin otonomisi ile karar verme becerisini kullanmasıdır. Bakım uygulamasında sağlıklı/hasta birey ile iletişimin temeli olan savunucu rolü, aynı zamanda bakım verici rolünün etkin şekilde gerçekleştirilmesinde son derece önemlidir. Ayrıca multidisipliner yaklaşım ile; bakımı planlanma, uygulama, koordine etme, izlem ve sonuç ölçümlerinin değerlendirmesi ile hizmet kalitesinin belirlenmesini sağlayan vaka yönetimi, artan kronik hastalıkların yönetiminde ve çeşitlenen sağlık hizmetlerine ilişkin taleplerin karşılanmasında etkilidir. Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun gereksinimi doğrultusunda verilen eğitim ve danışmanlık, hemşirenin diğer rolleri arasında bulunmaktadır. Bilimsel ve inovatif yaklaşım ile mesleki gelişime katkı sağlayacak araştırmacı rolü de yer almaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu için iş birliğine dayalı hasta merkezli bakıma yönelik gerekli ortamı oluşturmak, hemşirelik faaliyetleri koordinasyonunu sağlamada yönetici rolünü ön plana çıkmaktadır. (Zwilling, 2019). Hemşire rollerinin gerektirdiği şekilde gerek sağlıklı/hasta birey, aile, topluma, gerekse de çalıştığı kuruma karşı sorumluluklarını yerine getirmede mesleki etik ilkelere uygun hareket etmesi beklenmektedir (Potter ve ark., 2021b). Tüm bunları yerine getirirken hemşire, sağlık hizmeti sunumunda etik ilkelere uygun davranış

modelinin yanı sıra kültürel duyarlılığı da dikkate alan yaklaşım içerisinde bulunmalıdır. Kültürel açıdan duyarlı olmak, aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyin değerlerine ve bakış açısına odaklanan bakımı sağlamaktadır. Etik yaklaşım, bireyin kararlarına saygılı olmayı, adil ve eşit şekilde olanakların dağıtılması ile insanı merkeze almayı gerektirmektedir. Gerek hemşirelik uygulamaları gerekse de araştırmalar konusunda evrensel etik ilklere uymak, ICN'in belirttiği evrensel etik ilkelere göre hareket etmeyi de gerekli kılmaktadır. İnsan haklarına, yaşama ve seçme hakkına saygılı olmak ve insan onurunu göz ardı etmemek gerekmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin evrensel ve mesleki açıdan uyması gereken etik ilkeleri benimsemesi ve bilmesi son derece önemlidir. Etik karar verme yeteneği, sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer almakta ve aynı zamanda sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti sunumunda bulunan kurum/kuruluşlar için de temeldir. Bu bağlamda, karar vermede, belirli bir çerçeve içerisinde tüm paydaşlar ile paylaşımın yapılması gerekmektedir (Haahr ve ark., 2020).

Hemşirenin sağlıklı/hasta bireye olduğu kadar, meslektaşlarına ve diğer sağlık disiplini üyelerine karşı da sorumluluğu bulunmaktadır (Potter ve ark., 2021a). Bireyin onurunu ve bütünlüğünü korumak ve buna saygılı davranmak, hemşirenin etik yükümlülükleri ve öncelikleri arasında bulunmaktadır. Hemşireler, günlük uygulamalarında etik ilkelere uygun ahlaki kararlar vermektedir Bu kararlar, hemşirelerin etik farkındalığına dayalı karmaşık bir gözlem sürecini de içermektedir Bireyi merkeze alan bu anlayış ile birlikte, yapılan seçimlerin olası sonuçlarını izleme, analiz etme ve yorumlama yeteneği de etik açıdan belirli bir farkındalığı gerektirmektedir (Haahr ve ark.,2020).

ANA, hastanın bakımını sağlama ve sürdürmenin hemşirenin mesleki etik kodu olarak sorumluluğu olduğunu ve bunu benimsemesi gerektiğini belirtmiştir (Linton ve Koonmen, 2020). Sağlık kuruluşlarında, birçok pozisyonda çalışan hemşireler, tüm dünyada ekonomik açıdan kaynakların sınırlı olması nedeni ile hemşirelik bakım sürecini gerçekleştirmede çeşitli etik sorunlar yaşamaktadırlar (Tønnessen ve ark., 2020). Hemşireler sağlık disiplini içinde en güvenilir profesyonellerdir (Linton ve Koonmen, 2020). Ancak hastaların haklarını, özerkliğini ve mahremiyetini koruyamadıkları, nitelikli bakımı veremedikleri, sağlıklı/hasta birey ve ailesinin beklentilerini karşılayamadıkları durumda, çeşitli etik sorunlar yaşayabilmektedirler (Usberg ve ark., 2021).

Herhangi bir etik sorunla karşı karşıya kalan hemşire; karar verme sürecinde özerklik, yarar sağlama-zarar vermeme, adalet ve insan onuruna saygılı olma ilkelerine bağlı kalarak hareket etmelidir.

Özerklik; bireyin değerleri ve inançları ile bakım ve tedaviye ilişkin seçimlerini yapabilme hakkıdır. Hastanın, bilgiye dayalı hareket etmesine yönelik desteklenmesi ve bu doğrultuda bilinçli şekilde seçimlerini yapmasının sağlanması önemlidir. Hemşireler, özerkliğin ve hastaların öz yönetiminin desteklenmesinde önemli bir role sahiptir (Jacobs, 2019).

Yarar sağlama; bireyin iyiliği ve faydasına yönelik yapılması gerekenleri ifade etmektedir. Zarar vermeme ise, başkalarına zarar vermeme yükümlülüğü olup, bu konuda alınması gereken tüm önlem ve kararlardır. Bu nedenle, bireyin değerlendirilmesinde bütüncül yaklaşım son derece önemlidir (Haahr ve ark., 2020).

Adalet ilkesi ise; etik karar verme süreci, adalet ve eşitlik üzerine temellendirilir. Adalet, evrensel doğruya bağlı kalmanın da bir gerekliliğidir. Bu aynı zamanda, özerkliğe saygının yol göstericisidir. Sağlık uygulamalarında en fazla ihlal edilen ilkedir (Hunt, 2020).

Yapılan uygulama/tedavinin ne kadar yarar sağlayabileceği noktasındaki belirsizlik, etik ilkelerin birbiri ile çelişmesi, hemşirelerin etik ikilem yaşamasına neden olabilir. Ayrıca, birbiri ile rekabet eden değerler arasında bir seçim yapmayı gerektirebilir. Hangi seçim yapılırsa yapılsın, mutlaka bir sonucu olacaktır. Bu seçenekler arasında, tercih yapma zorunluluğu da ikilem yaşanmasına neden olabilmektedir. Burada yaşanan en önemli sorun, zaman ve hemşire yetersizliğinin yanı sıra ağır iş yükü ile hemşirelerin karmaşık olaylar yaşamasının yanı sıra stresli ortamlarda çalışmak zorunda kalmalarıdır. Bu durum, hemşirelerde tükenmişliğin yaşanmasına ve etik duyarsızlığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Dall'Ora ve ark., 2020; Haahr ve ark., 2020).

8. Sonuç

Hemşirelikte etik yaklaşım, profesyonel bakım sağlama kapasitesini desteklemenin yanı sıra hasta güvenliğini de desteklemektedir. Etik bilimi, hemşirelik mesleğinin tarihsel süreci içerisinde her zaman uygulamalarına yön vermiş olmakla birlikte, etik ilkeler ve mesleki etik kodlar hemşirelik uygulamaları için bir rehberdir. Literatürde, etik sorunların/ikilemlerin çözümünde hemşire ya da kurum kaynaklı birçok etken olduğu belirtilmektedir. Hemşire sayısınız yetersiz olması, organizasyon ve sistem kayaklı engeller, sağlıklı/hasta birey ve ailesinin haklarını korumada engel oluşturabilmektedir. Burada öncelikli olarak hemşirenin kendini iyi tanıması gerekmektedir. Ayrıca kurum kaynaklı yaşanan sorunlarda, yöneticinin çözümün bir parçası olarak hemşire ile birlikte durumu analiz etmesi, kurumda aksayan yönleri birlikte incelemesi önemlidir.

Etik sorunlar, hasta bakım kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin yanı sıra, meslek üyelerinin tükenmişliğine ve işten ayrılmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle eğitim süreci içerisinde hemşirelerin etik sorun çözme yetenek ve becerisinin gelişimine yönelik, desteklenmeleri bu konudaki farkındalıkların artmasına olanak tanıyacaktır.

Kaynakça / References

Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, *27*(1), 141–151. https://doi.org/10.1177/09697330198329

Amann, J., Blasimme, A., Vayena, E., Frey, D., & Madai, V. (2020). Explainability for artificial intelligence in healthcare: A multidisciplinary perspective. *BMC Med Inform Decis Mak*, *20,* 310. https://doi.org/10.1186/s12911-020-01332-6

American Nurses Association. (2015). Code of ethics for nurses with interpretive statement. Retrieved from: http://nursingworld.org/DocumentVault/Ethics- 1/ Code- of- Ethics- for- Nurses.htm

Ayars, A., & Nichols, S. (2020). Rational learners and metaethics: Universalism, relativism, and evidence from consensus. *Mind & Language, 35,* 67–89. https://doi.org/10.1111/mila.12232AYARSANDNICHOLS89

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Hum Resour Health, 18,* (41). https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9

Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare*. Future Healthc J*. *6*(2), 94-98. https://doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-94

Delaney, L.J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian, 25*(1), 119-123. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005

Elliott, A.M. (2017). Identifying professional values in nursing: an ıntegrative review. *Teaching and Learning in Nursing, 12*(3), 201-206. https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.02.002

Fedyk, M. (2023). Nursing science as the study of how to reconcile behavioral messiness with clinical norms and ideals. *Studies in History and Philosophy of Science*, *99*, 37-45. ISSN 0039-3681. https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2022.12.006

Fernández-Feito, A., Basurto-Hoyuelos, S., Palmeiro-Longo, M.R., & García-Díaz, V. (2019). Differences in professional values between nurses and nursing students: A gender perspective. *Int Nurs Review,* 66 (4), 577-589. https://doi.org/10.1111/inr.12543

Fowler, M. (2017). Faith and ethics, covenant and code. *Journal of Christian Nursing*, 34(4), 216-224. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000419

Gibelli, F., Ricci, G., Sirignano, A., Turrina, S., & Leo, D. (2021). The increasing centrality of robotic technology in the context of nursing care: Bioethical implications analyzed through a scoping review approach. *Journal of Healthcare Engineering,* 1-28. https://doi.org/10.1155/2021/1478025

Given, B.A., & Reinhard, S.C. (2017). Caregiving at the end of life: The challenges for family caregivers. *Journal of the American Society on Aging*, *41*(1),50-57.

Grote, T., & Berens, P. (2020). On the ethics of algorithmic decision-making in healthcare. *Journal of Medical Ethics*, *46*, 205-211. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105586

Haahr, A., Norlyk, A., & Martinsen, B. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, *27*(1), 258–272. http://doi: 10.1177/0969733019832941

Hampton, D., Heath, J., & Rayens, M.K. (2022). Strengthening professional values of doctoral-level nursing students. *SAGE Open Nursing, 3*(8), https://doi.org/10.1177/23779608221126359

Hampton, D., & Welsh, D. (2019). Work values of generation z nurses. *The Journal of Nursing Administration, 49*(10), 480–486. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000791

Hoeck, B., & Delmar, C. (2018). Theoretical development in the context of nursing- The hidden epistemology of nursing theory. *Nursing Philosophy, 19*, e12196. https://doi.org/10.1111/nup.12196

Hossain, F., & Clatty, A. (2021). Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, *28*(1), 23–32. https://doi.org/10.1177/0969733020961825

Hunt, F. (2020). Nursing ethics and moral courage in nursing practice. *J Nurs Res Practice*, *4*(3):1-2.

International Council of Nurses (ICN). Retrieved from: https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

Jacobs, G. (2019). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nursing Ethics, 26*(6), 1638-1653. https://doi.org/10.1177/0969733018772070.

Karlsson, M., & Pennbrant, S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy,* 21, e12325. https://doi.org/10.1111/nup.12325.

Kenny, D.J. (2019). Ethical issues in advanced practice nursing. In Blair, K.A. (Ed.), *Advanced Practice Nursing Roles Core Concepts for Professional Development (16th Ed.)* (pp.235-245). New York: Springer Publishing Company. ISBN : 978- 0- 8261- 6152- 9.

Kleemola, E., Leino-Kilpi, H., & Numminen, O. (2020). Care situations demanding moral courage: Content analysis of nurses' experiences. *Nursing Ethics, 27*(3),714-725. https://doi.org/10.1177/0969733019897780

Kleingeld, P., & Willaschek, M. (2019). Autonomy without paradox: Kant, self-legislation and the moral law. *Philosophers' Imprint, 19* (6),1-18.

Klotz, K., Riedel, A., Lehmeyer, S., & Goldbach, M. (2022). Legal regulations and the anticipation of moral distress of prospective nurses: A comparison of selected undergraduate nursing education programs. *Healthcare, 10*, 2074. https://doi.org/10.3390/ healthcare10102074

Koehn, D. (2022). Applying Aristotelian and Confucian virtue ethics to humane work in the business context. *Humanist Management Journal, 7,* 189–209. https://doi.org/10.1007/s41463-022-00134-4

Laurin, A.C., & Martin, P. (2022). Towards democratic institutions: Tronto's care ethics inspiring nursing actions in intensive care. *Nursing Ethics, 29* (7-8), 1578–1588. https://doi.org/10.1177/09697330221089093

Leget, C., Nistelrooij, I.V., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, *26* (1), 17–25. https://doi.org/10.1177/0969733017707008

Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8),1694-1702. https://doi.org/10.1177/0969733020940371

McCaffrey, G.A. (2019). Humanism for nursing?. *Nursing Inquiry, 26,* e12281. https://doi.org/10.1111/nin.12281

McKenna, J., & Jeske, D. (2021). Ethical leadership and decision authority effects on nurses' engagement, exhaustion, and turnover intention. *J Adv Nurs, 77,*198–206. https://doi.org/10.1111/jan.14591

Miljeteig, I., Forthun, I., Hufthammer, K, O, Engelund, I.E, Schanche, E., Schaufel, M., & Onarheim, K.H. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress, and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing Ethics*, *28*(1), 66-81. https://doi.org/10.1177/0969733020981748

Monroe, H.A. (2019). Nurses' professional values: Influences of experience and ethics education. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(9-10). https://doi.org/10.1111/jocn.14806

Östman, L., Nasman, Y., Eriksson, K., & Nystrom, L. (2019). Ethos: The heart of ethics and health. *Nursing Ethics*, *26*(1), 26–36. https://doi.org/10.1177/0969733017695655

Öztunç, G. (2019). Hemşireliğin doğası. Aştı Atabek, T ve Karadağ, A (Ed.). *Hemşirelik Esasları Bilgiden Uygulamaya: Kavramlar-İlkeler-Beceriler kitabı* İçinde (s.15-22). İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık. ISBN: 978-605-82106-4-6.

Poorchangizi, B., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Farokhzadian, J. (2019). Professional values of nurses and nursing students: a comparative study. *BMC Med Education*, *19* (1), 438. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1878-2

Porter-O'Grady, T. (2019). Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. Nursing Management, *50*(1), 36-41, https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000550448.17375.28

Potter, P.A, Perry, A.G., Stockert, P.A., & Hall, M.A. (2021b). Professional standards in nursing practice- Ethics and values. In *Fundamentals of nursing* (10th Ed.) (pp. 1075-1113). St. Louis, Missouri: Elsevier Press.

Potter,P.A, Perry, A.G., Stockert, P.A., & Hall, M.A. (2021a). Nursing and the Health Care Environment. In *Fundamentals of nursing* (10th Ed.) (pp.69-104). St. Louis, Missouri: Elsevier Press.

Saftnerand, M.A., & Ruud, M.N. (2019). Overview of advanced practice registered nursing. In Blair, K.A. (Ed.), *Advanced practice nursing roles core concepts for professional development* (16th Ed.) (pp.3-20). New York: Springer Publishing Company.

Scoot, P.A. (2017). *Key concepts and issues in nursing ethics. Nursing and the ethical dimension of practice.* Springer International Publishing.

Sperling, D. (2021). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics, 28*(1), 9-22. https://doi.org/10.1177/0969733020956376

Su, J.J., Masika, G.M., Paguio, J.T., & Redding, S.R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing Ethics*, *27*(2), 480-493. https://doi.org/10.1177/0969733019851546

Tønnessen, S., Scott, A., & Nortvedt, P. (2020). Safe and competent nursing care: An argument for a minimum standard? *Nursing Ethics, 27*(6),1396–1407. https://doi.org/10.1177/0969733020919137

Tosun, H. (2021). Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 3*(1), 101-104. https://doi.org/10.33308/2687248X.202131212

Tseng, P.E., & Wang, Y.H. (2021). Deontological or utilitarian? An eternal ethical dilemma in outbreak. International *Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(16),8565. https://doi.org/10.3390/ijerph18168565

Usberg, G., Uibu, E., Urban, R., & Kangasniemi, M. (2021). Ethical conflicts in nursing: An interview study. *Nursing Ethics,28*(2), 230-241. https://doi.org/10.1177/0969733020945751

Vittone, S., & Sotomayor, C.R. (2021). Moral distress entangled: patients and providers in the COVID-19 Era. *HEC Forum*, *33*(4), 415-423. https://doi.org/10.1007/s10730-021-09450-y

Zwilling, J.G. (2019). Multifaceted roles of the aprn. In Blair, K.A. (Ed.). *Advanced Practice Nursing Roles Core Concepts for Professional Development* (16th Ed.) (pp. 45-55). New York: Springer Publishing Company

ISBN: 978- 0- 8261- 6152- 9.

2. BÖLÜM / CHAPTER 2

ETİKLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE İLKELER

BASIC CONCEPTS AND PRINCIPLES OF ETHICS

Gülsün ÖZDEMİR AYDIN[1], Semiha KÜÇÜKAYDINOĞLU[2]

[1]Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: gulsunoz@istanbul.edu.tr

[2]Araş.Gör., İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: semiha.kurt@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.02

ÖZ

Etik ve ahlak kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu kavramların kullanıldığı alan, kendine özgü olduğu için birbirinden kolaylıkla ayırt edilebilmektedir. Etik kavramı, özellikle 'mesleki etik' içinde yer almakta ve meslek üyelerine bazı yaptırımları bulunmaktadır. Etik kavramı veya etik davranışın gelişebilmesi, diğer kavramlarla da yakından ilişkilidir. Bunlardan başlıcaları; ahlaki duyarlılık, erdem, vicdan, sorumluluk ve değer kavramlarıdır. Bu kavramlar, sosyal yaşamda bireyin davranışlarına yön verirken, mesleki yaşamında uyması gereken etik kuralların da alt yapısını oluşturmaktadır. Ayrıca etik kavramlar içerisinde yer alan, etik ilke ve kodlar da meslek etiğinin olmazsa olmaz unsurlarını oluşturmaktadır. Etik ilkeler, evrensel nitelik taşımakta ve tüm meslek üyelerini kapsamaktadır. Sağlık alanında; zarar vermeme, yarar sağlama, otonomi ve adalet olmak üzere dört temel evrensel ilke bulunmaktadır. Etik kodlar ise, etik ilkelerin daha kısaltılmış hali olup, kurallar bütününü oluşturmaktadır. Her meslek grubu, kendi alanına özgü etik kodlar oluşturarak meslek üyeleri arasında işleyişi sürdürmeyi hedeflemektedir. Hemşirelik mesleğinde etik kodlar, Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından belirlenmiş ve yayınlanmıştır. Hemşirelik mesleği üyeleri, bakım ve tedavi hizmetlerinin sürdürülmesinde etik ilke ve kodlar ışığında hareket etmektedir. Bu ilke ve kodlar, sağlıklı/hasta bireyin bakımında hemşirelere, çeşitli rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Hemşirelerin; kendisine, mesleğine, birey, aile ve topluma, diğer sağlık ekibi üyelerine karşı etik sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler, bu sorumluluklarını benimsediğinde hemşirelik bakımının kalitesinin arttırılmasına katkıda bulunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik, ahlak, değer, etik ilke, hemşirelik

ABSTRACT

The terms ethics, morals, and morale are often used interchangeably. On the other hand, these concepts can be easily distinguished from each other, specific to the area in which they are used. The concept of ethics is especially included in 'professional ethics' and has some sanctions on members of the profession. The development of the concept of ethics or ethical behavior is closely related to other concepts. The main of concepts are moral sensitivity,

virtue, conscience, responsibility, and value. While these concepts direct the behavior of the individual in social life, they also form the infrastructure of the ethical rules that must be followed in his professional life. In addition, ethical principles and codes included in ethical concepts constitute indispensable elements of professional ethics. Ethical principles are universal and cover all members of the profession. In the field of health, there are four basic principles: universal ethical principles, not to harm, to benefit, autonomy, and justice. On the other hand, ethical codes are abbreviated ethical principles and constitute the whole set of rules. Each professional group aims to maintain the functioning among the members of the profession by creating ethical codes specific to its own field. The International Nurses Association (ICN) has determined and published ethical codes in the nursing profession. Members of the nursing profession act in the light of ethical first house codes in maintaining care and treatment services. These first house codes impose some roles and responsibilities on nurses in the care of healthy/sick individuals. Nurses have ethical responsibilities towards themselves, their profession, individuals, families, society, and other healthcare team members. When nurses adopt these responsibilities, they can contribute to increasing the quality of nursing care.

Keywords: Ethics, morality, value, ethical principle, nursing

Extended Abstract

Today, Providing the needs for human life and its ability to sustain and sustain this life requires more reflection on the contribution of human life to ethical consumption as well as the performance of the service provided. Among the complex options, it is ethically difficult to choose the best and right one for the individual and to implement care and treatment without compromising universal ethical principles. Ethics, behaviors and principles are an integral part of health care. The nursing profession deals with situations and problems that contain ethical or moral uncertainties at their core. The concepts of ethics and morality are often used interchangeably. These two concepts are like chains intertwined with each other. The main purposes of ethics are to determine the moral quality of human behavior, to develop different perspectives by explaining human behavior and to raise social awareness, to create a scientific infrastructure for the science of ethics, to show that individuals cannot be individualistic in their behavior, but to be an individual and to teach them to love people. Morality, on the other hand, guides human relations according to certain rules of behavior, rather than ensuring social order. Ethics has a scientific quality and evaluates an action as good-bad, or right-wrong while investigating the causes of a situation. However, other sub-concepts that form the basis of ethical behavior are also included in ethics. These concepts are; moral sensitivity, virtue, conscience, responsibility, and value. While these concepts direct the behavior of individuals in social life, they also form the infrastructure of the ethical rules that must be followed in their professional lives. In addition, ethical principles and codes included in ethical concepts constitute indispensable elements of professional ethics. Values are also important in shaping these ethical codes. When individuals' values and professional values coincide, the possibility of experiencing ethical problems and dilemmas decreases. The nursing profession also consists

of its own unique values and ethical principles. There are nursing values such as justice, truth, aesthetics, equality, freedom, and altruism adopted by nurses all over the world. These values are very important in increasing the quality of nursing care and creating common behavioral standards among nurses. In the field of health; there are four basic universal principles: do no harm, benefit, autonomy, and justice. On the other hand, ethical codes are a shortened version of ethical principles and constitute the whole of rules. Each professional group aims to maintain the functioning among the members of the profession by creating ethical codes specific to its own field. The International Nurses Association (ICN) has determined and published ethical codes in the nursing profession. Members of the nursing profession act in light of ethical principles and codes in the maintenance of care and treatment services. Ethical codes for nurses were created nurses and people, nurses and practice, nurses and the profession, nurses and their colleagues. The roles of nursing in its historical development have also developed and changed. In the past, while it was thought to have only a caregiver role, there have been changes in the roles of nursing, along with many elements, that underlie the concept of care. Although care is the main role of nursing, the focus of nursing care is focused on the responses of the individual rather than the disease. Nursing services are spread over a wide base, and they include the need for care not only of the patient, but also of healthy individuals and their families, and the necessity of ensuring the participation of the family in the management of care, increasing the importance of health protection. In addition, the roles of nursing have expanded with the adoption of a holistic perspective that allows the individual to be evaluated in all aspects. Along with the change and development of nursing roles, the fulfillment of these roles in professional life brings with it ethical problems. Contemporary nursing roles impose ethical responsibilities on nurses. The effects of developments in health care technologies in the roles of practitioners, researchers, educators, managers, and professionals within the scope of contemporary nursing roles have left nurses face to face with more ethical problems. At the same time, nurses have ethical responsibilities towards themselves, their profession, the individual, family and society, and other healthcare team members. When nurses adopt these responsibilities, they can increase the quality of nursing care.

1. Giriş

Günümüzde insan yaşamı ve bu yaşamı korumaya ve sürdürmeye yönelik girişimler arttıkça, insana verilen hizmetin niteliğinin yanı sıra, etik açıdan da insan yaşamına katkısı üzerine daha fazla düşünülmesi gerekmektedir. Karmaşık seçenekler arasında; hem birey için en iyi ve doğru olanı seçmek, hem de etik açıdan evrensel etik ilkelerden ödün vermeden bakım ve tedaviyi uygulamak etik açıdan oldukça zordur (Aydın, 2020). Sağlık bakım hizmetinin ayrılmaz bir parçası, etik davranışlar ve ilkelerdir (Turan ve Kaya, 2023). Hemşirelik mesleği, hemşirelik bakımının uygulanması sırasında etik ya da ahlaki belirsizlik unsurlarını içeren durumlar ve sorunlar ile de uğraşmaktadır. Dinamik bir mesleğin üyeleri olan hemşireler; etik ve ahlaki yönleri olan durumları fark edebilmeli, etik ilkeler ve kuramların temelinde mantıklı ve uygun etik kararlar alabilmelidir. Bu bölümün amacı, hemşirelik etiğinde temel kavram ve ilkeleri açıklayarak, hemşireliğin çağdaş rol ve sorumlulukları kapsamında göstermesi beklenen etik davranışlara rehberlik etmektir.

2. Etik Kavramı

Etik, felsefenin bir alt dalı olarak, kişilerarası ilişkileri ilgilendiren durumlarda, eylemlerin ahlaki açıdan, "iyi ya da kötü", "doğru ya da yanlış" olarak değerlendirilmesini incelemektedir (Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013; Cevizci, 2002).

Etik kavramının Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne (TDK) göre ilk anlamı, "töre bilimi"dir. İkinci anlamı ise; "çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü" dür (Babadağ, 2010; TDK, 2023).

Günümüzde etik ile ilgili sorunlar her geçen artmakta ve etik kavramı özellikle sağlık bakım alanında çok geniş çerçeveden ele alınmaktadır. Teknolojinin gelişmesi ile birlikte; etik açıdan yeni sorunların meydana gelmesi, hasta sayısının ve kronik hastalıkların artması, teknolojinin bakım ve tedavilerin ayrılmaz bir parçası haline gelmesi ve sağlık olanaklarındaki eşitsizlikler, etik kavramının ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Dinç, 2010). Etik, bu zor ve karmaşık durumlara çözüm üreterek, sağlık çalışanlarına rehberlik etmektedir. Etik, kendine özgü çalışma alanlarına uygun olarak ilgili meslek üyelerine, kurallar ve ilkeler belirlemekte, çeşitli çözümler sunmaktadır (Aydın, 2020; Dinç, 2010).

Etik, aynı zamanda toplumda yaşayan tüm bireyler için; mutluluk, özgürlük ve iyilik kavramlarının somut hale getirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu kapsamda incelendiğinde, etik aynı zamanda bazı amaçlar üstlenmektedir. Bu amaçlar:

- İnsan davranışlarının, ahlaki niteliğini belirlemek

- İnsan davranışlarını açıklayarak, farklı bakış açılarının geliştirilmesini ve toplumsal bilinçlendirmeyi sağlamak
- Etik bilimine, bilimsel alt yapı oluşturmak
- Bireylerin davranışlarında bireysel olamayacağı, ancak birey olabilmenin ve kendi varlığının vazgeçilmez unsuru olduğunu göstermek
- İnsanı sevmeyi öğretmek

Etik; bireylerin davranışlarını ahlaki olma durumu ve ahlaki olan ve olmayan davranışların arkasındaki nedenleri inceler. Etik davranışın ne olduğu, iyinin ne anlam taşıdığı, ahlaki eylemin doğası konusunda rehberlik eder (Kesgin, 2009; Korhan, 2015).

3 Ahlak Kavramı

TDK'ya göre ahlak; "Bir toplum içinde kişilerin uymak zorunda oldukları davranış biçimleri ve kuralları, aktöre, sağtöre" olarak tanımlanmaktadır.

Ahlak kavramının diğer tanımları incelendiğinde; "Toplu olarak yaşayan bireylerin uymak zorunda bulundukları eylem ve davranış kurallarına verilen ad". 2. "Bir kimsenin içinde yaşadığı toplumsal çevrenin törelerine uyma yetisi" olarak da tanımlandığı görülmüştür (Türk Dil Kurumu-Eğitim Terimleri Sözlüğü).

Hemşirelik terimleri sözlüğünde ise; "insanların diğerleri tarafından takdir edilen tutum, davranış ve değerleri" olarak tanımlanmaktadır (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).

Ahlâk, genellikle topluma özgü kurallar bütününü ifade eder. Aynı zamanda, herkes tarafından kabul edilen bazı ilke ve doğruların oluşturduğu ilk kavram olarak da nitelendirilir. Ahlak bu anlamda incelendiğinde, içinde yaşanılan, aile, topluma ve kültüre göre değişebilir. Ahlâk; toplumdan topluma, hatta bireyden bireye değişiklik gösterebilmektedir. Bu yönüyle ahlâk, toplumda yaşayan bireylerin ortak değerlerini belirtmekle birlikte, her toplumda bu değerler farklı olarak da yorumlanabilmektedir (Aydın, 2020; Turan ve Kaya, 2023). Toplumsal yaşamın sürdürülmesinde ahlaki değerlerin süreklilik göstermesi gerekirken, ahlaki davranışların sürdürülmesinde toplumsal yaptırımlar (kınama, ayıplama, vb.), yasalar, kurallar yardımcı olmaktadır.

Ahlak, geliştirilebilir bir süreçtir. Bireyler düşünme biçimini değiştirebilir ve geçmiş yaşamında kazanmış olduğu değerleri, ahlaki karar vermede etkili olabilir. Ahlaki gelişim, bireyin düşünme biçimini etkilemektedir. Akıl yürütme, bilişsel bir fonksiyondur ve geliştirilebilir. Ahlaki gelişim de doğru ve yanlış arasında bir akıl yürütme, yapılması gereken ve yapılmama-

sı gereken arasında seçenekleri belirlemeyi sağlamaktadır. Bu süreç, çocuklukta başlamakta ve insanın tüm yaşamı boyunca devam etmektedir. Ahlaki gelişim kuramları şu soruların yanıtını aramaktadır. Bir insan, nasıl ahlaklı olur? Bireyin ahlaki davranış biçimini etkileyen faktörler nelerdir? Bu konuda tüm özellikler, hemşireliği etkileyen iki önemli kuramcı olduğu görülmektedir. Bunlardan birincisi Lawrence Kohlberg (1969), ikincisi ise Carol Gilligan (1982)'dır (Lawrence, 1980). Bu iki kuramcının, kuramlarında bakım ve sorumluluğu vurgulamalarına rağmen aynı zamanda akıl yürütmeye odaklandıkları görülmektedir (Aydın, 2021).

Etik ve ahlak kavramları, sıklıkla aynı anlamda kullanılmaktadır. Bu iki kelime, aynı anlamda kullanıldığı gibi farklı anlamlarda da kullanılabilmektedir. Dolayısıyla, anlam açısından karışıklıklar olabilmektedir. Bu nedenle, bu kavramların tanımlanması ve aralarındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konması gerekmektedir (Aydın, 2020; Aydın ve ark., 2022).

Etik ve ahlak kavramları yaşamın her alanında kullanılmaktadır. Bu kavramlar, hem mesleki hem de toplumsal yaşamda düzenleyici bir rol üstlenmektedir. İnsan yaşamının giderek daha karmaşık hale gelmesi, teknolojik gelişmelerin günlük yaşantımızın vazgeçilmez unsurlarını oluşturması, birçok sorunu beraberinde getirmekte ve bu sorunların birey, aile ve toplum üzerinde yarattığı etkiler ahlaki ve etik açıdan sorgulanmaktadır. Aynı zamanda; insanların düşünme biçimleri, insan yaşamının kutsallığı, insanın biricikliği, yegâne ve tekliğini korumak isteyen felsefe, etik konularda düşünmeye sevk etmektedir. Bu nedenle, artık tüm mesleki veya kurumsal anlamda etik kuralların ve etik kurulların sayıları her geçen artmaktadır (Aydın ve ark., 2022).

Toplum içinde bir birey olan insan, kendi öz değerleri ile toplumsal kurallar arasında bir denge ve ölçü sağlayarak yaşamını sürdürmektedir. Bu ölçü ve denge kurulamadığında, toplumsal açıdan birey ve toplumda rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum, bireyin ahlaklı veya ahlaksız gibi yargılarla yargılanmasına neden olmaktadır (Çulha ve Acaroğlu, 2019).

Etik ve Ahlak Kavramlarının Ortak Özellikleri ve Farklılıkları

- Etik, ahlak felsefesinin kavramsal ve kuramsal bölümünü oluşturarak felsefi bir bakış açısı oluşturur.
- Etik, iyi ve doğru kavramlarını irdeler. Ahlak ise; bireyin aileden, sosyal çevre ve toplumdan edindiği tutum ve davranışları ifade eder.
- Etik bilimi net kurallar koyarken, ahlakın ise evrensel nitelikte net kuralları yoktur ve içinde yaşanılan topluma göre şekillenmektedir.
- Etik, ahlakla ilgili sorun ve yargıları inceleyen felsefenin alt dalıdır.

- Etik, ahlak kavramının temellendiği düşüncelere açıklık getirir.
- Ahlak, toplumsal anlamda var olan davranış ve inançları yönlendiren bir değerler sistemidir. Etik ise, bu değerler sistemini soyut ve kuramsal açıdan inceleyen bir bilim dalıdır.
- Etik soruları ile ahlak soruları birbirlerinden farklıdır. Ahlak, bireysel ve somut sorgulamalar yapmakta iken; etik, ahlaki ilkeleri ve ahlaklı olarak nitelendirilen eylemleri sorgular.
- Etik; ahlak ile ilgili konuları araştırır, inceler bilimsel soru sorma yöntemlerini kullanır (Aydın, 2020; Mahmutoğlu, 2009).

4. Ahlaki Duyarlılık

Birey, aile ve toplumun değerlerinin korunması, temel değerler konusunda duyarlılığı beraberinde gerektirmektedir. Değerler, bireylerin eylemlerine rehberlik eden inanç ve tutumlardır. Bireyin değerleri, hem doyum hem de çatışma kaynağı olabilmekte ve başkaları ile olan ilişkilerini etkileyebilmektedir. Her bireyin tüm yaşamını şekillendiren, davranışlarına rehberlik eden, kişisel, sosyal, toplumsal, kültürel ve mesleki değerleri bulunmaktadır. Bu değerler, yaşamın ilk evrelerinde kazanılmaya başlanmakta olup, ahlaki duyarlılığın gelişmesinde etkilidir (Acaroğlu, 2019; Aydın, 2021; Çulha ve Nas, 2017; Milliken, 2018). Mesleki değerler ise, hemşirelik eğitimi sırasında kazanılmakta ve eğitim süresi içinde şekillenmektedir. Ancak, bu değerler tamamen birbirinden bağımsız değildir. Mesleki değerlerimizin ve etik duyarlılığımızın gelişmesinde etkilidir. Sağlık bakım profesyonelleri de; bu mesleki değerleri korumalı, bakım uygulamalarına yansıtabilmeli, sağlıklı/hasta birey ve ailesinin bakım ve tedavi sürecine ilişkin alacağı kararlarda duyarlı davranmalıdır (Dalcalı ve Şendir, 2016). Duyarlılık, sağlıklı/hasta bireyin gerçek/doğru durumunun yorumlanmasıdır. Etik duyarlılık ise; hasta gereksinimlerinin belirlenmesinde, sağlıklı/hasta bireyin sözel ve sözel olmayan davranışlarının bakım verenler tarafından farkına varılmasıdır. Etik duyarlılığın gelişebilmesi için, bireyin değer sisteminde de ahlaki duyarlılığın mevcut olması gereklidir. Mesleki anlamda etik duyarlılık gösterebilmek için, bireyin değer sistemin bu duyarlılık içinde gelişmiş olması beklenmektedir (Cerit ve Öztürk, 2021; Kovancı ve Hiçdurmaz, 2021).

Hemşirelerin etik duyarlılıklarını etkileyen, pek çok faktör bulunmaktadır. Bunların başında; sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavisi hakkında disiplinler arası görüş ayrılıklarının bulunması, hemşirelik mesleği üyelerini temel değerleri ve kurum politikaları arasındaki uyuşmazlıklar, kurumsal baskılar, hemşirenin uygun ahlaki durumları yerine getirme konusunda desteklenmemesi, gerektiğinde görüşüne başvurulmaması, hasta haklarının korunması, bireyin sağlık hizmeti almasını engelleyecek mali konular, aydınlatılmış onam, sağlık ekibi

üyelerinin etik ya da yasa dışı uygulamaları ve tutumları olduğu ifade edilmektedir (Kovancı ve Hiçdurmaz, 2021).

Etik duyarlılık, hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir faktör olup, etik duyarlılık etik ikilem ve sorunların belirlenmesi ve alternatif çözüm yolları içindeki uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir. Hemşire "bir başkası için var olma" sorumluluğunu hissettirmelidir (Oppong, 2019; Turan, 2022). Bu kapsamda; hemşirenin etik duyarlılığı, etik problemi çözme, probleme açıklık getirme ve yapılan eylemi haklı çıkarmakla birlikte etik ikilemi önleyebilmektir. Etik duyarlılık; ahlaki yük, etik boyutun sorumluluğu ve etik boyutun önemi gibi birçok konuda bilinçli olmayı gerektirir (Şahiner, Babadağlı ve Ersoy, 2019). Etik duyarlılığın yüksek olması; hemşirelerin profesyonelliğine katkıda bulunurken aynı zamanda sağlıklı/hasta bireye sunulan hemşirelik bakımının kalitesini de arttırmaktadır (Yılmaz, 2022).

5. Erdem

Etik kavramı ile ilgili en önemli kavramlardan biri de, erdemdir. Erdem, özellikle sağlık bakım hizmetlerinde etik karar verme sürecinde bireysel olarak sağlık çalışanlarına yön vermede etkilidir. Ancak erdem; sadece mesleki etik karar verme sürecinde değil, bireysel ahlaki davranışlarda da önemlidir. Erdem; TDK'ya, "Ahlakın övdüğü iyi olma, alçak gönüllülük, yiğitlik, doğruluk vb. niteliklerin genel adı, fazilet" olarak tanımlanmaktadır. Felsefi açıdan anlamı ise, "İnsanın ruhsal olgunluğu" dur (TDK, 2023). Aritoteles erdemin, karakterden daha öte bir kavram olan, var olma durumu ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Erdem, uygun içsel durumlara sahip olmakla ilgilidir. Örneğin; nezaket erdemi, başkalarına karşı duygularımızla ilgili olarak doğru biçimde şekillenmiş duyguları ve içsel durumları içermektedir. Karakter ise, aynı zamanda yapmakla da ilgilidir. Aristoteles'in erdemli davranışı olarak ifade ettiği durum, eylem teorisini/kuramını içermektedir. Çünkü erdemli içsel eğilimlere sahip olan bir birey, aynı zamanda onlara göre davranmayı seçmektedir. Erdemli bir davranışı gösteren bir diğer nokta ise; karakter özelliklerinin değişkenlik göstermemesi ve güvenilir kişiliktir. Eğer bir bireyin karakter özelliği nezaket ise, her türden insana karşı tutarlı olarak, onu zorlasa da her durumda nazik davranmasıdır. Erdem ve karakter, aynı zamanda gelişen ve olgunlaşan kavramlardır (Canfer ve Özcan, 2019). Bu nedenle, etik karar vermede ahlaki olgunluğun gelişmesi için eğitim programlarında yer almaktadır. Erdemli kişi, sadece üzerinde düşünmeyen bir tepkiyle adil bir şekilde hareket etmez, erdemin değerini ve neden onun uygun yanıt olduğunu anlamıştır. Erdem, kendi iyiliği için bilerek seçilmektedir. Dolayısıyla erdem, aynı zamanda ruhsal olgunluk dışında amaçlı bilişsel de bir süreçtir (Rosalind ve Pettigrove, 2022). Erdem "ortadadır", çünkü her duruma verilecek doğru yanıt ne çok fazla ne de çok azdır. Erdemli bir birey, aynı zamanda dürüst olmayı gerçekleştiren kişidir. Dürüst bir birey;

mümkün olduğunca dürüst insanlarla çalışmayı, dürüst arkadaşlar edinmeyi, çocuklarını dürüst yetiştirmeyi seçer (Sreenivasan, 2002). Aynı zamanda, erdemli birey mesleki yaşamında da bireysel özelliklerini mesleki davranışlarına da yansıtmaktadır. Bu kapsamda erdem; koşulsuz olarak kişiliğin bir parçası olup, tüm karar ve seçimlerde bireyi yönlendirici özelliği bulunmaktadır. Sağlıklı/hasta bireye ilişkin etik kararların verilmesi sürecinde de, bireyi olgun davranmaya sevk etmektedir

6. Vicdan

Vicdan, Arapça kökenli bir sözcük olup, TDK'ya göre "kişiyi kendi davranışlarıyla ilgili olarak bir yargıda bulunmaya yönelten, kişinin kendi ahlak değerleri üzerinde dolaysız ve kendiliğinden yargılama yapmasını sağlayan, kişiye doğruyu ve iyiyi yapma yükümünü de yükleyen içsel güç" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Vicdan, Yunanca'da "bilgiyi" (scientia) "ile" (con-) paylaşmak anlamına gelen Latince "conscientia" olarak kullanılmaktadır. Vicdan, aynı zamanda bireyin karar verme sürecinde önemli bir faktördür. Bireyin ahlaki kararlarında rehberlik yapan vicdan, bireyden bireye değişiklik gösterebilmektedir. Bu kavram, bazı insanlarda oldukça gelişmişken, bazı insanlarda gelişmemiş olabilir. Bunun nedeni, vicdanın çeşitli faktörlerden etkilenmesidir. Bunlar; bireyin içinde yetiştiği ailesi, büyüdüğü çevre, eğitim düzeyi, farkındalık seviyesi ve sahip olduğu dini inançlarıdır (Boz, 2020).

Vicdan, büyüme ve gelişme içerisinde oluşmaktadır. Ancak, vicdanın gelişimi ile ilgili felsefi açıdan farklı görüşler bulunmaktadır. Fromm'a göre vicdan; "iç ses" olarak tanımlanmakta ve bireyi olması gerektiği gibi davranmaya teşvik etmektedir. Fromm'a göre vicdan ikiye ayrılmaktadır (Formm, 1994). Bunlardan birincisi; otoriter vicdan ve diğeri hümanist vicdandır. Otoriter vicdan, bireyin herhangi bir güç veya otorite karşısında korkuya dayalı olarak kendini göstermektedir. Korku olmadığı durumlarda ise, hayranlık var ise takdir kazanma ile bireyin hareket etmesini sağlamaktadır. Otoriter vicdan, bireyi gerçek doğru olduğu için değil, sevgi veya korku nedeniyle oluşmaktadır. Hümanist vicdan, sezgisel olarak tanımlanmakla birlikte, herhangi bir dış otoriteye bağlı olmaksızın bireyin iç sesini oluşturan bir bilgidir (Fromm, 1998). Hümanist vicdan, bireyleri kendisi gibi davranmaya, kendi iç sesine uyumlu yaşamaya davet etmektedir. Otoriter vicdan, başkalarının otoritesini kabul edip onların, doğrularını uygulamaya teşvik ederken; hümanist vicdan ise, insan onuruna yakışır insanı anlayan ve onu kabul edici davranışlar göstermesini sağlamaktadır (Boz, 2020). Kant'a göre vicdan, bireyin gerçekleştirdiği eylemleri, var olan ahlak kuralları doğrultusunda değerlendirdiğinde bireyin hissettiği "acı verici bir duygu" veya "pişmanlık hissi veren bir güç" tür (Kant, 1994). Vicdan, bireyin yaptığı eylemi veya henüz yapmadığı ve yapmaktan da alıkoyduğu güçlü bir duygudur. Dolayısıyla bireyi hem bir eylemi yapmadan önce hem

de yaptıktan sonra, düşünmesini ve eyleme geçip geçmeme konusunda uyarıcı bir sistemdir (Aral, 2014). Birey, bir eylemi gerçekleştirdikten sonra, vicdanına uygun ise onaylar, değil ise onaylamayabilir (Boz, 2020). Yapılan eylemler, bilişsel olarak kabul gördüğünde "vicdan huzuru/memnuniyeti", kabul görmediğinde ise "vicdan azabı" meydana gelmektedir.

Sağlık bakım uygulamalarında, özellikle etik karar verme sürecinde, vicdan önemli bir yer tutar. Son yıllarda, sağlıkla ilişkili konularda "vicdani ret" gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Vicdani ret, sağlık çalışanlarının vicdan ile ilişkili olarak bireysel ve etik ikilemleri ele alma yöntemidir (Boz, 2020; Cleary ve Lees, 2019). Günümüzde, sağlıklı/hasta bireye ilişkin verilecek kararlarda, etik ilkeler doğrultusunda hareket etmeyi gerektirmektedir. Bu etik ilkeler, her zaman birey için en iyi olanının seçilmesini ön görmektedir. Ancak pragmatik yaklaşımla ele alınan bazı kararlar, sağlık çalışanlarının bireysel vicdanını rahatsız edebilmektedir. Bazı görüşler, sağlıklı/hasta birey için en iyi olana karar verme yaklaşımı olan pragmatizmin, ahlaki karar verme için meslek etiğinin bir parçası olduğunu, bireysel vicdanın bu kararlarda etkili olamayacağını ifade etmektedir (Giubilini 2017; Giubilini 2022; Savulescu ve Schuklenk, 2017). Bu konuda literatürde; vicdanın ahlaki bir bilgi gerektirdiğini, sağlık bakım alanında ve biyoetik içerisinde, ahlak ve vicdan konusunda bilgi boşluklarının olduğu ileri sürülmektedir (Lamb, Babenko-Mould, Wong ve Kirkwood, 2019; Lamb ve Pesut, 2021). Ayrıca biyoetik ve sağlık hizmetlerindeki etik karar vericilerin, genellikle ahlaki kararlar vermede vicdanlarını geliştirmek, kullanmak ve ardından bunları uygulamaya geçirmek için gereken eğitimden yoksun oldukları belirtilmektedir (Frush ve Eberly 2020; Lamb, Babenko-Mould, Wong ve Kirkwood, 2019; Lamb ve Pesut, 2021). Son yıllarda, Alberto Giubilini (2017), ahlaki karar vermede vicdanın etik ilke ve normlardan bağımsız olamayacağını savunmaktadır. Özünde, vicdanın kişinin ona yüklediği değerlerden başka bir şey olmadığını ve tıbbi değerlerin ise profesyonel bir eğitim ile kazandırıldığı için bireysel vicdanın ahlaki kararlar ve eylemleri üzerinde resmi bir etkisi olmadığını iddia etmektedir (Giubilini, 2017). Giubilini (2017) bu düşüncesinde, sağlık çalışanlarının ahlaki kararlarını vicdanlarına atfettikleri değerlerine değil, ait oldukları mesleğin değerlerine dayandırmaları gerektiğini öne sürmektedir. Oysa ki, sağlık çalışanlarının mesleki değerleri ile bireysel ahlaki değerleri uyumlu olmalıdır. Bu kapsamda; vicdan, sağlık bakım alanında çok tartışmalı bir konu olup, bireye ilişkin alınacak kararlarda insan onuruna yakışır bir şekilde sağlık bakım ekibinin de vicdanına uygun olmayan girişimleri çok yönlü incelemesi gerektiğini göstermektedir.

7. Değerler

Değerler, bireyin yaşamında bir konuya ilişkin inanç ve ilkelerini yansıtmaktadır. Bireye nasıl davranması gerektiği konusunda bir kural oluşturmaktadır. Bu değerler, bireyin mesleki

yaşamında ve sosyal yaşamında yön verici bir unsurdur. Değerlerin, genel olarak sınıflandırması incelendiğinde; kişisel değerler, kültürel değerler veya profesyonel değerler olarak ayrılmaktadır (Turan ve Kaya, 2023).

Değerler, bir bireyin belirli bir şekilde davranmasına neden olmalarından kaynaklı, bireyin kendi davranışlarını önceliklendirmesiyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin; bir bireyin sahip olduğu değerler ekonomik olarak öncelikli ise, alacağı kararlarda da ekonomik yönünü ön planda tutacak demektir. Dolayısıyla yapılan seçimlerin arkasındaki temel neden, bireyin sahip olduğu değerlerdir. Mesleki yaşamda mesleki eylemleri gerçekleştirirken bireyin davranışlarının arkasındaki temel neden de mesleki değerlerdir. Bu mesleki değerler, bireyin etik davranış oluşturmasının arkasındaki nedendir. Etik ve değer, bu nedenle iç içe geçmiş bir zincirin halkaları gibidir ve birbirinden ayrılması mümkün değildir (Aydın, 2020; Aydın, 2021).

Hemşirelik Değerleri

ICN ve Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından hemşirelikte; adalet, doğruluk, estetik, eşitlik, özgürlük, özgecilik (altruizm), insan onuru, olmak üzere yedi temel değer belirlenmiştir (Aydın, 2022).

Adalet

Bu değer, ahlaki ve yasal ilkelerin yüceltilmesidir. Aynı hak, fırsat ve statüye sahip olmaktır. "Adalet" sıklıkla "eşitlikle" karıştırılan bir kavramdır. Adalet dediğimizde, ilk olarak temel haklarda herkesin hakkı olduğuna inanmak akla gelmektedir. Örneğin; bir bireyin iki evi olabilir, başka bir bireyin tek evi olabilir. Bu iki bireyden birinin bir, diğerinin iki evinin olması adaletsizlik değildir. Ancak bu iki bireyden her ikisinin de, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmaktadır. Bu örneği daha da özelleştirdiğimizde, sağlık bakım hizmetleri içerisinde her bireyin hemşirelik bakımı almaya hakkı vardır. Ancak bu bakımın niteliği değişmeksizin, bakım gereksinimi daha acil olana öncelik vermek, kaynakların adaletli dağılımına örnek verilebilir. Sağlık hizmetlerinde bakım gereksinimlerinin bireye özgü belirlenerek gereksinimi olana gereksinimi kadar bakımı sağlamak adalet ilkesinin bir gereğidir (Babadağ, 1991; Babadağ, 2010).

Doğruluk

Gerçeğe ve kanıtlara olan bağlılıktır. Bu ilke, sağlıklı/hasta birey ve ailesine hemşirelik bakım uygulamalarında doğru ve gerçekçi davranmayı gerektirmektedir. Özellikle; hasta ile olan iletişimde doğruyu söylemek, yalan söylememek, verilen sözleri zamanında tutmak, hasta ile ilişkili kayıtların eksiksiz ve tam tutmak bu ilke çerçevesinde gerçekleştirilmektedir (Babadağ, 2010).

Estetik

Doyum sağlayan obje, olgu ve kişilerin nitelikleridir (Aydın, 2022). Hemşirelik bakım uygulamalarında empati, duygusal zekâ ve yaratıcılık gibi birçok niteliği kullanmasını gerektirir. Hemşirelik tanımında, hemşireliğin sanatsal yönüne vurgu yapılmaktadır. Çünkü hemşirelik bakım uygulamalarında bireye yaklaşım; insancıl ve anlayışlı olmayı, yargılamadan etkili iletişim becerilerini kullanmayı, psikomotor becerilerin sunumunda ise özenli olmayı gerektirmektedir. Hemşirenin sahip olduğu kişisel değerler ve mesleki değerler bir bütünlük içinde sunulduğunda, estetik değerleri yansıtılmış olmaktadır (Babadağ, 2010).

Eşitlik

Eşitlik, genellikle adalet kavramı ile karıştırılır. Eşitlik ve adalet kavramları, bir zincirin halkaları gibi düşünülebilir. Biri diğerinden ayrıldığında, her biri tek başına tam olarak anlamını karşılayamaz. Eşitlik, her bireyin temel haklardan yararlanma konusunda, aynı fırsatlara sahip olduğuna inanmaktadır. Ancak hemşirelik bakımının özünde, insan onuru ile birlikte düşünüldüğünde, her birey sağlık bakım hizmetlerinden dil, din, ırk ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin faydalanabilmektedir. Sağlık bakım hizmetini sunan hemşireler, bu ayrımı gözetmeksizin bakım işlevini sürdürmektedirler (Turan ve Kaya, 2023).

Özgürlük

Hareket ve davranışlarda, seçim yapabilme kapasitesidir (Aydın, 2022). Sağlık bakım hizmetlerinde, sağlıklı veya hasta bireyin sağlık profesyonellerini seçme hakkı bulunmaktadır. Aynı zamanda, hasta hakları çerçevesinde tedaviyi reddetme hakkına da sahiptir. Bu haklar çerçevesinde değerlendirilebileceği gibi, her bireyin kendi sağlık bakımına ilişkin kararlardan önce bilgilendirilme hakkı da bulunmaktadır. Bu durum da, tedavi veya bakımın uygulanmamasından doğacak sonuçların birey ve ailesine ayrıntılı bir şekilde anlayabileceği açık ve net ifadelerle anlatılmasını gerektirmektedir (Aydın, 2022).

Özgecilik (Alturizm)

Özgecilik, bir başkasının iyiliğini ve esenliğini düşünmek, bunun için çaba göstermektir (Aydın, 2022). Hemşireliğin en temel değerlerinden biridir. Hemşirelik mesleğinin doğasında, başka birine yardım etme eylemi bulunmaktadır. Başka birine yardım etmekten hoşlanmayan bir birey, bu mesleği uzun yıllar yapmakta zorlanabilmektedir. Hemşirelerin, bakım uygulamalarında önleyici bakım girişimlerini uygulaması, bireyin rahatını ve konforunu sağlayabilmesi için bakım girişimlerini uygulaması özgeciliğe (alturizme) verilebilecek örneklerdendir (Babadağ, 2010).

8. Sorumluluk

Sorumluluk kavramı hem sosyal hem de mesleki yaşamda oldukça sık kullanılan kavramlardan biridir. Sorumluluk kavramı, aynı zamanda ahlak felsefesi içinde yer almakta ve bu konuda farklı görüşler bulunmaktadır (Coşkun, 2019). Felsefi yaklaşımlar açısından değerlendirildiğinde, sorumluluğun temel amaçlarından biri en iyi olanı istemektir (Babür, 1997). Bireyler, yaşamda mutlu olabilmek ve kendisi için en iyi olanı elde etmek için erdemli davranışlara gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle Aristoteles, sorumluluğu; "bireyin, yaşamında erdemli davranışlar geliştirerek, kendi bakış açısına göre gerçekleştirdiği eylemlerin sonuçlarını üstlenmesi" olarak tanımlamıştır (Coşkun, 2019). Aristoteles, bireyin seçme hakkını kullanarak gerçekleştirdiği eylemleri değerlendirmede iki ölçüt dikkate alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu iki ölçüt, baskı altında yapılan eylemler ve bilgisizlikle yapılan eylemlerdir. Birey yaptığı seçimler ve eylemler konusunda, neden-sonuç ilişkisini düşünemiyor ve bu konuda bilgisi istenen düzeyde ise, eylem bilmeden ve istemeden yapılmış demektir. Aynı zamanda, yapılan eylemin sonucunda pişmanlık var ise, eylem istemeyerek yapılmıştır. Ancak buradaki ayırıcı nokta, bilgisizlikten dolayı yapılan eylemde üzüntü ve pişmanlık söz konusuysa, eylem istemeyerek yapılmış olarak kabul edilebilir. Yapılan eylemin sonucunda pişmanlık ve üzüntü söz konusu değilse, eylemin isteyerek veya istemeden yapılma durumu da net değildir. Bu durumda, bilgisizlikten dolayı bir şey yapan, pişmanlık ve üzüntü hisseden için "istemeyerek yaptı", pişmanlık veya üzüntü hissetmeyen için ise "isteyerek yapmadı" denilmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, bir eylemin bireyin kendi iradesi olarak veya olmadan gerçekleştirilmesi ahlaki olarak o eylemden sorumlu olma durumunu belirlemektedir (Coşkun, 2019). Bu anlamda, her bireyin bireysel olarak bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bireysel sorumluluk ise, bireyin kendisine ilişkin olarak sahip olduğu maddi olan veya olmayan değerlerini doğru ve zamanında kullanmasını gerektirmektedir. Sorumluluk, karar iradesinin nereye ait olduğunu belirlenmesi açısından değerlendirildiğinde, farklı gruplandırıldığı görülmektedir.

İç Sorumluluk: Bireyin, kendi vicdanına karşı hissettiği sorumluluk duygusudur.

Dış Sorumluluk: Bireyin herhangi bir kanun ve hukuk normlarıyla çizilmiş sınırları tanıması ve bu sınırlar doğrultusunda hareket etmesini kapsar. Dış sorumluluklar; ahlaki yargılar, toplumsal kurallar ve kültürel değerlerdir.

Sosyal Sorumluluk: Her bireyin sahip olduğu sorumluluklar zaman zaman sosyal sorumlulukları da beraberinde getirir. Sosyal sorumlulukların, bireysel olarak uygulanması daha kolay ve ekonomik maliyeti az olabilir. Ancak kurumların üstlendiği, sosyal sorumlulukların

etki gücü daha yüksek olmakla birlikte, belli mali yükleri de beraberinde getirebilir.

Görev Sorumluluğu: Bireysel sorumluluk olmakla beraber, bireyin mesleği ve hizmet ettiği birey, grup veya topluma karşı daha keskin sınırları olan sorumluluklarını kapsamaktadır. Görev sorumluluğunun, aynı zamanda bireyler üzerinde yaptırım gücü olmakta ve görev yerine getirilmediği durumlarda yasal yaptırımları söz konusudur. Eğer, bir meslek üyesi tarafında sorumluluğu yerine getirilmemiş ise, bu durum etik açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

9. Etik İlke

Etik konular, çoğu zaman bazı etik ilkeler çerçevesinde ele alınmaktadır. Etik ilkeler, niyet ve eyleme yön veren temel ve net ahlaki doğrulardır. Etik ilkeler, doğru veya yanlış olarak kabul edilen eylemlerin bir dizi kural ve davranışa göre neyin doğru veya yanlış olarak tanımlanması gerektiğini belirleyen kurallardır (Okuroğlu, Bahçecik ve Alpar, 2014; Tosun, 2021).

Sağlık bakımı hizmeti sunan mesleklerde, mesleki etiğin oluşturulmasına temel oluşturan evrensel etik ilkeler; 1) Yarar sağlama, 2) Zarar vermeme, 3) Otonomi ve 4) Adalet olarak belirtilmektedir (ICN, 2021).

Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken; zarar vermeme-yarar sağlama, otonomi, adalet, eşitlik, dürüstlük, mahremiyet ve sır saklama, sadakat etik ilkelerine uymaları beklenmektedir (Turan ve Kaya, 2023).

Yarar Sağlama: Bu ilke; sadece hemşirelik mesleğinin değil, tüm sağlık çalışanlarının temel olarak benimsediği ilkedir. Tüm sağlık profesyonellerinin en temel amacı, sağlıklı/hasta bireye yarar sağlamaktır. Bu amaç, üç temel özelliği içinde barındırır. Bunlar; (1) iyilik yapmak ya da iyiliği desteklemek, (2) zararı engellemek, (3) kötülüğü ve zararı ortadan kaldırmaktır (Turan ve Kaya, 2023)

Zarar Vermeme: Yararlılık ilkesi ile yakından ilişkilidir. Bu ilke, kasıtlı zarar, zarar riski ve yarar sağlama eyleminin gerçekleştirilmesi sırasında ortaya çıkan zararlardan kaçınmayı içermektedir. Zararın, elde edilecek yarardan daha fazla olduğu durumlara karşı hemşirelerin dikkatli olması oldukça önemlidir. Bu kapsamda diğer sağlık ekibi üyeleri iş birliği önem kazanmaktadır (Alpar ve Bahçecik, 2013; Okuroğlu, Bahçecik ve Alpar, 2014). Sağlıklı hasta bireyin sağlık hastalık durumu göz önünde bulundurularak bir bakım eyleminin ertelenmesi veya hemşirenin yetkin olmadığı bir konuda hemşirelik eylemini gerçekleştirmemesi zarar vermem ilkesine örneklendirilebilir.

Otonomi: Sağlıklı/hasta bireyi, karar alma sürecine dâhil etmek ve kararlarına saygı göstermektir. Otonomi, bireyin değerleriyle tutarlılık gösteren gereksinimlerini karşılaması ve hedeflere ulaşmak için özgür kararlar alma ve gerçekleştirme yeteneğine sahip olması anlamına gelmektedir (Turan ve Kaya, 2023). Bireyin yaşamını etkileyen, özellikle sağlık bakımını alma gibi durumlarda; temel hasta hakları kapsamında tedaviyi reddetme, kendisine bakım ve tedavi verecek sağlık bireylerini seçme, kendisine yapılacak her türlü girişimi reddetme veya kabul etme hakkına sahiptir (Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013).

Adalet: Bireylere adil, eşit, uygun bakım ve tedavinin sağlanması, materyal ve hizmetlerin dağıtılmasıdır (Acaroğlu, Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013; Tosun, 2021). Sağlık alanında bu ilke, mal ve hizmetlerin dağıtılmasına odaklanma olarak kendini göstermektedir. Bu uygulamaya "dağıtıcı adalet" denir. Dağıtıcı adalet ile ilgili üç temel sağlık bakımı alanı bulunmaktadır. Bunlar; (1) kaynakların sağlık bakımı hizmetleri içindeki payı, (2) sağlık bakım hizmeti miktarının dağılımı, (3) sınırlı sayıda sağlık bakımı üyelerine, donanıma, vb. hangi hastaların erişebileceğidir. Bu ilke, sağlık profesyonelinin kendi eylem ve sonuçlarının sorumluluğunu alması ve gerektiğinde hesap verebilir olmasını gerektirmektedir (Turan ve Kaya, 2023). Bireyin sağlık bakım gereksinimine göre bakım eylemlerinin planlanması adalet ilkesinin örneğidir.

Eşitlik: Bu kavram, sıklıkla adalet kavramı ile karıştırılmaktadır. Hemşireliğin temel felsefesi olan; renk, dil, din, ırk, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm bireylerin hemşirelik bakımını sürdürmek, eşitlik ilkesinin bir yansımasıdır (ICN, 2021). Hemşirelik bakım eylemlerini bireye göre değişmeksizin her birey için aynı standartlarda gerçekleştiren bir hemşire eşitlik ilkesini yerine getirmiş kabul edilir.

Dürüstlük: Bu ilke, aynı zamanda doğruluk anlamında kullanılmaktadır. Sağlıklı/hasta bireye ilişkin bilgilerin doğru bir şekilde aktarılması, ahlaki davranışın en önemli öğesidir. Sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavi süreci ile ilişkili bilgilerin görev, yetki ve sorumluluklar dahilinde birey ve ailesine verilmesi dürüstlük göstergesidir (Tosun, 2021).

Mahremiyet ve Sır Saklama: Bu ilke, sağlık bakım profesyonelleri için en hassas noktalardan biri olup, yasalarla da güvence altına alınmaktadır. Aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyin; fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetini korumayı gerektirmektedir. Bireyin mahremiyetini sürdürebilme yeteneği, otonominin bir ifadesidir (Aktan, Eşer ve Kocaçal, 2019). Hemşire; hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesi ile ilgili bilgileri, yasal zorunluluk veya kendisinin/üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece, bireyin rızası olmaksızın başka kişilerle paylaşmaz. Hemşire ayrıca birey ile ilgili kayıtların gizliliğine özen

göstererek, bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engeller (Türk Hemşireler Derneği, 2009)

Sadakat: Sadakat ilkesi, diğer etik ilkelerle yakından ilişkilidir. Hemşirenin, sağlıklı/hasta bireye gerçekleştirme taahhüdü verdiği eylemleri zamanında gerçekleştirmesini gerektirir. Bu ilke; yalnızca verilen sözlerin tutulması anlamına gelmez, aynı zamanda hemşirenin sağlıklı/hasta birey ile güven ilişkisini kapsamaktadır (Tosun, 2021; Karadağlı, 2016). Sağlıklı/hasta bireyin bakımını sürdürmede hemşirenin eylemlerini tutarlı bir biçimde gerçekleştirmesi sadakat ilkesinin gereğidir.

10. Etik Kod

Kod terimi, *"belli grup ya da ülke içindeki insanların nasıl davranmaları gerektiğini gösteren yazılı kurallar"* olarak tanımlanmaktadır. *"Genel ilkeler olarak kabul edilen kurallar kümesi"* olan etik kodlar "zorunluluk-gereklilik" bağlamında kullanılmaktadır. Etik kod, meslek üyelerine doğrudan kural olarak belirlenmeyen, ancak bireyin vicdani olarak taşıması gereken bazı ödev ve yükümlülükleri ifade etmektedir (Turan ve Kaya 2023).

Etik kodlar, mesleğin tüm üyeleri tarafından kabul edilen etik standartlardır. "Hemşirelik Etik Kodları" hemşireliğin bağımsız bir meslek olmasına katkı sağlamaktadır (Akın, 2021). Hemşireler için uluslararası etik kodlar, ilk olarak 1953 yılında ICN tarafından kabul edilmiştir. Bu tarihten sonra 2012 yılında tekrar güncellenmiştir. Hemşireler için ICN'in Etik Kodları'nda, etik davranış standartlarının çerçevesini oluşturan dört temel nokta vardır. "Hemşireler ve İnsanlar, Hemşireler ve Uygulama, Hemşireler ve Meslek, Hemşireler ve Çalışma Arkadaşları" başlıkları altında ilke ve kurallar belirlemiştir (ICN, 2021).

Ülkemizde, Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin de üyesi olduğu ICN'in Etik Kodları temel alınarak, 2009 yılında oluşturulan "Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları" başlıklı etik kodlar üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; etik kurallar/kodlar ile ilişkili amaç, kapsam ve dayanak, ikinci bölümde; Amerikalı biyoetikçiler tarafından oluşturulan ilkeler dörtlüsünün (zarar vermeme, yarar sağlama, otonomi, adalet) benimsenmesi ile oluşturulmuş etik ilkeler, üçüncü bölümde ise; hemşirelerin sorumlulukları yer almaktadır (THD, 2009).

11. Hemşireler İçin ICN'in Etik Kodları

Hemşireler ve İnsanlar

Hemşirenin birincil mesleki sorumluluğu, hemşirelik bakımına gereksinimi olan insandır.

- Hemşire bakım verirken; birey, aile ve toplumun insan haklarına, değerlerine, kültürel özelliklerine ve manevi inançlarına saygı gösteren bir ortam oluşturur.
- Hemşire; bireyin bakım ve tedavisi hakkında bireyin kültürel düzeyine uygun olarak bilgiyi, doğru, yeterli ve zamanında aldığına ve bu kapsamda bilgilendirilmiş olurunun alındığına emin olur.
- Hemşire, sağlıklı/hasta bireyin kişisel bilgilerini saklar ve bu bilgilerin paylaşımı konusunda etik davranır.
- Hemşire, toplumu ilgilendiren konularda bireylerin desteklenmesi ve gerekli eylemlerin başlatılması konusunda paylaşım içinde tutum sergiler.
- Hemşire, kaynakların dağıtımı, sağlık bakımı ve diğer sosyal ve ekonomik hizmetlere erişimde eşitlik ve sosyal adalet için savunuculuk yapar.
- Hemşire saygı, duyarlılık, şefkat, güvenilirlik ve bütüncüllük gibi mesleki değerlere sahiptir (ICN, 2021; Özsoy ve Dönmez, 2019; THD, 2009; Turan ve Kaya, 2023).

Hemşireler ve Uygulama

- Hemşire, sürekli öğrenme ile hem hemşirelik uygulamalarını geliştirmek hem de yetkinlik kazanmak için kişisel yükümlülük ve sorumluluk taşır.
- Hemşire, bakımı sağlama yeteneğinin azaldığı/ kaybolduğu durumlarda da standart bir bireysel sağlık bakımı sağlar.
- Hemşire, sorumluluk aldığında ve devrettiği zamanlarda, bireysel yetkinlik ile ilgili kararını kullanır.
- Hemşire her zaman, mesleki imajını üst düzeye taşımayı hedefleyen, kamusal güvenliği koruyan bireysel davranış kurallarını korur.
- Hemşire, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden en üst düzeyde yararlanmayı sağlayarak insan haklarını ve onurunu koruyarak bakımını sürdürür.
- Hemşire, etik davranış ve açık bir diyaloğu destekleyen uygulama kültürünü geliştirir (ICN, 2021; Özsoy ve Dönmez, 2019; THD, 2009; Turan ve Kaya, 2023).

Hemşireler ve Meslek

- Hemşire; klinik uygulama, yönetim, araştırma, eğitim standartlarının belirlenmesinde ve uygulanmasında büyük rol üstlenir.

- Hemşire, mesleki uygulamalarında kanıta dayalı uygulamaları bakım davranışlarına yansıtır.
- Hemşire, temel mesleki değerlerin geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde etkindir.
- Mesleki örgüt aracılığıyla hareket eden hemşire, olumlu bir uygulama ortamı oluşturmada ve hemşirelikte güvenli, sosyal ve ekonomik yönden adil çalışma koşullarını sağlamada rol alır.
- Hemşire, doğal çevreyi korumak için çalışır ve sağlık üzerindeki sonuçlarının farkındadır.
- Hemşire, kurumda etik ortamın oluşmasına katkıda bulunur, etik olmayan uygulama ve düzenlemelere itiraz eder (ICN, 2021; Özsoy ve Dönmez, 2019; THD, 2009; Turan ve Kaya, 2023).

Hemşireler ve Çalışma Arkadaşları

- Hemşire, hemşirelikte ve diğer alanlarda birlikte çalıştığı kişiler ile iş birliğine dayalı ve saygılı bir ilişki kurar.
- Bir sağlık çalışanı veya herhangi bir kişi, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını riske sokuyorsa, hemşire onları korumak için gerekli önlemleri alır.
- Hemşire, etik davranış geliştirmek amacı ile birlikte çalıştığı kişilere destek ve rehberlik için gerekli girişimlerde bulunur (ICN, 2021; Özsoy ve Dönmez, 2019; THD, 2009; Turan ve Kaya, 2023).

12. Etik İle İlgili Temel Kavramlarda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireliğin tarihsel gelişimi içinde sahip olduğu rolleri de gelişmiş ve değişmiştir. Geçmişte sadece bakım verici rolü olduğu düşünülürken, bakım kavramının altını dolduran, birçok unsur ile beraber hemşireliğin rollerinde değişimler olmuştur. Bakım hemşireliğin ana rolüdür. Ancak, hemşirelik bakımının odağının hastalıktan çok bireyin hastalığa verdiği yanıtlara odaklanması, hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaşması, hasta bireyin ailesinin bakıma katılımının sağlanması, sağlığın korunmasının öneminin artması, hemşirelikte holistik bakış açısının benimsenmesi ile birlikte hemşireliğin rolleri de genişlemiştir (Doody ve Noonan, 2016).

Hemşirelik rollerinin değişimi ve gelişimi ile birlikte çalışma yaşamında bu rollerin yerine getirilmesi sırasında etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Çağdaş hemşirelik rolleri hemşirelere etik sorumluluklar yüklenmektedir (Acaroğlu, 2019).

Uygulayıcı rolü ve etik; Hemşireliğin en önemli rollerinden biri uygulayıcı rolüdür. Bu rol kapsamında hemşireler, değişim ajanı, danışmanlık, uzmanlık, koordinatörlük, hasta hakları savunuculuğu gibi bakım uygulamaları sırasında yerine getirirler. Hemşirelerin uygulayıcı rollerini gerçekleştirmesi sırasında evrensel etik ilkeler ve hemşirelik etik ilkeleri çerçevesinde davranmaları gerekir (Jokiniemi, Pietila, Kylma ve Haatainen, 2012).

Eğitici rolü ve etik; Hasta hemşire etkileşiminin en temel öğelerinden biri olan eğitim hasta haklarının savunulması, bakım ve tedavi sürecinde hasta eğitiminde hastanın bilgilendirme hakkının gözetilmesini gerektirmektedir (Açıkgöz ve Baykal, 2023; Walker, Clendon ve Nelson, 2015).

Araştırıcı rolü ve etik; Hemşirelik araştırmaları her geçen gün artmakta hemşirelik bakımının da niteliğini arttırmaktadır. Hemşireliğin araştırıcı rolü kapsamında bakımın kalitesini arttırılmasına olanak sağlayan yayınların ortaya çıkarılması, bakımda kullanılması, hemşirelik araştırmalarına destek verilmesi araştırıcı hemşirenin etik sorumluluklarından biridir (Açıkgöz ve Baykal, 2023; Walker, Clendon ve Nelson, 2015).

Yönetici rolü ve etik; Hemşireliğin temel felsefesinde yer alan hümanistik ve holistik bakış açısı, her bireyin kendisine özgü bakım gereksinimi olduğuna inanır. Bu nedenle bireye özgü bakımın planlanması, uygulanması ve koordine edilmesinde hiçbir bireyin eksiksiz ve tam bir şekilde bakım sağlanması evrensel etik ilkeler doğrultusunda bakımının sürdürüldüğünün bir göstergesidir (Açıkgöz ve Baykal, 2023; Walker, Clendon ve Nelson, 2015).

Profesyonel rolü ve etik; Bir mesleği meslek yapan en önemli noktalardan biri mesleki imajdır. Profesyonel kimlik meslekle bütünleşmeyi gerektirmektedir. Mesleğin belirlediği davranış ve normları kabul etmek, mesleki imajın sürdürülmesi açısından önemlidir. Hasta bakımında profesyonel kimliğin korunması hemşirenin hem meslek üyelerine karşı hem de hasta bakımının etkililiğini gösterir (Jokiniemi, Pietilä, Kylmä ve Haatainen, 2012). Ayrıca hemşirelik mesleğinin hemşirelik değerlerini yansıtan özelliklerinin var olması, mesleki standartlarının olması, kendisine özgü belirlediği etik kurallarının olması ve uygulamalarını yansıtması etik açıdan sorumlu davranış içinde olduğunu gösterir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012).

Hemşirelik; geçmişten günümüze toplumsal olaylardan, savaşlardan, sağlık politikalarından, salgın hastalıklardan etkilenmiş ve her defasında hemşireliğin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Bu süreç içinde, sürekli değişme ve gelişme göstermiştir. Bununla birlikte, hemşirelik bakımının özünü oluşturan insan ve insana bakım vermede, üstlendiği ahlaki sorumluluktan ödün vermemiştir. Günümüzde hemşirelik; hem eğitimde, hem de uygulamada çeşitli

zorluklarla mücadele etmektedir. Buna rağmen hemşireler, etik değer ve ilkeler doğrultusunda bakımını sunmaya devam etmektedir. Hemşirelik, sadece hastalarına karşı sorumluluk taşıyan bir meslek değildir. Aynı zamanda; kendisine, mesleğine, meslektaşlarına ve topluma karşı da sorumlulukları bulunmaktadır (Akın, 2021). Bu kapsamda etik ile ilgili temel kavramlara ilişkin hemşirenin rol ve sorumlulukları aşağıdaki özetlenmiştir.

Hemşirenin kendisine karşı etik sorumlulukları;

- Mesleğini ilgilendiren tüm konularda kendini geliştirmesi ve bilgilerini güncellemesi,
- Etik ile ilişkili konularda kendisini geliştirmesi ve uygulama alanına aktarabilmesi,
- Kendi kişisel haklarını tanıyıp bilerek hasta haklarına ihlal etmeden bakım uygulamalarını gerçekleştirmesi,
- Hemşirelik değerlerini benimsemesi ve mesleki uygulamalarda bu değerler ışığında bakımını sürdürmesi,
- Etik ile ilgili temel ilkeleri mesleki yaşamına uyarlaması gibi sorumlulukları vardır (Aslan, 2021; Gedük, 2018; Haddad ve Geiger, 2022).

Hemşirenin mesleğine/meslektaşlarına karşı etik sorumlulukları;

- Hemşirelerin kendisi ve çalışma alanına özgü etik sorun, ikilem ve etik çıkmaz gibi durumların farkında olması,
- Teknolojik gelişmeleri getirdiği etik sorunları belirlemesi,
- Yeni bakım standartlarının oluşmasına katkıda bulunurken, etik yaklaşımı kullanabilmesi,
- Hemşirelik eğitimi sırasında olası etik sorunların çözümüne katkı sağlaması,
- Mesleğin imajını olumsuz etkileyecek etik dışı davranışlardan kaçınması,
- Sosyal medya ve diğer kitle iletişim araçlarını kullanmada mesleğin onurunu zedeleyecek davranış, tutum ve paylaşımlardan kaçınması,
- Disiplinler arası ve meslek üyeleri arasında paylaşımda bilgi gizliliği ve etik yaklaşımların korunması,
- Mesleğin gelişimine katkıda bulunacak ders materyallerinin tasarımı ve öğretiminde etik ilkelerin dikkate alınması gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan, 2021; Trobec ve Startic, 2015).

Hemşirenin hastalarına karşı etik sorumlulukları;

- Sağlık/hasta bireye herhangi bir ayrım gözetmeksizin bakım vermesi ve sürdürmesi
- Sağlıklı/hasta bireyin değer ve inançlarına saygı duyması
- Sağlıklı/hasta bireyin mahremiyetin sağlanması ilkesine uyması
- Sağlıklı/hasta bireye öncelikli zarar vermeme/yarar sağlama ilkesine uyması
- Sağlık/hasta bireye ilişkin bilgilerin gizliliğini sağlaması
- Sağlık/hasta bireyin, diğer sağlık ekibi üyeleri iş birliğinin sağlanması konusunda duyarlı davranması
- Sağlıklı/hasta bireye ilişkin bilgilerin herhangi bir sosyal medya ortamında paylaşılmaması gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan, 2021; Morrell, Konda ve Grant-Kels, 2019).

Hemşirenin topluma karşı etik sorumlulukları;

- Sağlıklı/hasta bireyin bakımını sürdürme ve yönetmede adalet ilkesini uygulaması
- Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılanmasını talep etmesi
- Toplum sağlığını, olumsuz etkileyen kararların alınmasında toplumun yanında olması
- Sağlık hakkının alınmasını engelleyen durumlara karşı girişimlerde bulunması gibi etik sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan, 2021; Suen, 2019).

Hemşirenin sağlık ekibi üyelerine karşı etik sorumlulukları;

- Diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliğini sürdürmede ve bilgi paylaşımında etik ilkeleri göz önünde bulundurması
- Sağlık ekibi üyeleri ile sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavisini etkin bir şekilde hasta yararına planlayabilmesi
- Sağlık/hasta bireyin bakım ve tedavisinde oluşabilecek etik sorunları, ekip üyeleri ile paylaşması gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan, 2021; Haddad ve Geiger, 2022).

Hemşirenin sağlık kuruluşlarına karşı etik sorumlulukları;

- Çalıştıkları süre içerisinde insan/aile/topluma hizmet verme anlayışı içerisinde olması
- Sağlıklı/hasta birey ile iletişimde nezaket ve saygı kurallarına uyması
- Kurumsal misyon ve vizyonu zarar verecek davranışlardan kaçınması

- Etik davranış ilkeleri ile bağdaşmayan durumlarda veya bu durumlara tanık olduğunda bildirimin yapılması
- Sağlıklı/hasta bireyin bakımını sürdürme sırasında çıkar çatışmasına neden olacak durumların farkında olması ve buna uygun davranış geliştirmesi
- Sahip olduğu görev ve yetkileri bireysel çıkarlarını sağlamak amacıyla kullanmaması
- Kuruma ait kaynakların hizmet sağlama dışında kullanmaması
- Kurumu bağlayıcı açıklamalardan kaçınması
- Kurumun sağlamış olduğu görev ve yetki sorumluluk kapsamında, hesap verme sorumluluğunun bulunması gibi etik sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan, 2021; Resmi Gazete, 2023).

13. Sonuç

Günümüzde hemşireliğin temel amacı, evrensel etik ilkeler ve değerler doğrultusunda hemşirelik bakımını sürdürmektir. Bu kapsamda hemşire; mesleğin toplumsal statüsünün artması, nitelikli bakımın sağlanması amacıyla, birçok eşitsizliğe rağmen rol ve sorumluluklarını yerine getirmeye devam etmeye çalışmaktadır. Hemşireler, eğitim süreleri içinde kazandıkları meslek etiği ilkelerini kendi etik ilkeleri ve doğruları ile bağdaştırdıklarında, mesleğe özgü faaliyetleri etik davranış ilkelerinden ödün vermeden gerçekleştirilebilmektedirler. Hemşirelerde etik kavramının gelişmesinde birçok kavram son derece önemlidir. Bunlar; ahlak, erdem, vicdan, duyarlılık ve sorumluluktur. Bu kavramlar birbiri ile iç içe geçmiş halde olup, bir zincirin her bir halkasını oluşturmaktadır. Mesleki eğitimler sırasında bu kavramların içselleştirilmiş olması, mesleğin gelişimine katkı sağlayacağı gibi hasta bakımının da niteliğinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynakça / References

Acaroğlu, R. (2019). Etik yaklaşım. Can G. (Ed.), *Onkoloji hemşireliği kitabı* (2.bs.) *İçinde (s.1271-1281).* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Açıkgöz, G. ve Baykal, U. (2023). Yasal düzenlemeler çerçevesinde hemşirelerin mesleki rolleri ve özerklik. *Istanbul Kent University Journal of Health Sciences, 2*(1), 29-34.

Akın, E. (2021). Hemşirelik Etiği. Kaşıkçı, M.K. ve Akın E. (Ed.), *Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar kitabı* İçinde (s.125-33), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Aktan, G.G., Eşer, İ. ve Kocaçal, E. (2019). Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16*(4), 301-5. 33.

Alpar, Ş., Bahçecik, N. ve Karabacak, Ü. (2013). *Çağdaş hemşirelikte etik* (s.103-105). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Aral, V. (2014). Man and norm. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası,72*(1),17-42.

Aslan, K.S. (2021). Hemşireliğin rol, görev, yetki ve sorumlulukları. Ünsal, A. (Ed.), *Hemşirelik tarihi deontoloji ve etik kitabı* İçinde (s.92-112), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Aydın, G.Ö. (2020). Ahlak. Gürhan, N., Yaman, S.Ş. ve Polat, Ü., (Ed.), *Hemşirelik alanında kullanılan kavram beceri ve modeller kitabı* İçinde (s. 90-96). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Aydın, G.Ö. (2021). Hemşireliğin Etik Yönü. *Hemşirelik tarihi ve deontolojisi kitabı* İçinde (s.116-128). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

Aydın, G.Ö. (2022). Değerler ve hemşirelik. Turan N. (Ed.). *Hemşirelik felsefesi temel kavram ve ilkeleri kitabı* İçinde (s.216-237). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

Aydın, G.Ö., Turan, N., Irmak, A.Y., Çelikkalp, Ü., Aygün, A., Çakır, Z. (2022). Nursing students' individual values, inclination to ethical and professional values. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(2), 850-860.

Babadağ, K. (1991). Hemşirelikte etik. *Hemşirelik Bülteni*, *5*, 5-10.

Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler* (s. 97-109). Ankara: Alter Yayıncılık.

Babür, S. (1997). *Nikomakhos'a etik* (s. 1-9). Ankara: Ayraç Yayınevi.

Boz, İ. (2020). Hemşirelik bakımında vicdani ret mümkün müdür?. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, *28*(1), 134-40.

Canfer, H. ve Özcan, Z. (2019). Nikomakhos'a etik bağlamında Aristoteles' in erdem etiği. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 29*(1), 277-296.

Cerit, B. ve Öztürk, E. (2021). Yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılığı ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *14*(2), 116-123.

Cevizci, A. (2002). *Etiğe giriş (s.*3-10). İstanbul: Paradigma Yayınları.

Cleary, M., & Lees, D. (2019). The role of conscience in nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, *40*(3), 281-283.

Coşkun, S. (2019). Aristoteles ve Kant'ta sorumluluk. *Journal of Philosophy and Social Sciences*, *28*,87-100.

Çulha, Y. ve Acaroglu, R. (2019). The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Nursing Ethics*, *26* (7-8), 2373-2383.

Dalcalı, B.K. ve Şendir, M. (2016). Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24*(1),1-9.

Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74–82.

Doody, O. & Noonan, M. (2016). Nursing research ethics, guidance and applicationin practice. *British Journal Nursing,* 25(14),803-807.

Fromm E. (1998). *The problems of humanist philosophy of morality* (4. bs.) (Arat, N. Çev.). İstanbul: Say Yayınları.

Fromm, E. (1994). Problems of Humanist Morality. *Erdem ve Mutluluk* (2. bs.) *kitabı* İçinde (s.172-3) (Yörükan, A. Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Frush, B.W., & Eberly, J.B. (2022). The Virtue of hope in medical training. *The Linacre Quarterly*, *89*(3),319-326.

Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5*(2),253-258.

Giubilini, A. (2017). Objection to conscience: an argument against conscience exemptions in healthcare. *Bioethics*, *31*(5), 400-408.

Giubilini, A. (2022). Conscience. In Zalta, E.N. (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2022 Edition). Retrieved from: https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/conscience

Haddad, L.M., & Geiger, R.A. (2022). Nursing ethical considerations. In: Stat pearls. Treasure Island (FL): StatPearls publishing. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/

Hemşirelik Terimleri Sözlüğü (2015). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

International Council of Nurses (ICN). Erişim Adresi: https://www.icn.ch/ 2012

Jokiniemi, K., Pietila, A. M., Kylma, J., & Haatainen, K. (2012). Advanced nursing roles: a systematic review. *Nursing and Health Sciences, 14*(3), 421-431.

Kant, I. (1994). *Pratik Aklın Eleştirisi* (2.bs). Kuçuradi, İ., Gökberk, Ü. ve Akatlı, F. (Çev. Ed.). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.

Karadağlı, F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6* (3): 197-200.

Kesgin, A. (2009). Etik üstüne. *Dini Araştırmalar*, *12*, 143-160.

Korhan, E.A. (2015). Hemşirelikte Etik Karar Verme. Üstün Ç. (Ed.). *Hemşirelikte etik karar verme kitabı* İçinde (s. 53-64). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Kovancı, M.S. ve Hiçdurmaz, D. (2021). Ahlaki cesaret: Tanımı, ahlaki sıkıntı ve ahlaki duyarlılık ile ilişkisi ve geliştirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *11*(1), 96-102.

Lamb, C., & Pesut, B. (2021). Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach. *Nursing Ethics*, *28* (7-8), 1319-1328.

Lamb, C., Evans, M., Babenko-Mould, Y., Wong, C., & Kirkwood, K. (2019). Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(3), 594-602.

Lawrence, K. (1980). Stage of Development As a Basis For Moral Education. In Munsey, B. (Eds.), *Moral Development* (pp. 91). Moral Education and Kohlberg, Alabama: Religious Education Press.

Mahmutoğlu, A. (2009). Etik ve ahlak, benzerlikler, farklılıklar ve ilişkiler. *Türk İdare Dergisi*, *81*(463-464): 225-49.

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

Morrell, T J., Konda, S., & Grant-Kels, J.M. (2019). Response to a letter to the editor regarding "The ethical issue of cherry picking patients". *Journal of the American Academy of Dermatology*, *80*(5), e127.

Nas, Z. (2017). *Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

Oppong, S. (2019). When the ethical is unethical and the unethical is ethical: Cultural relativism in ethical decision-making. *Polish Psychological Bulletin*, *50*(1),18-28.

Özsoy, S. ve Dönmez, R. (2017). Hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları: Geçmişten günümüze hemşirelik andı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *33*(1), 111-122.

Rosalind, H., & Pettigrove, G. (2022). Virtue Ethics. In Zalta E.N., & Nodelman U. (Eds.) *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Winter 2022 Edition), Retrieved from: https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/ethics-virtue/>

Sabancıoğulları, S. ve Doğan, S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,15*(4), 275-282.

Savulescu, J., & Schuklenk, U. (2017). Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics, 31*(3),162-170.

Sreenivasan, G. (2002). Errors about errors: Virtue theory and trait attribution. *Mind, 111* (441):47-68.

Suen, K.K. (2019). Ethical implications of population ageing in the intensive care unit. *Irish Journal of Medical Science, 188*(2), 699-702.

Şahiner, P., Babadağlı, B. ve Ersoy, N. (2019). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılığı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(2),86-90.

Tosun, H. (2021). Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 101-104.

Trobec, I., & Starcic, A.I. (2015). Developing nursing ethical competences online versus in the traditional classroom. *Nursing Ethics*, *22*(3), 352-366.

Turan, N. (2022). Etik Kuramlar ve Etik Karar Verme. Turan, N. (Ed.), *Hemşirelikte etik kitabı* İçinde (s.251-287). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

Turan, N. ve Kaya, N. (2023). Hemşirelik Uygulamalarında Etik. Karagözoğlu, Ş., Demiray. A. ve Doğan, P. (Ed), *Temel Hemşirelik uygulama için esaslar kitabı* İçinde (s.398-417). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Türk Dil Kurumu. (TDK). (2023). Erişim Adresi: www.tdk.gov.tr/index

Türk Hemşireler Derneği. (2009). Hemşireler için etik, ilke ve sorumluluklar (s.1-9). Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları. Erişim Adresi: https://www.thder.org.tr/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar

Walker, L., Clendon, J., & Nelson, K. (2015). Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies. *Journal of Primary Health Care, 7*(3), 236-243.

Yılmaz, E.B. (2022). Hemşirelerde ahlaki sıkıntıya karşı ahlaki sağlamlık: tanımı, bileşenleri ve geliştirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 5*(1), 132-138.

3. BÖLÜM / CHAPTER 3

ETİK KARAR VERME SÜRECİ

ETHICAL DECISION-MAKING PROCESS

Nuray TURAN[1], Semiha KÜÇÜKAYDINOĞLU[2]

[1]Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: nkaraman@istanbul.edu.tr

[2]Araş.Gör., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: semiha.kurt@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.03

ÖZ

Günümüzde bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte, hemşirelik bakımı daha karmaşık hale gelmektedir. Bu nedenle, karar vermeyi gerektiren durumlar, artmaya ve çeşitlenmeye devam etmektedir. Bu süreçte, ahlaki problemler, insan yaşamına dokunduğu için çözülmesi daha güç hale gelmektedir. Hemşireler, mesleki uygulamaları sırasında birçok etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşirelerin bu sorunlara etik ilkeler çerçevesinde karar verebilmesi mesleki ve sosyal açıdan son derece önemlidir. Dolayısıyla; etik karar verme, her hemşirenin sahip olması gereken ve lisans düzeyinde öğrenciye kazandırılması hedeflenen temel becerilerden biridir. Aynı zamanda; hemşirelerin, kritik etik sorunlarda doğru kararlar verebilmeleri için etik karar verme becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşireler bir mesleğin temsilcisi olarak, mesleki kabul edilebilir standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda kararlar alarak eylemlerde bulunmaktadırlar. Hemşirelerin verdikleri kararlar, hemşirenin sahip olduğu birçok faktörden etkilenmektedir. Etik kararlar, hemşirenin kişisel ve profesyonel değerlerini birbirinden ayırt etme yeteneğini geliştirir. Etkin etik kararlar verebilmesi için hemşirenin sahip olması gereken bazı temel özellikler vardır. Bunlar; eleştirel düşünme, ahlaki hayal gücü, etik farkındalık, ahlaki muhakeme, ahlaki bütünlük, hassasiyet, şefkat, önemseme, sorumluluk, güçlendirme, sabır ve danışmanlık vermede istekliliktir. Hemşireler, etik problemleri ve etik ikilemleri doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri ve analiz edebilmeleri için etik karar verme sürecine ilişkin kavramları, etik karar vermeyi etkileyen faktörleri, etik ilke, kuram ve yaklaşımları bilmeli, karar verme sürecinde karar verme modellerinden yararlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Etik ikilem, etik karar, etik ilke, problem çözme, karar verme modeli, hemşirelik

ABSTRACT

Today, with the development of science and technology, nursing care is becoming more complex. Therefore, the situations that require decision-making continue to increase and diversify. In this process, moral problems become more difficult to solve as they touch human life. Nurses may face many ethical problems during their professional practice. It is extremely important professionally and socially for nurses to decide on these problems within the

framework of ethical principles. Therefore, ethical decision-making is one of the basic skills every nurse should have and is aimed to be acquired by undergraduate students. At the same time, nurses need to develop their ethical decision-making skills in order to make the right decisions in critical ethical issues. As a representative of a profession, nurses make decisions and take actions in line with professionally acceptable standards and ethical principles. Decisions made by nurses are affected by many factors that nurses have. Ethical decisions improve the nurse's ability to distinguish between personal and professional values. There are some basic characteristics that a nurse should have in order to make effective ethical decisions. These are critical thinking, moral imagination, ethical awareness, moral reasoning, moral integrity, sensitivity, compassion, caring, responsibility, empowerment, patience, and willingness to counsel. In order to be able to define and analyze ethical problems and ethical dilemmas correctly, nurses should know the concepts of ethical decision-making, the factors affecting ethical decision-making, ethical principles, theories, and approaches, and benefit from decision-making models in the decision-making process.

Keywords: Ethical dilemma, ethical decision, ethical principle, problem-solving, decision model, nursing

Extended Abstract

Its development in technology has improved existing health technologies and at the same time brought new health technologies and approaches to the health sector. However, the professional responsibilities of nurses are also increasing. Taking the right actions by making the right decisions during nursing care is an integral part of the nursing care process and is among the roles and responsibilities of the nurse. Since the focus of the nursing profession is people and the decisions made affect people directly, making decisions about nursing care is more difficult than decisions about daily life. These decisions do not have sharp boundaries like ordinary decisions. For this reason, nurses need to develop their ethical decision-making skills in order to make the right decisions in critical situations. In order to gain ethical decision-making skills, first of all, the concepts used in the ethical decision-making process should be known. Among these concepts; are ethical problem, ethical uncertainty, ethical dilemma, ethical violation, moral difficulty, moral anger, moral reckoning, and conscientious objection. Due to the presence of more than one option in the care and treatment process of a healthy/sick individual, nurses are frequently faced with ethical dilemmas about which option to choose. Ethical decision-making is the process of deciding the right action in a situation where there are conflicting options in an ethical dilemma. The decision-making process; consists of defining the problem, collecting data, comparing the options, using some criteria to balance the advantages and disadvantages of each option, and choosing one of the options. Nurses often use the nursing process in solving scientific problems. The nursing process, in which logical and intuitive knowledge is used, standardizes nursing care and facilitates communication between nurses. Decisions made by nurses are influenced by many individual factors that nurses have. There are some

basic characteristics that a nurse should have in order to make effective ethical decisions. These are critical thinking, moral imagination, ethical awareness, moral reasoning, moral integrity, sensitivity, compassion, caring, responsibility, empowerment, patience, and willingness to counsel. The boundaries of decision-making are determined by the laws, cultural characteristics, and ethical principles in society. In addition, there are many factors that affect the decision-making process. These are individual factors, professional factors, institutional factors, and managerial factors. These factors can affect this process directly or indirectly. Individual factors include the nurse's personality, value system, social opportunities, economic opportunities, cultural characteristics, moral development level, moral judgment skills, professional knowledge, experience, communication skills, ethical perception, and ethical awareness. In the decision-making process, the factors of the healthy/sick individual are as important as the factors of the nurses. The unique conditions in an individual's life are explained by the concept of "context". Context is the culture, income, home, relationships, transportation, religion, etc. that make up the individual's world. contains many elements. Being able to make the right decision about an individual is directly related to how well we identify its context. Professional ethical principles, ethical codes, and deontology knowledge are among the professional factors. Again, the ethical decision-making process is affected by many institutional factors such as corporate culture, obedience to the physician, and control of resources. There are ethical consultancy and services related to the analysis and evaluation of ethical problems that arise in a certain clinical situation in health institutions. Ethical counseling can be provided by an individual, team, or committee. Health law and malpractice are among the administrative factors that affect the ethical decision-making process. The framework of ethical decisions to be made by healthcare professionals in cases of ethical dilemmas regarding the individual is drawn by legal norms. In addition to these, ethical theories/theories provide the nurse with a clear framework for the solution of the problems encountered during nursing care. The nurse brings explanations about the solution to the ethical problem by using ethical theories/theories. Nurses need to use decision-making models in the ethical decision-making process so that they can accurately define and analyze ethical problems and ethical dilemmas. There are many decision-making models in the literature, and basically, most of them involve similar steps. Nurses, who make ethical decisions using these approaches, need to choose the most appropriate action for the patient in line with ethical principles by targeting patient safety. Nurses are health professionals who are primarily responsible for ensuring and maintaining patient safety, preventing medical errors, and reporting if they occur. In this direction, in the ethical decision-making process of nurses, knowing professional ethical

principles, ethical theories/theories, and ethical decision-making approaches and acting accordingly, making ethical decisions by considering the beliefs, values, and needs of the individual to whom the action will be applied, obtaining information and consent, and making decisions in cooperation with have roles and responsibilities.

1. Giriş

Hemşirelik, odağı insan olan bir meslektir. İnsana bakım veren her meslekte olduğu gibi, hemşireler de hasta bakımının yönetimi ve kurumsal politikalar gibi birçok konuda karar vermektedirler. Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık alanında da, etik karar vermeyi gereken durumlar artmakta ve çeşitlenmektedir. Etik karar verme, yaşamın diğer alanlarında verilen kararlar gibi keskin sınırlara sahip değildir. Bu süreçteki ahlaki problemler, insan yaşamına dokunduğu için çözülmesi daha güç hale gelmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, kritik durumlarda doğru kararlar alabilmeleri için etik karar verme becerilerini geliştirmeleri beklenmektedir. Bu becerilerin kazanılabilmesi için de öncelikle etik karar verme sürecinde kullanılan kavramların bilinmesi son derece önemlidir.

2. Etik Karar Verme Sürecine İlişkin Kavramlar

Etik Problem

Etik problemler, günlük hayatta karşılaşılan rutin problemlerden farklı olarak daha karmaşık bir süreci içermektedir. Ahlaki açıdan bir yargıda bulunmayı ve problemler karşısında karar vermeyi gerektiren, mutlak doğru ya da yanlış olarak basit ve kesin yargılara varılamayan problemlerdir (Turan ve Kaya, 2023). Etik problemler, farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Aşağıda, sık karşılaşılan etik problemler açıklanmıştır.

Etik Belirsizlik

Belirsizlik, Türk Dil Kurumu Sözlüğü (TDK)'ne göre, "belirsiz olma durumu, belgisizlik, müphemiyet, vuzuhsuzluk" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Etik belirsizlik ise, "bir problem olduğunun hissedildiği ancak probleme dair etik ilke ve değerlerden hangilerinin geçerli olduğunun bilinmediği, hangi eylemin etik açıdan doğru olduğuna karar verilemediği ve etik problemin net bir şekilde tanımlanamadığı durumlar" olarak ifade edilmektedir (Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013). Etik belirsizliğin ortaya çıkma nedeni; bilgi eksikliği, temel ilke ve değerlere karar vermede belirsizlik ya da ilkelerin duruma özgü nasıl uyarlanacağı konusunda belirsizlik olabilmektedir. Bu nedenle, ahlaki belirsizlik çok yönlü bir olgudur. Etik belirsizlikler, sıklıkla etik ikilemlerin temelini oluşturmaktadır. Çünkü etik ikilemlerde mutlak bir doğru ya da yanlış yoktur.

Etik İkilem

İkilem, TDK Sözlüğü tarafından "İnsanı istenmeyen seçeneklerden birini, çoğunlukla iki seçenekten birini izlemeye zorlayan tartışma, sorun veya usa vurma durumu" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Etik ikilem ise, eylemi farklı yönlerden destekleyen seçenekler

arasında çelişki yaşama durumudur. Geçmişten günümüze teknoloji, iletişim ve hasta hakları gibi konularda gelişim ve değişim meydana gelmesiyle birlikte sağlık sektöründe yaşanan etik ikilemler hızla artmaktadır (Turan ve Kaya, 2023). Birey, etik ikilem yaşadığında genelde mevcut seçenekler, ona tam olarak doğru gelmemektedir (Rich, 2013). Etik ikilemlerde mutlak doğru olmamakla birlikte, çözümünü sağlayan kesin kurallar bulunmamaktadır (Turan ve Kaya, 2023).



Şekil 1: Etik İkilem
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-vector/trolley-problem-pinup-pop-art-retro-2239950111

Kidder, "doğruya karşı doğru" seçimlerin, "doğruya karşı yanlış" seçimlerden açıkça ayırt edilebildiğini ve genellikle üç önemli kriteri göz önünde bulundurarak, seçimlerin yanlış olduğu yargısına varılabileceğini belirtmektedir. Bu üç kriteri; (1) yasanın ihlali, (2) gerçeklerden ayrılma ve (3) ahlaki dürüstlükten sapma olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte, bu kriterlerin seçimi ve bireylerin bu kriterlere yükledikleri anlam kişiden kişiye değişebilmektedir (Rich, 2013). Farklı bireyler, ikilemleri farklı şekillerde algılayıp kavramsallaştırabilmektedirler. Örneğin; yükümlülükler, ilkeler, görevler, haklar, bağlılıklar vb. arasında çelişen ahlaki yargılar ortaya çıkabilmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavi sürecinde, birden fazla seçeneğin bulunması nedeniyle, hangi seçeneğin seçileceği konusunda hemşireler etik ikilemlerle çok sık karşı karşıya kalabilmektedirler (Turan ve Kaya, 2023). Örneğin; hemşire, bireyin durumu hakkında prognozunun kötü olduğunu duymasının bir sonucu olarak yaşayacağı acıdan kaçınmak ve aynı zamanda hastanın gerçeği bilme hakkına da saygı duymak gibi iki farklı durum arasında ikilemde kalabilmektedir. Dolayısıyla hemşire bu durumda, zarar vermeme ve özerklik ilkeleri arasında doğrudan bir ikilem algılayabilmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Yaşamın

başlangıcında; abortus, istenmeyen gebelik, fetüsün anormal gelişimi gibi konular etik ikilemlere sebep olabilmektedir. Yaşamın sonu ile ilgili ise; ölümün geciktirilmesi, beyin ölümü, organ transplantasyonu, sınırlı kaynaklar, ölme hakkı, ötanazi, bakım ve tedaviyi reddetme, bakım ve tedaviyi başlatamama ya da başlatılan bakım ve tedaviyi durdurma, yarar sağlamama, birilerinin ölümüne izin verme gibi konular gündeme gelmektedir. Bu tarz etik ikilemlerin çözümünde yararlanılan etik ilkeler, ikilemi ortadan kaldırmazlar ancak değerler hiyerarşisi göz önünde bulundurulmaktadır. Etik ikilem ile karşılaşan hemşirelerin, kişisel değerlerinin farkında olması ve onları anlamlandırması, yasaların ve etik kodların bilincinde olması, etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesi ile ikilem durumunda en doğru karar verilebilmesine katkı sağlamaktadır (Gül, 2022).

Etik İhlal

İhlal, TDK Sözlüğü'nde "yasa ve düzene uymama" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2023). Etik ihlal ise, "bir durum karşısındaki davranışın, tereddüte yer bırakmayacak şekilde bir ya da birkaç etik ilkeye ters düşmesi durumudur. Hemşireler, sağlıklı/hasta bireyin bakımı esnasında etik ilke ve kodlara ters düşen, mesleki değerler ile örtüşmeyen, mesleki görev ve sorumlulukların ihlal edildiği durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durumda, etik duyarlılığa sahip hemşirelerin, hasta savunuculuğu rolünü üstlenmesi ya da karar verme becerilerini kullanarak süreci etkin bir şekilde yönetebilmesi beklenmektedir.

Ahlaksal Zorluk

Zorluk, TDK Sözlüğü'ne göre "sıkıntı veya güçlükle yapılma durumu, zor olma, güçlük, zahmet" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Ahlaksal zorluk kavramının birçok tanımı olmakla birlikte, ilk tanım 1984 yılında Jameton tarafından yapılmıştır. Jameton, ahlaki zorluğu; "hemşirenin kurumsal kısıtlamalar nedeniyle gerekli ve uygun gördüğü görevleri yerine getirmesi engellendiğinde ortaya çıkan rahatsız edici ve acı verici duyguların bir deneyimi" olarak ifade etmektedir (Kızıltepe, 2019). Amerikan Hemşirelik Üniversiteler Birliği (AACN) ise, 2008 yılında hemşirelik mesleğinde "ahlaksal zorluk" kavramına dikkat çekerek, bakımın kalitesini, maliyetini ve aynı zamanda hemşirelerin de bedensel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilediğine vurgu yapmaktadır. Hemşirenin sahip olduğu mesleki değerlerin, mevcut durum ile çatıştığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Hemşire, doğru davranışın ne olduğunu bilmekte, fakat içsel ve dışsal sınırlamalar nedeniyle bu davranışı yerine getirememektedir. İçsel sınırlamalar; özgüven eksikliği, cesaretsizlik, mesleğini yitirme korkusu, daha önce yapılan uygulamaların fayda sağlamaması, dışsal sınırlamalar ise; hekimler, hastane polisi, kurumsal ve yönetimsel politikalar, sağlıklı/hasta bireyin tedavi

gördüğü kurum çevresi, bakımda mevcut olanaklar, bilgi alma durumu ve finansal kaynaklardır (Akyol, 1997).

Ahlaki Öfke

Öfke, TDK Sözlüğü tarafından "Engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Öfke, daha ilkel ve basit olarak ele alındığı gibi, ahlaki bir duygu olarak daha kapsamlı da ele alınmaktadır. Buna göre, ahlaki bir ilke ya da değer ihlal edildiği zaman bireyin yaşadığı duygu "ahlaki öfke" olarak adlandırılmaktadır (Ok, 2019). Bir eylemin adaletli olmadığını düşünen hemşire, o eyleme katılıp sorumluluk almamaktadır. Ancak o eyleme müdahale edemediğinde, ahlaki olmadığını düşündüğü eyleme karşı öfke duymaktadır (Gül, 2022). Ahlaki öfke, dikkati temelde tehlikede olan şeye odaklamakta ve sağlıklı/hasta bireyin güvenliği, bütünlüğü ve esenliğine yönelik tehditlere karşı hemşireyi uyarmaktadır. Bu durum da, sorumlu eylemin ahlaki hatlarını inceleme ve cesaret yaratma için hemşireyi motive etmektedir (Rushton ve Thompson, 2020).

Ahlaki öfke ile kişisel öfke birbirinden farklıdır. Kişisel öfkede, hemşirenin duygulanımı kendine, ahlaki öfkede ise sağlıklı/hasta bireye yönelik tehditlere odaklıdır. Hemşireler, hasta bakımında "hasta savunuculuğu" rolleri doğrultusunda, bakım verdikleri bireyin çıkarları ile ters düşen durumlarda "ahlaki öfke" yaşamaktadırlar. Hemşirelerde ahlaki öfkeye neden olan durumlar arasında; hekimin sağlıklı/hasta birey için gerekli olan tedaviyi uygulamaması, birey hakkında ortak karar alırken hasta savunuculuğu rolünü yerine getirememesi, mevcut kaynakların sunumunda adil davranılmaması, ekip üyelerinin en iyi bakım ve tedaviyi sağlama ve sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirmesini engellemesi, ekip üyelerinin birbirine karşı hoşgörüsüz olması ve şiddet uygulamaları yer almaktadır (Gül, 2022).

Ahlaksal Hesaplaşma

Hesaplaşma, TDK Sözlüğü'ne göre "Bir şeyin olumlu veya olumsuz yönlerini düşünerek, tartışarak bir yargıya varmak" olarak tanımlanmaktadır. (TDK, 2023). Ahlaki zorluk ve ahlaki öfke kavramları, bir süreç olan ve hemşirenin kariyerini etkileyen ahlaki hesaplaşmanın bileşenlerindendir (Alpar ve ark., 2013). Ahlaksal Hesaplaşma Kuramı, hemşirelerin içsel süreçlerini daha net bir şekilde açıklamaktadır. Ahlaksal hesaplaşma süreci, üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; (1) rahatlık, (2) çözüm ve (3) düşünme aşamalarıdır. Rahatlık aşaması, mesleğe yeni başlayan hemşirenin acemilik döneminden sonra, kendilerini ödüllendirdiği ve tatmin olduklarını hissettikleri aşamadır. Temel değerler ile beklentiler, birbirini karşılamaktadır. Hemşire, bu aşamadan sonra profesyonel hemşirelik yaşamına başlamaktadır. Bu

süreçte hemşire, sağlıklı/hasta bireyin bakımı sırasında bazı durumlarda etik karar vermesi gereken durumlarla yani durumsal çıkmazlarla karşılaşabilmektedir. Hemşirenin temel değerleri, mesleki ve kurumsal normlarla çeliştiğinde, hemşire kendini kritik bir eşikte bulmaktadır. Bu durumda hemşirenin kritik bir karar vermesi, yani bir değeri veya inancı diğerine tercih etmesi gerekmektedir. Dolayısıyla hemşire, diğer aşama olan çözüm aşamasına geçmeye başlamaktadır. Bu aşamada, direnmek ve vazgeçmek olmak üzere iki temel seçim yer almaktadır. Bu seçimler, birbirinden tamamen bağımsız değildir. Hemşire, bu iki seçenek arasında uzun süreli çözümü aramaya çalışmaktadır. Bu ahlaki sorgulamanın sonucunda; bir eyleme karar veren hemşire, düşünme aşamasına geçmektedir. Düşünme aşaması; geçmiş yargılar, eylemler ve temel benlik hakkında derinlemesine düşünüldüğü aşamadır. Hemşire bu süreçte; hatırlama, hikâyeyi anlatma, ikilemleri inceleme ve sonuçları ile deneyimlerini anlamlandırmaya çalışmaktadır (Nathaniel, 2006).

Vicdani Ret

TDK Sözlüğü'ne göre; vicdan, "kişiyi kendi davranışları hakkında bir yargıda bulunmaya iten, kişinin kendi ahlaki değerleri üzerine dolaysız ve kendiliğinden yargılama yapmasını sağlayan güç" olarak; ret ise, "uygun bulmama, geri çevirme, kabul etmeme" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2023). Hemşireler, etik kodlarla etik ikilemleri yönetemedikleri durumlarda; bireysel özelliklerine, deneyimlerine, etik karar verebilme yeteneklerine, vicdanlarına ve sezgilerine başvurmaktadır. Vicdani ret, hemşirelerin etik ikilemlerin yönetiminde başvurdukları, vicdani yönleri ile kişisel ve etik çatışmaları ele alma durumudur. Bir başka ifade ile; hemşirenin değerleri mesleki uygulama normları ile çatıştığı zaman, hemşirenin vicdani çatışma yaşaması ve bunun sonucunda eylemi yapmaktan vazgeçmesi, reddetmesidir (Boz, 2020). Vicdani stres ise, vicdani ret ile doğrudan ilişkili olup, hemşirelik bakımına yönelik vicdani kaygılarını ifade edemeyen hemşirelerin, bu konuda profesyonel destek alamadıkları, daha fazla stres ve tükenmişlik yaşadıkları bildirilmiştir (Lamb ve Pesut, 2021).

3. Problem Çözme

Problem ve sorun sözcükleri, Türkçe'de eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Sorun sözcüğü, TDK Sözlüğü'ne göre "araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Bunun yanı sıra problem; bir amaç doğrultusunda bireyin inancını azaltan, engellemeye ve insanın zihninin karışmasına neden olan şeyler olarak da açıklanabilmektedir. Birey, bir hedefe yönelik bir davranış sergiliyor ve bu hedefe ulaşma konusunda engellerle karşılaşıyorsa, bu noktada bir problem var demektir. Hedefe yönelik davranış sonucunda birtakım engellerle

karşılaşma "problem" olarak tanımlandığı gibi, bu probleme yönelik engellerin çeşitli aktif ve dinamik süreçlerle ortadan kaldırılması da "problem çözme" olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Birçok kuramcı tarafından çeşitli problem çözme yaklaşımları geliştirilmiştir. Bunlardan en çok bilineni D'Zurilla ve Goldfried'in (1971) beş aşamalı problem çözme modelidir. Modelde bu beş aşama; "genel yönelim, problemi açıklama ve tanımlama, alternatif üretme, karar verme ve uygulama" olarak ifade edilmektedir. D'Zurilla ve Goldfried'in Problem Çözme Modeli, bu konudaki birçok araştırmaya temel oluşturmaktadır (Çam, Tümkaya ve Yerlikaya, 2011).

Problem çözme, her hemşirenin sahip olması gereken ve hemşirelik eğitiminde öğrenciye kazandırılması hedeflenen temel becerilerden biridir. Bu becerinin geliştirilmesi, derinlemesine ve eleştirel düşünmeyi gerektiren entelektüel bir süreç olmakla birlikte hemşireler için çok önemlidir. Hemşirenin problem çözme becerisi, hasta güvenliğini etkileyen önemli etmenlerden biridir (Ahmedi ve Shahbazi, 2020). Eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin hemşirelik eğitimi ve klinik uygulamada kullanımı ile birlikte, etkili kararlar verebilme becerisine sahip hemşirelerin yetişeceği ve böylece hemşirelik mesleğinde profesyonelleşmeye katkı sağlanacağı bildirilmektedir (Akça ve Taşçı, 2009; Raymond ve Profetto, 2005).

Problem çözme, hemşireliğin odak noktalarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "uygun bakımı vermek için önlemler alma, sorun çözme yaklaşımı uygulanmasının, hemşirenin yapması zorunlu yeterliliklerden biri" olarak ifade etmektedir (Taşçı, 2005). 1989 yılında ise, New York Rogosin Enstitüsü Sağlık Birliği tarafından Çin'de başlatılan "Daha iyi sağlık için sorun çözme" hareketi, yaratıcı düşünme ve problem çözme üzerine odaklanmış, bu sürece tüm sağlık meslek üyelerinin katılımını hedeflemiştir (Erenler, 2007).

Geleneksel hemşireliğe yönelik yapılan eleştirilerde; hemşirelerin sadece hekimin yardımcısı olduğu, problem çözme becerilerini kullanmadıkları, verilen görevi sorgulamadan yerine getiren bir meslek grubu olduğu öne sürülmekle birlikte, hemşireliğin profesyonelleşmesi yolunda problem çözme becerisi gelişmiş hemşirelere gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (Akça ve Taşçı, 2009; Birol, 2007; Velioğlu, 1998). Geçmişten günümüze yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hemşirelerin görev ve sorumluluklarının giderek artmasına katkı sağlamaktadır. Bunun sonucunda da, hemşireler daha fazla sayıda ve daha karmaşık problemlerle karşılaşmaya başlamışlardır. Geçmişte hemşirelik mesleğinde problem çözme, deneme-yanılma yoluyla öğrenilmekte ve uygulanmakta iken, günümüzde gelişen bilimin ışığında bilimsel problem çözme yaklaşımları geliştirilmiş ve uygulamada sıklıkla kullanılmaktadır.

Bu bilimsel problem çözme yaklaşımlarından biri ve en önemlisi hemşirelik sürecidir.

Birol tarafından problem çözme sürecinin; "problemin tanımlanması, ilgili verinin toplanması, hipotezin formüle edilmesi ve sonucun gözden geçirilmesi" aşamalarının hemşirelik sürecindeki "tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme" aşamaları ile paralellik gösterdiği fakat farklı kavramlar olduğu ifade edilmektedir (Birol, 2016). Hemşirelik süreci, yalnızca klinik problemlerin çözümünde kullanılmakta olan bir yöntem iken; problem çözme ise daha genel bir kavramdır. Abdellah, Orem, Henderson, King, Roper, Logan ve Tierney gibi kuramcılar, sağlıklı/hasta birey ve ailesinin gerçek ya da olası sağlık gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenebilmesi ve bunlara uygun çözüm yollarının bulunabilmesi için hemşirelik sürecinin kullanımının önemine vurgu yapmışlardır (Erenler, 2007). Hemşireler, bireyin tüm yaşam dönemlerinde sağlık/hastalık durumunu anlama, bireyin gereksinimini belirleme ve problemi çözme yükümlülüğüne sahiptirler. Hemşirelik süreci, hemşirelerin bu yükümlülüğüne sistematik ve bilimsel bir yaklaşım getirmiştir. (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Bu yaklaşımla birlikte; sağlıklı/hasta birey ile ailesi tanılanıp gereksinimleri belirlenmekte, uygun hemşirelik tanısı seçilmekte, bu tanıya yönelik bakımın amaç/hedefleri belirlenmekte ve problem çözme planı yapılmakta, bu plan uygulanmakta ve en son aşamada ise problem çözme sürecinin etkili olup olmadığı değerlendirilmektedir.

4. Hemşirelikte Etik Karar Verme

Karar verme, TDK Sözlüğü'ne göre "bir sorunu karara bağlamak, kararlaştırmak" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2023). Etik karar verme ise, birbiri ile çelişen seçeneklerin olduğu bir durumda en doğru eyleme karar verme sürecidir (Gül, 2022). Bu süreç, diğer karar verme süreçlerine göre daha detaylı düşünmeyi ve üst düzey mantıksal muhakemeyi gerektirmektedir. Etik karar verme sürecinde, mevcut seçenekler değerlendirilerek, etik ilkelere en uygun seçenek eyleme geçirilmektedir (Dönmez, Yeyğel ve Kılınç, 2022).



Şekil 2: Etik Karar Verme
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-illustration/right-wrong-decision-gears-concept-3d-2160728657

Karar verme süreci; sorunun tanımlanması, veri toplanması, seçeneklerin karşılaştırılması, her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajları arasında denge kurma amacıyla birtakım kriterlerin kullanılması ve seçeneklerden birini seçme aşamalarından oluşmaktadır. Hemşireler, mesleki kararlar verecekleri zaman sıklıkla hemşirelik sürecini kullanmaktadırlar. Mantıksal ve sezgisel bilginin kullanıldığı hemşirelik süreci, hemşirelik bakımını standardize etmekte ve hemşireler arasındaki iletişimi de kolaylaştırmaktadır (Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013). Bununla birlikte, hemşirelik süreci ile verilen kararlar bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar; karar verici hemşirenin deneyimi, kişisel nitelikleri ve bilgi birikimi, bilgiyi nasıl anlamlandırdığı ve problemin kendisinin karmaşıklığıdır (Melin-Johansson, Palmqvist ve Rönnberg, 2017).

Sağlık bakım sistemi içerisinde bakım verici rolünden dolayı sağlıklı/hasta birey ile en çok zaman geçiren meslek üyesi olan hemşireler, birçok etik problemle karşılaşabilmektedir. Etik problemlerin çözümünde, kaliteli ve güvenli hemşirelik bakımı sağlanmasında, bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde, hemşirelerin problem çözme ve etik karar verme becerileri en belirleyici faktörlerdendir (Çerçi, Uyurdağ ve Reyhanoğlu, 2022).

Hemşirelerin verdikleri kararlar, hemşirenin sahip olduğu birçok bireysel faktörden etkilenmektedir. Etkin etik kararlar verebilmesi için, hemşirenin sahip olması gereken bazı temel özellikler bulunmaktadır. Bunlar; eleştirel düşünme, ahlaki hayal gücü, etik farkındalık, ahlaki muhakeme, ahlaki bütünlük, hassasiyet, şefkat ve önemseme, sorumluluk, güçlendirme, sabır ve danışmanlık vermede istekliliktir (Alpar ve ark., 2013). Karar vermenin sınırlarını ise; yasalar, yükümlülükler, rol ve sorumluluklar, kültürel özellikler ve etik ilkeler belirlemektedir (Çerçi ve ark., 2022).

Eleştirel Düşünme: Eleştirel düşünme kavramının evrensel bir tanımı olmamakla birlikte, Alfaro-LeFevre (2004) tarafından hemşirelikte eleştirel düşünme, "hemşirelik sürecinin ilkelerine ve bilimsel yönteme dayalı, amaçlı ve sonuca yönelik düşünme" olarak tanımlanmıştır (Kaya ve Şendir, 2021). Eleştirel düşünme; hemşirelik uygulaması, hemşirelik eğitimi ve etik karar vermenin önemli bileşenlerinden biridir. Hemşirelerin problem çözme becerisine sahip olabilmeleri ve problemin bir parçası haline gelmemeleri için eleştirel düşünebilmeleri gerekmektedir. Ayrıca, hemşirelerin kritik durumlarda hızlı ve bağımsız kararlar alabilmeleri için eleştirel düşünme son derece önemlidir (Shirazi ve Heidari, 2019). Hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünme becerisini geliştirecek öğretim yöntemlerinin kullanımı ile hemşirelik uygulamasında eleştirel düşünebilen hemşireler yetiştirilebilecektir. Böylece, etik karar verme sürecinde eleştirel düşünebilen hemşireler ile birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, hastalık durumunda iyileştirme ve yaşam kalitesini iyileştirmede daha nitelikli hemşirelik bakımı verilebilecektir (Kaya ve Şendir, 2021).

Ahlaki Hayal Gücü: Etik bir problemi çözmek için, belirli bir durumda tüm olasılıkları göz önünde bulundurmaktadır. Hemşirenin sağlıklı/hasta birey ile özdeşleme ve empati kurma yeteneği, bireye özgü gereksinimlerini belirlemenin temelidir (Jantzen ve ark., 2023). Ahlaki hayal gücü, etik problemlerin çözümünde ve etik karar vermede, hemşireyi yeni ve farklı olasılıkları keşfetmeye teşvik etmektedir (Rich, 2013).

Etik Farkındalık: Hemşirenin öncelikle etik problemi fark edebilmesi ve karar verme sürecini başlatıp eyleme dönüştürebilmesi için, etik konularda farkındalık sahibi olması gerekmektedir. Etik farkındalık, hemşirenin sağlıklı/hasta bireyin bakımı sırasındaki etik problemleri fark edebilmesi ve yorumlayabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2022). Yaşanan etik ikilemlerde, etik farkındalığa sahip hemşirelerin etik problemi daha kolay tanıladıkları ve bu durum ile baş etmede daha çok zorlandıkları bildirilmektedir (Tosun, 2021).

Ahlaki Muhakeme: Etik bir problemin çözümünde, seçenekler arasından ahlaki olarak gerekçelendirilebilen seçeneğin belirlenebilmesidir. Ahlaki muhakeme, etik karar verme sürecinin başlatılmasında ve en doğru kararın alınmasında temel unsurlardan biridir (Gül, 2022). Literatürde; ahlaki muhakemenin, etik karar verme becerisinin artmasıyla doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir (Erkuş, 2018).

Ahlaki Bütünlük: Literatürde "kişisel bütünlük" kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılmakla birlikte "bir denge, uyum ve dayanışma durumu, zorluklar karşısında kişinin değerlerine sadık kalma becerisi" olarak ifade edilmektedir (Holtz, Heinze ve Rushton, 2018). Ahlaki bütünlük, bireyin duyguları, istekleri, bilgisi ve diğer unsurların birbiri ile bütünleşmesidir (Alpar ve ark., 2013). Ahlaki bütünlüğe sahip hemşireler, etik problemler karşısında değer ve inançlarından ödün vermemekle birlikte, tek bir doğru üzerinde odaklanmamakta karşılıklı saygı ve mantık ilişkisi içerisinde bir düşünme ortamını savunmaktadırlar (Alpar ve ark., 2013; Holtz ve ark., 2018).

Hassasiyet, Şefkat ve Önemseme: Hassas, şefkatli ve düşünceli hemşireler, sağlıklı/hasta bireyin gereksinimi olan manevi bakıma odaklanmaktadırlar. Şefkatli yaklaşım, bireyin bireysel özelliklerini ve değerlerini tanıma açısından son derece önemlidir (Erişen ve Sivrikaya, 2017). Bu yaklaşımla hemşireler; koşulları, davranışları ve duyguları daha gerçekçi bir şekilde anlamlandırmaktadırlar (Alpar ve ark., 2013). Dolayısıyla etik karar verme sırasında, bireye ait faktörleri daha net bir şekilde ele almakta ve bu sayede sağlıklı/hasta birey için en doğru seçeneği seçebilmektedirler.

Sorumluluk: Gündelik hayatta, bir işi üstlenmiş olmanın; hukuki anlamda ise, olumsuz bir sonucun hesabını vermenin karşılığı olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Tunç, 2022).

Sorumluluklarının bilincinde olan hemşireler, sağlıklı/hasta bireye karşı gerekli bakımı sunmak ya da problemini çözme konusunda belirli sınırlar çerçevesinde gereken her şeyi yapma konusunda kendilerini sorumlu hissetmektedirler. Sağlıklı/hasta bireye ait problemleri insani bir yaklaşımla incelemekte ve çözümü konusunda etkin bir şekilde çalışmayı görev edinmektedirler (Alpar ve ark., 2013).

Güçlendirme: "Bireyin çevresindeki durumları yönetebilmeleri için gerekli olan içsel gücün ortaya çıkarılma süreci" olarak açıklanmaktadır (Karataş, Çalışır ve Karabudak, 2020). Güçlendirme, etik karar vermeye katılan her birey için çok önemli bir kavramdır. Hemşirenin değişimi içeren eylemi başlatmak için, cesaret ve güç kaynağına sahip olduğunu göstermektedir (Alpar ve ark., 2013).

Sabır ve Danışmanlık Vermede İsteklilik: Sağlık bakımı sunumunda karşılaşılan etik problemler hassas konular olmakla birlikte, sağlıklı/hasta birey ve ailesi ile sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği halinde olunmasını gerekmektedir. Bu noktada hemşire; karşı tarafı dinlemeli, görüşleri ile değerlerini ilişkilendirmeye çalışmalı, sabırlı ve nezaketli olmalı, duygularını anlamaya çalışmalı, durumu analiz edebilmeli, işini belirsizlik ve karmaşıklık içinde de yürütebilmelidir. Sağlıklı/hasta birey için en uygun kararı verebilmek için, birey ve ailesi için sakin ve güvenli bir ortam yaratılarak iş birliğine başvurulmalıdır (Alpar ve ark., 2013).

5. Etik Karar Vermeyi Etkileyen Faktörler

Kompleks sağlık bakım sistemi içinde etik ikilemlerle sıklıkla karşılaşan hemşireler, mesleki uygulamalarında karar verme süreci ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Hemşirenin etik karar verebilmesi için, temelde iyi bir karar verme becerisi kazanmış olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra karar verme sürecini etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır.

5.1. Bireysel Faktörler

Karar verme sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biri, karar vericidir. Dolayısıyla, etik kararlar verecek olan hemşirelere ait bireysel faktörler, bu süreci doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Hemşirenin sahip olduğu kişilik ve değerler sistemi, sosyal ve ekonomik olanakları, kültürel özellikleri, ahlaki gelişim düzeyi, ahlaki yargı becerisi, mesleki bilgisi ve deneyimi, iletişim yeteneği, etik algısı ve etik farkındalığı bu faktörler arasındadır.

Karar verme sürecinde, sağlıklı/hasta bireye ait faktörler de, hemşirelere ait faktörler kadar önemlidir. Bireyin yaşamındaki koşullar "bağlam" kavramı ile açıklanmaktadır. Bağlam, bireyin dünyasını oluşturan; kültür, gelir, ev, ilişkiler, ulaşım, din vb. birçok unsuru içermektedir. Sağlıklı/hasta birey hakkında en doğru kararı verebilmek, bağlamını ne kadar iyi tanıladığımız

ile doğrudan ilişkilidir. Alternatifler içinden belirli bir tanesine yönlendiren bağlam, belirleyici faktördür. Hemşire, sağlıklı/hasta bireye özgü kararlar alırken, bazen kendilerine özgü güçlü tercihleri olan birden fazla söz sahibi ile karşılaşabilmektedir. Böyle durumlarda, sağlıklı/hasta birey bağlamı ile birlikte değerlendirilerek, söz sahiplerinin kendi görüşlerini samimi bir şekilde sunabilecekleri bir ortam oluşturularak sağlıklı/hasta bireyin yararına ortak bir yaklaşımla çözüm yolu aranmalıdır (Alpar ve ark., 2013).

Karar vermede birey bağlamının yanı sıra, karar verici konumda olan hemşirenin bağlamı da son derece önemli ve belirleyicidir. Hemşirenin sahip olduğu kişisel ve mesleki değerler, alacağı kararları doğrudan etkilemektedir. Değerler, bireyin neyin doğru ya da yanlış olduğuna ya da neyin arzu edilir olduğuna dair yargılarına yön vermektedir. Mesleki değerler, hemşirelere nasıl olmaları ve davranmaları gerektiği konusunda rehberlik etmektedir. Hemşirenin iyi bir etik karar verebilme becerisine sahip olabilmesi için, kişisel değerleri ile mesleki değerleri uyum içerisinde olmalıdır (Rich, 2013).

Her bireyin algılama ve yargılama yeteneği birbirinden farklı olduğunda, benzer durumlardan farklı çıkarımlar yapılıp alınan kararlar sonucu farklı eylemlerde bulunulabilmektedir. Bundan dolayı hemşirenin sahip olduğu etik algı, karar verme sürecinin başlatılabilmesi için temel basamaklardan biridir. Hemşire, öncelikle etik problemi doğru bir şekilde algılayabilmeli ve analiz edebilmelidir. Hemşirenin sahip olduğu etik algı, aynı zamanda etik problemlerin değerlendirilmesiyle birlikte hemşireye etik karar verme sürecinde de rehberlik etmektedir. Bunun yanı sıra, etik problemin çözümlenme sürecinin üretken olabilmesi için hemşire etik farkındalığa da sahip olmalıdır. Etik farkındalık, bireyin sorumluluk alması gereken ve sürekli sorgulama yapması gereken bir süreç olup, etik karar verme sürecine destek olmaktadır (Dönmez ve ark., 2022).

5.2. Mesleki Faktörler

Hemşirelerin, etik ikilemlerle karşılaştıkları durumlarda; etik problemi tanıyabilmeleri, tüm boyutları ile tanımlayabilmeleri ve doğru kararlar alabilmeleri için mesleki etik ilkeler, etik kodlar, deontoloji bilgisine sahip olmaları ve mesleki değerleri doğrultusunda karar vermeleri son derece önemlidir (Küçük ve ark., 2017).

Etik ilkeler; hemşirelerin mesleki eylemlerine, aldıkları kararlara ve sağlıklı/hasta birey ile ilişkilerine yol gösteren rehberlerdir. Etik ikilemlerin çözümünde her zaman kesin ölçüt olmasalar da, uygulamada karşılaşılan değerlerle ilgili problemlerin çözümünde hemşireye yol göstermektedirler. Etik ilkeler, evrensel değerlerin tıbbi uygulamalardaki yansımasıdır. Günümüzde Tom L. Beauchamp ve James Childress tarafından oluşturulan "Dört İlke Kura-

mı" doğrultusunda dört temel ilke benimsenmiştir. Bu ilkeler; zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı ve adalettir. Dürüstlük, mahremiyete saygı, sır saklama ve sadakat ise ikincil ilkeler olarak ele alınmaktadır (Yılmaz, 2022).

Mesleki değerler, profesyonel etik kodlarla özetlenmiş olup, hemşireye rehberlik etmektedir (Rich, 2013). Etik kodlar, belirli bir konuya ilişkin kurallar dizisidir. Etik kodlar, hemşirelik mesleğinin tartışılamaz etik standartlarını açıklamaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nin ilan ettiği ve düzenli olarak revize ettiği etik kodlar, hemşirelere etik karar verme sürecinde rehberlik etmektedir (Coşkun, 2021).

Deontoloji ise, mesleki uygulamalarda uyulması gereken ödev ve sorumluluklar bilgisini, ahlaki değerler ve etik kuralların incelenmesini kapsayan zorlayıcı yükümlülüklerdir. Etik karar verme sürecinde, deontoloji, hemşireye hangi etik ilkeleri kullanarak nasıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiği konusunda bir çerçeve çizmektedir (Yıldız, 2021).



Şekil 3: Mesleki Değerler Doğrultusunda Karar Verme
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/portrait-concentrated-pensive-medical-doctor-nurse-612799814

5.3. Kurumsal Faktörler

Etik karar verme süreci; kurum kültürü, kaynakların kontrolü gibi birçok kurumsal faktörden etkilenmektedir (Dönmez ve ark., 2022). Sağlık kurumlarında, belirli bir klinik durumda ortaya çıkan etik problemlerin çözümlenmesi ve değerlendirilmesine ilişkin etik danışmanlık ve hizmetleri bulunmaktadır. Etik danışmanlık, bir kişi, ekip ya da kurul tarafından verilebilmektedir (Gül, 2022).

Sağlık kurumlarında etik danışmanlık rolünü, genellikle kurum bünyesindeki kurulmuş etik kurullar üstlenmektedir. Etik kurullar, etik karar verme sürecinde hemşireye rehberlik etmekte ve bu süreçte belirleyici faktörlerden biri olmaktadır. Sağlık kurumları bünyesindeki etik kurullar, "bilimsel araştırma etik kurulları, klinik araştırma etik kurulları, danışman etik kurulları ve hastane etik kurulları" olarak oluşturulmuştur. Etik kurulların başlıca işlevleri; sağlık kurumlarında ortaya çıkan etik ikilem durumlarında insani değerleri korumak ve sağlık meslek üyelerine çözüm yollarına ilişkin yol göstermek, bilimsel bilgi üretimine ilişkin araştırmalara etik ilkeler doğrultusunda rehberlik etmek ve sonuçlarını incelemek, etik problemlere ilişkin çatışmaları kamuoyunda gündeme getirecek girişimlerde bulunmak ve bilimsel gelişmeler ışığında teknolojinin hızla gelişmesinin neden olabileceği durumlar üzerine farkındalık yaratmaktır (Gün, 2020).

Etik danışmanlık, alanında uzman olan birey ya da bireyler tarafından verilmelidir. Etik danışmanlık ekibinde genellikle; sağlıklı/hasta bireyden sorumlu olan hekim, sağlıklı/hasta bireye bakım veren hemşire, sağlıklı/hasta birey ya da yakını, biyoetik uzmanı, hastane etik kurulunda görev yapan bir hekim, yasal boyutu da içeren bir etik problem ise bir hukukçu bulunmaktadır (Gül, 2022).

Özelikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki hastanelerde verilmekte olan bir hizmet olan etik konsültasyon, karar vermekte zorlanan sağlıklı/hasta birey ile ailesine ve karar verici konumda olan sağlık meslek üyelerine rehberlik etme işlevi taşımaktadır. Bu hizmeti veren bireylerin ortak özellikleri; tıp etiği alanında uzmanlaşmış, güncel bilgileri takip eden, problemi hukuki boyutu dahil olmak üzere tüm boyutları ile ele alabilen etik danışmanlar (etik konsültanlar) olmalarıdır.

Karmaşık etik problemlerin çözümünde, teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık kurumlarında yapay zekâdan da faydalanılmaktadır. Gelecekte etik karar vermede, klinik vakalar üzerinde hekim ve hemşirelere yol gösterecek olan ChatGPT'nin de kullanılacağı öngörülmektedir. Ancak; ChatGPT'nin de birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Yeni gelişmekte olan bir teknoloji olduğu için; sunduğu verilerin, karar vericiler tarafından klinik muhakemeden geçirildikten sonra eyleme dönüştürülmesi gerekmektedir (Beltrami ve Grant-Kells, 2023).

Etik danışmanlıkta, ilgili etik problemin doğru bir şekilde çözümlenebilmesi için belirli bir metot kullanılmalıdır. Bunlardan en sık kullanılanı, CASES yaklaşımıdır. CASES yaklaşımı, beş adımdan oluşmaktadır (Gül, 2022).

1. *Clarify*: Danışmanlık Talebinin Kabul Edilmesi
    - Danışmanlık isteğinin tanımlaması
    - Danışmanlık isteyen kişiden ön bilgi edinilmesi
    - Danışma süreci hakkında, gerçekçi beklenti oluşturulması
    - Etik sorunun açıklığa kavuşturulması
2. *Assembly*: İlgili Bilgilerin Birleştirilmesi
    - Gerekli bilgi türlerinin düşünülmesi
    - Uygun bilgi kaynaklarının tanımlanması
    - Her kaynaktan, sistemli bir biçimde bilgi toplanması
    - Bilgileri ve etik sorunu, analiz ettikten sonra ilgili sağlık profesyoneline haber verilmesi
3. *Synthesize*: Bilgilerin Sentezinin Yapılması
    - Danışmanlık ekibinde yer alan bireylerle toplantı planlanması
    - Etik açıdan analizlerin yapılması
    - Etik açıdan sağlıklı/hasta birey adına uygun karar vericinin belirlenmesi
    - Etik açıdan temellendirilebilecek seçeneklerle ilgili karar verici ile görüşmenin planlanması
4. *Explain*: Yapılan Etik Sentezin Açıklanması
    - Sentezlerin ilgili bireylere iletilmesi
    - Ek kaynaklar sağlanması
    - Danışmanlığın gizlilik ilkesine uygun olarak kaydedilmesi ve belgelenmesi
5. *Support*: Danışmanlık Sürecinin Desteklenmesi
    - Sürecin takip edilmesi
    - Danışmanlığın değerlendirilmesi
    - Danışmanlık sürecinin düzenlenmesi
    - Sistemsel sorunların belirlenmesi

5.4. Yönetsel Faktörler

Sağlık meslek üyelerinin sağlıklı/hasta bireye ilişkin etik ikilemlerde verecekleri etik kararların çerçevesi hukuki normlarca çizilmiştir. Bu hukuki normların dışına çıkıldığında, sağlıklı/hasta bireyin zarar görmesi durumunda hemşireler hukuki yaptırımlarla karşı karşıya kalmaktadır.

ETİK



Şekil 4: Etik Karar Vermede Yönetsel Faktörler
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-vector/medical-ethics-professional-vector-icon-concept-2065727543

Hemşirelikte, sağlıklı/hasta bireyin bakımı sırasında ve sonrasında oluşabilecek ya da etik karar verme sürecinden sonra uygulanan eylemlere ilişkin tüm risklerin önlenmesi açısından hasta güvenliği ön koşuldur. Hasta güvenliği, sağlık hukuku ile güvence altına alınmasına rağmen, hemşirelik uygulamalarında hatalı girişimler meydana gelebilmektedir (Coşkun, 2021). Bu hatalı uygulama, mesleki ihmal sonucu meydana geldiyse "malpraktis" adını almaktadır (Özgönül, Arda ve Dedeoğlu, 2019). Hemşireler de, tıbbi hata sonucu birçok dava ile karşı karşıya kalabilmektedirler. ABD Tıp Enstitüsü, toplumda ölüm nedenlerini incelendiğinde, tıbbi hata nedenli ölümlerin üçüncü sırada olduğunu görmüştür. Türkiye'de bildirilen tıbbi hata oranı ise %16,6'dır (Şahbaz ve ark., 2022).

Hemşire, doğrudan tıbbi müdahale de bulunmasa da, hekime yardımcı olabilmektedir. Tıbbi müdahalede söz konusu insan olduğu için, temel insan hakları ile doğrudan ilişkilidir. Bireyin; yaşam hakkı, kendi geleceğini belirleme hakkı, beden bütünlüğünün dokunulmazlığı gibi hakları bulunduğundan, tıbbi müdahalenin bu hakların çizdiği çerçevede, yani hukuka uygun olarak ve kişilik haklarını ihlal etmeyecek şekilde uygulanması gerekmektedir. Bazı acil durumlarda, bireyin yararı gözetilerek tıbbi müdahalelerde bulunulabilmektedir. Bu müdahalenin yükümlülük doğurmaması için hukuki olarak bazı şartları taşıyor olması gerekmek-

tedir. Burada yine gerekli şartların oluşup oluşmadığının değerlendirilmesi hususunda hukuk sistemi devreye girmektedir (Arkaz, 2020).

Etik ve hukuk arasında önemli bir fark bulunmaktadır. Hukuk, düzeni yaptırımlar yolu ile sağlamaya çalışırken, etikte ise tek yaptırım bireyin vicdanıdır. Hemşirelik bakımı sırasında gerçekleştirilen uygulamaların hukuka aykırı olabilmesi için ise, hukuki bir sözleşme ya da anayasal haklara aykırılık söz konusu olmalıdır. Tıbbi hata ve komplikasyon kavramları benzer şekilde kullanılsa da, aralarındaki ayrım yapılmalıdır. Tıbbi hata durumunda, hemşirelere hukuki yükümlülükler doğarken, hukuki açıdan "kabul edilebilir risk" olarak tanımlanan komplikasyon durumunda ise, hemşireler hukuki yükümlülüklerle karşılaşmamaktadır. Hemşire, bakım verdiği sağlıklı/hasta bireyde meydana gelebilecek tüm riskli durumlara karşı önlem almalıdır (Coşkun, 2021).

Sağlıklı/hasta bireye, herhangi bir uygulama yapılmadan önce; yapılacak uygulama, olası sonuçları, riskleri, yararları ve zararları konusunda aydınlatılma hakkı vardır. Bilgilendirme; sağlıklı/hasta bireye, sağlıklı/hasta bireyin yasal temsilcisine ya da belirttiği kişiye yapılmalıdır. Sağlıklı/hasta birey, her zaman yapılacak uygulamayı kabul etmeyebilir. Yani bakım ve tedaviyi reddetme hakkı bulunmaktadır. Böyle durumlarda; sağlıklı/hasta birey ve ailesine uygulamanın yapılmaması durumunda oluşabilecek tüm riskler, komplikasyonlar ve sağlığını ne ölçüde tehdit edebileceği sözlü olarak anlatılmalıdır. Sağlıklı/hasta birey tedaviyi reddediyorsa, bunun yazılı kaydı mutlaka sağlık ekibi üyeleri tarafından tutulmalıdır (Arkaz, 2020).

6. Etik Türleri ve Etik Kuramlar

Etik kuramlar, hemşirelik bakımı sırasında karşılaşılan problemlerde, hemşireye durumun çözümüne ilişkin net bir çerçeve çizmesini sağlamaktadır. Hemşire, etik kuramları kullanarak etik problemin çözümüne ilişkin açıklamalar getirmektedir.

6.1. Normatif Etik

Kurallar koyan etik türüdür. Bir durumun etik açıdan sorgulamasını gerçekleştirir. Neyin doğru/yanlış, neyin iyi/kötü olduğu konusunda hemşireyi yönlendirmektedir (Aydın, 2021). Hemşirelik etiği, doğası gereği hemşirelik uygulaması ve politikalarının etik açıdan sorgulanması konusunda normatiftir. "Davranış kalıplarını, toplumsal değerlere dayanan ve mutlak gerçekleri yazılı olarak ifade etme görevi olmayan değerleri" ifade etmektedir (Bağ, 2021).

Hemşirelik etiğinde, normatif etik alanında yaygın olarak bilinen üç türde etik kuram bulunmaktadır. Bunlar; sonuç odaklı (teleolojik) kuramlar, ilkelere dayalı (deontolojik) kuramlar ve kişilerarası ilişkilere dayalı (bakım) kuramlardır.

Sonuç Odaklı (Teleolojik) Kuramlar

Teleolojik kuramların temeli, eylemin maliyeti, faydası ve sonucudur. Teleolojik kuramlarda/teorilerde, bir eylemin tek başına iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olması bir şey ifade etmemektedir. O eyleme ilişkin yargıyı, eylemin sonucu belirlemektedir. Teleolojik kuramlar, egoizm ve faydacılık olarak ikiye ayrılmaktadır. Her iki yaklaşımda da eylem, sonucuna göre değerlendirilmektedir. Egoizm yaklaşımında, bireyin tatmini önemli iken, faydacılık yaklaşımında ise sonuçta çoğunluğun mutlu olmasına odaklanılmaktadır (İyicil, 2021). Faydacılık kuramı, bu kapsamda ele alınan kuramlardan biridir. Faydacılık kuramına göre, iyi bir eylem sonuçta çok sayıda insana en iyiyi ve en az zararı getiriyorsa doğru bir eylem olduğu anlamına gelmektedir. Teleolojik kuramlar, sıklıkla sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve adalet konularında verilen kararlarda esas alınmaktadır (Aydın, 2021).

İlkelere Dayalı (Deontolojik) Kuramlar

Deontolojik kuramların/teorilerin temeli, eylemin sonuçları yerine bireysel hak, görev ve yükümlülükleri içeren bir dizi ilkeye dayanır. Bir eylemin doğru ya da yanlış olması; sonuçlarına göre değil, eylemin belirli nesnel bir ilke doğrultusunda gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğine göre değerlendirilmektedir. Etik ikilemle karşılaşıldığında, çözümün deontolojik kurama dayandırılması durumunda "bütün rasyonel düşünen bireyler bu durumda ne yapardı?" sorusu yanıtlanarak ona göre eyleme geçilmelidir (İyicil, 2021).

Kişilerarası İlişkilere Dayalı (Bakım) Kuramlar

Kişilerarası ilişkilere dayalı kuramlar; iş birliğine dayalı kişilerarası ilişkileri geliştirme ve sürdürme yoluyla hemşirelik bakımının hedeflerine ulaşılabileceğini vurgulamaktadır (Taş, 2019). Etik problemleri; teleolojik ve deontolojik kuramlar, sonuç veya ilkelere göre değerlendirirken, kişilerarası ilişkilere dayalı kuramlar ise, bakım ve sorumluluğa odaklanarak bir değerlendirme yapmaktadır. Deontolojik kuramlar, bireysel haklar yönünden bir değerlendirme yaparken, kişilerarası ilişkilere dayalı kuramlar ise grubun ortak yararını ve refahını esas almaktadır (Aydın, 2021).

6.2. Normatif Olmayan Etik

Normatif olmayan etik, ahlaki sistemler ve düşünce sistemleri üzerine odaklanmaktadır (Aydın, 2021). Bireyin, nasıl erdemli yaşayacağına yönelik kuralların yer aldığı normatif etikte, erdemli yaşamın çerçevesi çizilirken; normatif olmayan etikte ise erdemli yaşamın nasıl olacağına dair kurallar önemsenmemektedir. Bu etik türünde, ahlaki sistemler, nesnelliği yönünden incelenmektedir (Erdoğan, 2006).

Normatif olmayan etik türünün, betimleyici etik ve meta etik olmak üzere iki türü bulunmaktadır.

Betimleyici Etik

Betimleyici etik, olan ve sonuç vermiş olan ahlaki eylemlere odaklanmaktadır. Ahlak alanına, eylemlerle ilgili betimsel (deskriptif) bir perspektif sağlamaktadır. Beklenilen ahlaki eylem yerine, var olan eylemlere yönelik ahlaki olgu ve değerleri belirleme yolu ile ortaya çıkmış bir etik türüdür. Betimleyici etik, eyleme yönelik kurallar koymak yerine yalnızca eylemi gözlemleyerek bilimsel olarak ya da betimsel olarak tanımlamayı amaçlamaktadır (Gayır, 2020). Dolayısıyla, bireylerin hali hazırda nasıl eylemlerde bulunduğu ve bu eylemlerin nedenleri ile ilgilenmektedir. Ahlaksal sorgulama yapmamaktadır (Kahraman, 2020). Bu yaklaşımda etik, seyirci ve gözlemci konumundadır. Yani etik, ahlaki olgu ve eylemlere dışarıdan bakmakta, onları bilimsel sistematik bir yaklaşımla gözlemleyip tasvir etmekte, inanç ve davranışların gerçek yapılarını, ahlaksal ilkelerin varoluş durumunu incelemektedir (Acaroğlu, 2003).

Meta Etik

Meta etik "analitik etik" ya da "eleştirel etik" olarak da adlandırılmaktadır. Meta etik, bir bilim olarak etiğin eleştirisine odaklanmakta, eylemleri anlamlandırma ve doğrulamaya ilişkin kuramsal konulara odaklanmaktadır (Karadağlı, 2016). Meta etik, sistemlerdeki mantıksal ilişkileri felsefi yönden incelemektedir. Normatif etiğin kuralları ve bu kurallara ilişkin kavramları analiz etmekte ve kavramlarla eylemlerin anlamlarını ve birbiri ile ilişkisini ele almaktadır. Doğruluk, ahlaki ödev, hak, sorumluluk, erdem vb. değerleri ve onların doğasını inceleyen metaetik, etik ilkelerin de kökeni ve anlamlarını irdelemektedir. Bu ilkelerin toplumdan mı yoksa duygulardan mı köken aldığını sorgulamaktadır. Bu sorulara yanıt ararken de; evrensel değerler, dini duyguların etkisi, etik karar vermede mantığın etkisi ve etikle ilgili terimlerin anlamlarını irdelemektedir (Aydın, 2021).

6.3. Uygulamalı Etik

Uygulamalı etik, diğer etik türlerinden farklı olarak 20. yüzyıl başlarında gelişmeye başlamış bir alandır. 1960'lardan itibaren, özellikle tıp etiğinde acil ahlaki sorunlar gibi çağdaş uygulamaya ilişkin kaygılarla ilgili konular ele alınmaya başlanmıştır. Bunu takiben, 1970'lerde uygulamalı etik sistematik bir alan haline gelmeye başlamıştır (Omay, 2020). "Tıp etiği" kavramı, ilk kez 1964' te Philosopher Index' te, "biyoetik" kavramı 1977' de, "uygulamalı etik" kavramı ise 1981' de ortaya çıkmıştır. Tıp alanında; ötanazi, kürtaj, organ bağışı gibi

bireyin isteği doğrultusunda kendi yaşamını ve başka bir canlının yaşamını sonlandırmak istemesine ilişkin konular insan yaşamının değerini gündeme getirmiştir. Hukuksal olarak da yeni yasa ve ilkelerin oluşmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda; genel etik ilkelerin mesleki etik alanındaki uygulamalara uyarlanması "uygulamalı etik" olarak ele alınmıştır (Aydın, 2021).

7. Etik Karar Verme Yaklaşımları

Karar vermeyi gerektiren durumların temelini, problem oluşturmaktadır. Problem, "mevcut ve istenilen durum arasındaki farklılık" olarak ifade edilmektedir (Coşkun, 2021). Etik karar verme, birbiri ile çatışan seçeneklerin bulunduğu bir sistemde, ahlaki yönden en doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir düşünme sistemidir. Etik karar verme, yalnızca duygusal davranışları değil, entelektüel problem çözme becerisini de beraberinde getirmektedir. Karar verme ve eleştirel düşünme kavramları, birbiri ile yakından ilişkili olduğundan; hemşireler, bilimsel problem çözme yaklaşımı olarak hemşirelik sürecinden yararlanmaktadırlar. Bunun yanı sıra, hemşirelikte etik karar verme adımlarının, hemşirelik süreci ile benzerlik gösterdiği ifade edilebilir (Turan ve Kaya, 2023). Literatürde birçok karar verme modeli olup, temelde çoğu birbirine benzer adımları içermektedir.

Aşağıda, beş aşamalı bir etik karar verme süreci açıklanmıştır:

1. *Problemi açıkça tanımlayın*: Ahlaki bir problemin tanımlanması ile etik karar verme süreci başlatılmaktadır. Bu aşamada; problemin ne olduğu, sağlıklı/hasta birey için önemi, kapsamı, etkileri ve sonuçları, mevcut durum, ulaşılmak istenen durum belirlenmeli ve incelenmelidir. Mevcut durum ile istenilen durum arasındaki farkın belirlenmesi, ulaşılmak istenen hedefin de belirlenmesini sağlayarak karar verme sürecini kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda hedeflerin, ilk aşama olan problemi tanımlama aşamasında belirlenmesi, ilerleyen aşamalarda oluşabilecek çelişkileri ortadan kaldıracak ve çözüm stratejilerinin oluşturulmasına destek olacaktır.

2. *Veri toplayın ve çelişen ahlaki iddiaları tanımlayın*: Problem tanımlandıktan sonra, etik ikileme neden olan etkenlerin belirlenebilmesi için veri toplanması gerekmektedir. Bu aşamada; zorunluluklar, ilkeler, görevler, haklar, bağlılıklar, inançlardaki çelişkiler, sosyal, dini ve kültürel değerler belirlenmelidir. Aynı zamanda, etik ikilem ile ilişkili bireylerin durumla ilgili algıları ve ilkeleri incelenmelidir. Karar vermede sorumluluk üstlenecek bireylerin rolleri belirlenmeli ve etik perspektifleri incelenmelidir. Karar vericilerin rolleri belirlenerek; hak, görev, yetki ve yetenekleri belirlenerek bu bireyler bağlamı ile birlikte değerlendirilmelidir. Bunun sonucunda, asıl karar verici de belirlenebilecektir. Katılımcılar ile iş birliği halindeyken oluşan potansiyel stratejiler, ileriye dönük olarak değerlendirmeye alınmalıdır.

3. *Stratejileri araştırın*: Karar verme sürecinde, hedefler belirlendikten sonra bu hedeflere yönelik alternatif stratejiler oluşturulmalıdır. Bu stratejiler; yaşam tarzı, değerler, inançlar, yasal ve diğer sonuçlar yönünden değerlendirilerek kabul edilebilir olanlar önceliklendirilmelidir. Hangi seçenek ilk aşamada, belirlenen hedef ile uyumlu ve bireyin öncelikleri arasında ise o seçenek seçilmelidir.

4. *Stratejileri uygulayın*: Karar verme sürecinin en zor aşaması olup, kararın doğruluğunun sorgulanabildiği aşamadır. Kabul edilebilirliği daha az olan seçenekler, bir kenara bırakılarak katılımcılar zor bir karar vermek üzere desteklenmelidir. Bu aşamada, duygulara ön planda olabileceği için dikkatli olunmalıdır.

5. *Sonuçları değerlendirin*: Kararlara yönelik gerçekleştirilen eylemlerin sonuçlarının değerlendirildiği aşamadır. Bu aşamada; başlangıçtaki etik problemin çözülüp çözülmediği, istenilen hedefe ulaşılıp ulaşılmadığı ve ulaşılmadıysa istenilen hedefe yaklaşma düzeyi belirlenmelidir. Hedefe tam olarak ulaşılamadıysa ve başka faaliyetler gerekiyorsa, hemşire ilk basamağa geri dönerek süreci tekrar gözden geçirmelidir (Alpar ve ark., 2013; Coşkun, 2021).

Hemşireler, etik probleme ilişkin çözüm yolları ararken analitik ve sezgisel bir bakış açısı ile bilimsel model/kuramları kullanmalıdırlar (Coşkun, 2021). Birçok etik karar verme modeli bulunmaktadır. Bunlardan sık bilinenleri; DECIDE-Etik Karar Verme Modeli, Kültürlerarası Hemşirelik Etiği Modeli, Murphy ve Murphy Modeli, Örüntü Tanılama Modeli ve Etik Karar Vermede Dört Konulu Yaklaşımı'dır.

DECIDE-Etik Karar Verme Modeli

Thompson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir etik karar verme modelidir. "DECIDE" modeli, akrostiş şeklinde oluşturulmuştur. Karar vermenin önemli bileşenlerini uygularken, sağlık bakım profesyonelleri için bir kaynak olarak tasarlanmıştır. Karar vericilerin, karar verme becerilerini geliştirmelerini sağlayarak daha etkili kararlar almalarına destek olmaktadır (Guo, 2020).

D (define the problem): Problemi tanımlama

E (establish the criteria): Kriterleri oluşturma

C (consider all the alternatives): Tüm seçenekleri göz önünde bulundurma

I (identify the best alternative): En iyi seçeneği belirleme

D (develop and implement a plan of action): Bir eylem planı geliştirme ve uygulama

E (evaluate and monitor the solution and feedback when necessary): Gerektiğinde çözümü ve geribildirimi izleme ve değerlendirme.

İlk aşamada, klinik vakayı oluşturan etik bileşenler incelenmekte ve problem tanımlanarak analiz edilmektedir. Problemin boyutları (yasal, tıbbi, etik, sosyal, ekonomik vb.) birbirinden ayrılarak, ayrı ayrı tanılanmaktadır. Vakaya ilişkin etik problem belirlendikten sonra problem, etik ilke ve standartlar doğrultusunda incelenmektedir. Tüm seçenekler belirlenerek aralarında karşılaştırma yapılarak, ahlaki yönden en uygun seçeneğe karar verilmektedir. Bu değerlendirme sürecine; sağlık ekibi üyeleri, sağlıklı/hasta birey ve ailesi de katılmaktadır. İş birliği ile karar verilen seçenek için bir eylem planı oluşturulmakta ve uygulanmaktadır. Sonuçlar ve geribildirimler incelenmektedir (Utlu, 2016).

Kültürlerarası Hemşirelik Etiği Modeli

Ray, 1994 yılında etik karar verme, analiz, rehberlik etme ve problemi anlamayı kolaylaştırmak amacıyla kültürlerarası hemşireliğin etik yönü ve bakımın ilişkisini gösteren bir model tasarlamıştır. Etik problem, bu modele göre analiz edilirse, problemin çözümü daha net bir şekilde elde edilebilecektir. Kültürlerarası Hemşirelik Etiği Modeli, her bireyi kendi kültürü ile birlikte ele alarak ve kültürel farklılıkların göz önünde bulundurularak eylemde bulunulmasını sağlamaktadır. Modelin, her aşaması ayrı gibi gösterilse de, bunlar bir bütünün bileşenlerini oluşturmaktadır. Model dört temel bileşen üzerine kurulmuştur. Bu bileşenler:

1. *Kültürlerarası Bakım Dinamikleri*: Ahlaki davranmaya rehberlik etmek ve doğru davranmayı kolaylaştırmak için aracı güç olarak sevgi/şefkat gösterme.
2. *İlkeler*: Sadakat, yararlılık, adalet, özerklik ve doğruluk gibi ahlaki deneyimi şekillendiren bilgi birikimi.
3. *Kültürlerarası Bağlam*: Ahlaki davranışa yön veren kültür/toplumdaki davranışlar, deneyimler, düşüncenin değeri, güzellik, dürüstlük hakkında kişisel/kültürel inançlar ve tutumlar.
4. *Evrensel Kaynak*: Ahlaki deneyimi şekillendiren manevi adetlerin ahlaki standartlar (Oran ve Yüksel, 2015).

Murphy ve Murphy Modeli

Murphy ve Murphy tarafından 1976 yılında Amerika'da oluşturulmuş bir modeldir. Dokuz (9) aşamalı olarak ele alınmıştır. Vakaya ilişkin mevcut durumu değerlendirme ve bilgi toplama, etik problemi tanımlama, kararı etkileyen bireyleri belirleme, seçenekleri ortaya

koyma, eyleme geçme ve seçimi değerlendirmeyi içermektedir. Bu modele göre, hemşire karara katılacak bireyleri belirlemelidir. Bunlar; sağlıklı/hasta birey ve/veya ailesi, bireyin seçtiği yakını, hekim, sağlık ekibinin diğer üyeleri, kurumdaki görevliler, din görevlileri ve hastane yönetimi olabilmektedir. Etik karar verme sürecinde; hemşire, sağlıklı/hasta bireyin otonomisini göz önünde bulundurmalı ve gerekli durumlarda hasta savunuculuğu rolünü üstlenmelidir.

Modelin aşamaları şu şekildedir;

1. Sağlık sorununu tanımlayınız.
2. Etik problemi belirleyiniz.
3. Karar verme sürecine kimin dahil olduğunu belirtiniz.
4. Rolünüzü tanımlayınız.
5. Olabildiğince çok, olası alternatif kararı değerlendiriniz.
6. Her bir alternatif kararın, uzun ve kısa vadeli sonuçlarını göz önünde bulundurunuz.
7. Kararınıza ulaşınız.
8. Bu kararın, genel hasta bakımı felsefenize nasıl uyduğunu düşününüz.
9. Kararınızın gerçek sonuçlarını görene kadar durumu takip ediniz ve bu bilgiyi gelecekteki kararlarınızı vermenize yardımcı olması için kullanınız (Park, 2012).

Örüntü Tanılama Modeli

Örüntü; genel anlamda "ilgilenilen varlıklar ile ilgili gözlenebilir veya ölçülebilir bilgilerin tanımlanması" olarak adlandırılmaktadır. Örüntü tanımada amaç; bilinmeyen kategorilendirilmiş örüntülere belirli bir şekil vermek ve bilinen bir kategoriye ait örüntüyü tespit etmektir. Hemşirelikte örüntü tanılamada, en çok görme olmak üzere beş duyu organı aktiftir. Hemşire, karşılaştığı (gördüğü) probleme yönelik bir tanımlama yapmaktadır. Sahip olduğu temel mesleki uygulama bilgisi ile sağlıklı/hasta bireyin durumuna ilişkin ipucu niteliğindeki verileri karşılaştırmakta ve geçmiş yaşam deneyimlerini de kullanarak sağlıklı/hasta birey için en uygun kararı seçmektedir. Kinik karar vermede, Örüntü Tanılama Modeli'nin kullanılmasıyla, temel hemşirelik ve mühendislik bilgisi yapılandırılarak, bilgisayar ortamında karar destek sistemlerinin geliştirilmeye başlanmıştır (Sucu, Dicle ve Saka, 2012).

Etik Karar Vermede Dört Konulu Yaklaşım

Bu vaka temelli yaklaşım, sağlık profesyonellerinin bir vakanın gerçeklerini, etik problemler hakkında eleştirel düşünmeyi kolaylaştıran yapılandırılmış bir formatta oluşturulmasına olanak tanımaktadır. Hemşire, her bir soruya yanıt aramaktadır. Soruların ana hatlarını takip ederek, sağlıklı/hasta bireyin durumunun yanı sıra, merkezi etik ikilemi de tam olarak inceleyebilmekte ve değerlendirebilmektedir (Rich, 2013).

Her bir vaka dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar:

1. Tıbbi endikasyonlar
2. Sağlıklı/hasta bireyin tercihleri
3. Yaşam kalitesi
4. Olayın meydana geldiği sosyal, ekonomik, yasal ve idari bağlamdır (Jonsen, Siegler ve Windslade, 2012).

8. Etik Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, mesleki uygulamaları sırasında çok sık karar almak durumunda kalmaktadırlar. Etik kararlar verirken, hasta güvenliğini hedefleyerek, etik ilkeler doğrultusunda sağlıklı/hasta birey için en uygun eylemi seçmeleri gerekmektedir. Hemşireler; hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde, tıbbi hataların önlenmesinde ve meydana gelmesi durumunda ise bildiriminden primer sorumlu sağlık profesyonelleridir. (Coşkun, 2021). Bu doğrultuda, hemşirelerin etik karar verme sürecinde bazı rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (THD, 2009):

Hemşire;

- Karar verme sürecinde, kararlarına temel oluşturmak üzere mesleki etik ilke ve standartları bilmeli ve bu doğrultuda hareket etmelidir.
- Etik kuramları ve etik karar verme yaklaşımlarını bilmeli, mesleki uygulamada kullanmalıdır.
- Etik kararları verirken, eylemin uygulanacağı bireyin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak karar vermelidir.
- Uygulayacağı eylemler hakkında sağlıklı/hasta bireyi ya da sağlıklı/hasta bireyin belirlediği bir yakınını anlayabileceği şekilde bilgilendirmelidir.
- Hemşire, sağlıklı/hasta birey ve ailesi ile iş birliği içerisinde karar vermelidir. Sağlıklı/hasta bireyin herhangi bir baskı altında kalmaksızın karar verme hakkına saygı duymalı ve onu desteklemelidir. Gerektiğinde hasta savunuculuğu rolünü üstlenmelidir.

- Bazen hemşirenin ahlaki bularak karar verdiği bakım eylemini, sağlıklı/hasta birey reddedebilir. Böyle durumlarda, bireyde meydana gelebilecek istenmeyen durumlara ilişkin bilgilendirme yapmalı ve sağlıklı/hasta bireyin; bakım, tedavi ve tıbbi uygulamaları reddetme hakkına saygı duymalıdır.
- Sağlıklı/hasta bireyin bedensel bütünlüğünü bozacak eylemleri uygulamadan önce, sağlıklı/hasta birey ya da ailesinden yazılı ve/veya sözlü onam almalıdır.
- Karar verme sürecine katılan tüm sağlık ekibi üyeleri ile yapıcı ve etkin bir iletişim kurmalı, sürekli iş birliği halinde olmalıdır.
- Hemşirelik bakımı sırasında tespit ettiği, tüm riskli tıbbi hata durumlarına karşı önlem almalıdır.
- Hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla; risk yönetimi, olay bildirimi ve kök neden analizi yöntemlerini kullanmalı, teşvik etmeli ve riskli durumlarda eylemlerine buna göre yön vermelidir.
- Acil durumlarda, kritik kararlar alarak gerekli hemşirelik bakımını bireyin rızası almaksızın da uygulamalıdır.
- Zamanı, emeği ve kaynakları, ayrım gözetmeksizin bireylerin gereksinimler doğrultusunda dağıtmalıdır.
- Karar verme sürecinde, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece sağlıklı/hasta bireye ait bilgileri, sağlıklı/hasta bireyin rızası dışında paylaşmamalıdır.
- Sağlıkla ilgili yasa ve politikalar, etik karar verme sürecinde doğrudan belirleyici faktörler olup, hemşireler bu yasa ve politikaların oluşturulmasına doğrudan ya da dolaylı olarak katılma sorumluluğu üstlenmelidir.

9. Sonuç

Çok sık etik kararlar almak zorunda kalan hemşirelerin, kritik durumlarda doğru kararlar alabilmeleri için etik karar verme becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin, etik karar verme sürecinde etik ilke ve standartları bilmesi, içselleştirmesi, bu doğrultuda karar alması, hasta güvenliğinin sağlanması ve hasta memnuniyetinin artmasına katkıda bulunacaktır. Etik karar verme sürecinde etik karar verme modellerini kullanan hemşire, profesyonel bilgileri ışığında sağlıklı/hasta birey ve ailesinin gereksinim ve değerlerine odaklanan etkin çözümler bulabilecektir.

Kaynakça / References

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. *II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi kongre kitabı* İçinde. İstanbul: İ.Ü Basım ve Yayınevi Müdürlüğü.

Ahmedi, S., & Shahbazi, S. (2020). Impact of social problem-solving training on critical thinking and decision making of nursing students. *BMC Nursing*, *19*, 94.

Akça, N.K. ve Taşçı, S. (2009). Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *5*(2), 187-196.

Akyol, A. (1997). Etik ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 13*(1-3), 165-175.

Arkaz, G. (2020*). Sağlık hukukunda hastanın tedaviyi ret hakkı* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Aydın, G.Ö. (2021). Hemşireliğin etik yönü. Ünsal, A. (Ed.), *Hemşirelik tarihi deontoloji ve etik kitabı* İçinde (s.278-295). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Bağ, B. (2021). Normatif etiğin izinde psikiyatrik bakım. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, *29*(2), 278-89.

Beltrami, E.J., & Grant-Kells, J.M. (2023). Consulting chatgpt: ethical dilemmas in language model artificial intelligence. [published online ahead of print, 2023 Mar 10]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.02.052

Birol L. (2016). *Hemşirelik süreci*. Akademisyen Kitabevi: İstanbul.

Birol, L. (2007). *Hemşirelik süreci* (8. bs.). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.

Burkhardt, M.A., & Nathaniel,A.K. (2013). *Ethics and issues in contemporary nursing*. USA: Cengage Learning.

Coşkun, E.Y. (2021). Etik karar verme, ilke ve sorumluluklar. Ünsal, A. (Ed.), *Hemşirelik tarihi deontoloji ve etik kitabı* İçinde (s. 296-315). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Çam, S., Tümkaya, S. ve Yerlikaya, E.E. (2011). Kişilerarası Problem Çözme Envanteri'nin yetişkin örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *8*(1), 1703-1724.

Çerçi,S., Uyurdağ, N. ve Reyhanoğlu, N. (2022). Sorumlu hemşirelerin sorun çözme ve klinik karar verme becerilerinin bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *9*(3), 427-437.

Dönmez, A., Yeyğel, Ç. Ve Kılınç, D. (2022). Sağlık hizmet uygulamalarında etik karar verme süreci sağlık ve etik karar. *İZTÜ Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(2), 65-74.

Erdoğan, İ. (2006). Medya ve etik: eleştirel bir giriş. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, *23*, 1-26.

Erişen, M. ve Sivrikaya, S.K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(3), 184-190.

Erkuş, G. (2018). *Etik eğitiminde standart hasta kullanımının hemşirelik lisans öğrencilerinin ahlaki duyarlılık, ahlaki muhakeme ve etik karar verme becerilerine etkisinin incelenmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gayır, G.B. (2020). Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri ile aydınlatılmış onam algıları arasındaki ilişki: bir araştırma. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, *7* (16), 15-40.

Guo, K.L. (2020). DECIDE: A decision-making model for more effective decision-making by health care managers. *Health Care Manag (Frederick)*, *9*(3),133-141.

Gül, Ş. (2022). Hemşirelikte etik sorunlar ve etik karar verme süreci. Yalım, N.Y. ve Baykara, Z.G. (Ed.), *Hemşirelik ve etik kitabı* İçinde (s. 51-63). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi.

Gün, M. (2020). Türkiye'de klinik araştırma etik kurullarının yapılanmaları. *Lokman Hekim Dergisi*, *10*(2), 269-279.

Holtz, H., Heinze, K., & Rushton, C. (2017). Interprofessionals' definitions of moral resilience. *Journal of Clinical Nursing*, *27* (3-4), 488-494.

İyicil, A.G. (2021). Sağlık sektörü çalışanlarının pandemi sürecindeki çalışma yükümlülüklerinin iş ahlakı kapsamında değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *14*(37), 158-186.

Jantzen,D.C., Newton,L., Dompierre,K.A., & Sturgill,S. (2023). Promoting moral ımagination in nursing education: ımagining and performing. *Nursing Philosophy*, e12427. https://doi.org/10.1111/nup.12427

Jonsen, A.R., Siegler, M., & Windslade, W.J. (2012). The four topics: Case analysis in clinical ethics. In *Bioethics: An ıntroduction to the history, methods, and practice* (s.172-175). Canada: Jones and Barlett Learning.

Kahraman, L. (2020). *Kamu yönetiminde etik kültür ve etik liderlik: kamu görevlileri etik kurulu üzerinden bir inceleme* (Yüksek Lisans Tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.

Karadağlı, F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(3), 197-200.

Karar verme. Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr

Karataş, P., Çalışır, H. ve Karabudak, S.S. (2020). Ailenin güçlendirilmesi ve pediatri hemşireliğinde uygulanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *13*(3), 200-205.

Kaya, A. ve Şendir, M. (2021). Hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında eleştirel düşünme stratejileri ve boyutları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi, 4*(3), 163–168.

Kızıltepe, S. K. ve Koç, Z. (2019). Hemşirelikte ahlaki sıkıntı ve nedenleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *6*(1), 5-12.

Küçük, S., Uysal, N., Çalbayram, N.Ç., Kahriman, İ., Altundağ, S. ve Gönenç, İ. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin etik karar verme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*, 157-162.

Lamb, C., & Pesut, B. (2021). Conscience and conscientious objection in nursing: a personalist bioethics approach. *Nursing Ethics*, *28*(7-8), 1319–1328.

Melin-Johansson, C, Palmqvist, R., & Rönnberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making—A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3936-3949. https://doi.org/10.1111/jocn.13814

Nathaniel, A.K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, *28*(4), 419-438.

Ok, M.Ç. (2019). Ahlaki öfke ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Muhakeme Dergisi*, *2*(2), 19-28.

Omay, M. (2020). Ahlaki statü kavramı ve teorileri. *Temaşa Felsefe Dergisi*, *14*, 201-217.

Oran, N.T., Yüksel, E. (2015). Kültürlerarası hemşirelik ve etik. *Turkiye Klinikleri Journal Public Health Nurs-Special Topics*, *3*, 7-13.

Özgönül, M.L., Arda, B. ve Dedeoğlu, C. (2019). Tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata, malpraktis ve komplikasyon kavramlarının değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, *27*(1), 48-56.

Raymond, L.C. & Profetto. M.J. (2005). Nurse educators' critical thinking, reflection and measurement. *Nurse Education in Practice*, *5,* 209-217.

Rushton, C.H., & Thompson, L. (2020). Moral outrage: Promise or peril?. *Nursing Outlook*, *68*, 536-538.

Shirazi,F., & Heidari,S. (2019). The relationship between critical thinking skills and learning styles and academic achievement of nursing students. *The Journal of Nursing Research*, *27* (4), 1-7.

Sucu, G., Dicle, A. ve Saka, O. (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *9*(1), 52-60.

Şahbaz, G., Yücesoy, H., Akın, Ö. ve Erbil, N. (2022). Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, *4*(2), 85-90.

Taş, D. (2019). Peplau'nun kişiler arası ilişkiler teorisi ile acil serviste bir multipl skleroz olgusu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*, *4*(3), 154-60.

Taşçı, S. (2005). Hemşirelikte problem çözme süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, *14* (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 73-78.

Tosun, H. (2021). Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 101-104.

Turan, N. ve Kaya, N. (2023). Hemşirelik uygulamalarında etik. Karagözoğlu, Ş., Demiray, A. ve Doğan, P. (Ed.), *Temel hemşirelik uygulama için esaslar kitabı* İçinde (s.398-417). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Türk Dil Kurumu. (TDK). (2023). Erişim Adresi: www.tdk.gov.tr/index

Türk Hemşireler Derneği. (2009). Hemşireler için etik, ilke ve sorumluluklar (s.1-9). Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları. Erişim Adresi: https://www.thder.org.tr/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar

Park, E.J. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics, 19*(1), 139-159. http://dx.doi.org/10.1177/0969733011413491

Utlu, N. (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, *29*, 17-35.

Velioğlu, B. (1998). Hemşirelik eğitiminde esaslar. II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul.

Yalçın, G.Ç. ve Tunç, G. (2022). Yönetici hemşirelerin değişen rolleri. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, *2*(2), 23-30. http://dx.doi.org/10.29228/aijhs.19

Yıldırım, B. ve Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte problem çözme. S*DÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *2*(3), 155-159.

Yıldırım, G., Özden, D. ve Karagözoğlu, Ş. (2013). Ahlaki sıkıntı: Türkiye'de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, *35*, 318-325.

Yıldız, F.T. (2021). Hemşirelikte deontoloji. Ünsal, A. (Ed.), *Hemşirelik tarihi deontoloji ve etik kitabı* içinde (s.50-57). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Yılmaz, Ş. (2022). Temel tıp etiği ilkeleri. Yalım, N.Y. ve Baykara, Z.G. (Ed.), *Hemşirelik ve etik kitabı* içinde (s.51-63). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi.

2. KISIM - PART 2

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

INTERNAL MEDICINE NURSING AND ETHICS

4. BÖLÜM / CHAPTER 4

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN INTERNAL MEDICINE NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Cansu POLAT DÜNYA[1], Medine YÜCESOY[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: cansu.polat@istanbul.edu.tr

[2]Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliğ Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: m.yucesoy@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.04

ÖZ

İç hastalıkları hemşireleri profesyonel rol ve sorumlulukları gereği, yetişkin bireylerin akut ya da kronik hastalık durumlarında holistik yaklaşımla bakım sağlamaya odaklanmaktadır. Sıklıkla karmaşık durumdaki bireylere bakım veren iç hastalıkları hemşireleri, multidisipliner ekibin kilit bir üyesi olarak, hastaya ait bulguları analiz etmekte, hastanın tanısı, bakım ve tedavisi için gerekli olan stratejileri belirlemekte ve bakımın koordinasyonunu sağlamaktadır. Zor ve karmaşık durumların yönetimi ile karşı karşıya kalan iç hastalıkları hemşireleri hasta bakımında, etik ilke ve değerler doğrultusunda kritik kararları verebilmeli ve etik duyarlılık sahibi olmalıdırlar. Bakım sürecinde hemşirenin etik duyarlılık sahibi olması, güvenli bakımı sağlaması, diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde çalışması ve alandaki bilgisini arttırmaya özen göstermesi ortaya çıkabilecek etik sorunları öngörmesine ve çözüm yolları üretmesine yardımcı olabilecek önemli özelliklerinden biridir. İç hastalıkları hemşireleri, klinik uygulamada bilgilendirilmiş onam, mahremiyet ve gizlilik, araştırma etiği, damgalama ve ayrımcılık gibi etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar. İç hastalıkları hemşireliğinin odağında hasta ve yaşam kalitesinin arttırılması, multidisipliner bir yaklaşımla bakımın yönetilmesi sağlanırken aynı zamanda iç hastalıkları hemşirelerinin kritik düşünme, deneyim, araştırma, eğitim, liderlik ve etik duyarlılık becerilerine sahip olmaları da önemlidir. Yaptığı uygulamanın, sağladığı bakımın etik açıdan doğru olup olmadığını sorgulayan hemşirelerin, çözüm aradıkları etik konularda yarar sağlama ve zarar vermeme, özerklik/bireye saygı, insan onuru, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve gizlilik etik ilkelerini rehber almaları elzemdir.

Anahtar Kelimeler: Etik, etik kodlar, etik ilkeler, iç hastalıkları hemşireliği, etik ikilemler

ABSTRACT

Due to their professional roles and responsibilities, internal medicine nurses focus on providing care with a holistic approach to adult individuals' acute or chronic disease conditions. As key members of the multidisciplinary team, internal medicine nurses, who often care for individuals in complex situations, analyze the patient's findings as a key member of the multidisciplinary team, determine the strategies necessary for the diagnosis, care, and treatment of the patient, and ensure the coordination of care.

Internal medicine nurses, who are faced with the management of difficult and complex situations, should be able to make critical decisions in patient care in line with ethical principles and values and have ethical sensitivity. One of the important features of the nurse in the care process is to have ethical sensitivity, to provide safe care, to work in cooperation with other health professionals and to take care to increase her knowledge in the field, which can help her to anticipate ethical problems and produce solutions. Internal medicine nurses face ethical dilemmas such as informed consent, confidentiality and confidentiality, research ethics, stigma, and discrimination in clinical practice. It is important for internal medicine nurses to have critical thinking, experience, research, education, leadership, and ethical sensitivity skills while increasing the patient and quality of life and managing care with a multidisciplinary approach in focus of internal medicine nursing. It is essential that nurses who question whether the practice they provide and the care they provide are ethically correct should take the ethical principles of benefiting or not harming, autonomy/respect for the individual, human dignity, justice, equality, privacy, and confidentiality as their guide.

Keywords: Ethics, codes of ethics, ethical principles, internal medicine nursing, ethical dilemmas

Extended Abstract

Internal medicine nursing has a long and special history in clinical observation, learning new information, and applying current knowledge in treating and caring for diseases. Internal medicine nurses, who participate in the care management of patients with difficult and complex conditions, as well as chronic diseases that are common in society, should pay attention to providing holistic and safe care, working in cooperation with other health professionals, and increasing their knowledge in the field. Internal medicine nurses who encounter contradictory situations may face various ethical dilemmas. Cardiac diseases are an important health problem that causes morbidity and mortality, which is frequently seen in our country as well as all over the world. Patients with cardiac problems may apply to the hospital in the acute phase of the disease, or they may apply to health institutions for reasons such as diagnosis and treatment. In critically ill patients, in cases where the patient is conscious, the nurse should respect the patient's autonomy while meeting the patient's care needs. Since cardiac problems are important, nurses may experience a dilemma about the distribution of healthcare resources and sharing nursing care in the most beneficial way to patients. In such a situation, priority should be given to patients whose condition is more critical and who will benefit most from care. Cancer is an important health problem in our country, as it is in the whole world because it is one of the conditions with a high

mortality rate. The oncology nurse encounters many ethical dilemmas and problems while considering the many factors affecting the patient. Providing accurate information about the diagnosis, prognosis, and treatment of the individual diagnosed with cancer is a requirement of the principle of respect for the autonomy of the individual and this is the responsibility of the physician. However, in this process, due to the role of patient advocacy, the oncology nurse is responsible for observing the patient's right to receive information about the health status of the patient at the right time and with a correct expression, answering the questions of the patient and their relatives about the disease, diagnosis, treatment options and care, and directing them to the physician when necessary. Renal replacement therapies, including dialysis and renal transplantation, which are frequently used in the treatment of end-stage renal disease, contribute to reducing the symptoms of patients and improving their quality of life. Within the scope of the principle of respect for the autonomy of the individual to whom dialysis treatment will be started, it is necessary to be accurately informed about the dialysis treatment process. Although dialysis treatment, which increases the quality of life as well as life expectancy, is a universally preferred treatment option, it also brings problems such as not being able to apply this treatment in every health institution and not being accessible for every patient and unequal distribution of resources. Care should also be taken about the fair distribution of limited resources, as not all patients benefit equally from dialysis treatment. AIDS, the existence of social prejudices, economic losses of insurance companies, patient rights, and occupational risks of health professionals create ethical dilemmas that can be questioned again and again on the basis of this disease. In accordance with the principle of autonomy, patients should be informed about what HIV(+)/AIDS is, how it can be contagious, how it can be transmitted, and the treatment process, and should have the right to decide about their own care. The individual from whom the test sample will be taken should be informed that if the HIV test is positive, notification is obligatory, but when doing this, her/his name is not clearly stated, and the notification is made through the coding system. Stigma and discrimination cause individuals to avoid having an HIV test or applying to a health institution for treatment by those who have HIV(+) results. Nurses who give care to individuals with HIV/AIDS with the fear of the possibility of contagion of the disease may feel fearful due to the possibility of transmission of the disease to them and may exhibit hesitant behaviors in providing care. The internal medicine nurse fulfills many roles and responsibilities such as caregiver, educator, researcher, leader, and patient advocate while giving care to a patient with a complex condition. The internal medicine nurse has ethical responsibilities such as checking the informed consent/permission of the patient, which is obtained in writing by the physician, in the process starting with the

patient's admission to the clinic, at the first encounter with the patient, informing about the disease process and taking the necessary precautions. Respecting the patient's autonomy, protecting the patient's rights, improving the patient's quality of life, and providing care in line with ethical principles is a requirement of the patient advocacy role.

1. Giriş

İç hastalıkları, karmaşık, akut veya kronik hastalığı olan yetişkinlerin, hem hastane hem de toplumdaki bakımından sorumlu olan bir disiplindir. İç hastalıklarının merkezinde hasta yer almakta ve hasta bakımında etik, bilimsel ve holistik bir yaklaşım uygulanmaktadır. Diğer disiplinlerden elde edilen bulguları analiz eden iç hastalıkları hemşiresi hastanın tanısı, bakım ve tedavisi için gerekli olan stratejileri belirlerken aynı zamanda bakımın koordinasyonunu da sağlar. Sıklıkla çoklu morbidite, zor ve karmaşık tanısı olan hastalar ile ilgilenilen bu alanda, iç hastalıkları hemşiresi etik ilkeler çerçevesinde sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerine çözümler aramalı ve buna ek olarak kültürel değerlerine, inançlarına saygı duymalıdır. Bu süreçte hastanın kendi bakım ve tedavisine ilişkin kararlara katılımını desteklemelidir (Koç, Tayaz ve Ceylan, 2020). Bakım sürecinde; hemşirenin etik duyarlılık sahibi olması, ortaya çıkabilecek etik sorunları öngörmesine ve çözüm yolları üretmesine yardımcı olabilecek önemli özelliklerinden biridir. İç hastalıkları hemşiresi; sağlıklı/hasta bireyin bakımında, doğru eyleme karar verebilmek için, etik ilkeler rehberliğinde kendi görev, yetki ve sorumlulukları ile etik yükümlülüklerini, hasta haklarını ve hukuksal düzenlemeleri de bilmelidirler (Özden, Arslan, Ertuğrul ve Karakaya, 2019).

2. Geçmişten Günümüze İç Hastalıkları Hemşireliği ve Etik

İç hastalıkları hemşireliği; klinik gözleme, yeni bilgilerin öğrenilmesine, güncel bilginin hastalıkların bakım ve tedavi uygulamalarına dayalı uzun ve özel bir tarihsel geçmişe sahiptir. Günümüzde gelişen sağlık bakım teknolojileri ve yaşam süresinin uzaması ile kardiyovasküler, serebrovasküler, onkolojik ve geriatrik sorunlar gibi başlıca sorunlar ile karşılaşma sıklığı da artmaktadır. Toplumda sık görülen kronik hastalıkların yanı sıra, zor ve karmaşık duruma sahip hastaların bakım yönetimine katılan iç hastalıkları hemşirelerinin bütüncül, güvenli bir bakımı sağlama, diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde çalışma ve alandaki bilgisini artırmaya özen göstermelidirler. Odağında hasta ve yaşam kalitesinin artırılması olan bu alanda, multidisipliner bir yaklaşımla, bakımın yönetilmesi sağlanırken aynı zamanda hemşirelerin kritik düşünme, deneyim, araştırma, eğitim, liderlik ve etik duyarlılık becerilerine sahip olmaları son derece önemlidir (Enç ve Polat Dünya, 2021).

Hemşireliğin tüm alanlarını ilgilendiren etik konular, iç hastalıkları hemşireliğinin de gündeminde yer almaktadır. İç hastalıkları ile ilgili alanlar, tıp ve hemşirelik etiği sorunlarının sıklıkla ortaya çıktığı alanlar olarak düşünülebilir. İç hastalıkları alanında etik sorunlar; hastaların bakım ve tedavisi konusunda hekimler arasında yaşanan fikir ayrılıklarına, hemşirelerin değer yargıları ve etik ilkeler doğrultusunda karar vermesinin kısıtlanmasına, hasta haklarının

göz ardı edilmesine, hastaların sağlık hizmeti almasını engelleyecek ekonomik nedenlere, aydınlatılmış onam konusundaki sorunlara, diğer sağlık ekibi üyelerinin etik ya da yasa dışı uygulamaları ve tutumlarına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Haddad ve Geiger, 2022).

İç hastalıkları hemşireleri; sağlıklı/hasta bireyin bireysel özelliklerine, tercihlerine saygı duyarak ve hastalar ve sağlık ekibi üyeleri ile iş birliğini sağlayarak bakım verirken sürekli olarak kritik düşünme becerilerini kullanmak durumundadırlar. Bilgi ve tecrübe üzerine temellenen bu gibi beceriler ve hemşirenin kendisine "İyi ve doğru olan nedir? Yaptığım şey, ahlaki açıdan doğru mudur?" sorusunu sorması ile etik kavramını gündeme getirmektedir. Dolayısıyla çelişkili durumlar ile karşı karşıya kalan iç hastalıkları hemşirelerinin kendi rol ve sorumluluklarının farkında olmaları ve kararlarını etik ilkeler; otonomi (özerkliğe saygı), yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ışığında vermeleri gereklidir (Özer, 2009; Özden ve ark., 2019; Haddad ve Geiger, 2022). Kitabın bu bölümünde, iç hastalıkları alanında sık karşılan etik konulara ve hemşirelik uygulamalarına yer verilecektir.

3. Kardiyak Hastalıklarda Hemşirelik ve Etik

Kardiyak hastalıklar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla görülen morbiditeye ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Kardiyak sorunu olan hastalar, hastalığın akut döneminde tanı, tedavi gibi nedenler ile sağlık kuruluşuna başvurabilmektedirler (Kayıkçıoğlu ve Oto, 2020).

Kardiyak sorunlar, yaşamı tehdit edebilen riskli durumlar olduğu için birçok etik sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Bu sorunlar:

- Kritik hastalarda hastanın bilincinin açık olduğu durumlarda, hemşire hastasının bakım gereksinimlerini karşılarken hastasının özerkliğine saygı duymalıdır. Özerkliğe saygı ilkesi, gerçeği söyleme, aydınlatılmış onam alma ve gizlilik ilkelerine hizmet etmektedir. Kardiyak sorunu olan hastalarda, aydınlatılmış onam alacak zamanın olmadığı durumlarda durumlarda hastanın yerine karar verme sorumluluğu ortaya çıkabilmektedir. Hastanın karar veremeyeceği bu gibi durumlarda, hasta yerine yakınlarından onam alınmalıdır. Hasta/yakını istekleri doğrultusunda karar verilmesi gerekmektedir. Hemşirenin böyle bir durumda, hastayı kendi seçimlerinin zararlarından koruma sorumluluğu bulunmaktadır.
- İç hastalıkları hemşireleri terminal dönemde tıbbi tedavisi kısıtlanmış ya da sonlandırılmış olan hastalarda dahil olmak üzere tüm hastalara bireyselleştirilmiş bakım vermeye devam etmeli ve hastaların konforunu sağlamalıdır. Ülkemizde hasta hakları yönetmeliğinin 25. Maddesi kapsamında hastanın kendisine uygulanması planlanan ya da uygulanmakta olan

tedaviyi durdurma ve reddetme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir. Terminal dönemdeki hastanın iletişim kuramadığı durumlarda hasta yakınları hasta adına karar verebilmektedir. Hasta/ailesi/yakını ile anlaşmazlık yaşandığı durumlarda hastanın bakım ve tedavisi bir diğer sağlık profesyoneline bırakılabilmektedir.

- Kardiyak sorunu olan hastanın, yaşamı kurtarıldığında ancak dönüşü olmayan fiziksel veya mental hasar meydana geldiğinde, hastanın yaşam kalitesi etkilenebilmektedir. Bireyin değer sistemlerine bağlı olarak yaşam kalitesi ile ilgili fikirleri farklılık gösterebilmektedir. Bu durumda, hemşire hastanın yaşam kalitesi ile ilgili kararına saygı duymalıdır.
- Kardiyak sorunlar önem arz ettiğinden hemşirelerin sağlık bakım kaynaklarının dağıtımı, hemşirelik bakımını hastalara en yararlı olacak şekilde paylaştırabilme, konusunda ikilem yaşayabilmektedir. Böyle bir durumda, durumu daha kritik olan ve bakımdan en fazla faydalanacak hastalara öncelik verilmelidir.

Kritik durumdaki kardiyak hastaların bakım ve tedavisi, yoğun bakım ünitelerinde yapılmakta ve kardiyoloji yoğun bakım ünitelerinde hemşireler sıklıkla beyin-kalp ölümü, canlandırma yapmayınız istemi ve rahat ölüm (ötenazi) konularında etik sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Yoğun bakım ünitesinde yaşanan etik sorunlara ait detaylı bilgilere "Yoğun Bakım ve Etik" bölümünde yer verilmiştir (Akdeniz, Yardımcı ve Kavukçu, 2021; Haddad ve Geiger, 2022; Özer, 2009).

Olgu: 46 yaşında kadın hasta, hipertansiyon tanısı ile kardiyoloji servisine yatışı yapılıyor. Hasta kendisini iyi hissettiğini ve koridorda gezinmek istediğini ifade ediyor. Hastanın kan basıncını ölçen hemşire, kan basıncının çok yüksek olduğunu görüyor ve bu değeri hemşire gözlem kağıdına kayıt ediyor. Ancak anksiyeteye neden olmaması için hastaya, kan basıncının normal ve 120/80 mmHg olduğunu ifade ediyor. Hemşire, hastanın durumu hakkında hekime bilgi vermek için odadan ayrıldığında, odadan sesler geldiğini duyuyor ve hemen hastanın yanına koşuyor. Hastayı yere düşmüş halde buluyor. Hasta, hemşireye "Tansiyonum iyi demiştiniz, yatağımdan kalkmak istedim ama bir anda başım döndü ve dengemi sağlayamadım, kolum çok ağrıyor" diyor. Doğru ölçüm değerini hastadan gizleyerek hastayı korumak isteyen hemşire, yaşanan bu olaya çok üzülüyor. Yaşanan bu olayda, hemşire siz olsaydınız ne yapardınız? Hastaya kan basıncı değerinin yüksek olduğunu söyler miydiniz? (Özer, 2009).



Etik Analiz: Etiğin temel ilkelerinden biri olan otonomi (özerkliğe saygı), bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılmasını ifade etmektedir. Hemşire bu etik ilke doğrultusunda bakım verdiği hastasının özerkliğine saygı duymalı, hastanın durumu ile ilgili doğruyu bilme hakkına sahip olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Bu olguda, özerkliğe saygı ilkesi öncelikli olmasına rağmen zarar vermeme ve zarardan koruma kavramlarını içeren yarar sağlama ilkesi de, aynı zamanda önemlidir. Bu olgu, doğruyu gizlemenin bazen yarar sağlamaktan öte zarar vereceği gerçeğinin bir örneğidir.

4. Kanser Hastalarında Hemşirelik ve Etik

Kanser sık görülmesi ve mortalite oranı oranının yüksek olması nedeniyle, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde kanser tanısı, bakım ve tedavisindeki gelişmeler, hastaların yaşam süresinin uzamasına olanak sağlanmıştır. Kanser sadece hastayı değil, hastanın tüm sosyal çevresini etkileyen, tanıdan tedavi sürecine ve sonrasına kadar uzanan zorlu bir yolculuktur (Streck, Wardell, LoBiondo-Wood ve Beauchamp, 2020). Bu uzun ve zorlu yolculukta onkoloji hemşiresi, hastayı etkileyen çok sayıdaki faktörü göz önünde bulundururken birçok etik ikilem ve sorunla karşılaşmaktadır. Onkoloji hemşiresi, ayaktan tedaviden uzun süreli bakıma kadar, semptomların kontrolünü sağlamak, kemoterapi ve radyoterapi alan hastayı değerlendirmek, hasta ve ailesinin ihtiyaç duyduğu destekleyici bakım ve bilgileri sağlamak, kanser tedavisinde bakımı organize ederek hastanın ağrısını gidermek, hastalara karşı dürüst olmak, hastanın kendini iyi hissetmesi, iyileşmesi ve tedavi sürecinde yasa ve yönetmeliklere ve etik ilkelere uygun olarak, rol ve sorumluluklarını yerine getirmelidirler (Ghose, Radhakrishnan ve Bhattacharya, 2019; Marron, Charlot, Gaddy ve Rosenberg, 2021).

Onkoloji hemşirelerinin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlar:

- Kanser tanısı olan hastanın tanısı, prognozu ve tedavisi hakkında doğru bilgilendirilmesi, özerkliğine saygı ilkesinin bir gereği olup, bu konu hekimin sorumluluğundadır. Ancak bu süreçte, onkoloji hemşiresi hasta savunuculuğu rolü gereği hastanın sağlığı ile ilgili bilgiyi doğru zamanda ve doğru bir ifade ile alma hakkını gözetmek, hasta ve yakınlarının hastalık, tanı, tedavi seçenekleri ve bakım konusundaki sorularını yanıtlamak, gerektiğinde hekime yönlendirmekle yükümlüdür. Hastanın bilgilendirilmesi, bakım ve tedavinin başarısını tehlikeye sokacaksa ya da karar verme sürecini sekteye uğratarak bireyin sağlığına

yönelik ciddi olumsuz sonuçlar doğuracaksa, bu durumda yarar sağlama ilkesi bağlamında bazen bu bilginin paylaşılmaması gerektiği de düşünülebilmektedir. Hasta hakları yönetmeliğine göre de prognozun iyi olmadığı durumlarda hastada manevi yönden olumsuz etkilere sebebiyet verme olasılığı ya da hastalığın artması ihtimali varsa tıbbi teşhisin saklanması uygun görülmektedir (Ghose ve ark., 2019; Marron ve ark., 2021).

- Özerkliğe saygı ile yarar sağlama değerlerinin çatıştığı durumlarda, bilginin yalnızca bir bölümünü vermek, bilgiyi hiç açıklamamak uygun görülebilmektedir. Bilgiyi açıklayıp açıklamamak konusunda bir karar vermek gerektiğinde, özerkliğe saygı ilkesinin mi yoksa yarar sağlama ilkesinin tercih edilmesi gerektiği konusunda bir formül yoktur. Böyle bir durumda, onkoloji hemşireleri de; hastaya yarar sağlama ilkesi ile hastanın sorularını yanıtlama, eksiksiz ve güvenilir bir bakım sağlama yükümlülükleri arasında çatışma yaşamaktadır. Kanser tanısı olan hastanın, önceki kötü deneyimleri ya da edinilen yanlış bilgiler, bu süreçte yanlış bir karar almasına neden olabilmektedir. Bu gibi durumları önlemek için, sağlıklı bir iletişim ortamı sağlanarak, hasta ve ailesinin tıbbi teşhis ve prognozu duymak için hazır oldukları en uygun zamanın, nasıl ve ne kadar bilgilendirileceğinin değerlendirilmesinde onkoloji hemşireleri kilit bir role sahiptir.
- Kanser tanısı olan hastaların sıklıkla deneyimledikleri ağrının yönetimi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Ağrının ve acının giderilmesinde, yarar sağlama ilkesi göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyin terminal dönemde olması nedeniyle ağrı ve acı deneyimlemesine izin verilmemelidir.
- Yaşam sonuna ilişkin verilen kararlar (örneğin, ötenazi, tıbbi tedavinin durdurulması/geri çekilmesi, kalp akciğer canlandırmasının uygulanmaması kararı ve doğal ölüme izin verme, vb.) sağlık profesyonelleri arasında sıklıkla tartışılan ve hastaya yarar sağlama/zarar vermeme açısından etik ikilemlerin yoğun yaşandığı konulardan biridir. Yaşamın sonuna ilişkin konularda onkoloji hemşiresi, önemli etik sorumluluklar yüklenmektedir. Uzun süre bakım ve tedavi uygulanan hasta, tıbben yapılacak bir şey kalmadığında bakım ve tedavinin sonlandırılmasını talep edebilmektedir. Bu durumda, onkoloji hemşiresinin en büyük sorumluluğu altta yatan nedeni titizlikle incelemektir. Böylece, nedene yönelik çözümler bulunduğunda hastanın algısı değişebilmektedir (Ghose ve ark., 2019; Marron ve ark., 2021; Yalım, 2020).
- Kanser tanısı olan bireylerde, etik açıdan tartışmalı diğer bir konu da uygulanan boşuna tedavilerdir. Boşuna tedavi, sınırlı kaynakların akılcı kullanılmamasına, hastaya daha fazla ıstırap vermesi yoluyla zarar vermesi ve yaşam yerine ölümü uzatması nedeniyle etik

açıdan tartışmalıdır. Uzatıldığı varsayılan yaşamın kalitesi, yarar sağlama-zarar vermeme etik ilkeleri açısından sorgulanmalıdır. Boşuna tedaviye yönelik, diğer eleştirilerden biri de fizyolojik açıdan hiçbir yarar sağlamadığı halde, psikolojik yarar açısından devam edilen tedavi nedeniyle diğer hastaların sınırlı kaynaklardan adil pay almalarının engellenebileceği görüşüdür. Yaşamı destekleyen girişimler ile hastaya tıbbi açıdan hiçbir yararı olmasa bile, hastayı rahatlatmayı ve destek vermeyi amaçlayan hemşirelik bakımı devam etmektedir (Akdeniz ve ark., 2021).

- Kanser tanısı konulan hastalarda, çeşitli klinik araştırmalar yürütülmektedir. Klinik araştırmalarda; randomizasyon, bilgilendirilmiş onam, ilaç araştırmaları, genetik testler ve çıkar çatışması gibi konularda etik sorunlar yaşanabilmektedir. Bu süreçte, hemşirenin öncelikle hastaları doğru bilgilendirerek onamlarının alınıp alınmadığından, araştırmanın

Olgu: 78 yaşında kadın hastaya, yaklaşık bir ay önce son evre akciğer kanseri tanısı konuluyor. Hastanın tedavi protokolünde, kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yer aldığı ve henüz tedavinin ilk haftasının tamamlandığı öğreniliyor. Hasta, kanserin son evre olması nedeniyle de kansere yönelik ek tedavi önerilmediğini ifade ediyor. Son zamanlarda, iştahsız olduğunu ve son bir ayda yaklaşık 15 kilo kaybettiğini ifade ediyor. Hasta, tedavi protokolünün ikinci haftasında, hemşiresine yaşadığı bulantı, kusma ve halsizlik nedeniyle tedaviye devam etmek istemediğini ve ayrıca bu tedavilerin yerine akciğer kanseri olan bir yakınının hacamattan fayda gördüğü için "hacamat" yaptırmak istediğini ifade ediyor. Bu durumda, hemşire ne yapmalıdır?



Etik Analiz: Bu olguda, etik ikilem yarar sağlama-zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri arasındadır. Bu ilkeler arasında hiyerarşik bir düzen bulunmadığı için, hangi ilkenin öncelikli bu olguya uygulanacağı konusunda kesinlik bulunmamaktadır. Olguda, hastanın kararı kanıtlanmış tıbbi kanıtlar yerine alternatif bir yaklaşıma dayanmaktadır. Hastanın sağlık sorunu önemli bir mortalite/morbidite riski içerdiğinden, hastanın kararı etik açıdan geçersiz hale gelebilir. Hemşire, hastaya hacamatın yararının bilimsel yöntemlerle kanıtlanmadığını açıkladıktan sonra önerilen tedaviye devam etmediği takdirde semptomlarının kötüleşebileceği bilgisini hastaya vermeli ve ayrıca tedavi ile ilgili kararını hekimi ile görüşmesi için hastayı yönlendirmelidir.

hastaya yarar sağlayacak ve olası zararları önleyecek şekilde tasarlanıp tasarlanmadığından, araştırmada katılımcıların hakları konusunda adil olunup olunmadığına ilişkin hasta savunuculuğu rollerini yerine getirmesi gerekmektedir (Ghose ve ark., 2019; Marron ve ark., 2021; Yalım, 2020).

5. Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik ve Etik

Günümüzde son dönem böbrek hastalıklarının tedavisinde, sıklıkla kullanılan diyaliz ve renal transplantasyonu içeren renal replasman tedavileri, hastaların semptomlarının azalmasına ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. 2030 yılına kadar diyalize gereksinim duyan hasta sayısının, dünya çapında ikiye katlanacağı tahmin edilmekte ve en fazla artışın düşük ve orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir (Büyükbayram ve Aksoy, 2021). Diyaliz tedavisi uygulanan hastalar, komorbid durumlara ek olarak ortaya çıkan ve yaşamı tehdit edici olabilen akut durumlara bağlı fiziksel ve psikososyal birçok sorun ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu sorunlar nedeniyle, hastaların yaşam kalitesi azalmakta ve bakım ve tedavileri zorlaşmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonelleri diyaliz tedavisinin başlatılması, sürdürülmesi ve kesilmesi ile ilgili kararlarda, kaynakların adil dağılımı konusunda etik ikilemler yaşayabilmektedirler (Martin ve ark., 2020).

Diyaliz hemşirelerinin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlar:

- Diyaliz hemşireleri özerklik, yarar sağlama-zarar vermeme ve kaynakların adil dağılımı konularında etik ikilemler ile karşılaşmaktadırlar. Özerklik, yarar sağlama-zarar vermeme ve adalet etik ilkeleri, diyaliz hastaları için tıbbi karar vermenin tüm yönlerini etkileyen ilkeler bütünüdür. Diyaliz tedavisi başlanacak hastanın özerkliğine saygı ilkesi kapsamında, diyaliz tedavi süreci ile ilgili doğru bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte diyaliz hemşireleri, hasta savunuculuğu rolü gereği hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgiyi alma hakkını gözetmeli, hasta ve yakınlarının diyaliz tedavisi, komplikasyonları ve bakımı konusundaki sorularını yanıtlamak, gerektiğinde hekime yönlendirmekle yükümlüdürler.
- Diyaliz hastaları; tedaviyi uygulamakta güçlük, damar yolu sıkıntısı, sık hipotansiyon, sorunlar, aritmiler gibi çeşitli komplikasyonlar ile eşlik eden kronik hastalıklar, psikososyal ve iletişim engelleri gibi farklı nedenler ile tedaviyi reddetmek isteyebilmektedirler. Böyle bir durumda özerkliğe saygı ve yarar sağlama-zarar vermeme etik ikilemleri yaşanabilmektedir. Bu etik sorunların çözümünde ise hekim, hemşire ve hasta yakınları iş birliği yaparak ortak bir karara varması son derece önemlidir (Bhojaraja, Singhai, Kumar ve Sreelatha, 2021).

- Yaşam süresi gibi yaşamın kalitesini de artıran diyaliz tedavisi, evrensel olarak tercih edilen bir tedavi seçeneği olsa da, her sağlık kuruluşunda bu tedavinin uygulanabilir olmaması ve her hasta için ulaşılabilir olmaması gibi kaynakların adil dağılmaması sorunlarını da birlikte getirmektedir. Bu sorunların yanı sıra, sağlık sisteminin özelleşmesi ve yüksek tedavi ücretleri gibi çeşitli ekonomik nedenler, hastanın tedaviye erişimine engel olabilmekte ve buna bağlı olarak hastanın tedaviden yararlanma hakkından mahrum kalmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, hastaya yarar sağlama ilkesi göz önünde bulundurularak konservatif bir tedavi seçeneği düşünülmelidir (Pais ve Luyckx, 2023).
- Her hasta diyaliz tedavisinden eşit fayda sağlamadığı için sınırlı kaynakların adil dağılımı konusunda da dikkatli olunmalıdır. Yaşlı hastalarda mevcut komorbiditeler, diyaliz tedavisine bağlı komplikasyon riski artışı, diyaliz tedavisine erişimin kısıtlı olması, tedavinin faydasızlığı, tedavinin durdurulması ve maliyeti gibi konularda etik ikilemlere yol açmaktadır (Pais ve Luyckx, 2023).
- Diyaliz hastaları COVID-19 pandemisi sürecinde, etik açıdan zorlu hasta gruplarından olmuştur. Pandemi nedeniyle hem diyaliz hastalarının tedavisine erişimi kısıtlanmış, hem

Olgu: Hemodiyaliz ünitesinde tedavisi uygulanan hasta, diyaliz esnasında hemşireye "Başım dönüyor ve kendimi çok kötü hissediyorum. Lütfen beni diyalizden ayırır mısınız?" talebinde bulunuyor. Hemşire, bu durumu sorumlu hekime bildiriyor ancak hekim diyalizin sonlandırılmasına gerek olmadığını ifade ediyor. Hasta hemşireye "Benimle neden ilgilenmiyorsunuz, sizi şikayet edeceğim" şeklinde tepki veriyor. Bu durumda, hastanın hemşiresi olarak ne yapardınız?



Etik Analiz: Bu olguda etik ikilem yarar sağlama/zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri arasındadır. Bu ilkeler arasında hiyerarşik bir düzen bulunmadığı için hangi ilkenin öncelikli bu olguya uygulanacağı konusunda kesinlik bulunmamaktadır.

Bu olguda hemşire, hastanın özerkliğine saygı duyarak, hasta savunucusu rolü gereği hekime hastanın durumunu ve isteğini bildiriyor. Hemşire, hastaya durumunu hekim ile görüştüğünü söylerek hekimin kararını, neden tedaviye devam etmesi gerektiğini açıklamalıdır. Ayrıca özerkliğe saygı ilkesi kapsamında, hastanın hekim ile görüşmesini sağlayarak, hastanın durumu ile ilgili ortak karar verilmesine yardımcı olmalıdır.

de COVID-19'un neden olduğu akut böbrek hasarı nedeniyle, sınırlı sayıdaki diyaliz cihazlarına ihtiyaç artmıştır (Martin ve ark., 2020). Sınırlı sayıdaki cihazların, adil ve etkin kullanımı nasıl olmalı sorusuna yanıt aranırken, aşı olmak istemeyen ya da kararsız kalan diyaliz hastaların yönetimi de lojistik ve etik açıdan ek zorluklara yol açmıştır. Bir yandan, özerkliğe saygı ilkesi gereği aşılanmayan hastaların, diyaliz tedavisi alma hakkı bulunurken diğer yandan diğer hastaların ve sağlık profesyonellerinin kendileri için risk oluşturabilecek aşılanmamış bireylerden korunma hakkı bulunmaktadır. Aşılanmamış hastaların ayrı bir odada diyaliz tedavisine alınması, bağışıklığı daha düşük hastalar için risk oluşturabilecek, aşı olmamış hastaların izole odalarda tedaviye alınması ayrımcılığa neden olabilecek ve aşılanmamış olma durumunun gizliliğinin ortaya çıkmasına neden olabilecektir. Dolayısıyla, diyaliz ünitelerinde aşılanmamış hastaların yönetimi, çözülmesi kolay olmayan bir dizi etik zorluk getirmektedir (Alfano ve ark., 2022).

6. Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) Hastalarında Hemşirelik ve Etik

Edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS), 1980'li yıllarda Amerika'da eşcinsel erkeklerde Pneumocyctis carinii pnömonisi ve Kaposi sarkomu olgularında artış olması ile ortaya çıkmıştır. 1983 yılında, insan immün yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus, HIV) immün yetmezliğe neden olduğu tespit edilmiştir. 2022 yılı verilerine göre, dünya genelinde 39 milyon kişi HIV ile yaşadığı, ülkemizde ise 15 Kasım 2022 tarihine kadar toplam 36.630 kişinin HIV tanısı olduğu bildirilmiştir (WHO, 2023). AIDS toplumsal önyargıların varlığı, sigorta şirketlerinin ekonomik kayıpları, hasta hakları, sağlık profesyonellerinin meslek riskleri bu hastalık temelinde yeniden ve çok yönlü sorgulanabilecek etik ikilemler yaratmaktadır. Bu konu ile ilgili Fredrick Reamer, HIV salgınının sağlık uzmanlarının ahlaki cesaretini, belki de daha önce hiçbir halk sağlığı krizinin yapmadığı bir şekilde sınadığını ifade etmiştir (Reamer, 1993). HIV ve AIDS ile ilgili etik sorunlar, bu konudaki inançlar, damgalama, bilgi eksikliği ve korku nedeniyle zorlayıcı ve karmaşıktır (Lu, Huang, Khoshnood, Koniak-Griffin, Wang ve Yang, 2022). Özerkliğe saygı ilkesi, yarar sağlama ve adalet kavramları ile ilgili etik ikilemlerin merkezinde olan HIV(+) ve AIDS bireylerin bakım ve tedavisi konusunda hemşirelerin yetkin olması, damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilemeden etik ilkeler doğrultusunda yaklaşımda bulunması elzemdir (Crock ve Tilley, 2019).

HIV(+)/AIDS'li bireylerin hemşirelik bakımına rehberlik etmesi gereken bazı temel etik ilkeler şunlardır:

- Özerklik ilkesi gereği hastalar HIV(+)/AIDS'in ne olduğu, bulaşıcı olabileceği, bulaşma yolları, bakım ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmeli, kendi bakımları hakkında karar verme hakkına sahip olmalıdır. HIV(+) şüphesi olan bireyin yararına olacağı düşünülse bile bilgilendirme yapılmadan ve onamı alınmadan HIV testi yapılmamalı, bakım ve tedaviye başlanmamalıdır. Toplumsal önyargıların bu kadar fazla olduğu bir hastalıkta, bilgilendirme önemli ve hastanın prognozunda belirleyici olabilmektedir (Lu ve ark., 2022).
- HIV(+)/AIDS şüphesi olan bireyin, mahremiyetine saygı duyulmalıdır. Test örneği alınacak bireye, HIV testinin pozitif olması durumunda bildirimin yapılmasının zorunlu olduğu ancak bunu yaparken isminin açıkça belirtilmediği, kodlama sistemi ile bildirimin yapıldığı konusunda bilgilendirilmelidir. HIV testinin reaktif olması durumunda, doğrulama testi yapılmasının yasal zorunluluk olduğu ve doğrulama sonrası HIV tanısı olan bireylerin kodlama şeklinde Sağlık Bakanlığı'na bildirileceği belirtilmelidir (Hlongwa, 2016; Khac Hai, Lawpoolsri, Jittamala, Thi Thu Huong ve Kaewkungwal, 2017).
- HIV(+)'e yönelik damgalanma ve ayrımcılık, HIV'in kontrolünün önündeki başlıca etik sorunlardan biridir. Damgalanma ve ayrımcılık, bireylerin HIV testi yaptırmaktan veya HIV pozitif sonuç almış olanların ise, bakım ve tedavi için bir sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınmalarına yol açmaktadır. HIV(+)/AIDS bireylerin, daha sık sağlık kurumlarında sağlık profesyonellerinin önyargıları nedeniyle ayrımcılık ve damgalanmaya maruz kaldığı bilinmektedir. Bireylerin yakınlarının istek ve endişelerini önemsememek, sağlık kurumu dışına bilgi sızdırmak, HIV(+) şüpheli veya tanısı olan bireylere karşı suçlama, uygunsuz bir tavırla eleştirme gibi hoş olmayan davranışlar sergilemek, hasta kayıtlarının açıkça paylaşılmasıyla mahremiyet ve gizliliğin ihlali, bakım vermeyi reddetme veya çekinceli davranışlarda bulunmak gibi olumsuz davranışlar ayrımcılık ve damgalanmaya neden olabilmektedir (Fauk, Ward, Hawke ve Mwanri, 2021). Bu gibi durumlarda hemşireler HIV(+)/AIDS'li bireylerin özerkliğine saygı duymalı, her koşulda hastaya yarar sağlama etik ilkesi doğrultusunda hasta savunuculuğu rolünü yerine getirmelidir (Dewi, Sari, Fatah ve Astutik, 2020).
- Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin kişilerin sahip oldukları hastalıklara bakmaksızın tüm bireylerin gereksinimi olan bakım ve tedaviyi ayrım yapmaksızın verme sorumluluğu bulunmaktadır. HIV(+)/AIDS'li bireylere bakım veren hemşireler, hastalığın kendilerine bulaşma ihtimali nedeni ile korku hissine kapılabilmekte ve bakım verme konusunda çekinceli davranışlar sergileyebilmektedir. Bu durumun, hemşireler tarafından tedavi ve bakım verme yükümlülüğünün yanı sıra kişilerin sağlık bakımı alma hakkının ihlaline neden olduğu göz ardı edilmemelidir (Rogers, 1989).

Olgu: Bir eğitim ve araştırma hastanesinin nöroloji kliniğine multipl skleroz (MS) tanılı hastanın yatışı yapılıyor. MS tedavisinde yeni bir ilaç araştırması yapan hekim, hastaya bu yeni tedavi hakkında bilgi veriyor ve bu tedavi öncesi bazı kan örneklerinin alınması gerektiğini belirtiyor. Ardından hemşireye, hastadan kan örnekleri istediğini ve alınan kan örneklerinin araştırma laboratuvarına gönderilmesi gerektiğini ifade ediyor. Hekim, hastaya kan sonuçları çıkınca, kendisine bilgi verileceği konusunda açıklama yapıyor. Birkaç gün sonra hemşire hastadan alınan kan örneklerini incelediğinde, hastanın HIV(+) olduğunu fark ediyor. HIV testi aslında hastanın araştırma protokolünde yer almayan bir test idi. Hemşire hekime yapılan HIV testinin araştırmanın protokolünde yer almadığını ve bu test için hastadan ayrı bir onam alınmadığını ifade ediyor. Hekim ise, laboratuvardaki asistanların güvenliği için tüm hastalardan HIV testi istenmesi gerektiğini ve bu sonuçtan hastaya araştırma protokolü (4 ay) tamamlanıncaya kadar bahsetmeyeceğini açıklıyor. Hemşire hekime "Laboratuvarda görev yapan asistanlarınızı korumak için bu testi yaptırmanızı anlıyorum. Ancak bunu hastadan saklamanızı kabul edemem. Ayrıca kan örneklerini alan sağlık profesyoneli bendim ve benden bu durumu sakladınız, bunu doğru bulmuyorum" şeklinde açıklama yapıyor. Hekim hemşireye endişelenmekte haklı olduğunu, fakat bu araştırma protokolünde yer alacak hastalara HIV testi yapılacağının söylenmesi durumunda hastaların önemli bir kısmının araştırmaya katılmak istemeyeceğini ifade ediyor. Bu araştırma için yapılan testler laboratuvar asistanları için önemli bir HIV maruziyeti riski oluşturduğundan, araştırma ekibi tarafından HIV testinin tüm kan örnekleri üzerinde yapılmasına ve hastalara testin yapıldığına dair açıklama yapılmamasına karar verildiğini açıklıyor. Hemşire hekime, araştırma ekibinin hastalardan gerçeği saklamasının bir parçası olmaktan rahatsızlık duyduğunu kesin bir dille ifade ediyor. Hekim, sağlık profesyonellerini ve diğer hastaları korumak için hastanın başka bir odaya alınmasını istiyor ve hemşireye bu konuda ona yardımcı olması konusunda ricada bulunuyor. Hemşire, nörolojik sorunları olan MS'li hastanın 4 ay beklemesinin hastayı başka risklere maruz bırakabileceğinden endişe ediyor. Ancak bu koşullar altında, ne yapması gerektiğinden ve ne yapabileceğinden emin olamıyor. Sonuçta burası bir araştırma hastanesi ve araştırma yapılması önceliklidir. Sizce yapması gereken "doğru" şey nedir?

Etik Analiz: Bu olguda, etik ikilem özerkliğe saygı, mahremiyet ve yarar sağlama/zarar vermeme ilkeleri arasındadır. HIV testi, mahremiyet, potansiyel ayrımcılık ve başkalarının HIV enfeksiyonu riskine maruz kalmama hakları ile ilgili etik sorulara yol açmaktadır. HIV testi bazı özel durumlar dışında, gönüllülük esasına dayanır. Özerkliğe saygı ilkesi kapsamında alınan bilgilendirilmiş onam, HIV testi öncesi alınmalıdır. Testin pozitif çıkması halinde, birey tedaviye başlama veya tedavi için mevcut bir klinik araştırmaya katılma hakkını kullanabilir. Bu olguda, hemşire hekim tarafından hem hastaya ve kendisine bilgi verilmemesinden hem de diğer hastalara ve sağlık çalışanlarına HIV bulaşma riskinden rahatsızlık duymaktadır. Hemşire bu olayda özerkliğe saygı ilkesinin ihlal edilmesinin yanı sıra hastaya zarar verme riskinden de endişe duymaktadır. MS tanısı olan ve artık HIV pozitif olduğu bilinen bireyin araştırma tamamlanana kadar durumu hakkında bilgilendirilmemesi, tedaviye başlama konusunda bilinçli kararlar vermesini engelleyeceğinden ve durumunun kötüleşmesine neden olabileceğinden özerkliğe saygı ilkesi ve yarar sağlama/zarar vermeme ilkesi açısından soruna neden olmaktadır. Hemşire MS'li bireyin HIV testi hakkında bilgilendirilmesini sağlamalı ve bireyin onayı alındıktan sonra araştırmaya dahil olması gerektiğini savunmalıdır.

- HIV(+)/AIDS'li bireylerde damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle, eşitlik ve adalet ilkesinin en başta sosyokültürel açıdan zedelenmiş olduğu görülmektedir. Yüksek maliyetli ve devamlı bakım gerektirmesi nedeni ile tedaviye ulaşma şansı da çok boyutlu eşitsizliklere neden olabilmektedir. Tedaviye ulaşma şansı bulan bireyler ise, bakım ve tedavi sürecinde sağlık ekibi üyelerinin enfeksiyon bulaşı korkusu ile karşı karşıya kalabilmektedir (Elamin, Rajaa, Adetunji, Khalid ve Siddiq 2019; Fauk ve ark., 2021).
- HIV(+)/AIDS'li bireyler sağlık hizmetlerine eşit ulaşma konusunda bazı zorluklar yaşayabilmektedirler. Damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle, eşitlik ve adalet ilkesinin en başta sosyokültürel açıdan zedelenmiş olduğu görülmektedir. Yüksek maliyet ve devamlı bakım gerektirdiğinden tedaviye ulaşma şansı da çok boyutlu eşitsizliklere neden olabilmektedir. Tedaviye ulaşma şansı bulan bireyler ise, bakım ve tedavi sürecinde sağlık ekibinin enfeksiyon bulaş korkusu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Enfeksiyon bulaş ihtimali yüksek olan AIDS benzeri hastalıklarda bilgilendirme önemli ve hastanın prognozunda belirleyici olabilmektedir (Lu ve ark., 2022).

7. İç Hastalıkları Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları

- İç hastalıkları hemşiresi, farklı disiplinler ile işbirliği içerisinde akut ve kronik durumdaki hasta bakımını gerçekleştirirken birçok etik sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. İç hastalıkları hemşiresi karmaşık durumu olan hastaya bakım verirken bakım verici, eğitici, araştırmacı, lider, hasta savunucusu gibi birçok rolü ve sorumluluğu da yerine getirmektedir. Bu rol ve sorumlulukları yerine getirirken, mesleki etik ilkeler olan özerkliğe saygı, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ilkeleri iç hastalıkları hemşireliği uygulamalarına rehberlik etmektedir.
- İç hastalıkları hemşiresi hasta ile ilk karşılaştığı anda, hastanın kliniğe kabulü ile başlayan süreçte hekim tarafından yazılı olarak alınan hastanın aydınlatılmış rızasını/iznini kontrol etmek, hastalık süreci ile ilgili bilgilendirmek ve gerekli önlemleri almak gibi etik sorumlulukları bulunmaktadır.
- İç hastalıkları hemşiresi, hastanın özerkliğine saygı duyarak, hasta haklarını korumak, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, bakım ve tedaviyi etik ilkeler doğrultusunda sağlamak, hasta savunuculuğu rolünün bir gereğidir.
- İç hastalıkları hemşiresi, hastanın bilgilendirilmesi, bakım ve tedavisi, eğitimi ile ilgili kararlara katılmasına ve durumu ile ilgili kendi tercihlerini yapabilmesine olanak sağlamalıdır.

- Hasta bakımında profesyonel tutum ve davranışları sergilerken öncelikle zarar vermeme ve yarar sağlamayı amaç edinmelidir.
- Hastanın özerkliğine saygı duyan, yarar sağlayan, zarar vermeyen ve adaletli bir sağlık bakım hizmeti sunarken farklı disiplinler ile iletişim halinde olan, bakımı koordine ederken etik yaklaşımlar ile liderlik rolünü yerine getiren kişiler olmalıdır. İç hastalıkları hemşireleri tıbbi bakımları hakkında bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmak için hastaları sağlık koşulları ve hastalığın ilerlemesi konusunda eğitmelidir. Tedavi seçeneklerini, riskleri ve olası yan etkileri daha iyi anlamak için hastaların hekimlerine danışabileceği konuları önermelidirler.
- İç hastalıkları hemşirelerinin yalnızca hastalara karşı değil aynı zamanda bakım verirken işbirliği içinde çalıştığı tüm sağlık profesyonellerine karşı etik açıdan önemli rol ve sorumlulukları vardır. Hasta savunuculuğu rolünü gerçekleştirirken birlikte çalıştığı ekibin etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesinde lider olmalıdır.
- İç hastalıkları hemşireleri eğitici rolü gereği hem hastalara ve topluma, hem de diğer sağlık profesyonellerine karşı etik ilkeler ve değerler doğrultusunda yol gösterici ve işbirlikçi olmalıdır. (Ganz ve ark., 2019; Özden ve ark., 2019; Varkey, 2021).

8. Sonuç

İç hastalıkları hemşiresi farklı alanlarda etik ikilemler ile karşı karşıya kalabilmektedir. İç hastalıkları hemşiresi, görev yaptığı alanda, bireyin bakımı ve tedavi sürecinde mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirirken etik duyarlılığa sahip olmalıdır. Bireyin özerkliğine ve mahremiyetine saygı duymalı, önce "zarar vermeme" yaklaşımı ile adaletli bir bakım sağlayarak yaşam kalitesini artırmaya odaklanmalıdır.

Kaynaklar/References

Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at end-of-life care. *SAGE Open Medicine, 9,* 20503121211000918. https://doi.org/10.1177/20503121211000918

Alfano, G., Fontana, F., Morisi, N., Mori, G., Cappelli, G., Magistroni, R., & Donati, G. (2022). Ethical challenges in managing unvaccinated patients receiving chronic in-center hemodialysis. *Clinical Kidney Journal, 15*(4), 615-617. https://doi.org/10.1093/ckj/sfab276

Bhojaraja, M. V., Singhai, P., Kumar, M. S., & Sreelatha, M. (2021). Withdrawal from dialysis: Why and when? *Indian Journal of Palliative Care, 27(Suppl 1),* S30. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_66_21

Büyükbayram, Z. ve Aksoy, M. (2021). Hemodiyaliz hastalarının semptom yönetiminde kullanılan integratif yöntemler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 16*(1), 30-40.

Crock, E. & Tilley, D. (2019) Nursing ethics in the care of people with HIV. Retrieved from: hivmanagement.ashm.org.au/nursing-ethics-in-the-care-of-people-with-hiv/

Dewi, D. M. S. K., Sari, J. D. E., Fatah, M. Z., & Astutik, E. (2020, February). Stigma and discrimination against people living with HIV and AIDS in Banyuwangi, East Java, Indonesia. In *4th International Symposium on Health Research (ISHR 2019)* (pp. 154-159). Bali, Indonesia: Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200215.030

Duyan, V., Karataş, M. ve Yalım, Y. (2020). Kanser ve etik. V. Duyan, M. Karataş, M. D. Pak Güre, (Ed.), *Onkolojik Sosyal Hizmet* içinde (s. 53-75). İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Elamin, M. O., Rajaa, Y., Adetunji, H. A., Khalid, S., & Siddiq, R. (2019). Stigma and discrimination among health care providers towards people living with HIV/AIDS (PLWHA). *International Journal of Public Health Science, 8*(1), 36-44. https://doi.org/10.11591/ijphs.v8i1.17081

Enç, N. ve Polat Dünya, C. (2021). İç hastalıkları hemşireliğine giriş: İç hastalıkları hemşiresinin rol ve sorumlulukları. N. Enç (Ed.), *İç hastalıkları hemşireliği* (Genişletilmiş ve güncellenmiş 3.bs). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Fauk, N. K., Ward, P. R., Hawke, K., & Mwanri, L. (2021). HIV stigma and discrimination: perspectives and personal experiences of healthcare providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. *Frontiers in Medicine, 8*, 625787. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.625787

Ganz, F. D., Sharfi, R., Kaufman, N., & Einav, S. (2019). Perceptions of slow codes by nurses working on internal medicine wards. *Nursing Ethics, 26*(6), 1734-1743. https://doi.org/10.1177/0969733018783222

Ghose, S., Radhakrishnan, V., & Bhattacharya, S. (2019). Ethics of cancer care: Beyond biology and medicine. *Ecancermedicalscience, 13,* 911. https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.911

Haddad, L.M., & Geiger, R. A. Nursing ethical considerations. (2022). In *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls publishing.

Hlongwa, P. (2016). Current ethical issues in HIV/AIDS research and HIV/AIDS care. *Oral Diseases, 22* (Suppl 1)*,* 61–65. https://doi.org/10.1111/odi.12391

Kayikcioğlu, M. ve Oto, A. (2020). Control and management of cardiovascular disease in Turkey. *Circulation, 141*(1)*,* 7-9. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.037606

Khac Hai, N., Lawpoolsri, S., Jittamala, P., Thi Thu Huong, P., & Kaewkungwal, J. (2017). Practices in security and confidentiality of HIV/AIDS patients' information: A national survey among staff at HIV outpatient clinics in Vietnam. *PLoS One, 12*(11), e0188160. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188160

Koç, A., Tayaz, E. ve Ceylan, E. (2020). İç hastalıkları hemşireliği doktora programının önemi ve türkiye'deki durum analizi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 1*, 144-152.

Lu, X., Huang, H., Khoshnood, K., Koniak-Griffin, D., Wang, H., & Yang, M. (2022). Ethical decision-making of health professionals caring for people living with HIV/AIDS in Hunan, China: A Qualitative Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 59,* 00469580221127789. https://doi.org/10.1177/00469580221127789

Marron, J. M., Charlot, M., Gaddy, J., & Rosenberg, A. R. (2021). The ethical imperative of equity in oncology: Lessons learned from 2020 and a path forward. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. *Annual Meeting, 41,* e13–e19. https://doi.org/10.1200/EDBK_100029

Martin, D. E., Harris, D. C., Jha, V., Segantini, L., Demme, R.A., Le, T.H., ... & Vanholder, R. (2020). Ethical challenges in nephrology: A call for action. *Nature Reviews Nephrology, 16*(10), 603-613. https://doi.org/10.1038/s41581-020-0295-4

Özden, D., Arslan, G.G., Ertuğrul, B. ve Karakaya, S. (2019). The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing ethics, 26(4),* 1211-1225. https://doi.org/10.1177/0969733017736924

Özer, S. (2009). Kardiyoloji yoğun bakım hemşireliğinde etik. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13*(1), 6-12.

Pais, P., & Luyckx, V. (2023). Key ethical challenges in providing dialysis in low resource settings view from the trenches. *Indian Journal of Medical Ethics, 8*(1), 10-12. https://doi.org/10.20529/IJME.2023.003

Reamer, F. G. (1993). AIDS and social work: The ethics and civil liberties agenda. *Social Work, 38*(4), 412-419.

Rogers, B. (1989). AIDS and ethics in the workplace. *Nursing Outlook, 37*(6), 254.

Streck, B. P., Wardell, D. W., LoBiondo-Wood, G., & Beauchamp, J. E. (2020). Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: A review of the literature. *Psycho-oncology, 29*(6), 974-989. https://doi.org/10.1002/pon.5382

Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice, 30*(1), 17-28. https://doi.org/10.1159/000509119

WHO. (2023, 7 August). HIV and AIDS. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gclid=Cj0KCQjwib2mBhDWARIsAPZUn_luQ60wHj95NhSNnyLjzHWshSxBd6KyaDnSy1pD-RF_4PR4layyC4YQaAsnyEALw_wcB

5. BÖLÜM / CHAPTER 5

YOĞUN BAKIM VE ETİK

INTENSIVE CARE AND ETHICS

Cansu POLAT DÜNYA[1], Medine YÜCESOY[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: cansu.polat@istanbul.edu.tr

[2]Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: m.yucesoy@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.05

ÖZ

Yoğun bakım üniteleri bilimsel ve teknolojik gelişmeler doğrultusunda kritik durumdaki hastalara ileri yaşam desteğinin sunulduğu özellikli birimlerdir. Yoğun bakım üniteleri hızlı karar vermeyi gerektiren stresli bir ortamdır. Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte ölümle sonuçlanan birçok hastalığın iyileşmesine olanak sağlanmaktadır. Ancak bazı durumlarda gelişen teknoloji de yetersiz kalabilmekte, bir girişim bazı hastalar için hayatta kalmayı sağlarken bazı hastalar için yalnızca ölümü geciktirmeye yardımcı olmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri hasta ile 7/24 birlikte olan, hastanın durumundaki değişiklikleri yakından gözlemleyen ve acil durumlarda ekip içinde hızlı karar alması gereken meslek üyesi olarak, karmaşık ve aniden ortaya çıkan sorunlarla daha sık karşılaşmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde, hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlar arasında hastaların bakımı ve tedavisi konusunda aydınlatılmış onam alma, kalp akciğer canlandırması, tedavinin kesilmesi veya sonlandırılması, tıbbi kaynakların adil paylaştırılması yer almaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinin ortaya çıkabilecek etik sorunlar hakkında yeterli bilgi ve etik duyarlılığa sahip olmaları elzemdir. Yoğun bakım hemşireleri, multidisipliner ekibin önemli birer üyeleri olarak profesyonel, hasta savunucusu ve eğitici rol ve sorumlulukları ile etik sorunların çözümünde anahtar kişilerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin en önemli sorumluluğu kritik karar verebilme becerisini kullanarak ortaya çıkan etik sorunları, temel etik ilkeler doğrultusunda çözüme kavuşturmaktır. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin etik ilkeleri ve etik davranışları benimsemeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşirelik, etik, etik ilkeler, etik ikilemler

ABSTRACT

Intensive care units are specialized units where advanced life support is provided to critically ill patients in line with scientific and technological developments. Intensive care units are stressful environments requiring rapid decision-making. Today, with developing technology, it is possible to cure many diseases that result in death.

However, in some cases, even the developing technology may be insufficient, and while an intervention provides survival for some patients, it only helps to delay death for some patients. Intensive care nurses, as professional members with the patient 24/7, closely observe the changes in the patient's condition and make quick decisions within the team in emergencies, encountering complex and sudden problems more frequently. Ethical problems frequently encountered by nurses in the intensive care unit include obtaining informed consent for the care and treatment of patients, heart-lung resuscitation, interruption or termination of treatment, and fair allocation of medical resources. Intensive care nurses must have sufficient knowledge and ethical sensitivity about ethical problems that may arise. Intensive care nurses, as essential multidisciplinary team members, are key persons in solving ethical problems with their professional, patient advocate, and educator roles and responsibilities. The most important responsibility of intensive care nurses is to solve ethical problems in line with basic ethical principles by using their critical decision-making skills. Therefore, ethical intensive care nurses need to adopt ethical principles and ethical behaviors.

Keywords: Intensive care, nursing, ethics, ethical principles, ethical dilemmas

Extended Abstract

Intensive care units aim to heal critically ill patients, use devices with various features and advanced technology in patient care, monitor patients' vital signs 24 hours a day, maintain their care and treatment, and serve by a multidisciplinary team. Some factors complicate the implementation of ethical principles in intensive care units. The complex structure of intensive care units brings ethical problems such as medical decision-making, obtaining informed consent, resuscitation, brain death, organ transplantation, limiting or terminating life support, fair sharing of limited resources, and euthanasia. In addition to these ethical problems, intensive care nurses may face unethical attitudes and behaviors of their colleagues in their care and treatment practices. Since the intensive care environment requires quick decision-making and urgent intervention from time to time, it requires careful application of ethical principles such as respect for autonomy, benefit-not harm, and justice. To help patients make decisions about their condition, they must be informed correctly. Health professionals must inform patients / their families ethically and legally so they can understand and obtain their consent. In the intensive care unit, informed consent is particularly important because of the acute, complex medical problems and treatment decisions patients and families face. Patients cannot be expected to make decisions without adequate information. The patient's surrogate can decide on behalf of the patient. In cases where the patient cannot decide his situation, interviews should be made with the patient's representative so that they can decide on behalf of the patient. Another ethically important issue is the informed consent that should be obtained in research on unconscious patients. In such a case, the representatives of the patients who are not in a position to make a decision should be informed, and consent should be obtained.

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is an intervention applied to all patients except those requested to do "Do Not Resuscitate". CPR's effectiveness depends on the patient's clinical characteristics, the elapsed time, and the application technique. The rapid recognition of the arrest condition and the immediate initiation of treatment increase the chance of success of CPR as the event develops in the hospital, especially in the intensive care unit. Although it is not easy to implement in the critical illness process, informed consent should be obtained from the patient's representative about CPR by health professionals as a requirement of the principle of autonomy. Continuation of life support for a patient whose death is approaching is accepted as a "futile" practice. Limiting life-supporting treatments is maintained in two ways: limiting the treatment (with-holding) and terminating the treatment (withdrawing/withdrawing/withdrawing). Terminating treatment; It is the abandonment of life-supporting treatments such as CPR, mechanical ventilation, nutritional support, and dialysis, which were initiated to support life because it prolongs the death process. Restricting treatment is the failure of an intervention because it does not provide a therapeutic improvement. Each stage of treatment and care in intensive care patients should be evaluated regarding benefits and harms. Especially in the last hours of life, it is ethically advocated to terminate the treatment in cases where aggressive life support treatments do not provide a physiological benefit to the patient's condition and cause additional pain and suffering to the patient. As the patient has the right to refuse treatment, the request of the patient or his/her representative to terminate the useless treatment after being informed about the treatment should also be respected. Although intensive care units have advanced technologies, they have limited resources. It is recommended to apply the triage method for the rational use of resources in intensive care settings. There are different triage models based on the understanding of equality, the patient's age, and the understanding of utilitarianism regarding patient selection in intensive care units. Intensive care units are environments where critical decisions are made and stress levels are high. For this reason, ethical problems related to autonomy, benefit, non-harm, and fair distribution of resources may arise suddenly and may concern different disciplines. Intensive care nurses, who cooperate with different disciplines in the intensive care environment and are at the center of care management, should consider ethical principles in all kinds of initiatives while fulfilling their roles and responsibilities. One of the important responsibilities of nurses in preventing and reducing ethical dilemmas is to adopt a team approach and to participate more in patient-related decisions. Intensive care nurses need to establish good communication within the team and with the patient/family, preventing ethical problems and coping with emerging problems.

1. Giriş

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) durumu kritik olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, hasta bakımında çeşitli özelliklere ve ileri teknolojiye sahip cihazların kullanıldığı, hastaların 24 saat yaşamsal bulgularının takip edildiği, bakım ve tedavinin sürdürüldüğü, multidisipliner bir ekibin hizmet sunduğu birimlerdir. YBÜ'de multidisipliner ekibin kilit üyelerinden biri yoğun bakım hemşireleridir. Yoğun bakım hemşireleri, hastanın durumundaki ani değişiklikleri yakından takip eden ve acil durumlarda ekip içinde kritik karar vermesi gereken ekip üyesi olarak etik sorunların merkezinde yer alabilmektedir (Işık, Özdemir ve Serinkaya, 2022; Tel, 2012). YBÜ hemşirelerinin etik açıdan tutarlı bakım sağlamaları, profesyonel standartları karşılamaları ve her zaman ilgili etik kurallara uygun hareket etmeleri beklenmektedir. Sağlık teknolojisinin sürekli geliştiği ve ortalama yaşam süresinin uzadığı günümüzde çağdaş sağlık hizmetlerini sunmak, hasta ve sağlık hizmetleri kaynak yönetimi konusunda karmaşık kararlar almayı gerektirmektedir. Yoğun bakımda sık karşılaşılan zorluklardan arasında bilinçsiz hastalara bakım vermek, vekil karar verici olabilecek aile üyeleriyle iş birliği sağlamak, yaşamı sürdüren teknolojilerin ve tedavilerin kullanımı veya sonlandırılmasıyla ilgili çatışmayı yönetmek ve kaynakların adil dağılımını sağlamaktadır. Bakım ve tedavide 'en iyi' girişimi belirlemek, hemşirelerin rasyonel ve mantıksal muhakeme kullanmasını da gerektirmektedir (Aitken, Marshall ve Chaboyer, 2019).

YBÜ'de etik ilkelerin uygulanmasını zorlaştıran bazı faktörler bulunmaktadır. YBÜ'nün kompleks yapısı, tıbbi karar verme, bilgilendirilmiş onamın alınması, yeniden canlandırma, beyin ölümü, organ nakli, yaşam desteğini sınırlandırmak veya sonlandırmak, sınırlı kaynakların adil paylaşımı ve ötenazi gibi etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu etik sorunların yanı sıra yoğun bakım hemşireleri bakım ve tedavi uygulamalarında meslektaşlarının etik dışı tutum ve davranışları ile de karşı karşıya kalabilmektedir. Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin sık karşılaştıkları ve zaman zaman merkezinde yer aldıkları bu etik sorunların çözümü için öncelikle etik sorunları fark edebilmeli ve uygun kararları verebilmelidir (İbrahimoğlu, 2017). Bu bölümde YBÜ'de sık karşılaşılan etik sorunlara ek olarak hemşirenin rol ve sorumlulukları ele alınacaktır.

2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar

Yoğun bakımlarda ileri teknolojik ve tıbbi uygulamalarla yaşam süresi uzatılırken bu durum kaynakların adil dağıtımı, ölümü geciktirmesi, hastanın daha uzun süre ağrı ve acı çekmesine neden olması gibi bazı konuları düşündürmektedir. Bu ünitelerde genellikle bilinç durumu değişikliği olan ve iletişim kuramayan hastalara bakım verildiğinden etik ilkeleri uy-

gulamada zorluklar yaşanabilmektedir. Hastaların yoğun bakım ünitesine kabulü veya taburcu edilmesine ilişkin kararlar, özellikle kaynaklar sınırlı olduğunda etik sorunları da gündeme getirebilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri etik karar vermenin her alanında yetkin olmalı ve hastalarla, ailelerle ve diğer sağlık profesyonelleri ile açık iletişimi sürdürmeye çalışmalıdır. Yoğun bakım ünitesindeki etik ikilemler duygusal açıdan zorlayıcı olabilmekte ve hemşirelerin bu karmaşık sorunları çözmelerine yardımcı olacak destek ve kaynaklara erişebilmeleri önemli bir konu haline gelebilmektedir. Yoğun bakım ortamı zaman zaman hızlı karar verme ve acil müdahalede bulunmayı gerektirdiğinden özerkliğe saygı, yarar sağlama-zarar vermeme, adalet gibi etik ilkelerin dikkatle uygulanmasını gerektirmektedir (Aitken ve ark., 2019). Bu kapsamda, YBÜ'de sık karşılaşılan etik sorunlar aşağıda sıralanmıştır.

2.1. Bilgilendirilmiş Onam ve Etik Sorunlar

Hastaya uygulanacak herhangi bir girişime onay ya da red verebilmesi için hastanın tüm yönleriyle bilgilendirildiği, etik ve yasal sonuçları olan ve hastanın özgür seçimine dayalı bir durumdur. Hastaların durumu ile ilgili kararları verebilmelerine yardımcı olmak için öncelikle, doğru bilgilendirilmeleri gereklidir. Sağlık profesyonelleri hastalara/ailelerine hem etik olarak hem de yasal olarak anlayacakları şekilde bilgilendirmek ve onların onamlarını almak zorundadır (Rischbieth ve Benbenishty, 2016). Bu konu ile ilgili hasta hakları yönetmeliğinin 15. maddesinde *"Hasta; sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir."* ifadesi yer almaktadır. Bilgi verme usulü ile ilgili 18. maddede ise "*Bilgi; gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir."* şeklinde ifade edilmektedir (Resmî Gazete, 1998).

YBÜ'de, hastaların ve ailelerin karşı karşıya kaldığı akut, karmaşık tıbbi sorunlar ve tedavi kararları nedeniyle bilgilendirilmiş onam özellikle önemlidir. Hastalara tıbbi durumları hakkında yeterli bilgi verilmeden karar vermeleri beklenemez. Hastaya/aileye bilgi sağlarken, ne kadar bilgiye gereksinim olduğunun belirlenmesi gereklidir (White, 2023). Dolayısıyla yoğun bakım hemşiresinin yükümlülüklerinden biri hastaları/aileleri farklı bakım uygulamaları ve tedaviler ile ilgili nelerin beklediğini mümkün olduğunca tıbbi terminolojiden arındırılmış bir dille, açık ve özenli bir şekilde anlatmaktır. Hasta emin değilse, anlamıyorsa veya tedavi planına rıza gösterme konusunda baskı hissediyorsa, hemşireler hastayı savunmak ve bunu hekime ve gerekirse hastane yönetimine iletmekle de yükümlüdür. Aydınlatılmış onam özerkliğe saygı ilkesinin bir parçası olarak hastanın kendi kararlarını vermesine olanak sağlarken aynı

zamanda hemşireyi ve diğer sağlık profesyonellerini de yasal olarak koruma altına almaktadır (Bull ve Sørlie, 2016; Rahmani, Ghahramanian ve Alahbakhshian, 2010).

YBÜ'de hastalar bazı özel durumlarda; entübe olduklarında, konuşamadıklarında veya bilinçleri kapalı olduğunda karar vermek imkânsız bir hale gelebilmektedir. Hasta vekili hasta yerine karar verebilmektedir. Hastanın kendi durumu ile ilgili karar veremediği durumlarda hasta adına karar verebilmeleri için hasta vekili ile görüşmeler yapılmalıdır. Hasta vekilinin, hastanın durumu ve tedavisi ile ilgili süreci anlama ve karar verme yeteneği sınırlı olduğunda ya da çekimser davranış gösterdiklerinde hasta yerine üçüncü taraf olarak hastane etik komitesi geçebilmektedir (Büken, 2011; İbrahimoğlu, 2017). Hastanın vekili bulunmadığında ve acil bir girişim gerekli olduğunda, hastanın bilinci yerinde olduğu dönemde kendisine uygulanacak girişime onam vermeyi reddettiğini gösterir bir ifade veya davranış gözlenmemişse hastanın onam verdiği varsayılarak girişim uygulanabilir. Ek olarak, hastadan veya vekilinden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya hemen müdahale edilmediğinde hayati risk oluşturabilecek durumlarda ise izin şartı aranmamaktadır. Hastalara yeterli bilgi verilmeden karar vermeleri beklenemez. Yoğun bakım hemşiresinin yükümlülüklerinden biri hastaları ve aileleri farklı tedavilerle ilgili nelerin bekleyebileceğini açık ve özenli bir şekilde anlatmaktır. Aydınlatılmış onam uygulamasının birincil amacı özerkliğe saygı ve etik ilkesini desteklemektir. Aynı zamanda hemşireyi ve diğer sağlık profesyonelini de sorumluluktan korumaktadır. Aydınlatılmış onam, bir hastanın herhangi bir sağlık müdahalesinin tamamını veya bir kısmını kabul etme, devam ettirme veya reddetme hakkı için bir araçtır (Burns ve Delgado, 2018).

YBÜ'de sıklıkla uygulanan santral venöz kateter uygulaması, entübasyon gibi uygulamalarda hasta yakınlarının izni alınmalıdır. YBÜ'de hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmasını gerekli kılan durumlardan biri de, klinik araştırmalardır. Yoğun bakım ortamında yeni yöntemlerin uygulanmasında ve etkinliğinin araştırılmasında iyi klinik uygulamalar ilkelerine göre hareket edilmelidir. Etik açıdan önemli diğer bir konu da, bilinci kapalı hastalar üzerinde yapılacak araştırmalarda alınması gereken bilgilendirilmiş onamdır. Böyle bir durumda karar verebilecek durumda olamayan hastaların vekillerine bilgi verilmeli ve onam alınmalıdır (Baird, Keen ve Swearingen, 2005).

2.2. Kalp Akciğer Canlandırması ve Etik Sorunlar

Kalp akciğer canlandırması diğer adı ile kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) solunum ve/veya dolaşımın durması durumunda yaşamı kurtaran bir uygulamadır. KPR "canlandırma yapılmasın/Do Not Resuscitate (DNR)" şeklinde istem yapılan hastalar dışındaki diğer tüm hastalara uygulanan bir müdahale. KPR'nin etkinliği hastanın klinik özelliklerine, geçen

zamana ve uygulanma tekniğine bağlıdır. Akut ve geri döndürülebilir hastalığı olanlar resüsitasyon olanağına sahip olmalıdır. Geri dönüşü olmayan veya ölümcül bir hastalığı olmayan hastalarda ise ventilasyon ve dolaşımı eski haline getirmek için KPR başlatılabilir. KPR'yi durdurma kararı, DNR emri olarak adlandırılabilir. Bu, 'yalnızca defibrilasyon için' gibi bazı sınırlamalar olsa da, KPR gibi başka herhangi bir proaktif tedaviye karşı bir kararı yansıtmaktadır. Her vakanın kendi esasına göre değerlendirilmesi gerektiğinden, yanlış anlamaların meydana gelmemesi için bu konuda tıbbi istemlerin/talimatların açık bir şekilde yazılması önemlidir (Burns ve Delgado, 2018). Arrest durumunun hızlı tanınması ve tedaviye hemen başlanması olayın hastanede özellikle de, YBÜ'de gelişmesi KPR'nin başarılı olma şansını artırmaktadır. Kritik hastalık sürecinde uygulanması kolay olmasa da otonomi ilkesinin gereği sağlık profesyonelleri tarafından KPR konusunda hasta vekilinden bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (Baird ve ark., 2005).

Yaşamın son döneminde olan hastalarda ya da canlandırma sonrası yaşam beklentisi çok kısa olacak hastalarda ise etik ikilemlere neden olan "canlandırma yapılmasın/Do Not Resuscitate (DNR)" istemi gündeme gelmektedir. DNR uygulaması konusunda tartışmalar ve etik ikilemler devam ederken bu konu Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu'nda (2020) *"Hastanın yaşamsal işlevleri geri dönüşsüz olarak bozulmuş ise, kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) boşuna tedavi olarak değerlendirilebilir ve hasta için "Canlandırma Uygulamayınız" istemi verilebilir. Bu karar tıbbi bir karar olup hekim tarafından alınır.*" şeklinde ifade edilmiştir. DNR uygulanacak hastaların/yakınlarının endişeleri giderilirken bu süreçte gerekli tüm bakım sağlanmalı ve insan onuruna yakışan bir ölüm süreci yaşatılmalıdır (Türk Tabipleri Birliği, 2020).

KPR uygulayan sağlık profesyonelleri uygulama sırasında hasta yakınlarının ortamda bulunması, ölüm haberinin hasta yakınlarına bildirilmesi, yeni ölen kişide eğitim ve araştırmaya (entübasyon denemesi gibi) izin verilmesi gibi konularda etik ikilemler yaşayabilmektedirler. Ölüm haberi hekim veya canlandırma uygulayan ekibin lideri tarafından, tecrübeli bir hemşire ile birlikte verilmelidir (Yokuşoğlu, Eryılmaz ve Baysan, 2008).

2.3. Yaşam Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılması ve Etik Sorunlar

YBÜ'de yaşam desteğinin kısıtlanması etik dayanağını "futulity" ilkesinden almaktadır. "Futulity" kavramı yararlı olamama, boşuna uğraşma anlamına gelmektedir. Tıbbi anlamda ise tedaviden fizyolojik bir yarar sağlanmaması durumudur (Wiesen, Donatelli, Smith, Hyle ve Mireles-Cabodevila, 2021).

Günümüzde tanı ve tedavi hizmetlerindeki gelişmeler ile hastaların prognozunu ve yaşam süresini tahmin edebilmek ve hastanın sonunun ölüm olduğunu söyleyebilmek mümkün hale gelmiştir. Bu durumda ölümü yaklaşmakta olan bir hastaya, yaşam desteğinin devam etmesi "futil" bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Bu ilke doğrultusunda tedaviden yarar sağlayamayacak hastalarda tedavinin kısıtlanmasının doğru olacağı gündeme gelmiştir. Yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılması durumu *tedaviyi kısıtlamak (with-holding)* ve *tedaviyi sonlandırmak (geri çekmek/vazgeçmek/withdrawing)* olarak iki şekilde sürdürülmektedir. Tedaviyi sonlandırmak; yaşamı desteklemek amacıyla başlanmış KPR, mekanik ventilasyon, beslenme desteği, diyaliz uygulanması gibi yaşamı destekleyen tedavilerden ölüm sürecini uzatması nedeniyle vazgeçilmesidir. Tedaviyi kısıtlamak ise, bir girişimin tedavi edici bir iyileştirmede bulunmaması nedeniyle uygulanmamasıdır (Azap, Yalım ve Cinel, 2021; Vincent, 2005).

Hasta kararı ile uygulanan tedaviyi kısıtlamak hastada çok ciddi sonuçlara yol açmıyorsa ciddi etik ikilemlere neden olmayabilir ancak yaşamı tehdit edici bir duruma yol açabiliyorsa söz konusu karar böyle bir durumda hastanın kararına saygı konusunda etik ikilem yaşanabilir. Hastanın tedavisini reddetme hakkına saygı duyulması "ötanazi" olarak kabul edilmemelidir. Yoğun bakım hastalarında yaşamı destekleyici tedavilerin sınırlandırılması ülkemizde çok konuşulmasa da rutin uygulamada sağlık profesyonellerinin sık sık karşılaştıkları ve etik ikilemlerin yaşandığı önemli bir konudur (Oerlemans ve ark., 2015; Pan, Shi, Zhou, Chen ve Pan, 2023). Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesinde hastanın kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir. Hastanın tedaviyi reddetmesi veya durdurması durumunda bu durumdan doğacak sonuçlar hakkında hastaya/vekiline bilgi verilmeli ve bu durumla ilgili yazılı belge alınmalıdır (Resmî Gazete, 1998).

Yoğun bakım hastalarında bakım ve tedavinin her aşaması yararları ve zararları açısından değerlendirilmelidir. Özellikle yaşamın son saatlerinde, agresif yaşam destek tedavilerinin hastanın durumunda fizyolojik bir yarar sağlamadığı, hastanın ilave ağrı ve acı çekmesine neden olduğu durumlarda tedavinin sonlandırılması etik açıdan savunulmaktadır. Hastanın tedaviyi reddetme hakkı bulunduğu gibi tedavi konusunda bilgilendirildikten sonra hasta veya vekilinin yararsız tedaviyi sonlandırma isteği de saygıyla karşılanmalıdır. Tedavinin sonlandırılmasına karar verilirken, hastanın yaşamının son dönemlerini konforlu ve acısız geçirmesi amaçlanmalıdır. Ayrıca unutulmaması gereken diğer önemli bir hususta, tedavinin sonlandırılması kararının bakımın sonlandırılması anlamına gelmediğidir. Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin etik ilkelere uygun yaşam sonu bakımı sağlamada önemli rol ve sorumlulukları

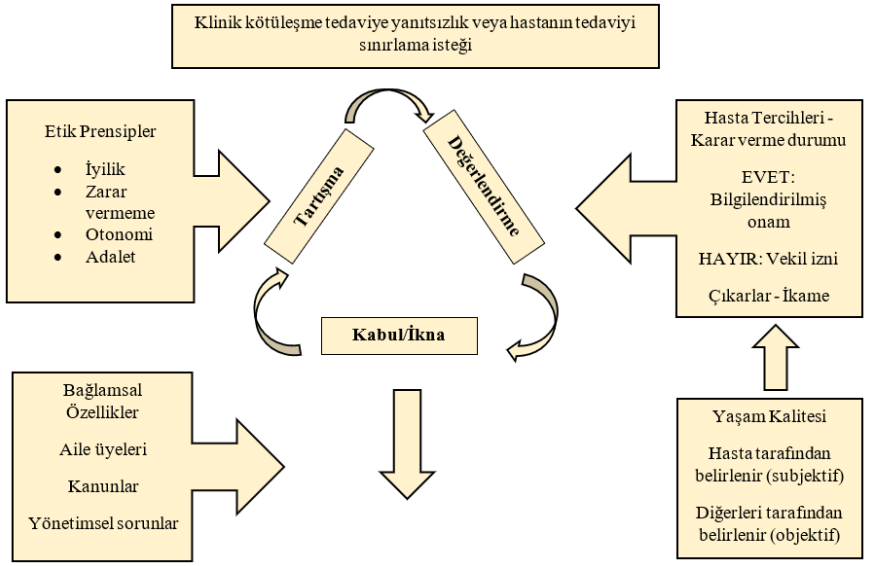
bulunmaktadır (Subih ve ark., 2022; Urden, Stacy ve Lough, 2005). Tedavi sonlandırılırken sağlık profesyonellerinin bu kararlara hastaları/vekillerini dahil etmesi, bilgileri paylaşması ve yaşam desteğinin sürdürülmesinin yararsız olduğu düşünülse bile onam alınması konusunda zorunlulukları bulunmaktadır. "Tedavinin sonlandırılması veya verilmemesi kararı, hasta özerkliğinin olumlu ve olumsuz yorumlarına, onay için zorunluluklara, yararsızlığın tanımına, kritik bakım ortamlarında yaşam desteğinin faydalarının ve yüklerinin öznel değerlendirmesine ilişkin çıkarımlar açısından etik açıdan nasıl bir farklılık gösterir?" sorusuna cevap aranmaktadır. Yoğun bakımda yaşam desteği kararları bağlamında hasta özerkliğinin sağlanması için profesyonel destek gereklidir. Bakım vericiler, yaşam desteğinin durdurulması kararı aldığında bakım vericilerin bu gerekçeleri açıklamaları veya hasta/vekili onamı almaları önemlidir (Gedge, Giacomini ve Cook, 2007).

Yaşamı destekleyici tedavilerin kısıtlanması veya sonlandırılması kararı ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek diğer bir husus da ötanazi. Ötanazi iyi ölüm olarak da adlandırılmaktadır. Ötanazi ile yaşam desteğinin kesilmesi arasında fark var mıdır konusu ise, etik açıdan tartışmalı konular olmaya devam etmektedir. Ötanazinin iki farklı tipi olan aktif ve pasif ötanazi hastanın ölüm kararı uygulanmaktadır. Aktif ötanazide yaşam desteğini kısıtlayan ya da yaşamı sonlandıran maddelerin hastanın acı ve ızdıraplarını gidermek üzere, bilerek kullanmasıdır. Pasif ötanazi ise; yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli tedavinin durdurulması veya geri çekilmesidir. Kişi aktif olarak öldürülmeyip, adeta ölüme terk edilmektedir. Pasif ötanazi ve canlandırma yapılmasın durumu ile benzerlik göstermekte ve hukuki sorumlulukları benzerlik göstermektedir (Annadurai, Danasekaran ve Mani, 2014). Ötanazi ülkemizde ve birçok ülkede yasadışı bir tutumdur. Bu konuda özellikle YBÜ'de karşılaşılabilecek etik ikilemlerin çözümüne destek olacak ulusal rehberlere ve hukuki düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır (Oğuz, 1996).

'Yaşam desteğinin sonlandırılması' kararını verebilmek travmatik ve zor bir süreçtir. Bu nedenle, yoğun bakım ortamında yaşam destek tedavisinin başlatılması, sürdürülmesi ve geri çekilmesinde tutarlılık ve nesnellik önemlidir. Geleneksel anlamda karar vermede ataerkil bir yaklaşım hakim olmuş, ancak hastaların kişisel özerkliği daha fazla tanınmaya başlandıkça bu düşünce zamanla değişmiştir.

Yoğun bakım ortamında karar verme, belirli bir sosyolojik bağlam içinde yürütülmekte ve bu bağlam tarafından şekillendirilmektedir. Herhangi bir karar verme durumunda, hastalar süreç içerisindeki rolleri hakkında farklı varsayımlara, farklı bilgi düzeylerine ve farklı deneyimlere sahiptir. Örneğin, hemşireler karar vermeye katılım sağlanması için baskın kültüre uyum sağlayarak tıbbın değer ve normlarına da uyum sağlayabilmektedir. Bazı uluslararası

kaynaklara göre, tıbbi personel ve hemşireler arasındaki farklı etik muhakeme ve karar verme durumları gözlenebilmektedir. Genel olarak hemşireler hasta onuru, konforu ve hastaların isteklerine saygı gibi hususlara odaklanırken, tıbbi personel hasta hakları, adalet ve yaşam kalitesine odaklanma eğilimindedir. Hastanın ve ailesinin karar verme sürecine katılımı ise sunulan bakımın tercihler, beklentiler, değerler doğrultusunda sağlanmasına katkı sağlamaktadır (Şekil 1) (Burns ve Delgado, 2018).



Şekil 1: Karar Verme Süreci
Kaynak: Burns, S., & Delgado, S. (2018). *AACN Essentials of critical care nursing* (4th ed.). New York: Mcgraw-Hill.

2.4. Tıbbi Kaynakların Adil Paylaşımı ve Etik Sorunlar

YBÜ ileri düzey teknolojilere sahip olsa da, sınırlı sayıda kaynağa sahiptir. Bu durum göz önüne alındığında, kritik durumdaki hastalardan hangisinin sınırlı kaynaklardan faydalanma önceliğine sahip olduğunun belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. Dolayısıyla, sınırlı fiziksel koşulları ve sağlık profesyoneli olan YBÜ'de kaynakların etkin kullanımını sağlamak adına hasta kabulü ve taburculuğu da kaynakların adil paylaşımı üzerinde etkili olmaktadır. Tıbbi kaynakların adil paylaşımı önemli olduğu için bu konuda Dünya Sağlık Örgütü de sağlık kaynaklarının dağıtımında eşitlik ilkesine dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Tıbbi kaynakların tahsis edilmesi konusundaki kararlarda, fayda olasılığı, ihtiyacın aciliyeti, yaşam kalitesindeki değişiklik, yarar süresi ve bazı durumlarda başarılı tedavi için gereken kaynak miktarı dahil olmak üzere yalnızca tıbbi ihtiyaçla ilgili etik açıdan uygun kriterler dikkate alınmalıdır (Omrani-Khoo ve ark., 2013; Satomi ve ark., 2020).

Hastaların kaynaklardan adil pay alma hakkı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 10. maddesiyle "*...hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesi*" olarak belirtilmektedir (Resmî Gazete, 1998). Bu nedenle, yoğun bakım ortamlarında kaynakların akılcı kullanımı için triyaj yönteminin uygulanması önerilmektedir. YBÜ'de hasta seçimi ile ilgili eşitlik anlayışını, hastanın yaşını ve faydacılık anlayışını temel alan farklı triyaj modelleri bulunmaktadır. Eşitlik modelinde her hastaya eşit olanakları sağlamak amaçlanırken, yaş modelinde gençlere öncelik tanınması faydacılık modelinde ise klinik sonuçlara göre iyileşecek hastaya öncelik tanınması temel alınmaktadır (Basu, 2021). Yoğun bakım gereksinimi olan ve canlandırma yapılması gereken iki hastadan hangisinin öncelikli olduğu, yoğun bakım ortamındaki sınırlı kaynaklardan, öncelikle hangi hastanın, ne düzeyde ve ne kadar süreyle yararlanacağı konusu beraberinde etik ikilemleri de getirmektedir. Bu sorunlara yoğun bakım hemşiresi ve yardımcı sağlık profesyoneli eksikliği, yoğun bakım yatak sayısının yetersizliği gibi nedenlerin de eklenmesiyle kaynakların adil paylaşımı önemli bir konu olmaktadır. Kaynakların adil dağılımında öncelikli hastanın belirlenmesinde yaş önemli bir faktör iken, hastanın tercihleri ve tedaviden faydalanma olasılığı da kaynakların dağılımını etkileyen faktörlerdendir. YBÜ'de kaynakların adil dağılımının nasıl olması gerektiği konusunda önceliklerin belirlenmesine ve hukuki düzenlemelerin planlanmasına gereksinim duyulmaktadır. Bu konudaki öncelikler belirlenirken, YBÜ'nün fiziki koşulları, hasta kabul ve taburculuk kriterleri ve kurumun triyaj prosedürleri de göz önüne alınmalıdır (Pauls, Migneault ve Bakewell, 2020).

2.5. Mahremiyet, Gizlilik ve Etik Sorunlar

Mahremiyet ve gizlilik kavramları otonomi, iyilik ve zarar vermeme ilkelerinden köken alan birbiri ile ilişkili ancak farklı kavramlardır. Mahremiyet, bir bireyin başkaları tarafından haksız veya gereksiz erişimden muaf olma hakkını ifade eder.

Yoğun bakım ortamında hastanın mahremiyeti zaman zaman göz ardı edilebilmektedir. Birçok ünitenin tasarımı, hastaların hemşire odasından kolayca gözlenebilmesini sağlar ve çoğu sağlık profesyoneli tarafından hastaya açık erişim olduğu varsayılır. Bu durumda kişisel mahremiyetin ihlal edildiği kabul edilmektedir. Hemşireler, herhangi bir invaziv girişim için girişim hastadan izin isterken özellikle dikkatli olmalıdır. Bireyin mahremiyetine özen gösterilmemesi, güvene dayalı ve etkili bir hemşire-hasta ilişkisi kurmanın temeline zarar verebilmektedir.

Gizlilik, bilgilerin korunmasını ifade etmektedir. Hasta, hemşire veya sağlık ekibinin bir üyesiyle bilgi paylaştığında, bu bilgi gizli olarak ele alınmalı ve yalnızca hastanın bakımıyla

doğrudan ilgili kişilerle tartışılmalıdır. Gizliliğe ilişkin istisnalar, kalite geliştirme faaliyetlerini, halk sağlığı kurumlarına zorunlu bilgi paylaşımı, kötüye kullanımı bildirmeyi veya adli bir ortamda gerekli bilgi paylaşımını içerir. Gizli bir şekilde elde edilen bilgilerin diğer kişi/kurumlar ile paylaşımları, yalnızca bunun için güçlü ve zorlayıcı nedenler mevcut olduğunda paylaşılmalıdır. Hastaya muhtemel bilgi paylaşımı konusunda bilgilendirme yapılmalı ve hasta bilgi paylaşımına izin vermelidir (Burns ve Delgado, 2018). Bilgi paylaşımı konusunda dikkat edilmesi gerekenler;

- Yakınlarının bilgi edinme gereksinimleri ile hastanın sır saklama hakkı arasındaki dengeyi sağlamak,
- Yoğun bakım uygulamaları sırasında hastaların mahremiyetini korumak,
- Gizlilik, onay ve bilgi paylaşımı hakkında sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi eksikliğini gidermek,
- Tıbbi müdahaleler için bilgilendirilmiş onamla ilgili etik sorunları önlemek,
- Yoğun bakım ünitesinde potansiyel olarak uygunsuz tedavi taleplerini gözden geçirmek,
- Paydaşlar arasında sözlü taciz veya zayıf iletişim gibi davranışsal sorunları önlemek şeklinde sıralanabilir.

Yoğun bakım hemşireleri, etik karar vermenin tüm yönlerinde yetkin olmalı ve gizlilik konularını zamanında ve uygun bir şekilde ele almalıdır. Yoğun bakım uygulamaları sırasında hastaların mahremiyetine özen gösterilmesi önemlidir. Ekipman ve iletişim kaynaklı ayarlamalar, yoğun bakım ünitesindeki mahremiyetle ilgili etik sorunların ele alınmasına yardımcı olabilir (Moon ve Kim, 2015; White, 2023).

3. Yoğun Bakım Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

YBÜ doğası gereği, kritik kararların verildiği ve stres düzeyinin yüksek olduğu ortamlardır. Bu nedenle otonomi, yarar sağlama ve zarar vermeme, kaynakların adil dağılımı ile ilgili etik sorunlar aniden ortaya çıkabilir ve bu durum farklı disiplinleri ilgilendirebilir. Yoğun bakım ortamında farklı disiplinler ile iş birliği sağlayan ve bakımın yönetiminin merkezinde yer alan yoğun bakım hemşireleri rol ve sorumluluklarını yerine getirirken her türlü girişimde etik ilkeleri göz önünde bulundurmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin ortaya çıkabilecek etik sorunlar hakkında yeterli bilgi ve etik duyarlılığa sahip olmaları elzemdir. Yoğun bakım hemşirelerinin en önemli sorumluluğu kritik karar verebilme becerisini kullanarak ortaya çıkan etik sorunları, temel etik ilkeler doğrultusunda çözüme kavuşturmaktır. Bu bağlamda hem-

şirelerin etik ikilemlerin önlenmesinde ve azaltılmasındaki önemli sorumluluklarından biri de ekip yaklaşımını benimsemesi ve hasta ile ilgili kararlara daha fazla katılım sağlamasıdır.

Yoğun bakım hemşireleri, hekimler, solunum terapistleri ve fizyoterapistler dahil olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği içindedir. Hasta bakım planlarını geliştirmek ve uygulamak, hastanın mevcut durumu hakkında ekibin diğer üyelerini bilgilendirmek ve bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla iş birliği yaparlar. Yoğun bakım hemşirelerinin ekip içerisinde ve hasta/aile ile iyi bir iletişim kurması hem etik sorunların önlenmesinde hem de ortaya çıkan sorunlar ile baş edilmesinde önemlidir. Yoğun bakım hemşirelerinin, özellikle bilinci kapalı ve kendi durumu ile ilgili kararları veremeyen hastaların haklarını savunmada ve kaynakların adil dağılımını sağlamada iyi birer hasta savunucusu olmaları da oldukça önemlidir. Yoğun bakım hemşireleri hastalarının ihtiyaçlarını ve haklarını savunur. Hastaların uygun bakımı almasını, tercihlerini iletmesini ve ortaya çıkabilecek endişeleri veya sorunları ele almasını sağlarlar. Hemşireler profesyonellik rolü gereği hastaların özerkliğine saygı duymalı, hastaların bakım ve tedavileri ile ilgili kararlara katılabilmesini sağlamalı ve her türlü girişim hakkında hastayı/ailesini bilgilendirmelidir. YBÜ'de hastanın durumu her an kötüleşebileceği ve bilinci kapanabileceğinden hastadan kendisi için vekil belirlemesi istenmeli, bu durumun mümkün olmadığı durumlarda hastanın durumu ile ilgili kararları verebilecek ve vekili olabilecek bir kişinin belirlenmesine yardımcı olmalıdır. Hasta için vekil olacak kişi bulunmadığında ise yoğun bakım hemşireleri kurum politikaları doğrultusunda etik komitenin görüşünü alarak seçim yapılmasını sağlamalıdır. Yoğun bakım hemşireleri yaşam sonu dönemdeki hastanın bakımını sağlarken onurlu bir ölüm süreci için hastayla ölüm hakkında konuşabilmeli, doğru bilgiler ile süreci hastaya açıklamalı ve etik duyarlılıkla hasta gereksinimlerini belirlemeli ve bakım verici rolünü yerine getirmelidir. YBÜ'de sağlık profesyonellerinin farklı mesleki eğitimlere sahip olmaları, farklı inanç ve değerler sistemine sahip olması beraberinde uyumsuzlukları da getirebilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin ekip içerisinde etkili iletişim ve liderlik rollerini üstlenerek uyumsuzlukları ve etik dışı yaklaşımları önleme konusunda aktif görev almaları oldukça önemlidir.

YBÜ'de hemşireler mesleğine, meslektaşlarına, topluma ve kendine karşı önemli sorumluluklara sahiptir. Örneğin, hekimin reçete ettiği ilaçları hastalara uygulamaktan, ilaç dozlarının hesaplanmasını ve ilaçların etkilerinin izlenmesini sağlamaktan sorumludurlar. Yoğun bakım hemşireleri hastaların durumlarını yakından takip eder ve gerektiğinde müdahale eder. Bu durum hayati belirtilerdeki değişiklikleri tanımayı ve bunlara yanıt vermeyi, acil tedavileri uygulamayı ve yaşam destek ekipmanlarını yönetmeyi içerebilmektedir. Hastaları ve ailelerini durumları, tedavileri ve taburculuk sonrası öz bakım konusunda eğitmede, bilgi sağlamakta, soruları yanıt-

layarak manevi destek sunmakta önemli bir rol oynamaktadır. Yoğun bakım hemşireleri hasta kayıtlarının doğru ve ayrıntılı tutulmasından sorumludur. Buna değerlendirmelerin, uygulanan ilaçların, sağlanan tedavilerin ve hastanın durumundaki değişikliklerin belgelenmesi de dahildir (Haddad ve Geiger, 2022; Işık ve ark., 2022; Urden ve ark., 2005; Watson, 1993).

4. Sonuç

YBÜ'de hemşireler aydınlatılmış onam, kalp akciğer canlandırması, yaşam desteğinin kısıtlanması veya sonlandırılması ve tıbbi kaynakların adil dağılımı konularında etik sorunlar ile karşılaşabilmektedirler. Hemşirelerin ortaya çıkabilecek etik sorunlar hakkında yeterli bilgiye ve etik duyarlılığa sahip olmaları elzemdir. Değişim ve gelişim anlamında dinamik bir yapıya sahip olan YBÜ'de hemşirelerin yetkin olmaları, ekip içerisinde iyi bir iletişime sahip olmaları ve iyi birer hasta savunucusu olmalarının yanı sıra etik değerler ve hukuki düzenlemeler konusunda da bilinçli olmaları etik sorunların önlenmesine ve etkili çözüm yollarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça/References

Akdemir, B. ve Sarı, O. T. (2019). Zihinsel yetersizliği olan bireylerle çalışan öğretmenlerin cinsel eğitime yönelik tutumları ve etik durumlarının karşılaştırılması. *Eğitimde Kuram ve Uygulama, 15*(3), 267-282. https://doi.org/10.17244/eku.425276

Aitken L., Marshall A. & Chaboyer W. (2019). *Critical Care Nursing 4E.* Australia: Elsevier Health Sciences.

Annadurai, K., Danasekaran, R., & Mani, G. (2014). 'Euthanasia: right to die with dignity'. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *3*(4), 477–478. https://doi.org/10.4103/2249-4863.148161

Azap, A., Yalım, N. Y. ve Cinel, İ. (2021). Yoğun bakım ünitelerinde karar verme konulu politika belgesi. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, *34*(2), 82-86.

White, D. B. (2023). Ethics in the intensive care unit: Informed consent - UpToDate.

Baird, M., Keen, J. & Swearingen, P. (2005). *Manual of Critical Care Nursing* (5th ed.). USA: Mosby Elsevier.

Basu, S. (2021). Approaches to critical care resource allocation and triage during the COVID-19 pandemic: an examination from a developing world perspective. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, *14*, 5. https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i5.5652

Bull, E.M. & Sorlie, V. (2016). Ethical challenges when intensive care unit patients refuse nursing care: A narrative approach. *Nursing Ethics, 23*(2), 214-222.

Burns, S., & Delgado, S. (2018). *AACN Essentials of critical care nursing* (4th ed.) New York: McGraw-Hill.

Büken, N. Ö. (2011). Yoğun bakım ünitelerinde etik karar verme ve hastane etik komiteleri. *FLORA*, *16*(2), 51-60.

Gedge, E., Giacomini, M., & Cook, D. (2007). Withholding and withdrawing life support in critical care settings: Ethical issues concerning consent. *Journal of Medical Ethics, 33*(4), 215-218.

Haddad, L.M., & Geiger, R.A. (2022). Nursing ethical considerations. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 1 Ağustos) Resmî Gazete. Sayı: 23420. Erişim adresi: mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Hatice, T. (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1(1),* 30-38.

Işik, M.T., Özdemir, R.C. & Serinkaya, D. (2022). Ethical attitudes of intensive care nurses during clinical practice and affecting factors. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine, 26(3),* 288.

İbrahimoğlu, Ö. (2017). Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4*(3), 216-220.

Moon, J.Y. & Kim, J.O. (2015). Ethics in the intensive care unit. *Tuberculosis and Respiratory Diseases, 78*(3), 175-179.

Oerlemans, A.J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E.S., Wollersheim, H., Dekkers, W.J. & Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics, 16*, 9.

Oguz, N.Y. (1996). Euthanasia in Turkey: Cultural and religious perspectives. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, *6*(6), 170-171.

Omrani-Khoo, H., Lotfi, F., Safari, H., Zargar Balaye Jame, S., Moghri, J., & Shafii, M. (2013). Equity in distribution of health care resources; assessment of need and access, using three practical ındicators. *Iranian Journal of Public Health*, *42*(11), 1299–1308.

Pan, H., Shi, W., Zhou, Q., Chen, G., & Pan, P. (2023). Palliative care in the ıntensive care unit: Not just end-of-life Care. *Intensive Care Res 3,* 77–82. https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0

Pauls, M.A., Migneault, D., & Bakewell, F. (2020). Ethical considerations in the allocation of critical care resources when capacity is overwhelmed. *CJEM*, *22*(4), 404–406. https://doi.org/10.1017/cem.2020.354

Rahmani, A., Ghahramanian, A., & Alahbakhshian, A. (2010). Respecting to patients' autonomy in the viewpoint of nurses and patients in medical-surgical wards. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *15*(1), 14–19.

Rischbieth, A., Benbenishty, J. (2016). Ethical issues in critical care. Retrieved from: https://nursekey.com/ethical-issues-in-critical-care/

Satomi, E., Souza, P.M.R., Thomé, B.D.C., Reingenheim, C., Werebe, E., Troster, E. J. … Borges, P.C.M. (2020). Fair allocation of scarce medical resources during COVID-19 pandemic: ethical considerations. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, *18*, eAE5775. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775

Subih, M., Al-Amer, R., Malak, M.Z., Randall, D.C., Darwish, R., Alomari, D., & Mosleh, S. (2022). Knowledge of critical care nurses about end-of-life care towards terminal illnesses: Levels and correlating factors. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision, and Financing, 59,* 469580221080036. https://doi.org/10.1177/00469580221080036

Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. (2020). Yaşamın sonuna ilişkin bildirge. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf

Urden, L.D., Stacy, K.M., & Lough, M.E. (2005). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Missouri: Mosby.

Vincent, J.L. (2005). Withdrawing may be preferable to withholding. *Crit Care 9,* 226. https://doi.org/10.1186/cc3486

Watson, C. (1993). The role of the nurse in ethical decision-making in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, *9*(3), 191-194.

Wiesen, J., Donatelli, C., Smith, M.L., Hyle, L., M.P.H & Mireles-Cabodevila, E. (2021). Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas in the intensive care unit. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 88*(9), 516-527. https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.14126

Yokuşoğlu, M., Eryılmaz, M. ve Baysan, O. (2008). Hukuk ve etik açısından kardiyopulmoner resüsitasyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, *8*(5), 374-378.

6. BÖLÜM / CHAPTER 6

PALYATİF BAKIM VE ETİK

PALLIATIVE CARE AND ETHICS

Özlem UĞUR[1]

[1]Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
E-mail: ozlem.ugur@deu.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.06

ÖZ

Palyatif bakım, kronik ve terminal dönemde hastalığı olan tüm hastalar için kapsamlı bakımın temel bir bileşenidir. Temel unsurlar arasında semptom sıkıntısının hafifletilmesi, bakım hedefleri hakkında iletişimin sağlanması, tedavinin hastanın değerleri ve tercihleri ile uyumlu hale getirilmesi, hasta bakımında esnek bir planlamanın yapıldığı ve ailenin desteğinin bakımda yer aldığı bir kavramdır. Bütüncül olarak yapılan palyatif bakım, etik kurallar çerçevesinde yürütülmelidir. Palyatif bakım ve etik kavramında, hastanın yararına olanı bulmak önemlidir. Hastaların içinde bulunduğu durumu anlamak etik ikilemlerde yol haritasının şekillendirilmesinde önem arz etmektedir. Sağlık bakım sistemi içinde, kişilerin bakımına entegre edilen etik kurallar vardır. Bu etik prensipler çerçevesinde palyatif bakım hastasına otonomisine saygı, zarar vermeme, yarar sağlama ve adalet ilkesini içeren bakım verilmelidir. Palyatif bakımda, kararların oluşturulmasında etik ikilemler gelişebilir. İnsanlar giderek artan bir şekilde yaşamlarının son evresi üzerinde tıbbi tedavi ve bakımları hakkında karar verme konusunda daha fazla kontrol sahibi olmak istemektedirler. Özellikle terminal dönemde ileri direktifler yaşamla ilgili kararların verilmesinde yol gösterici olmalıdır. Hemşireler palyatif bakım hastaları ve ailelerinin sağlık bakımı konusunda bilinçli seçimler yapmasına yardımcı olmalı, yaşam sonu ile ilgili kararlarda etik ilkeleri göz önüne alarak onları bilgilendirmeli, karar vermeleri için onları hazırlamalı ve hasta savunuculuğu rolünü üstlenmelidir. Bu bağlamda hemşire çeşitli kurallar, düzenlemeler hakkında eğitim almalı ve bu düzenlemeleri hasta bakımına yansıtmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, etik, etik ikilemler, ileri direktifler, hemşire

ABSTRACT

Palliative care is essential to comprehensive care for all patients with chronic critical illness, including those receiving restorative or life-sustaining therapies. Core elements include alleviation of symptom distress, communication about care goals, alignment of treatment with the patient's values and preferences, transitional planning, and family support. Palliative care performed as a holistic should be carried out within the framework of ethical rules. It is important to find what is in the patient's best interest in the concept of palliative care and ethics. Understanding the situation of patients is important in shaping the roadmap in ethical dilemmas. Ethical rules are integrated into people's care within the healthcare system. Within the framework of these ethical principles, palliative care patients should be given care that includes respect for their autonomy, not harming, benefiting, and fairness.

Increasingly, people want to have more control over the final stage of their lives in making decisions about their medical treatment and care. In the terminal period, Advanced directives should guide life decisions. Nurses should help palliative care patients and their families make informed choices about health care, inform them by considering ethical principles in end-of-life decisions, prepare them for decision-making, and take on the role of patient advocacy. In this context, nurses should receive training on various rules and regulations and should reflect these regulations on patient care.

Keywords: Palliative care, ethics, ethical dilemmas, advanced directives, nurse

Extended Abstract

Palliative care is essential to comprehensive care for all patients with chronic critical illness, including those receiving restorative or life-sustaining therapies. Core elements include alleviation of symptom distress, communication about care goals, alignment of treatment with the patient's values and preferences, transitional planning, and family support. Palliative care performed as a holistic should be carried out within the framework of ethical rules. It is important to find what is in the patient's best interest in the concept of palliative care and ethics. Ethical understanding forms the basis of palliative care. Ethic; It is about the values that a person wishes to express in a particular situation. It helps to find the answer through reasoning and thinking. It is important to find what is in the patient's best interest in the concept of palliative care and ethics. It is important for ethics to keep physical pain, suffering, and suffering under control, to ensure that the quality of life is at a level that can be described as "good" and to ensure that the patient's benefit is observed. The ethical framework of palliative care should be established within the scope of "Clinical holistic understanding", "Justice", "Respect for people" and "Observing the benefit of the person". While resolving the ethical dilemma, questions should be asked to resolve the situation. Understanding the situation of patients is important in shaping the roadmap in ethical dilemmas. Ethical rules are integrated into people's care within the health care system. Within the framework of these ethical principles, palliative care patients should be given care that includes respect for their autonomy, not harming, benefiting, and fairness. The consent of palliative care patients regarding the treatment protocols to be applied to them should be obtained. Obtaining informed consent is ethically and legally obligatory. Increasingly, people want to have more control over the final stage of their lives in making decisions about their medical treatment and care. In the terminal period, Advanced directives should guide life decisions. Advanced directives are the structuring of the decision-making process of predetermined surrogate/ decision makers about how end-of-life care and treatment decisions will be made when the patient still has or loses the decision-making capacity. These structures facilitate patient-centered care, the wishes related to the end-of-life period are discussed, the wishes of the

person become clear, and they help the person to receive care in line with her beliefs, values, culture, and wishes. In this process, there should be procedures to regulate conflicts in medical decision making and the procedures should be integrated into the care process. Decisions should include the patient and, if there are family members, his or her guardian. Although health professionals know the importance of advanced directives, they lack information, have difficulty in talking about death, do not believe that advanced directives will make a difference in care, they feel unprepared to talk about it, they have insufficient knowledge about the patient's medical condition and prognosis, they do not want to upset the patient and his family, Due to their cultural and spiritual differences, they postpone the discussion of the issue. Nurses should help palliative care patients and their families make informed choices about health care, inform them by considering ethical principles in decisions about end-of-life, prepare them for decision-making, and take on the role of patient advocacy. In this context, nurses should receive training on various rules and regulations and should reflect these regulations on patient care. When the concept of palliative care and ethics is examined, the presence of a trained team is required. Physicians and nurses need sufficient knowledge. Clinical knowledge and experience are important and this knowledge and experience should be structured within the framework of ethical rules. When the concept of palliative care and ethics is examined, the nurse is one of the most important links of the team.

1. Giriş

Palyatif bakım, hasta bakımında odak noktada semptom yönetiminin olduğu, bakımı hastanın değerlerini ve tercihlerini sorgulayarak şekillendiren, bakımın gerçekleştirmesine yönelik uygun iletişimin sağlandığı, esnek planlaması olan, hasta ve ailesini bakım sürecine katan ve hastanın değerleri, inançları ve kültürüne dayalı olarak gerçekleşmesi sağlayan bir yaklaşımdır (Nelson ve Hope, 2012). Sağlık alanındaki tıbbi gelişmeler, terminal dönemdeki hastaların uzun süre hayatta kalmasını sağlamıştır. Palyatif bakım gereksinimine olan ihtiyaç gün geçtikçe artmakta ve özellikle gelişmiş ülkelerde hastaların %69 ile %82'sinin palyatif bakıma ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (Murtagh ve ark., 2014). Palyatif bakım hizmeti ile hastanın ağrı ve buna bağlı olumsuz şikayetleri azaltılmakta, hastanın yaşam kalitesi iyileşerek, hastalık örüntüsü içinde ailenin ruhsal tablosunun desteklenmesi sağlanmaktadır. Bu boyutta, etikten soyutlanmış bir palyatif bakım düşünülemez (Callaway, Conner ve Foley, 2018). Çünkü palyatif bakımın temelini etik anlayış oluşturmaktadır. Bu bölüm; palyatif bakım ve etik ile ilgili kavramlar kısaca açıklanmış, ardından palyatif bakımda hemşirenin rol ve sorumlulukları irdelenmiştir.

2. Palyatif Bakım ve Etik İlkeler

Etik; bir kişinin belli bir durumda ifade etmek istediği değerlerle ilgilidir. Akıl ve düşünme yoluyla, cevabın bulunmasına yardımcı olur. Etik, değer ve ikilem kavramlarıyla ilişkilendirilir. Değer kavramı, kişisel ya da toplumun bir bölümünün idealleri, inanışları ve gelenekleriyle bağlantılı yapılardır. Etik ikilem ise; bir kişinin neyin doğru neyin yanlış olacağı konusunda net bir karar verememesi, çelişki yaşaması ve iki seçenek arasında sonuca ulaşmada güçlük yaşamasıdır. Etik ikilemin çözümünde ise "Bu durumun sonuçları nelerdir?", "Bu durumun kime yararı veya zararı olacak?", "Kime fayda sağlayacak?" gibi iç bakışı kuvvetlendirmeye yönelik sorulardan yararlanılabilir (Yalım, 2022).

Kronik hastalığı olan bireyler, modern tedaviler ve teknolojilere rağmen yetersiz beslenme, solunumun desteklenmesi gibi birçok nedenlerden dolayı yeteri kadar bakım alamamaktadırlar. Özellikle palyatif bakımda, yaşamı sınırlı bireyin bakımında şu stratejilere önem gösterilmelidir (Sengupta ve Chatterjee, 2017):

- Hastanın prognozunu içeren dürüst bir iletişim,
- Bakım ve tedavilerinin yönetiminde otonomisine saygılı davranmak,
- Kararları paylaşmak,
- Devam eden yaşam destek sistemlerinde, sağlık çalışanları ile aile arasındaki çatışmayı önlemek,

- Mevcut klinik tedavilere faydasız yeni tedaviler eklememek,
- Yaşamı destekleyen tedavilerin durdurulması hakkında kararı dökümante etmek,
- Kararlara aile üyelerinin en üst düzeyde katılımını sağlamak,
- Yaşam destek tedavilerinin geri çekilmesi/azaltılmasında hasta görüşlerini almak,
- Hastanın palyatif bakım gereksinimlerinin iyileştirilmesinde hastayı ve ailesini emosyonel yönden desteklemek.

Palyatif bakım ve etik kavramında, hastanın yararına olanı bulmak önemlidir. Fiziksel ağrı, acı ve ıstırabın kontrol altında tutulması, yaşam kalitesinin "iyi" şekilde nitelendirilebilecek bir seviyede olması, hasta yararının gözetilmesini sağlamak etik için önemlidir (Sengupta ve Chatterjee, 2017). Palyatif bakım hastasına uygulanan bakım ve tedavinin yararlarının, olumlu/olumsuz çıktılarının değerlendirilmesi gereklidir. Hastaların içinde bulunduğu durumu anlamak, etik ikilemlerde yol haritasının şekillendirilmesinde önem arz etmektedir. Palyatif bakımın etik çerçevesi "klinik bütüncül anlayış", "adalet", "kişilere saygı" ve "kişinin yararını gözetmek" kapsamında oluşturulmalıdır. Etik ikilemi çözerken, durumun çözümlenmesine yönelik sorular sorulmalıdır. Buradaki etik ikilem nedir?, Bu ikilem sorun oluşturabilir mi?, Onam alınmış mı?, Kararlara hasta ve aile katılımı gerçekleştirilmiş mi?, Hastaya yönelik ileri direktiflerin yapılandırılması gerekli mi?, Resüsitasyon yapmayın (DNR) protokolünün uygulanmasına yönelik kararlar var mı?, Yapay beslenme ve sıvı alımı durdurulabilir mi?, Hastaya terminal dönemde sedasyon uygulamak bir seçenek olarak kullanılabilir mi? Hasta bakımında majör olarak hava yolu açıklığının sağlanması, solunuma yönelik komplikasyonların önlenmesine (dispne, sekresyonlar, vb..) yönelik girişimlerin yapılandırılması hastanın yaşam kalitesini iyileştirir. Aile üyeleri ile gerçekçi ve dürüst bir iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Yetersiz tıbbi bilgilendirme nedeniyle, hasta/aile ve sağlık profesyonelleri arasında çatışmaların olduğu belirtilmektedir. Hekimlerin verdiği karar, hasta ve ailesi tarafından onanmalıdır. Özellikle yaşlı hastalarda, en çok etik ikilemlerin yaşandığı bir gruptur. İleri yaş, yaşamın desteklenmesi sırasında sınır oluşturan önemli kriterlerdendir. Tüm bu değişkenler etik ikilem oluşturmaya zemin hazırlamaktadır (Akdeniz, Yardımcı ve Kavukcu, 2021; Sengupta ve Chatterjee, 2017).

İlerlemiş kronik veya ölümcül rahatsızlığı olan hastaya gerçek fayda sağlayacak en iyi bakım, tedavinin sürekliliği ve bunun klinik entegrasyonunun sağlanması ile gerçekleşmektedir. Kişinin değişen sağlık bakım ihtiyaçlarına duyarlı olunması, bakıma uzmanlık alanlarına göre sağlık profesyonellerinin katılımının sağlanması, iyi iletişimin sürdürülmesi önemlidir.

Hastaların isteklerine saygı gösterilmesi, bilgilendirdikleri, istekli oldukları ve yapabildikleri ölçüde bakım ve tedavi ile ilgili kararlara katılmalarına yardım edilmesi gereklidir. Yaşam sonu bakımda, etik prensiplere dayalı bakım verilmesi önemlidir (Australian NHMRC, 2011).

2.1. Etik İlkeler

Sağlık bakım sistemi içinde, sağlıklı/hasta bireyin bakımına entegre edilen etik kurallar vardır. Bu etik prensipler çerçevesinde hasta otonomisine saygı, zarar vermeme, yarar sağlama ve adalet ilkesinin güçlendirilmesi gerekmektedir (Akdeniz ve ark., 2021).

Hasta otonomisine saygı: Bu ilke, hastaların kararlarda haklarını korumada temel prensiptir. Hasta otonomisine saygılı bir bakımın güçlendirilmesi gereklidir. Hasta ve ailesine özellikle bu dönemde konsültasyonlar hakkında bilgi verilmesi, invaziv ve faydasız girişimlerin sınırlandırılması, ileri direktiflerin yapılandırılmasında hastayı koruyucu bir ilkedir. Hasta ile ilgili verilecek kararlar, hastaya aittir. Bireyler sağlık kararlarına dahil olmaya (istedikleri ve yapabilecekleri ölçüde), gelecekteki ihtiyaçlarını planlamaya ve bir vekil atamaya teşvik edilmelidir (Akdeniz ve ark., 2021; Australian NHMRC, 2011). Ayrıca ölmek üzere olan hastanın prognozu ve sonuçları hakkında dürüst olunmalıdır. Bazı hastalar hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak istemeyebilirler, saygı gösterilmelidir. Hastanın durumuna uygun genel bir bilgilendirme yapılmalıdır. Detaylı bilgilendirme; gereksinime, hasta sınırlarına, bakım ve tedaviye, dezavantajlarına yönelik yapılandırılmalıdır. Bu boyutta, sağlık profesyonellerinin hasta merkezli iletişim becerilerini geliştirmesi gereklidir. Hastanın görüşlerinin netleşmesi için durumu dikkatli tartışılmalıdır. Hastaya faydası olmayan tedaviler, "yararsız tedaviler" olarak adlandırılır ve hasta tedavisinden çıkarılmalıdır. Bu tip tedaviler, hastanın yaşam kalitesini artırmaz ve hastanın otonomisine zarar verebilir. Bakımda aile üyeleri, sağlık profesyonelleri ve bakım verenler de dahil olmak üzere diğer kişilerin çıkarlarından ziyade hastanın çıkarlarına öncelikle odaklanılmalıdır (Australian NHMRC, 2011).

Zarar vermeme ilkesinin güçlendirilmesi: Hastanın yapılacak tedavilerden zarar almaması amacına yönelik bir etik ilkedir. Burada önem verilmesi gereken şey, neyin nasıl ve ne şekilde zarar verebileceğini ortaya koymaktır. Örneğin; yeni bir tedavi yönteminin hasta üzerinde denenmesidir. Bu durum, hasta için yarardan daha çok zarar verici olabilir. Burada etik sorularla bu durum açığa çıkarılmalıdır. Bu ilke tamamen profesyonellerin sorumluluğu altındadır (Korhan ve Üstün, 2018).

Adalet ilkesi: Hastalara ve onların bakımıyla ilgilenen diğer tüm kişilere adil davranılmasını, sınırlı kaynakların sorumlu ve akıllıca kullanılmasını vurgulayan bir ilkedir. Özellikle hastaya nerede bakılmasına ilişkin karar verilmesinde (evde, bakım evlerinde), hastaya veri-

lecek bakımın iyileştirilmesine yönelik kararların verilmesinde, kaynaklara adil olarak ulaşma hakkında (ilaçlar, ekipmanlar, vb.) kararların verilmesinde önemlidir. Sağlık çalışanları bu boyutta, kişilere karşı fiilen veya haksız olduğu algılanan her türlü ayrımcılıktan kaçınmalıdır (yaşları, ırkları, inançları, dezavantajlı gruplar, vb.). Sağlık kaynaklarını akıllıca kullanmalıdır. Bir kişinin yönetim planındaki değişiklikleri ve bakım vericinin ihtiyaçlarını bakımı şekillendirirken dikkate almalıdır. Kişilerin bakım yeri tercihini yapılandırırken, karara aile ve bireyleri katmalı; bakım konusunda yasal düzenlemeler hakkında hasta ve aileyi bilgilendirmelidir. Kırsal ve uzak bölgelerde bulunan bireylerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hakkında gerekli sağlık yönlendirmeleri yapmalıdır (Australian NHMRC, 2011; Korhan ve Üstün, 2018).

Yarar sağlama: Palyatif bakımda, hastanın bakım ve tedavi seçenekleri, bakımla ilgili değişen ihtiyaçları ve tercihlerinin tanınmasını, düzenli olarak gözden geçirilmesini ve buna göre yapılandırılmasını gerektirir. Böylece kişi, son dönemde mümkün olduğunca rahat yaşar. Bu bağlamda yarar sağlama ilkesi, bir kişinin bakımında faydasına en uygun olanını anlamak, gerektiğinde ileri bakım direktiflerini kullanmak, çatışmalarla başa çıkmak, bakım ve tedavi seçeneğinin veya müdahalenin külfetli olduğu durumlara karar verilmesine yardımcı olan bir ilkedir. Bakım ve tedavinin faydalı olduğuna karar vermek için verilecek kararlar "Kronik durumun ilerlemesini yavaşlatmak", "Kişinin yaşamını sürdürmesine yardımcı olmak" ve "Kişinin rahatsızlığını/sıkıntısını gidermek ve konforunu sağlamak" boyutlarıyla incelenmelidir. Örneğin; bir tedavi ve bakım yöntemi kişiye hiçbir fayda sağlamıyorsa "nafile bir tedavi" olarak tanımlanır. Bir hastanın bakımına yönelik verilecek kararın, hastanın yararına olduğunu karar verebilmek için aşağıdaki kriterler dikkate alınmalıdır. Karar;

- Hastanın değerleri ve inançları ile uyumlu mu?
- Hastanın istekleriyle uyumlu mu?
- Ailenin istekleri, hastanın istekleriyle uyumlu mu?
- Bakım ve tedavi seçeneklerinin yararları ve yükleri, tedavi gerçekleştirilmediğinde hastanın sonuçlarını nasıl etkileyebilir?
- Tedavi seçeneklerindeki değişiklikle oluşabilecek risklerin doğası ve derecesi ne olabilir?
- Diğer bakım seçeneklerinin göreceli yararları nasıldır?

Tüm bu nedenler doğrultusunda, sağlık çalışanları hastaların kendi durumları hakkında bilgisinin ne derece olduğunu bilmeli, doğru ve zamanında bilgi vermeli, bakım seçenekleri hakkında hastanın isteklerini sorgulamalı, vekil kişi ataması için hastayı yönlendirilmeli,

bakım ve tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterilmeli, kişinin ve ailenin kültürel ve manevi inanç uygulamalarına saygı göstermeli ve kabul etmelidir (Australian NHMRC, 2011).

2.2.Hastadan Onam Alınması

Palyatif bakım hastalarının, kendilerine uygulanacak tedavi protokollerine ilişkin onamları alınmalıdır. Bilgilendirilmiş onamın alınması, etik ve hukuki açıdan zorunludur. Bilgiyi, hastaya anlayabileceği bir şekilde vermek ve yönlendirmekten kaçınmak gerekir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri hastaların otonomilerini desteklemeli, tıbbi tercihlerini ve bunların sonuçlarının ne olduğunu belirlemeye çalışmalıdır. Hastanın bilinci kapandığında ise, hasta hakkında verilecek kararlarda ileri direktifler (advanced directives) veya yaşayan istekler (living wills) şeklinde nitelendirilen vasiyet metinleri geçerli olmaktadır. Birey bilinci açık iken, kendi yerine karar verebilecek vekilini seçebilir. Eğer hasta ön talimat vermemişse, hasta adına alınan kararlar hasta yararına uyumlu olmalıdır. Karar sürecinde, vekile başvurulmalıdır. Vekil olabilmede öncelik sırası; hasta tarafından belirlenen herkes, yetkili yasal vasisidir (eşi, çocukları, ebeveynleri). Sağlık profesyonelleri, hasta hakkında vekile bilgi verdikten sonra hastanın isteklerinin ne olabileceği konusunda vekile sormalı ve hastanın konforu için ne yapabileceklerini netleştirmelidir. Vekil eğer hastanın isteklerini bilmiyorsa, hastanın yararına olan en uygun karar belirlenmelidir (Korhan ve Üstün, 2018, Tarzina ve Schwarz, 2015).

3. Palyatif Bakımda Etik Konular

Palyatif bakımda, kararların oluşturulmasında etik ikilemler gelişebilir. İnsanlar, giderek artan bir şekilde yaşamlarının son evresi üzerinde tıbbi tedavi ve bakımları hakkında karar verme konusunda daha fazla kontrol sahibi olmak istemektedirler (Fleuren ve ark., 2020). Bu süreçte, hastalar için neyin iyi neyin kötü olduğuna odaklanılmalıdır. Bu durumlar "Yaşam Destek Tedavileri" ve "İleri Direktifler"in yapılandırılmasını gerektirir. İleri direktifler, hasta hala karar verme kapasitesine sahipken ya da karar verme kapasitesini kaybettiğinde önceden belirlenen vekil/karar vericilerin, yaşam sonu bakım ve tedavi kararlarının nasıl olacağı konusu hakkındaki karar verme sürecinin yapılandırılmasıdır (Myers ve ark., 2018). Bu yapılar; hasta merkezli bakımı kolaylaştırmakta, yaşam sonu dönemle ilişkili istekler tartışılmakta, kişinin istekleri belirginleşmekte, kişiye inancı, değerleri, kültürü ve istekleri doğrultusunda bakım almasına yardımcı olmaktadır (Morrison, Meier ve Arnold, 2021). Acil bir durum geliştiğinde, aile ve sağlık çalışanlarının stres yönetimlerini kolaylaştırmaktadır. Bu süreçte, tıbbi karar vermedeki çatışmaları düzenleyen prosedürler olmalı ve prosedürler bakım süreci içine entegre edilmelidir. Örneğin; resüsitasyon istemi, diyaliz uygulanması, beslenme ve hidrasyon istemi, kan transfüzyonunun uygulanması veya semptomların yönetimine yönelik tedavilerin

uygulanması gibi konular ileri bakımı ilgilendiren kararlardır. Hastanın ileri bakımının netleştirilmesinde mutlaka sürece dahil edilmelidir. Karar verme sürecinde, yaşanabilecek etik ikilem nedenleri şunlar olabilir (Jimenez ve ark., 2018):

Hastaların tercihlerinden emin olmamak; Genellikle karar verme sürecinde, sorun yaşayan hastalarda bu süreç yaşanabilir. Hastanın veya vekilinin kararında, belirsizlik vardır. Bu durumda, değerlerin çatışması söz konusudur ve sağlık çalışanı kararın uygulanması konusunda etik ikilem yaşar.

Vekillerle çatışma; Hastalar kendi kararlarını veremiyorlarsa, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada neyin iyi neyin kötü olduğunu anlamak için rehberlik edilmesi gereklidir. Özellikle hekimler için karar vermesi güç durumlarda belirlenen vekile danışılır; bu durum hekimlerin işini kolaylaştırır. Sağlık profesyonelleri, bu dönemde vekillerle bazı sorunlar yaşayabilir. Nedenleri incelendiğinde vekil;

- Hastanın tercihlerini bilmemesi,
- Karar verme kapasitesinden yoksun olması,
- Karar vermede güçlük yaşaması,
- Verilen kararın, hastanın hayatındaki diğer kişilerin kararlarıyla çakışıyor olması,
- Hastanın istekleri doğrultusunda karar vermemesi,
- Prognozla ilişkili belirsizlik olması,
- Hastane ortamına bağlı stres yaşaması,
- Sağlık çalışanları ile hasta ve aile üyeleri arasındaki iletişimin zayıf olması,
- Zaman baskısının olması,
- Hekimlerle aile arasında çatışma yaşanması,
- Kararlardan tek başına sorumlu olma duygusu,
- Karar verme sürecinde belirsizlik yaşaması,
- Karar verme sürecinde suçluluk duygusu yaşanması gibi nedenler görülebilir.

Hekimler, hemşireler vekillerle çalışırken, vekilin hangi isteklerinin, hastanın isteklerini ve değerlerini karşıladığını anlamak için sorularla bu durumu netleştirmelidir. Bu durum, etik ikilemin çözümünde yardımcı olmaktadır.

3.1. Palyatif Bakım Hastalarında Etik İkilemler

Yaşam sonu dönem ile ilgili karar vermede hastanın konforunun sağlanması temel hedeftir. İleri bakımın planlanmasında amaçlar, hasta otonomisine saygı (bireyin hedefleri, tercihleri ve endişeleri, kaderini belirleme hakkı), yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerini yansıtmalıdır. İleri direktifler, yaşamla ilgili kararların verilmesinde yol gösterici olmalı ve hastanın sağlık bakımının sürekliliğini sağlamak için vekil atanmasını sağlamaktadır. Kararlara hasta, aile üyeleri, varsa vasisi dahil edilmelidir. Eğer hastanın karar verme kapasitesinde yetersizlik varsa, bu durumda amaç hasta için aşırı veya yetersiz bakım ve tedavi alma hakkını en aza indirmek, aile üyeleri ve sağlık çalışanları arasındaki olası çatışmaları en aza indirmek ve hastanın bakımdan en üst düzeyde tedavi almasını sağlamak olmalıdır (De Decker, Annweiler, Launay, Fantino ve Beauchet, 2014). Fakat bu dönemde, bazı kararların verilmesinde zorlanılmaktadır. Genellikle bu kararlar CPR uygulanması, Mekanik ventilasyon (MV) /Extrakorpereal membran oksijenizasyonu (ECMO)/Mekanik sirkülasyon desteğinin (MCS) devam edip etmeyeceği, beslenme ve hidrasyon desteğinin devamı, terminal sedasyon, tedavinin sonlandırılması veya azaltılması, hastanın ötanazi veya yardımla intihar istemi olabilir (Akdeniz ve ark., 2021). Bu kararların verilmesinde, ileri direktif yönergeleri kullanılmalıdır. Bu belgeler, bireyin kendi yaşamıyla ilgili seçimlerini yapabilecek yeterliliği olmadığı durumlarda kendisine yapılabilecekler işlemler veya onun yerine karar alabilecek vasinin belirlenmesi için yazılı ve imzalı olarak tasarlanan yasal bir belgedir. Ayrıca kişilerden organ veya doku bağışı yapılması istendiğinde ek direktifler verilebilir (Akdeniz ve ark., 2021; Latimer, Otis, Flaherty ve Ross, 2020). Farklı ülkelerde bu belgeler "Hekimlere direktif", "Sağlık bakım beyannamesi" veya "Tıbbi direktif" olarak adlandırılmaktadır (Latimer ve ark., 2020). Türkiye'de Oviedo sözleşmesinin 9. Maddesinde "Önceden açıklanmış istek" ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. Maddesinde " Tıbbi müdahale sırasında istemlerini açık1ayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır" ifadesi buna yöneliktir (Oviedo Sözleşmesi, 2003).

3.2. Hasta ve Ailesiyle Yapılandırılmış Görüşmeler

İleri bakımın planlanabilmesi için hasta ve ailesiyle yapılandırılmış görüşmeler planlanmalıdır. Bu görüşmeler beş aşamadan oluşmalıdır (Doğru, Fadıloğlu ve Aykar, 2018). Bunlar:

1.Aşama (Konuya giriş): Bu aşamada hastanın ileri bakım planlanması ile ilgili bilgileri ve istemleri sorgulanır. Bakımda aile üyeleri ve vekilin rolleri açıklanır. Hastaya doldurması gerekli olan belgeler verilir ve incelemesi sağlanır. Diğer sağlık çalışanları da sürece dahil edilebilir.

2.Aşama (Yapılandırılmış görüşme): Bu aşamada, hastanın bilgi gereksinimleri ve ileri direktif tercihleri belirlenir. Eğer yanlış anlamaları varsa düzeltilir. Ventilatör desteği, hidrasyon veya beslenme desteği gibi diğer destek tedavilerinin yararları ve hastaya olan yükleri açıklanır. Kendi üzerine yapılabilecek girişimleri reddedebileceği veya durdurabileceği hatırlatılır. Vekilin sürece ne zaman dahil edileceği, inancına/kültürüne/değerlerine uygun bakımın verileceği hakkında kişi bilgilendirilir. Diğer sağlık çalışanları da sürece dahil edilebilir.

3.Aşama (Tercihlerin dokümantasyonu): Hekim, hasta ve vekil ile birlikte imzalanan belgeler kontrol edilir, hatalar düzeltilir, belgeyi istediği zaman değiştirebileceği iletilir, belgelerin birer kopyası hasta, vekil ve sağlık bakım ekibi üyelerinde olmak üzere verilir.

4.Aşama (İleri yaşam direktiflerinin gözden geçirilmesi ve güncellenmesi): Hastaya konuyla ilgili periyodik olarak görüşmeler yapılır ve herhangi bir değişiklik isteminde belgeler güncellenir. Güncellenen belgeler tekrar birer kopya olarak hasta, vekil ve sağlık bakım ekibi üyelerinde olmak üzere verilir.

5.Aşama (Güncel direktiflerin uygulanması): Hasta kendi bakımını sürdüremiyorsa, hekim kılavuzdaki adımları izleyerek kişinin isteğini yapılandırmayı başlatmalıdır. Hekim, hastanın karar verme kapasitesini değerlendirmeli, ileri direktifler hastanın kliniği doğrultusunda gözden geçirilir, vekil ve hekim hastanın ne istediği hakkında durumu tekrar analiz eder ve hasta yararına karar verilir. Eğer anlaşmazlık olursa ve çözülemezse komiteden ve etik danışmanlıktan yardım istenir.

Sağlık profesyonelleri ileri direktiflerin önemini bilmekle birlikte bilgi eksiklikleri, ölüm konusunda konuşmada güçlük yaşamaları, ileri direktiflerin bakımda fark yaratacağına inanmamaları, kendilerini bu konuda konuşmak için hazırlıksız hissetmeleri, hastanın tıbbi durumu ve prognozuna yönelik seçenekleri hakkında yetersiz bilgisinin olması, hasta ve ailesini üzmek istememeleri, hastanın kültürel ve spiritüel farklılıkları nedeniyle konuyu tartışmayı ertelemektedirler. Ayrıca, bu konuyu içeren yasalardaki kapsam yetersizlikleri, hastane koşullarındaki olumsuzluklarda konunun tartışılmasını güçleştirmektedir (Myers ve ark., 2018).

3.3. Etik İkilem Oluşturan Durumlar

Etik ikilem kapsamı içinde yer kavramlardan biri, ***ailenin sağlık çalışanlarından hastadan durumunu saklama istekleri*** olabilir. Bu durum, etik ikilem oluşturabilir. Sağlık çalışanları, bir hastanın otonomisine saygı duyabilir fakat hastanın zararına olabilecek bir bilgiyi nasıl saklayabilir? Aile üyelerinin bu isteği genellikle, sıklıkla hastayı koruma ve hastanın

umudunu kaybetmesini önlemek adına olan isteklerdir. Bu istek karşısında, hemşire şunları yapmalıdır (MacKenzie, Smith-Howell, Bomba ve Meghani, 2018):

- Bu bilginin, klinik tablonun önemli bir parçası olduğunu unutmayın.
- Hastanın bilgi isteğini ve bu bilgiyi nasıl almak istediğini belirleyin.
- Mümkün olduğunca tarafsız bir yaklaşım sürdürmek için hastanın teşhis ve prognozu hakkında bilgi edinin.
- Aşırı tepki vermeyin. Aile ile zor bir konuşma olabilir. Gerilimi azaltmak için hazırlanın.
- Ailenin bakış açısını anlamaya çalışın. Ailenin deneyimlerini ve hedeflerini anlamaya çalışın.
- Esnek olun. Hastayı anlamaya çalışın. Hemen karar vermesini istemeyin, kararı erteleyin.
- Hastanın ne istediği konusunda ailesiyle konuşun. Hastanın istediği, ailenin isteğiyle uyumlu olmayabilir. Zamanla hastanın deneyimleri ve düşünceleri değişebilir. Aileyi bilgilendirin.
- Görüşlerinizi evrensel düşünceler olarak değil, sizin görüşleriniz olarak ifade edin.
- Ne bilmek istedikleri, bilgi alma sürecine kimlerin dahil olmasını istedikleri ve zamanlaması hakkında hastayla konuşun.
- Hastayla bilgi almak istediği konu hakkında konuşun. Hastanın görüş ve isteklerini mümkün olduğunca tarafsız bir şekilde sorun ve sıklıkla hastaya ne anladığını sorarak görüşmeye başlayın.

Etik ikilem içinde yer alan kavramlardan bir diğeri ise, ***hastanın tedaviyi reddetmesidir.*** Her hastanın tedaviyi reddetme hakkı vardır. Reddetme hakkına verilebilecek örneklerden birkaç tanesi aşağıda verilmiştir (MacKenzie ve ark., 2018; Myers ve ark., 2018):

- Yoğun bakımda yatan yetişkin bir hastanın ventilatör desteğini reddetmesi,
- Konjestif kalp yetmezliği olan ve kalp piline bağımlı olan bir hastanın uyanık durumda kalp pilini devre dışı bırakmak istemesi,
- Kronik dejeneratif bir hastalığı olan ve hafif düzeyde kognitif bozukluğu olan bir hastanın, bilişsel düzeyi ilerlemeden ve karar verme yetisini kaybetmeden gönüllü olarak yemeği ve içmeyi bırakması,
- Erken dönem Alzheimer hastalığı bulunan bir kişinin karar verme yetisine sahipken, aile üyelerini tanıyamaz hale geldiğinde, aile üyelerini kendini elle beslemesini istememesi,

- Ebeveynlerin ciddi olarak hasta olan bebeklerinde tüple beslenme ve hidrasyonun kesilmesini talep etmesi.

Sağlık profesyonellerinin bu tür hastalara vereceği tepki önemlidir. Yasanın izin verdiği şeyleri anlamalı, vazgeçmemeli, gizliliği korumalı, sert ve yargılayıcı bir şekilde onlara yanıt vermemelidir.

Ağrı yönetimi, palyatif bakımın temel etik konularındandır. İyi bir ağrı kontrolü hastanın; fiziksel problemlerinin, anksiyete ve depresyonunun giderilmesini, iletişimin iyileşmesini, yaklaşan ölümün kabul edilmesini ve hastanın ümidinin sürmesini sağlar. Hastalar analjeziklere karşı ilaç bağımlılığı endişesi yaşarlar ve bu nedenden dolayı da özellikle opioidlerin kullanımından kaçınırlar (Auriemma ve ark., 2017; Fleuren ve ark., 2020). İlaçların, istenen veya istenmeyen etkilerinin ayrımının yapılması etik yönünün değerlendirilmesi gereklidir. Hastanın kapsamlı ağrı değerlendirilmesi yapılmalı, ilaçların dozları semptomların hafifletilmesini sağlayan en düşük doz olarak olmalıdır. Palyatif destek alan hastalarda, ağrının yönetilmesi için klinik rehberler etkin kullanılmalıdır. Hastaların ağrı yönetimi; yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet etik ilkeleri doğrultusunda gerçekleştirilmelidir (Korhan ve Üstün, 2018).

3.4. İleri Direktif Kapsamı İçinde Yer Alan Etik İkilemler

Hasta bakımında, ileri direktif yapılandırılması kapsamında, karar verilmesi gerektiğinde sağlık çalışanı, hasta ve aile üyeleri arasında etik ikilem oluşturabilecek konulardan birkaçı aşağıda verilmiştir.

Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Kardiyopulmoner (KPR) arrest gelişen hastalarda resüsitasyon yapılıp yapılmayacağı verilmesi gereken en yaygın yaşam sonu karardır. Bu karar; hastanın tercihi, başarısı, prosedür riski ve hastaya olan yararlılığı yönünden sorgulanmalıdır. Kardiyopulmoner arrest riski taşıyan hastalarda, hekimler KPR kararını sorgulamalıdır. Hasta KPR istemiyorsa, hastane veya bir sağlık kuruluşuna gittiğinde bu karar sorgulanmalıdır. Kardiyak veya pulmoner arrest geliştiğinde, KPR yapılmaması istemi "Do Not Resusciatate (DNR- Resüsitasyon yapmayın)" olarak tanımlanır. DNR kararı şu hastalarda verilebilir (Akdeniz ve ark., 2022; Doğru ve ark., 2018):

- Eğer hastanın KPR'a gereksinimi yoksa,
- KPR hastaya zarar verecekse ve hasta bilinçsizse,
- KPR sonrası hastanın yaşam kalitesi kötüleşecekse,
- Hasta taburcu olana kadar hayatta kalma oranı düşük ise.

DNR kararı, etik problemler açısından en önde yer alan etik ikilemlerdendir. Eğer bir kişi, ağır hasta veya ölmek üzere ise en kısa sürede hekim ile DNR isteyip istemediğine karar verilmelidir. Bu kararın verilebilmesi için hastanın bilinçli olması gerekmektedir. DNR kararının tüm tedavilerin kesildiği anlamına gelmediği, hastaya uygulanması gereken sıvı replasmanı, beslenme, ağrı kontrolü gibi tüm bakım ve tedavilerin yapılacağı hakkında hasta ve aile üyeleri bilgilendirilmelidir. Hekim ve hemşireler, genellikle hastanın bu tartışmalardan zarar göreceği, anksiyete ve umutsuzluğa sevk edeceği endişesi nedeniyle bu tartışmayı hasta ile yapmaktan kaçınmaktadırlar. Fakat Amerikan Hemşireler Birliği; DNR kararı ve hemşirelik bakımına yönelik hemşirelerin hekimlerle ile birlikte DNR tartışmalarına katılmasını, hasta ve ailesini eğitmesi gerektiğini belirtmektedir (Akdeniz ve ark., 2022; Doğru ve ark., 2018):

Tedaviye Başlamama veya Tedaviyi Kesme (Withholding veya Withdrawal)

Terminal dönemde olan hastalar, birçok semptomla mücadele etmektedirler. Örneğin, hastaların ortalama %75'i dispne deneyimler. Bu veya buna benzer semptomların yönetiminde, bazı tedavi bileşenlerinden faydalanılır. Yaşam sonu dönemde, uygulanan mekanik ventilasyon hastanın ömrünü uzatmaz fakat anksiyetesini azaltır, uykusunu iyileştirir ve konforunu sağlar. MV, ECMO ve MCS yardımcı destek tedavilerdir. Özellikle bu tedavilerin sonlandırılmasında, hasta ve ailesinden görüş alınmalıdır. Beslenme ve hidrasyon ise, temel insan gereksinimidir. Yaşam sonu dönemde, gelişen emosyonel ve etik değişimler kararları etkileyebilir. Kararın netleşmesinde aspirasyon riski, diyare gibi semptomlar yanında sistemleri etkileyebilecek durumlar sorgulanmalıdır (Jimenez ve ark., 2018; MacKenzie ve ark., 2018). Özellikle ileri evre kanser hastalarında dehidratasyona bağlı oluşan yorgunluk, kas kasılmaları, deliryum gibi semptomlar yanında sedasyona, ajitasyona ve opioidlerin metabolit ürünlerine bağlı yaşam kalitesi kötüleşebilir. Bakım ve tedavi seçenekleri hakkında, sağlık profesyonelleri hasta ve aileleriyle açık ve net bir şekilde konuşmalıdır. Temel ilke, burada hastaya zarar vermemektir. Tedavinin başlamaması veya sonlandırılmasının etik dayanağı "yarar sağlama" ilkesidir (MacKenzie ve ark., 2018). Tedavinin yararları ve yükleri tedaviden yana değilse ve hastaya tedavinin faydası yoksa, hastayı tedavinin zararlarından korumak amacıyla tedavi sonlandırılabilir veya hiç başlanmayabilir. Bu karar, etik olarak uygun bir karardır. Ancak bir tedavi hakkında taraflar arasında fikir ayrılıkları varsa tedavinin başlanmasına izin verilebilir. Bu durum, süre sınırlı yargılama olarak değerlendir (Akdeniz ve ark., 2022). Etik çatışmaları önlemede faydalı bir yaklaşımdır. Taraflar tedavinin faydalı olup olmadığı konusunda anlaşamıyorsa, hekimlerin bazılarının tedavinin faydası hakkında endişeleri varsa ve vekil kararsızlığı varsa çatışmayı önlemek için kullanılan bir yoldur. Bu

süreçte belirli bir süre boyunca tedavi denemesi yapılır, hasta tedaviden fayda görüyorsa tedaviye devam edilir. Hasta tedaviden kötü etkilenmişse, tedavi geri çekilebilir. Hastaya, konfor odaklı bakım verilmelidir. Bu süreç, sağlık çalışanlarının hasta ve ailesinin güvenini kazanmasını sağlar (Akdeniz ve ark., 2021; Doğru ve ark., 2018).

Tedavinin kısıtlanması iki şekilde olmaktadır. Bunlar;

Withholding of life support: Yararlı olmayacağı öngörülen destek tedavinin başlatılmaması veya başlatılan tedavinin durdurulmasıdır.

Withdrawal of life support: Uygulanan destek tedavinin azaltılması, kesilmesi veya geri çekilmesidir. Hasta bakımına devam edilir.

Palyatif bakım hastalarına uygulanabilecek yaşam destek tedavileri resüsitasyon kararı, ventilasyon, yapay sıvı ve beslenme takviyeleri, diyaliz, antibiyotik kullanımı gibi tedavileri içermektedir. Bu tedavilerin başlatılması veya sonlandırılması hasta ve vasisi tarafından istenmediğinde, hekim hastanın kliniğini, tedavinin hasta üzerindeki yararları ve zararlarını inceler ve rapor haline getirerek etik ve yasal çerçeveyi oluşturur (Palmer, Jacobson ve Enguidanos, 2021). Özellikle hastaya palyatif bakım sağlanırken, hangi koşullar altında agresif tedavilerin sonlandırılması gerektiği hasta ve vasisi/vekili ile tartışılmalıdır. Buna yönelik tıbbi yararsızlık (Futulity) kılavuzları oluşturulmuştur (Zwackman ve ark., 2018). "Yararsız/Beyhude/Boşuna" tedaviler, fizyolojik olarak hiç yararı olmayan tedaviler olarak tanımlanmaktadır. Yarar sağlama olasılığı düşük olan tedaviler, yararlı olan ancak çok pahalı olan veya sonucu belirsiz tedaviler ise hastaya önerilmesinin doğru olmayacağı tedavilerdir. Genellikle bu tedaviler hakkında daha fazla bilgi edinilmeli ve tedavinin sürdürülebilirliği konusunda karar netleştirilmelidir (Zwackman ve ark., 2018). Özellikle tıbbi olarak faydasız tedavileri/girişimleri belirlerken sağlık profesyonelleri kendilerine şu soruları sormaları gerekmektedir: Bu uygulanan tedaviler/girişimler; Etkili mi?, Gereksinim mi?, Özellikle yapılacak girişimlerde objektif ve sübjektif dengeyi sağlamak için hasta ve aile üyelerinin karara katılımı sağlanmış mı? (Tolle ve Teno, 2017). Tedavi hasta yararına değilse, sonlandırılmalıdır. İleride hasta bakımında oluşabilecek etik ikilemi önlemek için hasta, vekil ve hekim arasında önceden bu konu hakkında görüşmeler yapılmalı; bakımda nelerin yararsız olduğuna karar verilmelidir. Kişiler arasında anlaşmazlık oluşmuşsa, bu durumda etik kurul gibi kurumsal bir komiteden görüş istenebilir. Etik kurul, hasta lehine karar verdiğinde, hasta başka bir kuruma transfer olabilir. Eğer etik kurul hekimin görüşünü desteklemiş fakat hasta ve vasisi bu kararı kabul etmemiş ise hasta başka bir hekime yönlendirilebilir. Transfer edilen hekim de kararı uygun bulmazsa, hasta bu durumda başka bir kuruma yönlendirilebilir (Tello ve Teno, 2017).

Türkiye'de tedavinin kısıtlanması ile ilgili etik belgelerde herhangi bir düzenleme yoktur. Türk Ceza Kanunu'nda bu konu ele alınmamıştır. Hatta 3. madde de bu konuda yasal bir yetkilendirmenin olmadığı net olarak da ifade edilmektedir (Doğru ve ark., 2018).

Ventilatör Desteğinin Sonlandırılması

Uzamış mekanik ventilasyon desteği uygulanan hastalarda hastanın acı çektiği düşünüldüğünde veya yaşam kalitesi giderek kötüleştiğinde, tedavi yarardan çok hastaya zarar veriyorsa ventilatör yaşam desteği sonlandırılabilir. Süreç hakkında ayrıntılı bir planlama yapılmalı; hastanın durumu göz önüne alınarak durumu ve prognozu kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli; sonlandırma işlemi hasta ve aile üyeleri ile paylaşılmalı; aile üyelerine duygusal ve spiritüel destek sağlanmalıdır. Mekanik ventilasyon ile ilgili kararlar çoğunlukla, hastanın hastaneye kabulü ve tanısal testler öncesinde alınmaktadır. Eğer hasta tarafından verilmiş bir ileri direktif yoksa bu karar sağlık bakım ekibi ve vekilin iş birliği ile verilebilir. Ventilatör desteğinin sonlandırılması kararı verilirken; bu konu hakkında aile ile görüşülmeli, sonlandırma işlemi gerçekleştirilirken huzurlu bir çevre oluşturulmalı, aile üyelerinin toplanması sağlanmalı ve gerekirse premedikasyon yapılmalıdır. Sonlandırma işlemi sırasında hasta; stres, dispne, ağrı ve konfor yönünden izlenmelidir. Ailenin hastanın konforu için bakımına katılımı sağlanmalıdır (Doğru ve ark., 2018).

Palyatif Sedasyon

Dindirilemeyen ağrı ve diğer semptomları bulunan bireylerde uygulanır. Dayanılmaz kavramı palyatif sedasyonda bulunmaktadır ve bu durum bireyin sosyal, psikolojik durumu, acıya dayanma eşiği, hastalığın evresi ve hastalığın şiddetine göre değişim göstermektedir. Palyatif sedasyonda amaç, yaşamı kısaltmak ya da ölümü hızlandırmak değildir. Bireyin ölüme giden sürecinde onurlu ve huzurlu sürdürülmesini sağlamaktadır (Advancecareplanning, 2017). Sedasyon, hastanın bilincini baskılayacak çeşitli ilaçların, uygulamalar yoluyla derinliği kontrollü olarak ayarlanabilen uyku halinin yapılandırılması olarak tanımlanır. "Orantılı Palyatif Sedasyon" ve "Bilinç kaybına neden olan Palyatif Sedasyon" olmak üzere ikiye ayrılarak incelenir. Orantılı sedasyonda; tıbbi olarak kontrollü bir şekilde bilinç baskılanarak ağrı algısı azaltılırken, koruyucu refleksler sağlam kalır, hava yolu açıklığı hasta tarafından sağlanabilir. Hasta fiziksel uyaran veya sözlü komutlara uygun cevap verir ve sıklıkla kardiyovasküler fonksiyonlar korunur. Derin sedasyonda ise; hastanın koruyucu reflekslerinin kaybolabilir, havayolu açıklığı yardımsız sağlanamaz, hasta genel anestezi altındadır; bu nedenle de uyaranlara veya komutlara uygun cevap veremez. Kardiyovasküler komplikasyonlar sıklıkla korunur (Doğru ve ark., 2018).

Palyatif sedasyona karar verirken; özellikle dirençli semptomların varlığı tedaviden sorumlu hekim, aile hekimi, psikiyatri, nöroloji ve göğüs hastalıkları uzmanı veya hasta bakımına katılım gösteren diğer uzmanlık alanlarının hastayı konsülte etmesi sonucu karar verilir. Mevcut semptomların yönetimine yönelik davranışsal, psikolojik ve spiritüel yaklaşımlar denenmelidir (Morrison ve ark., 2021; Myers ve ark., 2018). Dirençli semptomların saptanması yönelik aşağıda belirtilen sorularla da durum netleştirilmelidir. Bu noktada; hastanın hastalık algısı, semptomların şiddeti, hastanın yaşamdan beklentisi, beklenen yaşam süresi, hastalığın evresi, onurlu yaşam hakkında hastanın düşünceleri alınmalıdır. Bireyin, son dönemini sevdikleriyle birlikte bilinci açık bir şekilde geçirme isteği sorgulanmalıdır. Sorularla durum netleştirilmelidir (Doğru ve ark., 2018):

- Semptomlar hasta tarafından dayanılmaz olarak tanımlanıyor mu?
- Semptomları rahatlatacak tedaviler uygulandı mı? Başka tedaviler eklendi mi?
- Uygulanan tedaviler hastada rahatlama sağladı mı?
- Tedavilerin hasta üzerindeki etkileri ve yan etkileri nelerdir?
- Palyatif sedasyon uygulandığında hasta rahatlayacak mı?

Palyatif sedasyon uygulaması ile ilgili olarak; bireyden (vasiden) aydınlatılmış onam alınmalı, süreç ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve aileyle durum tartışılmalıdır. Hastalara uygulanacak tedavi protokolleri kişiden kişiye göre farklılık gösterse de, genel olarak orta düzeyde sedasyon gerektiren tedaviler düşük dozda önerilirken, bazen de tam sedasyon gerektiren yüksek dozlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaç için de bireyde istenen rahatlamayı sağlayacak en düşük sedatif ilaç dozunun belirlenmesi amaçlanmaktadır. Hastada rahatsızlık oluşturan semptomların yok edilmesine yönelik ilaçların yükleme ve doz artışı sağlanmaktadır. Semptomlar ortadan kalktığında, hastanın yakınmalarının dindiği sedasyon dozu minimum etkin doz olarak kabul edilir. Birkaç günlük süreçte aynı doz ile hastanın rahat etmesi durumunda, doz azaltılarak aynı düzeyde etkinin sürdürülebilirliği araştırılır. Daha düşük doz ile hasta rahatı sağlanıyorsa, o vakit mümkün olan en düşük sedasyon dozu ile takip sürdürülür. İnatçı deliryum veya dispne varlığında titrasyonla doz artımı yapılabilir. Ancak zaman içinde, hastanın durumu değiştiğinde tekrar ilaç dozlarının titrasyonu tekrar sağlanır. Palyatif sedasyon sağlamak amacıyla kullanılan ilaçlar aşağıda verilmiştir. Özellikle karaciğer, böbrek ve kalp yetmezliği, kaşektik ve geriatrik hastalarda bu ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir (Doğru ve ark., 2018). Bu ilaçlar:

- Benzodiozapine/midazolam
- Lorazepam
- Nöroleptikler/Haloperidol
- Metotrimeprazin
- Barbituratlar/fenobarbital
- Genel anestezikler/Propofoldür.

Palyatif sedasyonda hasta takibinde; hastaların rahatlık durumu baz alınır. Hastanın bilinci açıksa kişinin kendi beyanı temel oluştururken; bilinci kapalı hastalarda ise hastanın durumu hekim ve hemşireler tarafından değerlendirilir. Özellikle hastanın kalp atım hızı, oksijen satürasyonu, mesane doluluğu izlenmelidir. Tek başına midazolamla sedasyon uygulanmış kişi başlangıçta her 15 dakikada bir izlenirken, istenen doza ulaştıktan sonra ise sekiz saatte bir izlenebilir. Ek bir ilaç desteği kullanılmışsa, izlem dört saatte bir yapılmalıdır. Palyatif sedasyon uygulanan hasta izlemine hastaya bakım veren diğer kişiler dahil edilmeli ve değişimler hakkında bilgilendirilmelidir. Özellikle palyatif sedasyon planlama anından itibaren bakım ekibinin hasta ve yakınlarıyla empati kurması ve duyguların paylaşımının yapıldığı destekleyici yaklaşım içinde bulunması önemlidir (Doğru ve ark., 2018).

Palyatif sedasyon uygulamalarına yönelik etik ve yasal düzenlemelerin eksikliği bulunmaktadır. Bu beraberinde, etik ikilemleri de getirmektedir. Bu alanda toplumsal tabanlı ihtiyaçlar doğrultusunda yasal düzenlemelere ve kılavuzlara ihtiyaç duyulmaktadır. Etik ikilemlerde genelde palyatif sedasyonun ötanazi ile aynı olduğu vurgusu ön plandadır. Orantılı palyatif sedasyonda ilaçlar fiziksel semptomların yaşattığı sıkıntıdan maksimum düzeyde kurtulmak için ilaçların giderek artan dozlarda verilmesidir. Sedasyon, anksiyolitiklerin ve analjeziklerin bir yan etkisi olarak ortaya çıkar (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens ve van der Heide, 2014). Bu tip sedasyon, aile üyeleri ve bazı hekimler tarafından aktif ötanazi olarak adlandırılır. Burada kontrol edilemeyen fiziksel semptomların giderilmesi amaçlanmaktadır. Gönüllü aktif ötanazide ise, hekim tarafından ağrı ve acıyı hafifletmek için ölümü hızlandırmayı amaçlayan ilaçların verilmesi söz konusudur. Bilinç kaybına neden olan palyatif sedasyonda ise, şiddetli semptom yönetimine rağmen çekilen acı kontrol altına alınamıyorsa, hasta ve aile üyeleri kişinin yaşam sonuna kadar uyutulmasını isteyebilir. Burada sedasyon ilaçların bir yan etkisi olarak değil, direkt olarak acıyı hafifletmek için verilmiştir. Amaç ölümü hızlandırmak değil, acıyı ve ıstırabı hafifletmek ve hastanın tedaviye reddetme hakkına saygı gösterilmesidir. Ancak kişinin acısını azaltmaya yönelik olarak yapılan palyatif sedasyon

uygulamalarında, solunum depresyonu ve hemodinamik bozuklukların ortaya çıkacağı, genel sağlık durumunun etkilenmesiyle hastanın ömrünün de kısalabileceği belirtilmektedir (Waller ve ark., 2019). Bu etik ikilemleri önlemek için şu noktalara dikkat edilmelidir.

Terminal sedasyon için hastalar seçilmelidir. Bu kriterler aşağıda verilmiştir (Sudore ve ark., 2018):

- Hastalığın terminal dönemde olması,
- Ciddi semptomlarının olması ve bu semptomların tedaviye yanıt vermemesi,
- Etkin olarak DNR kararının bulunması,
- Ölüme günler veya saatlerin kalması.
- Dirençli semptomları bulunan hastalara uygulanmalıdır.
- Bilgilendirilmiş onamın alındığından emin olunmalıdır.
- Karar multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilerek verilmelidir.
- Hekimler süreci hasta ve ailesiyle birlikte tartışmalıdır.
- Hasta izlemi uygun şekilde yapılmalıdır.
- Hiçbir zaman ötanazi amacıyla kullanılmamalıdır.

Ötanazi

Ötanazide kişinin ölümüne yardımcı olacak ilaçların hekim tarafından kişiye verilerek, bireyin kendi ölümünü gerçekleştirmesi sağlanır. Ötanazi ise, aktif ve pasif olarak ikiye ayrılır. Aktif ötanazi; bireyin genellikle bir doktor tarafından sedatif, nöromüsküler gevşetici, mental yetersizliğe sebep olacak bir ilaç verilerek ölümünün gerçekleştirilmesidir. Pasif ötanazi ise, hastanın yaşam süresini destekleyen tedavilerin, beslenme ve hidrasyonun kesilmesidir (Jimenez ve ark., 2018).

Antibiyotik Kullanımı, Yapay Beslenme ve Hidrasyon

Antibiyotikler ölüm sürecini uzatırken, yüksek ateş gibi hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek semptomların kontrolünde yararlı olabilmektedir. Hasta üzerinde beklenen faydaya göre kullanımına karar verilmektedir. Yapay beslenme ve hidrasyon ise, ileri direktifler yoluyla reddedilebilir bir tıbbi tedavi olarak kabul edilir. Bu tedavilerin hastaya zararı sorgulanmalıdır. Örneğin; enteral beslenme ile oluşabilecek abdominal kramplar, diyare; parenteral beslenme ile oluşabilecek enfeksiyon riskleri yönünden değerlendirmeler

yapılmalıdır. Hastanın hidrasyon durumu değerlendirildiğinde dehidratasyon gelişmişse bilinç durumunda azalma, susuzluk, postüral hipotansiyon, deliryum ve ağız kuruluğu bulguları görülebilir. Hastanın yaşam kalitesini kötüleştirir. Rehidrate durumu ise, hastanın iyilik halini uzatır. Bazı ülkelerde hastanın beslenme ve hidrasyonu isteyip istemediği sorgulanmaktadır (Doğru ve ark., 2018; Zwackman ve ark., 2019).

4. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelik felsefesinde insana yüklenen anlam ile birey; onuru, saygınlığı, bireyselliği, inançları, değerleri, tutumları, istekleri, tercihleri, eşsizliği, bütünlüğü ve hakları ile en yüce varlıktır. Palyatif bakım hastasının yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir role sahiptir. Hasta merkezli, güvenilir, sürekliliği olan, bakımı multidisipliner şekilde yürüten, etik ilkelere duyarlı ve saygılı bir şekilde hasta bakımında rollerini yerine getirirler. Hastaların bakım ve tedavi sürecinde hasta ve ailesi ile etkin iletişimde bulunurlar. Yaşam sonu bakımda hastanın iyi ölümünün sağlanmasında ve ailenin desteklenmesinde etkin görev alırlar (Özçelik,2020). Tüm bu süreçte hemşire, hastaya palyatif bakım ve yaşam sonu bakımı sunabilmesi için gereksinim ve tercihlerin tanımlanmasını holistik bir değerlendirme yaparak, bakıma ait düzenlemelerin planlanması, koordine edilmesi, yaşamın son günlerinde bakım ve yas bakımına ait süreci içeren bir yaklaşım göstermesi ile gerçekleştirir (Connely ve ark., 2012). Hastanın palyatif bakımının sağlanmasında; 1) Tanılama, 2) Bilgi paylaşımı, 3) Karar verme (Hasta ile bakım amaçlarının belirlenmesi, ortak hedeflerin oluşturulması, ileri bakımın planlanması, gerekli durumlar için hasta vekilinin belirlenmesi, çatışmaların çözümlenmesi), 4) Bakımın planlanması, 5) Bakımın sunulması, 6) Hastayı anlama becerilerini bakıma yansıtmalıdır. Tüm bu becerilerini bakımına yansıtırken hemşirelik mesleğinin etik kodları içinde yer alan özdeğerlerini (İnsan Onuru, Otonomi/Özerklik, Yeterlilik, Adalet, Alturizm/Özgecilik/Diğerkamlık, Eşitlik, Estetik, Gerçekçilik, Sadakat) kullanarak yapar. Palyatif bakım hastasının hemşirelik bakımını, mesleki örgütler tarafından belirlenmiş olan etik kodları dikkate alarak şekillendirir. Bunlar aşağıda sunulmuştur (Winland Brown ve ark., 2015). Tüm bu kodlardaki amaç bireyin biricikliğini korumak, saygı göstermek, yeterliliğinin sürdürülmesini sağlamak, insana yakışır onurlu bir bakım alması ve iyi ölümünün gerçekleştirilmesidir. Bu kavramlar yukarıdaki bölümlerde tartışılmıştır.

- Bireyin onuru ve yeganeliğine saygı
- Yeterliliğin sürdürülmesi
- Gizlilik ve sır saklama

- Bireyi koruma
- Bilgilendirilmiş karar
- Zarara/haksızlığa katılmama
- Bakım standartlarını uygulama ve geliştirme

Yarar sağlama- zarar vermeme: Hemşirelik tanımlarında ve etik kodlarında hemşirenin birincil yükümlülüğü hasta bireyin güvenliğini korumaktır. Palyatif hastasının bakımında da yarar sağlama ilkesi önceliklidir. Hemşire, yasal bir zorunluluk olarak yarar sağlayacağı tüm bakım işlevlerini ve yöntemlerini kapsamlı bir şekilde düşünmeli, hastanın ve ailenin isteklerine ve tercihlerine saygı duymalıdır. Zarar vermeme ilkesinde ise hemşire sadece kendi uyguladıkları değil, hastaya başkaları tarafından zarar verilmesini önleyecek şekilde sağlık bakım ortamını düzenlemelidir (ANA's Cod, 2018).

Özerkliğe saygı: Bireyin yaşamını etkileyen konular hakkında kendi seçimlerini, plan ve eylemlerini belirlemesinde karar verme özgürlüğünün olmasıdır. Palyatif bakım hastaları bilgilendirilmiş onam gerektiren durumlar, yeni bir tedaviye başlama veya durdurma gibi pek çok alanda kararlar almak zorundadırlar. Anlama, bilgi ve özgürlük ölçütü, kişiden kişiye ve aynı kişide zaman içinde değişebileceği unutulmamalıdır. Hemşire palyatif bakım hastasının özerkliğini hemşirelik bakımına ve tıbbi girişimlerin yapılandırılmasında hastayı destekleyerek sağlar. Bakımda özerkliğin sınırını belirlemek oldukça güç olabilir, bazen hastanın özerkliği hemşirenin yararı sağlama değeri ile çelişerek hastaya zarar verebilir. Bu ilkenin devamlılığında Bilgilendirilmiş/Aydınlatılmış Onam Formu önemlidir (Aydın, 2018).

Adalet: Kaynakların gereksinimlere göre eşit ve dürüstçe dağılmış olmasını içerir. Araç-gereç ve hizmetin eşit ve adil dağılmasını sağlar. Özellikle hastanın yaşamı risk altındaysa hemşire için bu durum stres oluşturabilir. Burada yarar ve zarar ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Prosedürler ilişkin geliştirilen politikalar problemlerin çözümünde yardımcı olur (Aydın, 2018).

Palyatif hastasının tanılanması, bakım sürecinin en temel aşamasıdır. Hastaların fiziksel, sosyal, psikolojik, emosyonel, spritüel yönleri, holistik bir değerlendirme ile tanılanmalıdır. Hastanın yaşadığı ev ortamı ve aile tüm yönleriyle değerlendirilmelidir. Bu tanılamada özel ölçekler kullanılmalı ve değişen gereksinimleri tanılamak için değerlendirme periyodik olarak tekrarlanmalıdır. Hemşirelerin komplikasyonları erken tanılaması, öz bakım etkinliklerinin artırılması, kaynakların uygun kullanımına yönelik planlamaları yapması önemlidir. Palyatif bakımda ailenin desteklenmesi gereklidir. Bu nedenle ailenin gereksinimlerinin tanılanması

yanında bakım verenin stresinin azaltılmasına yönelik girişimler yapılandırılmalıdır. Özellikle ileri bakımda hemşire aileden alacağı yardım şeklini tanımlamalıdır. Hemşire bakım verene hastalık ve tedavi konusunda bakım becerilerini geliştirmek için, bilgi ve teknolojik konularda eğitim vermeli ve süreç boyunca danışmanlığına devam etmelidir. Bakım sürecinde oluşabilecek fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik sorunların tanılanması ve çözümlenmesinde aracı olmalı ve danışmanlık yapmalıdır (Connely ve ark., 2012).

Hasta ve ailesini güçlendirmeli ve motive etmelidir. Bunun için bakım yönetimi multidisipliner bir şekilde gerçekleştirilmeli, sürekli klinik erişim sağlanmalı, kaliteli hasta bakım programları ile hasta takipleri gerçekleştirilmeli, hasta ve bakım verenlere eğitim olanakları sağlanmalıdır. Ölüm, kayıp ve yas sürecinde ise hemşire bireyler için ileri danışmanlık becerilerini kullanmalıdır. Yas danışmanlığı için gerekli yönlendirmeler yapmalıdır. Hemşire yaşam sonu bakım verirken, tedavi süreçlerinde hastaların hastalık deneyimlerini ve karar verme süreçlerinin bakıma etkisini değerlendirerek hasta savunuculuğu rollerini yerine getirirler. Hemşireliğin savunucu rolü, kaynağını insan ve hasta haklarından alır. Sağlık sistemi içinde hastaların haklarını nasıl kullanacağını ve hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını nasıl savunacağını öğretir. Burada hemşireye düşen görev hasta ve ailenin haklarını korumak, yararı olmayacak ve gereksiz işlemlerin yapılmasına izin vermemektir. Ailenin yasal süreçler hakkında bilgilendirilmesinde hemşirelerin rolü büyüktür. Hasta ve ailesine tüm kaynaklardan ve desteklerden fayda sağlayabilmesi için danışmanlık yapmalıdır. Ağrısız bir süreç geçirmek ve onurlu bir şekilde yaşama veda etmek hakkı olduğunu hastaya anlatmalı ve bunu sağlayabilmek için gerekli bakım ve koordinasyon planlamasını yapabilmelidir (Özçelik, 2020).

Sonuç olarak bir hemşire, palyatif hastasının bakımında aşağıda belirtilen rollere ve sorumluluklara sahiptir (Autelitano ve ark., 2021)

1. Palyatif bakımın temel bileşenlerini hastaların ve ailelerin bulunduğu ortamda uygulamak
2. Hastaların hastalık seyri boyunca fiziksel konforunu artırmak
3. Hastaların psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak
4. Hastaların sosyal ihtiyaçlarını karşılamak
5. Hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılamak
6. Kısa, orta ve uzun vadeli hasta bakımı hedefleriyle ile bakım verenlerin gereksinimlerine yanıt vermek

7. Palyatif bakımda klinik ve etik karar vermenin zorluklarına yanıt vermek
8. Palyatif bakımın sunulduğu tüm ortamlarda kapsamlı bakım koordinasyonu ve disiplinler arası ekip çalışması uygulamak
9. Palyatif bakıma uygun kişilerarası ve iletişim becerilerini geliştirmek.
10. Kişisel farkındalığı uygulamak ve sürekli mesleki gelişim içinde olmaktır.

5. Sonuç

Hemşireler, palyatif bakım hastalarının ve ailelerinin sağlık bakımı konusunda bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olmalı, yaşam sonu ile ilgili kararlarda etik ilkeleri göz önünde bulundurarak onları bilgilendirmeli, karar verme konusunda onları hazırlamalı ve hasta savunuculuğu rolünü üstlenmelidir. Bu bağlamda hemşirelere, palyatif bakım ile ilişkili eğitimler verilmelidir. Palyatif bakım ve etik kavramı incelendiğinde eğitimli bir ekibin varlığı gereklidir. Klinik bilgi ve deneyim önemlidir ve bu bilgi ve deneyim etik kurallar çerçevesinde yapılandırılmalıdır. Palyatif bakım ve etik kavramı incelendiğinde hemşire ekibin en önemli halkalarından biridir.

Kaynakça / References

Advance Care Planning Australia (2017). Advance care planning explained. Retrieved from: http://www.advancecareplanning.org.au/

Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine*, *9*, 1-9. https://doi.org/10.1177/20503121211000918

ANA's Code of ethics for nurses with interpretive statements. Retrieved from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/

Auriemma, C.L., Nguyen, C.A., Bronheim, R., Kent, S., Nadigar, S., Pardo, D., & Halpern, S.D. (2014). Stability of end-of-life preferences: a systematic review of the evidence. *JAMA Intern Med, 174*(7), 1085-1092. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1183

Australian Government National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2011). An ethical framework for integrating palliative care principles into the management of advanced chronic or terminal conditions. 1-27. Retrieved from: https://pallcarevic.asn.au/wp-co

Autelitano, C., Bertocchi, E., Artioli, G., Alquati, S., & Tanzi, S. (2021). The Specialist Palliative Care Nurses' in Italian Hospital: role, competencies and activities. *Acta Biomed, 92*(2):1-11. https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11360

Aydın, E. (2018). Tıp Etiğinde Temel İlkeler. Erişim adresi: http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/doc/ilkeler.doc.

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J.A., & Van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine, 28*(8),1000-1025. https://doi.org/10.1177/0269216314526272

Callaway, V.M., Conner, R.S., Foley, M.K. (2018). World Health Organization Public Health Model: A Roadmap from Palliative Care Development. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(2), 6-13. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.030

Connely, M., Charnley, K., & Regan, J. (2014). The palliative care competency framework: A review of the palliative care competency framework. Retrieved from: https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2015/02/Palliative-Care-Competence-Framework.pdf

De Decker, L., Annweiler, C., Launay, C., Fantino, B., & Beauchet, O. (2014). Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decisionmaking process. *J Nutr Health Aging, 18*(3), 330–335. https://doi.org/10.1007/s12603-014-0023-5

Doğru V.B., ve Aykar, Ş.A. (2018). Palyatif bakımda ileri direktifler. Yıldırım Y.ve Fadıloğlu Ç. (Ed.) *Palyatif bakım semptom yönetimi ve yaşam sonu bakım kitabı* içinde (s.129-157). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Fleuren, N., Depla, M.F.I.A., Janssen, D.J.A., Huisman, M., & Hertogh, C.M.P.M. (2020). Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliative Care*, *19*(27), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12904-020-0535-1

Haddad, L.M., & Geiger, R.A. (2018). Nursing Ethical Consiretion., StatPearls. Retrieved from: https://europepmc.org/article/nbk/nbk526054

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi- Ovıedo Sözleşmesi. (2003). Erişim adresi: https://hukukbook.com/insan-haklari-ve-biyotip-sozlesmesi/

Jimenez, G., Tan, W.S., Virk, A.K., Low, C.K., Car, J., & Ho, A.H.Y. (2018). Overview of systematic reviews of advance care planning: Summary of evidence and global lessons. *J Pain Symptom Manage, 56*(3), 436-459. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016

Korhan, A.S. ve Üstün, Ç. (2018). Palyatif bakım ve etik. Yıldırım, Y. ve Fadıloğlu, Ç. (Ed.), *Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım.kitabı* içinde (s.95-128). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Latimer, A.L., Otis, M.D., Flaherty, C., & Ross, M.A. (2020). A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses. *Heart Lung, 50*(1), 65–70. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.06.010

MacKenzie, M.A., Smith-Howell, E., Bomba, P.A., & Meghani, S.H. (2018). Respecting choices and related models of advance care planning: A systematic review of published evidence. *Am J Hosp Palliat Care*, *35*(6), 897-907. https://doi.org/10.1177/1049909117745789

Morrison, R.S., Meier, D.E., & Arnold, R.M. (2021). What's wrong with advance care planning?. *JAMA, 326*(16), 1575-1576. https://doi.org/10.1001/jama.2021.16430

Murtagh, E.M.F., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, I.E., Kaloki, E.Y., & Higgins, J.I. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine, 28*(1), 49-58. https://doi.org/10.1177/026921631348936

Myers, J., Cosby, R., Gzik, D., Harle, I., Harrold, D., Incardona, N., & Walton, T. (2018). Provider tools for advance care planning and goals of care discussions: A systematic review. *Am J Hosp Palliat Care; 35*(8), 1123-1132. https://doi.org/10.1177/1049909118760303

Nelson, E.J., & Hope, A.A. (2012). Integration of palliative care in chronic critical illness management. *Respiratory Care, 57*(6), 1004-1013. https://doi.org/10.4187/respcare.01624

Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *J Med Palliat Care*; *1*(3): 76-82. https://doi.org/10.47582/jompac.742274

Palmer, M.K., Jacobson, M., & Enguidanos, S. (2021). Advanced care planning for medicare beneficiaries increased substantially, but prevalence remained low. *Health Aff (Millwood), 40*(4), 613-621. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01895

Sengupta, J., & Chatterjee, C.S. (2017). Dying in intensive care units of India: Commentaries on policies and position papers on palliative and end-of-life care. *Journal of Critical Care, 39*:11-17. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.12.017

Sudore, R.L., Schillinger, D., Katen, M.T., Shi, Y., Boscardin, W.J., Osua, S., & Barnes, D.E. (2018). Engaging diverse English- and Spanish-speaking older adults in advance care planning: The PREPARE randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, *178*(12),1616- 1625. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4657

Tarzina, A.J., & Schwarz, J.K. (2015). Ethical aspect of palliative care. In Matzo, M., & Witt Sherman, D. (Eds.) *Palliative Care Nursing Quality Care to the End of life* (4th ed.) (pp. 33-58). New York: Springer Publishing Company.

Tolle, S.W., & Teno, J.M. (2017). Lessons from Oregon in embracing complexity in end-of-life care. *N Engl J Med*; *376*(11),1078-1082.

Waller, A., Turon, H., Bryant, J., Zucca, A., Evans, T.J., & Fisher, R.S.(2019). Medical oncology outpatients' preferences and experiences with advanced care planning: a cross-sectional study. *BMC Cancer, 19*(1), 63. https://doi.org/10.1186/s12885-019-5272-6

Yalım Y. (2022). Kanser ve Etik. *Onkolojik Sosyal Hizmet*. 53-62. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?

Zwakman, M., Jabbarian, L.J., van Delden, J., der Heide, A.V., Korfage, I.J., Pollock, … Kars, M.C. (2018). Advanced care planning: A systematic review of experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative Medicine*, *32*(8), 1305-1321. https://doi.org/10.1177/0269216318784474

7. BÖLÜM / CHAPTER 7

YAŞLILIK VE ETİK

AGING AND ETHICS

Merve Aliye AKYOL[1], Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-mail: merve.akyol@deu.edu.tr

[2]Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-mail: ozlem.kguclu@ deu.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.07

ÖZ

Yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili konuları ele alan geriatri, etik ikilemlerin ve sorunların diğer tıp bilimlerine göre daha sık yaşandığı bir bilim dalıdır. Geriatride sık karşılaşılan etik konular; aydınlatılmış onam, yeterlilik, karar verme yetisi, bakımın önceden planlanması, tıbbi kaynakların paylaştırılması, yaşamı destekleyen tedavi kararları, nafile tedavi ve rahat ölüm gibi etik konulardır. Yaşlı bireylerin katılımları önemsenmeden onlar adına karar verilmemelidir. Bireylerin karar verme yeterlilikleri değerlendirilmeli, kendisinden ya da varsa vasisinden aydınlatılmış onamı alınmalıdır. Bu doğrultuda bireylerin öncelikleri, inançları, değerleri doğrultusunda yaşamın sonunda nasıl bakılmak istedikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık hizmetlerinden faydalanırken yaş konusunda ayrımcılık yapılmamalıdır. Yaşlı bireylerde metastatik kanser olsa da ileri evre demans hastası olsa da hasta ve yakınları tarafından yaşamı uzatan tedaviler ve girişimsel işlemlerin yapılması talebi varsa bu yerine getirilmelidir. Kurumsal bakım alan yaşlıların gereksinimleri kolayca göz ardı edilebilmektedir. Kurumsal bakım alan yaşlılar savunmasız olduklarından, haklarını korumak için özel desteğe ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca, demans tanısı olan bireylerin artık karar verme kapasitelerinin olmadığı ve/veya yaşam kalitelerinin düştüğü varsayılmamalıdır. Demans tanısı olan yaşlı bireylerle ilgili yaşam sonu etik kaygılara ek olarak, bu bireylerin günlük bakımında da etik sorunlar ortaya çıkabilir. Hastaların savunucusu durumunda olması gereken sağlık profesyonellerinin bu kritik etik durumlara karşı uyanık olmaları ve herkesin yararına en uygun çözümler için çalışılmalarını sürdürmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşlı, geriatri, etik, ikilem

ABSTRACT

Geriatrics, which deals with issues related to the discipline of older adults' health and diseases, is disciplined by a higher occurrence of ethical concerns and problems than other branches of medical science. Common ethical

issues in geriatrics; are informed consent, competence, decision-making ability, advance care planning, allocating medical resources, life-sustaining treatment decisions, futile treatment, and comfortable death. Decisions should not be made on behalf of older people without considering their participation. Individuals' decision-making capacities should be evaluated, and informed consent should be obtained from the individual or their legal guardian, if any. In this direction, it should consider how individuals want to be viewed at the end of life in line with their priorities, beliefs, and values. While benefiting from health services, age discrimination should not be made. Even if older individuals have metastatic cancer or have advanced dementia, if there is a demand for life-prolonging treatments and interventional procedures by the patient and their relatives, this should be fulfilled. The needs of the older people who receive institutional care are easily overlooked. It should be noted that older people receiving institutional care are vulnerable and therefore need special support to protect their rights. In addition, it should not be assumed that people with a diagnosis of dementia no longer have decision-making capacities and/or have a reduced quality of life. In addition to the end-of-life ethical concerns about people with a diagnosis of dementia, ethical problems may arise in the daily care of these individuals. Health professionals, who are supposed to be the advocates of patients, need to be alert to these critical ethical situations and continue to work for the most appropriate solutions for the benefit of everyone.

Keywords: Aging, aged, geriatrics, ethics, dilemma

Extended Abstract

Geriatrics, which deals with issues related to the health and diseases of older adults, is disciplined by a higher occurrence of ethical concerns and problems compared to other branches of medical science. Medical ethics is based on four basic principles: autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice. These principles are based on the best use of benefit to the maximum number of people. If acting "for the good" of older people is necessary for the greater good of the individual and society, then it may be justified to override autonomy. The following considerations should be made to make this decision: Is the individual in a position to understand the dilemma? Can the individual express his/her preference? Are there clear options? Have these been clarified? Did the individual receive accurate information about the benefits and risks of the options? Are the individual's expectations realistic in treatment decisions? What happens when an individual's preferences conflict with those of their family or doctor? Common ethical issues in geriatrics; are informed consent, competence, decision-making ability, advance care planning, allocating medical resources, life-sustaining treatment decisions, futile treatment, and comfortable death. Decisions should not be made on behalf of older people without considering their participation. Health professionals are concerned about whether older people can understand the information and express opinions. It should not be forgotten that older individuals may need more time and repetitions than other age groups to understand what is explained to have an effective informed consent process and to ensure the patient's autonomy. In old age, there may be temporary or permanent declines

in decision-making ability and/or cognitive functions. Considering this situation, appropriate evaluations should be made. Individuals' decision-making capacities should be evaluated, and informed consent should be obtained from the individual or their legal guardian, if any. In this direction, it should consider how individuals want to be viewed at the end of life in line with their priorities, beliefs, and values. Care planning includes helping individuals think about how they would like to be looked after at the end of life in line with their priorities, beliefs, and values. Topics to be covered include whether they want to receive cardiopulmonary resuscitation, whether they want to be on a ventilator, and whether they want to receive intravenous hydration or artificial nutrition, blood transfusions, organ or tissue donation, and medical device support. Older people can express their wishes about future health services in writing or verbally. While benefiting from health services, age discrimination should not be made. Even if older individuals have metastatic cancer or have advanced dementia, if there is a demand for life-prolonging treatments and interventional procedures by the patient and their relatives, this should be fulfilled. The needs of the older people who receive institutional care are easily overlooked. It should be noted that older people receiving institutional care are vulnerable and therefore need special support to protect their rights. In addition, it should not be assumed that people with a diagnosis of dementia no longer have decision-making capacities and/or have a reduced quality of life. In addition to the end-of-life ethical concerns about people with a diagnosis of dementia, ethical problems may arise in the daily care of these individuals. Health professionals, who are supposed to be the advocates of patients, need to be alert to these critical ethical situations and continue to work for the most appropriate solutions for the benefit of everyone.

1. Giriş

Yaşlı sağlığı ve hastalıkları ile ilgili konuları ele alan geriatri, etik ikilemlerin ve sorunların diğer tıp bilimlerine göre daha sık yaşandığı bir bilim dalıdır. Etik ikilemlerin ve soruların cevapları basit değildir; çünkü düşüncelerin, duyguların, inançların ve kanıta dayalı verilerin karmaşık bir entegrasyonunu içerirler. Yaşlı bireyin isteklerini kabul etmek ve ona göre hareket etmek, etik bakımın kritik bir bileşenidir. Etik ikilemler tıbbı uygulamaların doğasında zaten varken, yaşlı yetişkinlerin bağımlı doğası ve ölümün yakınlığı durumu daha hassas hale getirmektedir. Diğer taraftan yaş ayrımcılığı bu kararlarda negatif yönde güçlü bir rol oynayabilmektedir.

Tıp etiği dört temel ilkeye dayanır: **özerklik/otonomi, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet**. Bu ilkeler, maksimum sayıda insanın yararına en iyi şekilde kullanma esasına dayanmaktadır. ***Özerklik/otonomi;*** kişinin kendi yaşamının kontrolününün kendi elinde olması, kendi iradesini kullanma hakkını ifade etmektedir. Ancak, bu tür bir kontrolün bireyin kendisi tarafından özgürce kullanılabilmesinin sınırları vardır. Geriatrik alanda, bireyin durumunun değerlendirilip bağımsız olarak mantıklı bir karar verip veremeyeceği sorgulanmalıdır. ***Yarar sağlama;*** başkaları için iyilik yapma, onlara doğrudan yardım etme ve zarardan koruma görevini tanımlamak için kullanılır. ***Zarar vermeme;*** zarar vermemeyi ve zarara yol açan ihmalden kaçınmayı içerir. Son olarak ***adalet;*** başkalarına davranışta adalete odaklanır. Özerklik ve yararlılık ilkeleri, başkaları yaşlı bireyin "iyiliği için" hareket ettiğinde çatışır. Sağlık profesyonelleri bazen ataerkil olabilir ve bireyin özerkliğini göz ardı eden davranışlarda bulunabilir. Yaşlı bireylerin "iyiliği için" hareket etmek, bireyin ve toplumun daha fazla yararı için gerekli ise, o zaman özerkliği geçersiz kılmak haklı olabilmektedir. Bu kararı vermek için, aşağıdaki değerlendirmelerin yapılmış olması gerekmektedir:

- Birey ikilemi anlayabilecek durumda mı?
- Birey tercihini ifade edebiliyor mu?
- Net seçenekler var mı? Bunlar netleştirildi mi?
- Birey, seçeneklerin yararları ve riskleri hakkında doğru bilgi aldı mı?
- Bakım ve tedavi kararlarında bireyin beklentileri gerçekçi mi?
- Bireyin tercihleri ailesinin veya hekimin tercihleriyle çeliştiğinde ne olur? (Gökalp, 2017; Jecker, 2021; Kane, Ouslander, Resnick ve Malone, 2017).

2. Geriatride Etik Konular

Geriatride sık karşılaşılan etik olaylar; aydınlatılmış onam, yeterlilik, karar verme yetisi, bakımın önceden planlanması, tıbbi kaynakların paylaştırılması, yaşamı destekleyen tedavi kararları, nafile tedavi ve huzurlu/rahat ölüm gibi etik konulardır.

2.1. Aydınlatılmış Onam ve Yeterlilik

Aydınlatılmış onam, bireylere bilgi aktarma ve aktarılan bilgiyi anlaşılır kılma, varsa bireylerin sorularını yanıtlama, gerekiyorsa başkalarına danışmak için fırsat tanıyarak birlikte en doğru karara varma sürecidir (Kurt, 2020). Bu süreç; "Karar verme yetisine sahip bir bireyin tanı, tedavi veya rehabilitasyon amacıyla kendisine uygulanması düşünülen tıbbi yöntemin ne olduğuna, olası sonuçlarına, bu yönteme alternatif olan diğer tıbbi uygulamaların neler olduğuna ve bunların olası sonuçlarına ilişkin bilgilendirildikten sonra, söz konusu tıbbi uygulamanın yapılmasına izin verilmesidir." (Oğuz, Tepe, Büken ve Kucur, 2005). Kısaca bireyin neye anlaşma yaptığından haberdar olmasıdır. Beş ana adımdan oluşmaktadır: Bilginin aktarılması, aktarılan bilginin birey tarafından anlaşılması, bireyin istemi (gönüllülük), karar verme yetisinde yeterlilik ve onamın verilmesidir. Bilginin aktarılması; bireyin özerk seçim yapabilmesi için hastalığı ve tedavisi ile tüm bilgileri almış olması gerekmektedir. Bilginin aktarılmasında en önemli sorun, bilginin ne kadar açıklanması gerektiğidir. Tedavinin başarısı ya da başarısızlığı ve olası riskler dahil, tüm olasılıkların bireye söylenmesi kabul edilen ölçüdür. Bilginin anlaşılması; açıklanan bilginin anlaşılır kılınması aydınlatılmış onamın etik ve yasal açıdan geçerliliği için gereklidir. Bireyin mevcut durumu ve eğitim düzeyi göz önünde bulundurularak anlayabileceği şekilde, tıbbi ifadelerden kaçınarak açıklama yapılması gerekir. Açıklamadan sonra bilginin anlaşıldığını sınamak için bazı sorular sorulmalı ve kavranıldığından emin olunmalıdır. Gönüllülük; hastanın kendisi için uygun bulduğu bakım ve tedaviyi isteyerek ve anlayarak kabul etmesidir. Zorlama, ikna ya da baskı hastanın gönüllülüğünü ortadan kaldıran eylemlerdir. Yeterlilik; hastanın belirli bir zamanda, belirli tedavi seçenekleri hakkında anlamlı bir seçim yapma kapasitesidir. Bireyin değerlerini, inançlarını, beklentilerini içeren bireyin kendi hakkında karar verme hakkı, kişinin temel haklarından biridir ve gönüllülük olmadığı sürece devralınamaz ve devredilemez (Munson, 2012; Podgorica, Flatscher-Thöni, Deufert, Siebert ve Ganner, 2021). Bilişsel fonksiyonları ve karar verme yeterlilikleri tam olan bireyler için, bu adımların yerine getirilmesi aydınlatılmış onam sürecinin etik açıdan tamamlanması için gerekli ve yeterlidir (Ekmekçi ve Arda, 2015).

Yaşlı bireylerle etkin bir aydınlatılmış onam sürecinin olması ve hastanın özerkliğinin sağlanmasında anlatılanları anlamak için diğer yaş gruplarından daha fazla zamana ve tekrara ge-

reksinim duyabilecekleri unutulmamalıdır (Ekmekçi ve Arda, 2015). Yaşlı bireyler söz konusu olduğunda endişelerin çoğu, bireyin aktarılan bilgileri anlayıp anlayamayacağı ve bir fikir ifade edip edemeyeceği konusunda olmaktadır (Kane ve ark., 2017). Yaşlılık döneminde karar verme yetisinde ve/veya bilişsel fonksiyonlarda geçici ya da kalıcı azalmalar olabilmektedir. Bu durum, bireyin daha edilgen olmasına neden olabilir (Ekmekçi ve Arda, 2015). Bazı yaşlı bireyler (komada olan, demans tanısı olan, anlama ile ilgili afazisi olanlar gibi) iletişim ile ilgili güçlükler nedeniyle, fikirlerini beyan edemeyebilirler. Bu bireylerin özerkliklerinin korunabilmesi için, anlamalarına ya da ifade etmelerine engel durumlar açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmeleri gerekmektedir. Yetkinlik ve karar verme yeteneği kavramları arasında önemli bir fark vardır. Bir hekim, hastanın karar verme kapasitesini değerlendirebilir, ancak yeterlilik (competence) bireyin bir mahkeme tarafından yeterli veya yetersiz kabul edildiğini ima eden yasal bir terimdir. Yeterlilik, bir kişinin karşı karşıya kalınan durumun doğasını anladıktan sonra makul bir şekilde hareket etme (seçim yapma-karar verme) yeteneğini ifade etmektedir. Kendi adına hareket etmeye (karar vermeye) yetkili olmayan biri, onun adına hareket edecek bir vekile (vasiye) gereksinim duymaktadır. Demans tanısı olan bireyler, karmaşık durumları anlama ve yorumlama, mantıklı kararlar verme yeteneğine sahip olabilir veya olmayabilir. Entelektüel kapasiteleri, dalgalanmalar gösterebilir. Kolayca kaybolabilir veya bir şeyleri unutabilir, ancak yine de uygun yönlendirme ile kararlar verebilir. Bu tarz tanısı olan bireylerle iletişim kurarken iletişimi kolaylaştırmak için, soruları yanlarında daha hızlı cevap veren kişilere yöneltmek nasıl yanlışsa kendi bakımlarıyla ilgili kararlara katılma yetenekleri konusunda önyargıda bulunmak da aynı derecede yanlış olacaktır. Bilişsel yeteneği ve karar verme kapasitesini belirlemek kolay değildir. Bireylerin karar verme kapasitelerini belirlemek için hiçbir bilişsel tarama testi uygun değildir. Saat çizme testi gibi yürütücü işlevlere odaklanan tarama araçlarının, mini mental durum değerlendirme testi gibi diğer ölçütlere göre karar verme kapasitesiyle ilişkili olma olasılığı daha yüksektir. Karar verme kapasitesini belirlemek için özel testler geliştirilmiştir, ancak varsayımsal durumların ve karmaşık soyut düşünmenin dikkate alınmasını gerektirdiklerinden, yaşlı bireylerin bunları tamamlaması genellikle zordur. Yaşlı bireylerde bilgilendirilmiş onam sürecini tamamlarken sıklıkla kullanılan, karar vermeye yönelik yararlı ve pratik bir kriter yeniden kontrol etme yöntemidir. Belirli bir durumu anladığından ve bakım durumuyla ilgili tercihlerini tutarlı bir şekilde ifade ettiğinden emin olmak için bir süre sonra yeniden kontrol etmek önerilen bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Bakım ortamına bağlı olarak, bu pratik olabilir veya olmayabilir. İdeal olarak, karar verme süreci, bireyin (ve belki de ailenin) tüm olası seçenekleri gözden geçirmesine, her biriyle ilişkili riskleri ve faydaları anlamasına ve (geniş bir menüden) hangi sonuçları elde etmek istediğini belirlemesine izin verecek şekilde yapılandırılmalıdır. Bununla birlikte, geriatride, bireyi bilgilendirmek için kanıta dayalı bilgiler genellikle daha az

bulunur. Örneğin; 50 yaşındaki bir hastada bir kemoterapötik ajanın etkileri, yan etkileri, riskleri 90 yaşındaki bir hastada olduğu gibi olmayacaktır. Ayrıca, tedavi seçeneklerinin genellikle yaşlı birey için maliyet/yarar hesaplamaları da net değildir. Alternatif bakım seviyelerine geçiş kararları, doğası gereği tedaviyle ilgili kararlardan (örneğin; ameliyat) farklı olsa da aynı düzeyde ciddi dikkat gerektirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları veya hemşire, vaka yöneticileri gibi sağlık ekibinin diğer üyeleri, bu tür hareketlerin seçimlerini ve sonuçlarını belirlemede önemli roller üstlenmektedirler (Kane ve ark., 2017). Bu aşamalarda aydınlatılmış onam sürecinin ve dolayısıyla özerkliğe saygı ilkesinin etik açıdan zedelenmeden hayata geçmesi önemlidir (Ekmekçi ve Arda, 2015).

2.2. Karar Verme Yetisi ve Bakımın Önceden Planlanması

Karar verme yetisi, karar vermek için yapılan açıklamaları ve alınacak kararın getireceği sonuçları anlama yeteneğidir. Karar verme yetisi olan bütün bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon seçeneklerini seçme veya reddetme hakları vardır. Bireyin kapasitesi yeterli ise, hastadan aydınlatılmış onam alınmalıdır (Kaptan, 2013). Yasalar, yetişkin bireylerin yetersiz olduklarına dair bir hüküm/kanıt olmadıkça yeterli olduğunu varsaymaktadır. Kişi kendi ekonomisini kontrol edebiliyorsa, yaşamını bağımsız sürdürebiliyorsa, kendi sağlık kararlarını almasına engel yoktur. Ancak yaşlı birey yasal olarak yeterli kabul edilmesine karşın, hastalıkları, ağrısı ya da hastanede yatıyor olması gibi sebeplerden karar verme kapasitesinde değişimler olabilir. Bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Kapasitenin belirlenmesinde ilk adım hastayla sıradan bir görüşme yapmak, yaşlının davranışını gözlemlemek, onunla iletişimde olan aile ve arkadaşlarıyla görüşmektir (Ersoy, 2009). Avrupa çapında 123 geriatri uzmanıyla yapılan çalışma, klinik görüşmenin hafif ila orta evre demans tanısı olan bireylerin karar verme yeteneğinin değerlendirilmesinin temel taşı olduğunu göstermiştir (Tannou ve ark., 2023). Ancak mevcut saptanan yeterliliğin geçici olabileceği konusu unutulmamalıdır. Sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini çabucak kabul eden yaşlılar amaçlananın gerçekten ne olduğunu anlamamış olabilmekte veya düşük riskli, yüksek faydalı tedaviyi reddeden yaşlının bilişsel kapasitesi düşük olabilmektedir (Ersoy, 2009). Kapasitenin yeterli olmaması ile bilişsel bozukluk kavramları birbirine karıştırılabilmektedir. Bilişsel bozukluğu olan birçok birey, kendi hastalık süreçleri hakkında karar verme kapasitesine sahip olabilir. Bireyin mevcut hastalığı, tedavi ve bakım seçeneklerini, tedavinin yararları-yan etkileri, tedaviyi neden kabul ettiği ya da reddettiği, bireyin duygu durumunun belirlenmesine yönelik sorularla hastanın kapasitesinin yeterli olup olmadığı anlaşılabilir. Eğer bireyin yeterliliğinden kuşku duyuluyorsa birey yerine karar verebilecek uygun birisinden (vasi) onam alınmalıdır. Bu durumda; kararları bireyin yerine kimin vereceği sorusu ve kararın nasıl verileceği sorusu ortaya

çıkmaktadır. Bu soruların yanıtları net bilinemese de, eğer bireyin kapasitesi yeterli olsaydı nasıl bir karar vereceğini tahmin etmeye çalışılabilir (Kaptan, 2013,).

Bakımın önceden planlaması (ileri dönük karar verme); bireylerin öncelikleri, inançları, değerleri doğrultusunda yaşamın sonunda nasıl bakılmak istedikleri hakkında düşünmeye başlamasına yardımcı olmayı içermektedir. Ele alınacak konular, kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) almak isteyip istemedikleri, solunum cihazına bağlı olmak isteyip istemedikleri ve intravenöz hidrasyon veya suni beslenme, kan nakli, organ veya doku bağışı, tıbbi cihaz desteği almak isteyip istemedikleri gibi konuları kapsamaktadır. Yaşlı bireyler, gelecekteki sağlık hizmetleri ile ilgili isteklerini yazılı veya sözel olarak ifade edebilirler. Örneğin, şu anda bir tüple suni beslenme konusunda bir kararla karşı karşıya olmayan yaşlı birey, gereksinim duyulması halinde gelecekteki istekleri hakkında bugün bir karar verebilir. Bunu yazılı bir biçimde yapılabilir. Yaşlı bireyleri yaşarken ileri dönük olarak planlamaları önceden yapmaya ve gelecekteki bakımlarını planlamalarının en önemli nedenlerinden birisi bir kriz ya da gereklilik durumundan öncelikli olarak bireyin kendi bakım tercihlerinin uygulanabilecek olmasıdır. Bu nedenle, yaşlı bireylerin ileri dönük bakımlarını planlamaları konusunda teşvik edilmeleri ve bunun planlamalarına yardımcı olunması gerekmektedir. Bu süreçlerin basitleştirilmesi de gerekmektedir. Tüm bunlar yetişkin bir evladın, ebeveyninin yaşamının sonunda, kendi inanç ve arzularından bağımsız olarak, ebeveyninin istediğini yaptığına dair bir güven duymasına yardımcı olacaktır. Bazen birey, ileri dönük olarak farklı durumları öngöremeyebilir ve kararlar vermiş olamayabilir. Böyle durumlar için, kişilerin önceden kendilerinin yerine karar verme yetkisine sahip kişinin (vasi) kim olacağını belirlemiş olması karar verme süreçlerinin kolaylaştırılmasına yardımcı olacaktır. Vasi, birey kendi sağlık hizmeti tercihlerini iletemiyorsa (yani anlayamıyor ve ifade edemiyorsa) birey adına hareket etmeye yetkili kişidir. Bu atama, kişi hayattayken bir vekaletname ile yapılabilir (Kane ve ark., 2017). Yaşam sonu bakımın devamlılığının sağlanabilmesi ve hasta özerkliğinin desteklenmesi için; bireylerin karar verme kapasiteleri yerinde iken bir vekil tayin etmeleri için cesaretlendirilebilirler (Kane ve ark., 2017; Podgorica ve ark., 2021). Yapılmadığı durumlarda yasal olarak yetkili olan kişiler, sorumluluk almaktadırlar. Vasi, hastanın belirli bir durumda nasıl karar vereceğinden tam olarak emin olmadığında, kararları yönlendirmek için yararlılık ilkesi kullanılabilir. Hiçbir şey yapmamanın veya örneğin belirli bir tedaviyi başlatmanın (örneğin, bir lezyonun eksizyonu) bireye yüklenebileceği yüklere/risklere karşı hastanın yararlarını tartarak tıbbi kararlar verebilir. Kararın nasıl verileceği konusunda da bireyin istekleri, değerleri, inançları göz önünde bulundurulmalıdır (Kane ve ark., 2017).

2.3. Tedavinin Sonlandırılması ve Başlanmaması

Tedavinin sonlandırılması (withdrawing treatment), iyileşme ihtimalinin olmadığı ve ölüm sürecini uzattığı durumlarda besleme tüpüyle beslenme desteğinin sonlandırılması, diyaliz, solunum destek cihazlarından ayrılmasını içermektedir. Ancak bireyin ağrı ve sıkıntı hissetmemesi sağlanmakta, bakım süreçleri devam etmektedir. Ölümün ertelenmesi ya da durdurulması hedeflenmemektedir. Hasta ve yakınlarına psikososyal olarak destek sağlanmaktadır. Günümüzde bu süreç, palyatif bakım olarak bilinmektedir (National Health Service, 2020). Karar verme kapasitesine sahip her birey, yaşamı koruyabilecek tedavi dahil olmak üzere önerilen tedaviyi reddetme, tedaviye başlamama (withholding treatment) hakkına sahiptir. Bu hak, bireyin kendi hakkında karar verme hakkına saygıyı temel almaktadır. Hastanın değerlerine dayanan tedaviden vazgeçme kararı, gönüllü ötanazi ve yardımlı intihar ile ilişkilendirilmemelidir. Bireyin arzu etmediği, ona yarardan çok yük getiren tedaviyi reddetmesine hem etik açıdan hem de yasal açıdan izin verilmektedir. Eğer birey karar verme yetisine sahipse, kendi yaşamını destekleyen tedaviyi reddetmesine ya da mevcut tedaviyi sonlandırma isteğine saygı gösterilmelidir. Çoğu sağlık çalışanı, hastanın yaşamını destekleyen tedaviyi reddetmesi durumunda bireyin ölümünden sorumlu tutulabileceği düşüncesiyle ret kararına saygı göstermeye çekinmektedir. Özellikle bireyin yaşlı olması, kararının ya da tercihinin önemsenmemesine neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri bireyin tedaviyi reddetmesinin nedenlerini onunla konuşmalı ve tıbbi durumunu değerlendirerek onu anlamaya çalışmalıdır. Birey tedaviyi alma konusunda zorlanmamalıdır ancak kabul edilebilir, olası tedavi seçeneklerini açıklayarak alternatif tedavi planları sunulmalıdır. Tedavinin reddedilmesinin bazı nedenleri yanlış anlama ya da bilgiye dayanmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireyin bilgileri kontrol edilmeli gerekiyorsa ek bilgilendirme yapılmalıdır (Ersoy, 2009).

Geriatride, yaşam sonu dönem bakımına giren ve bu bakıma odaklanan birçok kararı dikkatli bir şekilde değerlendirmek yararlıdır. Yaşlılar genelde tedavisi riskli ve pahalı, sonucu belirsiz kronik hastalıklara sahiptirler. Yaşam kalitesini belirgin biçimde bozan tedaviler ile yaşamı uzatmayan ama hastanın rahatını ve yaşam kalitesini arttıran tedaviler arasında seçim yapma zorunluluğu baş göstermektedir. Örneğin; ileri evre demansı olan bir bireyin resüsite edilmemesi, kanser tanısı olan bireyin küratif kemoterapi tedavisi yerine palyatif tedavi verilmesi gibi kararlar yaşlı bir bireyde genç bir bireye göre farklı olabilir. Bazılarına göre yaşlı bireyler, yaşadıkları hayattan geriye ne kaldığı ve yaşamının sonunun gelindiği konusunda farklı bakış açıları kazandırılabilir ve ölümü daha kolay kabullenmeleri sağlanabilir. Ancak bu her bireyde geçerli değildir ve bireysel yaklaşım gerektirir (Kaptan, 2013). Ne zaman yaşamı destekleyici tedaviyi sürdürmek isteme ya da ne zaman palyatif bakıma geçmeye karar verme

tercihleri çoğu zaman zordur. Yaşam sonu dönem ile ilgili ileri dönük kararların önceden verilmesi yönünde bir uygulamanın olması yaşlı bireyleri gereksiz ıstıraptan kurtarmanın etkili bir yolu olarak görülmekte ve yaşam sonu bakımın kalitesini iyileştirdiğine inanılmaktadır. Bununla birlikte, sağlığın nispeten iyi olduğu bir zamanda yaşam sonu ile ilgili kararlar vermek zor olabilir, çünkü kişinin akut bir durumda nasıl hissedeceğini öngörmesi zordur. Yaşlı bireylerin, özellikle 90'lı ve 100'lü yaşlarındakilerin yeterince uzun bir yaşam sürdüklerine ve ölmeye hazır olduklarına inanma eğilimi vardır. Aslında böyle düşünülmemelidir. Yaşlıların çoğu ölmeye hazır değildir; tıbbi sorunlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini, bakım ve tedavi seçeneklerini tartışmak istemektedirler. Bu nedenle, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında devam eden tartışmalar, yaşlanma süreci boyunca teşvik edilmelidir. Bireylerden zaman zaman verdikleri kararları değerlendirmeleri de istenmelidir. Çünkü bir kişinin 85 yaşındaki ya da 97 yaşındaki düşünceleri birbirinden farklı olabilir (Kane ve ark., 2017). Her ne olursa olsun yaşamı destekleyen tedavilerin reddedilmesi palyatif bakımı da reddetme olarak algılanmamalıdır ve bireyin rahatını sağlamaya devam edilmelidir (Ersoy, 2009).

Yaşam desteğini veya yaşamı sürdüren tedavilere başlamama ya da geri çekme kararı, bireyler, aileler ve/veya vekiller için duygusal olarak zor olabilir. Hekimler, karar vermeye ve yaşam sonu hedeflerine ulaşmaya yardımcı olmak için mümkün olan klinik ve kanıta dayalı bilgileri sağlamada hayati rol oynamaktadırlar. Bir bireyin yaşamının sonunu yönetmek ciddi bir girişimdir. Denenecek agresif önlemlerin boyutu konusunda karar vermeyi kolaylaştırmanın yanı sıra, o dönemi olabildiğince huzurlu ve keyifli kılmak için yapılabilecek çok şey vardır. Bunlar ölümün uygun olmayan bir şekilde uzamasından kaçınmanın yanı sıra, diğer yaşam sonu görevleri arasında hastanın bir kontrol duygusu kazanmasına yardımcı olmak, yüklerini hafifletmek ve sevdikleriyle ilişkilerini güçlendirmektir. Çoğu yaşlı birey, aileleriyle birlikte, yaşam sonu kararlarına katkı sağlamak istemektedirler. Bununla birlikte, bazı durumlarda, yaşlı bireyler sağlık profesyonellerinden sağlık durumuyla ilgili kararlar vermesini isteyebilir. Aileler veya vekiller, kişisel veya duygusal nedenlerle yaşam sonu kararları vermek istemeyebilir. Ayrıca, bazı aileler veya vekiller için bu kararlar, kalıcı kaygı ve depresyona ve uzun süreli suçluluk duygularına neden olabilir. Bu durumlarda insani seçenek, aileden/vekilden aydınlatılmış onam almaktır. Aydınlatılmış onam süreci, sağlık profesyonellerinin ailelere/vekillere, yaşamı sürdürme tedavisini durdurma veya geri çekme veya yaşam sonu tedavisi kararı ne olursa olsun, sağlık hizmeti sağlayıcısının kararını onaylama seçeneğini sunmasına olanak tanımaktadır. Onay alındığında, hastanın tıbbi kayıtlarında açıkça belgelenmelidir (Kane ve ark., 2017).

2.4. Nafile (Yararsız) Tedavi

Hem genel anlamda tıbbı uygulamalarda hem de yaşlı etiği kapsamında önemli bir kavram da nafile (futil) ya da boşuna bakım uygulaması ve buna verilen reaksiyonlardır. Bazı ülkelerde devlet hukuku, sağlık hizmeti sağlayıcılarının yalnızca etik bakım sağlamakla yükümlü olmadığını, aynı zamanda tıbbi açıdan yararsız (bu nedenle etik olarak uygun olmayan) bakımı vermeyi reddetme yetkisine sahip olduğunu vurgulamaktadır. İster birey ister vekil tarafından verilmesi gereken birçok yaşam sonu kararı son derece zordur. Ülkemizde değil ama başka bazı ülkelerde bireyler/vekilleri tedavinin başlatılması, tedaviyi durdurma ve devam ettirme, tedaviyi geri çekme, reddetme hakkına sahiptir. Birey/vekil agresif tedavi seçeneklerinden semptom yönetimine veya palyatif bakım olarak adlandırılan tedaviye geçiş yapmaya karar verebilir. Palyatif bakım, rahatsızlığı ortadan kaldırmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için semptom yönetimine odaklanan disiplinler arası bir bakımdır. Palyatif bakımda sağlanan tedaviler, altta yatan durumu iyileştirmeyi amaçlamaz ve genellikle ağrı, kabızlık, mide bulantısı, anksiyete ve öksürük gibi semptomların yönetimine odaklanmaktadır. Yaşam sonu bakım kapsamında önemli tartışmalardan birisi özellikle uygulanmakta olan tedavi boşuna olduğunda, birey ve bir bütün olarak toplum için bakım maliyeti ve maliyete karşı sağlanan fayda hakkındaki endişeler olduğunda ortaya çıkmaktadır. Elbette birey için yapılan hiçbir bakım asla sonuçsuz kalmasa da, tıbbi müdahaleler sonuçsuz olabilmektedir. Bu durumda yine nafile girişim kavramından söz edilmektedir. Tıbbi yararsızlık, mevcut veriler bireyin tıbbi durumunu iyileştirmeyeceğini gösterdiği için uygulanmaması gereken ancak önerilen tedavi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bazı durumlarda, vekiller nafile ve pahalı bakımın uygulanmasını tercih edebilmektedir (Kane ve ark., 2017).

2.5. Ötanazi ve Yardımlı İntihar

Bireyin ölme hakkı ile ilgili farklı görüşler ileri sürülmektedir. Özerk bireylerin yaşamları üzerinde karar verme yetisine sahiplerse, onu sonlandırmaya izin verilmesi gerektiği görüşü en sık ifade edilendir. Hiç kimsenin dayanılmaz ağrı, acı ve sıkıntı çekmeye zorlanmaması gerekir. Bu nedenle, gönüllü ötanazi etik açıdan şefkat ve özerkliğe saygıyı ifade eden bir eylem olarak görülmektedir. Diğer bir görüş de, tıbbin geleneksel amacının yaşamı korumak ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu bu nedenle yaşamın direkt alınmasının etik açıdan asla savunulamayacağıdır.

Ötanazi; ölme hakkı, iyi, rahat, mutlu ölüm olarak tanımlanmaktadır. Birisini ıstırap veren fiziksel ya da bilişsel durumu nedeniyle öldürme anlamı kullanılmakta ve bunun bireyin yararına olduğu düşünülmektedir (Ersoy, 2009). Geriatrik etik kavramının en hassas konula-

rından biridir. Yaşamı sürdüren tedavilerin reddedilmesi birçok ülkede legal olsa da ötanazi ve yardımla intihar legal değildir. Yaşamı biçimlendirmek kadar sonlandırmanın da bireyin kendi seçimi olması gerektiğini savunanlar çoğunluktadır. İyilik halinin sağlanması sağlıkla ilgili olduğu kadar ağrı, mobilite, beslenme konularını da içermektedir. Bu açıdan bakınca iyi hali, kurtulma olarak da düşünülebilir. Ancak ötanazinin hayata değer verme etik ilkesiyle çakışıp çakışmadığı da tartışma konusudur. Bir kişinin geri dönüşümü olmayan bir hastalığı olsa bile, ölümünü sağlamanın yanlış olduğunu savunanların yanı sıra bitkisel hayattaki insanların "kişi" olarak düşünmemek gerektiği ve hayata değer verme ilkesinin bunlarda geçerli olmadığını savunanlar da vardır (Kaptan, 2013).

Yardımlı intihar; özellikle yaşlı, özürlü bireyler yardımsız intiharın mümkün olmadığı durumlarda, kolay ve ağrı çekmeden ölmek için yardım isteyebilirler. Bu yardım; bireyin huzurlu ölmesine olanak tanıyabilecek intihar araçları, ilaçları, ilaç isimleri ya da intihar yöntemleri hakkında bilgi verme, araç sağlama şeklinde olmaktadır. Ancak kişi hastalığı ya da özrü nedeniyle kendine ilaç, zehir alma şansı olmayacak durumda ise ilaç, zehir satın alma, intihar aracını ulaşabileceği bir yere bırakma şekli de yardımlı intihar kapsamında ele alınmaktadır. Bireyin intiharına yardım etmek, öldürme eylemi olarak kabul edilmemektedir (Ersoy, 2009).

2.6. Sağlık Bakımında Adalet

Tıbbi kaynakların paylaştırılması, temel haklardan biri olarak kabul edilen bireylerin sağlık hizmetlerinden pay alma ve eşit yararlanma hakkı ile değerlendirilmektedir. Ancak bazı tıbbi sınırlı sayıdadır ve çok az sayıdadır. Bu durum benzer durumdaki tüm hastalara pahalı ve sınırlı sayıda bulunan tıbbi kaynakları (hemodiyaliz makinesi, yaşam destek sistemleri, organ nakilleri vb.) içeren tedavi olanaklarını sağlamak mümkün değildir bu nedenle tıbbi kaynakların hakkaniyetle dağıtılması konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerdiği gibi, temel sağlık hizmeti kapsamındaki kaynakların dağıtımı ile ilgili kararları "eşitlik" ilkesi gereklerine dayandırmaktadır. Her birey temel sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma hakkına sahiptir ve devlet bunu sağlamak zorundadır. Ancak bu anlayışla dağıtım yapılması, etik açıdan tartışmaları getirebilmektedir. Tıbbi kaynakların dağıtımı teknik olmaktan öte ahlaki bir iştir. Özellikle az ya da sınırlı sayıda olan tıbbi kaynakların paylaştırılmasında eşitlik ilkesinin mi yoksa diğer adil paylaşım ilkelerinin mi geçerli olacağı etik tartışmaları kaçınılmaz kılmaktadır. Son yıllarda genel kabul gören ölçüt bireyin gereksinimi ve göreceği tıbbi yararın dengelenerek paylaşımın yapılmasıdır (Ersoy, 2009).

Toplumsal sağlık harcamalarının büyük bir bölümü, yaşlıların bakımı için ayrılmaktadır. Yaşlı bireyler, hayatlarını zaten yaşamış gibi göründükleri için, bazı konularda sınırlama ge-

tirilme ve kota koyma çabalarının başlıca hedefinde yer almaktadırlar (Jecker, 2021; Kane ve ark., 2017). Daha incelikli bir düzeyde, program etkililiği ölçütleri, "kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı" benzeri bir tanım kullanılma eğilimindedir. Bu terim, kaliteli yaşam tanımını bağımlılıktan uzak yaşam olarak yapmaktadır. Bu tanımla toplum, belirli bir bağımlılık seviyesinde yaşanan hayata bir değer biçmek için bir temel oluşturmaktadır. Yaşlılık ya da bağımlılık döneminin, aktif yaşam yıllarının ima ettiği kapsamda ve içerikte hiçbir değerinin olmadığını varsaymak, öncelikle bağımlı yaşlıları tedavi eden geriatrinin amacı ile çelişiyor gibi görünmektedir. Birçok yaşlı birey, engelliliğin yaşam kalitesinin yokluğunun göstergesi olduğu ilkesine aktif olarak karşı çıkmaktadır. Çeşitli yaşlarda ağır engelli kişiler keyifli ve üretken hayatlar sürmeye devam edebilirler. Hastalarının savunucuları olarak geriatri ekibinin üyeleri, bu tür terimlerin hem günlük konuşmada hem de analizlerde nasıl kullanıldığı konusunda son derece dikkatli olmalıdır. Yaşam beklentisini kriter alan herhangi bir önlemin kaçınılmaz olarak yaşlılara karşı önyargılı olacağını akılda tutmak önemlidir. Bağımlılığı birincil sonuç olarak ele alan bir kriter de, bağımlı olanların artık sayılmadığı anlamına gelmektedir; bu mantıkla sakatlık ölümle eşdeğerdir. Sağlık hizmeti kaynaklarının uygun ve ekonomik bir şekilde dağıtımına giderek artan bir odaklanmanın olduğu bir çağda, bilişsel veya fiziksel engelli olan veya kuruma yerleştirilmiş kişilerin maruz kalabileceği yaş ayrımcılığından ve olumsuz yaşam kalitesi yargılarından kaçınmak için özen gösterilmelidir (Kane ve ark., 2017). Yaşla birlikte prognozu etkileyecek çeşitli morbiditelerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Ancak, karar verirken hiçbir konuda ayrımcılık yapılmamalıdır. Ödenek dağılımı kararları verirken, yaşın bir kriter olarak alınması etik ve yasal olarak doğru değildir. Yaşlı bireylerde metastatik kanser olsa da, ileri evre demans hastası olsa da, hasta ve yakınları tarafından yaşamı uzatan bakım ve tedaviler, girişimsel işlemlerin yapılması talebi varsa bu yerine getirilmelidir (Kaptan, 2013).

2.7. Kurumsal Bakım İle İlgili Sorunlar

Kurumsal bakım alanında çalışanlar, yaşlı bireylerin yaşam sonu kararlarıyla ilgili olarak benzersiz bazı etik sorunlar/ikilemler deneyimlerler. Yaşlı bireyler, genellikle fiziksel veya zihinsel işlevlerinin azalması nedeniyle bakım evlerine kabul edilir. Uzun süreli bakım hastalarının tedavisindeki klinik kararlar, en büyük etik ikilemlerden bazılarını ortaya çıkarmaktadır. Huzurevinde görevli bir hekim resüsitasyon sorununun ötesinde, bir hastayı bakımevinden hastaneye ne zaman nakletmenin uygun olduğu, sıvı dengesizliği veya enfeksiyondan kaynaklanan fizyolojik durumdaki değişiklikleri tedavi etmek için ne zaman radikal bir şekilde müdahale edilmesi gerektiği kararı gibi zor kararlarla karşı karşıya kalırlar. Belki de en kafa karıştırıcı alanlardan biri, beslenme desteklerini sürdürmek için ne zaman radikal önlemler alınması gerektiğidir. Beslenmenin desteklenmesi kararları, özellikle birey tercihlerini açıkça

belirtmediğinde, yaşamı sürdüren diğer tedavi konularına göre daha fazla tartışma yaratmaktadır. Besleme tüpü kullanımıyla bireylerin yaşam kalitesinin arttığını destekleyen hiçbir kanıt yoktur. Bu nedenle, hekimler giderek daha insancıl bir seçenek önermektedir: yalnızca rahat besleme. Bu, bireyin yiyebildiği ve yemeye istekli olduğu şeyleri yemesine yardımcı olmak için bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sağlamaktadır. Ayrıca, yiyecek ve sıvı vermemenin sağlık profesyonellerinde ve ailelerde/vekillerde uyandırdığı olumsuz duyguların önüne geçmektedir. Sağlık profesyonelleri, çalışırken bireyin kişiliğini korumak için gayretli olmalıdır. Bakım verilen yaşlılar hem bilişsel hem de fiziksel olarak en uygun yeteneklerinde, çok çeşitli faaliyetlere katılmaya, yaşamları ve sağlıkları hakkında seçimler yapmaya devam edebilmelidirler. Bireyin karar verme kapasitesi olmadığı belirtilmedikçe, durumundaki veya tedavisindeki değişiklikler hakkında ilk danışılan kişi olmalıdırlar (Kane ve ark., 2017). Bakım verilen yaşlılar savunmasız olduklarından, haklarını korumak için özel desteğe gereksinimleri vardır. Genel amaç, bakım ve tedavi hakkında karar vermede kişinin özerkliğini en üst düzeye çıkarmak olmalıdır (Kane ve ark., 2017; Nazlıer Keser, 2020; Podgorica ve ark., 2021).

2.8. Demansa Özel Durumlar

Tüm huzurevi sakinlerinde olduğu gibi, demans tanısı olan bireylerin artık karar verme kapasitelerinin olmadığı ve/veya yaşam kalitelerinin düştüğü varsayılmamalıdır. Demans tanısı olan yaşlı bireylerle ilgili yaşam sonu etik kaygılara ek olarak, bu bireylerin günlük bakımında da etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Etik kararlar, basitçe demans tanısı hakkında bilgi sağlamayla ilgili olarak gelişebilmektedir. Bazı kişiler için bu tanının konması yıkıcı olabilirken, diğerleri bilgiyi bakım ve tedaviyi optimize etmek ve gelecek için planlar yapmak için isteyebilirler. Örneğin, birey bilişsel değişikliklerin nasıl bir seyir izleyeceğini soruyorsa ve bu değişikliklerle ilgili endişelerini dile getiriyorsa, tanı ile ilgili bilgilerin kendisi ile paylaşılması ve tepkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Tersine, eğer bir kişi değişiklikleri reddediyorsa ve hastalığı hakkında bir şey duymak istemiyorsa, o zaman bilgiyi sağlamak boşuna olabilir. Yaşlı bireylerde yaygın olarak etik güçlükler yaratan bakımla ilgili diğer sorunlar, bakımın reddi, sürekli dolaşma, disinhibe konuşma ya da davranma, sağlık çalışanlarını rahatsız eden davranışlar ya da saldırgan davranışlarda bulunma gibi şeyleri içermektedir. Amaçsız gezinme, bakım evinde kalan diğer sakinler için rahatsız edici olabilmektedir. Demans tanısı olan bir birey, odasına girmesini istemeyen başka bir sakinin mahremiyetini ve alanını işgal ettiğinde etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Gezinen bireyin özerkliği ile topluluğun daha büyük yararı arasındaki denge kurulmalıdır (Kane ve ark., 2017).

2.9. Bakım Verenlerle İlgili Konular

Yaşamın son yılında bakım maliyeti konusu da önemli bir konudur. Bu maliyetin çoğu uzun süreli bakım hizmetlerinin yanı sıra akut bakım gereksinimlerinden de kaynaklanmaktadır. Bu bakımı sağlamak için disiplinler arası ekiplerden oluşan bakım modellerinin geliştirilmesiyle evde bakım sağlamaya yönelik ilgi artmaktadır. Ayrıca, taburcu edilen yaşlı bireyler arasında yeniden hastaneye yatış gereksinimini önlemek için geçici bakım modelleri geliştirilmektedir. Özellikle, taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden hastaneye yatışlar olmak üzere, akut bir olay sonrasında taburcu edilen yaşlıların yeniden hastaneye yatış gereksinimini önlemek için geçiş dönemi bakım modelleri geliştirilmektedir. Uzun süreli bakım ile yakından bağlantılı önemli bir diğer etik konu, bakım verenlerin rolüyle ilgilidir. İnformal bakım verenler, sınırlı kaynaklarla yaşamın sonunda önemli miktarda bakım sağlamaktadır. İnformal bakım veren aile üyeleri, uzun süreli bakımın belkemiğini oluşturmaktadırlar. Örneğin, ülkemizde resmi olarak kabul edilmiş refakat izni bulunmaktadır. O halde resmi olmayan bu bakım verenlerin, bu tür bir bakımın ne kadarını sağlamaları beklenmelidir? Bir kuşağın diğerine, hatta aynı kuşaktan eşlere ve kardeşlere olan yükümlülüğünün niteliği nedir? İnformal bakımın önemli bir kısmı şüphesiz sevgi ve şefkatten kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşım, ne kadar bakım verebileceklerine karar vermek aileye bırakıldığında işe yarar, ancak bu tür bir bakım zorunlu hale geldiğinde ne olur? Ülkelerin uzun süreli bakımları desteklemekteki yetersizlikleri ya da politikaları kolaylıkla ailelerden bakım talep edilmesine veya ailelerin bu bakımın belirli bir miktarını doğrudan ödemek zorunda kalmalarına neden olmaktadır (Kane ve ark., 2017).

3. Yaşlı Sağlığında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Bir bireyin ilgi, saygı ve korunma hakkı yaşla birlikte azalmaz. Her birey toplumun ilgisini, saygısını ve korumasını diğer bireylerle eşit olarak hak etmektedir. Yaşlı bireylerin bakımında yan tutmama, dürüstlük, adalet, güvenirlik, değer verme, saygınlığını koruma ve sürdürme, özerkliğe saygı gösterme ilkelerinin yaşlı bireylerin fiziksel ve bilişsel yeterlilikleri göz önünde bulundurularak özenle uyulması gereken ilkeler olduğu bilinmelidir. Yaşlı bireyler tedavi, bakım, teknolojik gelişmeler konusunda ilerlemeleri izleme ve değerlendirme konusunda sıkıntılar yaşayabilirler. Bu nedenle kendi ile ilgili kararlarda etik ikilemler/sorunlar ortaya çıkabilir. Hemşireler, yaşlı bakımında hemşirelik etik kodları doğrultusunda hareket ederek toplumun ve yaşlının değerlerine saygı göstererek bakımı planlamalıdır.

Tüm hemşirelik uygulamalarının temelinde insanı onurunu ve değerini koruma vardır. Yaşlı bireylerin değerleri, yaşam biçimi, dini inançları ve gereksinimleri dikkate alınarak davranılmalıdır. Hemşireler, yaşlı bireylere yapılacak girişimler, tedaviler ve uygulamalarla ilgili bilgi vererek

onamının alınması konusunda dikkatli davranmalıdır. Bakımın planlanması, girişimler ve planın uygulanmasına katılımı sağlamalı ve yaşlı bireyin bireysel isteklerine öncelik vermelidir. Çalışma ortamında hasta, aile, hekim ve hemşire meslektaşları ile ilgili anlaşmazlıkların çözümünde rol oynamalıdır. Bireylerin ya da grupların ortak amaçları (hasta ya da toplumun sağlık gereksinimleri) için çaba göstermelidir. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık ekibinin ortak kararlar alma ve bakım sonuçlarını tartışarak kaliteli bakım hizmeti sunmaları için hemşireler iş birliği sağlayıcı rol oynamalıdır. Yaşlı bireylerin güvenliğinin sağlanması, sağlık bakımında olumsuzlukların önlenmesi ve birey için doğru uygulamaların savunucusudur. Hemşireler, kaliteli bakım ve uygulamanın sağlanmasından sorumlusudur. Kendisi ve birlikte çalıştığı ekip üyeleriyle birlikte etik kurallar çerçevesinde yaşlı bireyin onurunu koruyan, bireyin yararı ve kendi isteklerini ifade etmesine izin verilecek biçimde kararlar alınması ve uygulanmasında rol oynar. Tüm hemşireler, hemşirelik bakımı uyguladıkları alanlarda etik sorumluluklar doğrultusunda görev yaparlar. Bireysel olarak ya da diğer meslektaşları ile iş birliği yaparak mesleki bilginin gelişimi, değerlendirilmesi, yayılması ve uygulanmasında görev alırlar. Uygun, yeterli ve kaliteli sağlık hizmetlerinin yaşlı bireylere de eşit biçimde sunulması için iş birliği ve planlama yaparlar. Yaşlı bireylerin rahatsızlıklarının azaltılması, son dönemdeki bireyin ve ailesinin destek bakımının planlanması ve uygulanmasında rol alırlar (Hemşirelik Eğitimi Derneği, 2023; Karadakovan, 2014).

4. Sonuç

Yaşlı bireylerin bakımıyla ilgili etik konular her düzeyde önemli rol oynamaktadır. Sağlık bakımında adalet, hizmete erişim konuları dışında büyük ölçüde sağlık profesyonellerinin bakımın hangi unsurlarının yaşlı birey için "uygun" olduğuna ilişkin düşüncelerinden etkilenebilir. Bu düşünceler de toplumsal kalıpları yansıtabilir. Tedaviye başlamama veya tedaviyi bırakma kararları; ne kadar ve ne tür bir bakımın sunulacağı, nihai sözü kimin söylemesi gerektiği, neyin uygun olduğuna dair düşüncelere dayanarak verilmektedir. Bu kararların bir kısmı, gerekli gerçekler bilinmediği için etik sorunlar/ikilemler olarak ifade edilmektedir. Hekimler, etiğin bir dizi genel ilkeye dayandığını akılda tutmalıdır. Ayrıca yaşlı bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık bakım ekibi üyeleri, gereksinim duyulan bakım seviyeleri, bakımın klinik olarak etkili mi yoksa bunun yerine sadece yararsız mı olacağına ilişkin çeşitli klinik bulguları ortaya koymaktan, eğer yeterliliği varsa bireyden kendi adına karar vermesine eğer yoksa birey adına karar verecek kişiye gerekli desteği sağlamaktan sorumludurlar. Bu desteği sağlayarak hasta savunuculuğu rolünü sürdürmeleri gerekmektedir. Yaşlı bireyler, seçeneklerin tam olarak değerlendirilmesi ve bakımlarını etkileyen kararlara katılma haklarını kaybetmemelidir. Genel olarak tıp etiğinin merkezi bir parçasını oluşturan özerklik ve yararlılık ilkeleri, bağımlı yaşlı bireylerde uygulamakta zorlanılan alanlardır. Çünkü kırılgan

yaşlı bireyleri çocuklaştırma eğilimi olduğunda ve özellikle kolayca iletişim kurulamadığı durumlarda, ataerkil eğilim daha fazladır. Kendi tercihlerini ifade edemeyen bireyler için kararların nasıl alınacağına ilişkin endişeler bulunmaktadır. Bunun için yasal düzenlemeler ve sağlık hizmetlerinde bakımın önceden planlaması (ileri dönük karar verme) hem sağlık profesyonelleri hem de bireylerin ve aile üyelerinin genellikle daha kolay karar almalarını kolaylaştırmaktadır. Son olarak, özellikle kurumsal bakım alan yaşlıların özel durumlarının olduğunu ve daha kırılgan olduklarını kabul etmek gerekmektedir. Kurumsal bakım alan yaşlıların gereksinimleri kolayca göz ardı edilebilmektedir. Hastanın savunucusu durumunda olması gereken sağlık profesyonellerinin bu kritik etik durumlara karşı uyanık olmaları ve herkesin yararına en uygun çözümler için çalışılmalarını sürdürmeleri gerekmektedir.

Kaynakça / References

Ekmekçi, P.E. ve Arda, B. (2015). Yaşlılık ve etik sorunlar; sağlık hakkı, özerkliğe saygı ilkesi ve aydınlatılmış onam. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 23*(2), 65-72.

Ersoy, N. (2009). Yaşlılık ve Etik. Gacar, N. (Ed.), *Adı Eylül: Sağlık bilimlerinde yaşlılık kitabı* (1. bs.) içinde (s. 5-19). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Gökalp, N. (2017). Yaşlılık ve etik. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *3*(2), 209-219.

Hemşirelik Eğitimi Derneği. (2023). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Erişim Adresi: https://www.hemed.org.tr/yasa-ve-yonetmelikler/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/

Jecker, N.S. (2021). Ethical ıssues in the care of older adults. geriatric medicine: A person-centered evidence based approach, *Geriatric Medicine* 1-13.

Kane, R., Ouslander, J., Resnick, B., & Malone, M. (2017). *Essentials of clinical geriatrics* (8th ed.). McGraw Hill Professional.

Kaptan, G. (2013). Yaşlı bireylerde etik ve yasal sorunlar. Kaptan, G. (Ed.), *Geriatrik bakım ilkeleri kitabı* (1.bs) içinde (s. 111-117). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlıda etik ve yasal durum. Karadakovan, A. (Ed.)., *Yaşlı sağlığı ve bakım kitabı* (1.bs) içinde (s. 87-96). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Kurt, M.G. (2020). Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 146*, 187-218.

Munson, R. (2012). *Intervention and reflection* (9th ed.). Boston: Wardsworth.

National Health Service. (2020). Withdrawing treatment. Retrieved from: https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/your-wellbeing/withdrawing-treatment/

Nazlıer Keser, E.N. (2020). Yaşlı bakım uygulamalarındaki etik sorunlar üzerine bir değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *31*(1), 303-333.

Oğuz, N.Y., Tepe, H., Büken, N.Ö. ve Kucur, D.K. (2005). *Biyoetik Terimleri Sözlüğü* (1.bs). Ankara: Türk Felsefe Kurumu.

Podgorica, N., Flatscher-Thöni, M., Deufert, D., Siebert, U., & Ganner, M. (2021). A systematic review of ethical and legal issues in elder care. *Nursing Ethics, 28*(6), 895-910.

Tannou, T., Gzil, F., Kennely, S.P., Tournoy, J., Frisardi, V., & Soysal, P. (2023). How do geriatricians evaluate the decision-making ability for older adults with cognitive impairment? Results from and European survey. *European Geriatric Medicine*. https://doi.org/10.1007/s41999-023-00852-4

8. BÖLÜM / CHAPTER 8

GENETİK VE ETİK

GENETICS AND ETHICS

Arzu ERKOÇ[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: arzu.erkochut@iuc.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.08

ÖZ

Genetik bilimi ebeveynler ile kan bağı olan çocuk arasındaki benzerlik ve farklılıkların nedenlerini, bu özelliklerin sonraki nesillere geçiş durumunu, gen yapılarını ve işlevlerini, gen veya kromozom değişikliklerinin sağlık üzerindeki etkisini keşfetmeye ve açıklamaya odaklanan bir bilin dalıdır. Son yıllarda hızla artarak genetik bilginin gelişmesinde rol oynayan genetik çalışmalar sayesinde bireylerde muhtemel kalıtımsal hastalıkların öngörülmesi sağlanabilmektedir. Bunun yanı sıra yapılan gen ve kromozom testleri neticesinde gelecekte kişiselleştirilmiş sağlık bakımının gerçekleşebileceği de düşünülmektedir. Günümüzde birçok hastalığın tanılanmasında genetik testlerin uygulanması önem kazanmıştır. Her bireyin sahip olduğu genom kişiye özel genetik bilgiyi yansıtır. Ancak kritik nokta genetik analiz sonuçlarının kişiyi, kişinin aile üyelerini, bir önceki ve bir sonraki neslin hastalık bilgilerini ilgilendirebiliyor olmasıdır. Bu bağlamda genetik incelemeler sağlık bakım sistemlerini bireysel, organizasyonel ve makro düzeyde birçok etik sorun ile karşı karşıya getirmektedir. Bilhassa nadir görülen hastalıklara yönelik genetik testlerin yapılmasında çoklu ve karmaşık etik yaklaşımların tam olarak ortaya konması ve netliğe kavuşturulması gerekmektedir. Genetik biliminde teknolojik gelişmelerin hız kazanması, bu alanda yaşanan eğitim ve deneyim eksiklikleri etik tartışmaları oldukça sınırlandırmaktadır. Hemşireler hastaya ait genetik bilginin hastanın kendisine sağlayacağı tıbbi yararının farkındadırlar. Genetik hastalığı olan veya genetik hastalığa yatkınlığı olduğu öngörülen bireylerin bakımında hemşirelerin temel genetik ve genomik bilgisine sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Ancak hastaların kendilerini suçlaması ve umutsuz hissetmeleri gibi duyguların oluşması açısından psikolojik zarar verme riski de düşünülmelidir. Hemşirelerin içinde bulundukları bu durumlar karşısında etik açıdan kararsızlık yaşamaları muhtemeldir.

Anahtar Kelimeler: Etik, genetik, hasta, hastalık, hemşire

ABSTRACT

Genetics is a branch of science that focuses on discovering and explaining the causes of similarities and differences between parents and blood-related children, the transmission of these characteristics to subsequent generations, gene structures and functions, and the effects of gene or chromosome changes on health. Genetics, which has developed rapidly in recent years, has an important place in predicting possible hereditary diseases in

individuals. In addition, as a result of gene and chromosome tests in the field of medical genetics, it is predicted that personalised health care can be provided in the future. Today, the application of genetic tests has gained importance in the diagnosis of many diseases. The genome of each individual reflects personalised genetic information. However, the critical point is that the results of genetic analyses may concern the person, the person's family members, and the disease information of the previous and next generation. In this context, genetic investigations are associated with many ethical issues at individual, organisational and macro level in health care systems. In particular, the multiple and complex ethical aspects of genetic testing for rare diseases need to be fully explored and clarified. The acceleration of technological developments in genetic science and the lack of education and experience in this field limit ethical discussions. Nurses are aware of the medical benefit that the genetic information of the patient will provide to the patient. It is of great importance for nurses to have basic genetic and genomic knowledge in the care of individuals with genetic disease or predicted to have a predisposition to genetic disease. However, there may also be a risk of psychological harm in terms of the formation of emotions such as patients blaming themselves and feeling hopeless. Nurses are likely to experience ethical ambivalence in the face of these situations.

Keywords: Disease, ethics, genetic, nurse, patient

Extended Abstract

Genetics basically examines the inheritance and differences of living organisms. Human genetics, on the other hand, is broadly limited to the subject of human inheritance. Medical genetics, on the other hand, has content that focuses on discovering and explaining the causes of similarities and differences between parents and blood-related children, the transmission of these characteristics to subsequent generations, gene structures and functions, and the effect of gene or chromosome changes on health. The science of genetics, which has developed rapidly in recent years, has gained great importance in predicting possible hereditary diseases in individuals. In addition, as a result of gene and chromosome tests in the field of medical genetics, it is predicted that personalized health care can be provided in the future. Genes are a basic unit in the transmission of heredity from generation to generation. Gene sequences are involved in the formation of amino acids, the smallest unit of unique proteins. In the metaphase phase of the cell cycle, gene sequences condense into chromosomes. At this stage, karyotyping of chromosomes is performed and as a result, the presence of numerical or structural chromosomal anomalies can be detected and chromosomal mutations can be identified. In addition, tests examining gene sequences can also be performed. The genome of each individual reflects personalized genetic information. Today, the application of genetic tests has gained importance in the diagnosis of many diseases. The importance of genetic examinations at the molecular level has also increased in the diagnosis, prevention, and treatment of diseases. Genetic tests are tests used to detect Deoxyribonucleic Acid (DNA), Ribonucleic Acid (RNA), chromosome, protein, or metabolite abnormalities directly or indirectly. These tests are performed in accredited laboratories and the test results are evaluated

by genetic specialists. Some genetic diseases can also be recognized with characteristic inheritance patterns by examining the patient's family tree. However, the critical point is that the results of genetic analyses may concern the person, the person's family members, and the disease information of the previous and next generations. In this context, genetic analyses are associated with many ethical issues at the individual, organizational, and macro levels in health care systems. In particular, the multiple and complex ethical aspects of genetic testing for rare diseases need to be fully explored and clarified. Genetic and genomic information is increasingly available regarding the routine clinical care and treatment of patients. New developments in genetics reveal a wide variety of new value conflicts for nurses. Nurses try to integrate this information into their usual practice whenever possible. The acceleration of technological developments in genetic science and the lack of education and experience in this field limit ethical discussions. The genome of each individual reflects the personal genetic information. However, the critical point is that genetic information may also concern the individual, family members, and disease information of the previous and next generations. Nurses are aware of the medical benefit that genetic information of the patient will provide to the patient. It is of great importance for nurses to have basic genetic and genomic knowledge in the care of individuals with a genetic disease or predicted to have a predisposition to genetic disease. However, there may also be a risk of psychological harm in terms of the formation of emotions such as patients blaming themselves and feeling hopeless. Nurses are likely to experience ethical ambivalence in the face of these situations. It is of great importance to take care to protect patient privacy. It should not be forgotten that concerns about keeping personal genetic information confidential lead to ethical debates. It should always be remembered that genetic test results will not only reflect the patient's own disease status but also that family members may be affected by these results.

1 Giriş

Son yıllarda hızlı bir gelişim gösteren genetik bilimi, "İnsan Genomu Projesi" ile birlikte önemli ilerlemeler kaydetmektedir. Sağlık alanında da dikkat çekici etkilerini gösteren genetik çalışmalar, bireylerde ortaya çıkması muhtemel kalıtımsal hastalıkların öngörülmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Günümüzde, hasta ve aile üyelerinde farkındalık sağlanması açısından genetik danışmanlık hizmetleri yaygınlaşmıştır. Genetik hastalığa sahip bireylerde, gözlenen hastalık özelliklerinin neler olduğu, kendisinde mevcut olan veya taşıyıcı olduğu bilinen hastalığın ebeveyn aracılığı ile bir sonraki nesle geçiş yapma olasılığı ve etkileri gibi konularda alanın uzmanları tarafından genetik danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Bu bağlamda, tıbbi genetik alanında yapılan gen ve kromozom testleri neticesinde, gelecekte bireyselleştirilmiş sağlık bakımının gerçekleşebileceği öngörülmektedir (Berry, 2018; Zhoa, 2021).

İnsan hücresinde bir çift cinsiyet kromozomu (kadınlarda XX, erkeklerde XY) olmak üzere toplam 23 çift kromozom bulunmaktadır. Kromozomlarda yer alan genler ve gen dışı bölgelerden oluşan Deoksiribonükleik Asit (DNA) dizilimine tümüne, "İnsan Genomu" denilmektedir. Genomik araştırmalar, bir insan genomunda yer alan tüm genlerin iç yapısı içinde ve genler arasındaki etkileşimleri üzerine odaklanmaktadır. Yapılan çalışmalar, genetik anomaliler veya diyabet gibi yaygın görülen bazı kronik hastalıkların önlenmesine ve organizmanın tedaviye yanıtının anlaşılmasına olanak sağlamaktadır (Jackson, 2020; Sağ, 2022). Hastanın biyolojik yapısına göre bireye özgü tedavilerin planlanmasında, genetik taramaların önemli bir yer tutacağı düşünülmektedir. Hemşireler hastaları ile bakım ve tedavi uygulamaları, hasta eğitimi gibi birçok konuda birebir iletişim halinde çalışmaktadırlar. Hastalarını, yakından takip etmektedirler. Bu açıdan genetik hastalığı olan veya genetik hastalığa yatkınlığı olduğu öngörülen bireylerin bakımında, hemşirelerin temel genetik ve genomik bilgisine sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Kitabın bu bölümünde genetik biliminin temel konuları ve bazı etik ilkelere yer verilmiştir.

2. Genetik

Genetik bilimi temel olarak, canlı organizmaların kalıtım ve farklılıklarını incelemektedir. İnsan genetiği ise, geniş alanda yalnızca insan kalıtımı konusu ile sınırlandırılmaktadır. Dolayısıyla, tıbbi genetik ebeveynler ile kan bağı olan çocuk arasında benzerlik ve farklılıkların nedenlerini, bu özelliklerin sonraki nesillere geçişini, gen yapılarını ve işlevlerini, gen veya kromozom değişikliklerinin sağlık üzerindeki etkisini keşfetmeye ve açıklamaya odaklanan bir bilin dalıdır (National Human Genome Research Institute, 2023a).

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet gibi kronik hastalıkların ortaya çıkmasında çevresel etkilerin yanı sıra bireyin genetik yatkınlığının da etkili olduğu bilinmektedir. Bazı hastalıkların ortaya çıkmasında, etkili genin ya da genlerin var olması ciddi bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bireyde öncelikle rahatsızlığın, genetik yönünün incelenmesi ve semptomların tedavi edilmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, hastanın kullandığı ilaç tedavisinin farmakodinamisini bilmesi özellikle hastanın taburculuk eğitiminde önemli bir yer tutmaktadır (Erkoç, 2023).

2.1.Temel Kavramlar

Hemşirelerin genetik hastalıkları tanıması ve hasta bakımı ya da eğitimine yönelik yaklaşım geliştirmesinde, genetiğin temel kavramları ve işlevlerinin bilinmesi son derece önemlidir.

2.1.1. Gen

Gen, kalıtımın sağlanmasında temel bir birimdir. Genlerde kodlanmış halde bulunan genetik bilgi, anne ve babadan çocuğa aktarılmaktadır. Çocukta ortaya çıkacak kalıtsal özelliklerin belirlenmesinde, ebeveynlerin genleri gerekli tüm bilgiyi bünyesinde barındırmaktadır. Organizmada yer alan tüm canlı hücreler genlere sahiptir. Genlerin her biri, farklı uzunluklarda olabilmektedir. Örneğin, beta globin geni sadece birkaç yüz nükleotidden oluşan kısa bir gendir. Ancak BRCA1 ve BRCA2 genleri binlerce nükleotidin oluşturduğu çok uzun bir gendir. Genler hücre çekirdeğinde yer alan kromozomlarda, sıralanmış halde bulumaktadırlar. İnsan genomunda bir gen dizisi, yaklaşık 20.000 genden oluşmaktadır. Bu genler, uzun bir DNA molekülü içerisinde sıralanmaktadır (National Human Genome Research Institute, 2023b).

Gen, her bir özgün proteinin üretiminde kullanılan temel yapıdır. Bazı genler, her bir hücrenin hangi proteini ve nasıl oluşturacağına rehberlik etmektedir; bazı genler de özgün bir proteinin ne zaman üretileceğini ve ne kadar üretileceğini belirleyerek, hücrenin protein yapma aktivitesini kontrol etmektedir. Sonuç olarak gen, hücreye belirli bir proteini yapmak için talimat veren ve daha sonra vücutta gerçekleşmesi beklenen belirli bir işlevi yerine getiren DNA parçasıdır (Shi, 2022). Bir hücrede bulunan genetik bilginin tamamına ise, genom denilmektedir. İnsanlarda genom hücre çekirdeği içinde yer alan 23 çift kromozomdan ve hücre mitokondrilerinde bulunan DNA'dan oluşmaktadır. Her bir 23 kromozomdan oluşan temel grup, yaklaşık 3,1 milyar baz içeren DNA dizisini içermektedir (National Human Genome Research Institute, 2023c).

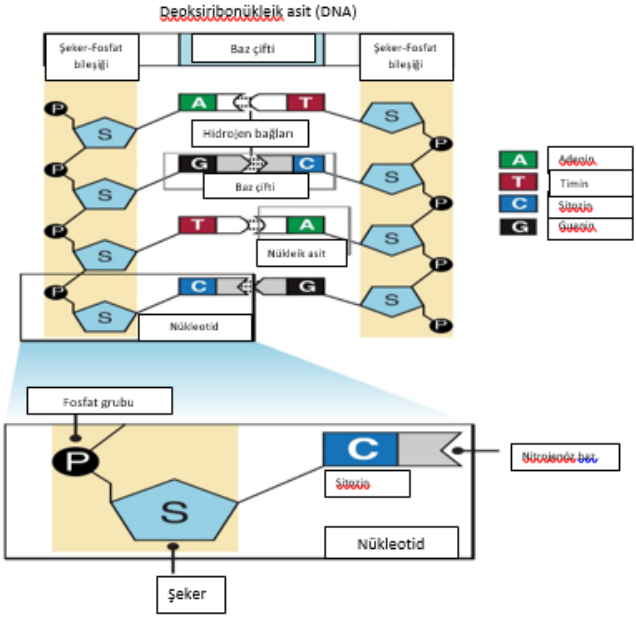
Mitokondride bulunan DNA için kalıtım modeli, kromozomda yer alan DNA'nın kalıtım modelinden farklıdır. Döllenme sırasında, sadece ovum (yumurta) hücreleri mitokondrilerini

korumaktadır. Dolayısıyla mitokondriyal DNA ovum hücresi ile, her zaman anneden çocuğa geçmektedir. İnsanlarda bazı işitme bozuklukları ve diyabet türleri de dahil olmak üzere, birkaç durum mitokondride bulunan DNA ile ilişkilendirilmektedir (National Human Genome Research Institute, 2023d).

Gen dizilimleri, proteinlerin en küçük birimi olan amino asitlerin oluşturulmasında rol oynamaktadır. Ancak bu genler tarafından kodlanan proteinlerin tamamı, tek bir hücrede üretilmez. Örneğin; insülin hormonunun üretilmesi için gerekli genetik bilgi tüm hücrelerde mevcuttur. Fakat insülin hormonu için, yalnızca pankreasta yer alan hücreler seçilerek aktifleştirilir ve burada hormon üretilmektedir. Bir ürünün hücre tarafından üretilmesine izin veren genin aktif hale gelmesine gen ekspresyonu adı verilmektedir. Regülatör genler ise, diğer hücrelerin insülin hormonu üretimini inaktive etmektedir (Jackson, 2020).

2.1.2. Deoksiribonükleik Asit (DNA)

DNA zinciri temel olarak adenin (A), sitozin (C), guanin (G) ve timin (T) olmak üzere 4 tip nükleik asitin diziliminden oluşmaktadır. Nükleotidler, DNA'nın temel yapını oluşturmaktadır. DNA'nın temel yapısında yer aldığından nükleik asitlerin her biri, baz olarak da isimlendirilmektedir (Şekil 1). Nükleik asitler, gıdalardan alınanprotein kaynaklarından türetilmiş amino asitlerden oluşmaktadır. Nitrojen içerikli bir bileşik olan her bir baza (adenin, sitozin, guanin, timin), bir deoksiriboz şekeri ve bir fosfat grubunun eklenmesi ile nükleotid ortaya çıkmaktadır. Nükleotid DNA zincirine yerleşen bir bazın, son yapısal şeklidir (National Human Genome Research Institute, 2023e). Nükleotidlerin farklı sayı, sıra ve çeşitte dizilerek organizmaya ait farklı genetik şifreleri oluşturmaktadırlar. Protein ve RNA moleküllerinin bir araya getirilmesi için gereken bilgi, bu dizilerde kodlanmaktadır. Dizilimde oluşan en ufak bir değişiklik, farklı genetik özelliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (National Human Genome Research Institute, 2023f; Shi, 2022).

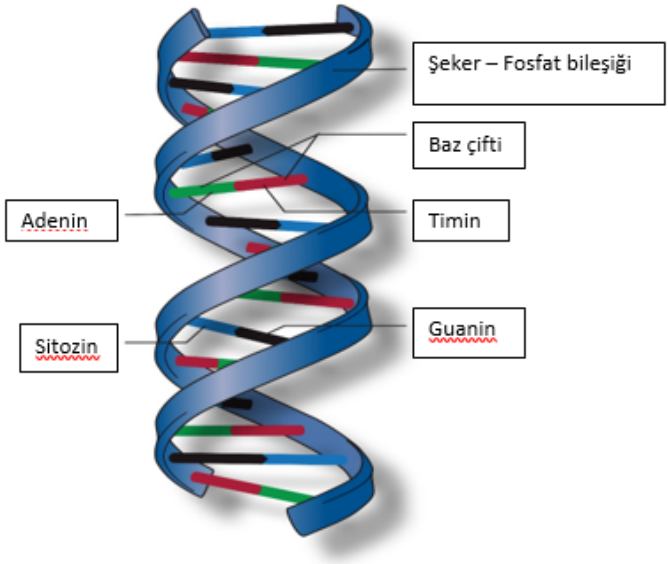


Şekil 1: DNA yapısı ve nükleotidler
Kaynak: National Human Genome Research Institute. (2023e, June 04). Nucleotide. Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Nucleotide

Nükleotidlerin ardı ardına sıralanması ile DNA zincirleri ortaya çıkmaktadır. Bu zincirler, canlı organizmaların aktivitelerini geliştirecek ve yönlendirecek tüm gerekli bilgiyi içeren kimyasal bileşiklerdir. DNA molekülleri, genellikle her genin ikinci bir yansıması olan DNA ipliği ile çift sarmal (çift sarmallı DNA) haldedir ve birbirine bağlı paralel uzanan iki iplikten oluşmaktadır. Canlı bir organizmanın üreme hücreleri dışındaki diğer hücrelerin tümünde, iki iplikten oluşan DNA dizilimi bulunmaktadır. DNA sadece olgun eşey hücreleri olan sperm ve ovum hücrelerinde tek sarmal halindedir (National Human Genome Research Institute, 2023f).

DNA'nın tamamen kendine benzeyen yeni bir DNA oluşturması işlemine DNA replikasyonu denilmektedir. İki DNA zinciri, birbirlerine hidrojen bağları ile bağlanmaktadır. DNA replikasyonu başlamadan önce, birbirine bağlı bu iki DNA zincirinin hidrojen bağları koparak birbirinden ayrılmakta ve iki ayrı DNA zinciri ortaya çıkmaktadır. Her bir zincir, yeni DNA zincirinin sentez edilmesinde kalıp görevi almaktadır. Çift sarmallı DNA zincirinin, her iki dizisinde de karşılıklı eşleşen baz çiftleri yer almaktadır; yani, adenin karşısına timin, guanin karşısına sitozin nükleotiti yerleşmektedir (Şekil 2). DNA polimeraz enziminin etkisi ile nükleotitler, birbirine bağlanarak yeni zincirleri oluşturmaktadır. Bu eşleme sonucunda, birbirinin

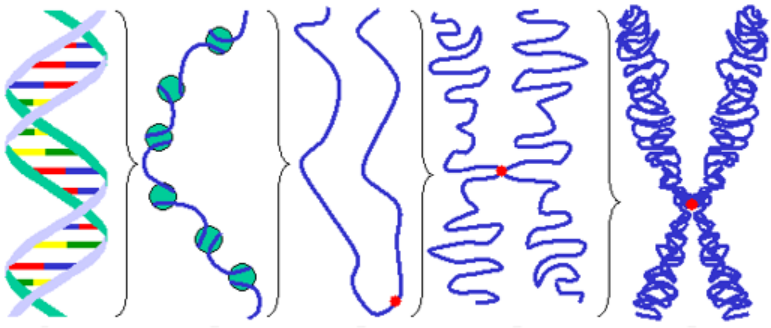
aynısı DNA çift sarmalı meydana gelmektedir. Her iki zincir bu baz çiftlerinin yerleşimleri sayesinde, birbirlerine paralel ve aynı mesafede kalmaktadır. İki DNA zincirini bir arada tutan bu kuvvet mitoz bölünme esnasında zayıflamakta ve iki zincirin birbirinden ayrılmasında rol oynamaktadır (Beery, 2018; National Human Genome Research Institute, 2023g).



Şekil 2: DNA çift sarmalı
Kaynak: National Human Genome Research Institute. (2023g, June 04). *Double helix.* Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Double-Helix

2.1.3. Kromozom

Hücrede yer alan DNA çift sarmalı tek parçadan oluşan uzun bir molekül şeklinde değildir. DNA hücre çekirdeğinde, birkaç parça halinde ve birbirinden farklı uzunluklarda yer almaktadır. Hücrenin yaşam döngüsü aşamalarında, bu segmentler sıkıca birbirlerine bağlanmaktadır. Histon adı verilen proteinler ile özel bir yapı göstererek, yeni bir düzen almakta ve kromozom adı verilen yapıya dönüşmektedir (Şekil 3). Hücre çekirdeği ışık mikroskopu kullanılarak incelendiğinde, kromozomlar hücre döngüsünün metafaz evresinde "X" şeklinde görülmektedir (National Human Genome Research Institute, 2023d).



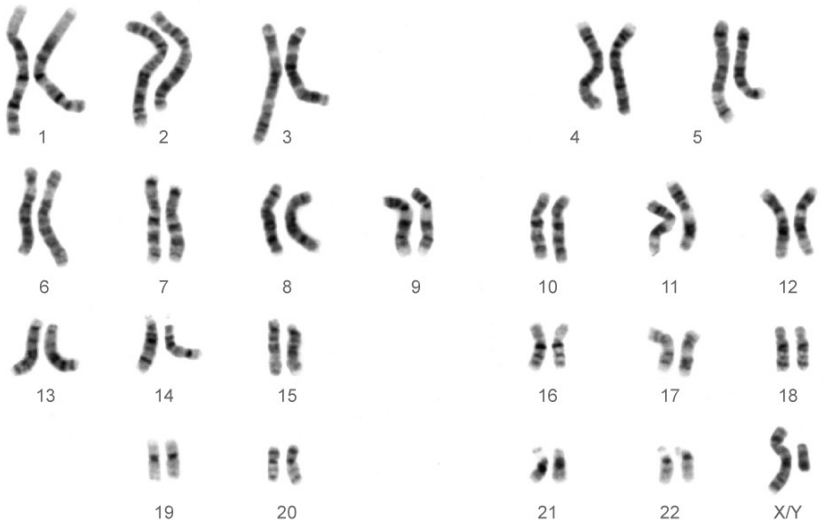
Şekil 3: DNA yoğunlaşmasının farklı düzeyleri
Kaynak: National Human Genome Research Institute. (2023d, June 04). *Chromosomes*. Retrieved from: https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Chromosomes-Fact-Sheet

Kromozom, hücre çekirdeğinde bulunan organize bir DNA paketidir. Canlı türüne göre, kromozom sayısında farklılıklar görülmektedir. İnsan hücresinde, 23 çift yani 46 kromozom bulunmaktadır. Bu kromozomların 22 çifti, somatik hücrelerde bulunan otozomal kromozomlardır. Diğer bir çift kromozom ise, X kromozomu ve Y kromozomu olarak tanımlanan cinsiyet kromozomlarıdır. Ebeveynlerden her biri, bu kromozom çiftlerine genetik özelliklerini aktarmak üzere katkıda bulunmaktadır (Shi, 2022).

Somatik hücreler interfaz, profaz, metafaz, anafaz ve telofaz evrelerinden oluşan mitoz bölünme ile çoğalmaktadır. Profaz evresinde hücre, genetik materyalini iki katına çıkarmaktadır. Metafaz evresinde ise, DNA kromozom şeklini almaktadır. Kopyalanmış kromozomun, iki özdeş yarısından birine kromatit denilmektedir. Kopyalanmış kromatitler, merkezlerine yakın bir yerden sentromer adı verilen birleşme yeri ile birbirlerine bağlı haldedirler. Sentromerler, hücre bölünmesi sırasında, kromozomların uygun şekilde hizalanmasına yardımcı olmaktadır. Kromozomlar, yeni bir hücrenin üretimi için hazırlanırken kopyalanmaktadır. Sentromerler de, kopyalanmış her bir kromozomun iki yarısı için, yani kardeş kromatitler için bir bağlanma yeri oluşturmaktadır (National Human Genome Research Institute, 2023d).

Kromatitlerin ucunda yer alan birleşme yerine ise, telomer denilmektedir. Sentromer, her bir kromozomu iki kola ayıran bir yapıdır. Kromozomun, kısa kolu p ve uzun kolu q olarak isimlendirilmektedir. Kromozomlara özel boyama işlemleri uygulandıktan sonra, hazırlanan preparatlar ışık mikroskobu kullanılarak incelendiğinde, birbirlerini izleyen koyu renk ve açık renk enine bantlar görülmektedir. Bu bantlar, sentromerden telomerlere doğru sayılarak p kolu üzerindekiler p1, p2, p3, ..., şeklinde; q kolu üzerindekiler ise q1, q2, q3, … şeklinde etiketlendirilmektedir. Etiketleme, kromozom üzerinde yer alan özel DNA bölümlerinin konumlandırılmasında kullanılmaktadır (Queremel Milani, 2023).

Laboratuvar ortamında boyanmış ve hareketi sabitleştirilmiş kromozomlar, analiz edilmek üzere mikroskobik görüntüleri incelenmektedir. En büyük kromozom Kromozom 1, en küçük kromozom ise Kromozom 22 olarak adlandırılmaktadır. Kromozomların mikroskobik görüntüleri, boyut ve bant özellikleri açısından değerlendirilerek tanımlanmaktadır ve Kromozom 1'den itibaren Kromozom 22'ye kadar özel bir bilgisayar programı kullanılarak sıralanmaktadır. Karyotiplendirmede 22. kromozom çiftinden sonra X ve X veya X ve Y cinsiyet kromozomları yerleştirilmektedir. Yapılan bu kromozom sıralamasına, karyotip denilmektedir (Şekil 3). Karyotiplendirmeler ile kromozomların yapısal veya sayısal anomalileri belirlenmektedir (Queremel Milani, 2023).



Şekil 3: İnsan karyotipi
Kaynak: Queremel Milani, D. A., & Tadi, P. (2023). Genetics, Chromosome Abnormalities. In StatPearls. StatPearls Publishing.

2. Kromozomal Anomaliler

Hücre döngüsünün metafaz evresi sırasında, kromozomlar yoğunlaşmaktadır. Bu kromozomlar çeşitli kimyasal işlemlerden geçirildikten sonra, mikroskobik incelemelere özgü kromozom boyama yöntemleri ile işleme tabii tutulmaktadırlar. Ardından, ışık mikroskobu altında gözlenebilen karakteristik bant görüntüleri incelenebilmektedir. Histon protein çekirdeğinin etrafına DNA sarılmış haline kromatin denilmektedir. Bantlar, farklı özelliklere ve dolayısıyla farklı işlevsel öğelere sahip kromatin bölgelerini yansıtmaktadır. Bu bantlar metafaz evresinde kromozomların üzerinde koyu ve açık renkte görülmektedir. Bu görünüm sayesinde, kromozomlar tanımlanabilmektedir (Jackson, 2020; Queremel Milani, 2023).

Her canlı türünün, kromozom sayısı ve yapısı belirlidir. Bir türün normal kromozom sayısı, boyutu ve şekli o türün karyotipini oluşturmaktadır. Sağlıklı bir insanın karyotipi 46, XX (dişi) veya 46, XY (erkek) şeklinde gösterilmektedir. Karyotip incelemesinde, kromozomların sayısal veya yapısal anomalileri de teşhis edilebilmektedir (Beery, 2018; Queremel Milani, 2023).

2.1. Sayısal Kromozomal Anomaliler

Genetik açıdan sağlıklı bir insanın, somatik hücresi 23 çift kromozoma (2n=46 kromozom) sahiptir. İncelenen hücrede, 23 kromozomun iki katından fazla sayıda katlarının bulunmasına öploidi denilmektedir. Kromozom sayısında artış, görülen önemli bir sorundur. Bir hücrenin insan haploid genomunun 69 kromozom ve daha fazlası gibi katlı kromozom sayısı içermesi bir anomalidir. Bu duruma poliploidi denilmektedir. Triploidi (üç haploid kromozom grubu) genellikle tek bir yumurtanın iki spermle döllenmesinden veya bazen bir diploid gamet (ovum veya sperm) içeren döllenmeden kaynaklanmaktadır. Triploidi karyotip incelemesinde üç haploid kromozom grubu belirlenen fetüsün canlılığını sürdürebilmesi genellikle çok düşüktür ve bu durum hamilelik sırasında erken spontan düşüğe yol açmaktadır. Tetraploidi (dört haploid kromozom grubu) ise, çok nadir görülmektedir ve yaşamla uyumlu bir durum değildir (Jackson, 2020; Sağ, 2022).

Kromozom sayısının haploid kromozom sayısının tam katı olmadığı duruma anöploidi denilmektedir. Anöploidi, genellikle normal komplemandan daha fazla veya daha az kromozom içeren bir gamet oluştuğu için ortaya çıkmaktadır. Bu, eşlenmiş kromozomların hücre bölünmesinde düzgün bir şekilde ayrılmadığı ve mayoz I (eşleştirilmiş kromozomların ayrılmaması) veya mayoz II (kardeş kromatitlerin ayrılmaması) sırasında meydana gelebileceği ayrılmama adı verilen bir durumdan kaynaklanmaktadır. Ayrılmama, kromozomlardan birinin fazladan bir kopyasını içeren veya bir kromozomdan yoksun olan germ hücreleri üretmektedir. Döllenme daha sonra sırasıyla, fazladan kromozomlu veya eksik kromozomlu bir zigot oluşumuna yol açmaktadır. Ayrılmama, en yaygın olarak oosit oluşumunun mayoz II sırasında meydana gelmekte ve annenin yaşı ve diğer çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Anöploidi pek çok kromozomal sendromun oluşmasına neden olmaktadır. Trizomi 21 olarak da bilinen, Down Sendromu karyotipinde 21. kromozomdan üç adet bulunmaktadır. Erkek karyotipinde, bir adet bulunması gereken X kromozomu iki adet bulunuyorsa Klinefelter Sendromu (47, XXY) görülmektedir (Los, 2023; Sağ, 2022).

2.2. Yapısal Sitogenetik Anomaliler

Radyasyon veya mutajenik kimyasalların neden olduğu DNA hasarı, kromozom kırılmalarına yol açabilmektedir. Hücre döngüsünde yer alan kontrol noktaları onarılmamış kromozom kırıkları olan hücrelerin mitoza girmesini önlemektedir. Kromozom kırıklarını tanıyan ve onarmaya çalışan DNA onarım mekanizmaları mevcuttur. Ancak bu mekanizmalar, bazen kırık kromozomları yanlış bir şekilde onarmakta ve bu da yapısal anormalliklere sahip kromozomların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Tek bir kromozomda, kopmalar olursa bir parçanın kaybolmasına (delesyon), parçanın ters çevrilerek yeniden yerleşmesine (inversiyon) veya dairesel bir yapıya dönüşerek halka kromozomun oluşmasına neden olabilmektedir. İki ayrı kromozomda, tek kırılma meydana gelirse ortaya çıkan parçaların yanlış birleştirilmesi, kromozomlar arasında materyal alışverişine (translokasyon) yol açabilmektedir. Dengeli bir karşılıklı translokasyonda, iki farklı kromozomdan gelen DNA, net kayıp olmadan değiştirilmektedir. Ortaya çıkan hibrit kromozomların her ikisi de bir sentromer taşıyorsa, kopyalanacak ve kararlı bir şekilde ayrılacaktır. Ayrıca gamet oluşumu sırasında, değişmemiş kromozomlardan biri ile birlikte hibrit kromozomlardan sadece birinin bir gamete ayrılması gerçekleşebilmektedir. Bu tür gametlerin döllenmesi, genetik materyalin kısmi trizomisi ve kısmi monozomisine sahip bir zigot oluşumuna yol açmaktadır. Kırılma noktalarının konumuna ve dolayısıyla trizomik veya monozomik formda ne kadar genetik materyalin bulunduğuna bağlı olarak, bu tür embriyolar yaşayabilmekte ancak gelişimsel anormallikler açısından yüksek risk taşımaktadırlar. Bununla birlikte translokasyon taşıyıcıları, sıklıkla asemptomatik olarak görünmektedir. Ancak, her iki ebeveynin de translokasyon taşıyıcısı olmasıyla bağlantılı olarak artan bir düşük oranı bulunmaktadırve taşıyıcıların çocukları konjenital anormallikler gösterebilmektedir (Marshall, 2019; Sağ, 2022; Zhao, 2021).

2.3. Mutasyon Tipleri

Mutasyon, gen içindeki DNA diziliminde meydana gelen, kalıcı bir değişikliğin gerçekleşmesi durumudur. Mutasyonlar, hücre bölünmesi sırasında oluşabilen DNA kopyalama hatalarından, iyonlaştırıcı radyasyona ve mutajen kimyasallara maruz kalmaktan veya virüs enfeksiyonundan kaynaklanabilmektedir. Germ hücrelerinde oluşan mutasyonlar, ovum ve spermde meydana gelmekte ve döllenme sonrası oluşan zigotlara yani doğacak olan yeni nesile geçebilmektedir. Somatik hücrelerde oluşan mutasyonlar ise, vücut hücrelerinde meydana gelmekte ve bir sonraki nesle aktarılmamaktadır (Sağ, 2022; Zhao, 2021). Üç tip mutasyon görülmektedir. Bu mutasyonlar;

Genom mutasyonları, hücrede kromozom sayılarını etkilemektedir. Genom mutasyonları, sık görülen mutasyon tipidir. Tüm hücrelerde, anöploidi tablosu görülmektedir. Hücre bölünmeleri sırasında bir kromozom çiftinin hatalı ayrılması, genom mutasyonlarına neden olmaktadır.

Kromozom mutasyonları, her bir kromozomun yapısında ayrı ayrı gerçekleşebilen mutasyonlardır.

Gen mutasyonları ise, her bir gende yer alan baz çiftlerinin yer değişimi, kaybı ya da eklenmesi şeklinde gerçekleşmektedir.

2.4. Kalıtım Kalıpları

Bazı genetik hastalıklar, soy ağacındaki (pedigri) karakteristik kalıtım kalıplarıyla tanınabilmektedir. Soy ağaçları, söz konusu lokusun otozomal mi yoksa cinsiyet kromozomunda mı bulunduğunu ve bir genetik varyantın baskın mı yoksa çekinik mi olduğunu da ortaya çıkarabilmektedir. Beş farklı kalıtım modeli ayırt edilebilmektedir (Jackson, 2020; Viotti, 2020). Bu kalıtım modelleri;

Otozomal dominant bozukluğu olan bir kişinin, genellikle benzer şekilde etkilenmiş en az bir ebeveyni bulunmaktadır ve çocuklarının ortalama %50'si bu bozukluğa sahip olacaktır. Hastalık her nesilde ortaya çıkar. Otomozam dominant bozukluklar hem erkekleri hem de kadınları etkiler ve hastalığın bir sonraki nesle aktarımı kız veya erkek çocuğa yani bir sonraki nesle hastalık aktarılması şeklinde gerçekleşebilir (Jackson, 2020; Viotti, 2020).

Otozomal resesif koşullar yalnızca her iki homolog lokusta (iki özdeş veya iki farklı resesif varyant) patojenik varyantlar taşıyan bireylerde kendini göstermektedir. Genellikle, bu tür bireylerin her ikisi de, tek bir patojenik alelin semptomatik olmayan heterozigot taşıyıcıları olan etkilenmemiş iki ebeveyni bulunmaktadır. İki taşıyıcı ebeveynin çocukları, her iki patojenik varyantı miras alma şansı %25 iken, etkilenen bireylerin çocukları bir patojenik varyantın zorunlu taşıyıcılarıdır. Ebeveynlerin akraba olması, ailelerde hastalık insidansı sıklıkla arttırmaktadır. Birden fazla nesilden etkilenen ailelerde, otozomal resesif hastalıklar genellikle bir veya daha fazla nesli atlamaktadır (Jackson, 2020; Viotti, 2020).

X'e bağlı resesif X kromozomu üzerinde yer alan lokuslardaki çekinik varyantlar hastalıklara neden olmaktadır. Kadınları ve erkekleri farklı etkilemektedir. Erkeklerde tek bir X kromozomu vardır, bu nedenle patojenik bir varyant taşıyorlarsa, etkisini telafi edecek ikinci bir alelleri bulunmamaktadır ve hastalıktan etkilenmektedirler. Doğan tüm kız çocukları, X kromozomlarını miras almakta ve bu nedenle taşıyıcı olmaktadır. Ancak erkek çocuklar etki-

lenmemektedir. Kız çocukları, iki X kromozomu taşıdıkları için sadece ilgili genin patojenik varyantını etkilenmiş ebeveynden alabilmektedir. Etkilenmemiş bir taşıyıcı veya homozigot olabilecek ikinci bir patojenik varyantı kalıtımla alırlarsa, hastalıktan etkilenmektedirler (Jackson, 2020; Viotti, 2020).

X'e bağlı dominant gelişen hastalıklar nadir görülmektedir. X'e bağlı dominant kalıtım kalıbı ile aktarılan genetik hastalıklar X kromozomu üzerindeki baskın bir patojenik varyant nedeniyle gelişmektedir. Tipik olarak, hem erkekleri hem de kadınları etkileyebilir. Hasta erkeğin tüm kızları etkilenir ancak oğulları etkilenmez. Etkilenen kadın için tek bir patojenik varyant söz konusu ise, çocuklarının etkilenme olasılığı %50 olmaktadır. Eğer ebeveynlerinin her ikisinden de bir patojenik varyant kalıtsal olarak almışsa, tüm çocukları etkilenmektedir (Jackson, 2020; Viotti, 2020).

Mitokondriyal kalıtım modelinde ise, mitokondriyal hastalıklar yalnızca anne tarafından çocuklara aktarılabilmektedir. Mutant mitokondriyal DNA taşıyan annenin, tüm çocukları etkilenebilmekte veya belirti göstermeksizin taşıyıcı olabilmektedirler (Jackson, 2020; Viotti, 2020).

2.5. Genetik Testler

Günümüzde genetik bilimi İnsan Genomi Projesi ile insan genomuna ait gen haritalarını çıkarılabilir boyutta bir ilerleme kaydetmiştir. Teknolojik gelişmeler ile birlikte iç hastalıkları, pediatri, romatoloji, onkoloji gibi farklı tıp branşları içerisinde birçok hastalığın tanılanmasında genetik testlerin uygulanması önem kazanmıştır. Hastalıkların etiyoloji ve patogenezini açıklamada yeni algoritmalar ortaya konmaktadır. Ayrıca hastalıkların tanılanmasında, önlenmesinde ve tedavisinde moleküler düzeyde genetik incelemelerin de önemi artmaktadır. Ailevi akdeniz ateşi (FMF), kistik fibrozis, Wilson hastalığı, otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı gibi tek gen hastalıklarının yanı sıra kanser, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları ve birçok psikiyatrik hastalık genetik hastalıklar grubuna dahil edilmektedir. Hastanın aile öyküsünde hipertansiyon, kalp hastalığı, astım ve diyabet gibi pekçok hastalığın bulunması, kişinin genetik yapısından etkilenerek ortaya çıkabilmektedir (Marshall, 2019; Sağ, 2022; Zhao, 2021).

Genetik testler DNA, Ribonükleik Asit (RNA), kromozom, protein veya metabolit anormalliklerini doğrudan ya da dolaylı olarak saptamaya yarayan testlerdir (Sağ, 2022). Genetik bir anomali varlığından şüphelenilme durumunda, tanı konulmadan önce öngörülen tanının doğrulanması ya da dışlanması veya bireyin yatkınlık durumun değerlendirilebilmesinde genetik testler yapılmaktadır. Bu testler akredite laboratuvarlarda yapılmakta ve test sonuçları genetik uzmanları tarafından değerlendirilmektedir (Şahin, 2022; Zhao, 2021).

2.6. Genetikte Etik Sorunlar

Genetikte etik, 1990'ların ikinci yarısından itibaren büyük ölçüde İnsan Genomu Projesi ve teknolojik gelişmelerle beslenen büyük ölçüde literatüre sahip devasa bir konu haline gelmiştir. Genetik bilimindeki etik konular temelde tıbbın diğer dallarıyla benzerlik göstermektedir. Genellikle adalet (adil ve hakkaniyetli olma), özerklik (seçme hakkı), yara sağlama (iyilik yapma) ve zarar vermeme gibi geniş başlıklar altında tartışılmaktadır. Bu genel ilkelerden herhangi biri arasında, bir çelişki olduğunda ikilemler ortaya çıkmaktadır. Genetik bozukluklar, genlerdeki veya kromozomlardaki anormalliklerden kaynaklanmakta ve çoğunlukla aile üyelerini etkilemektedir. Sorunları farklı kılan, hastalığın aile üyelerine yansımasıdır. Bu nedenle genetik bilgi, bir aile meselesi olarak ele alınmaktadır (Kessels, 2020).

Genetik incelemeler sağlık bakım sistemlerinin bireysel, organizasyonel ve makro düzeyde birçok etik sorunla ilişkilendirilmektedir. Özellikle nadir hastalıkların genetik testlerinin yapılmasında çoklu ve karmaşık etik yönlerinin tam olarak anlaşılması gerekmektedir. Genetik biliminde hızlı teknolojik gelişmeler yaşanması, bu alandaki eğitim ve deneyim eksikliği etik tartışmaları sınırlamaktadır (Kruse, 2022; Zhao, 2021).

Nadir hastalık şüphesi ile hastaya yapılabilecek genetik testler, düşük kar oranı nedeni ile klinik laboratuvarda yapılmayabilmektedir. Bu durumda, bazı hastaların bilimsel araştırma çerçevesinde genetik testi sonuçlarına ulaşabildiği ifade edilebilmeketdir. Neticesinde ise, planlanan bilimsel araştırmaya hastaların gönüllü katılımına yönelik temel etik gereksinimleri tehlikeye sokan yaklaşımlar haline gelebilmektedir (Marshall, 2019).

Genetik testlerin sıklıkla tartışılan konularından biri, hastanın damgalanma ve ayrımcılıkla karşılaşma olasılığıdır. Damgalanma, toplumsal standartlar açısından bir kişinin derin bir şekilde itibarsızlaştırıcı olarak kabul edilen ayırt edici özelliği olarak tanımlanmaktadır. Damgalanma ve ayrımcılık, bireyin iş hayatında veya sosyal faaliyetlerden dışlanma gibi çeşitli biçimlerde gerçekleşebilmektedir. Damgalanma yalnızca tanı almış kişiler için değil, aynı zamanda taşıyıcı durumunda olan sağlıklı bireyler için de geçerli olabilmektedir. Bazı kültürel yapılarda bu damgalanma, cinsiyete özgü ayrımcılık ve bazı hastaların aile kurmalarını kısıtlamalarına neden olabilmektedir (Kruse, 2022). Örneğin, hemofili hastalığı açısından genellikle kız çocuklarının taşıyıcı olması veya klinefelter sendromunun erkekte genellikle kısırlık nedeni olabileceği gibi.

3. Genetikte Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Genetik ve genomik bilgi, hastaların rutin klinik bakımı ve tedavilerine ilişkin giderek artmaktadır. Genetik alanındaki yeni gelişmeler, hemşireler için çok çeşitli yeni değer çatışmalarını ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler mümkün olduğunca bu bilgileri olağan uygulamalarına entegre etmeye çalışmaktadırlar. Genetik ve genomik alanı hızla gelişmektedir ve hasta bakımına bilginin aktarılabilmesi hemşirelerin bu alanda bilgi, beceri ve özel uygulamaları geliştirmeleri için ihtiyacın artmasına yol açmaktadır (Beery, 2018; King, 2020). Ancak genetik bilgi ve becerinin sınırlılıkları, kaynakların ve rehberleri/kılavuzların eksikliği, ayrımcılık ve psikolojik zarar ile ilişkili yaşadıkları endişeler, hemşirelerin bu çabasını engelleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Genetik bilgiyi çevreleyen etik, yasal ve psikolojik kaygılar genetik tartırmalarından kaçınmaya yol açabilmektedir. Bilginin klinik uygulamada kullanılmaması durumunda hastaların ve ailelerinin hayati genetik bilgilerine erişimini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bu alanda, gelişimlerinin sağlanmasında genetiğin ve genomiğin olağan klinik uygulamaya entegre edilmesi şarttır (White, 2020).

Her bireyin sahip olduğu genom, kişiye özel genetik bilgiyi yansıtmaktadır. Ancak kritik nokta genetik bilginin kişiyi, kişinin aile üyelerini, bir önceki ve bir sonraki neslin hastalık bilgilerini de ilgilendirebileceğidir. Hemşireler, hastaların genetik bilgilerinin kendilerine sağlık açısından sağlayabileceği olası tıbbi yararın farkındadırlar. Ancak hastaların kendilerini suçlaması ve umutsuz hissetmeleri gibi duyguların oluşması açısından psikolojik zarar verme riski de bulunabilmektedir. Hemşirelerin içinde bulundukları bu durum, kendileri için önemli bir endişe kaynağı olarak görülebilmektedir. Hastaların genetik bilgilerinin kullanımının, bu açıdan önemli bir engel oluşturduğu düşünülebilmektedir.

Bireysel genetik bilgi, diğer aile üyeler için de potansiyel faydalar sağlayabilmektedir. Örneğin, kanser riski hasta değerlendirilmesinde önemli bir parçadır. Kapsamlı bir kanser riski değerlendirmesi yapılırken, genetik bilginin dahil edilmesi önemlidir (King, 2020). Aile üyelerinin, genetik hastalığa sahip olma riskinin açıklanması ve tıbbi tarama yaptırmalarının sağlanması ya da aile planlaması seçeneklerinin anlatılması gerekebilmektedir. Hasta, genetik testin uygulanma nedeni ve nasıl bir sürecin izleneceği konusunda bilgilendirilmelidir. Hastada genetik test sonuçlarının, sadece kendi hastalık durumunu değil aynı zamanda aile üyelerini de ilgilendirdiği bilinci oluşturulmalıdır. Ancak kişisel genetik bilginin gizli tutulması konusu ile ilgili kaygıların etik tartışmalara yol açtığı da unultulmamalıdır. Hasta mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmesi büyük önem taşımaktadır.

4. Olgu Senaryosu: Klinefelter Sendromu

Olgu senaryosu olarak genetik bir sağlık sorunu olan klinefelter sendromu ele alınmıştır. Klinefelter sendromu, sadece erkek cinsiyette görülmektedir. Normal erkek karyotipinde XY cinsiyet kromozomları, normal kadın karyotipinde ise XX cinsiyet kromozomları yer almaktadır. Bu durumdan farklı olarak, klinefelter sendromunda XY cinsiyet kromozomlarına fazladan bir X kromozomu (XXY) daha eklidir. Klinefelter sendromuna sahip bireyler, genetik olarak erkek cinsiyettir. Bu sendroma sahip çoğu kişi, genetik test yapılmadan ekstra X kromozomuna sahip olduklarının farkında değildirler. Ancak sendrom, bazen tedavi gerektirecek sorunlara yol açabilmektedir.

4.1. Olgu Senaryosu

Klinefelter sendromu tanısı olan 38 yaşında erkek hasta, anemi ve terleme atakları nedeni ile bir eğitim ve araştırma hastanesinin iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hemşirelik öğrencilerinin uygulamalı ders gününde bir öğretim üyesi eşliğinde klinikte bakım ve tedavileri devam eden tüm hastalar ziyaret edildi. Bu ziyaretler sırasında her bir öğrenci, klinik rehber modülü doğrultusunda hastaların hikayeleri ve laboratuvar test sonuçlarını öğredi. Fizik muayeneleri öğrenciler tarafından yapılarak hemşirelik süreci hazırlandı. Bu hasta ile ilgilenen öğrenci hemşire, hasta odasında diğer öğrencilere olgusunumu yaptı. Hastanın sağlık öyküsünü okudu. Öğrenci hemşire hasta sunumu sırasında, klinefelter sendromunun genetik olarak bir kromozom düzensizliğinden ortaya çıktığı ve sadece erkeklerde görüldüğü hakkında bilgi verdi. Düşük sperm sayısı ve küçük testislerin bu sendromun önemli bulguları arasında olduğundan ve bu hastaların kısırlık sorunu yaşama olasılığının yüksek olduğundan bahsetti. Anemik tablo ve terleme ataklarının bu sendroma bağlı bulgular arasında yer alabileceği ve bu doğrultuda planladığı hemşirelik tanılarını tartıştı. Hasta iki kişilik bir odada tedavi görmekteydi ve yapılan bu eğitim faaliyetinden kendini rahatsız hissettiğini ve artık öğrencilerle iletişimde bulunmak istemediğini söyledi.

4.2. Olgu Senaryosunun Etik Analizi

Bu olguda hasta hakları, gizlilik ve mahremiyet etik konuları üzerinde durulmaktadır. Bu durumda, hasta mahremiyetine aykırı bilgiler kendisine haber verilmeden diğer bireylerle paylaşılması konusunda hastanın bunu kabul etmeme hakkı vardır. Ancak hasta, yattığı hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu ve eğitim amaçlı bilgi alışverişinin engellenmeyeceğini ve kabul etmesi gerektiğini bilir. Bir hastanın hemşirelik öğrencisinin kendisi ile iletişimine katılmasına izin vermesindeki en önemli faktör, geleceğin hemşirelerinin eğitimine katkıda bulunma isteğidir. Özgecil yaklaşım sergileyen yani kendi yararından çok başkalarını düşü-

nen, başkalarına yarar sağlamaya çalışan, başkalarının iyiliği için elinden geleni esirgemeyen hastalar öğrencilerin kendileri ile iletişimde bulunmalarına rıza gösterirler.

Hasta – hemşire iletişiminde, güven hastanın hemşireye özel sağlık bilgilerini anlatmasında önemli bir faktördür. Hasta, kendi sağlık bilgilerini öğrencilerle paylaşmanın mahremiyetini etkilemeyeceğini düşünerek, sürecin başında öğrencilerin bakım ve tedavisine katılımına rıza göstermiştir. Ancak buradaki sorun, hastanın kişisel sağlık bilgilerinin ilgisiz üçüncü şahıslara iletilmemesi için gerekli önlemlerin alınmamasıdır. Hastanın aynı odayı paylaştığı hasta ve refakatçisinin bu bilgileri duyması, kendine ait bilgilerin gizliliğinin ihlal edilmesine sebep olmuştur. Gizliliğin ihlali ise yalnızca hastanın özel alanına ve kişisel bilgilerine erişimin değil, aynı zamanda kimin ya da kimlerin bu bilgilere erişimi olduğuna da bağlı olabilir. Olgu sunumu sırasında, hasta odasında bulunan ve hastanın bakım ve tedavi sürecinde yer almayan kişiler, hastanın tıbbi bilgilerine erişimi olmaması gereken bir üçüncü kişi olarak kabul edilmektedir. Mahremiyetin kaybı, gizliliğin ve bireysel haysiyetin ihlali anlamına gelmektedir (Beery, 2018; Ekmekci, 2022). Hastanın gizlilik beklentisinin yerine getirilmesi hasta-hemşire iletişiminde önemli bir yer tutmaktadır. Diğer üçüncü kişi/kişilerin hastanın bilgilerini duyması hastanın güvenini zedeleyen bir unsurdur. Hasta, mahremiyetinin ve gizliliğinin ihlal edilmesinden dolayı kendini rahatsız hissedebilmekte ve hemşire ile arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

5. Sonuç

Bu bölümde yer alan bilgiler ile hemşireler ve hemşire adayları tıbbi genetiğin temel kavramlarını öğrenecekler, kromozomal anomalileri, mutasyon türleri, kalıtım kalıplarını açıklayabileceklerdir. Aynı zamanda genetikte etik sorunların değerlendirilmesi ve hemşirelerin rolü açısından bu bölümün hemşirelik alanında yeni bir bakış açısının oluşturulmasında kapı aralayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça / References

Beery, T.A., Workman, M. L., & Eggert, J. A. (2018). *Genetics and genomics in nursing and health care*. FA Davis.

Ekmekci, E. (2022). *Kardiyoloji vakalarıyla klinik etik*. Ankara: TOBB ETÜ Yayınları.

Erkoç, A. (2023). Yoğun bakım ünitesinde genetik hastalıklara yaklaşım. Akyol, A.D. (Ed.), *Yoğun bakım hemşireliği kitabı* (2.bs) İçinde (s.381-399). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Jackson, M., Marks, L., May, G.H., & Wilson, J.B. (2020). Correction: the genetic basis of disease. *Essays in Biochemistry*, *64*(4), 681.

Kessels, S.J., Carter, D., Ellery, B., Newton, S., & Merlin, T.L. (2020). Prenatal genetic testing for cystic fibrosis: a systematic review of clinical effectiveness and an etnics review. *Genetics in Medicine*, *22*(2), 258-267.

King, E. M., & Smith, E. C. (2020). Diversification of nurse practitioner practice: genetic cancer risk assessment. *The Journal for Nurse Practitioners, 16*(6), 447-452.

Kruse, J., Mueller, R., Aghdassi, A.A., Lerch, M.M., & Salloch, S. (2022). Genetic testing for rare diseases: A systematic review of ethical aspects. *Frontiers in Genetics*, 12.

Los, E., & Ford, G.A. (2023). Klinefelter Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Marshall, D.A., MacDonald, K.V., Heidenreich, S., Hartley, T., Bernier, F.P., Gillespie, M.K., … Boyctt K.M. (2019). The value of diagnostic testing for parents of children with rare genetic diseases. *Genetics in Medicine*, *21*(22), 2798-2806.

National Human Genome Research Institute. (2023a, June 04). *Genomics.* Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/genomics

National Human Genome Research Institute. (2023b, June 04). *Gene*. Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Gene

National Human Genome Research Institute. (2023c, June 04). *Genome*. Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Genome

National Human Genome Research Institute. (2023d, June 04). *Chromosomes*. Retrieved from: https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Chromosomes-Fact-Sheet

National Human Genome Research Institute. (2023e, June 04). *Nucleotide*. Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Nucleotide

National Human Genome Research Institute. (2023f, June 04). *Deoxyribonucleic Acid (DNA).* Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Deoxyribonucleic-Acid

National Human Genome Research Institute. (2023g, June 04). *Double helix.* Retrieved from: https://www.genome.gov/genetics-glossary/Double-Helix

Queremel Milani, D. A., & Tadi, P. (2023). Genetics, chromosome abnormalities. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Sağ, Ş.Ö. (2022). Klinisyenler için tıbbi genetik ve testlerin yönetimi. Ersoy, A. (Ed.), *uludağ iç hastalıkları kitabı cilt 1-tanıda temel bilgi kitabı* içinde (s.209-229). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Shi, J., Tian, Z., Lai, J., & Huang, X. (2022). Plant pan-genomics and its applications. *Molecular Plant*. *16*(1), 168–186.

Şahin, A.B. ve Evrensel, T. (2022). Onkoloji laboratuvar testlerinin kullanımı. Ersoy, A. (Ed.), *uludağ iç hastalıkları kitabı cilt 1-tanıda temel bilgi kitabı* içinde (s. 201-208). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Viotti, M. (2020). Preimplantation genetic testing for chromosomal abnormalities: aneuploidy, mosaicism, and structural rearrangements. *Genes*, *11*(6), 602.

White, S., Jacobs, C., & Phillips, J. (2020). Mainstreaming genetics and genomics: a systematic review of the barriers and facillitators for nurses and physicians in secondary and tertiary care. *Genetics in Medicine*, *22*(7), 1149-1155.

Zhao, S., Cheng, X., Wen, W., Qiu, G., Zhang, T.J., Wu, Z., & Wu, N. (2021). Advances in clinical genetics and genomics. *Intelligent Medicine*, *1*(03), 128-133.

3. KISIM - PART 3

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

SURGICAL NURSING AND ETHICS

9. BÖLÜM / CHAPTER 9

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN SURGICAL NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Yasemin USLU[1], Emre KUĞU[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: yasemin.uslu@istanbul.edu.tr

[2]Öğr. Gör., Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi, İstanbul, Türkiye
E-mail: emre.kugu@fbu.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.09

ÖZ

Cerrahi hemşireliğinde etik; birey, aile ve toplumun sosyal gereksinimleri, demografik yapısındaki değişimleri, toplumsal inanç ve değerlerine göre şekillenmiştir. Geçmiş dönemlerde cerrahi bakım, yaralanan bireyin fizyolojik gereksinimlerine odaklanırken, günümüzde cerrahi alandaki bilimsel gelişmeler ve bütüncül yaklaşım felsefesi ile etik konularla da paralel olarak değişim ve gelişim göstermiştir. Cerrahide etiğin gelişimini anlamak için, öncelikle cerrahinin doğasını anlamak gerekmektedir. Cerrahi etiğin tarihçesi, tıp etiğinin ve hemşirelik etiğinin tarihçesi ile paralellik göstermektedir. İnsanların cerrahi girişimleri binlerce yıldır uyguladığı, ancak cerrahi etik ilke ve sorumlulukların tam olarak tanımlanması ve uygulanmaya başlaması daha yakın tarihlere dayanmaktadır. Cerrahi hemşireliğinde etik, hastaya cerrahi girişimlerden yarar görmesini ve herhangi bir zarar verilmemesini, uygulamalar sırasında bireyin özerkliğine saygı duyulmasını ve hastalara adaletli bir yaklaşım sergilenmesi gerekliliğini belirtmektedir. Yarar sağlama, kişinin en iyi çıkarları gözetilerek hareket etme prensibini içermektedir. Zarar vermeme, yaşamın ve beden bütünlüğünün korunmasını ve cerrahi girişimin en az riskle sonuçlanmasını amaçlamaktadır. Özerklik, cerrahi hastasının kendi sağlık durumuna ve bedenine yapılacak müdahalelere ilişkin karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır. Cerrahi bakımda adalet kavramı sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, hizmetlerin dağıtımı, yönetimi için adil bir yaklaşım gerekliliğini kapsamaktadır. Cerrahinin doğası gereği, etik ilkeler kapsamında özellikle aydınlatılmış hasta rızası/onam ve hemşirenin savunucu rolü ön plana çıkmaktadır. Cerrahi hemşiresi, bireyin en fazla yarar sağladığı ve en az zarar göreceği şekilde bakımını planlamalıdır. Bu planlamayı yaparken; bireyin özerkliğine saygı göstererek, adaleti sağlayarak ve bireyin hakkını onun yararına savunacak biçimde şekillendirmelidir. Bu rol ve sorumlulukları, etik karar verme adımlarını takip ederek yerine getirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşireliği, cerrahi bakım, cerrahide etik, etik ilke ve değerler, savunuculuk

ABSTRACT

Ethics in surgical nursing has been shaped according to the social needs of the individual, family, and society, changes in demographic structure, social beliefs, and values. While in the past surgical care focused on the physiological needs of the injured individual, today surgical care has changed and developed in parallel with scientific developments in this field and the philosophy of holistic approach and ethical issues. To understand the development of ethics in surgery, it is first necessary to understand the nature of surgery. The history of surgical ethics parallels the history of medical ethics and nursing ethics. Humans have been practicing surgical interventions for thousands of years, but it is only recently that surgical ethical principles and responsibilities have been fully defined and implemented. Ethics in surgical nursing states that the patient should benefit from surgical interventions and no harm should be caused, the autonomy of the individual should be respected during the applications and a fair approach should be taken to the patients. The benefit includes the principle of acting in the best interests of the individual. Do no harm aims to protect life and bodily integrity and to minimize the risk of surgical intervention. Nonmaleficence aims to protect life and bodily integrity and to minimize the risk of surgical intervention. Autonomy means that the surgical patient has the freedom to make decisions about his/her own health status and the interventions to be made on his/her body. The concept of justice in surgical care includes the need for equality in access to health services and a fair approach to the distribution and management of services. Due to the nature of the surgery, within the scope of ethical principles, especially informed patient consent/permission and the advocacy role of the nurse come to the fore. The surgical nurse should plan care in such a way that the individual will benefit the most and suffer the least harm. While making this plan, it should be shaped in a way that respects the autonomy of the individual, ensures justice, and defends the rights of the individual for his/her benefit. These roles and responsibilities should be fulfilled by following the steps of ethical analysis consisting of diagnosis, planning, implementation, and evaluation.

Keywords: Surgical nursing, surgical care, ethics in surgery, ethical values, advocacy

Extended Abstract

The concepts of care and ethics in surgical nursing show parallel development by influencing each other. The historical development of surgical nursing and ethics has been shaped according to the social needs of family and society, changes in demographic structure, social beliefs, and values. In the past, while surgical care focused on the physiological needs of the injured individual, today, it has changed and developed in parallel with scientific developments in the field of surgery and the philosophy of holistic approach and ethical issues. The history of medical ethics in ancient times dates back to Ancient Greece with Hippocrates' principle of "do no harm". Although there are uncertainties about the historical background of ethics in surgery, some opinions point to the origins of surgical ethics in ancient Egyptian and Mesopotamian civilizations. Susruta from ancient India is considered one of the pioneers of modern surgical techniques and stands out with his sensitive and sensitive approach to ethical issues in surgery. Susruta's ethical approach includes views such as professional oath, patients' rights, responsibilities in the provision of health care services and surgeons not harming patients. In ancient times, developments in the field of ethics in surgery

were limited to the principle of nonmaleficence and holding the person who performed the surgical intervention responsible for a problem caused. In medieval Europe, churches imposed restrictions on medical practice based on religious rules and dogmas. Surgeons were generally seen as people of low social status and discussions on ethical issues were limited. Due to the scholastic philosophy that prevailed in Europe, developments in the field of medicine slowed down, but thanks to the Middle Eastern and Far Eastern philosophies that were far from this mindset, developments in the field of medicine continued in these geographies. While the ethical values of Middle Eastern medicine were influenced by Islamic religious teachings, the ethical values of Far Eastern medicine were influenced by concepts such as Yin Yang, Five Elements, the Concept of Chi, Organs, and Energy Channels. Surgical ethics officially emerged in the 19th century with the introduction of surgery into the modern medical world and the acceptance of surgery as a profession. With the discovery of anesthesia, bolder applications in surgery began to be made and surgical techniques developed rapidly. Along with modern health practices, ethical questions have also changed. With the development of technology, the increase in knowledge in the field of medicine, and the diversification of the philosophy and possibilities of societies, the ethical issues that surgical nurses are interested in have also changed and developed. While many lives have been saved thanks to the use of new surgical techniques and surgical instruments, problems such as digital privacy, storage of pathology results, and sharing patient information with third parties have emerged. The philosophical changes in humanity and the continuous development of technology have brought new ethical issues. Surgical ethics is in the field of bioethics as part of medical ethics. Bioethics is a field concerned with human life and well-being that reflects on philosophical, social, and legal issues arising in medicine, nursing, and other health disciplines. Ethics in surgical nursing states that the patient should benefit from surgical interventions and no harm should be caused, the autonomy of the individual should be respected during the applications and a fair approach should be taken to the patients. The benefit includes the principle of acting in the best interests of the person, which refers to acts of compassion and benevolence. Nonmaleficence aims to protect the patient's life and bodily integrity and to minimize the risk of surgical intervention. The principle of autonomy advocates that the surgical patient should have the freedom to make decisions about his/her own health status and the interventions to be made on his/her body. The principle of justice emphasizes that patients should have equal chances. The concept of justice in surgical care includes equality in access to health services and the need for a fair approach to the distribution and management of services. In the surgical process, the patient's body is intervened in order to protect and improve the patient's health, and during this intervention, the patient surrenders his/her life completely to the members

of the surgical team in a state of anesthesia and unconsciousness. Each surgical procedure has more or less risks depending on its type and methods of execution. Individuals should be informed about all expected risks in this regard. It is very important to choose the least harmful and most beneficial method for the patient. Due to the nature of the surgery, especially informed patient consent/permission and the nurse's role as an advocate come to the fore within the scope of ethical principles. The surgical nurse should keep the information learned from the patient or the patient's relatives while caring for the patient during the surgical process and pay attention to the patient's privacy. Ethical problems in surgical nursing arise from the presence of a hierarchical environment in health care, lack of time to make quick decisions in critical situations, insufficient knowledge of the members of the surgical team, the use of different types of communication by team members, the presence of infectious diseases in the patient to undergo surgical intervention, lack of materials and personnel, and conflicts within the team. Ethical roles and responsibilities in surgical nursing are to plan the care in which the individual will be harmed the least and benefit the most, to respect the autonomy of the individual while making this planning, and to provide care in a fair manner and to defend the rights of the individual for his/her benefit. These roles and responsibilities should be fulfilled by following the steps of ethical analysis consisting of diagnosis, planning, implementation, and evaluation.

1. Giriş

Cerrahi bakım, tarihsel süreç içinde yer ve zamana göre değişiklik göstermekle birlikte, bakımı sürdüren hemşirelerin etik yaklaşımı, bu süreci etkileyen önemli bir faktör olmuştur. Günümüzde, yaşanan birçok durum, sadece geçmiş tarih olarak değerlendirilmeyip toplumsal hafızada deneyimler olarak kaydedilmektedir. Geçmişten günümüze yansıyan bu deneyimler ile günümüz cerrahi bakım sürecinde etik ilke ve değerler yapılanmıştır. Cerrahi hemşireliğinde etik, ilk çağlarda büyüsel tıp, Şamanizm gibi uygulamalardan etkilenirken, tarihsel süreç içerisindeki hastalık ve sağlık kavramında meydana gelen değişimlerden, cerrahideki bilgi ve teknolojinin gelişiminden, toplumlarda meydana gelen kültürel değişimlerden etkilenip şekillenmiştir. Cerrahi süreçte, hastanın sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla bedenine müdahale edilmekte ve bu müdahale sırasında hasta, anestezi ve bilinçsizlik durumu içerisinde hayatını tamamen cerrahi ekip üyelerine teslim etmektedir. Her cerrahi işlemin, türüne ve yapılış yöntemlerine göre az veya çok riskleri bulunmaktadır. Bireylerin bu konuda beklenen tüm riskler hakkında bilgilendirilmiş olmaları gerekmektedir. Burada hasta için en az zararlı, en çok yarar sağlayan yöntemin seçilmesi oldukça önemlidir. Cerrahinin doğası gereği, etik ilkeler kapsamında özellikle aydınlatılmış hasta rızası/onamı ve hemşirenin savunucu rolü ön plana çıkmaktadır. Bu bölümde; cerrahi hemşireliğinde etiğin tarihçesi, gelişimi, cerrahi etik ilkeler, cerrahi hemşireliğinde rol ve sorumluluklara detaylı olarak yer verilerek olgu örnekleri paylaşılmıştır.

1.2. Cerrahi Hemşireliğinde Etik, Tarihçesi ve Gelişimi

Tıbbi etiğin tarihçesi Hipokrat'ın "zarar verme" ilkesi ile Antik Yunan'a kadar uzanmaktadır. Cerrahi etiğin tarihsel geçmişi konusunda belirsizlik olsa da, bazı görüşler cerrahi etiğin kökenini, cerrahi sanatın temel alındığı Antik Mısır ve Mezopotamya olduğunu işaret etmektedir. Cerrahide etiğin gelişimini anlamak için, öncelikle cerrahinin doğasını anlamak gerekmektedir. Cerrahi etiğin tarihçesi, tıp etiğinin ve hemşirelik etiğinin tarihçesi ile paralellik göstermektedir. İnsanların cerrahi girişimleri binlerce yıldır uyguladığı ancak cerrahi etik ilke ve sorumlulukların tam olarak tanımlanması ve uygulanmaya başlaması daha yakın tarihlerde gerçekleşmiştir (Cardenas, 2020; Fowler, 2017; Namm ve Krause, 2019).

Antik Yunan'da Hipokrat ile birlikte, tıbbi etik ilkeler belirgin bir şekilde ortaya çıkmaya başlamıştır. Hipokrat, mesleğinin etik yönleri üzerinde duran bir dizi ilke geliştirmiştir. Bunlar arasında; hastanın mahremiyetine saygı, zarar vermeden tedavi etme, dürüstlük ve adalet gibi ilkeler bulunmaktadır (Cardenas, 2020; Fowler, 2017). Antik Mısır'da ölümden sonra, yaşama olan inanç sebebiyle ölen insanlara mumyalama işlemi yapılmaktaydı. Mumyalama

işlemi sayesinde, Antik Mısırlılar cerrahi ve anatomi konusunda ilerleme göstermişlerdir. Antik dönemlerde cerrahide etik alanındaki gelişmeler, zarar vermeme ya da cerrahi girişimi yapan kişinin neden olduğu bir sorundan sorumlu tutulmasıyla sınırlı kalmıştır (Fowler, 2017; Namm ve Krause, 2019).

Antik Hintli olan Susruta modern cerrahi tekniklerin öncülerinden birisi olarak kabul edilmekle birlikte, cerrahide etik konular konusunda oldukça duyarlı ve hassas yaklaşımıyla da ön plana çıkmaktadır. Susruta'nın etik yaklaşımı içerisinde mesleki yemin, hasta hakları, sağlık bakım hizmetlerinin sunumundaki sorumluluklar ve cerrahların hastalara zarar vermemesi gibi görüşler bulunmaktaydı (Anilkumar, 2020; Bath, Aggarwal ve Sharma, 2019). Antik dönemde, sağlık uygulamalarının hesap verilebilirliği ve denetlenebilirliği kişilerin belirlediği kurallar ışığında şekillenmekteydi. Orta Çağ döneminde, sağlık uygulamaları kişiye fayda sağlanması yerine daha çok kar sağlamayı amaçlamaktaydı ve kar sağladığı sürece etik ilke ve değerler göz ardı edilebiliyordu. 18. yüzyılda (yy.) John Gregory ve Thomas Percival'ın çalışmaları, tıp etiğinin doğuşunda oldukça önemli bir adım olmuş ve günümüz modern tıp etiğinin gelişmesi ile cerrahi, dahili hastalıklar gibi alanlara özgü etik bakış açılarının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Cardenas, 2020; Namm ve Krause, 2019).

Orta Çağ Avrupa'sında kiliseler, tıbbi uygulamalarda dini kurallar ve dogmalara temellenen sınırlamalar getirmiştir. Cerrahlar, genellikle düşük toplumsal statüye sahip kişiler olarak görülmüş ve etik konulara ilişkin tartışmalar sınırlı kalmıştır. Avrupa'da hâkim olan skolastik felsefe nedeniyle, tıp alanındaki gelişmelerde yavaşlama görülmüştür, fakat skolastik düşünceden etkilenmeyen Orta Doğu ve Uzak Doğu felsefeleri sayesinde tıp alanında gelişmeler bu coğrafyalarda devam etmiştir. Orta Doğu tıbbı etik değerleri İslam dini öğretilerinden etkilenirken, Uzak Doğu tıbbı etik değerleri Yin Yang, Beş Unsur, Çi Kavramı, Organlar ve Enerji Kanalları gibi kavramlardan etkilenmiştir. Rönesans ile birlikte, cerrahide etik konular tekrar ön plana çıkmaya başlamıştır. Anatomik çalışmaların artmasıyla, cerrahi tekniklerde de gelişmeler görülmüş fakat etik konular tam olarak tanımlanamamıştır. Bundan dolayı, cerrahi alanda etik ilke ve değerlere gereksinim oluşmuştur (Cardenas, 2020; Gazdić, 2020; Namm ve Krause, 2019).

Cerrahi etik, cerrahinin modern tıp dünyasına girmesi ve cerrahinin artık bir meslek olarak kabul edilmesiyle 19. yy.'da resmi olarak ortaya çıkmıştır. Anestezinin keşfi ile cerrahide daha cesur uygulamalar yapılmaya başlanmış ve cerrahi teknikler bu sayede hızlı gelişme göstermiştir. Cerrahide ortaya çıkan bu gelişmelerle birlikte, cerrahi hemşirelerinin bakım uygulamaları da çağın gerekliliklerine göre farklılaşmış ve ilişkili etik konular da çağa göre şekillenmiştir (Gazdić, 2020; Shinde, Parak, Bhati, Sahay ve Battu, 2021). Etiğin tarihsel

gelişimindeki büyük adımlardan birisi de, 1964 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından geliştirilen ve insan deneyleriyle ilgili etik ilkeleri ortaya koyan Helsinki Bildirgesi'dir. Bu dönemde, etik konularda gelişmeler hız kazanmıştır. 1981 yılında Lizbon Bildirgesi ile hasta haklarından biri olan hastanın tedavisini sürdürecek hekimi seçebilme, yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra tedaviyi kabul etme veya reddetme, hastanın kendisi ile ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesinden bahsedilmiştir (Dal-Ré, 2023; Kassels ve Merz, 2021).

Modern sağlık uygulamalarıyla birlikte, etik konulardaki sorularda değişmiştir. Yeni cerrahi teknikler, teknolojinin gelişmesi ve cerrahi aletlerin kullanılması sayesinde birçok hayat kurtarılırken, dijital mahremiyet, patoloji sonuçlarının saklanması, hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Tele sağlık hizmetleri sağlık çalışanları için, hastalarını taburcu olduktan sonra bile, rahat bir şekilde hastaların takip ve bakımının sürdürülmesine olanak sağlamıştır. Tele sağlık hizmeti sırasında, paylaşılan kişisel verilerin güvenliği gibi sorunlar ile karşılaşmak ise kaçınılmaz olmuştur. Ülkemizde bu konuya ilişkin kişisel sağlık verilerinin korunmasını amaçlayan yönetmelik Haziran 2019'da 30808 sayılı resmî gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Fowler, 2017; Namm ve Krause, 2019; Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete, 2019).

Cerrahide teknoloji ve robotik cerrahideki hızlı ilerlemeler, robotik cerrahi sistemlerin ve cerrahi tekniklerin kullanımının sıklaşması ve bu konular ile ilgili herhangi bir yazılı prosedür ve etik kuralların tanımlanmamış olması olası etik sorunlara zemin hazırlamaktadır. Dünya üzerinde insan sayısının artması ve nüfusun yaşlanması ile sağlık bakım hizmetlerine olan talepler artmaktadır. Sağlık bakım sistemleri üzerinde oluşan bu iş yükü de gelecekte etik sorunlara zemin oluşturabilir. Sağlık verilerinin dijitalleşmesi ile birlikte, yapay zekâ ve sağlık verilerinin analitik incelemeleri ile bireylerin gelecek sağlık durumlarının tahmin edilmesi üzerine odaklanan bir sağlık bakımı da etik sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir. Genetik mühendisliğindeki gelişmeler sayesinde üretilecek yapay organlar, genetik düzenlemeler, bedendeki bazı organların yerini robotik organların alması da etik sorunlar arasında ön plana çıkabilir. İnsanlığın felsefi olarak değişmesi ve teknolojinin sürekli olarak gelişmesi yeni etik sorunları da beraberinde getirecektir (Namm ve Krause, 2019).

1.3. Cerrahide Temel Etik İlkeler

Cerrahi etik, tıbbi etiğin bir parçası olarak biyoetik alanında yer almaktadır. Biyoetik, tıp, hemşirelik ve diğer sağlık disiplinlerinde ortaya çıkan felsefi, sosyal ve yasal konular üzerine düşünen insan hayatı ve konforu ile ilgilenen bir alandır. Cerrahi hemşireliğinde etik, hastaya

cerrahi girişimlerden yarar görmesini ve herhangi bir zarar verilmemesini, uygulamalar sırasında bireyin özerkliğine saygı duyulmasını ve hastalara adaletli bir yaklaşım sergilenmesi gerekliliği üzerine odaklanmaktadır. Bu etik ilkeler aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

Yarar Sağlama: Yarar sağlama, merhamet ve iyilikseverlik eylemlerini ifade eden ve sağlıklı/hasta bireyin en iyi çıkarları gözetilerek hareket etme prensibini içermektedir. Cerrahi bakımda yararlılık ilkesi, yapılan cerrahi girişimlerin hastaya yarar sağlaması gerektiği üzerinde durmaktadır. Yararlılık ilkesi, yalnızca hastanın cerrahi girişim ile değişim gösteren fiziksel sağlığına değil aynı zamanda cerrahiden etkilenen psikososyal durumuna da dikkat edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Yararlılık ilkesi ile hastaya yapılacak cerrahi girişime karar verilmesi de oldukça önemlidir. Yararlılık ilkesi kapsamında, planlanan cerrahi girişim sınırlandırılabilir ya da iptal edilebilir. Cerrahi hemşiresi girişimlerini planlarken, hastasının gereksinimlerini belirleyerek, bilim ve teknolojinin olanaklarını kullanarak hemşirelik bakımı ile sağlayabileceği en fazla yararı sağlamalıdır (Ewuoso, Hall ve Dierickx, 2021; Ferreres, 2019; Varkey, 2021).

Zarar Vermeme: Zarar vermeme Hipokrat'ın "en azından zarar verme" görüşüne dayanmaktadır. Bu ilke, cerrahi girişimle hastaya zarar vermemek için bir yükümlülük yüklemektedir. Hastanın yaşamının ve beden bütünlüğünün korunmasını ve cerrahi girişimin en az riskle sonuçlanmasını amaçlamaktadır. Ancak, bazen hastaların yarar görebilmesi için zarar vermenin kaçınılmaz olduğu durumlar da olabilmektedir. Bu durumlarda, cerrahinin riskleri ve yararları dikkatli değerlendirilmeli ve bireyin rızasının alınması gereklidir. Zarar vermeme ilkesi, hastaya yarar sağlarken zarar vermemeyi ya da verilebilecek zararın gerekliliği üzerine düşünülmesi olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi hemşiresi, insan hayatının korunması gerekliliğini farkındadır. İnsan hayatının en yüce değer olduğunu ve bu değerden herhangi bir nedenle vazgeçilemeyeceğini savunmaktadır. Hastasının ilgisizlik, ihmal ya da deneyimsizlik gibi nedenlerle zarar görmesini önlemektedir. Cerrahi hemşiresi cerrahi girişimin yapılacağı alanda (ameliyathane, acil servis, cerrahi yoğun bakım, günübirlik cerrahi birimler, yatan hasta servisleri vb.) hastasının güvenliğini sağlamaktan ve zarar görmeyeceği bir çevreyi sürdürmekten sorumludur. Hastanın zarar görmemesi için çevre düzenlemesinde, ameliyathanede cerrahi asepsi ilkelerine uyulması ve steril alanın korunması örnek verilebilir. Cerrahi hemşiresi, zarar veren eylemlere, ihmal ve istismar içeren insanlık dışı davranışlara ya da insan onurunu aşağılayan hiçbir girişimde bulunmaz ve uygulamalara katılmaz ve hastasını bu eylemlere karşı savunur (Ewuoso ve ark., 2021; Ferreres, 2019; Varkey, 2021).

Zarar Vermeme İlkesi

Olgu: 72 yaşındaki erkek hasta F.K., evli ve emeklidir. Üroloji kliniğinde yatmakta olan hastaya prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi ameliyatı yapılmıştır. Cerrahi sonrası 1. gününde takip edilen hasta ajitetir ve zaman zaman oryantasyonu bozulmaktadır. Demans hastası olan F.K. sürekli damar yolunu çıkarma eğilimindedir ve yatak içinde sürekli hareket etmeye çalışmaktadır. Oldukça yoğun bir nöbet geçiren hemşire, hastaya fiziksel tespit uygulayarak odadan çıkmıştır. Servise acil vakaların gelmesi ve bir hastanın exitus olması nedeniyle hemşire hasta odasına tekrar gidememiş ve hastayı kontrol edememiştir. İlk fırsatta hastanın odasına giden hemşire, hastanın fiziksel tespit yaptığı her iki kolunda Evre 1 basınç yaralanması ve damar yolunda ekstravazasyon olduğunu saptamıştır.

Aydınlatılmış Hasta Rızası/Onam: Cerrahi girişim uygulanacak hastanın rızasının yazılı ve sözlü olarak alınması hukuksal gerekliliklerden birisidir. Fakat hasta rızasının alınması tek başına yeterli değildir. Hukuksal anlamda hasta rızasının geçerli sayılabilmesi için, hasta rızası alınmadan önce yapılacak girişim hakkında hastaya aydınlatılmış bir şekilde, hastanın eğitim ve algı düzeyi göz önünde bulundurularak işlemlerin anlatılması ve hasta eğitiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Kassam, Ilkina, Kemp, Roble, Carter-Langford ve Shen, 2023; Moeini, Shahriari ve Shamali, 2020). Cerrahi hastalarında aydınlatılmış hasta rızası/onamı konusunda hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunların nedenleri farklılık göstermekle birlikte en sık; hastaların hakları konusunda farkındalıklarının düşük olması, sağlık okur yazarlık düzeyinin yetersiz olması, cerrahi hemşirelerinin hastalara yeterli bilgi sağlayamamaları, hastaların eğitim düzeylerinin dikkate alınmaması, hastalardan aydınlatılmış rızanın alınması kimin sorumlu olduğuna dair belirsizlik, zaman kısıtlamaları ve hastalara karşı belirsiz dil ve tıbbi terminoloji kullanımı sayılabilir (Kassels ve Merz, 2021; Moeini ve ark., 2020). Hastayı bilgilendirme ve aydınlatma, hekimin hastaya karşı yükümlülüklerindendir. Hekim aydınlatma yükümlülüğünü bizzat yerine getirmekten yasal sorumlu kişi olduğu unutulmamalıdır.

Bilgilendirme Hakkı

Olgu: 64 yaşındaki erkek hasta M.Ö. kronik böbrek yetmezliği ve diyabet hastasıdır. Yaklaşık 6 aydır ayak parmaklarında kronik yarası olan hastanın (diyabetik ayak), başparmağında nekroz ve osteomyelit mevcuttur. Hasta için ayak ampütasyonu planlanmaktadır. Ortopedi hemşiresi, ampütasyon için onam formu imzalamadan önce her şeyi hekimi ile görüşmüş olduğunu bildiği, hastasının kendisine tedavi seçenekleri hakkında sorular sorması üzerine, hastanın sorularını yanıtlamıştır. Hemşirenin bilgilendirmesi sonrası, hasta tedavi yöntemini değiştirmek istemiş ve bu isteğini hekimine iletmiştir. Bu durumdan rahatsız olan hekim, hemşireyi kendi vazifesi olmayan bir konuda açıklaya yapamayacağını, böyle bir yetkisi olmadığını belirterek hemşireyi suçlamaktadır.

Cerrahi girişim süresince kullanılacak enstrümanların, sterilizasyonu hastada enfeksiyon riskinin önlenmesinde oldukça önemlidir. Sterilizasyon işlemi standart ilkeler kapsamında sürdürülmemesi, enfeksiyon riskini arttırabilmekte ve hasta sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Sterilizasyon ünitesinden sorumlu hemşire, sterilizasyon adımlarının uygulandığını kontrol etmeli ve gerekli önlemleri almalıdır. Bu önlemler sterilizasyon ünitesinde çalışan sağlık profesyonelinin denetim, eğitim gereksinimi, sterilizasyon personelleri arasında etkili bir iletişimin sağlanması, sterilizasyonda kullanılan cihazların kontrollerinin, kalibrasyonlarının ve bakımlarının belli aralıklar ile sağlanmasıdır. Sterilizasyon hemşiresinin cerrahi girişimlerde kullanılan aletlerin sterilizasyonunu doğru şekilde yerine getirememesi, hasta güvenliği açısından etik sorunlar oluşturmaktadır (Bharti, Li, Ren, Zhu ve Rutala ve Weber, 2021; Zhu, 2022).

Özerklik: Özerklik ilkesi, cerrahi hastasının kendi sağlık durumuna ve bedenine yapılacak müdahalelere ilişkin karar verme özgürlüğüne sahip olması gerektiğini savunmaktadır. Beden, insanın fiziksel olarak kendini tanımladığı bir araç ve vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsan, bedeni ile toplum içinde varlığını gösterdiğinden bedeni hakkında kararlar vermekte özgürdür. Özerklik, hastanın bedenine ilişkin sağlık durumu hakkında bilgi almasını, bedeni üzerine yapılacak olan cerrahi girişime kendisinin karar vermesi ve bu kararlara saygı gösterilmesini kapsamaktadır. Bireyin kararı sağlığı açısından tehlikeliyse veya bir başkasının hayatını riske sokacaksa özerklik ilkesi sınırlandırılabilir. Hastanın verdiği kararlar doğrultusunda, sağlık bakımı planlanmalı ve gerektiğinde hastanın savunuculuğu üstlenilmelidir. Cerrahi hemşiresi bakımı sırasında, hastasının sosyokültürel değerlerini, inanç ve hassasiyetlerini göz önünde bulundurarak gereksinimlerini belirlemelidir (Dent, 2022; Varkey, 2021).

Hasta kendisi dışında, sağlık durumu hakkında bilgilendirme yapılacak kişileri seçmekte özgürdür. Cerrahi hemşireleri, hastanın veya diğer kişilerin sağlık haklarını dengelemek ve elde edilebilecek en iyi sonuca ulaşmak için doğru karar vermeye odaklanmalıdır. Kendisi hakkında karar verme yeterliliği olmayan hastaların, bedensel bütünlüğüne yönelik girişimlerden önce yasal temsilcilerden yazılı/sözlü rıza/onam alınması gerekmektedir. Cerrahi hemşiresi acil durumlarda, bireyin yaşamını korumak için gerekli hemşirelik bakımını rıza/onam almadan da uygulayabilir (Dent, 2022; Ewuoso ve ark., 2021; Ferreres, 2019; Varkey, 2021).

Hastanın Tercihleri-Özerkliğe Saygı İlkesi

Olgu: 41 yaşında kadın hasta M.Y., evli, iki çocuk annesi ve ev hanımıdır. Hastada, yaklaşık 1 yıldır sol memede elle hissedilen büyüklükte kitle mevcuttur ancak aynı dönemde, eşiyle yaşadığı sorunlar nedeniyle hasta kitleyi önemsememiştir. Meme başında çekilme ve akıntı olması üzerine hekime başvurmuştur. Hastaya yapılan tetkikler sonrası, sol meme iç kadranda 2x3 cm kitle tespit edilmiştir. Meme Kanseri tanısı konan hastaya total Mastektomi+Lenf Nodu Diseksiyonu planlanmıştır. Hasta, kanser tanısı nedeniyle eşini suçlamakta, stresli yaşam tarzının kansere sebep olduğunu söylemekte ve öfkelenmektedir. Ameliyat sabahı yaşam bulgularının ölçülmesi için hasta odasına giren hemşireye kendisi ve hastalığıyla ilgili sorular sormaktadır. Hasta anestezi almaktan çok korktuğunu, uyutulursa bir daha uyanmayacağını ifade etmektedir. Teyzesini genç yaşta kanserden kaybettiğini, kansere bıçak sürülürse yayılacağını, ameliyat olmak istemediğini ve çocuklarının onu ameliyat olması için zorladığını ağlayarak ifade etmektedir.

***Adalet*:** Adalet ilkesi hastaların eşit şanslara sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Cerrahi bakımda adalet kavramı sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, hizmetlerin dağıtımı, yönetimi için adil bir yaklaşım gerekliliğini kapsamaktadır. Hastalara, gereksinimlerini gözeterek uygun olarak hakkaniyetli bir kaynak dağılımı sağlanmalıdır (Bağder, 2020; Çiçek, 2020; Ewuoso ve ark., 2021; Ferreres, 2019). Cerrahi hemşireliğinde, tüm insanların eşit hakları olduğu kabul edilmektedir. Hastalar arasında dil, din, ırk, yaş, cinsiyet, sosyal veya ekonomik durum, inanç ve siyasi görüş gözetmeksizin sağlık bakım hizmeti verilmektedir. Hastaların eşit fırsatlara sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Cerrahi hemşiresi, kişisel çıkarlarını gözetmeden ve herhangi bir kişi veya kuruluşla mesleki değerleri ile ters düşebilecek çıkar çatışmasına girmeden hastasının bakımını sürdürmelidir. Hastalar arasında kaynakların adil ve hakkaniyetli bir biçimde dağıtımı önemlidir. Kaynakların kısıtlı olması durumunda, tarafsız olarak objektif ölçütlere dayandırılarak ve herkesin eşit şartlar altında değerlendirildiği bir sistemle dağıtım sağlanmalıdır (Bağder, 2020; Çiçek, 2020; Ferreres, 2019).

Adalet ve Hakkaniyet İlkesi

Olgu: Kolon kanseri nedeniyle kolektomi planlanan 48 yaşındaki erkek hasta N.K.'nın cerrahi sırasında Ligasure Atlas™ el aleti kullanılması planlanmaktadır. Bu alet, cerrahi girişim sırasında damarlara ligasyon ve divizyon uygulayan tek kullanımlık bir alettir. Ameliyathanede malzeme yönetim sorunu yaşanmakta, kullanılan cihaz ve aletlerin alımlarıyla ilgili birkaç ameliyatın ertelenmesi ya da iptali söz konusu olmuştur. Ameliyathaneye teslim edilen N.K.'ya aneztezi uygulaması başlanmıştır. O esnada acilden, ileus tanısıyla başka bir hasta ameliyathaneye alınmıştır. İleus tanısıyla acil ameliyata alınacak hastanın, hastanede çalışmakta olan 64 yaşındaki nöroloji hekimi H.M. olduğu belirlenmiştir. H.M.'nin ameliyatında da Ligasure Atlas™ el aleti istenmiştir. Ameliyathanede sadece bir adet olan bu alet, kullanılması planlanan N.K.'nın odasından alınarak, nöroloji hekimi olan acil vaka H.M.'nin odasına alınmıştır.

***Mahremiyet ve Sır Saklama*:** Mahremiyet, bireyin özel hayatına ve aile hayatına dair bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını ve bu bilgilerin gizliliğinin ifşa edilmemesini ifade etmektedir. Mahremiyet ve sır saklama kavramları iç içe geçmiş durumdadır. Birisi olmadan, diğerini ifade etmek mümkün değildir. Mahremiyetin sağlanması, sır saklama ile gerçekleşmektedir. Yasalarla da, özel yaşamın gizliliğinin korunması hakkı ile mahremiyet ilkesinin önemi koruma altına alınmıştır. Cerrahi hemşireleri sağlık bakım hizmeti verdikleri hastalarına fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan korunması ve mahremiyetin devamlılığının sağlanmasından sorumludur. Ayrıca cerrahi hemşireleri hastalarına ve ailelerine dair edindikleri bilgileri, yasal zorunluluk durumunda ve kendisinin ya da üçüncü bir kişinin hayatını tehdit edici bir durum oluşturmadığı sürece hastanın rızası olmadan başka kişiler ile paylaşamaz. Bu alanda çalışan hemşireler, hastalarından ve ailelerinden edindiği bilgileri korumakla ve kayıtların gizliliğinin sağlanmasından ve hastanın bakımından doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını önlemeden sorumludur. Aynı zamanda cerrahi hemşireleri edindikleri bilgilerin bildirimi konusunda zorunlu oldukları durumlarda, bildirim sonucunda oluşabilecek zararlardan hastasını koruyucu önlemler almakla yükümlüdür (Kurt, 2021; Tariq ve Hackert, 2023).

Mahremiyet ve Sır Saklama

Olgu: Hemşirelik 2. sınıf öğrencisi D.O. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında klinik uygulamasını sürdürmektedir. Ameliyathane rotasyonu sırasında üç arkadaşıyla birlikte bir ameliyat odasına gözlemci olarak katılarak cerrahi süreci izlemektedir. Gözlemci olarak girdikleri hasta, ülkede tanınmış bir sinema sanatçısıdır. Hastaya mastopeksi yapılmaktadır. Hastanın ünlü olması ve yapılan cerrahiden dolayı oldukça heyecanlanan D.O., öğlen arasına çıktıklarında asansörde hasta ve yapılan cerrahi ile ilgili sesli olarak arkadaşlarına gözlemlerini aktarmaktadır. Bu esnada diğer hasta ve yakınları asansörde konuşmaları duymaktadır.

Hastaların cerrahi girişim süresince mahremiyetlerinin korunması diğer önemli bir durumdur. Hastanın vücut bütünlüğüne saygı gösterilmesi hem insani hem de etik açıdan oldukça önemlidir. Hastanın izni olmadan, ameliyat ortamında gözlemci bulunması hasta mahremiyetinin ihlal edilmesine neden olabilmektedir. Cerrahi sırasında hastanın rızası olmaksızın gözlemcilerin bulunması, potansiyel olarak hastanın durumundan ve zor durumlarından faydalanma riskine neden olmaktadır. Hemşirenin savunucu rolü gereği, anestezi altındaki hastayı bu tür istismar risklerinden koruması beklenmektedir. Ayrıca ameliyat ortamında fazla sayıda gözlemcinin olması, cerrahi ekibin dikkatini dağıtabilir, cerrahi girişimin güvenliğini ve hastanın güvenliğini riske atabilir. Ameliyattan sağlanması gereken faydanın kalitesini düşürebilir. Ameliyatlar, sağlık disiplini öğrencilerinin (tıp, hemşirelik, anestezi teknikeri vb.) gelişimi ve eğitimi açısından önemli olmakla birlikte gözlemci planlaması, hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması sonrasında sağlık profesyonellerinin eğitimini aksatmayacak şekilde adaletli bir biçimde yapılması önerilmektedir (Pietrzykowski ve Smilowska, 2021).

1.4. Cerrahi Bakımda En Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar

Cerrahi ekibin önemli bir üyesi olan ve bakım verme sorumluluğunu üstlenen hemşireler, enfeksiyon, düşme, kanama gibi homeostazisi bozan ve yaşamı tehdit eden durumlar ile sıklıkla karşılaşmaları nedeniyle hızlı ve kritik karar vermeleri beklenmekte ve bu durum etik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Hansen ve Tummers, 2020; Temiz ve ark., 2017; Willassen, Jacobsen ve Tveiten, 2018). Cerrahi hemşirelerinin yaşadığı etik sorunların en sık nedenleri:

- Hiyerarşik bir ortam olması,
- Kritik durumlarda hızlı karar vermek için yeterince zaman olmaması,
- Ekip üyelerinin birbirini yeterince tanımaması,

- Ekip üyeleri tarafından farklı iletişim türlerinin benimsenmiş olması,
- Cerrahi girişim planlanan hastalarda bulaşıcı hastalıkların olması (COVID-19, HIV vb.),
- Malzeme ve çalışan sayısında yetersizlik olması,
- Ekip çalışması sırasında çatışmaların olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Blomberg, Bisholt ve Lindwall, 2019; Hansen ve Tummers, 2020; Turale, Meechamnan ve Kunaviktikul, 2020; Willassen ve ark., 2018).

Cerrahi bakım sürecinde sıklıkla karşılaşılan etik sorunlar arasında beden imajı değişiklikleri, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde cerrahi, organ nakli, cerrahide acil durumlar, ağrı yönetimi, cerrahide teknolojik gelişmeler gibi başlıklar öne çıkmaktadır. Bu başlıklara aşağıda detaylı olarak yer verilmiştir.

Beden İmajı: Beden imajı bireyin kendi bedeni ile ilgili algısını, değerlendirmesini ve duygusal tepkilerini ifade etmektedir. Bireyin kendini fiziksel olarak nasıl göründüğü, beğendiği ya da beğenmediği, kabul ettiği ya da etmediği konularını içermektedir. Beden imajı bireyin kendine olan güveni, toplum içinde yer edinmesi, benlik saygısı ve psikolojik bakımdan iyi oluş üzerinde etkilidir. Beden imajının bireyler üzerindeki etkisi farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, ampütasyon uygulanan bireylerde beden imajı algısında değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler vücut bütünlüğünün kaybı, organ işlev kaybı, duygusal ve psikolojik olarak etkilemekte ve bireyin toplumsal rolünde algısının değişmesi olarak ifade edilmektedir (Desrochers, Frengopoulos, Payne, Viana ve Hunter, 2019). Diğer taraftan Müslüman hastalarda, kolostomi ya da ürostomi sonrası dışkı kontrolünü kaybetmeleri sonucunda dini gerekliliklerden olan abdest ve namaz kılma konusuna ilişkin bazı sorunlar yaşanabilmektedir (Miller, Khan, Hebishi, Castro Bigalli ve Vahedian-Azimi, 2020). Mastektomi geçiren hastalarda ise; beden imajı algısı, memenin kaybından, estetik görünümde meydana gelen değişikliklerden, memenin kişiye yüklediği cinsel kimlik ve cinsel çekicilikten, meme kaybının oluşturduğu duygusal ve psikolojik etkilerden ve toplumun memesini kaybetmiş kişiye olan yaklaşımından etkilenmektedir (Glaser ve ark., 2020; Li, Guo, Sui, Chen, Li ve Jiang, 2022).

Estetik Cerrahi: Plastik cerrahi, deformite ve defekti düzelterek, "güzel olmadığı" düşünülen birimi yeniden biçimlendirerek "güzel" durumu sağlamaya çalışılmasıdır. Tüm bu estetik girişimlerde, birey uygulamanın kendisi için ne kadar sağlıklı ya da faydalı olabileceğini ayırt edemeyebilir. Estetik cerrahi isteyen bazı hastalarda narsistik, histrionik kişilik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu gibi bazı psikiyatrik durumlar söz konusu olabilmektedir. Ayrıca sadece güzelleşme, maddi kazanç elde etme ya da sosyal anlamda iyi bir konum elde

etme amacıyla yapılan ve doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi niteliği taşımayan müdahalelerde bulunmaktadır. Estetik cerrahi işlemlerin, öncelikle maddi kazanç ve kâra yönelik piyasa yapıları tarafından yönlendirilen bir iş mi yoksa hastalara fayda sağlamayı amaçlayan ve sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olup olmadığı da cerrahi hemşirelerinin hastalarına karşı sorumluluk duyduğu bir başka etik sorun olarak görülmektedir (Atiyeh, Rubeiz ve Hayek, 2020). Bu bölüme ilişkin detaylı bilgilere 12. Bölüm'de yer verilmiştir.

Çocuk Cerrahisi: Çocuk cerrahisinde karşılaşılan etik sorunlar, çocukların beden özerkliğinin sorumluluğunun vasilerinde olmasından kaynaklı yazılı olarak hasta rızasının/onamının alınmasında karşılaşılan sorunlar, çocuk hastaların uzun süre takibinin zor olmasından kaynaklı sorunlar, çocuk cerrahlarının etik açıdan tartışmalı cerrahi müdahaleleri gerçekleştirmekte isteksiz olmaları olarak sıralanmaktadır. Cerrahi hemşireleri, ebeveynlerin yasal olarak sorumlu oldukları çocuklarına uygulanacak cerrahi girişimlerde en çok yarar sağlayacak ve zarar vermeyecekleri kararlar konusunda destek olmalıdır (Vaos, Dimopoulou ve Zavras, 2022).

Çocuk Cerrahisi – Tedaviye karar verme

Olgu: Kalbinde doğuştan anomali olan 8 yaşındaki B.K.'nın ameliyat olması gerekmektedir. Ailesi ameliyatın riskleri ve olası komplikasyonları nedeniyle endişe duymaktadır. B.K.'nın ailesi hekim tarafından ameliyat hakkında bilgilendirildikten sonra ameliyatı yaptırıp yaptırmama arasında kararsız kalmalarına neden olmuştur. Evin tek çocuğu olan B.K.'nın ailesi, kırsal bölgede yaşamakta ve sağlık hizmetlerine ulaşımda sorunlar yaşamaktadır. Çocuk cerrahi kliniğine yatışı sağlanan hastanın bakımını sağlayan hemşire hastasının en iyi bakım ve tedaviyi alarak yarar görmesini istemektedir. Bu nedenle, B.K.'nın ailesine çocuklarını ameliyat ettirmeleri ve şehir merkezinde yaşamaları konusunda ısrarcı davranmaktadır.

Yaşlı Cerrahisi: Yaşlı cerrahisi, hastanın kalan yaşam süresine zarar vermeden var olan yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Yaşlılarda cerrahi girişim organ fonksiyon yetersizlikleri, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve ağrının azaltılması amacıyla yapılabilmektedir. Yaşlılarda sıklıkla ortopedik cerrahi (kalça ve femur kırıkları vb.), genel cerrahi (hernioplasti, kolesistektomi vb.), oftalmolojik (katarakt ekstraksiyonu), ürolojik cerrahi (prostat rezeksiyonu) uygulanmaktadır. Yaşlılarda gereksinim duyulan cerrahi müdahaleye ek olarak, birçok kronik hastalığın olması, sağlık bakımı açısından riskler oluşturmaktadır. Hastanın kronik hastalıklarının olması, cerrahi sonrası iyileşmenin yavaşlaması, komplikasyon riskinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı cerrahi tedavinin uygulanması konusunda etik sorunlar oluşmaktadır. Yaşlanmayla birlikte demans, alzheimer gibi kronik hastalıklar ortaya çıkmakta ve yaşlı bireylerin karar verme yeterlilikleri etkilenebilmektedir. Kalan yaşam süreleri içinde,

yapılan cerrahi girişimler ile yaşam kalitelerinin arttırılması amaçlanan yaşlıların, yapılacak cerrahi girişim için izni kendilerinin mi yoksa yakınlarının mı vereceği konusunda çıkan etik sorunlarda cerrahi hemşiresi, yaşlı bireyin yarar sağlayacağı en doğru kararın alınmasını sağlamaktan sorumludur (Çeçen Çamlı, 2021; Milner ve Zarifa, 2022).

Yaşlı cerrahisi – Tedaviye karar verme

Olgu: Cerrahi kliniğine yatışı sağlanan 78 yaşındaki kadın hasta L.K., demans hastasıdır. Ciddi düzeyde aort kapak yetersizliği olan hastaya, kalp kapak değişim ameliyatı yapılması gerekmektedir. Hastanın cerrahi öncesi hasta eğitimi sırasında, cerrahi sonrası dikkat edilmesi gerekenler (kardiyak rehabilitasyon, beslenme, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı vb.) hakkında bilgilendirme yapılması sonrası hasta yakınları ameliyat kararını tekrar düşünmek istediklerini belirtir. Bir süre sonra hasta yakınları hemşirenin yanına gelerek, annelerinin zaten çok yaşlı olduğunu, tüm çocuklarının çalışması nedeniyle ameliyat sonrası bakımda zorlanacaklarını, bu şekilde yaşayabildiği kadar yaşamasını ve ameliyat kararını ertelediklerini belirtir.

Organ/ Doku Nakli Cerrahisi: Organ nakli, gelişen tıp teknolojilerinden yararlanarak, insan yaşamını kurtarmak, yaşamı uzatmak, yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılmaktadır. Canlı vericilerde, organını bağışlayan kişilerde vücut bütünlüğü bozulmakla birlikte organın kaybı nedeniyle cerrahi riskler ve buna bağlı yaşam kalitesinde bozulma oluşabilmektedir. Ayrıca canlı vericide manevi baskı unsuru oluşması, etki altında kalması, karar sorumluluğunun üstlenilmemesi gibi etik sorunlar oluşabilmektedir. Alıcılar açısından değerlendirildiğinde kaynakların adil dağılımı, uyum kriterleri, organın ücretli olarak verilmesi, kişi özerkliği, dini inançlar çerçevesinde organ nakli ve bağışı konusunda yaşanan sorunlarda etik olarak çözümlenmesi gereken konulardır (Mamode ve ark., 2022; Symons ve Poulden, 2022). Bu bölüme ilişkin detaylı bilgilere 13. Bölüm'de yer verilmiştir.

Acil Cerrahi: Acil klinikler, acil müdahalelerin yapıldığı, farklı nedenlerle gelen hastalara aynı anda bakıldığı, hastaların yaşamlarına yönelik kritik kararların kısa sürede verildiği, ölüm oranlarının yüksek olduğu birimlerdir. Acil bakımda yürütülen hemşirelik girişimleri sırasında sınırlı zamanda acil müdahale gerektirmesi, hastalardan sınırlı bilgi elde edilmesi, hasta yakınları, güvenlik ve acil servisteki olanaklar gibi çok nedenden dolayı acil hemşirelerinin görev ve sorumlulukları karmaşık hale gelmekte ve birçok etik sorun yaşanabilmektedir (O'Sullivan ve ark., 2019). Bu bölüme ilişkin detaylı bilgilere 9. Bölüm'de yer verilmiştir.

***Ağrı Yönetimi*:** Cerrahi bakım ortamında önemli bir komplikasyon olan ağrının yönetimi, oldukça önemlidir. Özellikle analjezik ilaçların gerekli zaman, gerekli dozda, en etkili ve en

ekonomik olacak şekilde kullanımı konusu, söz konusu opioidler/narkotikler olduğunda daha önemli bir hal almaktadır. Opioid ilaçların çeşitlendirilmesi ve kötüye kullanılması konusunda ciddi sorunlar olduğu gibi, uzun vadeli kullanımları ile ilgili de sorunlar olabilmektedir (Kaptchuk, Hemond ve Miller, 2020). Bu bölüme ilişkin detaylı bilgilere 10. Bölüm'de yer verilmiştir.

Robotik Cerrahi: Cerrahi tekniklerden robotik yardımlı cerrahinin kullanılmaya başlanması ile cerrahi girişim planlanan hastalarda robotik cerrahinin anlaşılmamasından, yapılacak olan cerrahinin robot tarafından sürdürüleceğinden ve hastanın bu konudaki bilgi yetersizliğinden kaynaklı robotik cerrahiye karşı bir önyargı ve korku oluşabilmektedir. Robotik cerrahinin, cerrahi girişime yardımcı bir enstrüman olduğu anlatılmalıdır. Cerrahi hemşiresinin hastada oluşan korkunun hasta iyileşmesi üzerinde meydana gelebilecek iyileşmenin aksamasını önlemek konusunda etik sorumluluğu bulunmaktadır. Cerrahi hemşireleri hastalarına robotik cerrahinin ne olduğu konusuna açıklık getirmelidir. Robotik cerrahinin avantajları ve dezavantajlarını açıklamak cerrahi hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasındadır (O'Sullivan ve ark., 2019; Şenol Çelik, Özdemir Köken, Canda ve Esen, 2022).

Yapay Zekâ: Yapay zekâ önderliğinde karar destek sistemleri, cerrahi hemşirelerinin hastalarının bakım planlarına karar vermelerinde yardımcı olmaktadır. Hastanelerde kullanılan dijital sistemler ile hastanın yaşam bulgularında meydana gelen değişimler, laboratuvar değerlerindeki bozulmalar gibi durumlarda cerrahi hemşirelerine bildirimler gönderilerek hastalar hakkında anlık bilgi sağlanmaktadır. Yapay zekâ hasta ile hemşirenin iletişim becerilerini desteklemek, sağlık koçluğu yapmak, terapötik müdahalelerde bulunmak, klinik bilgi ve değerlendirme yapmak, sağlık hizmeti kalitesini değerlendirmek amaçlı kullanılabilmektedir. Cerrahi hemşireleri, sağlık bakım hizmetlerinde yapay zekanın hemşirenin iletişim becerilerini desteklemesi, sağlık bakım planları hazırlamada yönlendirici olması, hastayı objektif veriler ile değerlendirme de yardımcı olması gibi konularda bir araç olarak görmesi gerekmektedir. Yapay zekadan kaynaklanabilecek bir hatanın sorumluluğunun, uygulamayı yapan kişi de olduğu unutulmamalıdır (Araujo, Sousa ve Dutra, 2020; Glanville, Hutchinson ve Khaw, 2023; Morrow ve ark., 2023; Zhai ve ark., 2022).

Telesağlık: Tele sağlık, cerrahi hastalarının sağlık bakımında büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Ancak kolaylıklarının yanında bazı riskleri de beraberinde getirmektedir. Örneğin; işitme sorunları yaşayan veya bilgisayar, akıllı telefon veya tablet gibi iletişim araçlarına sahip olmayan hastalarla etkileşim güçlükleri yaşanabilmektedir. Teknoloji olanakları olan ve kullanabilen hastaların internet sağlayıcısının hızından kaynaklı görüntü kalitesinin düşük olması ile cerrahi bölgenin değerlendirilmesinde doğru sonuçlar elde edilemeyebilir. Teknolojiyi kullanma konusunda, başarılı olan hasta ile başarısız hastanın tele sağlık hizmetinden

faydalanabilme avantajlarının farklılık göstermesi etik sorunlara yol açabilmektedir. Tele sağlık hizmetlerinin teknolojiyi kullanabilen ve kullanmayan hastalara adaletli şekilde ulaşması ve etkili şekilde sunulması cerrahi hemşirelerinin etik sorumlulukları arasındadır (Mistry, Devon ve Ganai, 2022).

1.5. Etik Analiz Adımları

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nin belirlediği hemşireler için etik kurallara göre cerrahi hemşireleri, etik karar verme sürecine tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarını kullanarak katılım sağlayabilir ve görev alabilirler. Bu aşamalar aşağıdaki gibidir (Scholtz, 2022);

Tanılama: Etik sorun tespit edildikten sonra, etik soruna neden olan durumu değerlendiriniz. Bu adım, etik, yasal ve mesleki boyutları tanımakla ilgilidir.

- Durum, önemli ölçüde ahlaki sorunları içeriyor mu? (Etik ilkeler veya mesleki yükümlülükler arasındaki çatışmalar var mı?). Etik sorunu, yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleri kapsamında detaylı olarak değerlendiriniz.
- Yöntemsel çatışmalar var mı? (Kararları kim vermeli? Hastanın kendisi, sağlık profesyonelleri, aile veya vasisi? Gruplar arasında çatışmalar var mı?)
- Karardan etkilenen kişileri belirleyiniz.
- Çatışma durumunda kullanılacak kurum veya hastane politikalarını veya işleyiş süreçlerini belirleyiniz. Kurumda etik kurul veya konsey var mı? Etik danışmanlık nasıl yapılmaktadır ve bu danışmanlığı kimler talep edebilir? Bu çatışmayı çözmeye yardımcı olacak diğer kaynaklar nelerdir?

Planlama: Bilgi toplayınız.

- Bilgi toplama: tıbbi gerçekler, bakım ve tedavi seçenekleri, hemşirelik tanıları, yasal süreçler, değer ve inançlar, kültürel yapı ve dini unsurları içermektedir. *Tıbbı gerçeklik:* Hastanın psikolojik sorunlar veya günahları nedeniyle açıkladığı fenalaşma hissi ve bayılmanın asıl nedeninin diyabet ilişkili hipoglisemi olması.
- Gerçek bilgiler ile değerler/inançlar arasında ayrım yapılmalıdır.
- Hastanın karar verme yetisini değerlendiriniz veya yetersizlikleri belirleyiniz.
- Sorunla ilgili olarak ortaya çıkarılması gereken diğer önemli bilgileri tanımlayınız.
- Etik konuları ve çatışan talepleri belirleyiniz.

- Sorun yaşam sonu kararlarla ilgili ise çözümünde talimatlar, tıbbi vekaletname veya sağlık temsilcisi varlığını değerlendiriniz.

Uygulama: Etik sorun karşısında olası alternatif kararları listeleyiniz. Uygulanabilir etik ilkeler ve etik kodlar ile alternatifleri karşılaştırınız. Faydacı ve deontolojik yaklaşım ile etik sorunun çözümü için karar veriniz ve sonuçları karşılaştırınız.

Faydacı yaklaşım: Alternatif kararların sonuçlarını tahmin ediniz; her sonuca olumlu veya olumsuz bir değer atayınız; en yüksek olumlu değeri veya "Çoğunluk için yarar sağlayan" tahmin eden sonucu seçiniz.

Deontolojik yaklaşım: İlgili ahlaki ilkeleri belirleyiniz; alternatif kararları ahlaki ilkelerle karşılaştırınız, çatışma durumunda "öncelikli olarak uygulanması gereken" ahlaki ilkelere başvurunuz.

Değerlendirme: Kararınızı veriniz ve verdiğiniz kararı değerlendiriniz.

- Hangi eylemin en iyi veya ahlaki olarak doğru olduğunu belirleyiniz.
- Kararınızı verirken etkili olan etik nedenleri tanımlayınız.
- Kararınıza karşı olan etik nedenleri veya önyargıları belirleyiniz.
- Kararınıza karşı olan nedenlere nasıl yanıt vereceğinizi düşününüz ve buna göre bir yanıt planlayınız (Scholtz, 2022).

1.6. Cerrahi Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahi hemşireliği, hemşirelik bilim ve sanatında ortaya çıkan felsefi, sosyal ve yasal sorunları inceleyen ve esas olarak cerrahi öncesi, sırası ve sonrası insan refahı ile ilgilenen hemşirelik etiği dalıdır. Cerrahi hemşireliğinin temel ilkeleri de genel hemşirelik ilkeleri olan yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkelerine dayanmaktadır. Etik rollerin ve sorumlulukların şekillenmesinde hasta ve cerrahi hemşiresinin arasındaki ilişki önemli bir rol oynamaktadır (Cardenas, 2020; Ferreres, 2019; McDermott-Levy, Leffers ve Mayaka, 2018).

Cerrahi hemşirelerinin hasta savunucu rolü, hastalarına bakım verdikleri süreç boyunca etik bir sorumluluk olarak ortaya çıkan bir kavramdır. Hasta savunucu rolü cerrahi hemşirelerinin, hasta haklarını korumak, hastalarının refahını sağlamak, adil ve etik bir sağlık bakım hizmeti sunmak için üstlendikleri rolü ifade etmektedir. Cerrahi hemşireleri, hastalarının savunucusu olarak hasta özerkliği ve hastaların tercihlerine saygı göstermeyi hedeflemektedir. Hastaların bilgilendirilmesi, iletişim ve karar alma süreçlerine katılımlarının sağlanması, hastanın kendi sağlık durumu hakkında kararlar vermesine destek olmaktadır. Cerrahi hemşireleri

hasta ve ailesinin fayda görmesi için çıkarlarını ve hasta haklarını korumaktadır. Bunlara ek olarak, güvenli ve kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunumu için multidisipliner ekip ile uyum içinde çalışmaktadır. Hasta güvenliği ilkelerini takip etmekte ve herhangi bir hatalı veya adaletsiz bir uygulamayı bildirerek hasta savunucu sorumluluğunu üstlenmektedir. Hastanın özerkliğine saygı duyan, adaletli, yarar sağlayan ve zarar vermeyen bir sağlık bakım hizmeti sunar. Cerrahi hemşireleri hasta savunucusu olarak, hastanın güvenini sağlayarak, hasta memnuniyetini arttırarak ve en iyi sağlık sonuçlarını sağlamak amacıyla sağlık bakımında aktif rol almaktadır (Aghamohammadi, Imani ve Moghadari Koosha, 2021; Nsiah, Siakwa ve Ninnoni, 2019; Turale ve ark., 2020).

Cerrahi hemşiresinin rolü, hastasına herhangi bir cerrahi girişim uygulanmadan önce başlamaktadır. Cerrahi girişim öncesinde, hastanın kabulü ile birlikte başlayan bu sürecin içerisinde; hekim tarafından yazılı olarak alınan hastanın aydınlatılmış rızasını/onamını kontrol etmek, cerrahi sürece ilişkin bilgilendirmek, cerrahi sürece ilişkin riskleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak gibi etik sorumlulukları bulunmaktadır.

Cerrahi sırasında, hastanın bilmediği bir ortama girmesi, tanımadığı insanlara karşı beden mahremiyetinin azami düzeyde olması, karışık enstrümanların kullanıldığı ameliyathane ortamı hastanın kaygı durumunu artırabilmektedir. Ameliyathane hemşiresi hastanın ameliyathaneye kabulünden önce ameliyat ekibini hasta hakkında bilgilendirmeli, gerçekleşecek girişimlere özel enstrümanları ve steril ortamı hazırlamalıdır. Hasta ameliyathaneye kabul edildikten sonra ameliyathane hemşiresi ve diğer sağlık profesyonelleri kendilerini tanıtmalı ve güvenli cerrahi kontrol listesinde yer alan adımları izlemelidir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Yavuz van Giersbegen, 2023; Turale ve ark., 2020). Hasta cerrahi girişim süresince anestezi etkisi altında olacağı için ameliyathane hemşiresi, hemşireliğin rolleri arasında bulunan savunucu rolü ile öne çıkmaktadır. Ameliyathane hemşiresi savunucu rolü olarak, hastada enfeksiyon gelişmemesi için steril alanı sağlar ve bu steril alanın korunmasında görev almakta, hasta güvenliğine (düşme, elektrik yanıkları, kimyasal inhalasyonu vs.) yönelik gerekli önlemleri sağlamakta hastanın beden özerkliğine saygı göstererek hastanın örtülmesine yardım etmekte cerrahi girişim sonrasında alınan doku örneklerini etiketleyerek güvenli bir şekilde laboratuvara iletilmesini sağlamaktadır. Hastanın anestezi altında olması ile kendi kararlarını alamayacak olması, ameliyathane hemşiresinin bazı kararları, hastasının yarar sağlayacağı, zarar görmeyeceği şekilde etik ilkeleri göz önünde bulundurarak kararlar alması sorumluluğundadır (Aghamohammadi ve ark., 2021; Yavuz van Giersbegen, 2023; Turale ve ark., 2020).

Ameliyathanede Hasta Savunuculuk Rolü

Olgu: Ameliyathane hemşiresi T.G. oryantasyon eğitimini henüz yeni tamamlamıştır ve yaklaşık 6 aydır ameliyathanede kardiyovasküler cerrahi vakalarına scrup ve sirküle hemşire olarak katılmaktadır. Kalp kapak cerrahisi esnasında, aort damarın rüptürü sonucu ciddi kanama komplikasyonu oluşmuştur. Cerrahi ekip çok strese girmiş, ameliyat odasında sesler yükselmiş ve ortam oldukça gerilmiştir. Tecrübesiz olan ve ilk defa böyle bir durumla karşılaşan sirküle hemşire T.G. tedirgin olmuş ve korkmuştur. Bu esnada asistan cerrahın eldiveninin yırtıldığını fark etmiştir. Asistan hekimi sessiz bir şekilde eldivenini değiştirmesi için uyarmıştır. Asistan sus işareti yaparak işleme devam etmiştir.

Komplikasyonlar, cerrahi girişim sonrasında ortaya çıkan istenmedik durumlar olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi sonrası, cerrahi girişime bağlı görülebilecek komplikasyonların yönetimi de hemşirenin hasta savunuculuk rolü kapsamına girmektedir. Cerrahi hemşireleri komplikasyon yönetimini hastanın zarar görmeyeceği, yarar göreceği şekilde sağlamalıdır. Hastanın güvenliği ve sağlık durumunun iyileştirilmesi birincil önceliği olmalıdır. Hastanın bakımını cerrah, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri ile sürekli iletişim halinde ve iş birliği içerisinde gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Cerrahi sonrası, hasta bilincinin kapalı olma ihtimali göz önünde bulundurularak, hastanın yaşamını tehdit edebilecek bir durumda yapılacak girişimler için cerrahi öncesi aydınlatılmış hasta rızası/onamı olmasına dikkat etmelidir. Böylelikle cerrahi hemşireleri hasta savunuculuk rolünü yerine getirirken, hastanın bakım kararına katılımını da sağlamış olmaktadır. Cerrahi girişimi tamamlanan, hastanın anestezi sonrası bakım ünitesinde bakımının sağlanması, yaşam bulgularının takibi, sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi, bilinç yerine gelene kadar beden/vücut özerkliğinin korunması hemşirenin savunucu rolleri arasındadır. Hastanın taburculuk sürecindeki hasta eğitimlerinde cerrahi hemşirelerinin sorumlulukları arasındadır (Doukas ve ark., 2022; Marckmann ve Schildmann, 2022; Mert Boga, Aydin Sayilan, Kersu ve Baydemir, 2020).

1.7. Sonuç

Cerrahi hemşireleri birey, aile ve toplumun gereksinimlerine göre bakımını şekillendirmekte ve buna paralel olarak artan ve değişen etik sorunların çözümlerine odaklanmaktadır. Cerrahi hemşiresi, etik rol ve sorumlulukları yerine getirirken bireyin en az zarar göreceği ve en fazla yarar sağlayacağı bakımı planlamalı ve bu planlamayı yaparken bireyin özerkliğine ve mahremiyetine saygı göstermeli, adaletli yaklaşım sergilemelidir. Cerrahi hemşirelerinin, mesleki deneyimleri arttıkça ve çalışma ortamındaki şartlar iyileştirildiğinde yarar sağlama, bütüncül yaklaşım açısından da etik duyarlılıklarının arttığı bilinmektedir. Bakımda yasal ve

etik değerlerin korunduğu, hasta ve çalışan güvenliğinin sürdürüldüğü ve bakım kalitesinin geliştirildiği şartların sağlanması buna yönelik cerrahi hemşirelerinin yetkinliklerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir.

Kaynakça / References

Aghamohammadi, F., Imani, B., & Moghadari Koosha, M. (2021). Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: A phenomenological study in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, *8*(3), 332–338. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.012

Anilkumar, S. (2020). Susruta. *Heart Views*, *21*(2), 122. https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_14_20

Araujo, S. M., Sousa, P., & Dutra, I. (2020). Clinical decision support systems for pressure ulcer management: Systematic review. *JMIR Medical İnformatics*, *8*(10), e21621. https://doi.org/10.2196/21621

Atiyeh, B.S., Rubeiz, M.T., & Hayek, S. N. (2020). Estetik/kozmetik cerrahi ve etik zorluklar. *Estetik Plastik Cerrahi*, *44*(4), 1364–1374. https://doi.org/10.1007/s00266-020-01821-z

Bağder, M.M. (2020). John Rawls'un adalet düşüncesinin oluşum şartları üzerine. *Felsefe Arkivi*, 105-121. https://doi.org/10.26650/arcp.804369

Bath, K., Aggarwal, S., & Sharma, V. (2019). Sushruta: Father of plastic surgery in Benares. *Journal of Medical Biography*, *27*(1), 2–3. https://doi.org/10.1177/0967772016643463

Bharti, B., Li, H., Ren, Z., Zhu, R., & Zhu, Z. (2022). Recent advances in sterilization and disinfection technology: A review. *Chemosphere*, *308*(Pt 3), 136404. https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2022.136404

Blomberg, A.C., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2019). Value conflicts in perioperative practice. *Nursing Ethics*, *26*(7-8), 2213–2224. https://doi.org/10.1177/0969733018798169

Cardenas, D. (2020). Surgical ethics: A framework for surgeons, patients, and society. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, *47*, e20202519. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202519

Çeçen Çamlı, D. (2021). Özel durumlarda cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması protokolü ve hemşirelik-geriyatrik hasta. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular*, 105-110.

Çiçek, M. (2020). Aristoteles'in adalet anlayışı. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *18*(4), 1-11. https://doi.org/10.18026/cbayarsos.650770

Dal-Ré R. (2023). Waivers of informed consent in research with competent participants and the declaration of Helsinki. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *79*(4), 575–578. https://doi.org/10.1007/s00228-023-03472-w

Dent, C. (2022). Autonomy versus ıntegrity: The "mind" and its "body" in the law. *Journal of Law and Medicine*, *29*(4), 1241–1254.

Desrochers, J., Frengopoulos, C., Payne, M.W.C., Viana, R., & Hunter, S.W. (2019). Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation for lower-limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research, 42*(1), 85–88. https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000329

Doukas, D. J., Ozar, D.T., Darragh, M., de Groot, J.M., Carter, B.S., & Stout, N. (2022). Virtue and care ethics & humanism in medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, *22*(1), 131. https://doi.org/10.1186/s12909-021-03051-6

Ewuoso, C., Hall, S., & Dierickx, K. (2021). How do healthcare professionals respond to ethical challenges regarding information management? A review of empirical studies. *Global bioethics = Problemi di bioetica*, *32*(1), 67–84. https://doi.org/10.1080/11287462.2021.1909820

Ferreres, A.R. (2019). Foundations and principles of surgical ethics. In A. Ferreres (Ed.), *Surgical ethics* (pp. 53-75). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05964-4_4

Fowler M. D. (2017). Why the history of nursing ethics matters. *Nursing Ethics*, *24*(3), 292-304. https://doi.org/10.1177/0969733016684581

Gazdic, A. (2020). A brief history of anesthesia. *Scr Med*, *51*(3), 190-197. https://doi.org/10.5937/scriptamed51-25992

Glanville, D., Hutchinson, A., & Khaw, D. (2023). Handheld computer devices to support clinical decision-making in acute nursing practice: Systematic scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e39987. https://doi.org/10.2196/39987

Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R.L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, *40*(2), 119–143. https://doi.org/10.1177/0272989X19896348

Hansen, J.A., & Tummers, L. (2020). A systematic review of field experiments in public administration. *Public Administration Review, 80*(6), 921–931. https://doi.org/10.1111/puar.13181

Kaptchuk, T.J., Hemond, C.C., & Miller, F.G. (2020). Placebos in chronic pain: Evidence, theory, ethics, and use in clinical practice. *BMJ (Clinical research ed.)*, *370*, m1668. https://doi.org/10.1136/bmj.m1668

Kassam, I., Ilkina, D., Kemp, J., Roble, H., Carter-Langford, A., & Shen, N. (2023). Patient perspectives and preferences for consent in the digital health context: State-of-the-art literature review. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e42507. https://doi.org/10.2196/42507

Kassels, A.C., & Merz, J.F. (2021). The history and policy evolution of waivers of ınformed consent in research. *The Journal of Legal Medicine*, *41*(1-2), 1–28. https://doi.org/10.1080/01947648.2021.1917464

Kurt, D. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde mahremiyet bilinci ve etik duyarlılık. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 8*(3), 144-153.

Li, Y., Guo, J., Sui, Y., Chen, B., Li, D., & Jiang, J. (2022). Quality of life in patients with breast cancer following breast conservation surgery: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Healthcare Engineering*, 3877984. https://doi.org/10.1155/2022/3877984

Mamode, N., Van Assche, K., Burnapp, L., Courtney, A., van Dellen, D., Houthoff, M., … Lennerling, A. (2022). Donor autonomy and self-sacrifice in living organ donation: An ethical legal and psychological aspects of transplantation (elpat) view. *Transplant International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation*, *35*, 10131. https://doi.org/10.3389/ti.2022.10131

Marckmann, G., & Schildmann, J. (2022). Qualität und ethik in der gesundheitsversorgung [Quality and ethics in healthcare]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *65*(3), 335–341. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03492-4

McDermott-Levy, R., Leffers, J., & Mayaka, J. (2018). Ethical principles and guidelines of global health nursing practice. *Nursing Outlook*, *66*(5), 473–481. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.06.013

Mert Boga, S., Aydin Sayilan, A., Kersu, Ö. & Baydemir, C. (2020). Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses. *Nursing Ethics*, *27*(3), 673–685. https://doi.org/10.1177/0969733020901830

Miller, A.C., Khan, A.M., Hebishi, K., Castro Bigalli, A.A., & Vahedian-Azimi, A. (2020). Ethical issues confronting Muslim patients in perioperative and critical care environments: A survey of Islamic jurisprudence. *Anesthesiology Clinics*, *38*(2), 379–401. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.01.002

Milner, R., & Zarifa, R. (2022). Ethical decision-making of treatment of aortic aneurysm, elective or emergent (Ruptured). In V. A. Lonchyna, P. Kelley, & P. Angelos (Eds.), *Difficult decisions in surgery: An evidence-based approach* (pp. 375-386). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84625-1_27

Mistry, K. B., Devon, K., & Ganai, S. (2022). The ethics of telehealth in surgery. In V.A. Lonchyna, P. Kelley, & Angelos, P. (Eds.), *Difficult decisions in surgery: An evidence-based approach* (pp. 105-119). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84625-1_8

Moeini, S., Shahriari, M., & Shamali, M. (2020). Ethical challenges of obtaining informed consent from surgical patients. *Nursing Ethics*, *27*(2), 527–536. https://doi.org/10.1177/0969733019857781

Morrow, E., Zidaru, T., Ross, F., Mason, C., Patel, K.D., Ream, M., & Stockley, R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*, *13*, 971044. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.971044

Namm, J.P., & Krause, C.C. (2019). The history of surgical ethics. In A. R. Ferreres (Ed.), S*urgical ethics: Principles and practice* (pp. 17-26). Cham: Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05964-4_2

Nsiah, C., Siakwa, M., & Ninnoni, J.P.K. (2019). Registered nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nursing Open*, *6*(3), 1124–1132. https://doi.org/10.1002/nop2.307

O'Sullivan, S., Nevejans, N., Allen, C., Blyth, A., Leonard, S., Pagallo, U., … Ashrafian, H. (2019). Legal, regulatory, and ethical frameworks for the development of standards in artificial intelligence (AI) and autonomous robotic surgery. *The International Journal of Medical Robotics + Computer Assisted Surgery: MRCAS*, *15*(1), e1968. https://doi.org/10.1002/rcs.1968

Pietrzykowski, T., & Smilowska, K. (2021). The reality of informed consent: Empirical studies on patient comprehension-systematic review. *Trials*, *22*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s13063-020-04969-w

Rutala, W. A., & Weber, D.J. (2021). Disinfection and sterilization in health care facilities: An overview and current issues. *Infectious Disease Clinics of North America*, *35*(3), 575–607. https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.04.004

Scholtz, S.P. (2022). Professional nursing practice. In J. L. Hinkle, K. H. Cheever, & K. J. Overbaugh (Eds.), *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). China: Wolters Kluwer.

Senol Celik, S., Ozdemir Koken, Z., Canda, A.E., & Esen, T. (2022). Experiences of perioperative nurses with robotic-assisted surgery: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Robotic Surgery*, *17*(3), 785-795. https://doi.org/10.1007/s11701-022-01511-9

Shinde, S.S., Parak, S.C., Bhati, S., Sahay, N., & Battu, G.S. (2021). Medico-legal and ethical issues in the anaesthesiology profession. *Indian Journal of Anaesthesia*, *65*(1), 54–60. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_1476_20

Symons, X., & Poulden, B. (2022). An ethical defense of a mandated choice consent procedure for deceased organ donation. *Asian Bioethics Review*, *14*(3), 259–270. https://doi.org/10.1007/s41649-022-00206-5

Tariq, R. A., & Hackert, P. B. (2023). Patient confidentiality. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş.G., Akyolcu, N., Kanan, N. ve Nur, F. (2017). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(2), 83-89.

Turale, S., Meechamnan, C., & Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: Ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*, *67*(2), 164–167. https://doi.org/10.1111/inr.12598

Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. (2019, 21 Haziran). Kamu Hizmeti Yükümlülüğü Yönetmeliği [Yönetmelik]. 30850.

Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm.

Vaos, G., Dimopoulou, A., & Zavras, N. (2022). A review of history and challenges of evidence-based pediatric surgery. *Journal of Investigative Surgery: The Official Journal of the Academy of Surgical Research*, *35*(4), 821–832. https://doi.org/10.1080/08941939.2021.1950875

Varkey B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, *30*(1), 17–28. https://doi.org/10.1159/000509119

Willassen, E.T., Jacobsen, I.L.S., & Tveiten, S. (2018). Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility-coequal demands? A focus group study. *Global Qualitative Nursing Research*, *5*, 2333393618764070. https://doi.org/10.1177/2333393618764070

Yavuz van Giersbergen, M. (2023). Cerrahi hemşireliği. M. Yavuz van Giersbergen (Ed.), *Cerrahi hemşireliği kitabı* içinde (s. 2-18). Ankara. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Zhai, Y., Yu, Z., Zhang, Q., Qin, W., Yang, C., & Zhang, Y. (2022). Transition to a new nursing information system embedded with clinical decision support: A mixed-method study using the HOT-fit framework. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *22*(1), 310. https://doi.org/10.1186/s12911-022-02041-y

10. BÖLÜM / CHAPTER 10

ACİL CERRAHİ VE ETİK

EMERGENCY SURGERY AND ETHICS

Esra EREN[1], Burcu ÖZKAN[2]

[1]Dr.Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: ealver@medipol.edu.tr

[2]Dr.Öğr. Üyesi, İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: burcu.ozkan@kent.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.10

ÖZ

Acil cerrahi, travmalar, akut gelişen hastalık süreçleri, kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan ani durumlar, herhangi bir invaziv girişim sonucu görülebilen komplikasyonlar nedeniyle, yaşamın sürdürülmesi, organ/doku kaybının önlenmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler olarak belirtilmektedir. Acil bakımın temel ilkesi, öncelikle hastaları yaşam veya organları tehdit eden ciddi hastalıklar açısından değerlendirmektir. Acil bakım ortamlarında hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında potansiyel etik çatışmalar yaşanabilir. Acil cerrahi girişim kararının alınmasında öncelikle, yapılacak girişimin ve tekniğinin hasta için en fazla yarar sağlayacak tedavi seçeneği olup olmadığına karar verilmelidir. Acil cerrahi girişimlerde uygulanan her türlü tıbbi müdahale sırasında hasta mahremiyetine ve tıp etiği kurallarına uyulması zorunlu olup acil cerrahi girişimlerin gerçekleşmesi sürecinde yer alan farklılıklar, bu dönemde etik karar vermeyi etkileyebilecek özel konuları içerir. Bu konular arasında; bilgilendirilmiş gönüllü olur, kardiyopulmoner resüsitasyon, yeniden canlandırma yapmama kararı (Do Not Resusuite-DNR) yararsızlık ve çift etki ilkesi yer almaktadır. Acil cerrahi girişimler plansız ve hızlı bir şekilde geliştiğinden, hem cerrahi ekibin ve ortamın hem de hastanın hazırlığı için oldukça kısa bir süre vardır. Bu süreçte ekip içi sağlıklı bir iletişimin sürdürülmesi oldukça önemli olup, ekibin etkin bir üyesi olan hemşireler üstlendikleri rol ve sorumluluklar ile kilit noktada yer almaktadırlar. Hemşireler, acil cerrahi uygulamalarında yaşam, ölüm, insanlar arasındaki ilişkiler, çevre, biyoteknoloji ve genetik gibi hem teknolojik hem de sosyal yaşamdaki önemli sorular ve değişiklikler konusunda hastaya rehberlik etmeli, klinik sahada elde ettikleri bilgilerini etik bir yaklaşımla birleştirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Acil, cerrahi, etik, hemşirelik, acil bakım

ABSTRACT

Emergency surgery is defined as surgical interventions performed to sustain life and prevent organ/tissue loss due to traumas, acute disease processes, sudden situations arising from chronic diseases, and complications that may result from any invasive intervention. The basic principle of emergency care is to evaluate patients for serious

diseases that threaten life or organs. Potential ethical conflicts can arise between obligations to patients and responsibilities to society in emergency care settings. In deciding on emergency surgical intervention, first of all, it should be decided whether the intervention and its technique will be the treatment option that will benefit the patient most. It is obligatory to comply with patient privacy and the rules of medical ethics during all kinds of medical interventions in emergency surgical interventions, and the differences in the realization of emergency surgical interventions include special issues that may affect ethical decision-making in this period. These topics include informed consent, cardiopulmonary resuscitation, do not resuscitate (DNR), uselessness, and the double effect principle. Since emergency surgical interventions develop unplanned and rapidly, there is a very short time for preparing the surgical team, the environment, and the patient. It is very important to maintain healthy communication within the team in this process, and nurses, who are active team members, are at the key point with their roles and responsibilities. Nurses should guide patients about important questions and changes in technological and social life, such as life, death, relationships between people, environment, biotechnology, and genetics in emergency surgery practices. They should combine the knowledge they have obtained in the clinical field with an ethical approach.

Keywords: Emergency, surgery, ethics, nursing, emergency care

Extended Abstract

Emergency surgery is a process in which a patient's life/health is in acute danger and requires immediate intervention to save their life, protect their organs/limbs, or improve their quality of life. Emergency surgery patients present with problems that require rapid emergency assessment and intervention to save life, limb, or control a serious injury. Health professionals may experience difficulties in the decision-making process due to intense workload, lack of resources, urgent decision-making, insufficient information about the patient, and complex clinical scenarios. All these factors can cause ethical conflict and, in some cases, ethical dilemmas regarding the decision about a clinical issue. The basic principle of emergency care is to evaluate patients for serious diseases that threaten life or organs. There is time pressure to complete the necessary tests to eliminate life-threatening conditions in this process. Diagnosis and treatment decisions for patients in the emergency room are made quickly despite incomplete data. The most common ethical problems in operating rooms are not communicating sincerely with the patients, ignoring the patients' expectations, not complying with the sterility principles, wrong surgery, recording the materials used, not getting informed consent from the patients, and wrong surgeries. In this process, solving ethical problems requires action. Ideally, extensive discussions are held and thought through before each ethical decision. For many urgent care decisions, discussion and reflection are, of course, not possible. However, ethical responsibilities can be better fulfilled by sincerely anticipating recurring types of problems, subjecting them to ethical analysis beforehand, and conscientiously reviewing decisions after they are made. This systematic approach guides healthcare professionals under severe time pressure and must make ethically appropriate

decisions. Informed voluntary consent is key in evaluating the patient's decision-making capacity in emergency surgical care. Considering that most patients who need emergency surgical intervention are unconscious, have suffered acute trauma, and experience severe pain, the patient's consent is very important from an ethical point of view. Failure to obtain consent before the emergency intervention is also ethically acceptable in such cases, and intervention can be performed without obtaining consent as there is a possibility that the patient's life may be endangered due to not performing the life-saving intervention immediately. Cardiopulmonary resuscitation (CPR), on the other hand, is one of the few important procedures initiated unless there is a limitation in medical care, and even one-second delays significantly reduce resuscitation success, especially when cardiac arrest occurs. It is important to prevent ethical violations when the patient or his/her representative informs the healthcare team that they do not want resuscitation in the emergency process. Patients ordered not to resuscitate may also have to undergo emergency surgery. Once a decision is made about the patient's DNR status following the evaluation made in the process, the physician should document the DNR status and communicate it to other surgical team members, helping the surgical team members understand and interpret the patient's advanced care. Qualitative medical uselessness is when the operation or course of treatment will not meet the patient's care goals and lead to an acceptable quality of life. In medicine, interventions that are unlikely to benefit the patient significantly are defined as useless. A treatment is useless when the probability of benefit is very low. The double effect principle occurs when morally serious harm (harm) is a side-effect of pursuing a good cause (benefit). It is the conflict between good and evil. This principle is distinctly different from causing severe moral harm to achieve a good cause, which seeks to do good and improve the patient's well-being during the surgical procedure. Still, it can cause suffering or even death. In emergency surgical processes, due to the rapid planning and execution of the process, unlike elective surgeries, routine perioperative process management cannot be provided, ethical violations in the care of the individual being treated, and some problems that may cause harm to the patient may occur as a result. In the complex operating room, a complex environment, members of many disciplines with different specialties work together to provide optimum care for patients undergoing surgery for various reasons, mostly emergency surgical procedures. Operating room nurses may encounter various difficulties interacting with colleagues and patients during this process. They are also responsible for ensuring that nursing care should benefit patients and prevent them from harming patients, regardless of the nature of problems and deficiencies in the workplace. Therefore, it is the moral duty of operating room nurses to constantly consider ethical principles and standards while giving physical and psychological care to patients.

1. Giriş

Ahlak felsefesi olarak da adlandırılan etik, acil cerrahi hastasının tanı ve tedavi sürecinde yer alan cerrahi bakımın temel konularındandır. Acil cerrahi hastaları, ciddi bir yaralanma, yaşam ya da uzuv kurtarmak gibi acil değerlendirme ve müdahale gerektiren sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Acil cerrahi girişimlerin doğası gereği, acil hastaların hayatlarını korumak veya önceki sağlık durumlarına dönüşünü kolaylaştırmak için gerekli görülen müdahalenin hızlı yönetimi ile etkili bakımın sağlanması gerektirmektedir. Sağlık profesyonelleri yoğun iş temposu, kaynak yetersizliği, acil karar verme gerekliliği, hasta ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama ve karmaşık klinik senaryolar nedeniyle karar verme sürecinde zorluk yaşayabilmektedirler. Tüm bu faktörler, etik çatışmaya neden olabilir ve bazı durumlarda, klinik bir sorun hakkındaki kararla ilgili etik ikilemler yaşanabilir. Örneğin, tedavi başarısının, yaşam süresinin ve kalitesinin düşük olacağı öngörülen hastalarda karmaşık süreçler ve etik ikilemlerin yaşanması beklenen bir durumdur (Clara ve ark., 2004). Acil durumlara ilişkin etik sorunların bilinmesi nitelikli hasta bakım hizmeti sunumunda önemli olup bu bölümde acil cerrahiye ilişkin sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

2. Acil Cerrahi ve Acil Cerrahi Gerektiren Durumlar

Acil cerrahi, travmalar, akut gelişen hastalık süreçleri, kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan ani durumlar, herhangi bir invaziv girişim sonucu görülebilen komplikasyonlar nedeniyle, yaşamın sürdürülmesi, organ/doku kaybının önlenmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler olarak belirtilmektedir. Travmatik beyin yaralanmaları, abdominal, vasküler, torasik ve uzuv kopması gibi yaralanmalar 24 saat içinde müdahele edilmesi gereken acil cerrahi girişimler kapsamında ele alınmaktadır. Acil cerrahi girişimler, planlı gerçekleşen cerrahilere göre optimizasyonun sağlanması ve acil girişimin yapılması için kısa bir zamanın olması nedeniyle, ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyon ve risklerde artışla ilişkilendirilmektedir (Dolgun ve Özsoy, 2023).

Hastalar acil servise, gerçek veya algılanan akut tıbbi/cerrahi bir acil durumla başvurmaktadır. Acil bakımın temel ilkesi, öncelikle hastaları yaşam ya da organları tehdit eden ciddi hastalıklar açısından değerlendirmektir. Bu süreçte, yaşamı tehdit eden koşulları ortadan kaldırmak için, gerekli testlerin tamamlanmasında zaman baskısı mevcuttur ve acil servisteki hastalar için teşhis ve tedavi kararları, eksik veriler olmasına karşın hızlı bir şekilde alınmaktadır. Acil bakım hizmetinin sunumunda, hastaların hekim seçme haklarınının olmamasının yanı sıra, acil hekimi açısından da hastayı tanımadan ve onun yaşam tarzını/değerlerini bilmeden tedavi ile ilgili etik kararların alınması da zor bir durumdur. Travma veya gelişen akut tıbbi

durum nedeniyle acil bakım hizmeti alan birçok hastanın, alkol, madde kullanımı, kafa travması, ağrı, psikiyatrik sorunlar ve sağlık durumundaki akut değişiklikler nedeniyle zihinsel süreçleri değişmiş olabileceğinden, bu durum hastanın karar verme ve onay süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Acil bakım ortamlarında, hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında potansiyel etik sorunlar da yaşanabilmektedir. Bir motorlu araç kazasına karışan alkollü hasta veya aşırı dozda ilaç ile başvuran hasta adli vakalar açısından örnek teşkil etmekte olup, ilgili prosedür sağlanarak hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında denge kurulmalıdır (Sanders, 2008). Bilgilendirilmiş gönüllü olurun alınmasında da sağlık sistemi içerisinde bazı özel durumlar mevcuttur. Bu istisnalar, acil durumlar, bakım ve tedavi ayrıcalıkları, belirli hastalıkların tedavisi gibi toplum sağlığı zorunluluklarıdır. Bu zorunluluklar, kişinin bireysel haklarını kullanmasının önüne geçebilmektedir. Şiddetli akut solunum yetmezliği sendromu (SARS), tüberküloz gibi bulaşıcı hastalık riskinde ya da kendilerine/başkalarına zarar verme potansiyeli taşıyan psikiyatrik hastalara yapılacak acil girişimlerde, toplum sağlığı zorunlulukları kişisel otonomiye göre daha ağır basmaktadır (Stiff ve Baskin, 2021).

3. Acil Cerrahi Süreçlerde Perioperatif Yaklaşım

Acil cerrahi girişim planlanan birçok hasta, tıbbı bir tanı yerine, bir semptom, belirti veya fizyolojik bozukluk nedeni ile de cerrahi girişime alınmaktadır. Acil cerrahi hastalarının standart bir yaklaşımla değerlendirilerek, bu hasta gruplarında ihmallerin önlenmesi, resüsitasyonun zamanında başlatılması, etkili tanılama ile cerrahi sürecin verimli bir şekilde yürütülmesi oldukça önemlidir. Acil cerrahi hastaları, direkt acil servis muayene alanından, hastanenin herhangi bir kliniğinden veya elektif cerrahi geçiren hastalarda gelişen akut komplikasyonlar nedeniyle, cerrahi ünitelerden ameliyathaneye kabul edilmektedirler (Brooks ve Simpson, 2010).

Etik problemlerin çözümünde, eylem gerekmektedir. İdeal olarak, kapsamlı tartışmalar yapılmaktadır ve her bir etik karar öncesinde derinlemesine düşünülmektedir. Pek çok acil bakım ve tedavi kararı için tartışma ve derinlemesine düşünme elbette mümkün değildir. Tekrar eden sorunların çözümünde, samimi bir çaba ile önceden alınmış etik kararlardan faydalanılması etkili olabilir (Iserson, 2006). Bu süreçte karşılaşılabilecek etik problemlere ilişkin belirlenecek standart bir yaklaşım, acil cerrahi kapsamında değerlendirilecek tüm süreçlerde uygulanabilecek kadar geniş olmalıdır (Brooks ve Simpson, 2010). Bu sistemli yaklaşım, ciddi zaman baskısı altında olan ve etik açıdan uygun kararlar vermek durumunda olan sağlık profesyonellerine rehberlik etmektedir. Bir kararın, acil bir karar olmasının onu etik değerlendirme alanından çıkarmadığını unutmamak gerekmektir (Iserson, 2006).

Acil cerrahideki önemli süreçlerden biri, hastanın gerçekten acil cerrahi girişime gereksiniminin olup olmadığının belirlenmesidir. Rahat, oturur pozisyonda ve konuşabilen, hastalar ile hayati fonksiyonları önemli ölçüde bozulmuş ve bilinç düzeyleri değişmiş hastalar birbirinden farklıdır. Hastaya ait rahatsızlığın ciddiyeti ve aciliyetinin hızlıca belirlenmesi, bu hastaların klinik yönetimine öncelik vermeye, hızlı bir şekilde resüsitasyona başlamaya, tetkik ve incelemelere doğru bir şekilde odaklanmaya olanak tanıdığı gibi, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri gibi spesifik alanlar ile etkili bir iletişim kurmaya da yardımcı olmaktadır.

Acil gelişen süreçlerde, ameliyat öncesi hastanın değerlendirilmesi acil serviste ya da kliniklerde resüsitasyon işlemi ile aynı zamanda yapılabilir. Travma geçiren hastanın acil cerrahi girişimi planlanıyorsa, hastanın vücudunda travmadan etkilenen bölgelerin belirlenmesi için hızlı bir fiziksel değerlendirme yapılmalıdır. Acil durumlarda, hasta ve hasta yakınları daha fazla açıklama ve desteğe gereksinim duyarken, bilinci kapalı olan hastalarda varsa bir aile üyesinden tıbbı geçmişe ilişkin veriler, alerji ve kullanılan ilaçlara yönelik bilgiler elde edilmektedir. Bilgisayarlı tomografi gibi detaylı tetkiklerin gerekli olduğu durumlarda, işlemler çok hızlı gerçekleştirilmektedir, fakat bu işlemler için bile zaman yoksa hasta hızlıca ameliyata alınmaktadır. Ameliyathaneye kabul edilen acil vakalarda standart bakım uygulamaları yapılmakla birlikte, gerekli alet, malzeme ve cihazların hazırlanması hızlı bir şekilde tamamlanmalıdır. Ayrıca cerrahi girişim süresince hastanın acil kan gereksinimi düşünülerek, hastanın ihtiyacı olan kan ve kan ürünleri de alanda hazır olarak bulundurulmalıdır (Dolgun ve Özsoy, 2023).

Acil cerrahi girişimin gerekli olduğu bir durumda ameliyat kararını veren ekip, cerrahi girişimin aciliyetinin farkında olup, hasta için optimal fayda sağlanacağını düşünerek ameliyat kararının ötesinde büyük bir sorumluluk almaktadır. Acil cerrahi girişimlerin öncesinde, zaman yetersizliği nedeniyle hasta ve hasta yakınlarına ameliyat hakkında bilgi vermek ve özellikle bilgilendirilmiş gönüllü olur almak mümkün olmayabilir. Acil cerrahi girişim ihtiyacı olan hastadan bilgilendirilmiş gönüllü olurun alınmadan hastanın ameliyat edilmesi için, yaşamı koruma amacı, çoğu hastanın yaşamının kurtarılmasını isteyeceği düşüncesi ve yararların risklerden fazla olması gibi koşulların sağlanmış olması gereklidir. Zamanın sınırlı olduğu ameliyat öncesi dönemde, hekim tarafından uygulanabilir tedavi seçenekleri ve hasta için neyin önemli olduğu belirlenmelidir. Sonraki adımda ise, her seçeneğin göreceli yararları ve riskleri, hastanın hakları ve sahip olduğu sosyokültürel değerleri, sınırlı kaynakları adalet ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda kullanma yükümlülüğü göz önünde bulundurularak, cerrahi ekibin bu hususlar çerçevesinde bir karara varması beklenmektedir (Andrews ve Zaroff, 2008).

Ameliyat öncesi hasta ile yapılan görüşmede, cerrahi ekip tarafından hastanın ameliyat konusundaki karar verme sürecine ne ölçüde katılmak istediği belirlenmelidir. Hastanın bu karar aşamasına katılma isteği değişiklik gösterebilirken, hastanın bu sürece katılımının sağlanmasının yalnızca hasta-hekim iletişimini değil, aynı zamanda tedavinin sonucunu da iyileştirdiği belirtilmiştir. Hasta bu konuda karar verme sürecine az ya da çok katılmayı seçebilir, fakat süreçteki tüm seçenekler cerrahi ekip tarafından her zaman hastaya iletilmiş olmalı ve hastanın cerrahi girişimle ilgili karar verme konusunda yetkin olup olmadığını da belirlemelidir. Bu dönemde, özellikle hastaya bilgi veren hekimin, verilen bilginin hasta tarafından anlaşılmasını sağlamak adına hem etik hem de yasal bir yükümlülüğü bulunmaktadır. Acil gelişen bu süreçte, çoğu kez bilginin neden olduğu duygusal etki, hastanın kendisine anlatılanları anlama becerisini olumsuz etkileyebileceğinden bu nedenle mümkünse bu dönemde hastanın yanında kendi belirleyeceği bir aile üyesinin veya yakın arkadaşının bulunması etkili bir görüşmenin gerçekleşmesini destekleyebilmektedir. Tıbbi terminolojinin de karmaşıklığı, hastalar açısından büyük bir kafa karışıklığına da neden olabileceğinden, cerrahi ekip tarafından etkili iletişimin sağlanması yanlış yorumlamaları önlemektedir (Andrews ve Zaroff, 2008).

Acil cerrahi girişim geçirecek hastaların önemli bir bölümü, altta yatan patolojilerin tedavi edilmesi için ameliyata alınırlar. Bu süreçte cerrahi girişime ait prosedürün seçimi, patoloji, alanında uzman cerrahların ve uygun cerrahi ekipmanın varlığı gibi bir dizi faktöre bağlıdır. Ameliyat öncesi dönemde, cerrahiye ait tüm hazırlığın yapılması ve hastaya ait bilgilerin anestezistler ile paylaşılması oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde özellikle ele alınması gereken konular arasında; bilgilendirilmiş gönüllü olur, taraf cerrahisi prosedürü, ameliyathane organizasyonundan sorumlu ekip üyesi ile iletişim kurarak cerrahi girişimin detayları ve vakanın aciliyeti hakkında bilgi verilmesi, gerekli durumlarda da ameliyat sonrası için yoğun bakım ünitesi ile iletişim yer almaktadır (Brooks ve Simpson, 2010).

Acil cerrahi girişim kararının alınmasında öncelikle yapılacak girişimin hasta için en fazla yarar sağlayacak tedavi seçeneği olup olmadığına karar verilmelidir. Eğer bu süreçte mevcut tedavi seçeneklerinin hastaya bir faydası olamayacağı sonucuna varılırsa, etik yaklaşım cerrahi girişimin gerçekleştirilmemesini savunmaktadır (Andrews ve Zaroff, 2008). Acil cerrahi girişim gerektiren durumlarda, cerrahi ekip üyelerinin hızlı ve etik kararlar alması gerektiğinden cerrahi ekip önemli ölçüde baskı, aşırı stres ve zaman kısıtlaması gibi karmaşık koşullar altında tedavi ve bakımı sağlamak durumundadır. Aynı zamanda acil cerrahi gerektiren duruma ilişkin nedenin, hastanın kimliğinin, tedavi seçenekleriyle ilgili hastanın isteklerinin bilinmemesi ve beklenmeyen yaralanma riski de mevcuttur. Bu süreçte, acil karar verme gerekliliği, bir takım etik durumları da gündeme getirmektedir. Sağlık profesyonelleri etik

ikilemlerle karşı karşıya kaldıklarında, hastalar hakkında sahip oldukları sınırlı bilgilerin yanı sıra, seçimlerinin olası sonuçlarını da hızla değerlendirmelidir. Sonuç olarak, yaralı hastaların bakım ve tedavi uygulamalarında hata yapma veya etik ikilemlerle karşılaşma riski yüksektir ve bu durum özellikle hayat kurtarıcı girişimlerde erken değerlendirme ve resüsitasyon süreçlerinde görülebilmektedir. Benzer şekilde, hastayı bilgilendirmek için yeterli zaman ya da fırsat olmayabilir. Travma cerrahisi geçirecek hastaların otonom ve bilgiye dayalı karar verme becerileri geçici olarak sekteye uğramış olabileceğinden gerekli tedavi için varsayılan izin, sağlık profesyonellerinin etik karar verme süreci doğrultusunda oluşturulmaktadır (Cobianchi ve ark., 2022). Elektif cerrahinin aksine, acil cerrahi girişimler sınırlı arka plan bilgisine ve karar vermek için sınırlı süreye sahiptir. Acil cerrahi ortamındaki iletişim, yararsız tıbbi bakım ve cerrahi tedaviye yol açabilecek tuzaklarla doludur. Bunlar arasında; sınırlı zaman, yetersiz eğitim, etkisiz iletişim becerileri, prognostik belirsizlik, hasta ve ailesinin kaygı durumu, eylemsizlik korkusu ve önceden bakım planlamasındaki sınırlamalar yer almaktadır (Cocanour, 2016).

4. Acil Cerrahi ve Etik Sorunlar

Acil cerrahi, bir hastanın hayatının/sağlığının akut olarak tehlikede olduğu, hastanın hayatını kurtarmak, organlarını/uzuvlarını korumak veya hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla acil müdahale gerektiren bir süreçtir (Timofte ve ark., 2015). Acil cerrahi girişimlerde uygulanan her türlü tıbbi müdahale sırasında, hasta mahremiyetine ve etik ilkelere uyulması zorunlu olup, acil cerrahi girişimlerin gerçekleşmesi sürecinde yer alan farklılıklar, bu dönemde etik karar vermeyi etkileyebilecek özel konuları içermektedir (Sanders, 2008).

4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olura İlişkin Sorunlar

Acil cerrahi girişim için hastanın bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecine dâhil olamaması, bir başka etik konu olup, çok acil durumlarda, hekim tarafından hastanın izni olmadan cerrahi tedavinin uygulanmasına karar verilebilmektedir. Bu duruma alternatif olacak diğer bir uygulama ise, sınırlı yeterliliğe sahip hastalar veya zamanın çok kısıtlı olduğu durumlarda, bilgilendirilmiş gönüllü olur prosedürünün kısaltılmış bir versiyonunun kullanılmasıdır. İdeal şartlarda, uygun zaman sağlandığında hekim tarafından bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecinde hastanın yerine karar verebilecek bir vekil belirlenerek, hastanın özerkliğinin korunması sağlanmaktadır (Andrews ve Zaroff, 2008).

Acil cerrahide, hastanın karar verme kapasitesinin değerlendirilmesinde, bilgilendirilmiş gönüllü olur temel unsurdur. Bu kapsamda, hastanın alkol/ madde kullanımı gibi karar verme kapasitesini etkileyebilecek bilinmeyen durumlar gözlenebilir ve karar verme kapasite-

sinin karara özgü olması nedeniyle istenmeyen olumsuz sonuçlar meydana gelebilmektedir. Örneğin, bir motorlu araç kazasından sonra travma tedavisi gerekli olan hastanın tedaviyi reddetmesi sonucunda ani ölüm görülebilmektedir. Acil cerrahide yer alan ekip üyeleri, hasta özerkliğine saygı duymak durumda olmalarına rağmen, bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecine ait bazı istisnalar mevcuttur. Acil bir durumda bilgilendirilmiş gönüllü olur almak için zaman yoksa hayatın korunması adına gerekli girişimler hızlıca planlanmalıdır. Ancak hayatı tehdit eden bir durum yoksa, hastanın karar verme süreci beklenirken standart tıbbi tedavi ve bakım sunulmalıdır. Halk sağlığının ve toplumsal faydanın sürdürülmesi gibi bazı özel durumlarda da bireyin tedavi için rızası geçersiz olmaktadır; örneğin, tüberküloz hastalığı olan bir hastanın tedavi ve bakım seçenekleri konusunda tercih hakkı bulunmamaktadır (Sanders, 2008).

Acil cerrahi girişim geçirmesi gereken hastaların büyük kısmının bilinçsiz, akut bir travma geçirmiş, şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı düşünüldüğünde hastanın rızası etik açıdan oldukça önemli bir durumdur (Yaylacı ve ark., 2007). Acil müdahale öncesinde, rızanın alınamaması bu gibi durumlarda etik açıdan da kabul edilebilir olup, yaşam kurtarıcı girişimin hemen yapılamaması sonucunda hastanın yaşamının tehlikeye girme olasılığı olduğundan rıza alınmadan da müdahale yapılabilmektedir. Hastanın bilinçli olmadığı ve sözel iletişim kuramadığı ancak acil cerrahi girişimin yaşamsal bir öneme sahip olduğu durumlarda hastanın onayı alınamayabilir. Aynı şekilde, hastanın mental sorunlar nedeniyle rıza gösterme kapasitesine sahip olamadığı ve hasta adına vekilen rıza gösterecek bir kişinin bulunamaması/rıza gösterecek yeterliliğe sahip olamaması gibi özel durumlarda da etik açıdan onay alınmayabilir (Ersoy ve ark., 2010). Bu durumda cerrahi süreçte, görev alan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin yasal bir sorun yaşamaması için yapılan tüm girişimler gerekçeleri ve tanıkları ile kaydedilmelidir (Şimşek, 2015). Özerkliğe saygı, yasal bir zorunluluktan ziyade hastanın onuruna saygı olarak görülmelidir. Onam/rıza, bir tıbbi müdahalenin özerk yetkilendirmesidir ve hasta özerkliği ile kişilere saygı etik ilkelerine dayanmaktadır. Tıbbi ve cerrahi bakım için hastanın rızasının alınması da yasal bir zorunluluktur. İmzalı onam, hasta tarafından anlaşılır yeterli açıklamayı ve hastanın özgür karar vermesini gerekli kılan önemli bir konudur (Clara ve ark., 2004). Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili kararlara daha aktif katılımını teşvik eden bir mekanizma olarak da açıklanabilen bilgilendirilmiş gönüllü olurun etkin olabilmesi üç koşula bağlıdır. İlk olarak, hastanın elindeki seçimi yapmak için uygun kapasiteye veya yetkinliğe sahip olması gerekmektedir (Moskop, 1999). ***Kapasite,*** bir kişinin karar verme (sağlık hizmetlerine rıza gösterme veya vasiyet değiştirme gibi) veya belirli bir görevi yerine getirme (araba kullanmak veya bağımsız yaşamak gibi) yeteneğini tanımlamaktadır. Hasta özerkliği ilkesinin temelidir. Kapasite, bilişsel beceri gerektirdiğinden, bilişi etkileyen her-

hangi bir durum veya tedavi, karar verme kapasitesini potansiyel olarak bozabilmektedir. Bir hastanın yeterli kapasiteye sahip olup olmadığının belirlenmesi, özerkliğe saygı duyma ile hastanın çıkarları doğrultusunda hareket etme (yararlılık) arasında doğru dengenin kurulmasını gerektirmektedir (Cocanour, 2016). İkincisi, hastaya bilinçli bir seçim yapmasına izin verecek yeterli tedavi alternatifleri hakkında bilgi verilmelidir (Moskop, 1999). ***Açıklama***, ilgili bilgilerin hekim tarafından sağlanması ve hasta tarafından anlaşılması anlamına gelmektedir. Açıklamanın gerekli unsurları, hastanın teşhisi hakkında net bir bilgi, cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi dahil olmak üzere süreci yönetmek için terapötik alternatifler ile her alternatifin yararları ve risklerinin detaylı bir açıklamasını içermektedir (Clara ve ark., 2004). Üçüncü olarak da hasta herhangi bir zorlama veya baskı olmaksızın gönüllü olarak tedaviye onay vermelidir (Moskop, 1999). ***Gönüllülük,*** hastanın zorlama veya manipülasyon olmadan özgürce karar verme hakkını ifade etmektedir. İç ve dış faktörler, hastanın bakım ve tedavi kararını etkileyebilmektedir ve hastalar, aldıkları bilgiler eksik veya yanlış olduğunda manipüle edilebilmektedir. Bu nedenle, hastalardan bilgileri anladıkları şekilde kendi sözleriyle tekrarlamalarını istemek yararlı bir stratejidir. Acil cerrahi girişimler, hastanın özgür ya da gönüllü karar verebilmesine engel olabileceğinden acil cerrahi girişim sürecinde bu konuya duyarlı bir yaklaşım göstermek önemlidir (Clara ve ark., 2004).

Hastalara bakım ve tedavi alternatifleri hakkında uygun bilgilerin iletilmesi ve böylece bilinçli bir seçim yapmalarının sağlanması sağlık profesyoneli-hasta etkileşiminin temel bir özelliğidir. Hastanın acil serviste geçireceği zaman kısıtlı olabileceğinden tedavi alternatifleri hakkında resmi bilgi verme ve tedaviye yönelik onay alma süreci, diğer muayenehane ortamlarına göre acil serviste daha farklı yürütülmektedir. Acil servis, hastalarının üniteye gelişi ve bakım vericisi seçme gibi konularda bir kontrolü olamayabilir. Bu nedenle mümkünse hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur almak, özerkliklerine saygı duymanın hali hazırda tek mevcut yolu olabilir. Ancak acil sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri, acil serviste bilgilendirilmiş gönüllü olur sorumluluklarının yerine getirilmesini diğer ortamlara göre daha karmaşık hale getirmektedir. Acil durumlarda, bir hastanın ölümünü ya da ciddi zarar görmesini önlemek için acil tedavi gerekiyorsa, bu tedavi bilgilendirilmiş gönüllü olur olmaksızın sağlanabilmektedir (Moskop, 1999). Özerklik ilkesine dayanarak, hastalar ve vekilleri, yetkin görüldükleri, yeterince bilgilendirildikleri ve karar vermeye zorlanmadıkları sürece herhangi bir tıbbi prosedürü veya tedaviyi reddetme hakkına da sahiptir. Bir hastanın tıbbi prosedürleri reddetmesi, tedavinin durdurulmasını veya geri çekilmesini içerebilmektedir. Bilgilendirilmiş gönüllü olurun gerekli olmadığı tek zaman, hastanın olur veremediği, aile üyelerinin bulunmadığı ve tedavinin ertelenemeyeceği acil durumlardır. Resmi izin sürecine ilişkin bu istisna,

hastanın mümkünse önerilen prosedür için izin vereceği varsayımıyla oluşturulmaktadır. Bu istisna, yalnızca yaşamı tehdit eden bir durum varlığında uygulanmaktadır ve acil durum yönetildikten sonra diğer girişimler için hastadan ya da bilişsel bozukluğu devam ediyorsa, bir vekilinden onay alınmalıdır.

Bir hastanın bilgilendirilmiş gönüllü olur için kapasitesinin bulunmadığına karar verildiğinde vekilen bir karar vericiye gereksinim duyulmaktadır. Vekil tayininde genel olarak sıralama; eş, yetişkin çocuklar, anne baba, kardeşler ve diğer akrabalar şeklindedir. Vekil karar verici, verdiği kararları hastanın önceki durumuna, özerkliğine ve mevcut bilgiler doğrultusunda hastanın isteklerine/çıkarlarına dayandırmakla görevlidir. Vekiller, hastanın sağlık bakımıyla ilgili kararlar verirken; kendi tercihleri, ilgi alanları, duyguları, deneyimleri ve dini inançları gibi diğer faktörleri de dikkate alabilmektedir. Bu durum, beklentiler ile acil cerrahi girişimin sonuçları arasında kopukluk, yararsız ameliyat ya da tedavide beklenen etkinin görülememesine yol açabilmektedir (Cocanour, 2016).

4.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyona İlişkin Sorunlar

Acil cerrahi girişim sürecinde, genellikle hastalarının kimlikleri, tıbbi durumları ve istekleri hakkındaki bilgilerden yoksun olan ekip üyeleri; hayat kurtarmaya çalışmak için hızlı bir şekilde müdahale etmektedirler. Ancak daha sonra, hastanın yakınlarından veya tıbbi kayıtlardan edinilen bilgilere göre, hastanın ölümcül bir hastalığı olduğunu veya ölmek üzere olduğunu, canlandırma ve yaşatma çabalarına gereksinim duymadığını, hatta dayanılmaz ağrıları olduğunu ve ölmeyi dilediğini öğrenebilirler. Yine de hasta acil servise geldiğinde mevcut olan sınırlı bilgi nedeniyle, resüsitasyon girişiminde bulunulması ahlaki olarak doğru kabul edilmektedir (Iserson, 2006).

Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR), tıbbi bakımda bir sınırlama olmadığı sürece başlatılan birkaç önemli prosedürden biridir ve özellikle kardiyak arrest geliştiğinde yaşanan saniyelik gecikmeler bile resüsitasyon başarısını önemli ölçüde azaltmaktadır. Hastanın veya vekilinin resüsitasyon istemediğine dair bilgiyi sağlık ekibine iletmesi önemlidir. Amerikan Kalp Derneği (2005) tarafından CPR uygulamasını durdurmak için kullanılan kriterler; hastanın geçerli bir DNR kararı olması, hastada geri dönüşü olmayan ölüm belirtileri (örneğin, rigor mortis) olması ve maksimal tedaviye rağmen hayati fonksiyonlar kötüleştiğinden hiçbir fizyolojik fayda beklenmeyen (örneğin, kardiyojenik şok) durumlardır (Sanders, 2008).

4.3. Yeniden Canlandırma Yapmama Kararına (Do Not Resusuite-DNR) İlişkin Sorunlar

Etik ilkeler kapsamında hastanın yaşamı ile ilgili karar verme süreçlerinin ön planda olması ve bireylerin başkalarına bağlı olarak yaşamaktansa ani ve acısız bir ölümü tercih etmeleri yeniden canlandırma yapmama kararı (Do Not Resusuite-DNR) uygulamasını gündeme getirmiştir. DNR kararı çoğunlukla kurtulması pek mümkün görülmeyen, kalıcı sekeller olacağı öngörülen ya da ileri evre hastalığı olan bireylerde, kalp ve solunumun fonksiyonunun durması halinde, kalp ve solunuma ilişkin desteğinin verilmemesi kararı olarak tanımlanmış ve zamanla yazılı DNR talimatları da oluşturulmuştur.

DNR kararı, etik ve yasal anlamda birçok soru işaretlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Etik açıdan değerlendirildiğinde, otonomi ilkesi kapsamında, hastanın kendi bakım ve tedavi sürecine ilişkin karar verme hakkı olduğu belirtilmekte iken zarar vermeme ilkesi kapsamında da tedavi amacıyla yapılan girişimlerinin önünde bir engel olarak görülmektedir. Aynı zamanda, DNR kararının yasal bir boyutunun olması durumunda, bu uygulamaların sağlık profesyonellerinin etik bütünlüğünü zedeleyebileceği, bilinçli olarak etkisiz/sözde resüsitatif girişimlerin söz konusu olabileceği ve hasta- kurtarıcı ilişkisinin sarsılabileceği de belirtilmektedir. Bu nedenle, DNR kararı ile bireyin en temel hakkı olan yaşama hakkının elinden alınması anlamına gelebilecek uygulamalar arasındaki bu ince sınırın çok iyi korunması gerekmektedir (Kaya, 2017).

Yeniden canlandırma yapmama kararı verilen hastalar acil cerrahi girişim geçirmek durumunda kalabilmektedirler. İlerlemiş malignitesi olan bir hastada, bağırsak tıkanıklığını tedavi etmek bu sürece bir örnektir. Bu hastalar ameliyat olduklarında, potansiyel olarak düzeltilebilir kardiyopulmoner arrest riskleri ile rutin anestezi yönetiminin ayrılmaz bir parçası olarak kullanılan ilaçlar ve prosedürlere (entübasyon, vazoaktif ilaçlar) maruz kalabilirler. Gerekli yeniden değerlendirme görüşmesini takiben hastanın DNR uygulanma durumu hakkında bir karara varıldığında, hekim DNR uygulanma durumunu belgelemeli ve ameliyat ekibinin diğer üyelerine ileterek cerrahi ekip üyelerinin hastanın ileri bakımını anlamasına ve yorumlamasına yardımcı olması gerekmektedir (Cocanour, 2016).

4.4. Yararsızlık Kapsamında Görülen Sorunlar

Yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleriyle ilgili en alakalı konulardan biri yararsızlıktır. Tıpta, hasta için önemli bir fayda sağlama olasılığı düşük olan müdahaleler yararsız olarak tanımlanır. Bir tedavi, fayda olasılığı çok düşük olduğunda yararsızdır (Clara ve ark., 2004). Acil cerrahi ekibi bazı durumlarda daha fazla müdahalenin boşuna olduğunu düşünebilir. Bu

"boşluk" terimi tıbbi müdahaleler için "yararsız", "etkisiz", "tıbbi açıdan uygunsuz" veya "başarı olasılığı düşük" gibi daha spesifik şekilde de ifade edilebilmektedir (Iserson, 2006). Tıbbi ya da cerrahi bakım ve tedavi, kabul edilen terapötik hedefi karşılayamıyorsa, o zaman boşuna sayılmaktadır. Niteliksel tıbbi yararsızlık, ameliyatın veya tedavi sürecinin hastanın bakım hedeflerini karşılayıp karşılamama ve kabul edilebilir bir yaşam kalitesine yol açmayacağı durumdur. Bilinen anatomik veya biyokimyasal anormalliklerin başarılı tıbbi müdahalelere izin vermediği ve klinik müdahalenin genellikle amaçlanan fizyolojik etkisini göstermediği durumlar da fizyolojik yararsız olarak kabul edilmektedir (Cocanour, 2016; Iserson, 2006).

Hastane öncesi acil bakım girişimlerinde müdahale etmeme veya hastanelere nakil sağlamama nedenleri arasında rigor mortis, algor mortis, tanınmayacak kadar yanmış hastalar veya yaşamla bağdaşmayan yaralanmalar, başarısız olan uzun süreli normotermik resüsitatif girişimler, izoelektrik EKG ile uzun süreli "duruş süresi" veya nabızsız elektriksel aktivite yer almaktadır. Acil ekibi, tıbbi kaynakları nafile bir resüsitatif çaba için harcamak zorunda değildir (Iserson, 2006). Bu süreçte, belirli bir müdahalenin neden faydalı olmadığına dair anlaşılır bir açıklama yapılmak suretiyle hasta vekili ile tartışılmalıdır. Ayrıca yalnızca tıbbi bakımın değil bakım hedeflerine ulaşılamadığında spesifik tedavilerin de yararsız olabileceği vurgulanmalıdır. Bunun yanı sıra, belirli bir tedavi ya da prosedür yararsız görülse bile, tıbbi bakımın asla yararsız olmayacağı konusunda hasta ve vekiline güvence verilmelidir (Cocanour, 2016). Yararsızlık kavramı, ölmekte olan hastaların bakımını reddetmek için kullanılmamalıdır. Ölümcül hastalar bile müdahale gerektiren tıbbi acil durumlara sahiptir. Bu hastalarda amaç acıyı azaltıp, palyatif bakım sağlamaktır (Iserson, 2006).

4.5. Çift Etki İlkesine İlişkin Sorunlar

Çift etki ilkesi, iyi bir amaç peşinde koşmanın (fayda) bir yan etkisi olarak ahlaki açıdan ciddi bir zarar (zarar) meydana geldiğinde ortaya çıkmakta ve iyilik ile kötülük arasındaki çatışma olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda klasik örnek, ölümü hızlandırsa bile (zarar vermeme) ağrıyı gidermek için ilaç verilmesidir (yarar sağlama). Bu ilke, iyi bir amaca ulaşmak için ahlaki açıdan zararlı olmaktan belirgin şekilde farklı olup, cerrahi girişim sürecinde iyilik yapmaya ve hastanın refahını arttırmaya çalışmakta, ancak acıya ve hatta ölüme neden olabilmektedir. Acil cerrahi girişimler kapsamında, bir hastanın perfore kolon onarımı ameliyatı sırasında cerrahi prosedürden kaynaklanan komplikasyonların ölüme yol açabilmesi bu duruma bir örnektir. Çift etki ilkesi, cerrahın hastayı önceki işlevsel durumuna geri döndürme amacıyla bir yaralanmayı onarmasına veya bir hastalığı tedavi etmesine izin vermektedir. Ancak bu girişim sırasında, ağrı ve hatta ölümle sonuçlanabilecek komplikasyonlar da meydana gelebilmektedir (Cocanour, 2016).

5. Acil Cerrahi Süreçlerde Karşılaşılan Etik Durumlar

Ameliyathanelerde en sık karşılaşılan etik sorunlar; hastalarla samimi iletişim kuramama, hastaların beklentilerini göz ardı etme, sterilite ilkelerine uymama, yanlış cerrahi, eksik kayıt, hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur almama ve yanlış yapılan ameliyatlardır.

Acil cerrahi girişim planlanan hastalar arasında adli vakalar da bulunmaktadır. Acil cerrahi girişim gerektiren adli vakalar; patlayıcı maddeler, saldırılar, ateşli silah yaralanmaları ve yanıkların neden olduğu fiziksel yaralanmalar; ciddi yaralanmalara neden olan iş, trafik ya da doğal kaynaklı olmayan diğer kazalar; kendi kendini yaralama şüphesi ya da intihar girişimi ve zehirlenmeleri içerir (Erkan ve ark., 2017). Adli vakalar, hızlı bir müdahaleyi gerektirmekte olup, bu süreçte kanıt niteliği olabilecek tüm materyallerin korunması ve güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir (Karadayı ve ark., 2013). Acil cerrahi girişim sürecinde, elde edilen ve önemli kanıt niteliği taşıyan tüm materyallerin, adli vaka prosedürüne uygun şekilde yönetilmesi zarar vermeme ve adalet ilkeleri kapsamında değerlendirilmekte olup, bakım uygulamaları sırasında bu cerrahi kanıtların korunması oldukça önemlidir.

Acil cerrahi girişimlerde, elektif ameliyatlardan farklı olarak sürecin hızlı bir şekilde planlanması ve yürütülmesi nedeniyle, rutin perioperatif süreç yönetimi sağlanamadığı için, tedavi altına alınan bireyin bakımında etik ihlallller ve sonucunda da hastanın zarar görmesine neden olabilecek birtakım sorunlar meydana gelebilir. Bu sorunlardan bazıları; ameliyat sırasında sürecin çok hızlı ilerlemesine bağlı spesmen kaybı ve malzeme sayımlarının olması gerekenden daha hızlı ve az sayıda yapılmasına bağlı hastada yabancı cisim unutulması şeklinde sıralanabilmektedir. Acil cerrahi girişimlerde, rutin ameliyat öncesi hazırlık kapsamında yapılan uygulamalarda eksiklikler olabilmektedir. Bunlar arasında da; tedavi ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir bileşen olan laboratuvar tetkikleri ve tanısal görüntüleme yöntemleri sonuçlanmadan hastanın ameliyata alınması, hastanın üzerindeki giysi, takı vb. özel eşyaların çıkarılamaması, kan tranfüzyon ihtiyacının belirlenememesi, ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgilendirilmiş gönüllü olur formlarının uygun şartlarda alınmaması yer almaktadır. Benzer şekilde de ameliyat sırası bakım uygulamaları kapsamında; kılların tıraş edilmemesi ve cilt antisepsisini kapsayan cilt hazırlığının yapılamaması, piercing ve protez tırnak gibi materyaller hastadan çıkarılamaması söz konusu olabilmektedir. Acil ameliyatın gerçekleştiği anatomik bölgede, organ ve dokuların daha fazla zarar görmemesini sağlamak için, hızlıca alınan organın tamamen çıkarılması (histerektomi), ekstremitenin bir bölümünün kesilmesi (amputasyon) ve stoma açılması gibi kararlarda, etik yaklaşım olarak yararlılık ilkesi göz önünde tutularak gerekli girişimler planlanmaktadır. Yine yarar sağlama ve zarar ver-

meme ilkesi kapsamında ameliyathane hemşireleri, cerrahi el yıkama, ameliyatta kullanılan ekipmanların hazırlığı, ve steril ortam oluşturma süreçlerinde cerrahi asepsi ilkelerine uygun davranarak bu komplikasyonun önlenmesinde ve kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021).

Cerrahi acil durumlarda etik ikilemin tipik bir örneği, bir Yehova Şahitleri'nin kan transfüzyonu ihtiyacıdır. Bu durumda, yararlılık ile özerkliğe saygı ilkeleri arasında bir çatışma vardır. Yehova Şahitleri, tüm tıbbi müdahalelere izin vermektedir, ancak kan ve kan ürünü naklini reddetmektedirler. Bu nedenle, günümüzde bu gibi durumlarda hastanın özerkliğine saygıyı yarar sağlamaktan daha çok tercih etme yönünde artan bir eğilim vardır. Yehova Şahitleri'nin bakım ve tedavisine ilişkin bu çelişkili durum, cerrahi ekibin acil hastayla ilgilenme görevi, kan transfüzyonuna gereksinimi olan hastanın yoğun bakım ve perioperatif süreci, yeterlilik durumu ve hastanın tercihi ile yasal yükümlülükler nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Bu nedenle, özellikle acil durumlarda multidisipliner ekip üyeleri ya da kurumlarda oluşturulan biyoetik kurullardan etik ve yasal tavsiye alınmalıdır (Clara ve ark., 2004).

6. Acil Cerrahide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahide çeşitlilik, "Bakış açılarının, sosyoekonomik geçmişlerin, cinsiyetin, cinsel yönelimin, engellilik durumunun, ırkın ve etnik kökenin geniş bir temsili" olarak tanımlanmıştır. Acil cerrahi ekip, acil cerrahi hastalarına etkin bakım sağlamak için kişilerarası becerilere gereksinim duyan, farklı uzmanlıklara ve farklı geçmişlere sahip sağlık profesyonellerini kapsadığından tanım gereği çeşitlik içerir (Cobianchi ve ark., 2022). Cerrahi ekip, ortak bir hedefe ulaşmak için birlikte çalışan, klinik durumun karmaşıklığını anlayan, uygun kararlar veren ve güvenli cerrahi gerçekleştiren farklı görevlere sahip farklı mesleklerden oluşur. Tüm bu üyelerin performansı, cerrahi çalışmanın sonuçları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Koosha, 2021). Acil cerrahi ekipleri, anestezi, acil tıp uzmanları, cerrahlar, hemşireler ve bakım destek personeli gibi farklı uzmanlık alanlarından gelen multidisipliner bir gruptan oluşur ve ekibin tüm üyeleri acil hasta değerlendirmesi ve tedavi sürecinde aktif rol oynar. Bu nedenle, travma ve acil durumlarda ekip dinamikleri kritiktir (Cobianchi ve ark., 2022).

Acil bakım ortamları, akut gelişen hastalıklar, travma ve yaralanma durumlarında meydana gelen sağlık sorunlarının tedavisine yönelik sağlık bakım hizmetlerinin yürütüldüğü birimler olup sağlık profesyonellerinin etik yükümlülüklerini yerine getirmesi gereken öncelikli alanlardan biridir (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018; Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil cerrahi girişimler plansız ve hızlı bir şekilde geliştiğinden hem cerrahi ekibin ve ortamın hem de hastanın hazırlığı

için oldukça kısa bir süre vardır (Dolgun ve Özsoy, 2023). Bu süreçte, ekip içi sağlıklı iletişimin sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu ekibin etkin bir üyesi olan hemşireler, acil birimdeki sağlık ekibi içerisinde özellikle hasta ve hasta yakınlarıyla yakından ve sürekli etkileşimde olan sağlık bakım profesyonelleri olduğundan üstlendikleri rol ve sorumluluklar ile kilit noktada yer almaktadırlar (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018; Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil birimlerde gerçekleştirilen tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumunda etik karar vermeyi gerektiren acil servise özgü farklı süreçlerde etik sorunlar görülebilmektedir (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018).

Hemşireler, acil cerrahi uygulamalarında; yaşam, ölüm, kişilerarası ilişkiler, çevre, biyoteknoloji ve genetik gibi hem teknolojik hem de sosyal yaşamdaki önemli sorular ve değişiklikler konusunda hastaya rehberlik etmeli, klinik bilgilerini etik bir yaklaşımla sentezleyerek bakım sunmalıdır. Acil cerrahi süreçlerin yönetiminde, etik yönleri incelemek ve araştırmak hemşirelerin bu özel konular hakkında daha fazla şey öğrenmelerine ve acil bakım gereksinimi olan bireyler ile kurduğu etkileşim yoluyla gerçeği düşünmelerine yardımcı olacaktır (Jimenez-Herrara ve Axelsson, 2014). Hem hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, hem de acil kliniklerinde çalışan klinisyenler dört zorunlulukla çalışmaktadırlar. Bunlar, mümkün olduğunda hayat kurtarmak, ağrıyı azaltmak / gidermek, hastaları ve aileleri rahatlatmak ile sağlık çalışanlarını/hastaları yaralanmaya karşı korumaktır. Hayat kurtarmak, acil tıbbi ortamlarda diğer birçok ortama göre daha sık ve daha dramatik bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Iserson, 2006).

Kitlesel yaralanma olaylarında, cerrahi ünitelere çok sayıda hastanın aynı anda başvurusu söz konusu olduğunda, kaynakların adil ve etkili kullanımının sağlanması ile eksiksiz kayıt tutulması önemli olup, adalet ilkesi doğrultusunda sağlık bakım uygulamalarına yön verecek kararlar alınmalıdır. Hemşireler tarafından kaynakların adil kullanımının sağlanması, gerek mesleğine, gerek çalıştığı kuruma, gerekse bakım verdiği hastaya karşı sorumluluk duygusundan ve meslek etiğine uygun ilkeler doğrultusunda karar almasından kaynaklanmaktadır. Bakım maliyetini de etkileyebilecek birçok sorunla karşılaşılan acil cerrahi süreçlerde kaynakların etkin kullanımının ülke ekonomisine yararını da göz ardı etmemek gerekir. Acil cerrahi süreçlerde etik ihlallerin sıkça görüldüğü durumlar arasında adli vaka olarak da değerlendirilen kırılgan gruplara yaklaşım (kadın, çocuk, yaşlı, özel gereksinimi olan bireyler, göçmen ve mülteciler, farklı etnik kökene sahip bireyler), ihmal ve istismar vakaları, darp ve şiddet olayları yer alır. Bu gibi olaylarda, aileye bilgi verme ve onam alınması sırasında yaşanan etik ikilemler konusunda sürece yönelik yol haritalarının önceden oluşturulmuş olması yaşanan sorunların azalmasına katkıda bulunacaktır. Bu gibi durumlarda bildirim yapma zorunluluğu ile bilgi gizliliğinin sağlanması ve sürdürülmesi de tüm sağlık bakım ekibinin sorumluluğundadır.

Doğası gereği karmaşık bir ortam olan ameliyathanelerde farklı uzmanlıklara sahip birçok disiplin üyesi, çoğu zaman acil cerrahi girişimler olmak üzere çeşitli nedenlerle cerrahi girişim geçirecek hastalara optimum bakım sağlamak amacıyla birlikte çalışmaktadır. Bu süreçte ameliyathane hemşireleri, meslektaşları ve hastalarla etkileşimlerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca işyerindeki sorunların ve eksikliklerin niteliği ne olursa olsun hemşireler, sunulan bakımının hastalara yarar sağlaması ve zarar vermesinin önlemesi konusunda sorumluluk sahibidirler. Bu nedenle, hastalara bakım verirken etik ilke ve standartları sürekli göz önünde bulundurmak ameliyathane hemşirelerinin ahlaki görevidir. Hasta mahremiyetinin korunması, başta perioperatif dönem hasta savunuculuğunu üstlenen ameliyathane hemşireleri olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için önemli bir endişe kaynağıdır.

7. Sonuç

Acil bakım ortamları, akut gelişen hastalıklar, travma ve yaralanma durumlarında meydana gelen sağlık sorunlarının tedavisine yönelik sağlık bakım hizmetlerinin yürütüldüğü, hızlı müdahale ve etkili bakımın sürdürüldüğü zor ve karmaşık süreçleri içermektedir. Bakım ve tedavi girişimlerinin kimi zaman plansız ve hızlı bir şekilde uygulandığı bu bakım ortamlarında hem ortamın doğası gereği yaşanan karmaşa hem de akut gelişen yaşamı tehdit edici sağlık sorunları nedeniyle etik sorunların yaşanması olasıdır. Acil hastaların hayatlarını korumak veya önceki sağlık durumlarına dönüşü kolaylaştırmak için gerekli görülen girişimlerin yapıldığı bu tedavi alanlarında birçok sağlık disiplini bir arada çalışmaktadır. Bakım ve tedavi uygulamalarının dinamik bir şekilde sürdürüldüğü hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, acil servislerde ve acil cerrahi girişimin uygulandığı acil bakım ortamlarında verilecek etik kararlar, birey için hayati değere sahip olup, etik sorunların çözümünde sağlık profesyonlerine etik karar vermeleri konusunda ışık tutacak olan yol haritalarının oluşturulması önemlidir.

Kaynakça / References

Aghamohammadi, F., Imani, B., & Koosha, M. M. (2021). Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: a phenomenological study in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, *8*(3), 332-338. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.012

Andrews, J. & Zaroff, L. (2008). Surgical ethics. In Singer P.A. (Ed.) *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 447-453). New York: Cambridge University Press.

Bayraktar, A. & Sivrikaya, S. (2018). Nursing ethics at emergency department, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *15*(1), 57-62.

Brooks, A., Alastair, J., & Simpson, D. (2010) The Initial Approach to the Emergency Surgery Patient. In Brooks, A., Cotton, B.A. Tai, N., & Mahoney, F.P. (Eds.). *Emergency surgery* (pp. 3-5). Blackwell Publishing Ltd.

Clara, A., Roman, B., Ortiz, E., & Vidal-Barraquer, F. (2004). A practical approach to ethical problems in surgical emergencies. *Acta Chirurgica Belgica*, *104*(2), 125-128. https://doi.org/10.1080/00015458.2004.11679523

Cobianchi, L., Dal Mas, F., Massaro, M., Biffl, W., Catena, F., Coccolini, F., & Ansaloni, L. (2022). Diversity and ethics in trauma and acute care surgery teams: Results from an international survey. *World Journal of Emergency Surgery*, *17*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s13017-022-00446-8

Cocanour, C.S. (2016). Ethics and the emergency care of the seriously ill and injured elderly patient. *Current Geriatrics Reports, 5,* 55-61. https://doi.org/10.1007/s13670-016-0156-y

Dolgun, E. ve Özsoy, H. (2023). Aşırı şişman, acil, yaşlı, çocuk hastaların cerrahi süreçte bakımı. Yavuz van Gıersbergen, M. (Ed.). *Cerrahi hemşireliği kitabı içinde* (s.259-271). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Erkan, I., Yeşilyurt, A., & Kayserili, A. (2017). Analysis of awareness for healthcare professionals in forensic nursing. *Forensic Res Criminol Int J*, 5(3), 00153.

Ersoy, N., Özcan, S.M. ve Aydın, E.R. (2010). Acil tıpta aydınlatılmış onam. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, *16*(1), 1-8.

Iserson, K.V. (2006). Ethical principles-emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics*, *24*(3), 513-545. https://doi.org/10.1016/j.emc.2006.05.007

Jiménez-Herrera, M.F., & Axelsson, C. (2014). Some ethical conflicts in emergency care. *Nursing Ethics*, *22*(5), 548-560. https://doi.org/10.1177/0969733014549880

Karadayı, B., Kolusayın, M.O., Kaya, A. ve Karadayı, Ş. (2013). Acil tedavi birimlerinde adli olgudan biyolojik material alınması ve gönderilmesi. *Marmara Med Journal*, *26*, 111-117.

Kaya. A. (2017). DNR. Akçiçek, F., Akbulut, G., Şenuzun Aykar, F. ve Şahin, S. (Ed.) *Tıbbi vasiyet çalıştay raporu* içinde, (s.57-60), İzmir: Tepecik Hastanesi Yayınları.

Moskop, J.C. (1999). Informed consent in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, *17*(2), 327-340. https://doi.org/10.1016/S0733-8627(05)70062-6

Sanders, A.B. (2008). Emergency and trauma medicine ethics. In Singer P.A. (Ed.) *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 469-474.). New York: Cambridge University Press.

Stiff J.E.& Baskin B.E. (2021). Acil Serviste medikolegal konular (Özaydın, V., Çev.). Tintinalli, J.E. (Ed.) *Tintinalli acil tıp kapsamlı bir çalışma kılavuzu kitabı içinde* (s. 2014-2023). Nobel Tıp Kitabevi.

Şimsek, U. (2015). Sağlık hukukunda aydınlatılmış rıza. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, *16*, 3535-3556.

Timofte, D., Ionescu, L., Danila, R., Livadariu, R.M., Barbu, S.T. & Stoica, L. (2025). The principle of informed consent in emergency surgery-equivocal situation in making life-saving decisions. *Revista Romana de Bioetica*, *13*(2), 279-289.

Yaylacı, S., Yılmaz, S., ve Karcıoglu, Ö. (2007). Acil tıp ve etik. *Turk J Emerg Med*, *7*(4), 183-90.

11. BÖLÜM / CHAPTER 11

AĞRI YÖNETİMİ/ANALJEZİ, ANESTEZİ VE ETİK

PAIN MANAGEMENT/ANALGESIA, ANAESTHESIA AND ETHICS

Dilara ŞAHAN[1], Hatice ÖZSOY[2]

[1]Araş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

E-mail: dilara.kunter@adu.edu.tr

[2]Öğr. Gör. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Burdur, Türkiye

E-mail: htcozsoy15@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.11

ÖZ

Ağrının giderilmesinin sağlanması, diğer tıbbi tedavilere göre benzersiz bir etik zorluk teşkil etmektedir. Bireylerin ırk, renk, cinsiyet veya ekonomik durumunda ayrım yapmaksızın, ağrı durumları değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Etkili ağrı yönetimi, ahlaki bir zorunluluk ve profesyonel bir sorumluluktur. Ağrı yönetiminde etik dışı uygulamalar, etik ve yasal sorumluluklara yönelik eğitimlerin sağlanması, etik duyarlılığa yönelik becerilerin geliştirilmesi ve klinikte bunun denetlenmesi ile önlenebilmektedir. Anestezi, hastaların cerrahi girişim sırasında ağrı hissetmesini engelleyen tıbbi bir uygulamadır. Genel anestezi, hastanın tamamen bilinçsiz olduğu bir süreci başlattığı ve yönettiği için tıp etiği konularını içermektedir. Bölgesel/lokal anestezi ile cerrahi geçiren hastalar, cerrahi girişim süresince uyanıktırlar ve girişimin farkındadırlar. Bölgesel/lokal anestezi ile cerrahi geçiren hastaların cerrahi süreçleri, bakıma ilişkin algıları ve yaşadıkları deneyimler genel anestezi uygulanan hastalardan farklıdır. Anestezi alanında dikkat çeken etik konular; hasta ve hasta yakınları ile iletişim, cerrahi ekiple etkileşim, uzun çalışma saatleri ve fazla iş yükü, hastaların bilgilendirilmesinde yaşanan sorunlar olarak bildirilmektedir. Anestezi uygulanan hastalarda mahremiyet, cerrahinin izinsiz izlenmesi ve video kayıtlarının alınması, resüsitasyon yapmama emirleri de etik konular içerisinde yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı yönetimi, anestezi, etik, özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet, hemşirelik

ABSTRACT

Providing pain relief poses a unique ethical challenge compared to other medical treatments. Pain conditions should be assessed and treated without discrimination on the basis of race, gender, or economic status. Effective pain management is a moral obligation and a professional responsibility. Unethical practices in pain management can be prevented by providing education on ethical and legal responsibilities, developing skills for ethical sensitivity and

supervising this in the clinic. Anaesthesia is a medical practice that prevents patients from feeling pain during surgery. General anaesthesia involves medical ethics issues as it initiates and manages a process in which the patient is completely unconscious. Patients undergoing surgery with regional anaesthesia are awake during the surgical procedure and are aware of the surgical procedure. The perceptions and experiences of patients undergoing surgery with regional anaesthesia regarding the care of the surgical process are different from those of patients undergoing general anaesthesia. Ethical issues that attract attention in the field of anaesthesia are reported as communication with patients and their relatives, interaction with the surgical team, long working hours and excessive workload, and problems in informing patients. Privacy in patients undergoing anaesthesia, unauthorised monitoring and video recording of surgery, and orders not to resuscitate are also included in ethical issues.

Keywords: Pain management, anaesthesia, ethics, autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice, nursing

Extended Abstract

Providing pain relief poses a unique ethical challenge compared to other medical treatments. Pain conditions should be assessed and treated without discrimination on the basis of race, gender, or economic status of individuals. The goals of pain relief are stated as allowing for optimal quality of life and productivity, including the right to pain relief in constitutions, enacting legal requirements for the training of health professionals in pain relief, and promoting the use of opioids. Effective pain management is a moral obligation and a professional responsibility. Unethical practices in pain management can be prevented by providing training on ethical and legal responsibilities, developing skills for ethical sensitivity and supervising this in the clinic. The nurse has an ethical and legal obligation to accept every statement made by the patient about pain, to intervene for pain, to apply the treatment equally to each patient, and to eliminate any obstacles related to the subject. Two facts about pain management are important. First, healthcare professionals have an ethical obligation to relieve pain. Secondly, this obligation is largely neglected due to under-treatment, over-treatment or avoidance of addiction, leaving nurses in particular with an ethical dilemma. The use of the placebo effect in pain management disrupts the management of pain and causes the patient to suffer more pain, resulting in an unethical practice. Anaesthesia is a medical practice that prevents patients from feeling pain during surgery. General anesthesia involves medical ethics issues as it initiates and manages a process in which the patient is completely unconscious. Patients undergoing surgery with regional anesthesia are awake during the surgical intervention and are aware of the surgical intervention. The perceptions and experiences of patients undergoing surgery with regional anesthesia regarding the care of the surgical process are different from those of patients undergoing general anesthesia. Ethical issues that attract attention in the field of anesthesia are reported as communication with patients and their relatives, inte-

raction with the surgical team, long working hours and excessive workload, and problems in informing patients. Privacy in patients undergoing anesthesia, unauthorized monitoring and video recording of surgery, and orders not to resuscitate are also included in ethical issues. The person responsible for informing the patient about the surgery is the patient's physician. It is a requirement of patient advocacy that the nurse checks whether the patient is informed and warns the physician if necessary. Physicians and nurses should selflessly explain all necessary medical information to patients. Informed consent is a fundamental policy in terms of both ethics and law that physicians must comply with unless the patient is unconscious or otherwise unable to give consent and is likely to suffer harm if left untreated. Being respectful and contributing to a caring working environment are essential ethical skills in the operating theatre. Good communication is an important safety measure during surgery and creates a good working environment within the operating theatre team. Patients under anesthesia can no longer claim the right to autonomy and privacy. Therefore, medical staff should protect patients' rights by performing procedures within the agreed range with the patient's written informed consent. The surgical team should take on the role of "patient advocate" in line with ethical principles so that the patient feels in control, comfortable, and valued. It is both unethical and illegal to use physical or chemical methods to force a competent patient to undergo a treatment they refuse. It is both unethical and illegal to use physical or chemical methods to force a competent patient to undergo a treatment they refuse. Providing patients with accurate information is one way to enable them to make the right decisions that will benefit their overall health. Without knowing the truth, it will be unclear whether patients can make informed decisions, leading to a lack of respect by health professionals for them as autonomous individuals. Confidentiality of medical records and patient privacy bring ethical and legal issues to the forefront in healthcare. Medical and surgical procedures on patients recorded for evaluation or educational purposes can only be performed when the patient gives informed consent. Increased access to photographs, video, or audio recordings undermines privacy for the patient and may cause distress to the patient if they become publicly available. At the center of the perioperative Do not resuscitate (DNR) decision debate are the fundamental principles of medical ethics: nonmaleficence, beneficence, and patient autonomy. While clinicians are bound by the oath to "primum non nocere", they must protect the patient's welfare and ensure their autonomy.

1. Giriş

Ağrının giderilmesi, diğer tıbbi tedavilere göre ciddi bir etik sorun oluşturmaktadır. Ağrı durumları, bireylerin ırk, cinsiyet veya ekonomik durumlarından bağımsız bir şekilde tanılanmalı, bakım ve tedavisi başlanmalıdır. Ağrı tedavisindeki temel hedef, bireyin yaşam kalitesini ve konforunu sağlamaktır. Etkili ağrı yönetimi etik ve yasal açıdan önemli bir konu olup, hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır.

2. Ağrı Yönetimi ve Etik Sorunlar

2.1. Ağrı Kavramı

Bireyin tüm hayatı boyunca en az bir kez deneyimlediği ağrı, fizyolojik ve psikolojik olarak karmaşık bir süreç olup, henüz tıbbın bütünsel olarak aydınlatamadığı bir olgudur (Örnek Büken, 2021; Schellenberg ve Sullivan, 2010). Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği ağrıyı, "gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili veya bu tür bir hasarla tanımlanan hoş olmayan duyusal ve duygusal deneyim" olarak tanımlamaktadır (Brennan, Lohman ve Gwyther, 2019). Ağrıyı "Bireyin söylediği şeydir ve eğer birey söylüyorsa vardır" şeklinde tanımlayan Mc Caffery ise ağrıyı ifade etmede en yetkili kişinin bireyin kendisi olduğunu ve bireyin davranışlarının da ağrıyı tanımlamada yol gösterici olduğunu vurgulamaktadır (Akın, 2020). Bu nedenle, "Ağrının uzmanı hasta değil, sağlık bakım ekibidir" ifadesi ağrı değerlendirmesine ilişkin bir yanılgıdır (Eti Aslan ve Karabacak, 2014). Ağrı eşsiz bir belirtidir (Bernhofer, 2023) ve "Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations/Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu" tarafından; kan basıncı, nabız, beden ısısı ve solunum hızından sonra "beşinci yaşamsal bulgusu" olarak kabul edilmiştir (Akın, 2020; Özveren, Faydalı, Gülnar ve Dokuz, 2018).

2.2. Ağrı Nedenleri

Yanık, sepsis, kemik kırıkları, doğum, kanser, endotrakeal entübasyon ve ekstübasyon, dren takılması gibi birçok durum bireyin ağrı yaşamasına neden olabilmektedir (Brennan ve ark., 2019; Çelik, 2016). Bunlar dışında bireyin en çok ağrı yaşamasına neden olan bir diğer durum ise, cerrahidir. Her cerrahi, ne kadar küçük veya kapsamlı olursa olsun, bir düzeyde ağrı ile sonuçlanan planlı bir travmadır (Bernhofer, 2023). Dünya genelinde her yıl 230 milyonun üzerinde cerrahi girişim yapılmaktadır ve her geçen gün bu sayı artmaktadır (Akpolat ve ark., 2021). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki Tıp Enstitüsü, cerrahi geçiren hastaların %80'inin cerrahi sonrası ağrı yaşadığını ve bu hastaların %88'inin orta, şiddetli veya aşırı şiddetli ağrı seviyelerinin olduğunu bildirmektedir (Bernhofer, 2023).

2.3. Ağrıya Bağlı Gelişebilen İstenmeyen Sonuçlar

Ağrı sadece hasta için rahatsız edici bir durum olmamakla birlikte, tedavi edilmediğinde ya da yanlış yönetildiğinde, istenmeyen birçok kısa ve uzun vadede sorunlara yol açabilmektedir (Bernhofer, 2023). Bunlar; endojen katekolamin aktivitesi, oksijen tüketimi ve metabolizmasının artması, hemodinaminin bozulması, immün sistemin baskılanması, uyku bozukluğunun artması, düşünme ve iletişim süreçlerinin bozulması, ajitasyonun alevlenmesi, post travmatik stres bozukluğunun görülme sıklığının artması, hastanede kalış süresinin uzaması, iyileşmenin gecikmesi, bakımdan kaçınması, mortalite ve maliyetin artması, akut ağrının kronikleşmesi, yaşam kalitesinin azalması ve opioid kullanımının uzaması olarak sıralanmaktadır (Akpolat ve ark., 2021; Bernhofer, 2023; Çelik, 2016; Güdücü Tüfekçi, 2019; Örnek Büken, 2021; Özveren ve ark., 2018). Bu sebeple, kötü yönetilen ağrının sonuçları göz önüne alındığında, cerrahinin konu alanında yer alan cerrahi sonrası ağrı yönetiminde gerekli bakımı sağlamak etik bir sorumluluk olup, yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerini içinde barındırmaktadır (Bernhofer, 2023).

2.4. Ağrının Yönetimi

Hemşire hangi bölümde çalışırsa çalışsın, ağrı en sık karşılaştığı sorunlardan birisidir. Hemşirelerin hastalar ile birebir iletişimde olması ve daha fazla vakit geçirmeleri, ağrı yönetiminde oldukça etkin ve önemli sağlık profesyonelleri olmalarına neden olmaktadır (Akın, 2020; Özveren ve ark., 2018). Hemşirenin, ağrı yönetiminde soracağı bazı sorular bulunmaktadır. Bu sorular;

- Tıpta, ağrının önemi nedir?
- Klinik bakımda ağrı yönetiminin faydaları nelerdir?
- Sağlık profesyonellerinin, hastalarının ağrı yönetiminde rol ve sorumlulukları nelerdir?
- Yeterli analjezi sağlama görevine karşı, başka hangi görevler dengelenmelidir? (Carvalho ve ark., 2018).

Bir insan hakkı olarak "ağrı kesici" kavramı, Birleşmiş Milletler'in 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nden "ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı"ndan türetilmiştir. Ağrıyı ortadan kaldırmanın amaçları; optimum yaşam kalitesi ve üretkenliği sağlamak, anayasalara ağrı giderme hakkını dahil etmek, sağlık çalışanlarının ağrının yönetilmesi konusunda eğitimi için yasal gereklilikleri yürürlüğe koymak ve opioid kullanımını teşvik etmek olarak belirtilmektedir (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ağrının azaltılması ve ortadan kaldırılması bir hasta hakkıdır ve bu haktan birçok bildirge, sözleşme ve ülkemiz yasal mevzuatında da söz edilmektedir (Güdücü Tüfekçi, 2019).

Küresel yükü çok önemli olan ağrının yönetimi, bireyin fiziksel, psikososyal ve ruhsal boyutlarını ele alan çok disiplinli bir yaklaşımı gerektirmekte ve ağrının tedavisi ağrının tipine ve doğasına göre değişmektedir (Brennan ve ark., 2019).

Vücutta belirli bir sorunun göstergesi olan ağrı, koruyucu nitelikte olup, bireyi tedavi almaya yönlendirmektedir (Örnek Büken, 2021). Her bireyin ağrıyı yaşama şekli objektiftir, ancak zorunlu zamanlarda birey dışındaki kişiler tarafından davranışlar yoluyla (örneğin, irkilme, kaçınma) da ağrı subjektif olarak gözlemlenebilmektedir. Bu sebeple, bireyler ve kültürler arasında görülebilen ağrı davranışlarındaki farklılıklardan dolayı, ağrının değerlendirmesi oldukça karışıktır (Özveren ve ark., 2018; Schellenberg ve Sullivan, 2010).

Ağrı yönetiminin etkili yapılamamasının hastaya, hekime ve/veya hemşireye ve sağlık bakım sistemine ilişkin nedenleri bulunmaktadır. Hastaya ilişkin nedenler; korku, ağrı bildiriminde isteksizlik, opioid kullanımından kaçınma; hekime ve/veya hemşireye ilişkin nedenler; ilaçların etki mekanizmalarının, etki sürelerinin ve yan etkilerinin yeterince bilinmemesi, yetersiz tanılama ve yönetim, ağrının hasta tarafından fazlaca abartıldığına dair ön yargılar, yeterli kayıt tutmama, ağrıyı hasta bakımında bir öncelik olarak belirlemedeki başarısızlık, hastalar ile yeterli ilişkiler geliştirememe; sağlık bakım sistemine ilişkin nedenler ise ilaç tedariğinin sağlanamaması, hasta yoğunluğu, iş yükü fazlalığı ve zaman yetersizliği olarak belirtilmektedir (Bernhofer, 2023; Carvalho ve ark., 2018; Çelik, 2016; Güdücü Tüfekçi, 2019; Örnek Büken, 2021; Özveren ve ark., 2018). Örneğin bazı kültürlerde, ağrıyı gizlemek, ağrının üstesinden gelmek ya da ağrıyı yaratıcının bir cezası olarak görüp tedavi edilmemesi gerektiğini düşünmek veya hastaların ilaç kullanımı konusunda isteksiz olmaları gibi farklı yaklaşımlar mevcuttur (Örnek Büken, 2021). Geçmiş yıllarda, hastaları koruma endişesi nedeniyle, çoğu hekim bağımlılığı önlemek için cerrahi girişim sonrası veya ölümcül hastalığı olan hastalara bile, çok az miktarda narkotik reçete etmiştir (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ancak Amerikan Tabipler Birliği, "Hekimlerin ağrı ve ıstırabı dindirmekle yükümlü olduğunu"; Dünya Sağlık Asamblesi ise "ağrı ve ıstırabı dindirmenin, sağlık profesyonellerinin etik bir görevi olduğunu" bildirmektedir. Bu sebeple, temel sağlık uygulamalarının içinde yer alan ve insan hakkı olarak söz edilen ağrı, daha fazla inceleme ve analiz gerektiren, gelişen bir kavram olmaya devam etmektedir (Brennan ve ark., 2019).

Ağrı yönetimi ile ilgili iki olgu önem taşımaktadır. Birincisi, sağlık çalışanlarının ağrıyı dindirmek için etik bir yükümlülüğü bulunmaktadır. İkincisi, bu yükümlülük yetersiz tedavi, aşırı tedavi veya bağımlılıktan kaçınma nedenleriyle büyük ölçüde ihmal edilmekte ve özellikle hemşireleri etik ikilemle karşı karşıya bırakmaktadır (Carvalho ve ark., 2018; Güdücü Tüfekçi, 2019; Sturdivant, 2020).

2.5. Ağrı Yönetiminde Etik Sorunlar

"Etik", bir durum ile ilgili ne yapılması ve ne yapılmaması gerektiği ile ilgilenmektedir (Mert Boğa ve ark., 2020). Hemşireler bazı durumlarda, bireysel ahlaki değerleri ile mesleki etik değerlerini birbirinden ayırmalarını güçleştirebilecek durumlar yaşayabilmektedir. Ancak hemşire, her zaman profesyonel kimliği ve mesleğin getirdiği yarar sağlama, zarar vermeme, hastanın özerkliğine saygı gösterme, kaynakları doğru kullanma ve adil olma gibi etik değerler ile hastasına yaklaşmalıdır (Örnek Büken, 2021). Böylelikle etik duyarlılığı yüksek olan bir hemşirenin, uyguladığı bakımın kalitesi de artmaktadır (Mert Boğa ve ark., 2020).

Ağrının yönetilmesi diğer tıbbi tedavilere göre benzersiz bir etik zorluk teşkil etmektedir (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Hemşirenin ağrı hakkında nasıl düşündüğü, acı çeken kişinin gerçekliğine ve acı deneyimine ilişkin anlayışını şekillendiren söze dökülmemiş ve bilinçsiz varsayımlar, mitler ve metaforlar tarafından yönlendirilmektedir (Carvalho ve ark., 2018). Hemşire, bireyin ağrı ile ilgili ifadesine güvenmediği durumlarda ya da ahlaki açıdan yapması gereken eylemi bildiğinde ancak bu eylemin yapılması kurum ya da reçete yazanlar tarafından kısıtlandığında, sonuç olarak ağrı yönetilemediğinde 'etik dışı' bakım uygulamış olacaktır (Güdücü Tüfekçi, 2019; Sturdivant, 2020; Örnek Büken, 2021). Bu durum *"ahlaki sıkıntı"* olarak tanımlanmaktadır ve hemşire veya başka bir sağlık profesyonelinin ahlaki açıdan yapması gereken eylemi bildiğinde, ancak bu eylemin yapılması bir şekilde kısıtlandığında ortaya çıkmaktadır. Oysa hemşirenin bireyin ağrı ile ilgili ifadesine güvenmesi ağrının derecesini belirlemede en güvenilir yoldur (Sturdivant, 2020).

Hemşirenin, hasta tarafından ağrı ile ilgili her ifadeyi kabul etme, ağrıya yönelik girişimde bulunma, bakım ve tedaviyi her hastaya eşit olacak şekilde uygulama ve konu ile ilgili engeller mevcutsa bunları ortadan kaldırmaya yönelik etik ve hukuki yükümlülüğü bulunmaktadır. Örneğin; "*adalet ilkesi",* benzer tanısı olan bireylerin benzer şekilde, farklı tanısı olan bireylerin de farklı şekilde bakım ve tedavisinin sürdürülmesini gerektirmektedir. Bireylerin renk, ırk, cinsiyet, din veya ekonomik durumunda ayrım yapmaksızın, ağrı düzeyleri tanılanmalı, bakım ve tedavisi sağlanmalıdır (Örnek Büken, 2021).

Bu sebeple, etkili ağrı yönetimi, ahlaki bir zorunluluk ve profesyonel bir sorumluluktur (Bernhofer, 2023). Ancak hemşirelerin, hastaların ağrısını doğru tanılamada sorun yaşadıkları, ağrıyı hafife alma eğiliminde oldukları, ağrı yönetimi ile ilgili rehberlerin önerilerine uymadıkları ve sonuç olarak ağrıyı yönetmede yetersiz kaldıkları bildirilmektedir (Akpolat ve ark., 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %45'inin ağrı tanılamasına ilişkin herhangi bir eğitim almadığı, ağrısı olan hastalarda öncelikli olarak ağrı kesici uygu-

lama yaptıkları, ilaç dışı tedavi yöntemlerini sıklıkla kullanmadıkları ve hastanın yaşadığı ağrı ile hemşirenin belirlediği ağrı şiddeti arasında da önemli derecede farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Özveren ve ark., 2018).

Dikkate alınması gereken hasta popülasyonlarından biri, akut ağrısı ve/veya cerrahi girişim sonrası ağrısı olan hastalardır. Cerrahi sonrası ağrıyı azaltmak, cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri arasında yer almaktadır. Cerrahi sonrası ağrı, esas olarak doku veya sinir hasarından kaynaklanmaktadır. Bu hasta popülasyonuna yeterli ağrı kesici sağlanmasında, hala bazı sorunlar bulunmaktadır ve hastaların %50'sinin şiddetli ile dayanılmaz ağrı yaşadığı tahmin edilmektedir (Akpolat ve ark., 2021; Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ancak günümüzde, kullanılan birçok ağrı azaltma yöntemleri ile akut ağrı yönetilebilmektedir. Önemli olan, hastanın yaşı, hastalıkları, beden yapısı gibi bireysel özelliklerine göre ilaç grubunun ve dozunun ayarlanmasıdır (Eti Aslan ve Karabacak, 2014).

Opioidler, orta ve şiddetli ağrılarda sıklıkla kullanılan etkili bir analjezik grubudur. 1998 yılından 2017 yılına kadar reçete edilen opioid sayısında 190 milyon artış gözlenmiştir (Akın, 2020). Ancak hemen hemen tüm tedavilerde istenmeyen yan etkiler gibi, opioidlerin de riskleri bulunmaktadır ve bu riskler ciddidir, hastaların mevcut şikayelerine ek şikayetlerin eklemesine sebep olmaktadır (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Bu nedenle, ilk kez 1985 yılında, ilaçlara bağlı ortaya çıkabilecek yan etkiler ve suistimal edilebileceği düşüncesi nedeniyle hekim ve/veya hemşirelerin hastalara uygulamadaki isteksizliği "opiofobi" kavramını ortaya çıkarmış, bu durum ise hastaların yeterli tedavi alamamasına (oligoanaljezi) yol açmıştır (Baldemir, Akçaboy, Noyan, Çelik ve Akçaboy, 2019; Bertrand ve ark., 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %80'i reçete edilen opioid ilaçları hastalara verirken tedirgin olduğunu; %50'si opioid ilaçların solunum deprese edici etkilerinden dolayı reçete edilmemesi gerektiğini; %58'i denetime tabi ilaçlar arasında yer alan opioidleri yasal sorumluluk almamak adına uygulamayı arzu etmediklerini bildirmiştir (Baldemir ve ark., 2019). Ağrı yönetimi ile ilgili tartışmalarda bir taraf *"ağrı giderme hakkı"* kapsamında opioidlere erişimin daha kolay olması gerektiğini savunurken, diğer taraf bağımlılıkla ilgili bilgisizlik, kayıtsızlık ve korkulardan dolayı yaygın kullanımına karşı bir direnç geliştirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu gibi nedenler, tartışmalara yol açmış ve etik sorunları da beraberinde getirmiştir (Akın, 2020; Örnek Büken, 2021; Schellenberg ve Sullivan, 2010).

Hemşireler, opioid analjeziklerin kullanımıyla ilgili potansiyel olarak zararlı bir durum tespit ederse, daha düşük dozlar veya diğer opioid olmayan müdahaleler önererek *"hasta savunuculuğu ilkesi"* kapsamında hastayı savunmalıdır. Benzer şekilde, hemşireler daha iyi ağrı yönetimi taleplerini hekime iletmeli ve farklı tedavi seçenekleri talebini bildirirken hastanın

mevcut yaşamsal belirtilerini, klinik tablosunu ve öznel verilerini dikkate almalı ve bunlara güvenmelidir (Sturdivant, 2020).

Geçmiş yıllarda sağlık kurulları tarafından bağımlılık endişesi nedeniyle opioid reçetelenmesine ilişkin geliştirilen düzenlemelere uymayan hekimlere karşı da disiplin soruşturması başlatılmış ve bu durum hekimlerin reçetelendirme konusunda daha dikkatli olmalarına yol açmıştır (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ancak burada unutulmaması gereken önemli bir nokta bulunmaktadır. Opioid krizine yönelik yapılan düzenlemelerin tehlikeli yanı olan, opioidlere gerçekten gereksinimi olan hastaların opioidlere erişiminin keyfi olarak kısıtlanması durumunun göz önünde bulundurulması, hükümetlerin ve hekimlerin hem ağrı tıbbı hem de uyuşturucu bağımlılığının yönetimi konusunda yeterince eğitim almalarının sağlaması gerekmektedir. Aksi takdirde bu durum, insan hakları ihlaline neden olabilecektir (Brennan ve ark., 2019).

Günümüzde ise, değişen çeşitli ilaçlara ve önerilen dozlara rağmen, hekimlerin bu duruma ayak uyduramadıkları görülmektedir. Ayrıca ağrının yalnızca altta yatan daha önemli başka bir sağlık sorununun belirtisi olarak düşünülmesi, hekimlerin ve/veya hemşirelerin ağrının temel nedenini araştırma aşamasında bireylerin ağrısına kayıtsız kalmalarına ve sonuç olarak hastaların ağrı yaşamasına neden olmuştur (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, hemşirelerin büyük çoğunluğunun opioidlerin sadece kanser hastalarında kullanılması gerektiğini ifade ettikleri bildirilmektedir (Baldemir ve ark., 2019).

İlaçlara bağlı oluşan yan etkilerin çoğunun doza bağlı olması nedeniyle, ideal bir ağrı kontrolü sağlamak oldukça güçtür (Örnek Büken, 2021). Bu sebeple, hastanın ağrısının yönetimine odaklanılırken, opioidlerin ciddi yan etkileri göz ardı edilmemeli ve yüksek opioid dozlarıyla artan mortalite ve morbidite risklerini en aza indirmek için özen gösterilmeli, yarar-zarar dengesi sağlanmalıdır (Akın, 2020; Schellenberg ve Sullivan, 2010). Ancak "Opioidlerin yüksek dozda ve sık kullanımı öldürücü olabilmektedir. Düşük doz güvenlidir." şeklindeki ifade de bir yanılgı olacaktır. Çünkü ilaç kullanımı, bireye özgüdür ve hiçbir doz kesin olarak güvenli ya da öldürücü değildir (Eti Aslan ve Karabacak, 2016). Ayrıca *"özerkliğe saygı ilkesi"* kapsamında, hastanın bilişsel düzeyi yeterli ise ağrı tedavisine ilişkin seçenekler, yan etkiler ve yararları hakkında bilgilendirme yapılmalı, *"yarar sağlama ilkesi"* kapsamında hasta için en iyi olan ve *"zarar vermeme ilkesi"* kapsamında da en az zararlı tedavi uygulanmalıdır (Örnek Büken, 2021; Sturdivant, 2020).

Ayrıca hemşireler kendi deneyimlerini veya ön yargılarını yansıtmak için aşağıdaki soruları kullanabilir:

- Hastalarımda, bağımlılık yapmasından endişe duyuyor muyum?
- Bazı bireyler, ilaç almak için sistemle oynayabilir mi?
- Ağrı yönetimini, meslektaşlarımla veya sağlık ekibinin diğer üyeleriyle tartışmaktan çekiniyor muyum?
- Ağrıyı azaltma veya ortadan kaldırma konusunda kendimi suçlu hissediyor muyum?
- Birey ağrısı olduğunu ifade etse de, bazen haklı olmadığını düşündüğüm oluyor mu?
- Bağımlılık, opioid kötüye kullanımı ve uyuşturucu arama davranışlarıyla ilgili kendi deneyimimi empoze ediyor muyum?
- Bazı hastaların reçete edilenden daha agresif ağrı yönetimi gerektirebileceği fikrine direniyor muyum? (ANA, 2018).

Hemşireler için ağrı yönetimine ilişkin bazı öneriler:

- Hemşire, klinik olarak iyi bir ağrı yönetimi için; klinik endikasyonlar, ağrı yönetimi için hedefler, ağrı kesici müdahalelerin hastada ne derece etkili olduğu bilmeli ve meslekler arası iş birliği, farklı ağrı türlerinin değerlendirilmesi ve yönetimi için profesyonel standartların farkında olmalıdır.
- Hemşireler, ağrı yaşayan her hastayı yetersiz, aşırı tedavi ve bağımlılık yönünden değerlendirmeli, her bireye özel bir ağrı yönetimi planlamalıdır.
- Hemşireler, ağrıyı ve bunun neden olduğu acıyı hafifletmeye yönelik becerilerini ve istekliliklerini sınırlayan bireysel ya da çevresel faktörleri değerlendirmeli ve bu konuda etik yükümlülük hissetmelidir.
- Hemşireler, hastaların ağrı yönetiminde bazı engeller nedeniyle ahlaki sıkıntı yaşayabilir. Bu sebeple hemşireler, ağrı yönetiminde ahlaki sıkıntıyı azaltmak için gerekli olan ahlaki cesareti ve dayanıklılığı geliştirmeli, profesyonel ve kişisel bütünlüklerini korumalıdır.
- Hemşireler, opioid kullanımı ile bağımlılık arasındaki ilişkileri ve optimal ağrı yönetimini teşvik etme stratejilerini daha fazla araştırmalıdır.
- Hastalar, hemşireler ve meslekler arası ekipler için güncel, en kapsamlı ağrı yönetimi uygulamaları hakkında eğitim sağlanmalıdır.

- Hemşireler, madde kullanım bozukluğu olan tüm bireyler için erişilebilir, karşılanabilir ve etkili tedavi kaynakları sağlayan ve/veya teşvik eden kişilerle iş birliği yapmalıdır.
- Hemşireler, ağrı yönetimini etkileyen ilgili politikaların ve mevzuatın geliştirilmesine ve değerlendirilmesine katılmalıdır (ANA, 2018).

Ağrı yönetiminde etik dışı uygulamalar, etik ve yasal sorumluluklara yönelik eğitimlerin sağlanması, etik duyarlılığa yönelik becerilerin geliştirilmesi ve klinikte bunun denetlenmesi ile önlenebilmektedir (Baldemir ve ark., 2019; Mert Boğa ve ark., 2020; Örnek Büken, 2021). Etik ve yasal sorumluluklara yönelik verilen hemşirelik eğitimi ile hemşirenin güveni arttırılabilir, olası yetersizlik duygularını hafifletmeye yardımcı olabilir ve hastalarda akut ağrının tedavisi için daha bilinçli kararlar almasını sağlayabilir (Sturdivant, 2020).

Geçmiş yıllarda, yukarıda sözü edilen opioid bağımlılığı korkusundan dolayı, yeterli bir ağrı yönetimi sağlanamaması dışında, ciddi veya ilerleyici hastalığı olmayan, uzun süreli opioid tedavisi arayan hastalara şüpheyle bakılmaktaydı ve bir hemşirenin: "Vücutlarında ağrı olduğunu iddia eden ama gerçekte ruhlarında ağrı olan hastalara opioid sağlamak istemiyoruz." şeklinde ifadesi yer almaktaydı (Schellenberg ve Sullivan, 2010). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne göre, 2016 yılında 42.000'den fazla Amerikalının ölümünden opioidler sorumlu tutulmuştur. Son on yılda, reçeteli opioidlerin kullanımı uygulamayı destekleyen hiçbir kanıt olmaksızın önemli ölçüde artmıştır. Opioid reçeteleri arttıkça, aynı anda yasa dışı eroin kullanımının da arttığı bildirilmektedir. Opioid kötüye kullanımı öyküsü olan hastalarda, hemşirelerin otonomiye saygı göstermeleri zor olabilmektedir. Bu sebeple, hemşireler, bağımlılığı kötüleştiren, aşırı doza yol açan veya ölüme neden olan opioidlerin uygulanması da dahil olmak üzere, zarar verme riskleri oluşturma potansiyeline sahip eylemleri içerecek şekilde zarar vermeme tanımını genişletmelidir. Ayrıca geçmişinde opioid kötüye kullanımı olan hastalarda akut ağrının ilaç tedavisine ilişkin ulusal kılavuzlar mevcut olmasa da, hemşireler bu hastalarda akut ağrı için multimodal tedavi planının bir parçası olarak gevşeme ve yönlendirilmiş hayal etme gibi genel ilaç dışı teknikleri kullanma konusunda hastaları eğitmelidir. Opioidleri kötüye kullanan hastalar için, etik ilkeler doğrultusunda ağrı yönetim stratejilerine yönelik özet bilgiler Tablo 1'de verilmiştir (Sturdivant, 2020).

Tablo 1: Opioidleri kötüye kullanan hastalar için etik ağrı yönetim stratejileri	
Yarar sağlama/Zarar vermeme	Ağrıyı yönetmek için, hasta fizyolojik olarak stabil ise analjezikleri istem yapılan şekilde uygulayınız. Hastayı ilaç dışı ağrı yönetimi önlemleri (örneğin, gevşeme, yönlendirilmiş hayal etme) konusunda eğitiniz.
Savunuculuk	Reçete edilen analjezikler, ağrıyı gidermiyorsa hekimi bilgilendiriniz. Hastaya yan etki endişelerinizi ifade ediniz. Ağrıyı etkileyebilecek alanlarda yardım sunmak için, din görevlisi veya sosyal hizmetlere danışınız.
Hasta özerkliği	Hastanın endişelerini aktif olarak dinleyiniz. Endişeleri, ilgili sağlık profesyonellerine iletiniz. Hastanın ağrı yönetimi ile ilgili bilinçli kararlar alma hakkına sahip olduğunu kabul ediniz.
Hemşire özerkliği	Kapsamlı fiziksel değerlendirmeyi tamamlayınız ve hastanın ağrıyla ilgili öznel/nesnel verilerini toplayınız. Hastayı opioid riskleri, yararları ve alternatifleri hakkında bilgilendiriniz.
Doğruluk	Hastayı hekim ile yapılan görüşmeler ve reçeteleri etkileyebilecek herhangi bir faktör hakkında bilgilendiriniz. Doğru zamanda doğru dozu sağlayınız.

Opioidler, öngörülen ve uygun şekilde kullanıldığında; özellikle akut ve cerrahi sonrası ağrı için güvenli ve etkili bir ilaç grubu olduğu unutulmamalıdır (Örnek Büken, 2021).

2.6. Ağrı Yönetiminde Plasebo Uygulamaları

Plasebo etkisi, antik çağlardan beri kullanılan, mevcut tedaviler kanıtlanamadığında ve bir tedavi yönteminin etkinliği doğru bir şekilde değerlendirmek istendiğinde kullanılan bir uygulamadır. Plasebo etkisi, hastanın kendisine yapılan müdahaleyi algılamasını önleyerek, hastanın durumunda iyileşmeye katkı sağlayabilmektedir. Şeker hapları ve salin enjeksiyonlar, plasebo müdahalelerinde kullanılan örnekler arasında yer almaktadır. Örneğin, bir hasta, daha önce ağrıyı hafifletmede etkili olan ağrı kesici ilaçlara benzeyen bir plasebo hapı aldıktan sonra, ağrıda bir azalma olduğunu bildirebilir ve gelecekte aynı tedavi ile karşılaştığında, hasta beklentilerini şekillendirerek kendini şartlandırabilir ve hafızasında önceden damgalanmış bir tepki gösterebilir. Plasebo etkisi, hasta-hekim ilişkisi, hastanın psikolojik durumu ve kişiliği, tıbbi durumun ciddiyeti ve çevresel koşullardan da etkilenmektedir (Munnangi, Sundjaja, Singh, Dua ve Angus, 2022). Özveren ve arkadaşları (2016)'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %44'ünün ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemler arasında yer alan plasebo etkisini uyguladıkları bildirilmektedir (Özveren, Faydalı ve Özdemir, 2016). Ayrıca "Şayet hastanın ağrısı plasebo ile geçerse, ağrı gerçek değildir." ifadesi bir yanılgıdır. Ağrı değerlendirmesinde plasebo etkisi kullanılmamalıdır (Eti Aslan ve Karabacak, 2016). Çünkü, plasebo etkisinin kullanılmasıyla, ağrının yönetimi aksamakta ve hastanın daha fazla acı çekmesine neden olarak etik dışı bir uygulama yapılmış olmaktadır (Özveren ve ark., 2016).

3. Anestezi Uygulamaları ve Etik Sorunlar

Anestezi, hastaların cerrahi girişim sırasında ağrı hissetmesini engelleyen tıbbi bir uygulamadır. Genel anestezide hastalar tamamen uyutulurken, bölgesel anestezide sadece vücudun bir kısmı hissizleştirilmekte ve hastaların cerrahi girişim sırasında uyanık kalması sağlanmaktadır (Kennedy, 2018). Genel anestezi, hastanın tamamen bilinçsiz olduğu bir süreci başlattığı ve yönettiği için tıp etiği konularını içermektedir (Ekmekçi, Bengisun ve Arda, 2021). Bölgesel anestezi ile cerrahi girişim geçiren hastalar cerrahi girişim süresince uyanıktırlar ve cerrahi girişimin farkındadırlar. Cerrahi ekip, bölgesel anestezi uygulanan hastaların endişesini azaltmak amacıyla genel görünüm ve sağlık durumları hakkında aralıklı ve kısa açıklamalarda bulunmalıdır. Bölgesel anestezi ile cerrahi geçiren hastaların, cerrahi süreçte bakıma ilişkin algıları ve yaşadıkları deneyimler genel anestezi uygulanan hastalardan farklıdır (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019). Anestezi alanında dikkat çeken etik konular; hasta ve hasta yakınları ile iletişim, cerrahi ekiple etkileşim, uzun çalışma saatleri ve fazla iş yükü, hastaların bilgilendirilmesinde yaşanan sorunlar, malpraktis vakalarında kurumsal destek eksikliği, yasal sorunlar ve yetersiz yasal düzenlemeler olarak bildirilmektedir (Ekmekçi ve ark., 2021).

3.1. Cerrahi Öncesi Testler ve Etik Sorunlar

Cerrahi girişim öncesi laboratuvar testleri genellikle gereklidir. Tanı, değerlendirme ve tedavi için değerli olabilmektedir. Cerrahi girişim öncesi kurumsal protokoller doğrultusunda çeşitli testler istenmektedir (Siddaiah ve ark., 2020). Testlerin gerekçeleri arasında; hastanın önceden var olan tıbbi durumunu değerlendirebilme, riskleri sınıflandırabilme ve cerrahi süreçte olumsuz durumları öngörebilme yer almaktadır. Ancak testlerin ve ortaya çıkan anormal sonuçların cerrahi sonrası sonuçları veya cerrahi girişim sırasında karar verme sürecini gerçekten etkileyip etkilemeyeceği sorusu ortaya çıkmaktadır (Benarroch-Gampel ve ark., 2012; Feely ve ark., 2013).

Cerrahi girişim öncesi testler, anestezi sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek tanınmayan veya gizlenmiş durumların belirlenmesine yardımcı olabilmektedir. Bununla birlikte, tüm tıbbi testler risk taşımaktadır. Yanlış pozitif veya negatif test sonuçları, hastada var olmayan bir durumu varmış gibi ya da var olan bir durumu yokmuş gibi gösterebilir. Hatalı sonuçlar, daha ileri testlere veya başka komplikasyonlarla ilişkili uygunsuz ve gereksiz tedavilere yol açabilmektedir. Hatalı sonuçlar, hastaların normalde alacakları tedaviden mahrum kalmalarına da neden olabilmektedir. Sağlıklı olduğu düşünülen hastalar için, rutin laboratuvar testleri yapmak genellikle faydalı değildir ve maliyeti artırmaktadır (Siddaiah ve ark., 2020). Sistematik aşırı testler, maliyetli olan bir sistemi gereksiz yere yükleyerek ve çok gereksinim duyulan fonları gerekli olmayan girişimlere yönlendirerek sağlık hizmetlerinin maliyetlerini

artırmaktadır (Van Norman ve Rosenbaum, 2020). Anlamlı olmayan anormal bir test sonucu, hasta üzerinde anksiyete ve psikolojik travma yaratmaktadır (Edwards ve Forest, 2018).

Tıbbi testler, talep eden hekimin testleri yapan kuruluşla ekonomik bir ilişkisi varsa, çıkar çatışması sorunları içerebilmektedir. Tıbbi testlerin uygulanmasının etik boyutları bulunmaktadır. Bu tür testleri, genellikle hastaya yardım etmek (yarar sağlamak) ya da diğer riskleri en aza indirmek (zarar vermeme) amacıyla yapılmaktadır. Ek olarak, tüm tıbbi testler etik olarak eşdeğer değildir. Gebelik ve Human Immunodeficiency Virus/İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) gibi belirli testlerin karmaşık sosyal sonuçları olabilir ve önlenebilir zararlara yol açabilmektedir. Bazı testler hastanın "özerkliği", "mahremiyeti" ve hatta "sosyal adalet" açısından da sonuçlar yaratabilmektedir. (Van Norman ve Rosenbaum, 2020).

Cerrahi girişim öncesi test ilkelerini geliştirmek için tıbbi tanı testlerinin sistematik değerlendirmesinin yapılması, yalnızca "yarar sağlama" ve "zarar vermeme" etik ilkelerine hizmet etmekle kalmamakta, aynı zamanda hastalara testlerin potansiyel faydaları hakkında doğru ve güncel bilgiler sunarak onların tıbbi bakımlarını anlamalarına ve bunlara katkıda bulunmalarına yardımcı olmamızı sağlamakta ve böylece hastanın "özerkliğine saygı ilkesi" yerine getirilmiş olmaktadır (Van Norman ve Rosenbaum, 2020).

Hastalara yönelik cerrahi girişim öncesi testlerin amacı, riskleri azaltmak olsa da, bu testlerin istenmeyen birçok zararı olabilmektedir. Cerrahi girişim öncesi laboratuvar veya görüntüleme çalışmaları, hasta için daha fazla zarar riski taşıyan girişimsel testlere veya prosedürlere neden olabilecek tesadüfi bulgulara yol açabilmektedir. Bu nedenle hekimlerin her hasta için cerrahi girişim öncesi test istemeden önce, kapsamlı bir risk-yarar değerlendirmesi yapması son derece önemlidir (Siddaiah ve ark., 2020).

3.2. Cerrahi Girişimde Anestezi Onamı Alma ve Etik Sorunlar

Anestezi uzmanı ve hasta genellikle birbirlerine daha az aşinadır. Aralarında iyi bir uyum ve güven duygusu oluşturmak için etkili iletişim gereklidir. Anestezi uzmanları, hastadan bilgilendirilmiş onam alabilmek için hastalara anestezi süreci hakkında ne kadar açıklama yapmaları gerektiğini tam olarak bilmelidir. Cerrahın, anestezi uzmanının anestezi ve cerrahi ile ilgili tüm riskleri hastalara açıklamasını, hastanın cerrahi girişimi iptal edebileceği korkusuyla onaylamaması sık karşılaşılan bir durumdur. Bazı durumlarda, hasta endikasyonu olmayan bir cerrahi girişim için gönderilebilir. Her iki durumda da, hastanın yararına olacak şekilde doğru görüşü ortaya koymak ya da cerraha tavsiyede bulunmanın kendi görevi olmadığına kendini ikna etmek, anestezistin çıkmazıdır ve pratiğini kaybetme korkusuyla görüş bildirmemeyi seçebilmektedir. Çoğu zaman cerrahi girişim için "*uygunluk*" görüşü anestezi uzmanının

kararı ile çelişebilen cerrah tarafından verilmektedir. Bu etik ikilemler, hastalar, cerrahlar ve diğer meslektaşlarla doğrudan bir çatışma olmaksızın başarılı bir iletişimle çözülebilmektedir (Hariharan, 2009; Shinde, Parak, Bhati, Sahay ve Battu, 2021).

Anestezistler, sıklıkla hastaya premedikasyon yapıldıktan sonra geçerli bir onam alınıp alınamayacağını sorgulamaktadır. Premedikasyonun rızayı doğrudan geçersiz bırakacağı görüşleri, yeterlik kavramının anlaşılmadığını göstermektedir. Örneğin, benzodiazepinlerin ve narkotiklerin rızayı doğrudan geçersiz kıldığı doğru olsaydı, kronik ağrısı olan tüm hastaların rızasının/onamının geçersiz sayılması gerekirdi. Bazen premedikasyonun hastanın rıza gösterme yetisini engelleyebileceği doğru olsa da, bazı durumlarda hastalar premedikasyon olmadan rıza gösteremezler. Örneğin, şiddetli ağrısı olan bir hastanın, önce ilaç almadan önerilen bir prosedürün ayrıntılı risklerine ve alternatiflerine odaklanması pek mümkün değildir. Bu durumda, şiddetli ağrının tedavisi aslında bilgilendirilmiş onam sürecinde yeterliği artırabilir (Van Norman ve Rosenbaum, 2020).

Hastaların "*özerkliğine saygı"*, tıp alanının dört temel etik ilkesinden biridir. Hastaların sağlık sorunları, standart ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinme, başkalarının aşırı baskısı olmaksızın karar verme ve kendi kararları doğrultusunda hareket edebilme veya tedavi edilebilme haklarını kabul etmektedir. Bilgilendirilmiş onam, bu haklara saygı gösterilmesini sağlayan bir prosedürdür (Ekmekçi ve ark., 2021). Cerrahi girişim uygulanacak hastayı, cerrahi girişime ilişkin bilgilendirmekle sorumlu kişi, hastanın hekimidir. Hemşire, hastanın bilgilendirilip bilgilenmediğini kontrol etmesi, gerekirse bu konuda hekimi uyarması hasta savunuculuğu rolünün bir gereğidir (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019).

Hastanın kendi kararını verme hakkı, ancak hastanın bilinçli bir seçim yapmasını sağlayacak yeterli bilgiye sahip olması halinde etkin bir şekilde kullanılabilir. Hasta, tedavi konusunda kendi kararını kendisi vermelidir. Hekimin yükümlülüğü, hastaya veya hastanın bakımından sorumlu kişiye tıbbi gerçekleri doğru bir şekilde sunmak ve iyi tıbbi uygulamalara uygun olarak tedavi için önerilerde bulunmaktır. Hekim, hastanın tedavi alternatifleri arasından seçim yapmasına yardımcı olmak konusunda etik bir yükümlülüğe sahiptir. Bilgilendirilmiş Onam, hastanın bilinci yerinde değilse veya başka bir şekilde onam veremeyecek durumdaysa (örneğin, ağır hastalık, travma, psikiyatrik durumlar gibi) ve tedavi edilmediği takdirde yakın bir gelecekte zarar görmesi muhtemelse, hekimlerin uyması gereken hem etik hem de hukuki açıdan temel bir politikadır (AMA, 2012). Bazen hastanın yapılacak cerrahi girişimi anlayıp anlamadığına bakılmaksızın, bilgilendirilmiş onam formunu imzalaması beklenmektedir. Bu durumda hasta, cerrahi girişim kararını özerk olarak vermiş sayılamamaktadır ve "*özerkliğe saygı"* ilkesi ihlal edilmiş olmaktadır (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019).

Hekimler ve hemşireler, hastalara gerekli olan tüm tıbbi bilgileri özverili bir şekilde açıklamalıdır. Bu bilgilerin miktarı ve özgünlüğü, hastaların tercihlerini ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Hekimler ve hemşireler tüm bilgileri tek seferde açıklamamalı, hastaların belirli bir zamanda alabilecekleri bilgi miktarını değerlendirmeli ve uygun olduğunda geri kalanını sunmalıdır. (AMA, 2012). Geçerli onam, gönüllü rızayı, bilgilendirmeyi ve hastanın onam verme yeterliliğine sahip olmasını gerektirir. Genel bir kural olarak, sağlık çalışanları hastanın kişisel, maddi ve prosedürel gereklilikler açısından yeterliliğe sahip olduğunu tespit etmeli, yeterli bilgi sağlamalı, hastanın tercihlerini sormalı, hastanın yeterliliğini değerlendirmeli ve zorlamadan kaçınmalıdır (Cocanour, 2017; Dahlberg, Dahl, Forde ve Pedersen, 2019).

3.3. Cerrahi Girişim Dönemi ve Etik Sorunlar

Cerrahi ekip, ameliyathanedeyken hastaların mahremiyetini korumalı ve duygularına karşı anlayış göstermelidir. Cerrahların 'geminin kaptanı' eğilimi, anlaşmazlık yaratabilecek önemli bir endişedir. Cerrahi ekip, bu dönemde çatışmalardan kaçınmak için yaklaşımlarında çok diplomatik olmalıdır. Cerrahi ekip içerisinde yer alan anestezistlerin sakin ve sessiz doğası, onların uysal olarak yorumlanmasına neden olabilir. Bu nedenle kararlı olmak ve hasta bakımı sırasında diğer profesyonellerin baskısından kaçınmak çok önemlidir. Bu etik ikilemler, hastalar, cerrahlar ve diğer sağlık çalışanları ile doğrudan bir çatışma yaşamadan etkili bir iletişimle çözülebilmektedir (Hariharan, 2009; Shinde ve ark., 2021).

Saygılı olmak ve özenli bir çalışma ortamına katkıda bulunmak, ameliyathanedeki temel etik beceriler arasındadır. Hastalar için uyumlu bir ekip çalışması, güvende olma ve önemsenme hissi anlamına gelmektedir. Hemşireler, cerrahi ekibin üyeleri arasında saygı ve karşılıklı nezaketi, teknik olmayan temel etik beceriler olarak görmektedir. Saygı duyulmaması, ekibi olumsuz etkilemekte ve hasta güvenliğine zarar vermektedir. İyi iletişim, cerrahi girişim sırasında önemli bir güvenlik önlemidir ve ameliyathane ekibi içinde iyi bir çalışma ortamı yaratmaktadır (Hanssen, Smith Jacobsen ve Skråmm, 2020).

Ameliyathaneler, hastanın fiziksel ve psikososyal bütünlüğü ile tamamen sağlık çalışanlarına teslim olduğu özel ortamlardır. Hastalar güven duygusu içinde kendilerini emanet etmektedirler. Ameliyathaneler, hastanın anestezi aldıktan sonra özerkliğini kullanamayacağı ortamlardır. Cerrahi ekip, etik ilkeler doğrultusunda *"hasta savunuculuğu"* rolünü üstlenerek hastanın kendini kontrol altında, rahat ve değerli hissetmesi değerli hissetmesini sağlamalıdır (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019). Savunuculuk, hem etik ilkeler doğrultusunda hemşirelik uygulamalarının bir bileşeni hem de hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan, hastanın haklarını

ve güvenliğini sağlamaya yardımcı olan felsefi bir ilke olarak tanımlanmaktadır (Selanders ve Crane, 2012).

Tıp bilimleri ve teknolojilerdeki hızlı değişimler, yeni bakım yöntemlerinin geliştirilmesine ve sağlık politikalarında değişikliklere yol açmıştır. Bu nedenle, sağlıkla ilgili bilgi edinmek ve karar vermek hastalar için zordur ve bu yüzden kendilerini savunacak birine gereksinim duymaktadırlar. (Abbasinia, Ahmadi ve Kazemnejad, 2020). 1970'lerin başından önce savunuculuğa profesyonel olarak odaklanılmamış gibi görünmesine rağmen, Nightingale'in hemşire savunuculuğunun temelini dolaylı olarak attığı ve hemşirelerin hastaları için savunuculuk yapması beklentisini oluşturduğu ileri sürülmektedir (Selanders ve Crane, 2012). Savunuculuk terimi hemşirelik literatüründe ilk kez 1973 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN-International Council of Nurses) tarafından kullanılmış (Selanders ve Crane, 2012) ve hemşirelik kurumlarının ahlaki kodlarına girmiştir (Kalaitzidis ve Jewell, 2020). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA), Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (Nursing and Midwifery Council-NMC), Japon Hemşireler Birliği (Japanese Nursing Association-JNA) ve Avustralya Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (Australian Nursing and Midwifery Council-ANMC) gibi birçok hemşirelik kuruluşu *"hasta savunucusu"* rolünü etik kurallarına entegre etmiştir (Abbasinia ve ark., 2020).

Hemşireler, hastalarla geçirdikleri uzun zaman dilimleri, ilişki kurma fırsatı ve zarar vermeden bakım verme görevi nedeniyle hastaların savunuculuğunu yapmak için en iyi konuma sahiptir. (Abbasinia ve ark., 2020). Hemşireler, istenen hasta sonuçlarına ulaşmak için çalışırken, ayrıca hastalar kendilerini savunamadıklarında veya savunmak istemediklerinde savunucu olarak görülürler (Selanders ve Crane, 2012). ANA, yüksek kaliteli uygulamaların hasta güvenliğinin ayrılmaz bir bileşeni olarak savunuculuğu içerdiğini belirtmektedir. Etkili hasta savunuculuğu sayesinde hemşireler hastaların değerlerini, çıkarlarını ve özerkliklerini koruyabilmekte güvenliklerini, öz denetimlerini ve yaşam kalitelerini artırabilmektedirler (Abbasinia ve ark., 2020).

3.4. Cerrahi Girişim Sonrası Dönem ve Etik Sorunlar

Cerrahi ekibin, hasta taburcu olana kadar cerrahi girişim sonrası dönemde daha çok rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Hariharan, 2009). Cerrahi girişim sonrasında hastayı fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirip, hemşirelik bakımını verme ve taburculuğa hazırlama döneminde mesleki etik ilkelere uygun eylemde bulunmak gerekmektedir (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019). Ülkemizde cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada, hastaların muayene sırasında hekim dışında kimselerin olmamasını isteme hakkı, hasta bil-

gilerinin üçüncü kişiler tarafından duyulmasının engellenmesi ve muayene sırasında perde/paravan kullanılması gibi konularda mahremiyete daha az dikkat edildiği bildirilmektedir (Özsoy, Çankaya, Yavuz van Giersbergen ve Oruç, 2023). Hastalar ameliyathaneden transfer edilirken, üzerinin uygun şekilde örtülmesi, transfer sırasında hasta güvenliği önlemlerinin alınması, hastanın korku ve endişelerinin giderilmesi, hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmaması ve ağrının dindirilmesi gibi etik konulara dikkat edilmesi gerekmektedir. Cerrahi girişim sonrası hemşirelik bakımında *"adalet"* etik ilkesi bakımından en önemli konu hastaların din, dil, ırk, renk, cinsiyet, sosyokültürel ve ekonomik statülerine göre bakım hizmeti almalarıdır (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019).

3.5. İşbirliği Yapmayan Hasta/lar ve Etik Sorunlar

Kısıtlama, özerkliğin sağlanmasına aykırıdır ve sağlık çalışanlarının bu tür aşırı müdahalelerin gerekli olup olmadığını belirlemek için hem etik hem de yasal yükümlülükleri bulunmaktadır. Yetkin bir hastayı reddettiği bir tedaviye zorlamak için fiziksel veya kimyasal yöntemler kullanmak hem etik dışı hem de yasa dışıdır (Van Norman ve Rosenbaum, 2020). Hastaların sağlık durumları hakkında karar verebilmeleri için tedavi seçenekleri, ilişkili riskler ve beklenen sonuçlar hakkında uygun ve kolay anlaşılır bilgilere erişmeleri gerekmektedir. Hekimler zorlama olmadan hastalara tavsiye vermelidir (RACS, 2019). İş birliği yapmayan yetişkin hastayla karşılaşıldığında, sorulacak sorular arasında; (1) Hasta yetersiz mi yoksa sadece öfkeli ve iş birliğine yanaşmıyor mu? Hastada nörolojik bozukluk, akut zehirlenme veya ciddi zihinsel engellilik belirtileri var mı? (2) Hasta yakın tehlike altında mı? (3) Hasta sağlık çalışanları veya diğer hastalar için doğrudan bir tehdit oluşturuyor mu? (4) Hayatı tehdit eden yaralanmaları tedavi etmek için zorlayıcı bir gereksinim var mı? Bu belirtilenlerden herhangi birinin olmaması durumunda, zorlama veya fiziksel ya da kimyasal kısıtlamaların kullanılması ne etik ne de yasaldır (Van Norman ve Rosenbaum, 2020). Hekimler bazı durumlarda, hastanın yeterliliğinin uzun süre değerlendirilmesine veya vekil karar merciinin uzun süre aranmasına izin vermeyen bir zaman dilimi içinde hareket etmek zorunda kalabilirler. Bu gibi durumlarda, uygulanacak standart ve makul bir kişinin isteyeceği şeyi yapmak olacaktır. Bu tür durumlarda, zorlama veya kısıtlama (veya her ikisi) ideal değildir, ancak gerekli ve etik olarak izin verilebilmektedir (Van Norman ve Rosenbaum, 2020).

3.6. Hasta Bilgilendirilmesi ve Etik Sorunlar

Doğruyu söylemek, hekim-hasta ilişkisinin önemli bir bileşenidir; bu bileşen olmadan hekimler hastanın güvenini kaybetmektedir. Özerk bir hasta, sadece teşhisini ve prognozunu bilme hakkına sahip değildir, aynı zamanda bu açıklamadan vazgeçme seçeneğine de sahiptir.

Ancak, hekim hastanın bu iki seçenekten hangisini tercih ettiğini bilmelidir (Varkey, 2021). Bilgiler, hastanın durumuna uygun bir şekilde sunulmalı, hastanın hastalığı anlamasına, seçenekleri yönetmesine ve herhangi bir müdahalenin nedenlerini anlamasına yardımcı olmalıdır. Gerekirse, bilgilendirme yazılı veya sözlü olarak birden fazla yapılmalı ve hastanın soru sormasına teşvik edilmelidir. Bilgilendirme tamamlandıktan sonra, hastaya düşünmesi veya ailesine ve diğer kişilere danışması için yeterli bir süre tanınmalıdır (RACS, 2019).

Hastalara doğru bilgilerin verilmesi, genel sağlık durumlarına fayda sağlayacak doğru kararlar almalarını sağlamanın bir yoludur. Gerçeği bilmeden, hastaların bilinçli kararlar verip veremeyeceği belirsiz olacak ve sağlık çalışanlarının özerk bireyler olarak onlara saygı göstermemesine yol açacaktır. Yalan söylemek, kişinin özerkliğinin ihlali olarak kabul edilmektedir ve bu durum hastanın yetkilendirilmesi, ortak karar verme ve hasta merkezli bakım gibi kavramlarla çelişmektedir. Bu durum, esasen bir sağlık çalışanının bilgilendirilmiş onam alması açısından önem taşımaktadır, önerilen tedavi ve müdahalenin içerdiği potansiyel risklerin doğru bir şekilde açıklanması gerekmektedir. Sağlıklı/hasta bireyin herhangi bir sağlık müdahalesine rıza gösterebilmesi için, bilinçli bir seçim yapabilmesini sağlayacak yeterli ve doğru bilgiye gereksinim duymaktadır. Hastalar, doğru bilgi olmadan etkili kararlar verememektedirler (Zolkefli, 2018).

Hekim ve hasta arasındaki doğru ve açık iletişim, ilişkiye duyulan güven ve özerkliğe saygı için esastır. Açıklamanın tıbbi açıdan kontrendike olduğu inancıyla, ilgili tıbbi bilgileri hastalardan saklamak, hekimin hasta konforunu artırma ve hasta özerkliğine saygı gösterme yükümlülükleri arasında bir çelişki yaratmaktadır. Hastanın bilgilendirilmiş bir karar veremediği acil durumlar dışında, hastanın bilgisi veya rızası olmadan bilgi saklamak, etik olarak kabul edilememektedir. Bu gibi durumlarda bilgi saklandığında, hekim bu bilgiyi acil durum çözüldükten sonra ilgili yönergelere uygun olarak iletmelidir. Hastanın tıbbi durumu hakkında doğru bilgi verme yükümlülüğü, hekimin bilgileri hastaya hemen veya birden bire iletmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Bilgiler, hastanın tercihleri ve bilgiyi kavrama yeteneği doğrultusunda zaman içinde aktarılmalıdır. Hekimler hastalarıyla her zaman duyarlı ve saygılı iletişim kurmalıdır (Van Norman ve Rosenbaum, 2020).

Cerrahların ayrıca hastayı cerrahi girişimden kaynaklanan komplikasyonlar konusunda bilgilendirme sorumluluğu da bulunmaktadır. Cerrahlar günlük uygulamalarında zarar vermekten kaçınmaya çalışsalar da, olumsuz olaylar ve beklenmedik sonuçlar meydana gelebilmektedir. Komplikasyonlar ortaya çıktıkça, cerrahlar, kafa karışıklığını ve kendi kendini suçlamayı önleyecek şekilde, bakımlarıyla ilgili konularda hastalara karşı şeffaf olmaya çalışmalıdır (Ryan, 2021). Hastalardan bilgi saklamak, karar verme kapasitelerini etkilemek-

tedir. Tedavi seçeneklerinin sınırlı ve prognozun ciddi olduğu durumlarda bile, hastaların ne bekleyeceklerini bilmeleri, olaylara yenik düşmek yerine önlerindeki sürece hazırlanmalarını sağlamalıdır (Edwin, 2008).

3.7. Hasta Mahremiyeti ve Etik Sorunlar

Hasta mahremiyetine saygı ve mahremiyetinin sağlanması, sağlık hizmeti sunucularının temel yükümlülükleri ve sağlık kurumlarının birincil sorumlulukları olarak görülmektedir (Lin ve ark., 2013). Tıbbi kayıtların gizliliği ve hasta mahremiyeti, sağlık hizmetlerinde etik ve yasal konuları ön plana çıkarmaktadır. Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetinin büyümesi ve yaygınlaşması, tüketiciliğin ortaya çıkması, hasta tıbbi bilgilerine erişimi olan veya bu bilgilere erişme gereksinimi duyan kişi ve kuruluşların sayısındaki artış, hasta kayıtlarına kimin ve hangi amaçlarla erişebileceği konusundaki endişelere katkıda bulunmuştur (McCarthy, 2008).

Hasta mahremiyeti, kişisel alan (fiziksel mahremiyet), kişisel veriler (bilgi mahremiyeti), kültürel ve dini bağlılıklar dahil kişisel seçimler (karar mahremiyeti), aile üyeleri ve diğer yakınlarla kişisel ilişkiler (ilişkisel mahremiyet) dahil olmak üzere bir takım konuları kapsamaktadır. Hastanın bakımıyla ilgili olarak toplanan bilgilerin korunması, sağlık hizmetlerinde temel bir değerdir. Sağlık çalışanları, hasta bakımıyla ilgili toplanan bilgilerin gizliliğini korumak konusunda etik bir yükümlülüğe sahiptir. Bazı istisnalar dışında hastalar, kişisel sağlık bilgilerinin açıklanıp açıklanmayacağına ve kime açıklanacağına karar verme hakkına sahiptir (AMA, 2001).

Ameliyathanede, anestezi altındaki hastalar özerklik ve mahremiyet hakkı talep edememektedirler. Bu nedenle, sağlık çalışanları, hastanın yazılı bilgilendirilmiş onamıyla kararlaştırılan aralıkta prosedürler gerçekleştirerek hastaların haklarını korumalıdır (Kim, 2022). Mahremiyetin ihlali, bireylerin benlik duygusunu etkin bir şekilde zayıflatmaktadır; bu nedenle mahremiyet ve gizlilik, insanların özerkliğine saygı göstermenin önemli yönlerindendir. Mahremiyet, saygı ve haysiyet duygusunun korunmasını sağlamaktadır; bu nedenle, saygılı ve etkili bir klinik ilişki kurmak ve sürdürmek için önemlidir (Zhang, Zhang, Zhang ve Wang, 2021).

Hekimler, hasta tarafından verilen gizli bilgileri hastanın izni olmadan başkalarına açıklamamakla yükümlüdür. Bu durumun bir istisnası (hastanın izniyle), hastanın bakımı için gerekli tıbbi bilgilerin birincil hekimden danışmanlara ve diğer sağlık ekiplerine paylaşılmasıdır. Günümüzün modern hastanelerinde, birden fazla test noktası bulunması ve elektronik tıbbi kayıtların kullanılması gizlilik ilkesinin zarar görmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, hekimler hastalarına ilişkin ayrıntıları aile üyeleriyle veya sosyal toplantılarda ve

sosyal medyada tartışmama konusunda etik davranmalıdır. Hasta gizliliğinde bazı önemli istisnalar bulunmaktadır. Bunlar, ateşli silah yaralanmaları, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yasal olarak yetkililere bildirilmesi ve bir başkasına büyük zarar verebilecek durumlar (örneğin, bulaşıcı hastalık salgınları, HIV pozitif durumlarında partner bildirimi, belirli genetik risklerin akrabalara bildirilmesi gibi) yer almaktadır (Varkey, 2021).

3.8. Cerrahinin İzinsiz İzlenmesi, Video Kaydının Alınması ve Etik Sorunlar

Tıp ilerlemeye ve yenilikçi teknolojileri kullanmaya devam ettikçe, hastaneler ve hekimler bu teknolojilerin hastalar, klinik ekipler ve toplum üzerindeki örtülü etik ve yasal etkilerini göz önünde bulundurmalıdır. Yüksek çözünürlüklü videonun cerrahi uygulamalara entegre edilmesi, hasta bakımı, tıbbi eğitim, kalite iyileştirme ve dokümantasyon amacıyla cerrahi video kayıtlarının alınmasına yönelik ilgiyi artırmıştır. Ameliyathanede videoya ek olarak ses ve diğer sensör teknolojilerinden de benzer şekilde yararlanılmaktadır. Bu multimodal verilerin kaydedilmesi, analiz edilmesi ve depolanması ameliyathane faaliyetlerini etkilemekte, hastalara ve cerrahi ekip üyelerine potansiyel faydaların yanı sıra dikkatle tartılması gereken potansiyel zararlar getirmektedir. Bu potansiyel zararlar, hem etik hem de hukuki açıdan analiz edilebilir. (Quach, Vittetoe ve Langerman, 2023).

Fotoğraf, video veya ses kaydına erişimin artması, hasta için mahremiyeti zayıflatma ve kamuya açık hale gelmesi durumunda hastayı sıkıntıya sokabilmektedir. Bu görüşmelerin hastanın istekleri doğrultusunda gizli kalması, hayati önem taşımaktadır. Kayıtların kötü kullanımı ve artan erişilebilirlik, hasta için mahremiyeti azaltmakta ve özellikle hastanın yüzü veya tanımlanabilir işaretler içeriyorsa, gizliliğin ihlal edilmesi riskini arttırmaktadır (Prigoff, Sherwin ve Divino, 2016)

Değerlendirme veya eğitim amacıyla kaydedilen hastalarla ilgili tıbbi ve cerrahi girişimler yalnızca hasta bilgilendirilmiş onay verdiğinde gerçekleştirilebilir. Kayıt yapılmadan önce hasta kaydın amacını, hedef kitlesini ve kaydın ne kadar süreyle saklanacağını anlamalıdır, çünkü kayıt yalnızca hastanın rızasının/onamının alındığı amaçlar için kullanılmalıdır. Hastaya, kayda rıza göstermeyi reddetmesinin bakım kalitesini etkilemeyeceği konusunda güvence verilmelidir. Birçok kurumda, birden fazla konuyu tek bir sayfada kapsayan genelleştirilmiş onam formları bulunmaktadır. Bu onamlar genel olarak kayıtlara izin verse de, birçoğu kaydın amacını, kimin göreceğini ve kaydın ne kadar süreyle saklanacağını ele almamaktadır. Böyle bir rehber olmadan, bu verilerle ne yapılacağının yorumlanması hekime bırakılmakta ve hastanın istekleriyle uyuşmayabilmektedir (Prigoff ve ark., 2016).

3.9. Resüsitasyon ile İlgili Etik Sorunlar

Resüsitasyon girişiminde bulunmama (Do not resuscitate-DNR), temel (kalp kompresyonları ve ventilasyon) ve ileri (defibrilatör veya ilaçlar) kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) yapılmaması gereken durumlar olarak tanımlanmaktadır. Daha fazla tıbbi müdahalenin faydasız görüldüğü, yaşam kalitesinin düşük olduğu veya kalıcı olarak ventilatöre bağımlı olması beklenen ölümcül hastalar, DNR'nin olası bir karar olarak kabul edildiği durumlardır (Sultan, Mansour, Shamieh, Al-Tabba' ve Al-Hussaini, 2021).

Hasta özerkliğine saygı, hastanın istenmeyen müdahaleleri reddetme ve hastanın bakım hedefleriyle tutarlı rehberlik sağlama hakkını tanımaktadır. Kardiyak arrest, ölüm sürecinin son aşamasıdır. DNR emri, hastaların ve ailelerin yaşam sonu bakım tercihlerini belirlerken verdikleri kararlardan yalnızca biri olmalı, en önemlisi olmamalıdır. Bir resüsitasyon girişimi (hastanın görüşüne göre) yaşam süresine anlamlı bir katkıda bulunmak yerine sadece ölüm sürecini uzattığında, etik yarar sağlama ilkesiyle tutarlı olarak görülmemektedir (Shapiro ve Singer, 2019). DNR kararının uygun olduğu üç durum bulunmaktadır:

- Bir hasta KPR'yi reddetmek için, bilinçli bir karar verdiğinde,
- Kalp masajının etkisiz olduğu bilinen durumlarda,
- Hekim ve hasta (veya hastanın ehliyeti yoksa vekil) KPR'nin getireceği sıkıntıların faydalarından daha ağır basacağını fark ettiğinde (Mockford ve ark., 2015).

Cerrahi süreçte DNR kararı tartışmasının merkezinde tıp etiğinin temel ilkeleri; zarar vermeme, yarar sağlama ve hasta özerkliği yer almaktadır. Hekimler 'önce zarar vermeme' yeminine bağlıyken, hastanın konforunu korumak ve özerkliğini sağlamak zorundadır. Cerrahi dönemde DNR kararının otomatik olarak tersine çevrilmesinin tıp etiğinin temel ilkelerine aykırı olduğu evrensel olarak kabul edilmektedir. Bunun yerine, hastanın kendi hedef ve değerlerini destekleyen bilinçli bir karar verebileceği, özenli ve multidisipliner bir tartışma yürütülmelidir (Kim ve Keneally, 2021).

4. Ağrı Yönetimi, Analjezi ve Anestezide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin, ağrı yönetimi ve anestezi uygulamalarında etik yaklaşımlar ile ilgili birçok rol ve sorumluluğu bulunmaktadır. Daha iyi ağrı yönetimi için hemşireler, farklı tedavi seçenekleri taleplerini hekime bildirmeli, hastanın mevcut yaşamsal belirtilerini, klinik tablosunu ve öznel verilerini dikkate almalı ve bunlara güvenmelidir. Hastanın bilişsel düzeyi yeterli ise ağrı tedavisine ilişkin seçenekleri, yan etkileri ve yararlarını mutlaka hastaya açıklamalıdır.

Ayrıca, ağrı yönetiminde multimodal ilaç tedavisine ek olarak gevşeme ve yönlendirilmiş hayal etme gibi genel ilaç dışı teknikleri kullanma konusunda hastaları eğitmelidir (Örnek Büken, 2021; Sturdivant, 2020). Anestezi uygulamalarına yönelik ise, hastalara tıbbi bilgileri özverili bir şekilde açıklamalı, bilgileri hastaların tercihlerini ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemeli, hastaların alabilecekleri bilgi miktarını değerlendirerek açıklama yapmalı (AMA, 2012), hastaların mahremiyetini korumalı, (Hariharan, 2009; Shinde ve ark., 2021), hasta savunuculuğu rolünü üstlenerek hastaların kendini kontrol altında, rahat ve değerli hissetmesini sağlamalı (Baykara ve Eyüpoğlu, 2019) ve hasta bakımıyla ilgili toplanan bilgilerin gizliliğini korumalıdır (AMA, 2001).

5. Sonuç

Ağrı, karmaşık bir olaydır ve yönetilmesi de oldukça zordur. Anestezi uygulamaları ise, mahremiyetin korunması, hastalara yeterli bilginin açıklanması ve bilgi gizliliğinin sağlanması gibi girişimleri içermektedir. Bu sebeple, ağrı ve anestezi uygulamaları diğer tıbbi tedavilere göre benzersiz bir etik zorluğu beraberinde getirmektedir. Sonuç olarak etik ilkeler doğrultusunda verilen güvenli, yetkin ve ahlaki hemşirelik bakımı, hastanede kalış süresini kısaltmakta, hemşire-hasta ve hemşire-diğer sağlık ekibi üyeleri arasında uygun etkileşimler yaratmakta ve son olarak hastaneye yatış maliyetlerini azaltmaktadır.

Kaynakça / References

Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, *27*(1), 141-151. https://doi.org/10.1177/0969733019832950

Akın, E. (2020). Klinik ağrı yönetiminde hemşirenin etik yükümlülüğü. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, *28*(1), 128-33. https://doi.org/10.5336/mdethic.2019-66191

Akpolat, R., Şişman, H., Alptekin, D., Gökçe, E., Gezer, D. ve Arslan, S. (2021). Ameliyat sonrası ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, *46*(2), 670-676. https://doi.org/670-676. 10.17826/cumj.898769

American Medical Association (AMA). (2006). Withholding information from patients. Retreived from: https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/withholding-information-patients.

American Medical Association (AMA). Privacy in health care. Retreived from: https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/privacy-health-care (revised June 2001).

American Medical Association (AMA). (2012). Code of medical ethics' opinions on informing patients. *American Medical Association Journal of Ethics*, *14*(7),555-556. https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.7.coet1-1207

ANA Ethics Advisory Board. (2018). ANA Position Statement: The ethical responsibility to manage pain and the suffering it causes*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 24*(1).

Baldemir, R., Akçaboy, E. Y., Noyan, Ö., Çelik, Ş. ve Akçaboy, Z. N. (2019). Hemşirelerin opioid kullanımına yönelik tutumları. *Bozok Tıp Dergisi, 9*(4), 6-14. https://doi.org/10.16919/bozoktip.459710

Baykara, Z. G. ve Eyüpoğlu, G. (2019). Cerrahi etik. M. Karadağ ve H. Bulut (Ed.), *Cerrahi hemşireliği kavram haritası ve akış şemalı 1* içinde (s. 429-450). Ankara: Vize Yayıncılık.

Benarroch-Gampel, J., Sheffield, K. M., Duncan, C. B., Brown, K. M., Han, Y., Townsend Jr, C. M., & Riall, T. S. (2012). Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery. *Annals of Surgery*, *256*(3), 518-528. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318265bcdb

Bernhofer, E. I. (2023). Practical ethics of pain care in the perioperative environment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *38*(1), 155-158. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.11.002

Bertrand, S., Meynet, G., Taffé, P., Della Santa, V., Fishman, D., Fournier, Y., ... & Hugli. O. (2021). Opiophobia in emergency department healthcare providers: a survey in western Switzerland. *Journal of Clinical Medicine, 10*(7), 1353. https://doi.org/10.3390/jcm10071353

Brennan, F., Lohman. D., Gwyther, L. (2019). Access to pain management as a human right. *American Journal of Public Health*, *109*(1), 61-65. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304743

Carvalho, A. S., Martins Pereira, S., Jácomo, A., Magalhães, S., Araújo, J., Hernández-Marrero, P., ... & Schatman, M. E. (2018). Ethical decision making in pain management: a conceptual framework. *Journal of Pain Research*, 967-976.

Cocanour, C. S. (2017). Informed consent- It's more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*, *214*(6), 993-997. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015

Çelik, S. (2016). Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *20*(1), 1-8.

Dahlberg, J., Dahl, V., Forde, R., & Pedersen, R. (2019). Lack of informed consent for surgical procedures by elderly patients with inability to consent: a retrospective chart review from an academic medical center in Norway. *Patient Safety in Surgery*, *13*, 1-6. https://doi.org/10.1186/s13037-019-0205-5

Ekmekçi, P. E., Bengisun, Z. K. ve Arda, B. (2021). Resolving ethical issues in the field of anaesthesia: A mixed-methods study. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, *49*(5), 407. https://doi.org/10.5152/TJAR.2021.1295

Edwin, A. K. (2008). Don't lie but don't tell the whole truth: the therapeutic privilege-Is it ever justified? *Ghana Medical Journal*, *42*(4), 156.

Edwards, A. F., & Forest, D. J. (2018). Preoperative laboratory testing. *Anesthesiology Clinics*, *36*(4), 493-507. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.07.002

Eti Aslan, F. ve Karabacak Ü. (2016). Ağrıya ilişkin yanılgılar. F. Eti Aslan (Ed.), *Ağrı doğası ve kontrolü* (Geliştirilmiş 2.bs) içinde (s. 44-50). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Feely, M. A., Collins, C. S., Daniels, P. R., Kebede, E. B., Jatoi, A., & Mauck, K. F. (2013). Preoperative testing before noncardiac surgery: Guidelines and recommendations. *American Family Physician*, *87*(6), 414-418.

Güdücü Tüfekci, F. (2019). Ağrı kontrolünde etik yaklaşım. N. Özyazıcıoğlu (Ed.), *Çocuklarda ağrı ve hemşirelik yaklaşımları* (1. bs) içinde (s. 6-12). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Hariharan, S. (2009). Ethical issues in anesthesia: The need for a more practical and contextual approach in teaching. *Journal of Anesthesia, 23*(3), 409-412. https://doi.org/10.1007/s00540-009-0776-x

Hanssen, I., Smith Jacobsen, I. L., & Skråmm, S. H. (2020). Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nursing Ethics*, *27*(5), 1364-1372. https://doi.org/10.1177/0969733020914376

Kalaitzidis, E., & Jewell, P. (2020). The concept of advocacy in nursing: a critical analysis. *The Health Care Manager*, *39*(2), 77-84. https://doi: 10.1097/HCM.0000000000000292

Kennedy, L. (2018). Intraoperative nursing management. J. L. Hinkle, K. H. Cheever (Ed.), *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (pp. 1255-1300). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Kim, C., & Keneally, R. (2021). The Do Not Resuscitate (DNR) order in the perioperative setting: practical considerations. *Current Opinion in Anesthesiology*, *34*(2), 141-144. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000974

Kim, D. K. (2022). Installation of CCTVs in operating rooms, how should we prepare? *Journal of Korean Medical Science, 37*(16). e136. https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e136

Lin, Y. K., Lee, W. C., Kuo, L. C., Cheng, Y. C., Lin, C. J., Lin, H. L., ... & Lin, T. Y. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, *14*(1), 1-8. https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-14-8

McCarthy, R. L. (2008). Ethics and patient privacy. *Journal of the American Pharmacists Association*, *48*(6), e144-e155. https://doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07144

Mert Boga, S., Aydın Sayılan, A., Kersu, Ö., & Baydemir, C. (2020). Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses. *Nursing Ethics*, *27*(3), 673-685.

Mockford, C., Fritz, Z., George, R., Court, R., Grove, A., Clarke, B.,... & Perkins, G. D. (2015). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation*, *88*, 99-113. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.016

Munnangi, S, Sundjaja, J. H, Singh, K., Dua, A., Angus, L. D. (2022). Placebo effect. In *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); PMID: 30020668.

Örnek Büken, N (2021). Ağrı yönetiminde etik konular. N. Örnek Çelebi (Ed.), A*ğrı tedavisinde güncel yaklaşımlar ve yenilikler* içinde (s. 31-8). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Özveren, H., Faydalı, S. ve Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, *7*(4), 99-105.

Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E., Dokuz, H. F. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, *8*(1), 60-66.

Özsoy, H., Çankaya, A., Yavuz van Giersbergen, M. ve Oruç, G. (2023). Cerrahi hastalarının bakım algısı ve mahremiyet konusundaki deneyimleri. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *4*(1), 22-31.

Prigoff, J. G., Sherwin, M., & Divino, C. M. (2016). Ethical recommendations for video recording in the operating room. *Annals of Surgery*, *264*(1), 34-35. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001652.

Royal Australasian College of Surgeons (RACS). (2019). Informed consent. Retrieved from: https://www.surgeons.org/about-racs/position-papers/informed-consent-2019.

Ryan, M. (2021). Disclosure of errors in surgical procedures. (Last updated: Nov 30, 2021). Retrieved from: https://www.uptodate.com/contents/disclosure-of-errors-in-surgical-procedures.

Schellenberg, I., & Sullivan, M. D. (2010). Practice, policy, and research ethics and pain management. In M. Ebert & R. D. Kerns (Eds.), *Behavioral and psychopharmacologic pain management* (1st ed.) (pp. 407-475). New York: Cambridge University Press.

Selanders, L. C., & Crane, P. (2012). The voice of Florence Nightingale on advocacy. *Online J Issues Nurs*, *17*(1), 1. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01Man01

Sturdivant, T. (2020). Ethical decision-making for nurses treating acute pain in patients with opioid abuse history. *Medsurg Nursing*, *29*(1).

Shapiro, M. E., & Singer, E. A. (2019). Perioperative advance directives: Do not resuscitate in the operating room. *Surgical Clinics*, *99*(5), 859-865. https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.006

Shinde, S. S., Parak, S. C., Bhati, S., Sahay, N., & Battu, G. S. (2021). Medico-legal and ethical issues in anaesthesiology profession. *Indian Journal of Anaesthesia*, *65*(1), 54-60. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_1476_20

Siddaiah, H., Patil, S., Shelvan, A., Ehrhardt, K. P., Stark, C. W., Ulicny, K., ... & Kaye, A. D. (2020). Preoperative laboratory testing: Implications of "Choosing Wisely" guidelines. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, *34*(2), 303-314. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.006

Sultan, H., Mansour, R., Shamieh, O., Al-Tabba', A., & Al-Hussaini, M. (2021). DNR and COVID-19: The ethical dilemma and suggested solutions. *Frontiers in Public Health*, 9, 560405. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.560405

Quach, W. T., Vittetoe, K. L., & Langerman, A. (2023). Ethical and legal considerations for recording in the operating room: A systematic review. *Journal of Surgical Research*, *288*, 118-133. https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.02.017

Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice, 30*(1), 17-28. https://doi.org/10.1159/000509119

Van Norman, G. A., & Rosenbaum, S. (2020). Ethical aspects of anesthesia care. In M. A. Gropper, N.H. Cohen, L. I. Eriksson, L. A. Fleisher, K. Leslie & J. P. Wiener-Kronish (Eds.), *Miller's anesthesia* (pp.231-248). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Zolkefli, Y. (2018). The ethics of truth-telling in health-care settings. *Malays J Med Sci., 25*(3),135-139. https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.3.14

Zhang, H., Zhang, H., Zhang, Z., & Wang, Y. (2021). Patient privacy and autonomy: a comparative analysis of cases of ethical dilemmas in China and the United States. *BMC Medical Ethics, 22*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12910-021-00579-6

12. BÖLÜM / CHAPTER 12

ESTETİK CERRAHİ VE ETİK

ESTHETIC SURGERY AND ETHICS

Seda ER[1], Yasemin USLU[2]

[1]Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: seda.er@iuc.edu.tr

[2]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: yasemin.uslu@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.12

ÖZ

Estetik cerrahinin amacı, vücudun dış görünümünü toplumun ya da bireyin kendi zihnindeki güzellik algısına göre yeniden şekillendirmektir. Estetik cerrahide özellikle özerkliğe saygı, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ilkeleri üzerinde durulmaktadır. Estetik cerrahi girişimlerde, cerrahi hemşirelerinin hastalarına karşı olan rol ve sorumluluklarında zaman zaman etik sorunlar görülebilmektedir. Günümüzde, toplumda beden imajı giderek çok daha önemli hale gelmektedir. Ayrıca medya tarafından sıklıkla dayatılan güzellik algısı da estetik cerrahide etik ikilemlere yol açabilmektedir. Başka bir açıdan, obezite prevalansının artması ve bariatrik cerrahinin obezite tanısı konan hastaları tedavi etmenin güvenli ve etkili bir yolu olarak gösterilmesi sonucu, bariatrik cerrahi uygulanan hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu durum, cerrahi hemşirelerinin bariatrik cerrahi alanında da etik sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Cerrahi süreç, hastanın cerrahi süresince özerkliğinden vazgeçmesi gereken bir süreçtir. Hasta ve sağlık ekibi arasında güven ortamının oluşması ve bilgilendirilmiş rıza hakkı bu nedenle çok önemlidir. Özellikle malpraktis (tıbbi hata) davalarında hastanın bilgilendirilmiş rızasının/onamının alınması ve hastaya yapılan her girişimin uygun şekilde kayıt edilmesi gerekmektedir. Estetik subjektif bir kavram olduğu için, cerrahi hemşirelerinin hastaların beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlamaya yönelik sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle, estetik ve bariatrik cerrahi girişimlere karar verirken hastanın mutlaka psikososyal yönden değerlendirilmesi gerekmektedir. Cerrahi hemşirelerinin estetik cerrahi planlanan hastaların geçmiş tıbbi ve psikososyal öyküsünü alması ve tanılamasını eksiksiz yapması gerekmektedir. Cerrrahi hemşireleri, estetik cerrahi hastalarında sıklıkla görülen ruhsal bozuklukların farkında olmalıdır. Böyle durumlarda, estetik cerrahi endikasyonu bir psikiyatrist ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi ile işbirliği içinde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Estetik cerrahi, plastik cerrahi, bariatrik cerrahi, tıbbi etik, cerrahi hemşireliği

ABSTRACT

The aim of aesthetic surgery is to reshape the external appearance of the body according to the perception of beauty in the mind of society or the individual. The principles of respect for autonomy, benefit, non-harm, and justice are emphasized in aesthetic surgery. In aesthetic surgery interventions, ethical problems can be seen in which surgical nurses have a responsibility toward their patients. Body image is becoming more and more important in society. In addition, the perception of beauty frequently imposed by the media can lead to ethical dilemmas in aesthetic surgery. From another perspective, the number of patients undergoing bariatric surgery is gradually increasing as a result of the increasing prevalence of obesity and the showing of bariatric surgery as a safe and effective way to treat patients diagnosed with obesity. Therefore, surgical nurses come in contact with ethical problems in the field of bariatric surgery. Surgery is a process in which the patient must give up his or her autonomy during the surgery. The establishment of an atmosphere of trust between the patient and the healthcare team and the right to informed consent is very important. Especially in malpractice cases, the patient's informed consent must be obtained, and every intervention performed on the patient must be properly recorded. Since aesthetics is a subjective concept, surgical nurses have the responsibility to ensure that patients' expectations are realistic. When deciding on surgery in aesthetic and bariatric surgery, the patient must be evaluated psychosocially. Surgical nurses should completely diagnose the medical and psychosocial anamnesis of patients planned for aesthetic surgery. Surgical nurses should be aware of mental disorders frequently seen in aesthetic surgery patients. In such cases, the indication for plastic surgery should be made in collaboration with a psychiatrist and a consultation liaison psychiatric nurse.

Keywords: Aesthetic surgery, cosmetic plastic surgery, bariatric surgery, medical ethics, surgical nursing

Extended Abstract

"Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery" refers to surgical procedures performed to correct a problem caused by trauma, disease, or other surgical intervention or to create a more pleasing appearance. The aim of aesthetic surgery is to reshape the external appearance of a body according to the perception of beauty in the mind of society or the individual. Reasons such as media, globalization, and the use of beauty with wealth and celebrity have led to a rapidly expanding industry in plastic surgery. The issue of whether plastic surgery is a field that benefits patients or a business driven by the industrial market for financial gain and profit is seen as an ethical problem that surgical nurses have a responsibility to their patients. Body image is becoming more and more important in society and the perception of beauty that is often imposed by the media can lead to ethical dilemmas in plastic surgery. Other situations that may lead to ethical problems include failing to obtain informed consent, failing to examine medical anamnesis, performing an unsolicited intervention, and violating standards of care throughout the surgical process. In addition, failures in subjecting surgical equipment and emergency support to the same regulations and controls as in the hospital environment may lead to ethical problems for nurses. While being overweight was an indicator of wealth in the past, today the increasing prevalence of obesity is a global problem. As bariatric surgery has been shown to be a safe and effective way to treat patients diagnosed with obesity, the

number of patients undergoing bariatric surgery is increasing. The increase in the number of patients applying for bariatric surgery has caused surgical nurses to face ethical problems in this field. Bariatric surgery and ethical concerns were first associated with the medicalization of obesity. Individuals diagnosed with obesity are exposed to a lot of discrimination in society and another problem for these individuals is stigmatization. Accordingly, one of the ethical dilemmas associated with bariatric surgery is related to the principle of justice. There are also some difficulties in informing patients about the long-term consequences of bariatric surgery. Children and adolescent patients also constitute a risky group in terms of ethical issues in bariatric surgery. It should be clearly defined why the child, adolescent patients, or their parents request aesthetic surgery. Surgical nurses have important roles and responsibilities in aesthetic surgery and ethics. For the principle of respect for autonomy, patients' wishes and their right to make informed decisions should be respected. Patients should be adequately informed, and their informed consent should be obtained. Before deciding on aesthetic surgery interventions, a careful diagnosis and evaluation should be made. In this process, surgical nurses have responsibilities to ensure that patients' expectations are realistic. One of the ethical problems in aesthetic surgery is related to advertising and social media. Attention should be paid to privacy, legal permissions, non-harm, and respect for autonomy, especially in sharing images, sounds, etc. of the patient before and after surgery. Surgical nurses have a patient advocacy role in this context. Surgical nurses should evaluate medical and psychosocial anamnesis in the diagnosis of patients planned for aesthetic surgery. In addition, surgical nurses should be aware of mental disorders frequently seen in plastic surgery patients. The indication for aesthetic surgery should be made in collaboration with a psychiatrist and a consultation-liaison psychiatric nurse. Especially in bariatric surgery, patients may see the surgical intervention as life-saving. In this sense, it is absolutely necessary to talk to patients about their expectations from surgery. For adolescent patients, it is important to have additional consultations such as psychiatry consultation before aesthetic and bariatric surgery.

1. Giriş

Tarih boyunca insanın temel özelliklerinden biri, kendindeki ve çevresindeki hemen hemen her şeyi değiştirme, geliştirme ve çoğu durumda iyileştirme arzusu ve yeteneği olarak belirtilmektedir. İnsanın dış görünümünü güzelleştirmek için tasarlanan uygulamalar Firavunlar dönemine kadar uzanmaktadır ve bulunduğu dönemin kültürü tarafından belirlenmektedir (Atiyeh, Rubeiz ve Hayek, 2020). "Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi" travma, hastalık ya da başka bir cerrahi müdahale sonucu oluşan bir sorunu düzeltmek ya da daha hoş bir görünüm yaratmak için yapılan cerrahi girişim ve uygulamaları belirtmektedir. Estetik ya da plastik cerrahi olarak tanımlanan uygulamalar arasında ampüte ya da eksik olan vücut parçalarının tedavisi, açık yaraların onarımı, tümörlerin tedavisi ve her türlü estetik amaçlı girişimler yer almaktadır (Atiyeh ve ark., 2020; Körpe, 2017; Mousavi, 2010).

Plastik bir şeyin yeniden şekillendirilmesi, rekonstrüksiyon kaybedilmiş bir organın ya da vücut parçasının onarılması, konstrüksiyon bir bireyde doğuştan bulunmayan bir organın ya da vücut parçasının yapılması, estetik ise güzellikle ilişkilendirilmektedir. Plastik, estetik ve rekonstrüktif cerrahi şekil bozukluğu olan konjenital anomaliler, yanıklar ve cilt kanseri gibi özellikle dış görünümde hoşa gitmeyen durumlar için tedavide önemli bir yere sahiptir. Plastik cerrahi, estetik ya da kozmetik cerrahi ile aynı anlamda kullanılsa da plastik cerrahi rekonstrüksiyon ve konstrüksiyon amaçlı cerrahi girimleri de içermektedir. Estetik cerrahinin amacı ise, bir vücut parçasının dış görünümünü toplumun ya da bireyin kendi zihnindeki güzellik algısına göre yeniden şekillendirmektir (Körpe, 2017; Şen ve ark., 2003).

Estetik cerrahi bireyin ruh sağlığını, duygu durumunu, beden imajını, benlik saygısını ve sosyal yaşantısını olumlu yönde etkilemektedir (Elçioğlu, Özkan ve Çetin, 2001; Körpe, 2017; Şen ve ark., 2003). Kültürümüzün görünüşle daha fazla ilgilenmeye başlamasıyla birlikte, son yıllarda estetik cerrahiye olan talep artmıştır. Bununla birlikte sonuç istenenden farklı çıktığında, bir organın fizyolojik işlevlerinde değişiklik olduğunda, bireyin beden bütünlüğü bozulduğunda ya da bireyin yaşam tarzının zorunlu olarak değişmesi gereken durumdalarda etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle estetik cerrahiye karar vermeden önce bireyin mutlaka ruhsal yönden hazır oluşluğunun değerlendirilmesi ve cerrahi işlemin o birey için ne kadar gerekli olduğuna karar verilmesi önemlidir. Estetik cerrahide hastanın yarar sağlama, özerkliğe saygı, adalet ve zarar vermeme gibi çeşitli etik hususlarda dikkat edilmesi gerekmektedir (Elçioğlu ve ark., 2001; Körpe, 2017; Mousavi, 2010; Şen ve ark., 2003). Bu bölümde estetik cerrahide etik ilkeler ve ikilemler, estetik cerrahide bilgilendirilmiş rıza, estetik cerrahide görülen ruhsal bozukluklar, bariatrik cerrahi ve etik ilkeler ve ikilemler, çocuk ve

adölesan hastalarda estetik ve bariatrik cerrahi ve cerrahi hemşireliğinde rol ve sorumluluklar ile ilgili konulara yer verilmiştir.

2. Estetik Cerrahide Etik İlkeler

Beauchamp ve Childress 1979 yılında modern tıbbin etik çerçevesini oluşturan ve o zamandan beri etik olarak temel kabul edilen *Biyomedikal Etik İlkeleri*'ni yayınlamışlardır. Bunlar; özerkliğe saygı, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet olmak üzere dört temel ilke olarak belirtilmiştir (Beauchamp ve Childress, 1979). Bu ilkelerin estetik cerrahideki yeri, aşağıda detaylandırılmıştır.

Özerklik ve Estetik Cerrahi: Özerkliğe saygı ilkesinde, yetişkin her bireyin cerrahi bir işlem geçirmek isteyip istemediklerine karar verme hakkına sahip olması üzerinde durulmaktadır. Bu durum hastaların herhangi bir "hastalığa" sahip olmadığı estetik cerrahi için daha da önemlidir. Vücut fonksiyonları ve sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkilere yol açabilen elektif estetik cerrahiler etik açıdan riskler içermektedir. Bu gibi durumlarda hastanın özerklik hakkı, zarar vermeme ilkesiyle çelişebilmektedir (Chiodo ve Tolle, 2001; Mousavi, 2010).

Yarar Sağlama ve Estetik Cerrahi: Bir hastanın beden imajını iyileştirmek ve öz saygısını yükseltmek için cerrahi girişimin yapılması gerekmektedir. Ancak, bazı cerrahi girişimlerde hastanın "en iyi çıkarlarını" tanımlamak zor olabilmektedir. Bilinçli birçok kişi görünüşleri hakkında rahatsızlık yaşayabilir ve hatta bu durum sosyal izolasyon gibi pek çok olumsuz sonuca yol açabilmektedir. Bu durumda, estetik cerrahi fayda sağlayabilmektedir. Bununla birlikte, beden dismorfik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluk durumlarında yarar sağlama, özerkliğe saygı ve zarar vermeme ilkeleri kapsamında etik ikilemler meydana gelebilmektedir (Mousavi, 2010).

Zarar Vermeme ve Estetik Cerrahi: Bir estetik cerrah, cerrahi girişimin hastanın yararına olmadığını düşündüğü ya da cerrahinin riskleri herhangi bir faydadan daha ağır geldiği durumlarda ameliyatı gerçekleştirmeyi reddedebilir. Ciddi kronik rahatsızlığı olan bir hastada, genel anestezi ciddi komplikasyonlara yol açabilmekte ve olası riskler yarardan daha fazla olabilmektedir. Tüm bu değerlendirmelerin, bireysel olarak yapılması gerekmektedir. Kişisel amaçlar ve maddi kazanç için cerrahi tercih edilmemelidir (Mousavi, 2010).

Adalet ve Estetik Cerrahi: Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda estetik cerrahi, her hasta için geçerli olamayabilir. Hangi hastanın ameliyat olacağı, hastaların klinik gereksinimleri göz önüne alınarak karar verilmektedir. Bu durum, kaçınılmaz olarak kimin gereksiniminin daha fazla olduğu konusunda öznel yargılara yol açabilmektedir. Adalet ilkesi ile ilgili etik ikileme

yol açan durumlardan biri de özel sağlık kurumlarında maddi bedeli karşılayabilecek hastaların ameliyat olması ile ilişkilidir (Mousavi, 2010). Örneğin, bir kaza sonucu görünümünde, organlarında ya da vücut bütünlüğünde bozulma yaşayan hasta maddi durumu nedeniyle estetik cerrahi girişimi karşılamada sorun yaşarken, maddi geliri yüksek ve organları sağlıklı olmasına rağmen özel sağlık kurumlarında estetik cerrahi hizmeti alması hemşirelerin karşılaştığı etik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Atiyeh ve ark., 2020).

3. Estetik Cerrahi ve Etik

Plastik cerrahi ya da estetik cerrahi normal kabul edilebilecek vücut özelliklerinin görünümünü, rengini, dokusunu, yapısını veya konumunu değiştiren girişimler olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle, estetik cerrahi bireyin kendi iyiliği için daha iyi görünüme odaklanmaktadır. Bu cerrahi türüne giren örnekler arasında botoks enjeksiyonları, yüz gençleştirme, cilt yenileme (mekanik peeling, kimyasal peeling, lazer cerrahisi), dolgu uygulamaları (yağ, silikon vb.), göz cerrahisi, burun estetiği, kulak estetiği, çene estetiği, meme estetiği (meme büyütme, meme küçültme veya dikleştirme, meme rekonstrüksiyonu), karın germe, liposuction, jinekomasti, genital bölge estetiği ve saç restorasyonu yer almaktadır (Atiyeh ve ark., 2020; Baksi ve Tuncer, 2021; Dean, Foley ve Ward, 2018).

Estetik cerrahi sadece rekonstrüktif amaçlar için değil, aynı zamanda bedeni ve dış görünümü güzelleştirme için de yapılmaktadır. Her ne kadar güzellik kavramı; iyilikle (iç güzellik) birlikte ya da eş değer anlamda kullanılsa da fiziksel güzellik benliğin çok önemli bir özelliği olarak belirtilmektedir (Atiyeh ve ark., 2020; Baksi ve Tuncer, 2021; Dean ve ark., 2018). Güzellik kültürü başlarda sadece kadınlar üzerinden şekillenirken günümüzde erkekler de görünümlerini güzelleştirmeye çalışmaktadır. Medya, küreselleşme, güzelliğin zenginlik ve ünlülük ile kullanılması gibi sebepler estetik cerrahinin hızla genişleyen bir endüstri olmasına yol açmıştır (Ferreira, 2005; Frederick, Lever ve Peplau, 2007). Estetik cerrahinin beden imajında iyileşmeye katkı sağladığı ancak psikolojik iyi oluş, benlik saygısı, kaygı ve depresyon üzerindeki etkileri konusunda daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (Kam, Na, La Sala, Tejeda ve Koola, 2022).

Estetik cerrahiden elde edilen maddi kazanç nedeniyle bu alan, estetik cerrahi uzmanlığı dışındaki diğer alanlarda çalışan hekimlerin de dikkatini çekmektedir. Ayrıca bu alan bazı sertifika programları adı altında "estetik uzmanı" olduğunu belirten kişilerin kötüye kullanımına da açık hale gelmektedir (Atiyeh ve ark., 2020). Ne yazık ki, doğrudan veya dolaylı olarak tedavi niteliği taşımayan ve sadece maddi kazanç elde etme ya da sosyal anlamda iyi bir konum elde etme (tanınırlık) amacıyla yapılan girişimler bulunmaktadır. Bu durum, este-

tik cerrahi girişimi talep eden hasta için de geçerlidir. Bireyler görünümlerini güzelleştirme, sosyal anlamda iyi bir konum elde etme (sosyal medyada tanınırlık vb.), ya da maddi kazanç elde etme (reklam, tanıtım vb. kullanarak) estetik cerrahi girişimi talep edebilir (Atiyeh ve ark., 2020; Chavoin, 2003; Ferreira, 2005; Maio, 2007; Marchac, 2007). Estetik cerrahi, girişimlerin yalnızca maddi kazanca yönelik endüstri piyasası tarafından yönlendirilen bir iş olarak konumlanması durumunda sağlık profesyonelleri hastaların gerçek gereksinimlerini gözden kaçırma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (Atiyeh ve ark., 2020).

Özerkliğe Saygı ve Zarar Vermeme İlkesi

Olgu: 32 yaşında kadın hasta S.C., bekar ve üst düzey yönetici olarak çalışmaktadır. Ünlü bir estetik cerrahın bir dergideki rinoplasti ameliyatlarının tanıtımlarını gören hasta hekimden randevu almıştır. Hastayı muayene eden cerrah, rinoplastiye ek olarak hastada kaş kaldırma, yanaklarına dolgu ve çene sivriltme gibi ameliyatların da yapılmasını önermiştir. Aynı gün hızlı bir şekilde yatışı yapılan hasta için ertesi gün için ameliyat planlaması yapılmıştır. Ameliyat günü hastanın dosyasındaki eksiklikleri kontrol eden hemşire anamnezde eksiklikler olduğunu fark ederek eksik bilgileri almak ve hastanın psikososyal değerlendirmesini yapmak üzere hastanın yanına gitmiştir. Odaya girdiğinde hastaya nasıl olduğunu sorduğunda hasta; hekim ile cerrahi süreç ile ilgili detaylı konuşamadığını, istediği ameliyatı küçük bir operasyon sandığını, hekimin başka cerrahi işlemler önermesinin kafasını karıştırdığını, tüm bu cerrahi işlemleri gerçekten isteyip istemediğinden emin olmadığını ancak ücreti de hastane yatışı sırasında ödediğini ifade etmiştir.

Estetik cerrahi uygulamalarda etik sorunlara yol açabilecek durumlardan biri de, özel hekim muayenehaneleri gibi estetik girişimlerin nerede gerçekleştirildiği ile ilişkilidir. Estetik cerrahiye yönelik artan talep bireysel muayenehaneler, poliklinikler ya da tıp merkezleri gibi iş yerlerinin çoğalması ile sonuçlanmıştır (Atiyeh ve ark., 2020). Cerrahi hemşireleri estetik girişimlerin yapıldığı bu muayene ve merkezlerde de çalışabilmektedir. Aslında bu durum, hastalar açısından daha fazla mahremiyet, bireyselleştirilmiş bakım, konfor ve genel hastane ortamına nazaran ekonomik olarak rahatlık sağlayabilmektedir. Bununla birlikte cerrahi ekipman ve acil durum desteğinin hastane ortamında olduğu gibi aynı düzenleme ve denetimlere tabi tutulmasında yaşanan aksaklıklar hemşirelerin etik sorunlarla karşılaşmasına yol açabilmektedir. Literatürde liposuction gibi girişimler sonucu ölüm ya da çok sayıda komplikasyonun meydana gelmesi estetik cerrahinin muayenehane gibi ofislerde gerçekleştirilmesi ile ilişkilendirilmiştir (Atiyeh ve ark., 2020; Horton ve ark., 2006). Estetik cerrahi girişimlerin yalnızca tam donanımlı merkezlerde, resüsitasyon destek sistemleri ve ileri yaşam deste-

ği konusunda eğitimli sağlık çalışanı bulunan sağlık kurumlarında yapılması gerekmektedir (Mousavi, 2010).

Estetik cerrahi girişimler üzerinde herhangi bir kontrol olmalı mı, olmalı ise bu kontrolü kim/kimler yapmalı, etik açıdan iyi uygulamayı kötü uygulamadan ayırt edecek hangi kriterler kullanılmalı gibi sorular tartışılmaktadır (Atiyeh ve ark., 2020; Ferreira, 2005). Etik sorunlara yol açabilecek diğer durumlar; yeterli hasta-hemşire-hekim ilişkisini sürdürememeyi, bilgilendirilmiş rıza/onam alamamayı, tıbbi öyküyü incelememeyi, talep edilmeyen bir girişimi gerçekleştirmeyi, cerrahi süreç boyunca bakım standartlarını ihlal etmeyi, bir komplikasyonu zamanında tedavi etmemeyi ve yanlış bilirkişi beyanlarını içermektedir (Mavroforou, Giannoukas ve Michalodimitrakis, 2004; Shiffman, 2005).

3.1. Estetik Cerrahi: Endikasyonlar ve Talepler Arasında Etik İkilemler

Estetik cerrahinin yaygınlığına rağmen, kimin en çok ilgi duyduğu ve bu ilginin cinsiyet, yaş, medeni durum, beden kitle indeksi veya beden imajı memnuniyeti ile neden veya nasıl ilişkili olduğunun daha fazla araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Erkek ve kadınları değişime iten motive edici faktörlerin yalnızca yaşam kalitesini artırma arzusu değil, aynı zamanda doğuştan gelen estetik duyguları tatmin etme arzusu olduğu düşünülmektedir. Estetik cerrahi yaptırmanın temelde iki nedeni olduğu varsayılmaktadır. Bunlardan ilki, estetik cerrahi talep eden hastanın isteklerini karşılamak bir diğeri bazı hastaların çok daha derin ve karmaşık olan psikolojik gereksinimlerini gidermektir. Bu nedenle hastanın estetik cerrahiyi talep etme sebeplerinin ve isteklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bir insanın gerçek değerinin dış görünüşe indirgenemez olduğu ve bir sanat olarak tıp ve hemşirelik biliminin, insanların kendileri hakkında daha gerçekçi düşünmelerine yardımcı olması gerektiği vurgulanmaktadır (Atiyeh ve ark., 2020; Frederick ve ark., 2007).

Hastadan gelen estetik cerrahi talebinin daha çok duygusal ve psikososyal nedenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Güzel ve çekici olma arzusu ve bunun hasta için önemi estetik cerrahi istemesinin tek nedeni olabilmektedir. Bazı hastalar için, estetik cerrahi talep etmede büyük rol oynayan diğer bir faktör de ekonomik durumdur. İş arayan bir kişi, onunla eşit yeteneklere sahip ancak daha iyi bir görünüme sahip başka birinin işe alınmada daha avantajlı olduğunu düşünerek estetik cerrahiyi talep edebilmektedir. Estetik cerrahi talep eden hastaların çoğunluğunun, arzularını motive eden temel bir psikolojik dürtüye sahip olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte bazı hastaların psikiyatrik bir bozukluk tanısı da olabilmektedir. Beden dismorfik bozukluğu, dismorfofobi, narsistik kişilik bozukluğu, histrionik

kişilik bozukluğu gibi hastalıklara ait belirtilerin tanımlanması da önemlidir. Bu bozuklukları gösteren hastaların, gerçekçi veya ulaşılabilir cerrahi hedefleri olmamaktadır ve cerrahi sonuç ne olursa olsun mutlu olma ihtimalleri düşük olmaktadır (Atiyeh ve ark., 2020; Frederick ve ark., 2007; Harth ve Hermes, 2007; Silkiss, 2006).

Herhangi bir estetik cerrahi girişimin kabul edilebilirliğinin, hastanın yaşam kalitesini iyileştireceği üzerine temellendirilmesi gerekmektedir (Atiyeh ve ark., 2020). Ancak cerrahi hemşireleri için bu durum belirsizlikleri içerebilmekte ve hemşireler kendilerini etik açıdan sorumlu hissedebilmektedirler. Bu durumda, iki sorunun sorulması önerilmektedir: Hastanın talebi karşılanabilir bir estetik girişimi içeriyor mu ve sonuç hastayı daha mutlu edecek mi? Bu nedenle estetik cerrahi endikasyon açısından gerçekten hastanın yararına olup olmadığı sorulmalıdır (Maio, 2007). Özellikle hastanın estetik cerrahiden gerçek dışı beklentiler istemesi (ünlü bir film yıldızına benzemek vb.), hastanın keyfi olarak kendine göre mükemmellik standartlarına ulaşmaya çalışmak adına sık sık estetik cerrahi talebinin olması ve hastanın hissettiği psikolojik acıyı vücudunu/vücudun bir bölümünü değiştirme veya yaralama yoluyla iyileştirme girişimlerinin farkında olunmalıdır (Silkiss, 2006).

3.2. Estetik Cerrahi ve Bilgilendirilmiş Rıza/Onam Hakkı

Bireyin özerkliği ve kendi kaderini tayin hakkı, tıbbi tedaviden önce (istisnai durumlar dışında) rıza/onam şartıyla gerçekleşmektedir. Rıza/onam, "başarı olasılığı ve alternatifleri de dahil olmak üzere tedavinin amacı, doğası ve olası riskleri hakkında yeterli bilgiye dayalı olarak hastanın belirli bir tedaviyi almasına gönüllü ve devam eden izni" olarak tanımlanmaktadır. Rıza/onam hakkı herhangi bir aşamada geri çekilebilecek tek bir olaydan ziyade bir süreçtir ve uygun şekilde bilgilendirilmiş, seçim yapabilen bir hasta tarafından gönüllü olarak verilmelidir. Herhangi bir baskı altında verilen izin, rıza kapsamında değildir. Bilgilendirilmiş rıza ise "alternatif uygulamalar veya tedavinin uygulanmadığı durumla karşılaştırıldığında, uygulamanın risk ve fayda oranı hakkında hastaya yeterince bilgi verildikten sonra alınan onaydır" olarak tanımlanmaktadır. Rıza/onam ve bilgilendirilmiş rıza/onam tanımları arasında ince farklar bulunmaktadır ve bu kavramlar estetik cerrahi için belirleyici bir role sahiptir (Atiyeh ve ark., 2020; O'Brien, Thorburn, Sibbel-Linz ve McGregor, 2006).

Hastalara ameliyat olup olmama kararlarını bildirmek için tüm bilgilendirmelerin sağlanması gerektiği konusunda bir fikir birliği olsa da, bu bilgilerin kapsamı ve neleri içereceği konusunda fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Her bireye, bilinçli bir karar verebilmesi için cerrahi girişim öncesinde gereksinimduyduğu veya istediği uygun bilgiler sağlanmalıdır. Ancak neyin uygun bilgiyi oluşturduğu ve nasıl elde edilebileceği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır.

Adli tıp açısından hasta için en önemli bilgi, cerrahi kararını değiştirmesine neden olacak bilgi olarak ifade edilmektedir (O'Brien ve ark., 2006; Khunger, 2015).

3.3. Estetik Cerrahi ve Ruhsal Bozukluklar

Bilgilendirilmiş rıza ile ilgili cerrahi hemşirelerinin karşılaştığı etik sorunlardan biri de bireyin karar verme yeteneği ile ilişkilidir (Harth ve Hermes, 2007). Estetik cerrahiye karar vermede, hastanın psikososyal geçmişinin ele alınması gerekmektedir. Estetik cerrahi geçiren hastaların genellikle antidepresan ilaç kullandığı saptanmıştır (Meningaud ve ark., 2001). Estetik cerrahide görülen ruhsal bozukluklar hafif uyum bozukluklarından ciddi psikiyatrik hastalıklara kadar değişebilmektedir. Literatürde bildirilen en önemli bozukluklar Tablo 1'de yer almaktadır. Literatürde estetik cerrahi hastalarında görülen ruhsal bozukluklar birincil bozukluklar ve ikincil bozukluklar şeklinde ele alınmıştır (Harth ve Hermes, 2007).

Tablo 1: Estetik cerrahi hastalarında görülen ruhsal bozukluklar

Estetik Cerrahi Hastlarında Görülen Birincil Ruhsal Bozukluklar	
Bipolar Bozukluk Şizofreni/Beden Dismorfik Hezeyanları Sosyal Fobi Beden Dismorfik Bozukluğu Borderline Kişilik Bozukluğu Obsesif-kompulsif Kişilik Bozukluğu	Suisid (İntihar) Davranışı Munchausen Sendromu Hipokondriyazis Somatizasyon Bozukluğu Narsistik Kişilik Bozukluğu
Estetik Cerrahi Hastlarında Görülen İkincil Ruhsal Bozukluklar	
Akut Stres Bozukluğu Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Depresyon Uyum Bozukluğu

Kaynak: *Harth, W., & Hermes, B. (2007). Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 5(9), 736-743.*

Elektif cerrahi tedavide, duygudurum bozukluklarının özellikle depresyonun çok sık görüldüğü belirtilmektedir. Depresyonda depresif ruh hali, ilgi veya mutluluk kaybı, motivasyon eksikliği, azalmış benlik saygısı veya kendine güven, suçluluk veya yararsızlık duyguları, geleceğe olumsuz veya kötümser bakış açısı gibi belirtiler görülmektedir. Benlik saygısında azalma ile birlikte bozulmuş beden imajı özellikle hastaların estetik cerrahi tedaviyi talep etmelerinin başında yer almaktadır. Depresif bozukluklar ile ilişkili özellike suisid/intihar düşünceleri olan hastaların estetik cerrahi planlanmasında etik sorunlar ortaya çıkmaktadır (Harth ve Hermes, 2007; Phillips ve ark., 2005).

Estetik cerrahi ile bağlantılı bir diğer bozukluk obsesif-kompulsif bozukluklardır. Estetik cerrahide hastalar, sıklıkla dış görünüşleriyle sürekli meşgul olabilmektedir. Estetik cerrahide; obsesif düşünceler, rahatsız edici ve uygunsuz olarak algılanan ve çok fazla endişe ve büyük bir iç huzursuzluğa neden olan estetik faktörlerle ilgili tekrarlanan düşünceleri, dürtüleri ve

hayalleri içermektedir. Kompulsif davranış ise; sürekli talep edilen estetik ameliyatlar, çok sık tekrarlayan cilt bakımları veya dış görünüşün kontrolü dahil olmak üzere tekrarlanan estetik uygulamaları içermektedir. Estetik cerrahide görülen bir diğer ruhsal bozukluk ise, somatoform bozukluklardır. Somotoform bozukluklar tanım olarak organik bir temeli bulunmayan fiziksel semptomların tekrar tekrar ortaya çıkması ile ilişkilidir (Harth ve Hermes, 2007).

Somotoform bozukluklar içindeki hipokondriyak bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluklar içinde yer alan beden dismorfik bozuklukluğu estetik cerrahide etik sorunlara neden olan diğer hastalıklardır. Hipokondriyak bozukluk, bireyin gerçekte olmadığı halde bir veya daha fazla ciddi bir hastalığa sahip olma korkusu veya inancı ile sürekli meşgul olma ile ilişkilidir. Hipokondriyak bozukluğa en sık eşlik eden hastalıklardan biri de beden dismorfik bozuklukluğudur (Harth ve Hermes, 2007; Ishigooka ve ark., 1998). Beden dismorfik bozuklukluğu tanısının en belirgin özelliği, hastalarda objektif bir fiziksel kusur olmamasına rağmen, sürekli subjektif bir şekil bozukluğu algısının mevcut olmasıdır. Bir başka ifadeyle beden dismorfik bozuklukluğu, dış görünüşteki bir kusur veya şekil bozukluğu ile meşgul olmayı içermektedir. Bu kusur ya yoktur ya da minimal düzeydedir (Harth ve Hermes, 2007; Hodgkinson, 2005).

Beden dismorfik bozuklukluğu ile ilgili ilk etik kaygı, tanı konma süreciyle ilişkilidir. Estetik cerrahi hastalarında, beden dismorfik bozukluğu tanısı koymak birkaç nedenden dolayı zor olabilmektedir. İlk olarak, estetik cerrahi talep eden birçok kişi, görünümdeki hafif kusurları düzeltmek veya "normal" olan özellikleri iyileştirmekle ilgilenmektedir. Bir diğeri, bir özelliğin "normal" veya "düzeltilebilir" olarak kabul edilmesiyle ilgili öznelliğidir (Crerand, Franklin ve Sarwer, 2008; Hodgkinson, 2005). Beden dismorfik bozuklukluğunu açıklamak için, çeşitli psikodinamik teoriler mevcuttur. Bununla birlikte, güzellik ideallerinin sıklıkla tekrar edildiği medya kaynaklı faktörlerin de soruna katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Dufresne, Phillips, Vittorio, ve Wilkel, 2001; Harth ve Hermes, 2007). Beden dismorfik bozuklukluğu tanısı konan birçok hastanın düşündükleri, fiziksel kusurları ortadan kaldırmak amacıyla öncelikle estetik cerrahlar olmak üzere psikiyatri dışı bölümlere başvurdukları belirtilmektedir (Ray, Demirkol ve Tamam, 2012).

Beden dismorfik bozuklukluğu tanısı konan bir hasta, cerrahi sonrası farklı görünüm nedeniyle sonuçları olağandışı ve rahatsız edici bulabilir veya başarılı bir cerrahi sonucu başarısızlık olarak değerlendirebilmektedir. Bu hastaların çoğunlukla yapılan estetik cerrahi girişimin sonucundan memnun olmadığı ve estetik cerrahların çoğunun bu hastaların estetik cerrahi taleplerini reddettikleri belirtilmektedir (Crerand ve ark, 2008; Hodgkinson, 2005; Sarwer, 2002). Ayrıca estetik cerrahların ruhsal bozukluk tanısı konan hastalar tarafından

cerrahi sonrası şiddet içerikli tehditlerle karşılaştıkları belirtilmektedir (Gorney, 2006; Hodgkinson, 2005). Tüm bu nedenlerden dolayı, vücut dismorfik bozuklukları elektif estetik cerrahi için kontrendikasyon olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Crerand ve ark., 2008; Harth ve Hermes, 2007).

Başka bir açıdan birçok hastanın cerrahi öncesi yaşadığı kaygının aksine, bazı hastalar ameliyat olmaktan hoşlanmaktadır. Özellikle estetik cerrahide policerrahi bağımlısı olan hastalar, sürekli estetik cerrahi girişim talep edebilmekte ve ameliyat olmaktan "haz" duyabilmektedirler. Hastalar, sağlık ekibinden, arkadaşlarından veya ailelerinden gördükleri ilgi nedeniyle sık sık estetik cerrahi girişimi talep edebileceği gibi bu talep bilinçsizce kendini yaralama, kendini cezalandırma veya kısmi intihar arzusuna da dayanabilmektedir (Harth ve Hermes, 2007; Saarni ve ark., 2011).

3.4. Estetik Cerrahi, Reklam ve Sosyal Medya

Toplumda beden imajı giderek çok daha önemli hale gelmekte ve medya tarafından sıklıkla dayatılan güzellik algısı, estetik cerrahide etik sorunlara yol açabilmektedir. Estetik cerrahide, etik sorunlardan biri de cerrahın "reklam yapması" ile ilişkilidir. Özellikle reklamlarda, sıklıkla ameliyatın gerçekçi olmayan bir sonuca ulaşmak için kolay bir seçenek olduğunu öne süren fotoğrafların kullanılması, cerrahi hemşirelerinin hastalara karşı etik sorumluluk duyduğu durumlardan bir tanesidir (Atiyeh ve ark., 2020; Spilson, Chung, Greenfield ve Walters, 2022). Estetik cerrahinin televizyon programları ve reklamlar yoluyla sosyal medyada yer alması estetik cerrahiye olan ilgiyi artırmaktadır. Estetik cerrahi talep eden hastaların, televizyonda ve sosyal medyada görülen olumlu sonuçların onları motive ettiği ve bu programların hastaların hem beklentilerini hem de seçimlerini etkilediği belirtilmektedir (Crockett, Pruzinsky ve Persing, 2007; Darisi, Thorne ve Iacobelli, 2005). Bununla birlikte, bu programlarda cerrahi risklerin tam anlamıyla beyan edilmemesi hastalarda gerçekçi olmayan beklentilere sahip olma riskini yaratmaktadır. Ayrıca estetik cerrahi ile ilgili tanıtımlarda photoshop ile estetik cerrahinin sonuçlarının abartılması etik ilkeler ile çelişmektedir (Atiyeh ve ark., 2020; Nejadsarvari, Ebrahimi, Ebrahimi ve Hashem-Zade, 2016). Öte yandan, estetik cerrahide uzmanlaşan hekimlerin tanıtım amaçlı yalnızda cerrahi ilişkili bilgileri paylaşabileceği ifade edilmektedir (Fogli, 2003; Mousavi, 2010).

Sosyal medya ile ilgili bir başka konuda çocuk ve adölesan hastaları kapsamaktadır. Özellikle ergenlik çağındaki gençler, dış görünüşlerinden memnun olmadıkları ve düşük benlik saygısı nedeniyle sosyal izolasyon açısından riskli bir gruptur. Güzelliğe yönelik sosyal medya aracılığıyla yayılan yanlış bilgiler nihayetinde gençler tarafından gerçekçi olmayan beklentile-

re yol açabilmektedir (Nejadsarvari ve ark., 2016). Sosyal medyada yer alan estetik cerrahi ile ilgili içeriklerin çoğunun, sertifikalı cerrahlar tarafından yayınlanmadığı ve sosyal medyada yer alan içeriklerin hastalar arasında gerçekçi olmayan beklentilere yol açtığı da bilinen bir gerçektir (Eldaly ve Mashaly, 2021).

4. Bariatrik Cerrahi ve Etik

Bariatrik cerrahi, obezite tanısı konan hastalarda uzun süreli kilo kaybını sağlamak için yapılan cerrahi girişimdir. Obezite prevalansının artması ve bariatrik cerrahinin obezite tanısı konan hastaları tedavi etmenin güvenli ve etkili bir yolu olarak gösterilmesi sonucu bariatrik cerrahi uygulanan hasta sayısı giderek artmaktadır (Peralta, Ramos, Lipert, Martins ve Marques, 2018; Sjöström, 2008; Torres, Cano-Valderrama ve Domínguez-Serrano, 2019). Bariatrik cerrahiye başvuran hastaların sayısındaki artış, cerrahi hemşirelerinin bu alanda etik sorunlarla karşılaşmasına neden olmuştur. Bu bölümde, obezite ve bariatrik cerrahi ile ilgili etik sorunlar tartışılacaktır.

Bariatrik cerrahi ve etik kaygılar ilk olarak obezitenin tıbbileştirilmesi ile ilişkilendirilmiştir. Tıbbileştirilme, tıbbi olmayan sorunların tıbbi sorun olarak görülmesi ve bu şekilde davranılması olarak tanımlanmaktadır. Tıbbileştirme gündelik hayatın olağan hallerini hastalık olarak kabul etmekte ve obezite de literatürde tıbbileştirilmektedir (Toraman ve Erdem, 2016). Günümüzde fiziksel görünüme çok fazla önem verilmekte ve mevcut estetik anlayış zayıflık ile eş anlamda görülmektedir. Bu nedenle, aşırı kilo ve obezite ile ilgili her durum "*çirkin ve yanlış*" olarak tanımlanmaktadır (De Vries, 2007; MacGregor ve MacGregor, 2000; Torres ve ark., 2019). Obezitenin genellikle bir dizi karmaşık davranışsal tercihin, en önemlisi beslenme ve egzersizle ilgili kararların sonucu olduğu düşünülmektedir. Obezitedeki artış, beslenme düzenindeki değişiklikler ve ağırlıklı olarak hareketsiz bir yaşam tarzının ortaya çıkmasıyla açıklanmaktadır. Bununla birlikte, obezitenin karmaşık nedensel kökenine bakılmaksızın sadece hekimler tarafından ele alındığı belirtilmektedir. Obezite, tıbbi müdahale gerektiren fiziksel ve tıbbi bir anormallik, bozukluk veya hastalık olarak tanımlanmakta ve tıbbileştirilmektedir (De Vries, 2007; MacGregor ve MacGregor, 2000).

Morbid obezite yüksek mortalite, diyabet veya hipertansiyon gibi ciddi komorbiditelerin geliştiği ve yaşam kalitesinin düştüğü bir durum olarak belirtilmektedir. Bu anlamda bariatrik cerrahi yarar sağlama ilkesi kapsamında morbid obeziteyi tedavi etmek için etkili bir tedavi olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte, obezitenin tıbbileştirilmesi ile ilgili bazı kaygılar bulunmaktadır (Torres ve ark., 2019). Bariatrik cerrahi ile ilgili tartışmalar obezitenin tanımlanması ile ilgili çelişkili iki farklı söylemden ileri gelmektedir. Bunlardan ilki; obezitenin

bir hastalık değil, bireyin tüm sorumluluğunu üstlendiği seçimlerin sonucu olan bireysel bir özellik olduğu ile ilişkilidir. Diğeri ise; obezitenin bir hastalık ve diğer hastalıklar için bir risk faktörü olduğu ve tedavi edilmesi gerektiğidir. Eğer obezite bir hastalık değil ise, kişinin kendi sorumluluğunda olan bir durum mudur? Eğer öyle ise, bariatrik cerrahi girişimlerin devlet tarafından maddi olarak desteklenmesi doğru mudur?

Obezite, bireyin alışkanlıklarına ve seçimlerine bağlıdır, ancak insanların alışkanlıklarını ne kadar özgürce seçebildikleri ve bu seçimleri çerçeveleyen yaşam koşullarının neler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Saarni ve ark., 2011). Daha yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip olan insanların, sağlıklı seçimler için daha iyi olanaklara sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca obezitenin etiyolojisinde genetik faktörler de rol oynamaktadır (Blakemore ve Froguel, 2008).

Obezitenin tıbbileştirilmesiyle ilgili etik sorunlar, obezitenin sadece estetik anlayışımıza aykırı olduğu için bir hastalık olarak tedavi edilebileceği ile ilişkilidir. Başka bir ifadeyle obezitenin tıbbileştirilmesi, sağlık ve güzelliğin sosyal normlarıyla ilişkilidir. Bireyleri dış görünümlerine göre yargılayan bir toplumda, obezite istenmeyen bir durum olarak görülebilmektedir; bu nedenle obezite tıbbileştirilir ve bir hastalık olarak kabul edilebilmektedir. Obezitenin tıbbileştirilmesi aynı zamanda maddi çıkarlarla da ilişkilidir. Cerrahlar, endokrinologlar, beslenme uzmanları, fitness merkezleri, ilaç şirketleri, spor mağazaları, gıda şirketleri ve diğer birçok sektörün obezite konusunda büyük bir ekonomik çıkarının olduğu belirtilmektedir. Obezitenin bir salgın hastalık olarak gerçek dışı şekilde abartılması, özellikle bu alandan sadece maddi çıkar sağlama amacına sahip kişi ya da kurumların bariatrik cerrahi girişimlerini kötüye kullanıma açık hale getirmektedir (De Vries, 2007; MacGregor ve MacGregor, 2000; Saarni ve ark., 2011; Torres ve ark., 2019). Ayrıca bu durum bireyin iyileşme sorumluluğunu azaltırken, sadece toplumun estetik anlayışını karşılayabilmek adına bariatrik cerrahiden yüksek beklentilere sahip olmaya ve/veya çok fazla sayıda talebin olmasına neden olabilmektedir (Saarni ve ark., 2011).

Obezite tanısı konan bireyler, toplumda çok fazla ayrımcılığa maruz kalmaktadır ve bu bireyler için en önemli sorun damgalanmadır. Obeziteden muzdarip hastalar daha düşük maaş verilmesi ve daha fazla işten çıkarılması gibi çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Obez bireylerin, iş bulmasının daha zor olduğu belirtilmektedir. Bu durumun sebeplerinden biri, obezitenin genellikle tembellik ve düşük özdenetim gibi olumsuz özelliklerle ilişkilendirilmesidir. Özellikle çocuklar ve gençler, genellikle okul döneminde obezite nedeniyle damgalanmakta ve depresyon ve/veya yeme bozukluğu gibi ciddi sorunlar bu dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca obezite, birçok hastalık için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle hastalar, sağlık sigortası almakta sorun yaşamaktadır (Hofmann, 2010; Puhl ve Brownell, 2001). Bu doğ-

rultuda, bariatrik cerrahi ile ilişkili etik ikilemlerden biri de adalet ilkesinde ki çelişkilerdir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda obezite daha yaygındır, buna karşın bariatrik cerrahi pahalı bir tedavidir. Bu durumda, ekonomik durumu iyi olan hastalar bariatrik cerrahi ile obezitenin getirdiği ayrımcılık ve damgalamadan kurtulurken, ekonomik durumu yetersiz olan hastalar bu ameliyatı karşılayamamaktadır (Saarni ve ark., 2011; Torres ve ark., 2019).

Obezitenin zararları ile bariatrik cerrahinin yararları/zararları çok yönlü olduğu ve insanların yaşamlarını derinden etkileyebileceği düşünülürse, hasta bağımsız olarak tedaviyi seçmesinin önemi daha da artmaktadır. Özerklik, yeterli bilginin sağlanmasını gerektirmektedir. Cerrahi süreç, hastanın ameliyat süresince özerkliğinden vazgeçmesi gerektiği için hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasında güven oluşması oldukça önemlidir (Saarni ve ark., 2011).

4.1. Bariatrik Cerrahi Öncesi Değerlendirme, Kilo Kaybı ve Vücut Şekillendirme Ameliyatı

Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme ve kilo kaybı genellikle zorunlu kabul edilmektedir (Glenn, Raine ve Spence, 2015; Rouleau, Rash ve Mothersill, 2016). Ancak, bu müdahalelerin bariatrik cerrahi sonrası sonuçları iyileştirdiği kanıtlanmamıştır. Bu nedenle, bariatrik cerrahiden önce bunların gerekliliği konusunda etik kaygılar bulunmaktadır (Torres ve ark., 2019). Psikiyatrik değerlendirme sırasında özel bilgilerin toplanması ve bu bilgilerin genellikle tüm sağlık profesyonellerinin kullanımına açık olması mahremiyet ilkesi gereği cerrahi hemşirelerin yaşadığı etik sorunlardan biridir. Bu nedenle bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmenin gerçekten gereksinim olup olmadığı tartışılmalıdır (Glenn ve ark., 2015; Rouleau ve ark., 2016; Torres ve ark., 2019).

Cerrahi girişim öncesi zorunlu kilo kaybı, cerrahi sonrası sonuçları iyileştirdiğine dair net bir kanıt olmamasına rağmen, genellikle talep edilen başka bir durumdur (Glenn ve ark., 2015). Hastanın ameliyata kararlı olduğunu ve cerrahi sonrası önerilere uyacağını kanıtlaması için cerrahi öncesi kilo vermesi istenmektedir. Ayrıca cerrahi öncesi kilo kaybı, karaciğer hacmini azaltarak ameliyatı kolaylaştırabilmektedir. Bununla birlikte, cerrahi öncesi kilo vermeyen hastalara bariatrik cerrahinin iptal edilme tehditi hastaların ayrımcılığa maruz kalma riskini ortaya çıkarmaktadır (Torres ve ark., 2019).

Özerkliğe Saygı ve Adalet İlkesi

Olgu: 32 yaşındaki erkek hasta Y.E., bekar ve bankacıdır. Y.E. genel cerrahi servisine bariatrik cerrahi planlaması ile yatırılmıştır. Hastanın beden kitle endeksi 33.8 kg/m^2'dir. Hasta, bu ameliyatı özellikle kız arkadaşı istediği için olacağını ifade etmiştir. Anamnez sırasında hasta, hemşireye ameliyat sonrası kilo verdikten sonra evlenmek istediğini belirtmiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 3. gün taburculuğu planlanmaktadır. Taburculuk eğitimi sırasında kilo verdikçe sarkmaların ne zaman gideceğini sormuştur. Hemşire hastaya bunun için ayrıca vücut şekillendirme ameliyatı olması gerektiğini ancak bu ameliyatın çoğu hastada sigorta tarafından karşılanmadığını, ameliyat sonrası sarkmalar için hastanın egzersiz yapması gerektiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine çok öfkelenen hasta kendisine ameliyat öncesi bu bilgilerin hiçbirinin verilmediğini belirtmiştir.

Vücut şekillendirme cerrahisinin, bariatrik cerrahiden sonra yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir (Gilmartin, Bath-Hextall, Maclean, Stanton ve Soldin, 2016). Bununla birlikte, bariatrik cerrahi geçiren hastaların sadece yaklaşık %6'sı vücut şekillendirme cerrahisi geçirdikleri belirtilmektedir (Altieri ve ark., 2017). Bu sorun, maddi çıkarlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Vücut şekillendirme ameliyatı, estetik bir işlem olarak kabul edildiğinden sigorta şirketleri tarafından genellikle karşılanmamaktadır. Buradaki sorun, bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesini artıracak bir ameliyatı yapmamanın ne kadar etik olduğu ile ilgilidir. Bir yandan, vücut şekillendirme ameliyatı etkilidir ve bariatrik cerrahi geçiren tüm hastaların daha sonra vücut şekillendirme ameliyatı geçirmesi önerilmektedir. Diğer yandan, vücut şekillendirme ameliyatı pahalıdır. Dolayısıyla kısıtlı bir bütçeyle, estetik içeriği yüksek olan bu işlemler tüm hastalar için karşılanamamaktadır. Bu nedenle, vücut şekillendirme ameliyatı öncesi hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve seçilmelidir. Ancak bu ameliyatın tüm hastalar için estetik olarak kabul edilmesinin ve maddi olarak sigorta şirketleri tarafından karşılanmamasının etik açıdan uygun olmadığı belirtilmektedir (Altieri ve ark., 2017; Torres ve ark., 2019).

4.2. Sağlık Turizmi ve Bariatrik Cerrahi

Sağlık turizmi kapsamında, bariatrik cerrahi dahil olmak üzere birçok cerrahi girişimde sorunlar oluşabilmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlarda, hastalar genellikle kendi ülkesine dönmüş olabilmektedir. Komplikasyonların yönetimi ve tedavi sürecinde ise, işlemde yer almayan ve genellikle uygulanan teknik ve cerrahi sonrası erken dönem hakkında tüm ayrıntılara hakim olmayan sağlık ekibi üyeleri çalışmaktadır. Ayrıca bu durum bariatrik cerrahiye erişimin maddi nedenlerle sınırlı olduğu, hastanın ülkesinde bu konu-

da adaletsizlik olduğu ve bu tedaviyi yalnızca varlıklı kişilerin karşılayabildiği anlamlarına da gelmektedir. Sağlık turizminin, bariatrik cerrahi hastaları için finansal farkı belirgin hale getirdiği belirtilmektedir. Örneğin adalet ilkesi kapsamında tercih ettiği ülkede, ameliyatı karşılayabilecek finansal durumu olan ve yurtdışında ameliyat olmak için sahip oldukları az miktarda birikimi yatırmak zorunda olan hastalar arasında eşitsizliklerin olduğu vurgulanmaktadır (Snyder ve Crooks, 2010; Torres ve ark., 2019).

5. Çocuk ve Adölesan Hastalarda Estetik ve Bariatrik Cerrahi

Çocuk, adölesan hastaların ya da ebeveynlerinin neden estetik cerrahi girişimi istediği açık bir şekilde tanılanmalıdır. Örneğin bazı ebeveynler ileride çocuklarının damgalanmaması ya da tıbbi gereklilik sonucu kepçe kulak ya da yarık dudak ameliyatları gibi estetik cerrahi girişimlerini talep edebilmektedir. Bununla birlikte, bu taleplerin fiziksel olmaktan çok duygusal ve psikolojik sebeplerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Adölesan dönemdeki hastalar için, estetik cerrahiden önce psikiyatri konsültasyonu gibi ek konsültasyonların yapılması önemlidir. Ayrıca estetik cerrahi yaptırmak isteyen ergenlerin psiko-sosyal bozukluklarını, beklentilerini ve güdülerini ölçmek ve değerlendirmek için bilimsel geçerliliği olan psikometrik ölçekler uygulanması (Derriford Görünüm Ölçeği vb.) önerilmektedir. Bu değerlendirme araçları; estetik cerrahinin bireyin görünümünün nasıl iyileştirilebileceği ve hastanın yaşam kalitesinden beklentileri ve fiziksel görünümle bağlantılı psiko-sosyal sorunların varlığı ve şiddetini ölçmek için tasarlanmıştır (Vergallo Marinelli, Napoletano, Di Luca ve Zaami, 2018).

Çocuklar ve adölesan hastalar bariatrik cerrahide de etik sorunlar açısından riskli bir grubu oluşturmaktadır. Çocuk ve adölesanlarda morbid obezite, komorbiditeler ve uzun dönemli komplikasyonlara neden olduğu için önemli bir sağlık sorunudur. Bununla birlikte, bariatrik cerrahi çocukların büyümesini etkileyebilmekte ve ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, çocuk veya adölesan hasta söz konusu olduğunda bariatrik cerrahiye karar vermek zorlaşabilmektedir. Özellikle ameliyatın ne zaman yapılcağı (hangi yaş döneminde) gerektiğine yönelik etik ikilemler bulunmaktadır. Bu konuda adölesan hastalarda estetik ve bariatrik cerrahiye ilişkin etik çerçevede sorulabilecek sorular Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2: Adölesan hastalarda estetik ve bariatrik cerrahiye ilişkin etik çerçeve	
Etik Bileşenler	**Sorular**
Tıbbi endikasyonlar	1. Bu cerrahi girişimin hasta için faydaları ve riskleri nelerdir? 2. Cerrahinin olası sonucu nedir? 3. Cerrahi dışında bir tedavi yaklaşımı mümkün mü?
Hasta tercihleri	1. Ebeveynler ne istiyor? Çocuk/adölesan hasta ne istiyor? 2. Bilgilendirilmiş rızanın/onamın tüm yönleri hasta, hekim ve vekil (ebeveyn/bakım verici/yasal vekil) ile tartışıldı mı? 3. Herhangi bir özel bir durum var mı?
Yaşam kalitesi	1. Hasta, yaşam tarzıyla ilgili neleri önemsiyor? 2. Cerrahi öncesinde değerlendirilmesi gereken herhangi bir psikososyal engel var mı? 3. Obezite ile ilgili önyargılar var mı? Ele alınması gerekiyor mu?
Bağlamsal özellikler	1. Tedavi kararını etkileyebilecek herhangi bir sağlık sorunu var mı? 2. Obezite tanısı konan tüm çocuk ve adölesan hastalar için adalet ilkesi nasıl sağlanabilir?
Kaynak: Hess, A., & Shakhsheer, B. A. (2022). Ethics of Pediatric Bariatric Surgery. Difficult Decisions in Surgical Ethics: An Evidence-Based Approach, 433-445.	

Çocuk ve adölesan hastalarda cerrahi hemşirelerin karşılaşabileceği etik sorunlardan biri bilgilendirilmiş rıza hakkı ile ilişkilidir. Çocuklar ve adölesan hastaların bariatrik cerrahinin olası komplikasyonlarını ve bu işlemlerin uzun dönemli sonuçlarını anlamaları yetişkinlere göre daha zor olabilmektedir. Özellikle çocuklarda ebeveynler kilit bir rol oynakmaktadır. Literatürde, obezitenin "biyolojik" bir sorun olduğuna inanan ebeveynlerin ameliyatı kabul etmeye istekli olduğu, obezitenin "eğitimsel ve kendi kendine yaratılan bir sorun" olduğuna inanan ebeveynlerin ise obeziteyi reddetmeye istekli olduğu belirtilmektedir (Durkin ve Desai, 2017; Hofmann, 2013; Torres ve ark., 2019).

Yarar Sağlama İlkesi

Olgu: 16 yaşındaki kadın hasta Y.C., morbid obezite tanısı ile bariatrik cerrahi planlanmak üzere kliniğe yatırılmıştır. Hastanın kardeşi bulunmamaktadır. Hastanın obstrüktif uyku apnesi bulunmaktadır. Hasta ayrıca depresif bir atak geçirdiği için bir yıldır antidepresan ilaç kullanmaktadır. Çok sayıda diyet ve egzersiz programı deneyen hasta kilo vermede bir türlü başarılı olamadığını ve kendinden nefret ettiğini belirtmektedir. Hastanın ailesi hastanın kilosu nedeniyle yıllarca akran zorbalığına uğradığını ve okuldan eve sürekli ağlarak geldiğini belirtmiştir. Hastanın ailesi, ameliyatın maddi yükünden korksalar da kızları için bu ameliyatı istediklerini ifade etmiştir. Hasta ameliyat sonrası kendisine anlatılan egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve ameliyatta uyutulma ve cildinde kesik olacağı korkusuyla ameliyat konusunda kararsızdır. Ancak hastanın ailesi, hastayı ameliyat olması konusunda ısrar ederken gözlemlenmiştir.

Çocuk ve adölesan hastalara, verilen eğitim ve danışmanlıkların önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle, cerrahiden önce agresif konservatif tedavi yöntemlerinin (bireyselleştirilmiş beslenme ve egzersiz pogramları vb.) denenmesi önerilmektedir (Durkin ve Desai, 2017; Hess ve Shakhsheer, 2022; Hofmann, 2013; Torres ve ark., 2019).

6. Estetik Cerrahide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahi hemşirelerinin estetik cerrahi ve etik alanında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Özerkliğe saygı ilkesi gereğince hastaların isteklerine ve dolayısıyla bilinçli karar verme haklarına, kendilerine yeterli bilgi verilmesi ve bilgilendirilmiş rızalarının alınması koşuluyla saygı gösterilmelidir. Estetik cerrahi girişimlere karar vermeden önce hekimin, dikkatli bir tanılama ve değerlendirilme yapması gerekmektedir. Bu süreçte, cerrahi hemşirelerinin hastaların beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlamaya yönelik hastalara karşı sorumlulukları bulunmaktadır (Chiodo ve Tolle, 2001; Mousavi, 2010).

Estetik cerrahi girişimlerin, hastalara fayda sağlamayı mı amaçladığı yoksa maddi kazanca yönelik endüstri piyasası tarafından yönlendirilen bir iş mi olduğu konusu cerrahi hemşirelerinin hastalarına karşı sorumluluk duyduğu bir başka etik sorun olarak görülmektedir. (Atiyeh ve ark., 2020; Chavoin, 2003; Ferreira, 2005; Maio, 2007; Marchac, 2007). Bu anlamda, estetik cerrahide etik sorunlardan biri de reklam yapma ve sosyal medya ile ilişkilidir. Meslektaşlarına karşı sorumlulukları ve meslek etiğinin kötüye kullanılmaması için, kamuoyunun gerektiği gibi bilgilendirilmesi gerekmektedir. Özellikle cerrahi öncesi ve sonrası hastaya ait görüntü, ses vb. paylaşılması konusunda mahremiyete, yasal izinlere, zarar vermemeye ve özerkliğe saygıya dikkat edilmesi gerekmektedir. Cerrahi hemşirelerinin bu kapsamda hasta savunuculuğu rolü ön plana çıkmaktadır ve hem kendisine hem de bireylerin kişisel verilerinin korunmasında sorumluluğu olan sağlık kuruluşuna karşı sorumlulukları bulunmaktadır (Fogli, 2003; Mousavi, 2010).

Her cerrahi girişimin bazı riskleri ve cerrahi ilişkili komplikasyon gelişme riski bulunmaktadır. Bir başka ifadeyle, estetik cerrahi girişimin hastanın yararına olduğu ve zarar vermediği konusu mutlaka değerlendirilmelidir. Bu nedenle; cerrahi ekip tarafından cerrahinin olası faydaları, cerrahiye gerek duyulmayan alternatif seçenekleri ve özellikle planlanan cerrahi girişimin ve anestezinin riskleri mutlaka hastaya açıklanmalıdır. Hastaya bu konularda bilgi verildikten sonra, bilgilendirilmiş rızaları/onamları alınmalıdır (Chiodo ve Tolle, 2001; Mousavi, 2010).

Estetik cerrahi, önemli ölçüde yüksek tıbbi hata iddialarına maruz kalan uzmanlık alanlarından biridir. Tıbbi hata iddialarının çoğunun teknik hatalardan ziyade, hasta ile sağlık ekibi

arasında iletişim eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Özellikle tıbbi hata davalarında, estetik cerrahi girişiminde bulunan tüm ekip üyeleri için hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınması ve yapılan her girişimin uygun şekilde kayıt edilmesi gerekmektedir (Mavroforou ve ark., 2004).

Cerrahi hemşirelerinin estetik cerrahi planlanan hastaların geçmiş tıbbi ve psikososyal öyküsünü alması ve tanılamasını eksiksiz yapması gerekmektedir. Estetik cerrahi hastalarında, sıklıkla görülen ruhsal bozuklukların farkında olunmalıdır. Bu hastalarda en sık depresyon görülmektedir. Depresif bozukluklar ile ilişkili en temel kaygı suisid/intihar riski ile ilişkilidir. Cerrahinin endikasyonları belirlenirken, intihar eğilimlerinin sorgulanması ve dışlanması zorunludur. İntihar düşünceleri veya intihar girişimine ilişkin belirtiler mevcut olduğunda, cerrahi kesinlikle iptal edilmeli ve acil psikiyatrik tedavi uygulanmalıdır. Estetik cerrahi endikasyonu bir psikiyatrist ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi işbirliği içinde yapılmalıdır (Harth ve Hermes, 2007; Phillips ve ark., 2005).

Estetik cerrahi hastalarında özellikle değerlendirilmesi gereken bozukluklardan biri de beden dismorfik bozukluğudur. Estetik cerrahide, subjektif muhakeme çok önemlidir. Cerrahi hemşirelerinin beden dismorfik bozukluğunun belirtileri ile ilgili farkındalığının olması gerekmektedir. Estetik cerrahi hastalarında, beden dismorfik bozukluğunun olası göstergeleri Tablo 3'te belirtilmiştir (Crerand ve ark., 2008). Cerrahi öncesi değerlendirme, teşhis için yardımcı olabilir ve hastaları daha uygun tedavilere (örneğin, farmakoterapi veya bilişsel davranışçı terapi) yönlendirme konusunda rehberlik edebilir. Cerrahi öncesi değerlendirme aynı zamanda sağlık ekibini dava açabilecek veya şiddete başvurabilecek hastaları tedavi etmekten de koruyabilmektedir (Crerand ve ark., 2008; Harth ve Hermes, 2007).

Tablo 3: Estetik cerrahi hastalarında beden dismorfik bozukluğunun olası göstergeleri
Görünümle ilgili belirsiz veya net olmayan şikayetler (örneğin, "Ben çirkinim") Olmayan veya ufak görünüm kusurlarıyla ilgili önemli sıkıntı veya endişe Makyaj veya diğer ürünlerin aşırı kullanımı, ayrıntılı bakım ritüelleri (Giyim, şapka veya vücut pozisyonu ile beğenilmeyen kusuru kamufle etme gibi özellikler) Sosyal faaliyetlerden kaçınma (Görünüm endişeleri nedeniyle çalışamama, okula devam edememe veya evden çıkmama) Olağandışı veya çok fazla estetik cerrahi girişim talebi Ameliyatın tüm sorunları çözeceğine ve günlük hayatı önemli ölçüde iyileştireceğine dair olağandışı inanç İstenilen cerrahi sonuç ile ilgili, ünlülerin fotoğraflarını getirmek Önceki estetik cerrahi sonuçlarından sürekli memnuniyetsizlik duyma Depresyon, anksiyete, suisid/intihar düşünceleri veya diğer psikiyatrik bozuklukların öyküsü veya mevcut semptomları Herhangi bir psikiyatri konsültasyonunu kabul etmeme Olağan dışı randevu saatleri talepleri ve cerrahi öncesi rutin değerlendirmelerden geçmeyi reddetme
Kaynak: *Harth, W., & Hermes, B. (2007). Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 5(9), 736-743.*

Psikiyatrik değerlendirme ile ilgili cerrahi hemşirelerin yaşadığı etik sorunlarda biri de psikiyatrik bozukluğu olan hastaların süreci ile ilişkilidir. Hangi psikiyatrik bozuklukların veya semptomların estetik cerrahi için kontrendikasyon olduğuna dair kanıtların yetersiz olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ayrımcılığa uğramaması için hasta savunuculuğunun çok önemli olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca böyle durumlarda cerrahi hemşireleri ile ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin iş birliği içinde çalışması gerekmektedir (Harth ve Hermes, 2007; Saarni ve ark., 2011). Bununla birlikte estetik cerrahide karar vermeden önce hastaların değerlendirilmesi ve özellikle dikkat edilmesi gereken bazı belirtiler bulunmaktadır. Cerrahi hemşireleri bu belirtilerin farkında olmalıdır (Harth ve Hermes, 2007). Etetik cerrahi öncesi dikkat edilmesi gereken belirtiler Tablo 4'te yer almaktadır (Harth ve Hermes, 2007).

Tablo 4: Estetik cerrahi öncesi dikkat edilmesi gereken belirtiler

Saldırganlık, dürtüsellik, iç görü eksikliği
Estetik cerrahi ile ilgili gerçek dışı beklentilere sahip olma
İntihar riski
Hastalığa bağlı (özellikle ilgi çekmek için) ikincil kazanç
Karamsarlık düşünceleri, duygudurum ve anksiyete bozuklukları
Somotoform ve Obsesif-kompulsif bozukluklar
Psikotik durumlar (estetik cerrahi ile ilişkili hezeyanlar vb.)
Var olan hastalıklarla başa çıkmada güçlük
Başkalarının istekleri nedeni ile estetik cerrahi talep etme
Beden imajına yönelik gerçek dışı düşünceler

Kaynak: *Harth, W., & Hermes, B. (2007). Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 5(9), 736-743.*

Hastanın psikososyal yönden değerlendirilmesi cerrahi sonrası memnuniyet açısından önem taşımaktadır. Estetik cerrahi hemşirelerinin, psikososyal yönden hastayı değerlendirme becerisine sahip olması diğer rol ve sorumlulukları kadar önemlidir. Hastanın estetik cerrahi için uygun olup olmadığı, multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Ayrıca hemşirelerinin hasta için estetik cerrahinin ne anlama geldiğinin ve hasta için öneminin farkında olması gerekmektedir. Estetik cerrahi hastalarıyla çalışan hemşireler için standart bir psikososyal değerlendirme veri toplama formunun oluşturulması önerilmektedir (Küçükkaya, 2011). Literatürde hastaların cerrahi öncesi psikososyal yönden değerlendirilmesi ile ilgili, hemşirelerin bu konuda primer sorumluluk hissettiği ve üstlendiğini ifade ettiği araştırmalar olduğu gibi hemşireler tarafından bu sorumluluğun hekim ve başka sağlık disiplinlerine ait olduğunun belirtildiği araştırmalar da bulunmaktadır (Küçükkaya, 2011; Rankin ve Borah, 2009). Hemşirelerinin estetik cerrahi girişimini hastaların isteme nedenleri, hastanın fiziksel görünümünden ne kadardır rahatsız olduğu, mevcut psikososyal öyküsü ve başetme mekanizmaları açısından değerlendirmesi gerekmektedir (Küçükkaya, 2011).

Bariatrik cerrahide hasta özerkliği son derece önemli kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahide, cerrahi hemşirelerin sorun yaşadığı konulardan biri bilgilendirilmiş rıza/onam ile ilgilidir. Hastaları bariatrik cerrahinin uzun vadeli sonuçları hakkında bilgilendirmek bazı zorlukları içerebilir. Özellikle cerrahi sonrası hastanın yeme alışkanlıklarını kalıcı ve önemli ölçüde değiştirmesi tedavinin başarılı olması için çok önemlidir. Ancak hastalar cerrahiyi hayat kurtarıcı olarak görebilir. Bu anlamda hastaların cerrahiden beklentileri mutlaka konuşulmalıdır (Saarni ve ark., 2011).

Tıbbi kararlardan bahsederken, hastanın özerkliğine saygı duyulması anahtar ilkelerden biridir. Özerkliğe saygı bilgilendirilmeye dayalıdır; bu nedenle hastaların geçerli bir bilgilendirilmiş rıza/onam verebilmeleri için hastaların cerrahi öncesi dönemde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bilgilendirilmiş rızadan/onamdan söz edebilmek için hastanın tekrardan inceleyebilmesi için yazılı bir dökümanın bulunması, hastanın cerrahiden önce en az iki kere değerlendirilmesi (hasta bu süreçte ameliyat hakkında düşünebilir, ikinci değerlendirmede sorularını sorabilir) ve hastanın verilen bilgiyi anladığından emin olmak için hastadan ameliyat hakkında bildiklerini/anlatılanları yazmasının istenmesi gibi kriterlerin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Hatta bilgilendirilmiş rıza/onam kapsamında bariatrik cerrahi gişirimi planlanan hastanın, cerrahi sonrası prognozu ve işlemden sonra yaşam değişikliklerini tartışabilmeleri için daha önce cerrahi girişimi deneyimlemiş hastalarla görüşmesi önerilmektedir (Madan, Tichansky ve Taddeucci, 2007; Torres ve ark., 2019).

Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmenin amacı, anoreksiya nervoza veya bulimia nervosa gibi cerrahi sonrası gelişebilecek bozukluklara yatkınlığı olabilecek ya da başka bir psikopatolojisi olan hastaları tespit etmektir. Ancak bu bilgilerin, gizli tutulması gerekmektedir (Glenn ve ark., 2015; Rouleau ve ark., 2016; Torres ve ark., 2019). Bariatrik cerrahi ile ilişkili bir diğer önemli konu kilo verme ile ilgilidir. Cerrahi öncesi kilo vermeyen hastalara bariatrik cerrahinin iptal edilme tehditi hastaların ayrımcılığa maruz kalma riskini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle, yeterli kilo veremeyen hastalar suçlanmamalı ve daha yoğun bir beslenme ve psikoeğitim programına dahil edilmelidir. Cerrahi hemşireleri hastaların diyet ve egzersiz programları ile ilgili diğer disiplinlerle iş birliği yapabilir (Torres ve ark., 2019). Adölesan hastalarda, estetik ve bariatrik cerrahiye ilişkin etik ilkeler Tablo 5 üzerinde verilmiştir (Hess ve Shakhsheer, 2022).

Tablo 5: Adölesan hastalarda estetik ve bariatrik cerrahiye ilişkin etik ilkeler
Özerkliğe Saygı ve Otonomi
Hem hastanın hem de ebeveyn/vekil karar vericinin bilgilendirilmiş rızası gereklidir. Ebeveyn/vekil kararlarının hastanın çıkarına uygun olması gereklidir. Hasta tercihi öncelikli olmalı ve çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmelidir. Hastanın hazır olup olmadığını değerlendirmek için gerekli cerrahi tedavi hedefleri hastanın hedeflerine göre hasta iş birliğinde belirlenmelidir.
Yarar Sağlama
Estetik ve bariatrik cerrahi mevcut sağlık sorunlarını, komorbiditeleri ve yaşam kalitesi ile ilgili sonuçları iyileştirmelidir. Cerrahi ekip, hastanın tercihlerini ve değerlerini, tıbbi endikasyonları ve istenen tıbbi sonuçları elde etme olasılığını değerlendirmelidir.
Zarar Vermeme
Estetik ve bariatrik cerrahinin yapılmaması durumunda birey zarar görüyorsa bu durum değerlendirilmelidir. Estetik ve bariatrik cerrahi ile ilgili uzun vadeli sonuçları ortaya çıkarmak için daha fazla araştırma yapılmalıdır.
Adalet
Tüm kurumların estetik ve bariatrik cerrahi ile ilgili tüm bireylere eşit hizmet sunmak için ahlaki bir zorunluluğu bulunmaktadır.
Kaynak: *Hess, A., & Shakhsheer, B. A. (2022). Ethics of Pediatric Bariatric Surgery. Difficult Decisions in Surgical Ethics: An Evidence-Based Approach, 433-445.*

Estetik cerrahi, adölesan hastalar söz konusu olduğu durumlarda çeşitli etik sorunları beraberinde getirmektedir. Herhangi bir karar verilmeden önce adölesan dönemdeki hastalar için vücuttaki deformitenin, fiziksel ve duygusal olgunluk düzeyinin ve istenen sonucun dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalara cerrahi girişim öncesinde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı ve psikiyatrik değerlendirme mutlaka ele alınmalıdır (Bermant, 2005; Mousavi, 2010; Vergallo ve ark., 2018). Çocuk ve adölesan hastalarda bariatrik cerrahi öncesi koruyucu-önleyici tedbirlerin ön planda tutulması önerilmektedir. Cerrahi hemşirelerinin topluma karşıda bazı sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle obezite prevalansının azaltılmasına yardımcı olan sağlıklı yaşam alışkanlıklarını ve fiziksel egzersize teşvik etmelidir. Çocuk ve adölesan hastalarda obezitenin tıbbileştirilmesi olası damgalanma riskini dikkate almayı gerektirmektedir. Bununla birlikte, hafif obezitesi olan hastaların durumlarının aşırı derecede tıbbileştirilmesinden ve güzellik ve görünümün çok önemli olduğu izleniminden kaçınarak eğitim programlarının oluşturulması ve diyet danışmanlığının verilmesi önerilmektedir (Durkin ve Desai, 2017; Hofmann, 2013; Torres ve ark., 2019). Ayrıca çocukların, gençlerin ve ebeveynlerin bariatrik cerrahinin tedavinin sadece başlangıcı olduğunu ve yaşam tarzlarını da değiştirmeleri gerektiğini anlamaları çok önemlidir. Hemşirelerin hem adölesan hastalara hem de bakım vericilerine yönelik sorumlulukları bulunmaktadır. Bariatrik cerrahi çocukların büyüme gelişimini olumsuz etkileyebilir ve cerrahi sonrası doku bozukluklarına (sekellere) yol

açabilir. Bariatrik cerrahi sadece fiziksel değil psikososyal iyilik halinide olumsuz etkileyerek bireylerin yaşamdan aldığı doyumu azaltabilir. Bu popülasyonda cerrahi öncesi obezitenin önlenmesine yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitim programları düzenlenmelidir (Durkin ve Desai, 2017; Hofmann, 2013; Torres ve ark., 2019).

7. Sonuç

Sonuç olarak cerrahi hemşireleri estetik cerrahi ve bariatrik cerrahi girişimler sırasında etik sorunlar ve etik ikilemler ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu kapsamda hemşirelerin cerrahi öncesi hasta değerlendirilmesi ve anamnez sırasında talep edilen estetik cerrahiye yönelik hasta motivasyonunu anlamaları, gerçekçi hedeflere belirlemede hastaların yanlarında olmaları, bilgilendirilmiş rıza hakkını merkeze alarak hasta savunuculuğu rolünü sürdürmelidir. Ayrıca hastaların psikososyal tanılamalarının yapılması, ruhsal bozukluk belirtileri açısından değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri ile işbirliği yapılması gerekmektedir.

Kaynakça / References

Altieri, M. S., Yang, J., Park, J., Novikov, D., Kang, L., Spaniolas, K., ... & Pryor, A. (2017). Utilization of body contouring procedures following weight loss surgery: a study of 37,806 patients. *Obesity Surgery*, *27*, 2981-2987.

Atiyeh, B. S., Rubeiz, M. T., & Hayek, S. N. (2020). Aesthetic/cosmetic surgery and ethical challenges. *Aesthetic plastic surgery, 44*, 1364-1374.

Baksi, A., & Tuncer, N. (2021). Examination of nursing students' acceptance levels for aesthetic surgery and affecting factors. *International Journal of Health Services Research and Policy, 6*(1), 60-72.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. USA: Oxford University Press.

Bermant, M. A. (2005). Ethics of cosmetic plastic surgery in adolescents. *AMA Journal of Ethics, 7*(3), 257-261.

Blakemore, A. I., & Froguel, P. (2008). Is obesity our genetic legacy? *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93*(11), 51-s56.

Caínzos, M. A., & Gonzalez-Vinagre, S. (2019). The surgical informed consent process: Myth or reality? Ethical issues in bariatric surgery. In A. R. Ferreres (Ed.), S*urgical ethics: Principles and practice* (pp. 203-216). Cham: Springer.

Chavoin, J. P. (2003). Aesthetic surgery and ethics. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique, 48*(5), 273-278.

Chiodo, G. T., & Tolle, S. W. (2001). Cosmetic treatment, autonomy, and risks:" If you don't do it, I'll go to a dentist who will". *General Dentistry, 49*(1), 16-8.

Crerand, C. E., Franklin, M. E., & Sarwer, D. B. (2008). MOC-PS (SM) CME article: Patient safety: Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery, 122*(4), 1-15.

Crockett, R. J., Pruzinsky, T., & Persing, J. A. (2007). The influence of plastic surgery "reality TV" on cosmetic surgery patient expectations and decision making. *Plastic and Reconstructive Surgery, 120*(1), 316-324.

Darisi, T., Thorne, S., & Iacobelli, C. (2005). Influences on decision-making for undergoing plastic surgery: a mental models and quantitative assessment. *Plastic and Reconstructive Surgery, 116*(3), 907-916.

De Vries, J. (2007). The obesity epidemic: Medical and ethical considerations. *Science and Engineering Ethics, 13*(1), 55-67.

Dean, N., Foley, K., & Ward, P. (2018). Defining cosmetic surgery. *Australasian Journal of Plastic Surgery*, *1*(1), 95-103.

Dufresne, Jr, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C., & Wilkel, C.S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery, 27*(5), 457-462.

Durkin, N., & Desai, A. P. (2017). What is the evidence for pediatric/adolescent bariatric surgery? *Current Obesity Reports, 6,* 278-285.

Elçioğlu, Ö., Özkan, N.A. ve Çetin, C. (2001). Etik açıdan plastik ve rekonstrüktif cerrahi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, 9,* 92-97.

Eldaly, A.S., & Mashaly, S.M. (2021). The new dilemma of plastic surgery and social media: A systematic review. *European Journal of Plastic Surgery*, 1-12.

Fogli, A. (2003). Aesthetic surgery and public health. *In Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique*, *48*(5), 279-281.

Frederick, D.A., Lever, J., & Peplau, L.A. (2007). Interest in cosmetic surgery and body image: Views of men and women across the lifespan. *Plastic and Reconstructive Surgery, 120*(5), 1407-1415.

Ferreira, M.C. (2005). Who is in control of aesthetic surgery? *Aesthetic Plastic Surgery, 29,* 439-440.

Gilmartin, J., Bath-Hextall, F., Maclean, J., Stanton, W., & Soldin, M. (2016). Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis, 14*(11), 240-270.

Glenn, N.M., Raine, K.D., & Spence, J.C. (2015). Mandatory weight loss during the wait for bariatric surgery. *Qualitative Health Research, 25*(1), 51-61.

Gorney, M. (2006). Professional and legal considerations in cosmetic surgery. In D.B. Sarwer, T. Pruzinsky, T.F. Cash, R.M. Goldwyn, J.A. Persing & L.A. Whitaker (Eds.), P*sychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery: Empirical, clinical, and ethical issues* (1st ed.) (pp. 315-327). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Harth, W., & Hermes, B. (2007). Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 5*(9), 736-743.

Hess, A., & Shakhsheer, B. A. (2022). Ethics of pediatric bariatric surgery. In V.A. Lonchyna, P. Kelley & P. Angelos (Eds.), *Difficult decisions in surgical ethics: An evidence-based approach* (pp. 433-445). Cham: Springer Nature.

Hodgkinson, D. J. (2005). Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, *29,* 503-509.

Hofmann, B. (2010). Stuck in the middle: The many moral challenges with bariatric surgery. *The American Journal of Bioethics, 10*(12), 3-11.

Hofmann, B. (2013). Bariatric surgery for obese children and adolescents: A review of the moral challenges. *BMC Medical Ethics*, 14, 1-13.

Horton, J. B., Reece, E.M., George Broughton, I.I., Janis, J.E., Thornton, J.F., & Rohrich, R.J. (2006). Patient safety in the office-based setting. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *117*(4), 61e-80e.

Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., Fukuyama, Y., Murasaki, M., & Miura, S. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52*(3), 283-287.

Kam, O., Na, S., La Sala, M., Tejeda, C.I., & Koola, M.M. (2022). The psychological benefits of cosmetic surgery. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *210*(7), 479–485. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001477

Khunger, N. (2015). Ethics in aesthetic surgery: Rituals and realities. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 8*(3), 123.

Körpe, G. (2017). Plastik–rekonstrüktif cerrahi hastalarında benlik saygısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisi Kastamonu, 2*(3), 223-231.

Küçükkaya, P. G. (2011). Estetik cerrahide ameliyat öncesi psikososyal değerlendirmede hemşirenin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing, 2*(2), 94-9.

MacGregor, A.M., & MacGregor, C.C. (2000). Economic theory and physician behavior in bariatric surgery. *Obesity Surgery, 10*(1), 4-6.

Madan, A.K., Tichansky, D.S., & Taddeucci, R.J. (2007). Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. *Obesity Surgery, 17,* 885-888.

Maio, G. (2007). Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, *39*, 189–194.

Marchac, D. (2007). Aesthetic surgery and its future. *Aesthetic Plast Surg, 31*,211–212.

Mavroforou, A., Giannoukas, A., & Michalodimitrakis, E. (2004). Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Medicine & Law, 23,* 479.

Meningaud, J.P., Benadiba, L., Servant, J.M., Herve, C., Bertrand, J.C., & Pelicier, Y. (2001). Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: Multicentre prospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 29*(3), 177-180.

Mousavi, S.R. (2010). The ethics of aesthetic surgery. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 3*(1), 38-40.

Nejadsarvari, N., Ebrahimi, A., Ebrahimi, A., & Hashem-Zade, H. (2016). Medical ethics in plastic surgery: A mini-review. *World Journal of Plastic Surgery, 5*(3), 207.

O'Brien, C.M., Thorburn, T.G., Sibbel-Linz, A., & McGregor, A.D. (2006). Consent for plastic surgical procedures. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 59*(9), 983-989.

Peralta, M., Ramos, M., Lipert, A., Martins, J., & Marques, A. (2018). Prevalence and trends of overweight and obesity in older adults from 10 European countries from 2005 to 2013. *Scandinavian Journal of Public Health, 46*(5), 522-529.

Phillips, K.A., Coles, M.E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R.B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(6), 717-725.

Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*(12), 788-805.

Rankin, M., & Borah, G. (2009). Psychological complications: National plastic surgical nursing survey. *Plastic Surgical Nursing, 29*(1), 25-30.

Ray, P.Ç., Demirkol, M.E. ve Tamam, L. (2012). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(*4), 547-565.

Rouleau, C.R., Rash, J.A., & Mothersill, K.J. (2016). Ethical issues in the psychosocial assessment of bariatric surgery candidates. *Journal of Health Psychology, 21*(7), 1457-1471.

Saarni, S.I., Anttila, H., Saarni, S.E., Mustajoki, P., Koivukangas, V., Ikonen, T. S., & Malmivaara, A. (2011). Ethical issues of obesity surgery—A health technology assessment. *Obesity Surgery*, *21*, 1469-1476.

Sarwer, D.B. (2002). Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surgery Journal, 22*(6), 531-535.

Schneider, P.L., & Li, Z. (2016). Ethical challenges in the care of the inpatient with morbid obesity. *Narrative Inquiry in Bioethics, 6*(2), 143-152.

Shiffman, M.A. (2005). Medical liability issues in cosmetic and plastic surgery. *Medicine & Law*, *24,* 211.

Silkiss, R.Z. (2006). Eight-fold path to happiness for the cosmetic surgery patient. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 22*(3), 157-160.

Sjöström, L. (2008). Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: Experiences from the SOS study. *International Journal of Obesity, 32*(7), 93-S97.

Snyder, J., & Crooks, V.A. (2010). Medical tourism and bariatric surgery: More moral challenges. *The American Journal of Bioethics, 10(*12), 28-30.

Spilson, S.V., Chung, K.C., Greenfield, M.L.V., & Walters, M. (2002). Are plastic surgery advertisements conforming to the ethical codes of the American society of plastic surgeons? *Plastic and Reconstructive Surgery, 109*(3), 1181-1186.

Şen, Z., Ersoy, A., Serel, S., Emiroğlu, M., Gültan, S. ve Soykan, A. (2003). Plastik ve rekonstrüktif cerrahi girişimlerin psikiyatrik yönleri. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 11*(2), 117-122.

Toraman, A., & Erdem, R. (2016). Kavramsal açıdan tıbbileştirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19*(4), 423-442.

Torres, A.J., Cano-Valderrama, O., & Domínguez-Serrano, I. (2019). Ethical issues in bariatric surgery. In A.R. Ferreres, (Ed.), *Surgical ethics: Principles and practice* (pp. 295-303). Cham: Springer.

Vergallo, G.M., Marinelli, E., Napoletano, S., Di Luca, N.M., & Zaami, S. (2018). Ethics and/or aesthetics? Reflections on cosmetic surgery for adolescents. *Cuadernos de Bioética, 29*(96), 177-189.

13. BÖLÜM / CHAPTER 13

ORGAN NAKLİ VE ETİK

ORGAN TRANSPLANTATION AND ETHICS

Yaprak SARIGÖL ORDİN[1], Buket ÇELİK[2]

[1]Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-mail: yapraksarigol@gmail.com

[2]Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-mail: celik.buket62@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.13

ÖZ

Organ bağışı tüm dünyada global bir problemdir. Sağlık ve teknolojik alanlardaki gelişmelerle yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile organ nakli bekleme listesindeki sayı her geçen gün artış göstermesine rağmen yapılan nakil sayısı bunu karşılayamamaktadır. Organ kısıtlılığının en büyük nedeni bağışların yeterli düzeyde olmamasıdır. Bağışların sınırlı sayıda olması; organlara erişim, dağıtım, nakil öncesi ve sonrası tüm süreçlerde pek çok etik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ölü vericiden yapılan bağış sayısının az olması canlı vericiden nakil yapılma gereksiniminin artmasına yol açabilmektedir. Özellikle sağlıklı bir bireyin organın alınmasıyla gerçekleşen canlı vericilik; kişinin nakil sonrası kısa ve/veya uzun dönemde fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle canlı vericiden yapılan nakiller tüm sağlık profesyonellerini özellikle nakil sürecinin tüm aşamalarında yer alan hemşireleri pek çok etik sorunla karşı karşıya getirebilmektedir. Etik sorunların yaşanmaması ve nakil sürecinin başarılı bir şekilde tamamlanması amacıyla organ nakline yönelik çeşitli yasa ve yönetmelikler bulunmaktadır. Ancak bu yasa ve yönetmelikler her zaman nakil sürecinde yaşanan etik sorunların önüne geçememektedir. Organ naklinin tüm süreçlerinde görev alan ve önemli sorumlulukları bulunan meslek grubu hemşirelerdir. Bu bölümde organ nakli sürecinde yaşanan tüm süreçler; özerklik, gönüllük, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet, dürüstlük, gizlilik ve ahlaki sıkıntı olan hemşirelik etik kodları çerçevesinde kapsamlı bir şekilde tartışılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Organ nakli, etik, hemşire, hemşirelik etik kodları, transplantasyon hemşireliği

ABSTRACT

Organ donation is a global problem all over the world. Life expectancy is getting longer with the developments in health and technological fields. Although the number of organ transplant waiting lists is increasing day by day with the prolongation of life expectancy, the number of transplants can not meet this demand. The important reason

for organ restriction is the insufficient level of donations. The limited number of donations; access to organs, distribution, and pre- and post-transplant processes can cause many ethical problems. The low number of donations made from a dead donor may increase the need for transplantation from a living donor. Live donation, which is realized by the removal of an organ, especially from a healthy individual; may adversely affect the physiological and psychological health of the person in the short and/or long term after transplantation. For this reason, transplantations from living donors may confront all health professionals, especially nurses who are involved in all stages of the transplantation process, with many ethical problems. There are various laws and regulations regarding organ transplantation to avoid ethical problems and complete the transplantation process successfully. However, these laws and regulations do not always prevent the ethical problems experienced during the transplantation process. Nurses are the professional group who take part in all processes of organ transplantation and have important responsibilities. In this section, all the processes in the organ transplantation process; autonomy, voluntariness, benefit, non-harming, justice, honesty, confidentiality, and moral distress have been discussed and explained in a comprehensive way within the framework of nursing ethical codes.

Keywords: Organ transplantation, ethics, nurse, nursing ethics codes

Extended Abstract

Organ donation is a global problem all over the world. Life expectancy is getting longer with the developments in health and technological fields. Although the number of organ transplant waiting lists increases day by day with the prolongation of life expectancy, the number of transplants cannot meet this demand. The biggest reason for organ restriction is the insufficient level of donations. Different policies and procedures are applied between countries to increase donations. In some countries; every individual is considered a congenital organ donor unless he/she declares otherwise during his/her lifetime; In some countries, a person is required to donate their organs. In our country, even if the person donates his organs while he is alive, the family's approval is needed after the brain death has occurred. As can be seen, there are many different applications in the consent/permission process only for the dead donor. Even this situation alone can lead to many ethical dilemmas and problems. The limited number of donations; access to organs, distribution, and pre- and post-transplant processes can cause many ethical problems. To prevent ethical issues, it is highly important for organ and tissue transplantation to be carried out under conditions and institutions where the rights and freedoms of recipients and donors are safeguarded, and where the well-being of patients is prioritized. For this purpose, there are numerous laws and regulations related to organ and tissue transplantation that outline the institution where organ transplantation will take place and the necessary characteristics the institution should possess. However, these laws and regulations are not able to completely prevent ethical issues. For instance; in the case of preferential donations, the main point is that while some organs are donated

based on preference, others must be donated according to the principles of waiting lists. As a result, it is believed that the principle of equality from ethical codes is not fully achieved in preferential donations. The low number of donations made from a dead donor may increase the need for transplantation from a living donor. Turkey is ranked first in the world in kidney transplantation from living donors. For this reason, our country may face more ethical issues in living donors compared to other countries. Live donation, which is realized by the removal of an organ, especially from a healthy individual; may adversely affect the physiological and psychological health of the person in the short and/or long term after transplantation. For this reason, it is very important to inform living donors in detail about the short and long-term results before and after transplantation. Therefore, transplantations from living donors may confront all health professionals, especially nurses who are involved in all stages of the transplantation process, with many ethical problems. In addition to all these, the limited availability of organ donations and the high number of individuals awaiting organs lead to unethical practices such as organ trafficking, resulting in the illegal and inappropriate procurement of tissues and organs. This not only gives rise to serious ethical issues but also poses a threat to the lives of both the recipients and the donors. There are various laws and regulations regarding organ transplantation to avoid ethical problems and complete the transplantation process successfully. However, these laws and regulations do not always prevent the ethical problems experienced during the transplantation process. Nurses are the professional group who take part in all processes of organ transplantation and have important responsibilities. In this section, all the processes in the organ transplantation process; autonomy, voluntariness, benefit, non-harming, justice, honesty, confidentiality, and moral distress have been discussed and explained in a comprehensive way within the framework of nursing ethical codes.

1. Giriş

Organ nakli, organ fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılamayacak kadar bozulması durumunda, ölü (kadavra) ya da canlı vericinden (donör) alınan sağlıklı organın bir bölümü ya da tamamının organ yetmezliği olan hastaya nakledilmesidir (Cupples ve Ohler, 2003). Organ yetmezliği olan ve organın nakledildiği hasta, organ nakli alıcısı olarak tanımlanmaktadır. Dünya'da ve ülkemizde karaciğer, böbrek, akciğer, kalp, pankreas ve uterus nakilleri yapılmaktadır. Doku nakli, vücudun bütünlüğünü bozan veya fonksiyon kaybı olan dokunun yerine hastaya ölü veya canlı vericiden alınan sağlıklı dokunun nakledilmesidir. Dünya'da ve ülkemizde yapılan doku nakilleri, kornea, kalp kapağı, kemik, kemik iliği, tendon ve deridir. Kompozit doku nakli, vücut bütünlüğünü bozan ve fonksiyon kaybına yol açan kompozit doku kayıplarında alıcıya sağlıklı kompozit dokunun görünüm ya da fonksiyonellik için nakledilmesidir. Dünya'da ve ülkemizde yapılan kompozit doku nakilleri, yüz, saçlı deri, ekstremite, alt-üst solunum yolları ve ince bağırsaktır. Dünya'da gerçekleştirilen nakillerin var olan organ nakli gereksiniminin %10'unundan daha azını karşıladığı bilinmektedir (Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT), 2022). Bu durum organ kısıtlılığının global bir sorun olduğunu göstermektedir. Dünya'da en fazla böbrek nakli gerçekleştirilmekte olup, bunu karaciğer nakli takip etmektedir. Böbrek ve karaciğer nakilleri, canlı vericiden nakil yapılma olanağı olan nakillerdir. Dünya genelinde canlı vericiden organ naklinde Türkiye birinci sıradadır (International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT), 2023). Ülkemiz, canlı vericiden nakil oranının yüksek ve ölü verici oranının düşük olduğu bir ülkedir. Bu durumda, beraberinde canlı vericiden nakillere bağlı etik sorunları getirmektedir. Ayrıca, organ kısıtlılığının global bir sorun olması organ nakli alanında buna bağlı görülen etik sorunlara yol açabilmektedir.

Transplantasyon hemşireliği; hem nakil yapılan hastanın hem de canlı vericinin sağlığının ve yeterliliğinin yaşam boyu korunmasına, geliştirilmesine ve optimizasyonuna odaklanan özel hemşirelik bakımını sağlayan hemşirelik alanıdır. Transplantasyon hemşirelerinin sağladığı bakım, solid organ transplantasyonu ile tedavi edilen hastalığın yarattığı ya da canlı bağıştan kaynaklanabilecek sorunların önlenmesini, tespitini ve tedavisini içermektedir. Transplantasyon hemşireliği, organ nakline aday bireyin, organ nakli yapılan bireyin, ölü vericinin, organ bağışlamak isteyen veya organ bağışında bulunan sağlıklı bireylerin bakımını ve desteklenmesini kapsamaktadır. Transplantasyon hemşireliğinin temel rolleri arasında, transplantasyon sürecinde bakım verirken hastaların ve ailelerinin **savunuculuğunu** yapmak yer almaktadır. Transplantasyon hemşireleri; transplantasyon klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, poliklinikler ve diğer klinik alanlarda yatarak ya da ayaktan tedavi ya-

pılan kliniklerde, hastanelerde ve toplum sağlığını ilgilendiren alanlarda hizmet vermektedir. Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Transplantasyon Hemşireliği Derneği tarafından transplantasyon hemşireliğinin 16 standartta uygulama ve mesleki yetkinlikleri belirlenmiştir. Bunlar; değerlendirme, tanılama, hedefi belirleme, planlama, uygulama, değerlendirme, etik, eğitim, kanıta dayalı uygulamalar ve araştırma, uygulama kalitesi, iletişim, liderlik, iş birliği, mesleki uygulamaların değerlendirilmesi, kaynakların kullanımı ve çevre sağlığıdır. Standart 7 olarak tanımlanan etik, transplantasyon hemşiresinin, uygulama alanlarının tamamında etik ilkelere uyması ve uygulamaya aktarması olarak tanımlanmaktadır (American Nurses Association (ANA); International Transplant Nurses Society (ITNS), 2016).

Bu bölümde organ nakli ve etik, transplantasyon hemşireliği kapsamında hemşireliğin temel ilkeleri doğrultusunda ele alınmıştır. Etik ilkeler, niyet ve eyleme yön veren temel ve net ahlaki doğrulardır. Birçok alanda etik ilkeler, farklı şekilde ele alınıp farklı noktaları vurgulansa da aynı etik ilkeler rehber alınmaktadır. Hemşireliğin etik ilkeleri, özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, dürüstlük, gizlilik, adalet ve sadakat olarak ele alınmaktadır (Alpar, Bahçecik ve Karabacak, 2013). Organ naklinde transplantasyon hemşirelerinin karşılaştığı etik konular, bu etik ilkeler doğrultusunda açıklanacaktır.

2. Transplantasyon Hemşireliği Standartlarından "Etik" Standardının Yetkinlikleri

Transplantasyon hemşireliğinde 7. Standart olan etik standardının yetkinlikleri tanımlanmıştır. Bu yetkinliklerde; başlangıç olarak organ temini, organ nakli adayı ve organ nakli ile ilgili teknolojilerde etik ikilemlerin tanımlanması yer almaktadır. Temel etik kodlar olarak Amerikan Hemşireler Birliği (2015) etik kodlarının rehber alınması önerilmektedir.

Diğer yetkinlikler;

- Hasta özerkliğini, itibarını, haklarını, değerlerini, inançlarını ve çeşitliliğini koruyan şekilde bakım sunmak,
- Sağlık ekibinin çekirdek üyeleri olarak hastaların, ailelerinin ve destek sisteminin önemi-nin farkında olmak,
- Yasa ve yönetmeliklere göre hasta gizliliğini korumak,
- Hastalara kendi kaderini tayin etme ve bilinçli karar verme konusunda yardımcı olmak,
- Uygun profesyonel rolleri sınırları çerçevesinde, terapötik ve profesyonel bir hasta-hemşire ilişkisini sürdürmek,

- Hastaları, meslektaşları, mesleki grupları, sistemleri ve diğer paydaşları ilgilendiren organ nakli ile ilgili etik sorunların çözülmesine katkıda bulunmak,
- Hastanın veya durumun yüksek çıkarlarını tehlikeye atabilecek yasa dışı, etik dışı veya uygunsuz davranışlarla ilgili uygun önlemleri almak,
- Güvenlik ve kalite iyileştirmesi için gerektiğinde, sağlık uygulamalarını sorgulamak için uygun koşullarda yetkililerle görüşmek,
- Adil hasta bakımı savunuculuğunu yapmak,
- Hastaları, sağlık ekibini veya sağlık sistemini ilgilendiren etik sorunları çözmeye yardımcı olmak için komitelere veya bakım konferanslarına katılmak,
- Hastalar, aileler ve multidisipliner ekiple çalışırken hastaların kültürel çeşitliliğini gözeterek ve kültürel alçak gönüllülük anlayışı ile bakım vermek,
- Hastanın kendini savunmasını teşvik ederek bir hasta savunucusu olarak hizmet vermek (ANA ve ITNS, 2016).

Tüm bu alanlarda hizmet verirken transplantasyon hemşiresi, organ nakli vericisi ve alıcısının yaşayabileceği etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Organ nakli vericisi boyutunda ölü verici ve canlı verici; alıcı boyutunda ise alıcı adayı ve organ nakli gerçekleşmesi sonrası organ nakli alıcısı farklı etik sorunlar yaşamaktadır. Yukarıda yer alan yetkinliklerde, hem bu alanlara hem de verici ve alıcılarının aileleri ve sosyal desteklerine vurgu yapılmıştır. Transplantasyon hemşiresi, organ nakli ekibi içerisinde verici ve alıcılar ile en fazla zaman geçiren kilit sağlık profesyonelidir. Yaşanabilecek etik sorunların önlenmesinde hemşirelerin önemli görevleri vardır. Transplantasyon hemşiresi, organ nakli sürecinde müdahale edemediği etik sorunlara şahitliği olabilen ve bu sorunlara yönelik farkındalığı en yüksek olan sağlık profesyonelidir.

3. Özerklik

Öncelikle belirtilmesi gerekir ki, özerklik ilkesi etik ilkeler arasında en üst sırada olan ve en başta gözetilmesi gereken ilkedir. "Özerklik" kelime anlamı olarak, bireyin kendi kendini yönetmesi anlamına gelmektedir. Özerklik sosyal hayatta da çok fazla kullanılan ancak etik ilkeler arasında anlamı tam olarak anlaşılamamış bir kavramdır. Hemşireden, hastaların özerkliğinin sağlanmasında savunucu olması beklenmektedir (Alpar ve ark., 2013). Özerklik kişilerin yaşamlarını etkileyen konular hakkında tercih yapabilme özgürlüğüne sahip olma anlamına gelmektedir. Özerklik, bireyin kendi değerlerine dayanarak kendisi hakkında karar verme özgürlüğü olarak tanımlanmaktadır. Özerklik özünde kişiye saygı gösterilmesi, eşit de-

ğer verilmesi, toplumun özel ve değerli üyesi olarak görülmesine dayanmaktadır. Yetki sahibi her bireyin, istek ve kararlarına saygı duymak etik bir ilkedir (Beauchamp ve Childress, 2019).

Özerkliğin dört temel unsuru bulunmaktadır. Birincisi insana saygı, ikincisi kişisel hedeflerini belirleyebilme, üçüncüsü bir eylem planı üzerinde karar verme yeteneği, dördüncüsü bir eylemde bulunma özgürlüğüdür (Alpar ve ark., 2013). Organ nakli özelinde düşünüldüğünde, bu unsurlar organ nakli alıcısı ve canlı vericisi için farklılık göstermektedir. Organ nakli alıcısı için, organ nakli adayı olma yani bekleme listesine kaydolmadan başlayarak dört temel unsur böbrek nakli adayı üzerinden düşünüldüğünde;

(1) Böbrek yetmezliği olan her hastanın en iyi şekilde tedavi olması insani hakkıdır ve insana duyulan saygıdır.

(2) Her böbrek yetmezliği olan hastanın kendi hayatında farklı hedefleri olabilmektedir, bazı hastalar için, haftada üç kez diyalize girmek çok büyük sıkıntı iken bazıları için olmayabilir.

(3) Her böbrek yetmezliği olan hastanın sağlık profesyonelleri tarafından tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesi ve gereksinimi doğrultusunda yönlendirmesi gerekmektedir. Ülkemizde 2021 yılı verilerine göre 84.128 diyaliz hastası bulunurken bekleme listesinde 22.491 hasta bulunmaktadır (Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2022, T.C. Sağlık Bakanlığı 2022). Bu fark, hastaların bu konuda yeterinde yönlendirilmemesinden, ülke genelinde organ nakli merkezleri sayısının az olmasından ve ölü vericiden nakil sayılarının düşük olması nedeniyle hastaların kendilerine sıra gelmeyeceğini düşünmesinden kaynaklanmış olabilmektedir.

(4) Bu aşamada ise, hastalar böbrek bekleme listesine kaydolmayı veya böbrek nakli olmayı tercih edenlerin organ nakli merkezlerinden çok uzakta yaşaması, ülkemizde organ bağışının az olması nedeniyle uzun bekleme süresi ya da hiç sıra gelmemesi ile yüz yüze kalabilmektedir. Hastaların organ nakli olmasının önündeki tüm engellerin aşılmasında gerek sağlık profesyonellerinin gerekse sağlık bakım yetkililerinin sorumlulukları bulunmaktadır.

Canlı verici özelinde özerkliğin dört temel unsurunu düşünürsek;

(1) Her kişinin canlı verici olmamayı seçme hakkı vardır, canlı vericilik baskı altında alınmaması gereken bir karardır.

(2-3) İkinci ve üçüncü unsurun birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Canlı vericinin hem kendi hem de organını vereceği yakınının sağlık durumu, riskleri, gelecek sağlık beklentisi gibi konularda çok detaylı bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme ile canlı

verici hem kendisi hem de alıcısı için hedef belirleyebilir ve canlı vericilik kararını verme yeteneğine sahip olabilmektedir.

(4) Bu aşamada canlı verici, vericilik konusunda aslında çok gönüllü olmasa da organ bağışı düşük bir ülkede olduğumuz için kendisini canlı verici olmak zorunda hissedebilmektedir.

Paternalizm, özerkliği kısıtlayan ya da yok sayan bir yaklaşımdır. Paternalizm, başkasının iyiliği, refahı, mutluluğu, gereksinimleri, değerleri veya çıkarları düşünülerek o bireyin eylem özgürlüğüne müdahale etmek olarak tanımlanmaktadır. Tıpta paternalizm ise, tıbbi kararların, hastaya fayda sağlamak veya olası zararları önlemek için, hastanın özerkliği göz ardı edilerek, hastanın irade ve isteği dışında hekim tarafından alınması ve uygulanmasıdır (Beauchamp ve Childress, 2001). Transplantasyon hemşiresi, organ nakli alıcısı ve vericisinin karar verme sürecinde tüm bakım ve tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin sonuçları, bu sonuçların ne anlama geldiğini anladığından emin olmalıdır. Bunun için hastaların anlama düzeylerini doğru şekilde değerlendirmelidir. Bu aşamada gönüllülük ve bilgilendirilmiş onamın önemi ortaya çıkmaktadır.

4. Gönüllülük

Canlı vericilikte, verici bireyin kendi özerkliği ile kendi bedeni üzerinde verdiği kararın uygulanması vardır. Bu da ancak gönüllülük ve bilgilendirilmiş onam ile sağlanabilmektedir (Ertin, 2014). Canlı vericilerde, verici tipleri ve etik terminolojinin bilinmesi gerekmektedir.

Canlı verici türleri ve etik terminoloji:

- *Verici (Donör):* Nakil amacıyla hücre, doku veya organ kaynağı olan canlı veya ölü bir insandır.
- *Ölü verici:* Yerleşik tıbbi kriterlere göre ölü ilan edilen ve nakil amacıyla hücre, doku veya organları alınan kişilerdir.
- *Akraba canlı verici (Genetik olarak ilgili canlı verici):* Alıcı ile genetik bağı olan canlı vericilerdir.
- *Duygusal olarak ilgili canlı vericiler:* Alıcıyla genetik olarak akraba olmayan, ancak alıcıyla duygusal faktörler, sevgi veya arkadaşlıkla bağlantılı olan canlı vericilerdir. Duygusal olarak ilişkili en yaygın vericiler, alıcıların eşleri veya refakatçileridir.
- *Akraba olmayan canlı vericiler:* Alıcıyla genetik veya duygusal olarak akraba olmayan canlı vericilerdir.
- *Fedakâr canlı bağışçılar:* Bazen alıcının kimliğini bilmeden, insani kaygılarla organlarını bağışlayan canlı kişilerdir.

- *Ücretli (veya ödüllü) vericiler:* Nakilden önce (hatta bazen sonra) alıcı tarafından tanınmayan, alıcı, alıcının yakınları veya bir kuruluş tarafından doğabilecek rahatsızlık ve riskler için tazminat ödenen üçüncü şahıs canlı bireylerdir.
- *Organ nakli turizmi:* Organ kaçakçılığı ve/veya transplantasyon ticaretini de içerebilen, organ kaynakları, uzmanları veya merkezlerinin alıcının menşe ülkesi dışında olan durumlarda transplantasyon için seyahat etmektir.
- *Etik komite:* Organ temini veya dağıtımı süreci, naklin kendisi, bağış öncesi ve sonrası ve nakil bakımı ve araştırması ile ilgili etik konuları ele almakla görevli komitedir. Böyle bir komite ulusal, bölgesel veya yerel olabilmektedir (Ambagtsheer, 2014; World Health Organization (WHO), 2009).

Canlı vericilerde özerklikte en fazla üstünde durulması gereken konu, gönüllülüktür. Canlı vericiliğin dayanması gereken kavram fedakarlıktır (özgecilik, alturizm). Bağış, sadece bağış yapan kişinin hayırseverliği ve iyilik yapma isteği üzerine kuruludur (Yaman ve Çağatay, 2020). Vericinin, üstün bir dayanışma ve insanlık eylemi söz konusudur. Fedakârca canlı bağış yapılmasının önemli bir toplumsal etkisi bulunmaktadır. Bu dayanışmayı bozan her eylem, halkın nakil programlarına olan güvenini azaltabilmektedir. Bağış yapma özgürlüğü, temel bir insanlık ve organ nakli ilkesidir. Bu özgür karar maddi, duygusal ve sosyal baskılar olmaksızın verilmelidir (Domínguez-Gil ve ark., 2018).

Gönüllülük ve bağımsız karar verme sürecinin etkilendiği özel gruplar vardır. Mahkumlar, bu gruba girmektedir. Örneğin, Çin'de ölüm cezasına çarptırılan mahkumların organlarının alındığına ilişkin ve diğer mahkumların organlarının satıldığına dair birçok iddia ve rapor bulunmaktadır (Shimazono, 2007). İstanbul Deklarasyonu'nun 2018 yılı güncellemesinde, mahkumlardan ve çocukluk-ergenlik çağında olan kişilerden nakiller yasaklanmalıdır maddesi yer almaktadır (Domínguez-Gil ve ark., 2018). Erken yaşta yapılan nakiller uzun dönemde vericinin sağlığını olumsuz etkileyebildiği belirtilmektedir (Maggiore ve ark., 2017). Çocuk ve ergenler, karar verme yeterliliklerinin olmaması ve ilerde daha fazla zarar görme riskleri olmasından dolayı canlı verici olmamalıdır.

Nefrektomi ya da hepatektomi oldukça riskli ameliyatlardır. Finansal konular ve fedakârlık canlı vericilik kararında değişken rol oynamaktadır (Daar, Salahudeen, Pingle ve Woods, 1990). Canlı vericilikte, verici ister akraba ister akraba dışı (duygusal olarak ilgili verici) olsun vericinin alıcı ile maddi bağı olabilmektedir. Örneğin alıcının hayatta kalması vericiye maddi yarar sağlayabilmektedir. Alıcı-verici arasında hiçbir açıdan güç dengesi yoksa yarar belki maddi olmayabilir ancak vericilik kararı farklı kaygılar barındırabilmektedir. Akraba verici, akraba

dışı verici ya da ücretli vericiler arasında etik beklentiler aynı olabilir ama yol açabileceği etik sorunları ayırt etmek güçtür. Tüm canlı verici tiplerinde, özgür karar verme ve alıcı-verici yararının gözetimi önemlidir. İran'da canlı vericilik devlete bağlı bir vakıf tarafından sağlanmakta, alıcı-verici arasında iletişim ve ödeme işlemleri bu vakıf güvencesiyle yapılmaktadır. Ücretli vericinin, ticari hatta cezai sömürü için potansiyel olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Sever ve ark., 2022). Canlı vericiye bağışta verilen toplu mali ödülün/teşviğin vericinin maddi durumunu düzeltmediği aksine daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir. İran'da 300 ücretli böbrek vericisi üzerinde yapılan bir araştırmada bu vericilerin; iş bulma, evlilik sorunları, depresyon ve önemli bir çoğunluğunda da (%66) maddi sorunlar geliştiği rapor edilmiştir (Zargooshi, 2001). Canlı vericilikte, maddi tazminatların arabulucu ya da kâr amacı güden bir kurum/kuruluş olmadan; büyük uluslararası kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca koordine edilmesi gerekmektedir (Martin ve ark., 2019; Streering Committee of the Istanbul, 2008).

Gerçek bir gönüllüğün oluşması için, canlı vericilerin gerekli bilgilendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Bilgilendirilmiş onam, canlı vericilik sürecinde özellikle üzerinde durulan bir konudur. Ancak kendi içinde birçok etik sorunu barındırmaktadır; Sağlıklı bir insan, bir başkasının yararına potansiyel zarara ne ölçüde maruz kalmalıdır? Sağlık profesyoneli olmayan birinin olumsuz olaylar ve komplikasyonlarla ilgili ayrıntılı bilgileri tam olarak kavrayamayacağı düşünüldüğünde, bilgilendirilmiş onam diye bir şey var mıdır? Bilgilendirilmiş onam dış baskılardan bağımsız olabilir mi, yani gerçekten gönüllü mü? (Shazi ve Abbas, 2019). Kapsamlı bir bilgilendirilmiş onam ve bunun etkili bir şekilde uygulanması, potansiyel bağışçıya canlı bağışın riskleri ve faydaları hakkında sorular sorma ve gönüllü olarak bağıştan vazgeçme fırsatı sağlamaktadır (Henderson ve Gross, 2017). Canlı verici bilgilendirilmiş onamının; cerrahi, tıbbi, psikososyal, finansal ve diğer önemli konuları içermesi gerekmektedir. Böbrek canlı vericilerinde yapılan bir sistematik incelemede; cerrahi bilgilerde, mortalite ve önemli komplikasyonların; tıbbi bilgide, oluşabilecek küçük (minör) komplikasyonların, hastanede kalış süresinin, hastanın tetkik ve izlem sürecinin, canlı vericiliğin uzun dönem etkisinin; psikososyal bilgilerde, bir böbrekle yaşamanın risklerinin, uzun dönem izlemlerin, stres yaşamanın, depresyonun, canlı vericiliğin yararlarının, yaşam şeklinde olası değişikliklerin, iş yaşamına etkilerin; diğer bilgilerde, gönüllüğünün doğasının, canlı vericilikten vazgeçme sürecinin, canlı vericiliğin alıcıya yararının, alıcıda greft kaybı riskinin, alternatif vericilik prosedürlerinin, rapor süresinin yer aldığı belirtilmiştir. Ayrıca merkezler arasında, bilgilendirilmiş onam içeriğinin standardizasyonu konusunda fikir birliği olmadığı her merkezde içeriğin farklılaştığı belirtilmiştir. Bilgilendirilmiş onamın politik, kültürel ve dini farklılıklardan etkilendiği vurgulanmıştır (Kortram, Lafranca, IJzermans, Dor, 2014).

Ülkemiz, Dünya'da en fazla canlı vericiden nakillerin gerçekleştirildiği ülke olduğu düşünüldüğünde canlı verici hazırlığı, takibi ve etik sorunlarının ayrıca çalışılmasına gereksinim vardır. Organ nakli ekibinde psikiyatrist, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet uzmanının yer alması gerekmektedir. Ülkemizde, organ nakli ekibinde mutlaka psikiyatrist yer almaktadır ancak bu uzman genellikle alıcı ve vericinin psikopatolojik durumunu değerlendirebilmektedir. Detaylı ve kapsamlı bir psikolojik değerlendirme yapamamaktadır. Ülkemizde bazı merkezlerde, organ nakli birimine ait bir psikolog bulunurken bazılarında genel hastanede görev yapan psikologların ekipte yer aldığı görülmektedir. Ayrıca organ nakli ekiplerinde sosyolog ve sosyal hizmet uzmanlarının genellikle olmadığı görülmektedir. Bu durum hastaların psikososyal değerlendirmesi, izlemi ve finansal değerlendirmesi açısından zorluk yaratmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; karaciğer canlı vericilerinin psikososyal sağlıklarında, yaşın genç olmasının finansal durumun, düşük eğitim seviyesinin yaşam kalitesi ve depresyonda etkili olduğu bulunmuştur (Sarıgöl Ordin ve ark., 2022). Bu nedenle, organ nakli ekibinde yer alan hemşirenin hastaların bilgilendirilmiş onam sürecinde; anlatılan tıbbi bilgileri anlama durumunu, psikosoyal durumunu ve maddi durumunu detaylı değerlendirmeli ve hastanın anladığından emin olması gerekmektedir. Özellikle genç yaşta olan, maddi durumu ve eğitimi düzeyi düşük olan hastalar hem fiziksel hem de psikososyal açıdan vericilik sonrası daha olumsuz etkilenebildikleri için detaylı değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Organ nakli hizmetleri yönetmeliği 2022 yılında yayınlanmıştır (Sayı: 32038, 9.12.2022). Bu yönetmeliğin dördüncü bölümünde "Canlı Vericiden Organ Bağışı ve Nakli, Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonu ve Ulusal Organ Nakli Etik Kurulunun Yapısı, Görevleri ve Çalışma Usul ve Esasları ile Canlı Verici Hakları Koruyucusu", canlı verici koruyucusu tanımlanmıştır. Yönetmeliğin 16. maddesine göre, "Canlı vericili nakil yapılan bütün merkezlerde Bakanlık tarafından standartları belirlenen bir personel canlı verici hakları koruyucusu olarak görevlendirilmektedir. Bu personel Bakanlık tarafından belirlenmiş eğitim standartları kapsamında sertifikalandırılmış olan aşağıda belirtilen nitelikteki kişiler arasından seçilmektedir:

a) Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı

b) Psikolog

c) Organ ve doku nakli koordinatörlüğü konusunda yüksek lisans yapmış sertifikalı organ ve doku nakil koordinatörü

ç) Sosyal hizmet uzmanı

Bu personel çalışmalarında bağımsızdır ve Bakanlığa karşı sorumludur. Bu personelin göreve gelmesi ve görevden ayrılması yalnızca Bakanlığın uygun görüşü ile mümkündür.

Organ nakli merkezleri bu personele iş ve işlemlerinde yardımcı olmak zorundadır. Canlı verici hakları koruyucusunun gerçekleştireceği faaliyetleri zorlaştırıcı tutumları tespit edilen ve işlemlerin aksamasına yol açan merkezin faaliyet izni ile ilgili bilimsel komisyonun kararına göre işlem yapılır" ibaresi yer almaktadır.

Bu kapsamda "c" bölümündeki yeterliliğe sahip olan hemşireler görev alabilmektedir. Canlı verici hakları savunucusu olarak hemşirelerin rol ve sorumluklarını yerine getirirken canlı vericilerde etik ilkelerden özerklik ilkesi, gönüllülük durumu, yarar-zarar ilkesini gözetmesi ve bilgilendirilmiş onam sürecini değerlendirmesi beklenmektedir.

4.1. Organ Naklinde Onam Çeşitleri

Ölü vericiden nakillerde iki farklı onam ekolu vardır; biri İngilizcesi "presumed" olan varsayın/farz edilen onam ve İngilizcesi express/informed olan ifade edilen/bilgilendirmiş onamdır (Ertin, Harmancı, Mahmutoğlu ve Başağaoğlu, 2010). Varsayılan/farz edilen onam/rıza, "opt out policy" – "reddetmenin olmadığı" organ bağışı sistemi olarak da ifade edilmektedir. "Reddetmenin olmadığı" sistemde, bir ülkede/eyalette ikamet eden tüm bireylerin, özellikle "reddetmedikleri" sürece, ölü organ bağışçısı olduklarını varsayan bir bağış politikasıdır ve "varsayılan/farz edilen rıza" olarak da bilinmektedir (Etheredge, 2021). Reddetme, bireylerin hayattayken vefat ettikleri zaman organ bağışına karşı tercihlerini belirtmelerini gerektirmektedir. Bu tür bir tercih, genellikle ulusal bir kayıt sistemine kaydedilmektedir. Belçika'da bu onam iki şekilde uygulanmaktadır; sağlığında onamı olanlar ve olmayanlarda. Sağlığında organlarını bağışlandığını bildirmesi durumunda ailenin rızası olmasa da organlar alınabilmektedir. Birey sağlığında organ bağışı yapmadıysa, bağışa gönüllü olduğu varsayılmaktadır. Organ alımı ailenin izni aranmadan alınmaktadır. Ancak bu durumda, aile reddettiğinde organlar alınamamaktadır (Ertin ve ark., 2010). Varsayın/farz edilen onam, Avusturya, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Macaristan, İtalya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç'te de "opt-out"-"reddetmenin olmadığı" sistem olarak kullanılmaktadır (EPRS, 2020). Ayrıca, 2020 yılında bu bağış politikasına Hollanda ve İngiltere, 2021 yılında İskoçya ve Kanada, 2022 yılında İsviçre'nin geçtiği bilinmektedir. Avusturya, Danimarka, Almanya, İsrail, Romanya ve Amerika'nın birçok eyaleti bu sisteme geçme konusunu tartışmaktadır (Molina-Pérez, Rodríguez-Arias ve Delgado, 2022). Varsayın/farz edilen onamın 21 ülkede etkisini inceleyen bir çalışmada, organ naklinde sadece birey ya da ailesinin rıza bildirmediğinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu rıza/onam politikasının etkisinin %0-5 arasında olduğu ve sınırlı etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Ailelerin organ bağışı rızasına müdahalesinin organ bağışı durumunu arttırdığını devre dışı bırakmanın ise oranları azalttığı bulunmuştur. Bu nedenle, sağlık politi-

kacılarının sadece bu rıza politikası ile organ bağışını arttırabileceğini düşünmemesi gerektiği ailelerin bu süreçte ki etkisinin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Molina-Pérez ve ark., 2022). Ülkemizde bu sistem bilimsel ve mesleki toplantılarda dile getirilmektedir ancak toplumsal çekincelerden dolayı uygulamaya geçilmemiş ve yasalaştırılmamıştır. Organ bağışının oldukça kısıtlı olduğu ülkemizde bu sistemin getirilmesi toplumun hazır oluşluğunun olmaması nedeniyle organ bağışlarını olumsuz etki yapabileceği düşünülmektedir. Bu konunun araştırılması ve toplumsal dinamiklerin çalışılmasına gereksinim vardır.

İfade edilen/bilgilendirilmiş onam/rıza - "informed consent/opt in policy", bireyin sağlığında iken organlarını kendi isteği ile bağışlamasıdır. İfade edilen/bilgilendirilmiş onam/rıza, "opt in policy" – "tercihini açıkça ifade etme" organ bağışı sistemi olarak ifade edilmektedir. "Tercihini açıkça ifade etme", bireylerin vefat ettikten sonra bir organ bağışçısı olma konusundaki tercihlerini açıkça ifade etmelerini gerektiren bir bağış politikasıdır. "Reddetmenin olmadığı" sisteminin tam tersidir, bu politikada kimse organ bağışını reddettiğine dair açık bir beyanda bulunmadıkça, gönüllü bağışçı olduğu varsayılmaz. Bu "Açık rıza" politikası olarak da bilinir. Ülkemizde, "Organ ve doku alınması, saklanması ve nakli hakkındaki kanuna göre, Türkiye'de 18 yaşından büyük ve mümeyyiz kişiler, organlarını bağışlama isteklerini iki tanık huzurunda ve yazılı olarak beyan ettiklerinde bağış yapmaktadır. Sağken bağış beyanında bulunmamışsa, beyin ölümü teşhisinin ardından organ alımı için kişinin yakınlarından yazılı izin alınması şarttır. Ülkemizde, organ bağışı oranı oldukça düşüktür ve beyin ölümü sonrası ailelerin yalnızca %25 gibi düşük bir oranı onay vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Organ bağışının arttırılmasına yönelik toplumsal çalışmalara gereksinim vardır. Etik açıdan incelenecek olursa, ailelerinin bu karar sürecinde özerkliklerinin korunması gerekir. Diğer önemli bir konu, sağlığında organlarını bağışlamış ya da bu konuda bir fikir beyan etmemiş kişilerin organ bağışı kararının aileleri tarafından verilmesidir. Organ bağışı kararının verilmesi, toplumun ve nakil olacak hastanın (alıcının) yararını korurken, bu kararın baskıya maruz kalmadan yapılması ailenin gönüllülük ve özerk karar verme sürecini koruyacağı öngörülmektedir.

5. Yarar Sağlama/Zarar Vermeme

Yarar sağlama ilkesi "İyilik Yap ya da İyiliği Destekle", "Zararı Engelle" ve "Kötülüğü ve Zararı Ortadan Kaldır" olmak üzere üç bileşen üzerinde temellenmektedir. Bu nedenle yarar sağlama ilkesinin farklı tanımlarının olabileceği belirtilmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) yarar sağlama ilkesini: "*Hemşireler iş arkadaşları ya da başka biri yüzünden bakımları tehlike altında olduğunda bireyleri, aileleri ve toplumu korumak adına gerekli eylemleri gerçekleştirir*", olarak tanımlarken (ICN 2021);

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA): "*Hastanın bir savunucusu olarak hemşirelerin, sağlık bakım ekibi ya da sağlık bakım sisteminin herhangi bir üyesi tarafından yapılacak herhangi bir ehliyetsiz, etik dışı, gayrimeşru ya da düzensiz uygulamaya ya da hastanın haklarını ya da çıkarlarını tehlikeye atan hareketlere karşı tetikte olması ve uygun eylemlerde bulunması gerekir*" şeklinde tanımlamaktadır (ANA, 2015). Yarar sağlama ilkesi ile yakından ilişkili olan ve yarar sağlama ilkesinin temel bileşenlerinden arasında yer alan bir diğer ilke zarar vermemedir. Bu ilke, hemşirelerin bireylere zarar vermekten kaçınacak şekilde davranmasını ve eyleme geçmesini gerektirmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Organ ve doku nakillerinde yarar sağlama/zarar vermeme ilkeleri temelinde en uygun naklin ölü vericiden yapılan nakillerin olduğu belirtilmektedir. Ölü vericiden yapılan nakiller, fizyolojik ve biyolojik olarak vericiye zarar vermemekte ve alıcıya yarar sağlamaktadır. Ancak ölü vericiden yapılan nakillerde beden bütünlüğünün bozulması düşüncesi aileleri ve organ bağışı yapacak olan bireyleri rahatsız edebilmektedir. Bu nedenle transplantasyon hemşirelerinin toplumu, ölü vericiden yapılan nakillerde; sadece karın bölgesinde bir ameliyat izi olacağı ve ölü verici ameliyatlarının cerrahlar tarafından özenle yaşayan bir hastanın ameliyatı gibi yapılacağı, kompozit nakillerde (kol, yüz vb.) ise alınan uzuvların yerine protezler yerleştirilerek vücut bütünlüğü korunacağına ilişkin bilgilendirme yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi (AFSÜ), 2022). Ayrıca bu uygulamanın, ölü vericinin bedenine olan saygının ve organ naklinin temel amacı olan bireye yarar sağlama/zarar vermemenin açık bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir.

Organ ve doku nakli, alıcıların ve vericilerin hak ve özgürlüklerinin güvence altına alındığı ve hastaların yararının gözetildiği koşullarda ve kurumlarda gerçekleştirilmelidir. Canlı vericiden yapılan organ nakillerinde, alıcı ve verici açısından risklerin ve zararların minimal düzeyde olması sağlanmalı; riskler/zararlar alıcı ve vericiye sağlanacak yararın üzerinde olmamalı; öncelik insan sağlığı ve esenliği olmalıdır. Kompozit doku nakilleri gibi insan hayatı için elzem olmayan ancak yaşamın niteliğini geliştiren ve yaşam kalitesini arttıran nakillerde, hastanın maruz kalacağı risk ve zarar, yarardan yüksek ise nakil yapılmamalıdır. Bu nedenle organ ve doku nakillerinin başarısını değerlendirilirken, ameliyat sonrası bakım, rejeksiyon olasılığı, alt ve üst ekstremite nakillerinde fonksiyonların kazanılması gibi tüm etkenler göz önünde bulundurularak, uzun ve kısa dönemdeki yarar ve zararları karşılaştırılmalı, zarar ağır basıyorsa nakilden kaçınılmalıdır. Bu amaçla, nakillerde hastalardan aydınlatılmış onam alınırken; ameliyatın riskleri, beklenen yararları, alternatif tedavi seçenekleri, nakil sonrası süreç, tedavi edilmediği takdirde muhtemel sonuçlar hakkında detaylı bilgi verilmelidir. Bunlara ek olarak nakil sonrası, hastalara rejeksiyonu önlemek amacıyla kullanılan immunsupresif

ilaçların; enfeksiyon, hipertansiyon, diyabet ve kanser gibi çeşitli hastalıkların gelişim riskini arttırdığı bilgisi verilmelidir (Türkiye Biyoetik Derneği, 2012). Transplantasyon hemşiresi; bilgilendirilmiş onamın alındığına, detaylı bir şekilde hastanın bilgilendirildiğinden ve anladığından emin olmalıdır.

Türkiye canlı vericiden böbrek naklinde dünyada birinci sıradadır (GODT, 2021). Ülkemizde canlıdan yapılan organ nakillerinde vericiyi korumak amacıyla anayasanın 2238 sayılı kanunun 17 maddesine göre "*Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi Zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Türk Medeni Kanunu'na göre de kişiler özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlaka aykırı sınırlayamaz, ancak yazılı rıza üzerine doku ve organ alınması, aşılanması ve nakli mümkündür*" ibaresi yer almaktadır (T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979). Canlı nakillerde fizyolojik ve biyolojik olarak asıl yarar sağlayan kişi alıcıdır ve vericiler nakil sonrası çeşitli fizyolojik, psikolojik problemlerle karşılaşılabilmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında canlı vericilik sonrası 1-24 yıl süre içerisinde böbrek canlı vericisi olan kişilerde; ölüm oranları, kanser, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon ve Tip 2 diyabet görülme oranının sağlıklı gruba göre artış gösterdiği belirtilmektedir (O'Keeffe ve ark., 2018). Canlıdan yapılan nakillerin verici üzerindeki psikolojik etkileriyle ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda; canlı vericilerin büyük ölçüde olumlu duygular hissettiği, depresyon oranlarının genel popülasyonla benzer olduğu, sınırlı düzeyde pişmanlık ve benlik saygısında azalma yaşadığı, alıcı ile ilişkilerinde değişiklik ve gelişme olmadığı belirtmektedir (Maple, Chilcot, Weinman, Mamode, 2017; Ralph ve ark., 2019). Farklı çalışmalarda ise, canlı vericilerin depresyon, anksiyete, stres, sağlıklarının bozulacağı ile iligli endişe yaşadıkları ve alıcıları ile ilişkelerinin olumsuz etkilendiği bulunmultur. (Ralph ve ark., 2012; de Groot ve ark., 2019). Bu nedenle, tüm nakillerde özellikle canlı vericiden yapılan nakillerde, vericiler, nakil öncesi transplantasyon hemşiresinin de içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından biyolojik ve psikososyal açıdan kısa ve uzun dönem sonuçları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye ek olarak vericilerin nakil süreci ile ilgili öz bildirimlerinin (self report) alınmasının nakil sonrası yaşanabilecek fiziksel ve psikososyal risklerin belirlenmesinde yararlı olacağı ifade edilmektedir (Wirken ve ark., 2022).

6. Dürüstlük

Dürüstlük ilkesi, doğrunun söylenmesi ile ilişkilidir. Doğruluk kavramı ise, evrensel bir erdem olarak kabul görülmekte yasa ve yönetmelikler ile bu ilke güvence altına alınmakta ve önemi vurgulanmaktadır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Bu kavram; *Türkiye Cumhuriyeti*

Hasta Hakları yönetmeliğinde "Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir." (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998) olarak belirtirken; Amerikan Hastaneler Birliği (AHA) Hasta Hakları Bildirgesinde "*Hastaların teşhis, tedavi ve hastalığın prognozu ile ilgili konularda kendilerinin anlayabileceği bir dilde tam ve güncel bilgileri elde etme hakkı vardır*" şeklinde ifade edilmektedir (AHA, 1992).

Doğru bilginin saklanması ya da yalan söylenmesi hemşire-hasta arasındaki güven ilişkisini ve hastanın özerkliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle; transplantasyon hemşireleri alıcı ve canlı vericilerini nakil öncesi süreç, nakil sonrası uzun ve kısa dönemde karşılaşabilecekleri sağlık sorunları, nakilin riskleri gibi çeşitli konular hakkında mümkün olduğunca tıbbi terimleri kullanmadan basit bir dilde bilgilendirmeli ve bireyin anlatılanları anladığından emin olmalıdır. Böbrek canlı vericileri ile ilgili yapılan çalışmalarda; vericilerin yaklaşık olarak yarısının beklediğinden daha fazla ağrı deneyimledikleri, %41'nin kronik ağrı yaşadığı, yaklaşık %15'inin vericilik sonrası 10 yıl süresince, her gün ya da her hafta ağrı kesici ilaç kullandıkları belirtilmektedir (Bruintjes ve ark., 2019; Fleishman ve ark., 2020; Meyer, Bjørk, Wahl, Lennerling ve Andersen, 2017a). Canlı vericiler ile ilgili yapılan bir çalışmada vericilerin %16,80'nin perioperatif süreç boyunca gastrointestinal, kanama, solunum, cerrahi ve anesteziye bağlı yaralanmalarla ilişkili komplikasyonların geliştiği bulunmuştur (Lentine ve ark., 2016). Böbrek canlı vericileri ile yapılan çalışmalarda; nakil sonrası vericilerin son dönem böbrek yetmezliği, glomerular filtrasyon oranlarında düşüş, son döenm böbrek yetmezliği, kreatinin ve hipertansiyon oranlarında artış olduğu, kendi sağlıklarına ilişkin endişe yaşadıkları, sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin etkilendiği, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşadığı, sağlık bakım maliyetlerinde artış olduğu ve bazı vericilerin bu maliyeti karşılamakta zorluk yaşadığı belirtilmektedir (Barnieh ve ark., 2021; Kestenbaum ve Seliger, 2019; Meyer ve ark., 2017a). Literatürde canlı vericilerin nakil öncesi dönemde; nakil sonrası kısa ve uzun dönem etkileri hakkında vericilerin yeterli düzeyde bilgilendirilmedikleri ve bilgilendirilmenin önemi ve gerekliliği vurgulanmaktadır (Lentine ve ark., 2016; Meyer ve ark., 2017b). Bu bağlamda hemşireler hem savunucu rolüyle hem de hemşirelik etik kodlarından dürüstlük ilkesi gereğince; vericileri nakil öncesi dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik açıdan kapsamlı bir şekilde değerlendirmeli, nakil sonrası kısa ve uzun dönemde yaşayabileceği fizyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlara yönelik detaylı bilgilendirme yapmalıdır.

7. Gizlilik

Gizlilik ilkesi, başkalarına ait özel veya gizli bilgilerin ifşa edilmemesi olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses [ICN]), Amerikan

Hemşireler Birliği (American Nurses Association [ANA]) ve Kanada Hemşireler Birliği (Canada Nurses Association [CNA]) Hemşirelere Yönelik Etik Kodlarında; hemşirelik mesleğinin gizliliğin sağlanması ve sürdürülmesindeki önemini vurgulamaktadır (ANA, 2015; ICN, 2021; CNA, 2017). ICN gizlilik ilkesinin önemini ve gerekliliğini: "*Hemşire kişisel bilgiyi gizli tutar ve bu bilgiyi paylaşma noktasında sağduyusunu kullanır" şeklinde ifade ederken* (ICN 2021), ANA: "*Hemşire hastayla ilgili gizli bir bilgi öğrendiğinde bunu kimseyle paylaşmamalı, bu bilgiyi yalnızca hastanın bakımında gerekli olduğunda kullanmalıdır*" olarak belirtmektedir (ANA, 2015). Gizlilik ilkesinin önemi yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Nightingale Hemşirelik And'ında gizlilik ilkesi "*Mesleğimin standardını yükseltmek için elimden geleni yapacağım ve mesleğimi yaparken elde ettiğim tüm bilgileri ve aile meselelerini gizli tutacağım*" şeklinde ifade edilmektedir. Gizlilik ilkesi, hemşirelik andından belirtilen tek hasta bakım ilkesidir.

Organ ve doku nakillerinde "gizlilik" sözcüğü yerine genellikle "anonim" kelimesi kullanılmaktadır. Bu terminoloji, ölü verici bağışlarında üzerinde durulan bir konudur. Anonim verici; herhangi bir biyolojik veya önceden duygusal ilişkileri olmayan herhangi bir potansiyel organ nakli alıcısı için organ bağışçısı olmaya istekli kişiler olarak tanımlanmaktadır (https://optn.transplant.hrsa.gov/). Organ ve doku naklinde de gizliliğin önemi ve gerekliği vurgulanmakta ancak, anonim nakillerin yararlılığı konusunda farklı görüşler ve uygulamalar bulunmaktadır. T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkındaki 2238 sayılı yasada: *"Organ ve doku alınacak kan veya sıhri hısımlık ve yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayrık olmak üzere alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak zorundadırlar*" şeklinde gizliliğin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979). Bu ifadenin özellikle vericiler açısından ekstra yarar sağlayabileceği düşünülmektedir. İtalya bioetik kurumu tarafından yayınlanan raporda; verici aileleri ile alıcılar arasında etkileşim olmasının, ailelere sevdikleri birinin ölümünün, başkalarının yeniden yaşamaya başlamasına olanak verdiğini göstermesinin yas sürecini azaltabileceği belirtilmektedir. Aynı raporda anonimlikten çıkmanın, toplumdaki bireylerin, olağanüstü cömertlik hikayeleri öğrenmelerini olanak sağlayarak; insanları organ bağışına teşvik edebileceği ve arttırabileceği ifade edilmektedir (Petrini, Riva, Floridia ve Mannelli, 2020). Kanada Organ Nakli Derneği tarafından yapılan çalışmada ise; anonimliğin ortadan kalkmasının vericinin ailesi ve alıcı açısından kesin olarak yararlı olduğuna ya da zarar verdiğine ilişkin net kanıtlar olmadığı bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmektedir (Gewarges ve ark., 2015).

Canlı vericilere bilgilendirilmiş onam sırasında bilgilendirilmiş onamı imzalasa bile sonrasında vazgeçebileceği ve bu bilginin gizli tutulacağı bilgisinin verilmesi; canlı vericilerin kendilerini daha güvende hissetmelerine, vericilikle ile ilgili kararlılığını sürdürmesi vericilik motivasyonun daha doğru ve objektif olarak ortaya konulmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.

8. Adalet

Adalet ilkesi; bazı kişilere verilen imkân ve olanakların başka bir bireye de verilmesine engel olabileceğinin farkında olmak ve bunun rehberliğinde bireylere adil ve eşit davranılması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakım ilkeleri kapsamında, adalet ilkesi araç/gereç ve sağlık hizmetlerinin dağıtımına odaklanır. Sağlık bakım hizmetlerinde öncelikli hedeflerden biri, sınırlı kaynakların eşit ve adil bir şekilde kullanılması ve dağıtılmasına yönelik politikaların oluşturulması ve uygulanmasıdır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Tüm dünyada ve ülkemizde her geçen gün organ bekleyen kişi sayısı artmasına karşılık yeterli sayıda organ bulunamamaktadır (GODT, 2022). Organ nakli yapılamadığı takdirde yaşamın sonlanması ile sonuçlanabilecek ciddi durumlarda zaten kısıtlı olan organların adil bir şekilde dağıtılması oldukça önemlidir. T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında 2238 sayılı yasada organların adil şekilde dağıtılması: "*Organların adaletli dağıtımı esastır. Dağıtıma ilişkin hususlarda şahıslara münferit düzenleme ve işlem yapılamaz. Organ dağıtımına ilişkin süreçlerde usulsüzlük yaptığı tespit edilen personel hakkında ilgili mevzuata göre işlem yapılır ve bu personel bir daha organ, doku nakli ve bağışına ilişkin hiçbir iş veya süreçte görev alamaz*." ibaresi ile güvence altına alınmakta aynı zamanda usul ve esaslara uyulmadığı takdirde uygulanacak yaptırımlar belirtilmektedir (T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979). Ölü vericiden yapılan nakillerde esas temel alınan liste, organ bekleme listesidir. Bekleme listesinde, ismi bulunmayan bir kişiye nakil işlemi yapılmamaktadır. Bekleme listesinin oluşturulmasında dil, din, ırk, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi herhangi bir sosyodemografik özellik dikkate alınmamaktadır. Hangi organ ve doku olursa olsun asıl ölçüt naklin gerçekleştirilmesinin aciliyetidir. Başka bir ifadeyle, bir kişi üç ay içerisinde nakil yapılmadığı takdirde yaşamanı yitirme riski fazlaysa, o kişi listenin başında yer alırken bir yıl içerisinde nakil yapılamadığında hayatını kaybetme riski olan kişi listenin daha aşağısında yer almaktadır. Nakil yapılacak organa göre değerlendirilen parametreler, farklılık göstermektedir. Örneğin; karaciğer nakli gereksiniminin hesaplanmasında Son Evre Karaciğer Hastalığı İçin Model (Model for End-stage Liver Disease [MELD]) skorlama sistemi kullanılmakta ve bu skorlamadan yüksek puan alanlar bekleme listesinde ilk sıralara geçmektedir.

Organların eşit ve organize olarak dağıtılması amacıyla T.C Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ulusal Koordinasyon Sistemi (UKS) oluşturulmuştur. UKS, Bakanlığın koordinasyonunda Ulusal ve Bölge Koordinasyon Merkezleri vasıtası ile yürütülmektedir. Ulusal Koordinasyon, Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) tarafından, bölgesel koordinasyon ise Bölge Koordinasyon Merkezi (BKM) tarafından yönetilmektedir. Ülkemizde organ nakli koordinatörü olarak, çok sayıda hemşire görev almaktadır. Organ ve doku nakli merkezleri, kendi hastanelerinden çıkan donöre ait organ ve dokuları öncelikli olarak kullanma hakkına sahiptir. Ancak bu kullanımda, aranacak en az doku uyumu şartları bilimsel danışma kurulları tarafından belirlenmektedir. Vericinin bulunduğu merkezde kullanılmayacak olan organ ve dokular BKM'ye bildirilmektedir. BKM daha önce belirlenen sıraya göre sisteme kayıtlı merkezlere dağıtımı yapmaktadır. Bölgede kullanılmayan organ ve dokular bir sonraki bölge merkezi tarafından dağıtıma alınmaktadır. Nakil merkezleri, bekleyen hastaların verilerini, T.C. kimlik numarası dahil, Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi'ne eksiksiz, doğru ve zamanında girilmesinden, hasta bilgilerinin doğruluğunun kontrol edilerek güncellenmesinden sorumludur (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2000). Örneğin; böbrek dağıtımı UKM tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesinde yapılan eşleştirme ve puanlamaya göre yapılmaktadır. (Nakil merkezi tespitine yönelik yapılan puanlamada, merkezler, en yüksek puanlı 3 hastanın toplam puanına göre en yüksekten en düşüğe doğru sıralanırlar). Alıcı, kendisiyle aynı kan grubunda olan vericiden böbrek alır. Böbrek gereksinimi acil olan hastalar (diyaliz ile tedavi edilemeyen gibi) "Acil Hasta Bildirim Formu" ile UKM'ye bildirilmektedir. Bu talebin kabul edilebilmesi için Diyaliz Bilim Kurulundan üç üyenin onayı gerekmektedir. Eğer talep onaylanırsa; böbrek acil bildirimi yapılan hastaya (birden fazla acil hasta varsa puan sırasına göre) yönlendirilmektedir. Acil bildiriminin olmadığı durumlarda; aynı kan grubuna sahip sıfır mismatch olan alıcı var ise böbrek şartsız olarak o alıcıya gitmektedir. Birden fazla sıfır mismatch alıcının olması durumunda ise, sırasıyla vericinin çıktığı nakil merkezi, bölgesel ve ulusal sıralamaya göre yapılan puanlama neticesinde, böbrek en yüksek puanlı alıcıya gitmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi, 2016).

"Tercihli bağış" tanımı 2238 sayılı aynı yasada tanımlanmıştır. Tercihli bağış: "Ölmüş kimsenin, bir organının organ nakli bekleme listesindeki belirli bir kişiye takılması şartıyla verici olarak bağışlanması işlemi" olarak tanımlanmaktadır. "*Tercihli bağış; ölü vericinin eşine veya dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) kan ve kayın hısımlarına yapılabilir*" (T.C. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979). Bu bağışta esas nokta, bazı organların tercihli bağışlanırken bazılarının mutlaka bekleme listesi esaslarına göre bağışlanma şartının olmasıdır. Bu nedenle, tercihli bağışta eşitlik ilkesinin

tam olarak sağlanamadığı düşünülmektedir. Bu bağış türünde, organ bağışının teşvik edici olması amaçlanmıştır.

Organ naklinde, üzerinde durulan diğer bir konu cinsiyet eşitsizliğidir. Cinsiyet eşitsizliği kadın ve erkeklerin biyolojik özelliklerinden ya da toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklı olabilmektedir. Örneğin, karaciğer nakli gereksiniminin hesaplanmasında Son Evre Karaciğer Hastalığı İçin Model (Model for End-stage Liver Disease [MELD]) skorlama sistemi kullanılmaktadır. MELD skorunun kullanılmasının transplantasyonda cinsiyet eşitsizliğine neden olduğu düşünülmektedir. Bunun temel nedeni; biyolojik olarak erkeklerde kreatinin oranın kadınlardan %30 daha fazla olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Başka bir deyişle, kronik karaciğer hastalığı olan aynı yaş, etnik köken ve kreatinin için, tahmini glomerüler filtrasyon hızı erkeklere kıyasla kadınlarda daha düşüktür. Bu fark MELD skoru hesaplanırken dikkate alınmaz, kronik karaciğer hastalığının şiddeti derecelendirilirken, kadınlara karşı sistematik önyargıya neden olabilmektedir, bekleme listesindeki süre artmakta ve karaciğer nakline erişim azalmaktadır. Bu nedenle, MELD skoru hesaplamasında kreatinin düzeyini değiştirmek için glomerüler filtrasyon hızının kullanılması, bu eşitsizliği düzeltmeye yönelik bir adım olarak düşünülmektedir. Bu amaçla, MELD 3.0 modelinin kullanılması önerilmektedir. MELD 3.0 modeli, bilirubin ile sodyum ve bilirubin ile kreatinin arasındaki etkileşimlere ek olarak kadın cinsiyeti, serum albümini ve kreatinin için 3,0 mg/dL'lik bir üst sınır gibi ek değişkenleri içermektedir (Bayona Molano, Barrera Gutierrez, Landinez, Mejia ve Haskal, 2023). Böylece transplantasyonda biyolojik nedenlerden kaynaklı cinsiyet eşitsizliğinin önlenebileceği düşünülmektedir. Böbrek nakillerinde ise, hesaplamada temel alınan biyolojik parametrelerden biri glomerul filtrasyon hızıdır (GFR). Kadınlarda GFR hızı, erkeklerden daha düşüktür. Bu nedenle, aynı yaş ve etnik kökene sahip son dönem böbrek yetmezliği olan kadınların sayısı erkeklerden fazladır (Carrero, Hecking, Chesnaye ve Jager, 2018; Inker ve ark., 2017). Bu eşitsizliği gidermek amacıyla hesaplamada vücut yüzey alanı düzeltmesi yapılarak tahmini GFR hesaplanmıştır. Ancak bu yaklaşımında, gerçek ve güvenilir değerlerin elde edilmesi için yeterli olmadığı belirtilmektedir (Inker ve ark., 2017). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından düşünüldüğünde, erkeklerin sağlık hizmetine erişiminin daha iyi olduğu, organ yetmezliği olan erkeklerin organ nakli konusunda daha fazla bilgilendirildiği ve yönlendirildiği, erkeklerin kadınlara göre tüm dünyada daha fazla organ nakli oldukları ve kadınların daha fazla canlı vericilik oranına sahip oldukları bilinmektedir.

Cinsiyete bağlı eşitsizliğin giderilmesine yönelik tüm dünyada toplumsal duyarlılık kazandırılması için transplantasyon alanında çalışan sağlık profesyonellerinin uluslararası toplantılarda bu konuyu ele alması ve tartışmasının sorunun çözümüne katkı sağlayacak adımların

atılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, klinik ortamda hem kadın hem de erkeklere eşit bilgilendirme yapılması organ nakline yönlendirilmesi, canlı vericilik konusunda kadın vericilerin dikkatli değerlendirilmesi önemlidir.

9. Ahlaki Sıkıntı

Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi şekilde tehlikeye girmesi veya temel değerler ve yükümlülükler çerçevesinde hareket edememe veya eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından kaynaklı yaşadığı sıkıntı olarak tanımlanmaktadır (Hamric, 2014). Sağlık ve teknoloji alanlardaki değişimlerle tıbbi etik ilkeler, sağlık çalışanlarının sorumlulukları, yaşam desteğini sürdürmek, beyin ölümü, transplantasyon gibi sınırlı kaynakların adil dağıtılmasının sağlanması sağlık çalışanlarının etik ikilem ve ahlaki sıkıntı yaşamasına neden olabilmektedir (Wasylenko, 2013; Victorino ve Wilson, 2017). Hemşireler, hastalar ve aileleri ile daha yakın ve kişisel bir ilişkiye sahip oldukları için tüm sağlık profesyonelleri arasında benzersizdir. Yapılan bir çalışmada, tüm hemşirelerin ahlaki sıkıntı deneyimledikleri, ancak en fazla ahlaki sıkıntının organ nakli hemşirelerinde olduğu belirtilmektedir (Rice, Rady, Hamric, Verheijde ve Pendergast, 2008). Hemşirelerin özenli doğası ve organ eksikliğinin yaygın etkisi göz önüne alındığında, bekleme listesindeki artışa karşılık yeterli organ bulunamamasının hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı yaşanmasına neden olduğu düşünülmektedir. (Austin, 2016; Wasylenko, 2013; Victorino ve Wilson, 2017). Ölü vericiden yapılan organ nakillerinin başarısında, verici bakımı oldukça önemlidir ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Vericiye beyin ölümü tanısı konulması ile başlayan, ailenin bilgilendirilmesi ve onamının alınmasıyla devam eden bu süreç hem aile hem de vericinin bakımını yürüten hemşireler için stresli ve duygusaldır (Monforte-Royo ve Roque, 2012).

Canlı vericilerde, kadınların daha fazla sayıda olması, naklin alıcı ve verici açısından daha başarılı olunması amacıyla genç vericilerin tercih edilmesi, alkol kullanımı nedeniyle karaciğer yetmezliği yaşayan bir hastaya düzelebileceği umuduyla eşinin organını vermesi gibi çeşitli durumlar, canlı vericilere, alıcıların yaşamı ve ölümü arasında bir seçim yapma sorumluluğunu yüklemektedir. Hemşireler, hasta ve yakınlarıyla fazla zaman geçirdikleri için daha yakın kişisel ilişkilere sahip olabilmekte ve canlı vericilikte yaşanan tüm bu süreçlere tanıklık edebilmektedirler. Bu durumlara tanıklık etmenin hemşirelerin ahlaki stres yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, ahlaki stresi önlemeye yönelik girişimlere gereksinim duyulmaktadır (Austin, 2016). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, ahlaki sıkıntıyı önlenmeye yönelik dört aşamalı bir yaklaşım modeli önermektedir (Epstein ve Hamric, 2009). *Birinci basamak "sormak";* ahlaki stresin tanımlanması, durum isimlendirilirken bu konunun konuşulması ve iletişimin sürdürülmesidir. *İkinci basamak*

"doğrulamak", "beyan etmek", tanımlanan ahlaki sıkıntının tüm boyutları ile ele alınması ve konuşulmasıdır. Bu aşamada, ahlaki sıkıntıya neden olan faktör/faktörler belirlenmekte, tartışılmakta ve detaylandırılmaktadır. *Üçüncü basamak "değerlendirme";* tanımlanan ve detaylandırılan konuya ilişkin en uygun çözüm yolunun belirlenmesine odaklanır. Çözüme ulaşmada, konu ile ilişkili tüm multidisipliner ekip üyeleri ve kurum yöneticileri bu basamağa katılabilmektedir. Dördüncü basamak "harekete geçme"; belirlenen çözüme yönelik gerekli adımlar atılmaya başlanmasıdır. Bu modelde en önemli ve kritik nokta bulunan çözümün kalıcı olmasıdır. Bu amaçla kurum ve kuruluşlar tarafından ahlaki sıkıntıyı önlemeye yönelik politika ve prosedürler geliştirilmelidir. Ahlaki sıkıntıyı önlemeye yönelik uygulanacak girişimlerin, yalnızca hemşirelere değil aynı zamanda toplumsal ahlaka katkı sağlayarak hastalar ve sağlık sistemlerine de yararlı olacağı düşünülmektedir.

10. Organ Kaçakçılığı, Organ Ticareti, Organ Nakli Turizmi ve İstanbul Deklarasyonu

Organ kaçakçılığı, organ nakli için organları temin etmek, ulaştırmak, transfer etmek, barındırmak, yaşayan veya ölmüş insanların ya da onların organlarını tehdit aracılığıyla ya da aldatma, dolandırıcılık, kaçırma, zorlama gibi başka biçimlerde güç kullanarak ya da insanların zor durumda olmasından yararlanarak potansiyel verici üzerinde kontrol sağlama ve üçüncü bir tarafa para vermek ya da ondan para almak veya yarar sağlamaktır. Organ nakli ticareti, insan bendeni ve organının metalaştırılarak maddi kazanç için alınıp satılmasını kapsayan bir uygulamadır (Steering Committee of the Istanbul, 2008). Global Finansal Bütünlük Sıralaması (Global Financial Integrity Ranks) organ ticaretini en kazançlı 10 suç faaliyeti olarak sınıflandırmaktadır (Mavrellis, 2017). Avrupa Birliği kayıtlarına göre, organ ticaretinin arttığı ve bu konuda daha fazla web sitesinin hizmet verdiği raporlanmaktadır (Council of Europe, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, yıllık %5-10 oranında uluslararası organ ticareti faaliyetinin olduğunu tahmin etmektedir (Domínguez-Gil ve ark., 2018; Shimazono, 2007; UNODC, 2015). Organ nakli ticaretinde, her iki tarafın yarar elde ettiği sanılsa da aslında hem alıcı hem de verici için dezavantajlı bir durumdur. Alıcı için uygun olmayan koşullarda uygun olmayan bir organın alınması hatta uygun aday olmadığı halde alınması durumunda daha fazla enfeksiyon, daha düşük greft fonksiyonu, daha fazla rejeksiyon gelişme gibi riskleri vardır (Sever ve ark. 2001). Verici için ise, finansal bir ödeme alsa da aslında onun maddi ve sosyal statüsünü geliştirmemektedir (Sever ve ark., 2022). Organ nakli ticaretinde, karlı olan kısım organ nakli komisyoncusudur (broker) (Sever ve ark., 2022).

Organ nakli turizmi; hasta ve vericisinin kendi ikamet ettikleri ülkeden farklı bir ülkeye giderek, organ naklinin gerçekleştirilmesi ya da organ nakli ekibinin farklı bir ülkeye

giderek orada organ nakli gerçekleştirmesi şeklinde yapılmaktadır. Alıcı ve vericinin farklı bir ülkede nakil olması sürecinde bazen akrabalık ilişkisi sahte belgelendirilebilmektedir. Ayrıca alıcı, nakil olma kriterlerine sahip olmayabilir ya da kendi ülkesine gittiğinde gerekli bakımı ve tedaviyi sürdüremeyecek durumda olabilmektedir (Tsai ve ark., 2017). Buna ek olarak, organ nakli ekiplerinin farklı bir ülkede nakil gerçekleştirmeleri durumunda nakil merkezinin imkanlarının yetersiz kalması, komplikasyon geliştiğinde müdahale edebilecek sağlık ekibi ve tıbbi imkânlarının yetersizliği gibi etik sorunlar yaşanabilmektedir (Shazi ve Abbas, 2019). GODT 2021 yılı verilerine göre, 18 ülkeden 734 hastanın vatandaşı olmadığı bir ülkede transplantasyon olduğu bunların 171'inin canlıdan 563'ünün ölüden gerçekleştirildiği rapor edilmiştir. Ancak bu verilerin veri istenen 91 ülkeden 43'ünden elde edildiği ve diğer ülkelerin verilerinin bilinmediği belirtilmektedir. verilerinin bilinmediği belirtilmiştir. Bu verilerden farklı olarak 32 ülkeden 500 hastanın transplantasyon için farklı ülkelere gittiği, 91 ülkeden sadece 44'ünün veri sağladığı belirtilmiştir. İki rapor arasındaki fark, ilkinde 734 hastanın nakillerinin kendi vatandaşı olmadığı ülkede gerçekleştirildiği nakil yapılan ülkenin bildirmesi ile elde edilmesi; ikinci raporda 500 hastanın verisi ise nakil gerçekleştirildikten sonra hastanın kendi ülkesine gelip takibe başladığında kendi vatandaşı olduğu ülke tarafından bildirilmektedir (GODT, 2022).

Akraba dışı canlı verici konusunun, ayrı ele alınması gerekir. Akraba dışı canlı vericilikte maddi tazminat devreye girdiğinde konu etik ikilem ya da organ naklinin gri alanından dolandırıcılığa ve sömürüye doğru ilerleyebilmektedir. Ücretli canlı vericilik, organ nakli ticaretini içerebilmektedir. Böyle bir uygulama hem alıcı hem de vericileri bu organizasyonu yapanlara bağımlı olmasına yol açabilmektedir (Nossiter, 2021; Sever ve ark., 2001). Bu tip organ nakilleri, alıcının bulunduğu ülkeden farklı bir ülkede yapılabilmekte bu durum organ nakli turizmi ile karıştırılabilmektedir. Bazen bu uygulama, organ nakli turizminin temelini oluşturabilmektedir (Sever ve ark., 2022). Avrupa Böbrek Birliği (ERA-EDTA) kayıtlarına, Avrupa'da akraba dışı canlı vericiliğin arttığı belirtilmektedir (Abd ElHafeez ve ark., 2021). Akraba dışı vericilikte, etik konular ve alıcı-verici görüşleri oldukça tartışmalı bir konu olabilmektedir. Aşağıda verilen vaka/olgu örneği ile bu etik ikilemler ve tartışmaların bir kısmı açıklanmaya çalışılmıştır.

10.1. Örnek Vaka/Olgu:

29.12.2015 tarihli bir gazete haberinde, karaciğer nakli bekleyen bir erkek hastanın akraba dışı nakil olarak kendisine gönüllü karaciğerini verecek olan bir arkadaşından, canlıdan nakil yapılmasına yerel etik kurulun onay vermediği haberi yayınlanmıştır. Yerel etik kurul, bu vericiliğin karşılıklı anlaşmalı bir satış olduğu kararını vererek nakli onaylamamıştır. Hasta

ise, bunun kendi ölümüne karar verilmesi ve etik kurulunda bu fermanı imzalaması olarak yorumlamıştır. Ayrıca hasta, arada para alışveriş de olsa bunu yaşam hakkı olarak gördüğünü belirtmiştir. Hasta etik kurul kararını mahkemeye taşıyarak bu kararı iptal ettirmiş ve karaciğer nakli gerçekleşmiştir.

Bu örnekte; hastanın yaşam hakkı, insanlık onuru, insan organlarının ticarileştirilmesi, verici için özerklik ve gönüllülük gibi birçok etik sorunun bir arada olduğu görülmektedir. Bu durumda uyulması gereken rehber, alınması gereken bir bildirge/deklarasyon/yol haritası var mıdır? Bu sorunun yanıtı İstanbul Deklarasyonu'dur. İstanbul Deklarasyonu; acil ve büyüyen küresel organ kısıtlılığı bağlamında organ nakli turizmi ve organ kaçakçılığı problemini çözmek için dünyanın dört bir yanından 159'un üzerinde bilimsel ve tıbbi temsilcinin, hükümet yetkililerinin, sosyal bilimcinin ve etik uzmanlarının bir araya geldiği bir zirve toplantısıdır (Steering Committee of the Istanbul, 2008). İstanbul Deklarasyonu, 2018 yılında 10 yıllık deneyim ve değişen küresel koşullar bağlamında güncellenmiştir. İstanbul Deklarasyonu 2018 güncellemesinde, "*Her ülke veya yetki alanı, uluslararası standartlarla tutarlı olarak, ölü ve canlı vericilerden organların geri kazanılmasını ve nakil uygulamasını düzenleyen mevzuat ve yönetmelikler geliştirmeli ve uygulamalıdır*" ibaresi yer almaktadır (Steering Committee of the Istanbul, 2008). Bu nedenle her ülke, çeşitli paydaşların görüşlerini dikkate alarak kendi kurallarını/yasalarını geliştirmelidir. Deklarasyonun açıklayıcı makalesinde, bağış ve nakille ilgili uluslararası etik ilkelerin evrensel uygulamasının sağlık sistemleri, kültür ve toplumsal normlardaki farklılıklar nedeniyle yerel bağlamda uygulamasının zor olabileceği belirtilmektedir (Martin ve ark., 2019). Bu nedenle, uygulamaların belirli ilkelerinde yerel koşullarda dikkate alınarak değişiklikler yapılabilir ancak temel etik ilkelerin kendileri için asla değişiklik yapılmamalıdır (Sever ve ark., 2022).

1985 yılında Transplantasyon Derneği vericiye alıcının kendisi ya da alıcının yakınları ya da herhangi bir kuruluş tarafından ödeme yapılmasını kabul edilemez olarak belirtmiştir (Editorial report, Lanset, 1985). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1991 yılında insan vücudu ve organlarının ticari işleme konu olamayacağını belirtmiş ve organlar için herhangi bir ödeme ya da ödülün yapılmasını yasaklamıştır (WHO, 1991). 2008'de İstanbul Deklarasyonu bu direktifi şu şekilde ifade edilmiştir; "Bir organı bağışlamanın gerçek, belgelenmiş maliyetlerinin kapsamlı bir şekilde geri ödenmesi, bir organ için bir ödeme teşkil etmez, daha ziyade alıcıyı tedavi etmenin meşru maliyetlerinin bir parçasıdır" (Steering Committee of the Istanbul, 2008).

Dünya'da organ kısıtlılığı sorunu çözümlenmedikçe, insanlar bekleme listesinde ölümü bekledikçe canlıdan organ nakli ile ilgili etik tartışmalar devam edecektir. Canlı vericide istenen bağış modeli alturistik olsa da, her ülkede ve her zaman diliminde satış/teşvik modeli

tartışılmaktadır. Bağıştan satışa giden o süreçte teşvik ya da tazmin gibi farklı seçeneklerde tartışılmaktadır. Ücretli ya da ödüllü vericiliği teşvik etmeye yönelik tüm çabalar toplumun organ nakli hizmetlerine olan güvenini sarsabilmektedir. Ücretli ya da ödüllü canlı vericilikte tüm şartlar ve kriterler toplum tarafından kabul gördükten sonra ve asla insan organlarının ticari bir mal olarak algılanmadığı bir sistem sunulursa, tartışmaya açılabilmektedir (Dominguez-Gil ve ark., 2018).

Tüm bu süreçlerin ortasında, bazen aktif rol alan ve bazen de şahitlik eden hemşirelerdir. Sağlık turizminde, canlı vericinin gönüllüğünü objektif değerlendirebilecek en önemli sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Organ ticaretinde de, hemşire olmaksızın ne ameliyat ne de ameliyat sonrası bakım yapılabilmektedir. Hemşirelerin organ nakli ticareti açısından, dikkatli olması gerekmektedir ve hasta savunucusu rolü ile bunu bildirmekten sorumludur.

11. Transplantasyonun Geleceği ve Etik Sorunları

Organ kısıtlılığı sorununun yakın bir gelecekte de mevcut koşullarda çözülemeyeceği ve aratarak devam edeceği ön görülmektedir. Bu nedenle organ havuzunu genişletmek için marjinal verici, kalp ölümü gerçekleşmiş ölü verici, virüs-pozitif verici, kabul edilir kan grubu uyumlu verici kullanımı güncel ve üzerinde çalışılan konulardır. Ancak tüm bu uygulamalarda, mevcut gereksinimi gidememekte organ bekleme listesindeki hasta ve gerçekleştirilen organ nakilleri arasındaki makası kapayamamaktadır. Teknolojideki birçok ilerleme, son dönem organ yetmezliği olan hastaların hayatını olumlu yönde etkilemektedir. Organ sunumunda, makine perfüzyonunun kullanımı, yapay organ geliştirilmesi, doku geliştirilmesi bunlardan bazılarıdır. Bu bölümde etik sorunlar açısından ksenotransplantasyon (zenotransplantasyon) üzerinde durulacaktır.

Ksenotransplantasyon, transplantasyonun herhangi bir prosedüründe yaşayan insan alıcısına hayvandan alınan organ ya da dokunun nakledilmesidir (FDA, 2021). Solid organ transplantasyonunda böbrek, kalp veya karaciğerin hayvandan nakli 1960'dan bu yana süre gelen bir konudur (Cooper, Ekser ve Tector, 2015). Ksenotransplantasyon, insanlığın ve transplantasyon biliminin yıllardır gerçekleşmesini istediği bir olaydır. Klinik ve immünolojik açıdan başarısız ksenotransplantasyonlar gerçekleşmiş olsa da, başarılı olması için oldukça yol kat edilmiş ve kat edilmeye devam edilmektedir. Ksenotransplantasyonun, hayvandan alınan organdan geçebilecek zoonotik hastalıklar, alıcı-verici immünolojik uyum ve rejeksiyon riski gibi sorunları hala çözülmesi gereken konulardır (Davis ve Brodin, 2018). Günümüzde, hayvandan alınan hücrelerin, dokuların (islet hücresi, nöroendokrin greft vb) ve solid organların (böbrek, kalp, akciğer, karaciğer) nakledilmesi klinik uygulamada mümkün olma olasılığı

yüksektir. Ayrıca günümüzde, patojen olmayan ve genetik olarak modifiye edilmiş domuzlardan nakillerin yapılabilmesi mümkündür ve hem klinik hem de etik açıdan tartışılmaktadır (Cozzi ve ark., 2021). Ksenotransplantasyonda daha fazla klinik deneyime ve dolayısıyla alıcı ameliyatına gereksinim vardır. Organ nakli alıcılarının bilgilendirilmiş onam süresi ve rızası gereklidir. Örneğin; 1964 yılında şempanzeden insana gerçekleştirilen kalp naklinde alıcıdan onam alınmış ancak onamda hayvandan organ alınacağı bilgisi yer almamaktadır (Karlıkaya ve Hot, 2007). Bu oldukça önemli bir etik sorundur. Ksenotransplantasyonda, günümüzde klinik araştırma sürecinde olduğu için bilgilendirilmiş onam hem araştırmanın hem de cerrahi prosedürün ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bilgilendirilmiş onamda ksenotransplantaysonun avantajları, dezavantajlarında tahmini bekleme süresi, diğer tedavi seçenekleri, tahmini yaşam süresi, bu organ kaynağının (domuz kalbi) sağlayacağı yaşam şansı, rejeksiyon riski, zoonotik hastalık riski bilgilerinin verilmesi gerekmektedir (Sade ve Mukherjee, 2022).

Tüm tıbbi ve klinik araştırma ve tartışmaların yanında ksenotransplantasyon konusunda toplumun bakış açısının araştırılması gerekmektedir. Toplumun ve hastalar ile teması olan sağlık örgütlerinin hazırlanması için ksenotransplantasyon süreci ve riskleri hakkında bilgilendirilmesi son derece önemlidir (Cozzi ve ark., 2021). Etik açıdan tartışılması gereken diğer bir konu ise, kullanılacak hayvanların iyilik durumu/yetiştirilmesidir (Noordergraaf ve ark., 2018). Her hayvan türü ksenotransplant için uygun değildir. Genetik açıdan, insanlara en yakın tür primatlar olmasına rağmen yüksek enfeksiyon riski nedeniyle 1990 yılında ksenotransplant amaçlı kullanımı yasaklanmıştır (Karlıkaya ve Hot, 2007). Domuzlar, üretimi kolay olan, anatomi ve fonksiyon açısından insanlara çok benzedikleri için organ nakillerinde tercih edilmektedir. Domuzdan yapılan nakillerde de, zoonotik hastalık riski vardır. Tüm tetkikler yapılsa da, birçok enfeksiyon latent aşamada olabilir bu nedenle hastanın ömür boyu izlemi ve laboratuvar tetkikleri önemlidir (Sade ve Mukherjee, 2022). Domuz, Hristiyan dininde kabul gören bir hayvan olabilirken Yahudi ve Müslüman toplumlarda kabulünün araştırılması gerekmektedir (George, 2006). İlk organ nakilleri için insan alıcılarının seçimi, üzerinde tartışılması gereken bir etik sorundur. Örneğin, ilk domuzdan kalp nakli adayı, uyumu kötü olan bekleme listesinden organ alımı kontrendike olan, nakil sonrası kötü sağlık sonuçları riski yüksek olan bir kalp yetmezliği hastasıydı (Pierson ve ark., 2020a; Pierson ve ark., 2020b). ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), ksenotransplantasyonun "yeterince güvenli ve etkili alternatif tedavilerin bulunmadığı, ciddi veya yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastalar" ile sınırlandırılması gerektiğini belirtmektedir (FDA, 2020).

Hayvandan insana organ naklinin görüldüğü üzere, getirmiş olduğu birçok sosyal, bilimsel ve klinik soru bulunmaktadır. Bunların çözümü için; şeffaf, hasta-merkezli, rehber

ve elde var olan verilere dayalı bilimsel yaklaşımla yeni klinik çalışmalar planlanmalıdır. Sadece klinik sonuçlarının değil sosyal yönünün ve hastaların yaşam kalitesine etkisinin de incelenmesi gereklidir. Ksenotransplantasyon her derde deva bir uygulama değildir. Ancak son dönem organ yetmezliği olan hastalar için, potansiyeli yüksek ve alternatif bir organ kaynağıdır. Ksenogreftin rejeksiyon riski ve zoonotik hastalık riskinin az olması sağlanırsa, kinik uygulamanın güvenirliği olacaktır. Böylece diğer allogreft organ nakli alıcıları gibi izlemlerinin yapılması sağlanacaktır (Cozzi ve ark., 2021). Ayrıca, ksenotransplantasyonun klinik uygulamada yaygınlaştırılması önünde bu nakil çeşidinin sadece gelişmiş ülkelerde ve seçkin merkezlerde yapılması bir diğer sorundur (Sade ve Mukherjee, 2022). Bu ekonomik engel bu konuda yapılacak araştırmaları, klinik uygulamada yaygınlaştırılmasını ve sağlıkta eşitsizlik sorununu beraberinde getirmektedir.

Hemşirelik açısından düşünüldüğünde, klinik uygulamaya geçme sürecinde ksenotransplantaysonun bilimsel alt yapısını bilmesi gerekmektedir. Hemşireler bu hastaların nakil öncesi seçimi, nakil sonrası rejeksiyon gelişme durumu, kullanılan immunosupresif ilaçlar ve zoonotik hastalık açısından yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Bu bağlamda hemşireler ksenotransplantasyonda; hasta seçimi, bilgilendirilmiş onam, bu organ kaynağının hastanın yararına olup olmayacağının değerlendirilmesinde yarar sağlama ilkesini gözetmeli ve hasta savunuculuğu rolünü yerine getirilmelidir.

12. Organ Nakli Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Organ nakli diğer cerrahi tedavilerden farklı olarak bir sağlıklı organın olmasına gereksinim duyulan bir cerrahi operasyondur. Bu sağlıklı organın elde edilme sürecinde yukarıda da bahsedildiği gibi canlı ya da ölüden organ bağışına gereksinim vardır. Organ bağışı süreci, sosyal, kültürel, dinsel ve etik konuları kapsayan yönetilmesi oldukça zorlu bir süreçtir. Hemşirenin organ bağışında öncelikle toplumu bilinçlendirmesi ve bizim gibi ölüden organ naklinin oldukça düşük olan bir ülkede oldukça önemlidir. Ölüden organ bağışı canlıdan organ bağışına göre daha etik kabul edilen bir bağış türüdür ve hemşirenin bu anlamda organ bağışını arttırmaya yönelik girişimler planlaması önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarına en yakın olan hemşirelerin beyin ölümüne giden süreçte aileyi doğru bilgilendirmesi ve yönlendirmesi, beyin ölümü gerçekleşmiş verici adayının erken tespiti ve bildirilmesi, organ bağışı onaylanmış vericinin bakımında yoğun bakım ortamında yoğun bakım hemşiresi olarak oldukça anahtar rolleri ve sorumlulukları vardır. Organ nakli koordinatörü olarak çalışan hemşirelerin, hem ölüden hem de canlıdan organ bağışında aile ve verici adayının bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesinde önemli rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Organ nakli kliniklerinde çalışan hemşirelerin organ nakli alıcı ve canlı verici adaylarını bilgilendirmesinde, canlı vericinin

gönüllüğü ve vericilik motivasyonunun belirlenmesinde önemli rolleri vardır. Hasta ve hasta yakınları ile en fazla zaman geçiren hemşirelerin tüm organ nakli sürecinde etik sorulara şahitliği vardır. Bu şahitliklerde hemşirenin etik sorunlar konusunda farkındalığının olması, hasta ve hasta yakınlarını doğru bilgilendirmesi, yönlendirmesi ve gerekli durumlarda bu etik sorunları bildirmesi gerekir. Bunun için bekleme listesinden organ bağışına cerrahi sürece erken ve uzun dönem bakıma kadar giden transplantasyon yolculuğunda hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Nakil öncesi dönemde; fiziksel, tıbbi ve psikolojik değerlendirme için alıcı/verici ve ailelerinden detaylı bir öykü alma, alıcı ve vericinin bakımı, alıcı/verici ve ailelerini nakil sürecine ilişkin ayrıntılı bilgilendirilmesi gibi çeşitli sorumlulukları bulunurken; nakil sonrası dönemde; nakilden sonra gelişebilecek komplikasyonlar, immünosupresif ilaçlar ve kullanımı, ilaçların yan etkileri, kontrolleri, yaşam tarzı değişiklikleri (örneğin; beslenme alışkanlıkları fiziksel egzersiz yapma durumu gibi), rejeksiyon riski ve belirtileri, enfeksiyondan korunma gibi pek çok konuda alıcı/verici ve ailelerini bilgilendirmelidir.

13. Sonuç

Organ ve doku nakillerinde; nakil öncesi ve sonrası tüm süreçlerde alıcılar, vericiler, alıcı veya verici aileleri pek çok etik sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm nakil süreci boyunca yaşanan bu etik sorunların en yakın tanığı hasta ve aileleri ile daha fazla zaman geçiren hemşirelerdir. Nakil sürecinin hassas ve özenli doğası gereği yaşanabilecek pek çok sorun öngörülerek yasa ya da yönetmeliklerle kontrol altına alınmaya çalışılsa da yaşanabilecek olumsuzlukların ya da etik sorunların tam olarak önüne geçilememektedir. Bu bağlamda, en iyi ve kalıcı çözümün organ bağışının arttırılması olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, toplumun organ bağışı konusunda bilgilendirilerek farkındalığının kazandırılması; organ bağışını yaygınlaştıracağı, organa erişimi kolaylaştıracağı ve bunun sonucu olarak nakil sürecinde yaşanabilecek pek çok etik sorunların önüne geçebileceği öngörülmektedir. Ayrıca, hemşirenin hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmesi ve danışmanlık rolü transplantasyon yolculuğunda karşılaşılabilecek birçok etik sorunun önlenmesi veya erken tespit edilmesinde yararlı olacaktır.

Kaynakça / References

Abd ElHafeez, S., Noordzij, M., Kramer, A., Bell, S., Savoye, E., Abad Diez, J. M. … Jager, K. J. (2021). The association of living donor source with patient and graft survival among kidney transplant recipients in the ERA-EDTA Registry – a retrospective study. *Transplant international: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation*, *34*(1), 76–86. https://doi.org/10.1111/tri.13759

AFSÜ (Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. (2022). Organ nakli ve organ bağışı. Erişim adresi: https://hastane.afsu.edu.tr/organ-nakli-ve-organ-bagisi/.

Ambagtsheer, F.W.W. (2014). Ethical and legal aspects of kidney donation. In P.J. Morris & S.J. Knechtle (Eds.), Kidney *Transplantation: Principles and practice* (pp. 715–728). Edinburgh: Saunders-Elsevier.

American Hospital Association (AHA). (1992). American hospital association guide to the health care field. Retrieved from: https://www.qcc.cuny.edu/socialsciences/ppecorino/medical_ethics_text/Chapter_6_Patient_Rights/Readings_The%20Patient_Bill_of_Rights.htm

American Nurses Association (ANA). (2015). *Code of ethics for nurses*. Retrieved from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/

American Nurses Association (ANA). (2016). *Transplant nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Retrieved from: https://www.nursingworld.org/~4ad074/globalassets/catalog/book-toc/transplant-nursing-scope--standards-of-practice-2e_toc.pdf

Austin, W. (2016). Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. *Reflections on Healthcare Leadership Ethics*, *1*, 1-3. https://doi.org/10.1177/0840470416637835.

Barnieh, L., Arnold, J. B., Boudville, N., Cuerden, M. S., Dew, M. A., Dipchand, C., Feldman, L. S. … Donor nephrectomy outcomes research (DONOR) network (2021). Living kidney donors' financial expenses and mental health. *Transplantation*, *105*(6), 1356–1364. https://doi.org/10.1097/TP.0000000000003401

Bayona Molano, M. D. P., Barrera Gutierrez, J. C., Landinez, G., Mejia, A., & Haskal, Z. J. (2023). Updates on the model for end-stage liver disease score and impact on the liver transplant waiting list: A narrative review. *Journal of Vascular and Interventional Radiology : JVIR*, *34*(3), 337–343. https://doi.org/10.1016/j.jvir.2022.12.029

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of biomedical ethics: Marking its fortieth anniversary. *The American Journal of Bioethics : AJOB*, *19*(11), 9–12. https://doi.org/10.1080/15265161.2019.166540

Bruintjes, M. H. D., van Helden, E. V., de Vries, M., Wirken, L., Evers, A. W. M., van Middendorp, H., Kloke, H. … Warlé, M. C. (2019). Chronic pain following laparoscopic living-donor nephrectomy: Prevalence and impact on quality of life. *American Journal of Transplantation, 19*(10), 2825–2832. https://doi.org/10.1111/ajt.15350

Burkhardt, M. A, & Nathaniel, A. K. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik* (Ş. Ecevit Alpar, A.N. Bahçecik ve Ü. Karabacak, Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Canadian Nurses Association (CNA). (2017). Code of ethics-for registered nurses. Retrieved from: https://www.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/code-of-ethics-for-registered-nurses.pdf

Carrero, J. J., Hecking, M., Chesnaye, N. C., & Jager, K. J. (2018). Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nature Reviews. Nephrology*, *14*(3), 151–164. https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.181

Cooper, D. K. C., Ekser, B., & Tector, A. J. (2015). A brief history of clinical xenotransplantation. *International Journal of Surgery, 23*(Pt B), 205–210. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2015.06.060

Council of Europe, Factsheet. (2014). A new convention to combat trafficking in human organs. Retrieved from: https://rm.coe.int/16807212f2

Cozzi, E., Schneeberger, S., Bellini, M. I., Berglund, E., Böhmig, G., Fowler, K., Hoogduijn, M.,…ESOT Workstream 1 of the TLJ (Transplantation Learning Journey) Project (2021). Organ transplants of the future: Planning for innovations including xenotransplantation. *Transplant international: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation*, *34*(11), 2006–2018. https://doi.org/10.1111/tri.1403

Cupples, S., & Ohler, L. (2003). *Liver transplantation, transplantation nursing secrets* (pp. 151-173). Philadelphia: Hanley & Belfus.

Daar, A. S., Salahudeen, A. K., Pingle, A., & Woods, H. F. (1990). Ethics and commerce in live donor renal transplantation: Classification of the issues. *Transplantation Proceedings*, *22*(3), 922–924.

Davis, M. M., & Brodin, P. (2018). Rebooting human immunology. *Annual Review ofImmunology*, *36*, 843–864. https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-042617-053206

Domínguez-Gil, B., Danovitch, G., Martin, D. E., López-Fraga, M., Van Assche, K., Morris, M. L., Lavee, J.,.. Declaration of Istanbul Custodian Group Working Group on Ethical Travel for Transplantation. (2018). Management of patients who receive an organ transplant abroad and return home for follow-up care: Recommendations from the declaration of ıstanbul custodian group. *Transplantation*, *102*(1), e2–e9. https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000196

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Uzunköprü Devlet Hastanesi. (2022). Organ nakli ve organ bağışı. Erişim adresi: https://uzunkoprudh.saglik.gov.tr/TR-710961/organ-bagisi.html

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, *20*(4), 330-342. Retrieved from: https://goo.gl/gr1JPN.

Ertin, H. (2014). Organ bağışı ve transplantasyon tıbbi: Etik çerçeve ve çözüm tartışmaları. *İş Ahlak Dergisi, 7*(2), 91-120.

Ertin, H., Harmanci, A. K., Mahmutoglu, F. S., & Basagaoglu, I. (2010). Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation. *Nursing Ethics*, *17*(6), 705–714. https://doi.org/10.1177/0969733010378933

Etheredge H. R. (2021). Assessing global organ donation policies: Opt-in vs opt-out. *Risk Management and Healthcare Policy*, *14*, 1985–1998. https://doi.org/10.2147/RMHP.S270234

European Parliamentary Research Service (EPRS). 2020. European parliament briefing. Retrieved from: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/649363/EPRS_BRI(2020)649363_EN.pdf

Fleishman, A., Khwaja, K., Schold, J. D., Comer, C. D., Morrissey, P., Whiting, J., Vella, J. … KDOC Study Group (2020). Pain expectancy, prevalence, severity, and patterns following donor nephrectomy: Findings from the KDOC Study. *American Journal of Transplantation, 20*(9), 2522–2529. https://doi.org/10.1111/ajt.15861

George, J. F. (2006). Xenotransplantation: An ethical dilemma. *Current Opinion in Cardiology*, *21*(2), 138–141. https://doi.org/10.1097/01.hco.0000203183.8153.

Gewarges, M., Poole, J., De Luca, E., Shildrick, M., Abbey, S., Mauthner, O., & Ross, H. (2015). Canadian Society of Transplantation Members' views on anonymity in organ donation and transplantation. *Transplantation Proceedings*, *47*(10), 2799–2804. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.09.042

Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). (2021). Global data. Retrieved from: http://www.transplant-observatory.org/summary/

Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). (2022). Prelimanry report newsletter transplant international figures on donation and transplantation. Retrieved from: https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/04/NL_GODT-PRELIMINARY-REPORT-2022.pdf

Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). 2021. International report on organ donation and transplantation activities. Retrieved from: https://www.transplant-observatory.org/2021-global-report-5/

Grot, D., Wasiak, K., Tyszkowski, J., Stoczynska-Fidelus, E., Ochedalski, T. P., & Rieske, P. (2022). Regeneration difficulties in patients with FQAD can limit the use of iPSc-based cell therapy. *Stem Cell Research & Therapy*, *13*(1), 210. https://doi.org/10.1186/s13287-022-02886-0

Hamric, A. B. (2014). A case study of moral distress. *J Hosp Palliat Nurs, 16*, 457-63.

Health Resources & Services Administration (HRSA). (2015). Living non-directed organ donation. Retrieved from: https://optn.transplant.hrsa.gov/professionals/by-topic/ethical-considerations/living-non-directed-organ-donation/

Henderson, M. L., & Gross, J. A. (2017). Living organ donation and informed consent in the United States: Strategies to improve the process. *The Journal of law, Medicine & Ethics, 45*(1), 66–76. https://doi.org/10.1177/1073110517703101

Inker, L. A., Levey, A. S., Tighiouart, H., Shafi, T., Eckfeldt, J. H., Johnson. … Shlipak, M. G. (2018). Performance of glomerular filtration rate estimating equations in a community-based sample of Blacks and Whites: The multiethnic study of atherosclerosis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation, 33*(3), 417–425. https://doi.org/10.1093/ndt/gfx042

International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. Retrieved from: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT). 2023. Preliminary report. Retrieved from: https://www.irodat.org/img/database/pdf/IRODAT%20March%202023%20Preliminary%20report.pdf

Karlıkaya, E., Hot, İ. (2007). Hayvandan insana doku ve organ naklinin (xenotransplantasyon) etik boyutu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, *16*(4), 169-175.

Kestenbaum, B. R., & Seliger, S. L. (2019). Commentary on risks of living kidney donation: Current state of knowledge on core outcomes ımportant to donors. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, CJASN*, *14*(4), 609–610. https://doi.org/10.2215/CJN.01650219

Kortram, K., Lafranca, J. A., IJzermans, J. N., & Dor, F. J. (2014). The need for a standardized informed consent procedure in live donor nephrectomy: a systematic review. *Transplantation*, *98*(11), 1134–1143. https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000518

Lentine, K. L., Lam, N. N., Axelrod, D., Schnitzler, M. A., Garg, A. X., Xiao, H. … Segev, D. L. (2016). Perioperative complications after living kidney donation: A national study. *American Journal of Transplantation, 16*(6), 1848–1857. https://doi.org/10.1111/ajt.13687

Maggiore, U., Budde, K., Heemann, U., Hilbrands, L., Oberbauer, R., Oniscu. … ERA-EDTA DESCARTES working group (2017). Long-term risks of kidney living donation: Review and position paper by the ERA-EDTA DESCARTES working group. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: 32*(2), 216–223. https://doi.org/10.1093/ndt/gfw429

Maple, H., Chilcot, J., Weinman, J., & Mamode, N. (2017). Psychosocial wellbeing after living kidney donation - a longitudinal, prospective study. *Transplant International: Official Journal of The European Society for Organ Transplantation*, *30*(10), 987–1001. https://doi.org/10.1111/tri.12974

Martin, D. E., Van Assche, K., Domínguez-Gil, B., López-Fraga, M., García Gallont, R., Muller, E., & Capron, A. M. (2019). Strengthening global efforts to combat organ trafficking and transplant tourism: Implications of the 2018 edition of the declaration of Istanbul. *Transplantation Direct*, *5*(3), e433. https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000000

Mavrellis, C. (2017). The business of transnational crime. Retrieved from: https://gfintegrity.org/report/transnational-crime-and-the-developing-world/

Meyer, K. B., Bjørk, I. T., Wahl, A. K., Lennerling, A., & Andersen, M. H. (2017[a]). Long-term experiences of Norwegian live kidney donors: Qualitative in-depth interviews. *BMJ Open*, *7*(2), e014072. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014072

Meyer, K. B., Hartmann, A., Mjøen, G., & Andersen, M. H. (2017[b]). Relationships between clinical, self-reported, and donation specific outcomes: A prospective follow-up study 10 years after kidney donation. *Annals of Transplantation*, *22*, 148–155. https://doi.org/10.12659/aot.902330

Molina-Pérez, A., Rodríguez-Arias, D., & Delgado, J. (2022). Differential impact of opt-in, opt-out policies on deceased organ donation rates: a mixed conceptual and empirical study. *Bmj Open*, *12*(9), e057107. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057107

Monforte-Royo, C., & Roque, M. V. (2012). The organ donation process: A humanist perspective based on the experience of nursing care. *Nursing Philosophy*, *13*, 295-301. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00544.x.

Noordergraaf, J., Schucker, A., Martin, M., Schuurman, H. J., Ordway, B., Cooley, K., Sheffler, M.,…Spizzo, T. (2018). Pathogen elimination and prevention within a regulated, Designated Pathogen Free, closed pig herd for long-term breeding and production of xenotransplantation materials. *Xenotransplantation*, *25*(4), e12428. https://doi.org/10.1111/xen.12428

Nossiter, R. N. & Rahim, N. (2021, February 6). In Afghanistan, a booming kidney trade preys on the poor. *The New York Times*. Retrieved from: https://www.nytimes.com/2021/02/06/world/asia/selling-buying-kidneys-afghanistan.html

O'Keeffe, L. M., Ramond, A., Oliver-Williams, C., Willeit, P., Paige, E. … Di Angelantonio, E. (2018). Mid- and Long-Term Health Risks in Living Kidney Donors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *168*(4), 276–284. https://doi.org/10.7326/M17-1235

Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, 09.12.2022, Sayı: 32038. Erişim adresi: Https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2022/12/20221209-3.Htm

Petrini, C., Riva, L., Floridia, G., & Mannelli, C. (2020). Anonymity and organ donation: Ethical and policy implications after the opinion released by the Italian committee for bioethics. *Transplantation Proceedings*, *52*(5), 1525–1527. https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.01.0

Pierson, R. N., Fishman, J. A., Lewis, G. D., D'Alessandro, D. A., Connolly, M. R., Burdorf, L. … Azimzadeh, A. M. (2020). Progress toward cardiac xenotransplantation. *Circulation*, *142*(14),1389–1398. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048186

Pierson, R. N., Burdorf, L., Madsen, J. C., Lewis, G. D., & D'Alessandro, D. A. (2020). Pig-to-human heart transplantation: Who goes first? *American Journal of Transplantation, 20*(10), 2669–2674. https://doi.org/10.1111/ajt.15916

Ralph, A. F., Butow, P., Craig, J. C., Wong, G., Chadban, S. J., Luxton, G., Gutman, T., … Tong, A. (2019). Living kidney donor and recipient perspectives on their relationship: Longitudinal semi-structured interviews. *BMJ Open*, *9*(4), e026629. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018

Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamric, A., Verheijde, J. L., & Pendergast, D. K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, *16*(3), 360-373. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x.

Sade, R. M., & Mukherjee, R. (2022). Ethical issues in xenotransplantation: The first pig-to-human heart transplant. *The Annals of Thoracic Surgery*, *113*(3), 712–714. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2022.01.006

Sarıgöl Ordin, Y., Harmancı Seren, A. K., Karayurt, Ö., Aksu Kul, G., Kılıç, M., Bozoklar, C. A., & Tokat, Y. (2022). Evaluation of psychosocial outcomes of living liver donors in liver transplantation. *The Turkish Journal of Gastroenterology, 33*(4), 346–355. https://doi.org/10.5152/tjg.2022.21262

Sever, M. S., Kazancioğlu, R., Yildiz, A., Türkmen, A., Ecder, T. … Ark, E. (2001). Outcome of living unrelated (commercial) renal transplantation. *Kidney International*, *60*(4), 1477–1483. https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2001.00951.x

Sever, M. S., Van Biesen, W., Vanholder, R., Mallick, N., London, G., Schena, F. P. … Hilbrands, L. (2022). Ethical and medical dilemmas in paid living kidney donor transplantation. *Transplantation Reviews, 36*(4), 100726. https://doi.org/10.1016/j.trre.2022.100726

Shazi, L., & Abbas, Z. (2019). Ethical dilemmas related to living donor liver transplantation in Asia. *Irish Journal of Medical Science*, *188*(4), 1185–1189. https://doi.org/10.1007/s11845-019-01989-7

Shimazono, Y. (2007). The state of the international organ trade: A provisional picture based on integration of available information. *Bulletin of the World Health Organization*, *85*(12), 955–962. https://doi.org/10.2471/blt.06.039370

Steering Committee of the Istanbul Summit. (2008). Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: The declaration of Istanbul. *Lancet, 372*(9632), 5–6. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60967-8

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. (2023). İstatistikler. Erişim adresi: https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/WL_Kidney.aspx

The Council of the Transplantation Society. (1985). Commercialisation in transplantation: the problems and some guidelines for practice. *Lancet, 2*(8457), 715–716.

Tsai, D. F., Huang, S. W., Holm, S., Lin, Y. P., Chang, Y. K., & Hsu, C. C. (2017). The outcomes and controversies of transplant tourism-Lessons of an 11-year retrospective cohort study from Taiwan. *PloS One*, *12*(6), e0178569. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178569

Türkiye Biyoetik Derneği. (2012). Türkiye biyoetik derneği organ nakli ve etik ilkeler görüşü, (Ülkemizde son dönemde gerçekleşen organ ve kompozit doku nakilleri bağlamında). Erişim adresi: https://biyoetik.org.tr/gorusler/turkiye-biyoetik-dernegi-organ-nakli-ve-etik-ilkeler-gorusu/

Türkiye Cumhuriyeti Başkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Hasta Hakları Yönetmeliği. *Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5*

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. Erişim yeri: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/12/20221209-3.htm

Türkiye Organ Nakli Vakfı. Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi. Erişim yeri: https://www.tonv.org.tr/tr/yasal-duzenlemeler/

Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry. (2021). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2020, May 1). FDA xenotransplantation guidances. Retrieved from: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/biologics-guidances/xenotransplantation-guidances

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).(2015). Trafficking in persons for the purpose of organ removal. Retrieved from: https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal.pdf

US Food and Drug Administration (FDA). (2021). Xenotransplantation. Retrieved from: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/xenotransplantation.

Victorino, J. P., & Wilson, D. M. (2017). Moral distress experienced by nurses in relation to organ donation and transplantation. *International Journal of Nursing Student Scholarship, 21*(4), 1-13.

Wasylenko, E. (2013). Jugglers, tightrope walkers, and ringmasters: Priority setting, allocation, and reducing moral burden. *Healthcare Management Forum*, *26*(2), 7- 81. doi: https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2013.04.006.

Wirken, L., van Middendorp, H., Hooghof, C. W., Sanders, J. S., Dam, R., van der Pant, K. A. M. I. … Evers, A. W. (2022). Combining transplant professional's psychosocial donor evaluation and donor self-report measures to optimise the prediction of HRQoL after kidney donation: An observational prospective multicentre study. *BMJ Open*, *12*(3), e045249. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045249

World Health Organization (WHO). (2009). Global glossary of terms and definitions on donation and transplantation. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341813/WHO-HTP-EHT-CPR-2009.01-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (1991). Guiding principles on human organ transplantation. *Lancet, 337*(8755), 1470–1471.

Zargooshi, J. (2001). Iranian kidney donors: Motivations and relations with recipients. *The Journal of Urology*, *165*(2), 386–392. https://doi.org/10.1097/00005392-200102000-00008

4. KISIM - PART 4

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

CHILD NURSING AND ETHICS

14. BÖLÜM / CHAPTER 14

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN PEDIATRIC NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Ayfer EKİM[1]

[1]Doç.Dr. İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: ayferekim@hotmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.14

ÖZ

Etik, değerlerin ve ahlaki kuralların insan davranışlarına uygulanmasıdır. Başkalarının sağlığına ve yaşamına doğrudan etki ederek başkalarının iyiliğine hizmet etmeyi amaçlayan hemşirelik gibi bir meslek, ahlaki sorunların ortaya çıktığı ve karmaşık bir etik bakış açısının gerekli olduğu bir disiplindir. Pediatri hemşiresi, çocukların sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda bakımından sorumludur. Bakımın tüm boyutlarında, bireysel, sosyal, kültürel ve ekonomik kaygıyla sınırlanmaksızın, her çocuğun doğuştan sahip olduğu değer ve benzersizliğine saygı duyarak uygulamalarını gerçekleştirir. Her zaman çocuğun sağlığını, güvenliğini ve haklarını korumak yönünde hareket eder. Pediatrik bakımda karşılaşılan etik sorunların başında çocuğun bir birey olarak değerlendirilmesi ve bireyin sahip olması gereken saygı, ilgi, korunma, özerklik ve kendisi hakkında karar verme hakkı gelmektedir. Çocuklar doğaları gereği yetişkinlerden daha savunmasızdır. Pediatri hemşiresi, etik uygulama konusunda yetişkin hastalardan daha fazla sorumluluğa sahiptir ve ebeveyn kararlarının çocuğun sağlığını ve esenliğini tehlikeye attığı durumları belirleme konusunda benzersiz bir konumdadır. Günümüzde, teknolojideki hızlı gelişmelerle birlikte mevcut sağlık bakım ortamı hemşirelerin uygulamalarında farklı etik sorunlar yaratmaktadır. Çocuğun bakımında temel etik konular, onun refahını ve esenliğini sağlamak, özerkliğini korumak, kaynakların orantılı dağılımını sağlamak ve çocuğa zarar vermemektir. Pediatrik bakımda etik ikilemlerle sıklıkla karşılaşılmaktadır ve bu ikilemlerin oluşum nedeni çoğunlukla karar verme sürecinde yaşanmaktadır. Çocuklar, yetişkinlerden daha geniş bir gelişimsel ve bireysel değişkenlik gösterir. Pediatri hemşiresi, yaklaşım ve bakım sürecinde her çocuğun bireysel durumunu ve yeteneklerini dikkate alarak etik kararlar vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hakları, pediatri hemşiresi, etik, pediatrik etik, çocuk

ABSTRACT

Ethics is the application of values and moral rules to human behavior. A profession such as nursing, which aims to serve the well-being of others by directly affecting the health and life of others, is a discipline in which moral problems arise and a complex ethical perspective is required. The pediatric nurse is responsible for protecting and

improving children's health and their care in case of illness. It carries out its practices in all dimensions of care without being limited to individual, social, cultural, and economic concerns by respecting each child's innate value and uniqueness. Always acts to protect the child's health, safety, and rights. At the beginning of the ethical problems encountered in pediatric care are the evaluation of the child as an individual and the individual's right to respect, care, protection, autonomy, and decision-making about himself. Children are, by nature, more vulnerable than adults. The pediatric nurse is more responsible for ethical practice than adult patients and is uniquely positioned to identify situations where parental decisions jeopardize the child's health and well-being. Today, with the rapid technological developments, the current healthcare environment creates different ethical problems in nurses' practices. The main ethical issues in the child's care are to ensure his welfare and well-being, to protect his autonomy, to ensure the proportional distribution of resources, and not to harm the child. Ethical dilemmas are frequently encountered in pediatric care, and the reason for these dilemmas is mostly experienced in the decision-making process. Children show a wider range of developmental and individual variability than adults. Pediatric nurses should make ethical decisions by considering each child's individual situation and abilities in the approach and care process.

Keywords: Children's rights, pediatric nursing, ethics, pediatric ethics, child

Extended Abstract

Ethics concerns what should be, what is right or wrong, good or bad. From the beginning of nursing as a structured professional activity, the ethical components of nursing have been seen as crucial, if not central, to practice. Historically, however, ethical issues and problems were often viewed in a narrow cultural context, and cultural norms or legal issues were discussed today, not ethics. Discussions focused on the ethical issues of life and death, and few nurses consciously considered the ethical implications of their individual practice. To date, ethical issues in the field of pediatrics are the evaluation of the child as an individual and the right to respect, attention protection, autonomy, and the right to make decisions about oneself. Children are, by nature, more vulnerable than adults. Pediatric nurses have more responsibility than adult patients to ensure ethical action and are uniquely positioned to identify situations where parental decisions jeopardize the child's health and well-being. With the rapid technological developments, the current healthcare environment has created ethical problems in nurses' practices. The main ethical issues in the child's care can be summarized as ensuring his welfare and well-being, protecting his autonomy, ensuring the proportional distribution of resources, and not harming him. In pediatric care, the most important problem is ethical dilemmas; the reason for their formation is mostly experienced in decision-making. Children show a wider range of developmental and individual variability than adults. The pediatric nurse should consider each child's individual situation and abilities in approaching and caring. The pediatric nurse practices all aspects of care without being limited by personal, social, or economic concerns by respecting each individual's inherent dignity, value, and uniqueness.

The primary commitment of the pediatric nurse is to the child, whether an individual, family, group, or community, and acts to protect the child's health, safety, and rights. The field of pediatric care is characterized by rapidly changing technological innovations that often change how children are cared for. Therefore, pediatric nurses need to constantly follow new knowledge and technical innovations, but these can create new ethical challenges, and pediatric nurses need certain ethical competencies to meet these new challenges. Because of their relationships with families, nurses can often represent the child's and parent's values, beliefs, and preferences and thus serve as an important liaison for communication between the family and other healthcare team members. Therefore, nurses should systematically prepare themselves for collaborative ethical decision-making. The pediatric nurse has individual responsibilities to clarify personal values and beliefs and to be knowledgeable about contemporary ethical thinking and legal, institutional, public policy, and professional guidelines. A code of ethics provides a tool for professional self-regulation. Ethical dilemmas encountered in pediatric nursing practice are universal in many respects and aim to meet the needs of patients and their families. Pediatric nurses often face complex situations that require decisions that sometimes conflict with their own values and beliefs or the needs of the children and families they care for. Pediatric nurses often use new technologies that change how they care and reduce their direct interaction with the child. This can lead to ethical issues that nurses should be able to address with full respect for the child. Pediatric nurses need to constantly pursue new knowledge and technical innovations, but these can create new ethical challenges, and pediatric nurses need specific ethical competencies to meet these new challenges. Because of their relationships with families, nurses can often represent the child's and parent's values, beliefs, and preferences and thus serve as an important liaison for communication between the family and other healthcare team members. Therefore, nurses should systematically prepare themselves for collaborative ethical decision-making.

1. Giriş

Etik, gelenek, alışkanlık, karakter ve eğilim anlamına gelen Yunanca 'ethos' kelimesinden gelmektedir. Etik, insan eylemlerinin nasıl doğru veya yanlış olarak değerlendirilebileceğini belirlemeye çalışan bir felsefe dalıdır (Fowler, 2021). Bireyin davranışını yönlendiren yol gösterici ahlaki ilkelerdir ve sıklıkla profesyonel davranışa atıfta bulunmak için kullanılır. Etik, belirli bir grubun uygulamalarını veya inançlarını ve grubun mesleki davranış kurallarında açıklanan, beklenen standartları ifade etmektedir (Noureddine, 2001). Ahlaki muhakemenin temelidir ve değerler dizinini yansıtmaktadır. Aynı zamanda, doğru davranışı belirlemek için kullanılan resmi bir akıl yürütme sürecidir. Dünya Tabipler Birliği 1949 yılında Uluslararası Tıp Etiği Kuralları'nı kabul etmiştir ve bu tıbbi etik kurallarının onaylanması, hemşirelerde yeni bakış açıları yaratmış ve bazı genel etik ilkeler üzerinde fikir birliğine varılmıştır. İlk olarak, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1950'de hemşirelikte etik kodları oluşturmuştur. Ayrıca, Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından oluşturulan 'Uluslararası Hemşirelik Etik Kodları', Ulusal Temsilciler Konseyi'nde 10 Temmuz 1953'te onaylanmıştır (Dahnke, 2009). Etik kodlar, bir mesleğin profesyonel eylemleri için standartlar ve rehberler olarak hizmet eden ve kamuoyunu bilgilendiren fikir ve değerlerinin resmi ifadesidir (ANA, 2015).

2. Hemşirelik ve Etik

Yetkin ve bütünlük içinde uygulama yapmak için günümüz hemşireleri, mesleğe rehberlik eden etik kurallarına sahip olmalıdır (Dahnke, 2009). Kurallara göre yaşama anlaşması, dışarıdan kanunlar tarafından veya ortak ahlak tarafından empoze edilebilir (Fowler, 2021). Etik alanı, nasıl davranmamız gerektiğini, ne yapmamız gerektiğini ve neden yapmamız gerektiğini ele alır. Örneğin, toplum içinde yaşamak için birbirimizi öldürmemek veya bize ait olmayanı başkalarından almamakla yükümlüyüz. Bu kurallar sadece bizim çıkarımıza değil, aynı zamanda toplumun gelişmesini de teşvik etmektedir. 1600'lerde İngiliz filozof Thomas Hobbes, hayatta kalmamız için güçlü bir liderliğe ve davranışa rehberlik edecek, kabul edilmiş bir sosyal sözleşmeye ihtiyacımız olduğunu belirtmekte ve ne olursa olsun, barış içinde ve üretken bir şekilde yaşama ve birbirimize karşı yükümlülüklerimizi belirleme becerilerimizin etik tarafından belirlenebileceğini ifade etmektedir (Malcolm, 2016).

Hemşirelikte etik, hasta haklarınının koruması, zarar vermeden yarar sağlanması, hasta için ve hasta ile birlikte en iyi ve doğru kararı verme olarak ifade edilmektedir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). Tarihsel olarak, profesyonel etik kurallarının gelişimi üç aşamada tanımlanmaktadır (Baker, 2005). İlk aşama, davranışın, yarı biçimsel kurallarla tanımlandığı ve gelenekler etrafında şekillenen aşamadır. Etik kuralların şekillenmeye başladığı bu ilk aşama,

Florence Nightingale'le somutlaşmıştır. Nightingale, hemşirelerin her zaman, doğru sözlü, dürüst, güvenilir olmalarını istemiştir ve sabır, merhamet, ahlaki cesaret ve bağlılık her zaman vurguladığı ve savunduğu değerler olmuştur. (Fowler, 2021). 1893'te Lystra Gretter'in 'Hemşirelik Andı'nı oluşturarak, hemşirelik tarihi boyunca gayri resmi olarak gelişen geleneksel olarak kabul edilen değerleri ve görevleri birleştirmeye ve resmileştirmeye çalışması etik kuralların gelişiminde ikinci aşama olarak kabul edilir. Bu aşamada, tutarlı etik idealler, değerler ve görevlerin beyanı söz konusu olmakla birlikte, mesleki olarak, resmi onaya sahip bir beyan söz konusu değildir (Dahnke, 2009). Üçüncü aşama, profesyonelleşme aşamasıdır (Baker, 2005). Bu aşamada, 1896'da kurulan Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) ilk hedeflerinden biri, etik kuralları yazmak olsa da, hemşire kaydı, hemşirelerin refahı ve hemşirelik okullarının akreditasyon süreçleri gibi acil konular öncelik kazandı ve bu nedenle, uzun yıllar hemşireler resmi bir etik kurala sahip olamadı. ANA tarafından hemşireler için, ilk resmi etik kurallar 1950'de kabul edildi. Daha sonra ICN tarafından 1953'de 'Uluslararası Hemşirelik Etik Kodları' yayınlanmış ve 1965, 1973, 2005 ve 2012 yılllarında güncellemeler yapılmıştır (Özsoy ve Dönmez, 2017). Kabul edilen bu etik kurallar, hemşirelerin mesleki sorumluluklarının içsel bir unsurudur ve hemşirelerin günlük uygulamalarında giderek giderek yaygınlaşan zor durumlarda, hemşirelerin etik kararlar vermelerine rehberlik eder (Türkmen ve Savaşer, 2015).

3. Pediatrik Etiğin Gelişimi

Çocukluk kavramına yüklenen anlam ve işlev tarih boyunca, çocuğun içine doğduğu sosyal ve ekonomik statüye, yaşadığı zaman ve mekâna, cinsiyetine, sağlık durumuna ve etnik kökenine göre değişiklik göstermiştir (Garcia de Lima, 2012). Tarihsel olarak bakıldığında, 16. yüzyıldan önce çocukluk kavramı, sosyal ve siyasal anlamda yok gibi görünmekte ve çocukluk dönemini, yetişkinlikten ayıran yönler anlaşılmaktan uzaktı. Antik çağda çocuk, toplumun cinsiyete bakış açısının bir yansımasıdır ve çocukluk cinsiyet ayrımına dayanan bir olgudur. Antik Yunan'da mülkiyet hakkının sadece erkek çocuklara geçerek, aile içinde kalması ya da erkek çocuklar arasında eşit dağıtılması, kız çocuklarının toplumsal değerinin yok sayıldığının göstergesidir. Cinsiyetin, çocuğun yaşam hakkı üzerinde belirleyici olması, kız çocuklarının ölüme terk edilmesinde bir sakınca görülmemesi de bu bakış açısının yansımasıdır. Orta Çağlar'da çocuklar, yetişkinlerin minyatürü olarak kabul edilmiş ve sosyal açıdan tanınmamıştır. Bu dönemde, çocukluğun 6-7 yaşlarında sona erdiği kabul edilmiştir. Çocuklar herhangi bir toplumsal tanınma olmaksızın, anonim varlıklar olarak iş ve günlük faaliyetlerde yetişkinlere eşlik etmişlerdir. Bir çocuk öldüğünde, daha sonra doğacak çocuğa onun adı verilmiştir, önemli olan çocuk ilk doğan ve tercihen erkek olan çocuktur (Giddens,

2009). Altı yaşından büyük çocukların çoğu, küçük yetişkinler olarak kabul edilmiş ve yetişkinlerden sınıf olarak ayrılmamıştır. Çocuklar kendi statüleri ve hakları olan insanlar olarak değil de, yasal ve toplumsal olarak ebeveynlerinin malı olarak görülüyordu. 19. yüzyılın ilk çeyreğine kadar çocuklar, çok az yasal haklara sahip olan veya hiç olmayan, ebeveynlerinin kişisel mülkü olarak görülmeye devam etmiştir. Başta babalar olmak üzere ebeveynlerin onların üzerinde sınırsız yetki ve kontrolü vardı. Onlara istedikleri gibi davranabilirlerdi, bedensel ceza neredeyse evrenseldi ve toplum tarafından da kabul görüyordu (Garcia de Lima, 2012). Modernleşmenin erken döneminde, bebek ve çocuk ölümleri çok yaygındı - dört çocuktan biri, birinci yaşına ulaşamadan ölüyordu, bu durum o dönemde çocuk ölümlerini en yaygın ölüm nedeni haline getirdi. Yetişkinlerin, çocuklarla yakın ilişkiler içinde olması beklenmiyordu ve onlara karşı acımasız olabiliyorlardı. Birçok istenmeyen çocuk, olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkileri, ciddi ihmal ve istismara maruz kaldı. Çocukların anne babalarına ve topluma karşı haklarından çok görevleri vardı. Çocukların toplumdaki kötü statüleri, ihmal ve istismar edilmelerine, köle olarak satılmalarına ve toplumun gözünde görünmez olmalarına yol açmıştır. Sanayi öncesi dönemde çocuk işçiliği yaygın bir olguydu, çocuklar tüm dünyada ekonomik sistemin önemli bir parçasıydı ve bu nedenle yeteneklerine göre topluma katkıda bulunmaları gerekiyordu. Yaklaşık yedi yaşından itibaren, hem yetişkinlerin hem de çocukların yaşadığı bir dünya olan iş dünyasına yavaş yavaş girmeye başlıyorlardı. Dört ve beş yaşlarındaki çocuklar fabrikalarda çalışıyordu. Eğitim, okul, tehlikelerden korunma ve özel haklar kavramları ya çok azdı ya da yoktu (Sousa ve Carina, 2011).

20. yüzyılın başlarındaki teknolojik ve sosyoekonomik değişimler, "çocukluk" kavramında değişikliğe yol açmıştır. Çocuklar, göç, sanayileşme ve kentleşme koşulları tarafından istenmeyen davranışlar yaratacak ve toplumu tehdit edecek şekilde tehlike altında kabul edilmiştir. Bu durum, çocukların statüsüne ilişkin yeni bir tartışmayı gündeme getirmiş, çocukları koruma ve haklarını sağlama düşüncesinin doğmasına neden olmuştur. Çocuk haklarındaki ana gelişme, endüstriyel çocuk işçiliği ile bağlantılı olarak ortaya çıkmıştır (Atatanır, 2022). Çocukların artık tüm Batı dünyasında, savunmasız bir grup olarak kabul edilmesiyle birlikte, çocuk işçiliği toplumsal bir sorun olarak algılanmaya başlandı. Onlar, tehlikeli koşullar altında çalışıyorlardı ve risk altındaydılar, bu risk sadece fiziksel ve yaşamı tehdit eden riskler değil, manevi olarak da zarar görüyorlardı (Kosher, Ben-Arieh, ve Hendelsman, 2016). Fabrika işi, nemli, havalandırması yetersiz bir işyerinde günde on altı saat çalışmak, yedi yaşındaki çocuklar için fiziksel olarak çok yorucuydu ve bedensel ceza yaygındı. Çocuk işçilerin, sanayileşmenin savunmasız kurbanları olduğu görüşüne dayanan çocuk işçiliği reformu hareketi ile, endüstriyel çocuk işçiliğini düzenlemek ve

nihayetinde ortadan kaldırmak için sonunda başarılı bir kampanya başlatıldı. 19. yüzyılda çocuk işçiliğine karşı ve çocukların okullaşmasından yana olan bu hareket, çocukluk anlayışında ve çocuk haklarının formüle edilmesinde önemli bir dönüşümün gerçekleşmesine yardımcı oldu. Çocuk işçiliği reformu hareketi, özellikle çocukların belki de hiç çalışmaması ve - fiziksel, ahlaki, entelektüel ve sosyal - haklara sahip olduğu radikal reformun kapısını açarak, çocukluğun toplumsal anlamı hakkında kamusal bir tartışma başlatmıştır. 19. yüzyılda çocuk işçiliğini kontrol eden yasaların ve evrensel eğitimin getirilmesi, çocukların korunmaya ihtiyacı olduğunu ve haklarını da kabul etmiştir. Yavaş yavaş okul, işin yerini aldıkça ve düzenli eğitim zorunlu hale geldikçe, çocukların yeri ve rolüne yönelik tutumlar da değişti. Çocukluk daha uzun sürebilir anlayışı benimsenmeye başlandı. Tüm bu gelişmeler, 19. yüzyıl "çocuk kurtarma" dönemi olarak kabul edilir (Ruck ve Horn, 2008). 1870'ten 1920'ye kadar olan zamanda, çocukların ebeveynleri, işverenleri ve ilgili hakları, devletin himayesi altında ayrı bir aşama olarak, çocukluk vizyonunu varsayan koruma ve hizmet hakları biçiminde genişledi. Yavaş yavaş, çocuklar ayrı bir sınıf olarak algılanmaya başlandı. Çocukların ekonomik değerden başka bir değere sahip olmadığı algısı değişmeye başladı ve yerini çocukların, maruz kaldığı her türlü tehlikelerden toplum tarafından korumakla yükümlü olduğu, eşsiz bir grup anlayışı almaya başladı. Bu dönemdeki bir diğer değişiklik de, çocukların ebeveynleri tarafından ihmal ve istismardan korunmasıdır. Ebeveyn ihmal ve istismarı, yalnızca hayırseverler tarafından değil, giderek artan bir şekilde devlet yetkilileri tarafından yoğun bir incelemeye tabi tutuldu ve sorgulandı. Devlet, ayrıca çocuk yetiştirmede ebeveyn otoritesine ve özerkliğine giderek daha fazla meydan okumaya başladı. 1889'da hem Fransa hem de İngiltere'de, ebeveynlerin neden olduğu durumlar da dahil olmak üzere çocukların tehlikeye atılmasına karşı yasalar çıkarıldı (Kosher, Ben-Arieh ve Hendelsman, 2016). Devlet, çocukların haklarının garantörü oldu ve artık 19. yüzyılın sonunda, çoğu çocuk için hayat, sadece bir hayatta kalma mücadelesinden daha fazlasıydı. Çocuğun korunma hakkı, devletin hizmet sağlamaktan sorumlu olduğu ve çocuğa çeşitli türlerde hizmet sağlama haklarına fırsat sağlamıştır. Sağlık, bakım, kabul edilebilir oyun alanları, çalışma özgürlüğü ve devlet okullarına erişim ile birlikte çocuk haklarının unsurları da ortaya çıkmaya başladı. 20. yüzyıl birçok ülkede çocuklarla ilgili mevzuatın çıkarıldığı bir dönem olmuştur.

20. yüzyılın ilk yarısında, çocuk hakları kavramı, çocuğun zarar görmeden korunma, okul ve sağlık hizmetleri gibi belirli temel haklara erişim hakkı somutlaşmaya devam etti. 20. yüzyılın ikinci yarısında, yalnızca çocukların korunma veya bakılma haklarıyla ilgili konulardan çocukların kendi kaderini tayin etme veya kendini ifade etme haklarıyla ilgilenen konulara

geçişle, çocuk haklarına ilişkin düşüncede gözle görülür bir değişiklik meydana geldi. Çocukların katılım hakları konusunda artan farkındalık, çocuklara ve ergenlere kendi yaşamlarını ve gelişimlerini etkileyen kararlarda daha fazla özerklik vermeye yönelik küresel bir harekete yol açmıştır. 1924'te Save the Children International'ın kurucusu Eglantyne Jebb, Milletler Cemiyeti'ni Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi'ni kabul etmeye ikna etti. Bu bildiri beş ifade içerir, ancak bunlar toplumun "çocuğa borçlu olduğu" şeylerin kısa bir listesini sunmakta ve çocukların belirli haklara sahip olması gerektiği fikrini ortaya koymaktadır (Save The Children, 2023). İkinci Dünya Savaşı, çocukların refahına olan ilgiyi arttırdı. 1959'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, her çocuğun "mutlu bir çocukluk" hakkı olduğunu öne süren Çocuk Hakları Bildirgesi'ni kabul etti. 1979'da Birleşmiş Milletler, 1959 bildirgesinin yirminci yıldönümünü kutlamak için "Uluslararası Çocuk Yılı" ilan etti. Kutlamanın bir parçası olarak, çocuk hakları için yeni bir sözleşmenin yazılması önerildi. Taslağın hazırlanmasına o yıl başlanmış olmasına rağmen, sözleşme on yıl sonra 1989'a kadar tamamlanamadı. Nihayet, BM Genel Kurulu, Kasım 1989'da Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'yi kabul etti. Çocuk hakları, yasal, sosyal ve ahlaki olarak dünya üzerindeki tüm çocukların doğuştan sahip olduğu, eğitim, sağlık, barınma, fiziksel, psikolojik veya cinsel sömürüye karşı korunma gibi hakları tanımlayan evrensel bir kavramdır. Çocukların siyasi, medeni, sosyal ve ekonomik haklarının ana hatlarını çizen, Çocuk Hakları Sözleşmesi en kapsamlı uluslararası sözleşmedir ve çocuklar için çok çeşitli hakları ele alır (Kosher, Ben-Arieh ve Hendelsman, 2016). Yüzyıllarca dışlandıktan, görmezden gelindikten, manipüle edildikten ve "nesne" olarak görüldükten sonra, çocuklar nihayet yasal anlamda "kişi" olarak tanınma hakkı kazandı. Çocuk Hakları Sözleşmesi, yalnızca çocuğun zarar ve istismardan korunma hakkını değil, aynı zamanda çocukluk hakkını, özerk bir yetişkin olarak gelişme ve onu etkileyen, ilgilendiren konularda söz sahibi olma hakkını da kabul etmektedir (Atatanır, 2022).

3.1. Pediatri Hemşireliğinde Etik

Pediatri hemşireleri, çocukların hayatını korumak, hastalıkları önlemek, sağlığını geliştirmek ve hastalık durumunda bakımını sağlamakla sorumludur. Çocuklara ve ailelerine hizmet sunmak için ahlaki bir yükümlülüğü olduğundan, günümüzde etik, pediatri hemşireliği için her zamankinden daha önemlidir (Noureddine, 2001). Etik, pediatri hemşireliği uygulamaları ve ilişkilerinde kararları yöneten değerleri, kodları ve ilkeleri içerir. Mesleki gelişime rehberlik etmek için etik ilkeler gereklidir. Etik kurallar, bir mesleğin kendini tanımlamanın bir aracı olarak işlev görür (Carnevale, 2012). Pediatri hemşiresi, bakımın tüm boyutlarında, herhangi bir kişisel, sosyal veya ekonomik kaygıyla sınırlanmadan, her bireyin doğuştan sahip olduğu haysiyet, değer ve benzersizliğe saygı duyarak uygulama yapar. Pediatrik ba-

kımda, çocuklarla işbirliği sınırlı olduğundan, yaşamları veya ölümleri üzerinde etkileri olan kararlar vermek zordur ve bu tür durumlar genellikle tedavi, benimsenecek prosedürler ve sağlık hizmeti seçimleri hakkında etik sorunlar ve anlaşmazlıklar yaratır (Bagnasco ve ark., 2016). Ayrıca, günümüzde pediatrik bakım alanı, sıklıkla çocukların bakım şeklini değiştiren ve hızla gelişen teknolojik yenilikler içermektedir. Pediatri hemşireliği, hem çocuk gelişimi hem de çocuklar ve yetişkinler arasındaki fizyolojik farklılıklar hakkında bilgi gerektirir. Aynı zamanda aile merkezlidir, hem ailelerin çocukların yaşamlarında, büyümelerinde ve gelişmelerinde oynadıkları hayati rolü hem de bunun çocuklar, hasta olduklarında bakımına yansıtılması gerektiğini kabul eder (Noureddine, 2001). Pediatri hemşiresi, "doğrudan bakıcı, eğitimci, danışman, savunucu, bakım koordinatörü veya sağlık sistemleri yöneticisi" dahil olmak üzere birçok role sahiptir. Çocukların nispeten daha fazla bağımlı olması ve düşük özerkliği, çocuklara klinik bakım sağlandığında karmaşık etik zorluklar ortaya çıkarır (Carnevale, 2012). Pediatrik uygulamalarda, özerklik ve bilgilendirilmiş onamın geleneksel etik ilkeleri yetişkenden farklı olabilir. 'Yarar sağlama' ve "zarar vermeme" gibi genel etik ilkeler pediatrik bakımda, genellikle çok yönlüdür ve daha az anlaşılırdır. Bu nedenle, pediatri hemşireleri, bakımın sağlanmasına hangi ilke ve değerlerin rehberlik etmesi gerektiği konusunda çatışmalar ve yoğun etik ikilemlerle uğraşmak zorunda kalabilir.

Tablo 1: Pediatri hemşireliği mesleki değerleri

Dürüstlük	Profesyonel iletişimde çocuklara ve ailelere karşı dürüst olma, ayrımcılık yapmama ve çatışmaların çözümü
Güvenilirlik ve sorumluluk	Çocuklara, ailelere ve diğer sağlık profesyonellerine hesap verebilirlik
Saygı	Cinsiyet, ırk ve kültürel farklılıklara duyarlı olarak çocuk ve ailenin bireysel değerlerine saygılı davranmak
Empati	Çocukların ve aile üyelerinin tepkilerini, onların bakış açısından anlayabilmek
Hayat Boyu Öğrenme/Eğitim/ Yetkinlik	Hayat boyu öğrenme
Özfarkındalık	Bilgi veya teknik becerilerde eksikliği kabul etme, danışma veya yardım isteme olgunluğu
İletişim ve iş birliği	Çocuk, aile ve sağlık ekibinin iş birliği içinde çalışması ve etkili bir şekilde iletişim kurması gerektiğini kabul etme, hasta bakımında uygun sınırları tanıma
Savunuculuk	Çocukların iyiliğine ve haklarına, kendi ilgi ve gereksinimlerinin ötesinde bağlılık
Profesyonel sınırların korunması	Çocuklar, aileleri ve profesyoneller ile her zaman net sınırlar oluşturma ve aktif olarak sürdürme girişimi olarak yorumlanabilecek hediyelerin, iltimasların veya ağırlamaların reddedilmesi
Yüksek standartta uygulama	Mevcut en iyi kanıtların kullanılması, güncel bilgi ve becerilerin sürdürülmesi, açık ve doğru kayıtların tutulması
Sektörlerarası iş birliği	İşbirlikçi ekip çalışması, diğer sağlık profesyonelleri veya meslektaşlarının becerileri, bilgileri ve uzmanlıklarına göre geliştirilmesi

Kaynak: Ethical & Professional Practice for the European Paediatric Nurse. Erişim adresi: https://pnae.eu/wp- content/uploads/2020/05/Ethical-and-professional-practice.pdf,

3.2. Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam kavramı, 20. yüzyılın başlarında hasta özerkliği ilkesinin temelini oluşturan bir dizi adli kararla başlayan bir geçmişe sahiptir (Paulson, 2001). II. Dünya Savaşına kadar, hastaların girişimlerin riskleri ve yararları hakkında kapsamlı açıklamalara çok az gereksinimi vardı. Bugünün standartlarına göre değerlendirildiğinde, girişimler daha basitti ve riskler genellikle herkes tarafından görülüyordu. 1976 ve 1995'te Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 'nin bilgilendirilmiş onamla ilgili beyanlarının yayınlanmasından bu yana, çocuk hastalara tıbbi müdahale yapılmadan önce ebeveynlerden veya yasal vasilerinden bilgilendirilmiş izin alınması artık tıbbi ve yasal standart hale gelmiştir (Üstün ve Demirci, 2013). Ülkemizde de, Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. Maddesi'nde 'çocuk hastalara yapılacak girişimlerde, 'veli veya vasisinin' izni alınır ifadesi yasal zorunluluğu ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de 'Hasta küçük veya mahcur ise, velisinden veya vasisinden izin alınır' ifadesi çocuğa yönelik her türlü girişimde onamın gerekliliğini göstermektedir (Oral, 2011).

Bilgilendirilmiş onam, özerklik kavramıyla bağlantılıdır ve 'özerk bir bireyin kendi mantığının rehberliğinde karar verme hakkıdır'. Özerklik ilkesi, bireyin seçimlerini koruma ve teşvik etme görevine atıfta bulunur. Çalışmalar, özerkliğe yönelik ebeveyn desteğinin, farklı gelişimsel dönemlerdeki çocuklar için olumlu sonuçlara yol açtığını göstermiştir. (Parsapoor ve ark., 2014; Posada, 2004). Çocukların, yetişkinlere kıyasla, deneyim eksiklikleri ve sınırlı bilişsel yetenekleri nedeniyle geleneksel olarak kendileri için onam verme yetkinliğinden yoksun oldukları varsayılmıştır. Tarihsel olarak bakıldığında; 1980'lerin başında ABD'de, doğumsal bilişsel engeli olan bebeklere karşı rutin tedavinin uygulanmadığının kamuoyuna açıklanmasıyla birlikte, bu durum, büyük bir kamuoyu tartışmasının konusu haline gelmiştir. Konuya ilişkin en bilinen vakalardan biri, 1982'de tedavi edilmeyen özofageal atrezi ve trakeoözofageal fistül nedeniyle ölen Down sendromlu bir çocuğu (Baby Doe) içeriyordu. Ebeveynler, ameliyatın başarı şansının düşük olduğu algısına ve çocuğun Down sendromu ve bilişsel bozukluğu olduğu gerçeğine dayanarak, bebek için cerrahi girişimleri kabul etmemişlerdir. Çocuk, doğumdan 6 gün sonra pnömoni ve dehidratasyondan ölmüştür. Hastane, olayı, mahkemeye taşımış ancak mahkeme tarafından çocuğun anne ve babasının tedavinin durdurulmasına karar verme yetkisinin olduğuna hükmedilmiştir. Olayı takiben, kamuoyunda yaşanan öfke ve tartışmaların ardından, Baby Doe Kuralları kabul edilmiştir ve bu kurallarda engelli olup olmadıklarına bakılmaksızın, tüm bebeklere tıbbi tedavi verilmesi şart koşulmuştur. 'Baby Doe' tartışması, çocuk sağlığının vurgusunu "tıbben faydalı tedavi"den, "uygulamalar çocuğun yüksek yararına olmalıdır"a kaydırmıştır (Shields ve Fleming, 2020;

Tosun ve Kadıroğlu, 2016). Ayrıca, Baby Doe vakası etik iki soruyu da gündeme getirmiştir; birincisi "ebeveynler, engelli dünyaya gelen çocuğa potansiyel olarak hayat kurtarıcı olan tedaviyi hangi nedenlerle engelledi?" İkincisi ise, tedaviyi reddetmenin nedeni hem çocuğun hem de ailesinin acı dolu bir yaşamı önlemekse, "bir başkasının potansiyel yaşam kalitesine kim karar verebilirdi? (Orioles ve Morrison, 2013; Shields ve Fleming, 2020).

Çocuklarda, bilgilendirilmiş onam alma sürecinin farklı ve yetişkinlere kıyasla daha zorlu olduğuna şüphe yoktur. Bilgilendirilmiş onamın tüm temel unsurları ebeveynden elde edilse de, gönüllülüğün sağlanması kabul edilen görüştür. Özellikle, ergen hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili karar verme sürecine dahil edilmesi fikri desteklenmektedir (Chotai, Tubbs ve Huang, 2016). Resmi olarak onam vermese de, onları sağlık hizmetleriyle ilgili tartışmalara dahil etmek sağlık profesyonelleri ile çocuk arasındaki güveni besleyebilir ve uzun vadede sağlık sonuçlarına olumlu katkı sağlayabilir (Remien ve Kanchan, 2023).

Çocuklar, riskleri ve faydaları tartamadıkları, alternatifleri karşılaştıramadıkları veya kararların uzun vadeli sonuçlarını değerlendiremedikleri için bilinçli kararlar veremezler. Çocuklar olgunlaşmamış ve savunmasız olduklarından, onlar adına kararlar alacak ve çıkarlarını en iyi şekilde koruyacak bir yetişkine ihtiyaçları vardır ve ebeveynlerin uygun karar vericiler olduğu varsayılmaktadır. Kararı veren ebeveynler için önemli sayılabilecek, bildikleri veya bilmeleri gereken tüm bilgilerin açıklanması gerekmektedir. Onam veren ebeveyne, önerilen girişimi anlaması ve yetkilendirilmesi için yeterli bilgi sağlanmalıdır. Pediatri hemşiresinin onam sürecinde, çocuğun gelişimine uygun iletişimle çocuğun ve ailesinin hazır oluş durumunu değerlendirmesi, uygulanacak girişim ve komplikasyonlar hakkında bilgi vermesi ve alınacak kararda gönüllüğün sağlanması yönünde çaba göstermesi oldukça önemlidir (Ay, Çınar ve Boztepe, 2019; Zawistowski ve Frader, 2003).

3.3. Savunuculuk

Savunucu, bir başkasının davasını savunan ve seslerinin duyulmasını sağlayan, önemli konuların ele alındığından emin olan kişidir. Hasta savunuculuğu, uzun yıllardır hemşirelikte önemli bir rol olmuştur ve 1980'lerden itibaren mesleğin önceliği haline gelmiştir (Howlin, 2013). Pediatri hemşireleri, aile ve çocuğun gereksinimlerinin hastane rutinlerine göre önceliklendirilmesi gerektiğini savunurlar. Savunuculuk, hastanın çıkarlarını korumak ve savunmak ve hastayla ilgili kararlara yol göstermek anlamına gelir (Özakar Akça ve Gözen, 2013). Hemşirenin savunuculuk rolünü etkileyen içsel faktörler, kişinin benlik kavramını ve kişisel değer ve inançlarını içerir. Dışsal faktörler, hemşirenin meslektaşları ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkilerini içeren çalışma ortamından oluşur. Savunuculuk, genel-

likle bireyler ve gruplar arasındaki sosyal eşitsizlikleri ele alan faaliyetleri içeren sosyal adalet kavramıyla ilişkilendirilir. Bu bakış açısıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve erişim açısından çocuklar arasında tüm dünyada eşitsizlikler bulunmaktadır. Endişe verici sayıda çocuk, sağlık durumlarını ve sonuçlarını olumsuz etkileyen sosyal koşullar ve belirleyicilerle (örneğin, yoksulluk, ırkçılık, yetersiz barınma ve kaynak eksikliği, vb.) karşı karşıya kalmaktadır. Riley ve Beal (2010), hemşirelerin sosyal adaleti savunma eylemlerini halka hizmetin bir bileşeni olarak tanımlamaktadır. Pediatri hemşireleri, gereksinimlerini karşılamak için kanıta dayalı bakım ve eğitim sağladıklarından, farklı geçmişlere sahip çocukları ve ailelerini çeşitli şekillerde ve çoklu ortamlarda savunabilirler (Sterling, 2013). Hastanede yatan çocuklar sıklıkla gereksinimlerini ifade edemezler; savunuculuk, çocuğun ve aile üyelerinin fiziksel ve duygusal sağlığı için önemlidir. Pediatri hemşiresi, haklarını korurken aynı zamanda çocukları savunma ve koruma sorumluluğunu da üstlenmektedir (Mohamed, Farghaly Ali ve Aboelmagd, 2022).

4. Çocuk Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Pediatri hemşiresi, etik eylemi sağlama konusunda yetişkin hastalarda olduğundan daha fazla sorumluluğa sahiptir ve ebeveyn kararlarının veya çocuğun eylemlerinin çocuğun sağlığını tehlikeye attığı durumları belirleme konusunda eşsiz bir konumdadır (Carnevale, 2012). Çocuklar da, birbirinden farklıdır. Çocuk diye kavramsallaştırılan grup, gelişim dönemlerine göre bebekler, okul öncesi çocuklar, okul çağındaki çocuklar ve ergenlerden oluşmaktadır. Bu gelişim dönemlerinin herbirinde fiziksel, psikososyal ve bilişsel gelişim ve olgunluk açısından büyük farklılıklar vardır. Bazı çocuklar fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve ahlaki yetenekler ve özellikler açısından tutarsız bir şekilde gelişebilir. Bireysel olarak çocuk, çeşitli zorluklar ve travmalar karşısında ilerleyebilir ya da gerileyebilir. Çocuklar, yetişkinlerden çok daha geniş bir gelişimsel ve bireysel değişkenlik gösterirler bu nedenle, pediatrik bakım alanı ve yaklaşımlar çocuğun bireysel durumuna ve yeteneklerine göre uyarlanmalıdır (Bagnasco ve ark., 2016). Çocuğun, bakımın etik yönleri de dahil olmak üzere belirli yönleriyle ilgilenme veya belirli tedavi hedeflerine doğru ilerleme yeteneği, o andaki gelişimsel yeteneklerine, zorluklarına ve görevlerine göre değişebilir (Aderemi, 2016). Pediatri hemşiresinin, çocuğa yaklaşım ve bakımda tüm bu değişimlerin farkında olması gerekmektedir.

Pediatrik bakım, aile merkezli olmalıdır. Aile merkezli bakım, ailenin çocuk için birincil güç ve destek kaynağı olduğu, hem çocuğun hem de ailenin bakış açılarının ve bilgilerinin klinik karar vermede önemli olduğu anlayışına dayanır. Aile merkezli bakımda, hemşire, her yaştan çocukların ve aile üyelerinin sağlığını ve esenliğini sağlamada oynadığı hayati rolün farkında olmalı, aileleri bakım verme ve karar alma rollerinde desteklemelidir.

Etik ilkeler, profesyonel özdenetim için bir araçtır. Pediatri hemşiresinin, kişisel ve mesleki değerlerini açıklığa kavuşturmak, çağdaş etik düşünce, yasal, kurumsal ve mesleki yönergeler hakkında bilgi sahibi olmak konusunda da bireysel sorumlulukları vardır. Çocuğun bakımında karşılaşılan etik ikilemler birçok açıdan evrenseldir aynı zamanda çocuk ve ailenin ihtiyaçlarını karşılamaya yöneliktir. Ailelerle olan ilişkileri nedeniyle, pediatri hemşiresi, genellikle çocuğun ve ebeveynin değerlerini, inançlarını ve tercihlerini temsil edebilir ve böylece aile ile diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim için önemli bir köprü görevi görür. Bu nedenle pediatri hemşiresi, işbirlikçi etik karar verme için sistematik olarak hazırlamalıdır.

5. Sonuç

Çocukların bağımlı olması ve sınırlı özerkliğinin olması, çocuklara klinik bakım sağlarken karmaşık etik zorluklar ortaya koymaktadır. Özerklik ve bilgilendirilmiş onamın geleneksel etik ilkeleri pediatrik uygulamalarda farklı olabilir. 'Yarar sağlama' ve "zarar vermeme" gibi genel etik ilkeler çok yönlü ve karmaşıktır. Pediatri hemşiresi, çocuğun olgunlaşma gereksinimlerine, ailenin rolleri ve çocuk yetiştirme uygulamalarına ilişkin kültürel inançlarına saygı duymalı ve alınan her türlü etik kararda aile ile birlikte çocuğun yararına kararlar alınmasında destekleyici olmalıdır. Çocuklar olgunlaştıkça, bilinçli kararlar verme becerisi kazanarak bakıma katılımları da artmaktadır. Pediatri hemşiresinin, gelişimsel olarak uygun olduğu ölçüde, çocuğa durumu hakkında bilgilendirmesi ve sağlık bakımı ile ilgili kararlara katılımını sağlaması son derece önemlidir.

Kaynakça / References

Aderemi, R.A. (2016). Ethical issues in maternal and child health nursing: Challenges faced by maternal and child health nurses and strategies for decision making. *International Journal of Medicine and Biomedical Research, 5*(2), 67-76.

American Nurses Association (ANA). 2015. Codes of ethics for nurses. Retrieved from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/

Atatanır, H. (2022). Çocukluk olgusunun ve çocuk haklarının tarihsel gelişimi. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 2* (2), 205-219. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/jswrpub/issue/69283/1117938,

Ay, A., Çınar, S. ve Boztepe H. (2019). Çocuklarda Aydınlatılmış Onam. *HUHEMFAD-JOHUFON*, *6*(2), 120-125. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/774080.

Bagnasco, A., Cadorin, L., Barisone, M., Bressan, V., Iemmi, M., Prandi, M., …Sasso L. (2016). Ethical dimensions of pediatric nursing: A rapid evidence assessment. *Nursing Ethics, 25*(1) https://doi.org/10.1177/096973301663116

Baker, R. (2005). A draft model aggregated code of ethics for bioethicists. *American* Journal of *Bioethics, 5*(5), 33-41. https://doi.org/10.1080/15265160500245188

Carnevale, F. (2012). Ethical considerations in pediatric nursing. *A* Revista *da* Sociedade Brasileira *de Enfermeiros Pediatras*, *12*(1), 37-47. Retrieved from: https://journal.sobep.org.br/en/article/ethical-considerations-in-pediatric-nursing/

Chotai, P.N., Tubbs, S., & Huang E.Y. (2016). History and philosophy of surgical informed consent in children. *International Journal of History and Philosophy of Medicine, 6: 10601.* Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/293640254_History_and_Philosophy_of_Surgical_Informed_Consent_in_Children

Dahnke, M.D. (2009). The role of the American Nurses Association Code in ethical decision-making. *Holistic Nursing Practice, 23*(2):112-9. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a1114a

Ethical & Professional Practice for the European Paediatric Nurse. Retrieved from: https://pnae.eu/wp- content/uploads/2020/05/Ethical-and-professional-practice.pdf

Fowler M.D. (2021). The Nightingale still sings: Ten ethical themes in early nursing in the United Kingdom, 1888-1989. *Online Journal of Issues in Nursing 26*(2). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol26No02PPT

Garcia de Lima, R.A. (2012). Rights of the child and adolescent: current challenges. *Revista Latino-Americana* de *Enfermagem*, *20* (3). https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300001

Howlin, F. (2013). Understanding advocacy in children's nursing: A Hermeneutic Study. *Journal of Children's and Young People's Nursing, 2*(3). https://doi.org/10.12968/jcyn.2008.2.3.28704

Kosher, H., Ben-Arieh, A., & Hendelsman, Y. (2016). Children's rights and social work. Springe Publisher. Retrieved from: https://www.springer.com/series/11694

Malcolm, N. (2016). Thomas Hobbes: Liberal illiberal. *Journal of the British Academy, 4,*113–136. https://doi.org/10.5871/jba/004.11

Mohamed, S.S., Farghaly, Ali A., & Aboelmagd, A.N. (2022). Pediatric nurses' awareness regarding protective child advocacy and rights in the hospital. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research, 3*(1), 24-36. https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.116643.1152

Noureddine, S. (2001). Development of the ethical dimension in nursing theory. *International Journal* of *Nursing Practice*, *7*(1), 2-7. https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00253.x.

Oral, T. (2011). Hekimin aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümü. *Ankara Barosu Dergisi, 2,* 186-206. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/abd/issue/33791/374209

Orioles, A., & Morrison W.E. (2013). Medical ethics in pediatric critical care, *Critical* Care Clinics, *29*, 359–375. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2012.12.002

Özakar Akça, S. ve Gözen, D. (2013). Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 3*, 213-218. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/95088

Özsoy, S. ve Dönmez, R. (2017). Hemşirelik mesleginin ilk etik kodları: Geçmişten günümüze hemşirelik andı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33*(1), 91-102. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49327/630064

Parsapoor, A., Parsapoor M.B., Rezaei, N., & Asghari F. (2014). Autonomy of children and adolescents in consent to treatment: ethical, jurisprudential and legal considerations. *Iranian Journal of Pediatrics, 24*(3), 241–248. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276576/pdf/IJPD-24-241.pdf

Paulson, J.A. (2001). Pediatric Advocacy. *Children's Environmental Health*. Retrieved from: https://www.nemours.org/content/dam/nemours/www/filebox/healthpro/advocacy/paulsonpedadv.pdf

Posada, M.M. (2004). Ethical issues in assessments with infants and children. *Graduate Student Journal of Psychology*, *6,* 42-47. Retrieved from: https://www.tc.columbia.edu/media/centers-amp-labs/gsjp/gsjp-volume-pdfs/755_Assessment-finalversion.pdf

Remien, K., & Kanchan, T. (2023). *Parental consent.* StatPearls Publishing. National Library of Medicine. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555889/?report=printable

Riley, J., & Beal, J. (2010). Public service: Experienced nurses' views on social and civic responsibility. *Nursing Outlook, 58,* 142–147. Retrieved from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20494689/

Ruck, M.D., & Horn, S.S. (2008). Charting the landscape of children's rights. *Journal of Social Issues, 64*(4), 685-699. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00584.x

Save the Children. (2022). Core values, key principles. Retrieved from: https://www.savethechildren.org/us/about-us/why-save-the-children/history

Shields, M.D., & Fleming J.P. (2020). Medical ethics and children. In: J.P. Fleming, L.K. Shields & M.D. Shields (Eds). *Ethics in child health: A Practical Workbook* (pp. 13–23). Cambridge: Scholars Publishing. Retrieved from: https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-4574-8-sample.pdf 13-23.

Sousa, C., & Araújo, C. (2011). The ethical rights of children: Yesterday and today. *Pediatric Nursing, 37*(3), 141. Retrieved from: https://www.proquest.com/openview/53df1a5c603e6d8a237ae99de97de77c/1klipq-o-rigsite=gscholar&cbl=47659

Sterling, Y.M. (2013). Pediatric nurses as advocates. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(3), 309-10. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.02.022

Tazegün, A. ve Çelebioğlu, (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 6*(2), 97-102. https://doi.org/10.5222/buchd.2016.097

Tosun, Ö., ve Kadıroğlu T. (2016). Yenidoğan hemsireliğinde etik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13* (3), 170-173. https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.170

Türkmen, A.S., & Savaşer, S. (2015). Pediatric nurses' information and applications related to ethical codes. *Iranian Journal of Pediatrics***,** *25*(1), e321. https://doi.org/10.5812/ijp.321

Üstün, Ç., & Demirci N. (2013). Tıpta çocuk ve etik. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 48*,1-6. https://doi.org/10.4274/tpa.1799

Zawistowski, C.A., & Frader, J.E. (2003). Ethical problems in pediatric critical care: consent. *Critical Care Medicine*, *31*(5 Suppl), 407-410. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000065274.46402.DB

15. BÖLÜM / CHAPTER 15

YENİDOĞAN VE ETİK

NEWBORN AND ETHICS

Sema BAYRAKTAR[1], Merve ERTUNÇ SOYCAN[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: sema.bayraktar@istanbul.edu.tr

[2]Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: merve.ertunc@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.15

ÖZ

Yenidoğanlarda etik konusu uzun yıllar boyunca önemsenmemiştir. Geçmişte zayıf görülen yenidoğanlar ölüme terk edilmişler ve yenidoğanlar haklar bakımından korunmamışlardır. Teknoloji ve bilimin gelişmesi ile hızlı bir şekilde yenidoğan yoğun bakım üniteleri kurulmuş ve yeni kuşak antibiyotikler yenidoğanın tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler sayesinde prematüre, düşük doğum ağırlıklı ve gelişme geriliği olan çok riskli bebekler eskiye göre hayatta kalmaya başlamışlar ve yenidoğanların yaşam şansları artmıştır. Bu nedenle yenidoğan ve etik konusu önem kazanmaya başlamıştır. Aynı zamanda etik zorlukların sayısı ve karmaşıklığı sürekli olarak artmıştır. Yenidoğanlar için bir çok etik ilke belirlenmiştir. Kendisi için karar alamayan yenidoğanlar için özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme ilkesi ve adalet ilkelerinin sağlık çalışanları tarafından gözetilmesi ve uygulanması çok önemlidir. Yenidoğan hemşireleri yenidoğan ve ailesi ile en fazla zaman geçiren sağlık çalışanı olduğu için etik ikilemler konusunda kendilerine büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir. Yenidoğan hemşireleri ebeveynlere bebeklerine verilen hemşirelik bakımını ve yenidoğanın durumu ile ilgili bilgileri dürüstçe paylaşmalıdırlar. Yenidoğan hemşiresi her zaman yenidoğanın en yüksek yararı için çalışmalıdır. Yenidoğan hemşireleri ebeveynler ve diğer sağlık çalışanları arasında yaşanabilecek etik ikilemleri ve etik çatışmaları engellemede anahtar rol oynamalıdırlar. Etik ikilemlerde ailenin rolü önemlidir. Etik sorunlarda karar verilirken aileler tam olarak bilgilendirildikten sonra hekimler ve aileler birlikte karar vermelidirler.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, etik, etik ilkeler, yenidoğan hemşireliği, hemşirelik

ABSTRACT

The issue of ethics in newborns has been neglected for many years. Newborns who were seen as weak in the past were left to die and newborns were not protected in terms of rights. With the development of technology and science, neonatal intensive care units were established, and new-generation antibiotics started to be used in the

treatment of newborns. Thanks to these developments, premature, low birth weight and very risky babies with growth retardation have started to survive compared to the past and the life chances of newborns have increased. For this reason, the issue of newborns and ethics has begun to gain importance. At the same time, the number and complexity of ethical challenges has steadily increased. Many ethical principles have been determined for newborns. For newborns who cannot make decisions for themselves, healthcare professionals must observe and implement the principles of autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice. Since neonatal nurses are the health professionals who spend the most time with the newborn and its family, they have great duties and responsibilities regarding ethical dilemmas. Neonatal nurses should honestly share information about their babies' nursing care and the newborn's condition. The neonatal nurse should always work for the best interests of the newborn. Neonatal nurses should play a key role in preventing ethical dilemmas and ethical conflicts between parents and other healthcare professionals. The role of the family is important in ethical dilemmas. When deciding on ethical issues, physicians and families should decide together after families are fully informed.

Keywords: Newborn, ethics, ethical principles, neonatal nursing, nursing

Extended Abstract

In the past, newborns were given basic care in the form of maintaining health. In fact, it was accepted that babies with disabilities were a burden to society and that they should not live. As time went on, with the advances in health, the care of risky preterm and term newborns got the support of modern technology. This care turned into a form of active resuscitation in clinical practices. Thus, newborns who were stillborn in the past or who died shortly afterward had an increased chance of surviving for many years. As a result of these developments, ethical problems and dilemmas that did not exist before have emerged for the newborn. Neonatal medicine has made great progress in our country. Despite this progress, prematüre newborn birth, congenital anomalies, asphyxia, and moderate and severe problems may develop in newborns who survive. Without considering the quality of life of these fragile babies, practices that just keep them alive can prolong the life span of babies with high mortality and cause them to lead a poor quality and painful life. Technology and new knowledge often only delay death and are insufficient to provide real treatment. There is no data showing the neurological status of these babies in the future as well. Therefore, when the results are uncertain, many issues such as social, medical, and ethical issues await the infant's family, couple, and health professionals for the beginning and end of life. Before the 1970s, the decision makers for newborns were family and physicians. After this date, many institutions such as hospital administrations, ethics committees, lawyers, media, and public opinion began to be active in ethical decisions. The common view is healthcare professionals should act under the wishes of the parents of newborns. The role of parents is also essential to ethical dilemmas related to newborns. Families are often shocked by this situation and cannot make a decision. In our country, culturally and religiously, families rarely let life end.

Families have no right to make any decisions for their hopeless dying baby. In our country, patients and their relatives are not given the right to refuse treatment. Physicians and families should decide together when making a decision. When a decision is made with the family to reduce or not provide life support, palliative treatment solutions and psychosocial support should be given to the family. There is a need to identify ethical dilemmas and develop guidelines and legal changes for newborns from the beginning to the end of life. Informing and obtaining consent, ethical issues related to risk newborns, not starting/stopping life-supporting therapy, withdrawal of ventilator support, withdrawal of artificial feeding and hydration support, and euthanasia have historically caused ethical dilemmas in newborns. In addition, recent ethical dilemmas have been experienced in newborns such as donor milk and milk bank and vaccine instability-vaccine rejection. Neonatal nurses can prevent ethical dilemmas and ethical conflicts between parents and other healthcare team members. While the neonatal nurse supports the autonomy of the parents, on the other hand, they should defend the baby's best interests and establish a balance between them. The neonatal nurse should share information with parents about the nursing care given to newborns and the child's condition. They should pay attention to the duty of informed consent necessary to ensure the principle of autonomy. In cases where parents request information, they should inform the responsible physician so that they can access the information. The neonatal nurse should emphasize the ethical principles of being helpful and not harming the newborn to the parents. Parents should be encouraged to make decisions in the best interests of the newborn.

1. Giriş

Doğum sonrası ilk 28 günlük süreçteki bebekler, "yenidoğan" olarak adlandırılır (WHO, 2022). Bir bebeğin doğumu, aile için heyecan verici bir durumdur (Özbey, Sezer Efe ve Erdem, 2020). Her aile, sağlıklı bir bebek beklentisi içindedir (Dolgun, İnal ve Bozkurt, 2018). Geçmişten günümüze yenidoğanın anlamının, aile ve toplum için yıllar içinde değişiklik gösterdiği görülmüştür. Son yüzyıldan itibaren yenidoğan, ebeveynlerin ve ailelerin en değerli varlığı olarak kabul edilir. Ailede gebeliğin netleşmesi ile birlikte, ailenin yeni üyesi için heyecanla hazırlıklar yapılır. Her aile sağlıklı bir bebeği olacağını düşünürken, bazı bebeklerin çeşitli nedenler ile yenidoğan yoğun bakım desteği alması gerekebilir (Karabudak, Gerçek ve Yıldırım, 2020).

Geçmişte sakat doğan veya kız yenidoğanlara yapılabilecek bir destek olmadığı yaklaşımı ile, bu bebeklere herhangi bir girişim yapılmıyordu. Bu bebekler, anneden alınıp uzaklarda gömülmekte ya da bir çukura atılmaktaydı. Sağlık çalışanları da, bu rahatlık içinde çalışmakta ve yenidoğanları kendi kaderlerine bırakırlardı. Bu bebeklerin, ölüme terk edilmesi aynı zamanda bir nüfus kontrol yöntemi olarak da kullanılıyordu. Yaşayabilen yenidoğanlara ise enfeksiyonlardan koruma şeklinde bir bakım veriliyordu. Platon (427-347) engelli bebeklerin, topluma bir yük olduğu ve yaşamamaları gerektiği düşüncesini kabul ediyordu. Aristoteles ise, toplumda ağır doğumsal sakatlığı olan bebeklerin yok edilmesini sağlayan yasayı desteklemiştir. Engelli yenidoğanlarda tedaviyi sonlandırma, 20. yüzyıla kadar bu şeklide devam etmiştir (Kutbay ve Alan, 2020; Pinter, 2008; Yıldız, 2008).

Zaman geçtikçe sağlık alanındaki ilerlemelerle birlikte, preterm ve term yenidoğanlardan riskli olanların, bakımı modern teknoloji desteğine kavuşmuştur. Bu bakım, aktif canlandırmanın yapıldığı bir şekle dönüşmüştür. Böylece geçmişte ölü doğan veya doğumdan kısa bir süre sonra ölecek olan yenidoğanların yıllarca yaşayabilme şansı artmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak da, yenidoğanlar için daha önceleri var olmayan etik sorunlar ve ikilemler ortaya çıkmıştır (Kutbay ve Alan, 2020; Silvers, 2008; Yıldız, 2008).

2. Yenidoğanda Etik İlkeler

Özerklik: Özerklik, kişinin kendisini ilgilendiren konularda kararlara yönelik söz sahibi olabilmesini ifade etmektedir (Kutbay ve Alan, 2020). Yenidoğanlar, kendileri ile ilgili konularda tercihlerini bildiremedikleri için özerklikleri söz konusu değildir. Bu durumda, onun yerine-adına karar veren ebeveyn ya da sağlık çalışanları yenidoğanın en iyi yararını gözetmek durumundadırlar. Yenidoğanın ailesine karar verme fırsatı tanımak, durum ile ilgili yeterince bilgilendirmek ve aydınlatılmış onamlarını almak bu ilkenin konusudur (Çavuşoğlu, 2001; Kutbay ve Alan, 2020).

Yarar Sağlama: Yenidoğanlar için zarara engel olma ve en az zararı göze alarak, en fazla yararı sağlama ilkesidir. Kendini koruyamayan yenidoğanların, haklarının gözetilmesi ile ilgili etik sorumluluklar bu ilkenin ödevlerindendir. Yarar sağlama ilkesi, yaşama şansı çok az olan anomali yenidoğanlar ve düşük prematüre yenidoğanlar için standartlara göre belirlenirken ana amaç "yenidoğan için en iyi yararı sağlama" olmaktadır. Ancak bir bebeğin, yüksek yararının belirlenmesi süreci karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle, mevcut seçeneklerin potansiyel yararları ve zararları dikkate alınarak, sağlık ekibi ile ortak karar alma en üst yarar ilkeleri arasında sayılabilir (Sullivan ve Cummings, 2020; Marty ve Carter, 2018). Yenidoğanlar için karar verme standartları çok geniş olmakla birlikte, her ülkenin kültürel ve hukuki kuralları-na göre şekillenmektedir. Klinik olarak yarar sağlamanın olanaklı olmadığı durumlarda ise palyatif bakımın derecesinin belirlenmesi, ileri incelemelerin gerekliliği değerlendirilirken de zarar vermeme ilkesi göz önünde bulundurulmalıdır. Zararların tarafsızca belirlenmesi de, bu ilkenin altında toplanır (Çavuşoğlu, 2001; Kutbay ve Alan, 2020).

Zarar Vermeme İlkesi: Bu ilke, zararları öngörülebilen işlemlerin engellenmesini ifade etmektedir. Yoğun bakım tedavisiyle yenidoğana tıbbi faydası olmayan ağrılı girişimlerin (uzun süreli parenteral beslenme, defalarca entübe edilme, yeniden canlandırma vb.) yenidoğana uygulanması bu ilkeye aykırıdır (Karabudak ve ark., 2020).

Adalet İlkesi: Özellikle yenidoğan yoğun bakımlarda, sınırlı olan kuvöz ve ventilatör gibi kaynaklarının adil paylaşımı ve bir ölçüt kullanmaksızın yoğun bakım hizmetlerinin sağlanması gereksinimi sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Kaynakların adil paylaşılması, verilen hizmetin sadece gereksinimi olana sağlanmasını değil, aynı zamanda yenidoğanın ihtiyacının bittiği anda hizmetin kesilmesini de kapsamaktadır. Çünkü artık yoğun bakım kriterlerine uymayan yenidoğanlar, asıl gereksinimi olan yenidoğanların yoğun bakım hizmetini alamamalarına, dolayısıyla kaynakların adil dağılmamasına neden olmaktadır. Yenidoğanın savunmasız ve kolay incinebilir olması, adalet ilkesi konusunda sağlık çalışanlarına ayrıca bir sorumluluk yüklemektedir (Karabudak ve ark., 2020; Kutbay ve Alan, 2020).

3. Yenidoğanda Etik Sorunlar

Aydınlatma ve onam alma, yaşamı destekleyen tedaviyi başlatmama/sona erdirme, ventilatör desteğinin çekilmesi, yapay beslenme ve sıvı verme desteğinin çekilmesi ve ötenazi gibi konular yenidoğanlarda geçmişten beri etik ikilemlere neden olmaktadır (Ersoy, 2012; Kutbay ve Alan, 2020). Ülkemizde yasal olarak ötenazi kabul edilmediği için, hekimler genellikle prognoza bakmadan, yenidoğanlara tüm tedavinin yapılması yönündeki yaklaşımı seçmektedir. Hemşireler bu konuda yetkiye sahip olmamakla beraber, alınan kararlara destek

olmaları ve gerekli hemşirelik bakımını vermeleri gerekmektedir (Lissauer ve Fanaroff, 2013; Özdoğan, 2018; Strandås ve Fredriksen, 2015). Ayrıca son yıllarda, donör süt ve süt bankası, aşı kararsızlığı-aşı reddi gibi yenidoğanlarda güncel etik ikilemler yaşanmaktadır (Braun ve O'Leary, 2020; Ersoy, 2012; Kutbay ve Alan, 2020; Pekyiğit ve ark., 2019; Reich, 2020; Thibeau ve Ginsberg, 2018). Bu başlık altında güncel sorunlara yer verilecektir.

3.1. Yaşamın Uzatılması / Prematürelerin Yaşatılmaya Çalışılması

Tıp, teknoloji ve hemşirelik alanlarının gelişmesi, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve yeni kuşak antibiyotiklerin kullanılması sonucunda; prematüre, düşük doğum ağırlıklı ve gelişme geriliği olan riskli bebeklerin bir kısmı modern bakım ile yıllarca yaşayabilirler. Ülkemizde, yenidoğan tıbbı büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Bu ilerlemeye rağmen, yaşayan yenidoğanlarda prematüre doğum, doğumsal anomaliler, asfiktik doğumlar ile orta ve ağır derecelerde sorunlar gelişebilir. Bu bebeklerin yaşam kaliteleri düşünülmeden, sadece yaşamalarını sürdüren pratikler mortalitesi yüksek bebeklerin yaşam süresini uzatmakta ve kalitesiz ve acı verici bir yaşam sürmelerine neden olabilmektedir. Teknoloji ve yeni bilgiler çoğunlukla sadece ölümü geciktirmekte ve gerçek tedaviyi sağlamada yetersiz kalmaktadırlar. Türk Neonataoloji Derneği Bülteni'nde yer alan mortalite oranı 2018 yılında 22-24 hafta için %64,9 ve 25-26 hafta için %31,1 olarak belirtilmiştir. Yine de bu mortalite oranları yüksektir. Ülkemizde bebeklerin nörolojik olarak ne durumda olduklarını gösteren veriler de yeterli değildir. Bu veriler devlet, üniversite ve bazı özel hastanelere aittir (Algıer, Yağmurlu ve Gökçora, 1998; Ersoy ve Özcan, 2012; Kutbay ve Alan, 2020; Özdoğan, 2018; Türk Neonatoloji Derneği, 2019; Yıldız, 2008).

Yenidoğan hekim ve hemşireleri yaşam başı ve sonundaki zorlu durumlarda, bakım ve tedavi sürecinde çok sayıda etik sorun ile karşılaşırlar. Bu konuların başında; hayatı tehdit eden durumlar ve sekellerde yaşam desteğinin başlanması, asfiksi/hipotermi tedavisi, konjenital kardiyopatiler, bakım ve tedaviyi durdurma veya vermeme, aydınlatılmış onam, ekonomik boyut, yaşam kalitesi, organ bağışı, ailenin yas süreci vb. durumlar yer alır. Daha sona karar vericiler bu bebeklerde yasam desteğinin sağlanıp sağlanmaması ve palyatif bakım kararı ile karşı karşıya kalırlar (Ersoy ve Özcan, 2012; Kutbay ve Alan, 2020; Özdoğan, 2018). Bu etik sorunların sayısı ve karmaşıklığı sürekli olarak artmaktadır. Hekimlerin etik olarak gereksiz, boşuna olduğunu düşündükleri tedaviyi uygulama zorunlulukları bulunmamaktadır. Ayrıca hemşireler de, etik karar verme konusunda yeterli yetkiye sahip değillerdir. Fakat ülkemizde "tedaviyi sonlandırma" yasal olmadığı için etik ikilemler devam etmektedir. Yenidoğanın üstün yararını sağlamak için karar verilirken yaşam sonuna karar vermek çok zordur. "Ağır zihinsel engelli yenidoğanın üstün yararı nasıl gözetilebilir? Bu yenidoğanların menfaati nasıl

belirlenir?" gibi sorular hala yanıtsız kalmaktadır. Ülkemizde "canlandırma yapmayın" talimatı da yasal olarak bulunmaz. Bu nedenle, hekimlerin büyük çoğunluğu prognoz ne olursa olsun, yenidoğan bebeklere her türlü tedavinin yapılması yönünde karar uygularlar. 1970'lerden önce yenidoğanlar için karar verici merciiler, aile ve hekimlerdir. Bu tarihten sonra ise, etik kararlarda hastane yönetimleri, etik komiteler, hukukçular, medya ve kamuoyu gibi birçok kurum etkin olmaya başlamıştır. Yaygın olan görüş ise, sağlık çalışanlarının yenidoğanların ebeveynlerinin istekleri doğrultusunda davranmaları gerektiğidir. (Conway, 2008; Lissauer ve Fanaroff, 2013; Özdoğan, 2018; Strandås ve Fredriksen, 2015).

Yenidoğanlar ile ilgili etik ikilemlerde, ebeveynlerin rolü de önemlidir. Aileler bu durumda genellikle şok yaşamakta ve karar verememektedirler. Ülkemizde kültürel ve dini değerlerle ilgili olarak, aileler çok nadiren yaşamın sonlanmasına izin verirler. Ailelerin umutsuz, ölmekte olan bebekleri için herhangi bir karar verme hakları bulunmamaktadır. Ülkemizde hastalara ve yakınlarına, tedaviyi reddetme hakkı da verilmemektedir. Karar verilirken, hekimler ve aileler birlikte karar vermelidirler. Aile ile birlikte yaşam desteğinin azaltılması ya da verilmemesi kararı verildiğinde, eş zamanlı olarak palyatif tedavi çözümleri ve aileye psikososyal destek verilmelidir. Bu nedenlerle yenidoğan ve ailesi için yaşamın başından sonuna kadar etik ikilemlerin belirlenmesi, rehberlerin geliştirilmesi ve hukuki değişikliklerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır (Conway, 2008; Lissauer ve Fanaroff, 2013; Özdoğan, 2018; Strandås ve Fredriksen, 2015).

Yenidoğanlar ile hep bir arada olan ve durumlarındaki değişiklikleri ilk önce belirleyen, genellikle yenidoğan hemşireleridir. Yenidoğan hemşireleri ebeveynler ile diğer sağlık ekibi üyeleri arasında yaşanabilecek etik ikilemleri ve etik çatışmaları engelleyebilirler (Azak ve Taşcı, 2009). Yenidoğan hemşiresi ebeveynlerin özerkliğini desteklerken, diğer taraftan da bebeğin yüksek yararını sağlamalı ve arada bir denge kurmalıdır (Deligianni, Voultsos ve Tzitiridou-Chatzopoulou, 2023). Yenidoğan hemşiresi ebeveynlere, yenidoğanlara verilen hemşirelik bakımı ve çocuğun durumu ile ilgili bilgiyi paylaşmalıdır. Özerklik ilkesinin sağlanması için, gerekli olan aydınlatılmış onam ödevine dikkat etmelidir. Ebeveynlerin, konulan tanı ve uygulanan tedavi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bir şekilde aydınlatıldığından emin olunmalıdır. Ebeveynlerin bilgi talep ettiği durumlarda, onların gerekli bilgiye ulaşmaları için sorumlu hekime haber verilmelidir (Ersoy, 2012). Ebeveynleri yenidoğanın yüksek yararını sağlamak için, karar vermeleri konusunda cesaretlendirilmelidir (Mills ve Cortezzo, 2020; Rus ve Groselj, 2021). Yaşam sınırındaki riskli bebeklere, ventilatör desteğinin ve sıvı desteğinin azaltıldığı durumlarda, tüm yoğun bakım hizmetleri sunulmalıdır. Ailenin bebeklerini evlerine götürmesi, olası kötü sona hazırlanmaları ve bebeklerine veda edebilmeleri için uygun zaman ve ortam koşullarını sağlamalıdır (Ersoy, 2012; Ovalı, 2007).

3.2. Donör Süt ve Süt Bankası

Anne sütü bankaları, donör anne sütünü değerlendiren, uygun sütü kabul eden ve tarama testlerinden geçiren, işleyen, muhafaza eden ve dağıtımını sağlayan kuruluşlardır (Kontopodi ve ark., 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşük ve orta gelirli ülkelerde özellikle düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı bebekler ve hasta olan yenidoğanların, optimal beslenmesi için yayımladığı rehberde anne sütünün olmadığı ya da kontrendike olduğu durumlarda donör anne sütü kullanımını önermektedir (WHO, 2011).

Dünyada birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesi, anne sütüne erişimi olmayan veya erişimi yetersiz olan bebeklerin, donör anne sütü almasını sağlamaktadır. Bu nedenle, donör sütü kullanımının ve anne sütü bankalarının sayısı artmaktadır. Fakat donör süte ilişkin kalite, güvenlik ve etik standartları yayımlayan küresel bir kuruluş bulunmamaktadır (Tyebally Fang ve ark., 2021).

Donör anneler ve donör sütü alan bebekler için bilgi eksikliği, zarar verme potansiyeli, geleneksel ve dini inançlar, sütün güvenirliği ile ilgili endişeler nedeni ile çok sayıda etik sorun ortaya çıkmaktadır (Pekyiğit ve ark., 2019; Thibeau ve Ginsberg, 2018). Öncelikle donör sütlerin kayıtlarının eksik olması durumunda, kalite ve güvenlikle ilgili etik sorunlar gündeme gelmiştir. Bu nedenle, süt bankacılığı uygulaması için standartlar belirlemek üzere uluslararası ve düzenli olarak güncellenen rehberlerin hazırlanması gerekmektedir (Weaver ve ark., 2019). Donörlerin sağlık taraması ve kan serolojik testlerinin yapılması, sütün güvenli koşullarda toplanması, saklanması, işlenmesi, pastörizasyonu ve gereksinimi olan bebeklere dağıtım süreçlerinde etik ihlallerin olmaması için politikalar önemlidir (Madore ve Fisher, 2021).

Süt bankaları, kararlaştırılan standartlara göre çalıştığını doğrulayan hem iç hem de dış denetimleri içeren bir kalite güvence programı ile kontrol altında tutulmalıdır (Tyebally Fang ve ark., 2021; Weaver ve ark., 2019). Donör olan anneye sütünün nasıl kullanılacağı, bebekler için olası riskler ve faydalar hakkında net açıklamalar yapılmalı ve donörlerden de bilgilendirilmiş onam alınmalıdır (Tyebally Fang ve ark., 2021). Donörün geçirdiği enfeksiyonlar veya sütün kontaminasyon riski sorgulanmalıdır (Hartmann, 2019). Süt bankası uygulamaları incelendiğinde Dünya'da ve Avrupa'da geniş bir değişkenlik olduğu görülmektedir. Ülkemizde konu ile ilgili çeşitli görüş ayrılıkları olmasının yanında donör süt bankacılığı çalışmaları devam etmekte olup henüz bir anne sütü bankası bulunmamaktadır (Can ve Ünülü, 2019; EMBA, 2021). Süt bankası uygulamalarının daha da iyileştirebilmesi için evrensel, kanıta dayalı kılavuzların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Kontopodi ve ark., 2021).

Yenidoğan hemşiresinin donör süt konusunda riskleri en aza indirerek bebeğin yüksek yararını sağlamak için çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır (Madore ve Fisher, 2021). Bireylerin hukuki, etik, dini, sosyal değerleri göz önünde bulundurularak süt için her iki tarafın da onamları alınmalı ve güvenilir bir kayıt sistemi kullanılmalıdır (Aydemir, 2021). Hemşireler bebekleri için donör sütü kullanıp kullanmama konusunda bilinçli bir karar verebilmeleri için riskler ve yararlar hakkında ebeveynleri bilgilendirmek zorundadırlar (Abrams, Landers, Noble ve ark., 2017; Thibeau ve Ginsberg, 2018). Alıcı bebeğin ailesiyle yapılan görüşme; bulaşıcı hastalık bulaşma riskinin minimum düzeyde olduğuna dair tıbbi bilgileri ve donör annenin onamını içermelidir. Mümkün olduğunca her iki tarafın da gizliliği korunmalı ve ailelerle yapılan görüşmeler belgelendirilmelidir (Madore ve Fisher, 2021). Son olarak, süt bankaları, donör sütün ticareti ve insan sütünün metalaştırılması ve ile ilgili daha geniş etik sorunları da gündeme getirmektedir. Bağışlanan sütün kullanılmasının, insan vücuduna meta muamelesi yapılması yönündeki eğilimin bir parçası olduğu ve bunun da insan vücudunun sömürülmesi ve metalaştırılmasına ilişkin endişeleri arttırdığı düşünülmektedir (Steele ve Hernandez-Salazar, 2020). Yenidoğan hemşireleri bu etik kaygıların farkında olmalı ve donör sütün etik kullanımını sağlayan politikaları savunmalı, etik ilkelerle güvenli, adil ve hasta merkezli bakım vermek için çalışmalıdır (Noble ve Noble, 2021; Nommsen-Rivers ve ark., 2023; Shaw, 2007; Thibeau ve Ginsberg, 2018).

3.3. Tıbbi Olmayan Cinsiyet Seçimi

Cinsiyet seçimi, doğumdan önce bebeğin cinsiyetini belirlemek için yapılan bir medikal yöntemdir (Kovalyova ve Mykytenko, 2023). Yüzyıllar boyunca aileler, doğacak bebeğin cinsiyetini merak etmişlerdir. İstenilen cinsiyette bebeğe sahip olmak için çeşitli rituel, büyü, dua ve doğal ilaçlardan sonuç beklemişlerdir. Yirmi birinci yüzyıla gelindiğinde ise, cinsiyet seçimi için birçok ileri tanı yöntemleri bulunmaktadır. Ayrıca, genetik bilimindeki hızlı gelişmeler ile cinsiyet belirleme daha güvenilir ve daha erken zamanlarda yapılabilmektedir (Atar ve Şahinoğlu, 2023).

Cinsiyet seçimi, tıbbi ve tıbbi olmayan nedenlerle yapılmaktadır. Cinsiyet seçiminin tıbbı olmayan nedenleri; ailelerin dini, kültürel ve psikolojik özellikleri, ailelerin cinsiyet açısından dengeli bir aile istemesi ve ekonomik nedenler (erkek cinsiyetin iş gücü olarak görülmesi vb.) olarak sıralanabilir. Tıbbı olmayan cinsiyet seçimi ile, birçok etik sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri, embriyo/fetüsün cinsiyeti belli olduğunda eğer istenmeyen cinsiyet ise, gebeliğin sonlandırılmasıdır. Bu işlem, hem bebek hem de anne yaşamını tehdit etmektedir. Ayrıca cinsiyet seçimi, genelde erkek cinsiyetinden yana olduğu için, kız bebekler cinsiyet ayrımcılığına uğramaktadırlar. Bu durumda, kadın-erkek nüfus dengesinin bozulması da olasıdır.

Ailelere cinsiyet seçimi hakkında izin verildiğinde, daha sonra saç rengi, göz rengi ve boy gibi özelliklere de müdahele edebilecekleri tahmin edilmektedir (Atar ve Şahinoğlu, 2023; Kovalyova ve Mykytenko, 2023).

Hasta savunuculuğu ve danışmanlık rolleri olan hemşirelerin genetik danışmanlık sırasında rol almaları gerekmektedir. Cinsiyet seçimi testlerinin tüm sonuçları, ailelere sunulmalı ve danışmanlık sürecinde etik ilke ve değerler göz önünde tutulmalıdır (Akbağ, Tokat ve Çeçe, 2020; Kovalyova ve Mykytenko, 2023).

3.4. Anne ve Bebek İlişkisinin Kurulamaması/Bebeğin Reddi

Perinatal anne-bebek ilişkisinin hem yenidoğan hem de annenin sağlığı ve esenliği kritik bir öneme sahiptir (Bergman, Ludwig, Westrup ve Welch, 2019). İnsan gelişiminin temel bir yönü olan anne ve bebek arasındaki bağ, duygusal esenlik ve bebeğin gelecekte kuracağı ilişkiler için temel oluşturur (Borelli, Brugnera, Zarbo ve ark., 2019; Walsh, Hepper, Bagge ve ark., 2013). Ancak, bazı durumlarda anne ve bebek ilişkisinin kurulmasında güçlükler yaşanabilmektedir (Radoš, Matijaš, Anđelinović ve ark., 2020; Vengadavaradan, Bharadwaj, Sathyanarayanan ve ark., 2019). Bu güçlükler, çeşitli faktörler nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Anne ve bebeğe gerekli desteğin sağlanabilmesi için anne-bebek ilişkisinin kurulmasını engelleyen nedenlerin anlaşılması gerekmektedir (McKenzie-McHarg, Ayers, Ford ve ark., 2015). Anne-bebek ilişkisini kurulamamasının başlıca nedenlerinden biri, post-partum depresyon ve anksiyete gibi anne ruh sağlığı sorunlarıdır (Lutkiewicz, Bieleninik, Cieślak ve ark., 2020; Mason, 2020). Post-partum depresyon ve kaygı, annelerin bebekleriyle duygusal olarak bağ kurmasını zorlaştırarak ait hissetmemeye ve yetersizlik hissine yol açabilmektedir (Lavoie, 2015). Bazı durumlarda, travmatik doğum deneyimleri de anne-bebek ilişkisi kurulamamasına neden olabilmektedir. Zor doğumlar, anne için fiziksel ve duygusal sorunlara yol açarak, bebeği emzirmesini ve ona bakım vermesini zorlaştırabilmektedir (Kranenburg, Lambregtse-van den Berg, Stramrood ve ark., 2023). Bazen de bebek doğum sırasında sıkıntı yaşayabilmektedir ve bu da bağlanma sürecini daha da karmaşık hale getirebilmektedir (Ayers, Bond, Bertullies ve ark., 2016). Toplumsal ve kültürel faktörler de, anne-bebek ilişkisinin kurulamamasında rol oynayabilmektedir. Anneyi çevreleyen beklentiler ve normlar, bebekleriyle hemen bağ kuramadığı durumlarda, kadınlar üzerinde büyük bir baskı oluşturarak yetersizlik duygularına neden olabilmektedir. Ayrıca toplumsal yargılar ve eleştiriler, annelerin karşılaştıkları duygusal zorlukları şiddetlendirebilmekte ve bebekleriyle sağlıklı bir bağ kurmalarını daha da zorlaştırabilmektedir (Finlayson, Crossland ve Bonet, 2020; Newman ve Henderson, 2014; Thomson, Ebisch-Burton ve Flacking, 2015).

Anne ve bebek ilişkisinin kurulaması, hem çocuk hem de anne üzerinde önemli ve kalıcı sonuçlara neden olabilmektedir (Green, Staff, Bromley ve ark., 2021; Martucci, Fava, Giacchetti ve ark., 2021). Bebekler potansiyel bağlanma bozukluklarına yol açan duygusal sorunlar yaşayabilmektedir (Hornor, 2019). Bu, yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlıklı ilişkiler kurmada zorluklara yol açarak onların sağlıklarını ve sosyal gelişimlerini etkileyebilmektedir (Smorti, Ponti, Ghinassi ve ark., 2020). Anneler için de bebeğin reddedilmesi, zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek suçluluk ve utanç duygularına yol açabilmektedir (Cattaruzza, 2014). Anne ve bebek ilişkisinin kurulmamasının nedenlerinin belirlenmesi ve erken müdahalelerin uygulanması ile anne ve bebek arasında sağlıklı ve ilişkinin kurulması sağlanabilmektedir. Bu tür girişimler bebeklerin ve annelerin desteklemek için çok önemlidir (Milgrom ve Holt, 2014; Smith, Cameron ve Reimer, 2017).

Yenidoğan hemşireleri ve sağlık ekibi, risk altındaki anne ve bebeğin belirlenmesinde kritik bir öneme sahiptir. Yenidoğan hemşiresi, planladığı girişimler ile annenin bebeğe olan yakınlığının ve yetkinliğinin arttırılmasını sağlamalıdır. Anneye verilecek eğitimler, annelerin bebekleriyle bağ kurmanın zorluklarını aşmalarına yardımcı olmada önemli bir rol oynayabilmektedir. Annenin koşullarına ve psikolojik gereksinimlerine göre verilecek olan danışmanlık hizmetleri anne ve çocuk iletişiminin desteklenmesini sağlayabilmektedir. Sağlık ekibinin girişimleri ile annenin gereksinim duyduğu psikososyal desteği alması, anneleri bebekleriyle sağlıklı ve güvenli ilişkiler kurma konusunda güçlendirebilmektedir. Anne ve bebek iletişiminin kurulmasını engelleyen faktörlerin belirlenmesi ve uygun destek ve girişimlerin uygulanması ile anneler ve bebekleri arasındaki iletişimin kurulması sağlanmaktadır ve hem anne hem de bebeği için de uzun vadeli olumlu sonuçlar gözlemlenebilmektedir (Geller, Posmontier, Horowitz ve ark., 2018; Givrad, Hartzell ve Scala, 2021; Kim ve Kim, 2022; Muzik ve Borovska, 2010; Tripathy, 2020).

3.5. Aşı Kararsızlığı-Aşı Reddi

Salgınlara yol açan bulaşıcı hastalıklara karşı aşıların bulunması birçok hastalığın ortadan kaldırılmasını, çok sayıda ölümün ve kalıcı komplikasyonların önlenmesini sağlamaktadır (Özceylan, Toprak ve Esen, 2020). Aşılama, bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan hastalık ve ölümlerin azalmasına önemli ölçüde katkıda bulunan, yaşam beklentisini uzatan, yirminci yüzyılın en büyük halk sağlığı başarısı olarak kabul edilmesine rağmen hala insanlar arasında yararlılığı konusunda genel bir fikir birliğine varılamamıştır (Magno ve Golomb, 2020; Olson, Berry ve Kumar, 2020; Rus ve Groselj, 2021).

Yenidoğanlar bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasızdır ve hastalıklara yakalanmaları halinde ciddi sonuçlara maruz kalabilirler. Örneğin, aşı ile önlenebilen bir hastalık olan boğmaca yeni doğan bebeklerde ölümcül olabilmektedir. Yenidoğanların, yüksek yararı için bebeklere bakım veren bireyler rutin aşılardan haberdar olmalı, kendilerinin ve yenidoğanın aşılanmasına özen göstermelidir (CDC, 2021; CDC, 2023; UNICEF, 2020).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 'nun yayımladığı "*Dünya Çocuklarının Durumu 2023: Her Çocuk için Aşılama*" raporuna göre her yıl yaklaşık 25 milyon çocuk aşılara erişememektedir. Bu durum onları kızamık ve çocuk felci gibi yıkıcı ve tamamen önlenebilir hastalıklara yakalanma riski ile karşı karşıya bırakmaktadır. 67 milyon çocuk ise, son üç yılda bir veya daha fazla aşı uygulamasına erişememiştir (UNICEF, 2023). Ülkemizde ise; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA- 2018) verilerine göre, 12-23 aylık çocukların %2'si, 24-35 aylık çocukların %3'ü hiç aşılanmamıştır. Yalnız yenidoğanlar için, ülkemizde ve dünyada aşılanma oranları ile ilgili bir veri bulunmamakla beraber TNSA-2018 raporu incelendiğinde, araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda aşılanmamış olan 12-23 aylık çocukların %96'sının Hepatit B aşısının 1. dozunu, %88'inin ise Hepatit B aşısının 2. dozunu olduğu görülmektedir. Aşılanma yüzdesi ilk dozdan sonra azalma eğilimindedir (TNSA, 2018).

Ebeveynler yenidoğan adına tıbbi karar verme özerkliğine sahip kişilerdir. Aşı karşıtı olan bir ebeveyn yenidoğana aşı uygulamasını reddedebilir (Turnham, Binik ve Wilkinson, 2020). Ülkelere göre, aşı kararsızlığı ve reddinin nedenleri değişmekle birlikte genel olarak ebeveynler, aşı maliyetlerinin fazla olması, hastalıkların önemsenmemesi, aşıya ulaşmada güçlük yaşama, bilgi ve eğitim eksikliği, çeşitli dini ve kişisel inançlar nedeniyle bebeklerine aşı yaptırmamaktadır (Braun ve O'Leary, 2020; Çıtak ve Duran Aksoy, 2020; Reich, 2020). Ebeveynlerin aldığı aşı reddi kararı bireysel bir karar olarak düşünülse de, başta yenidoğan olmak üzere toplumun diğer bireylerini de etkileyen etik bir sorun olmaya devam etmektedir (Çıtak ve Duran Aksoy, 2020).

Yenidoğan hemşireleri aşı konusunda tereddüt eden ebeveynler için, bireysel ve kişisel bir yaklaşım uygulamalıdırlar. Aşı kararsızlığı ve aşı reddi sorununu ele almanın yolu, ebeveynleri dinlemek ve endişelerini anlamaya çalışmak, ebeveynlerin görüşlerini sakince ve saygı ile karşılamak ve onlarla açık bir iletişim kurmaktan geçmektedir. Ebeveynler aşı ile ilgili endişelerini ifade ettiklerinde, yenidoğan hemşiresi aşıların faydaları ve aşı olmamanın potansiyel risklerini açıklamalı, ölümcül hastalıklardan korumak için aşıların önemini aileye anlatmalıdır. Bu süreç, aşının kabulü için kritik bir öneme sahiptir. Eğitim ve danışmanlık sonrasında ebeveynler aşıları reddederse, yenidoğan hemşiresi ebeveynlerle bir sonraki randevuda aşılar

ve aşı ile önlenebilir hastalıklar hakkında bilgilendirmeye devam etmelidir. Aşılama sonucu, artık görülmeyen ya da çok seyrek görülen hastalıklarla ilgili de örnekler de verilebilir. Ebeveynler yine de çocuklarına aşı yaptırmamayı tercih ederse, yenidoğan hemşiresi bebek için hastalık riskini ve ebeveynlerin sorumluluklarını onlara hatırlatmalı, ebeveynin aşıları reddetme kararının yaşadıkları aile/toplumun diğer üyelerine yönelik oluşturduğu riskleri de açıklamalıdır. Aşı konusunda, tereddüt yaşayan ebeveynler sonraki randevularda bebeklerine aşı yaptırmayı kabul edebilmektedirler. Bunun için yenidoğan hemşiresi ebeveynler ile başka bir randevu ayarlayabilir ya da konu ile ilgili güncel ek bilgilerini okuması için ebeveynleri teşvik edebilirler (Beyazova ve Karaayvaz, 2021; Brewer, 2021; CDC, 2018; Fernández-Basanta, Lagoa-Millarengo ve Movilla-Fernández, 2021; Mckee ve Bohannon, 2016; Robinson, Wiley ve Degeling, 2021; Rus ve Groselj, 2021; UNICEF, 2020).

4. Yenidoğan Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Yenidoğanların bakımında yetişkinlerden daha çok etik sorunlar yaşanmaktadır. Kendini koruyamayan yenidoğana haklarının gözetilmesi için yenidoğan hemşiresinin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Yenidoğan hemşiresi; özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ilkelerini benimsemeli, güncel ve yeterli bilgilye sahip olmalıdır (Çavuşoğlu, 2001; Kutbay ve Alan, 2020).

Yenidoğan hemşireleri, doğumdan itibaren yenidoğanların bir birey olduklarının farkına varmalı ve her yaşamı kutsal olarak kabul etmelidirler (Özdoğan, 2018).

Yenidoğan hemşireleri, yenidoğan bebekler ile en yakından ve uzun süre çalışan sağlık profosyonelleridir. Tüm bu nedenlerle yenidoğan hemşirelerinin sağlık ekibi ve ebeveynler arasında bir köprü görevi görerek etik iklimlerin çözümünde ve azalmasında önemli rol ve sorumlulukları vardır. Tüm kararların ortak verilebilmesi için, sağlık çalışanları ve ebeveynler birlikte çalışmalıdır (Azak ve Taşcı, 2009; Lai ve ark., 2023).

Yenidoğan hemşireleri yenidoğanlara bakım verirken, çok sayıda etik ikilem ve zorluklar ile yüz yüze kalmaktadır. Etik karar verilirken hastane yönetimleri, etik komiteler ve hemşirelik hizmetleri yetkilileri tarafında oluşturulan stratejilere göz önüne alınmalıdır. Yenidoğan hemşiresi karar verme aşamasında hastaya, kendi mesleğine, topluma ve çalıştığı kuruma karşı sorumluluklarınının farkında olmalıdır. Yenidoğan bebekler için en iyisi planlanırken yararlar, riskler ve hastaneye yükler hesaplanmalıdır. Yenidoğan hemşireleri karar verirken mutlaka yenidoğanların ebeveynlerini de bilgilendirmelidir (Conway, 2008; Lissauer ve Fanaroff, 2013; Özdoğan, 2018; Strandås ve Fredriksen, 2015). Bu süreçte ebeveynler dinlenmeli ve görüşleri saygı ile karşılanmalıdır. Danışmanlık sürecinde, doğru ve erişilebilir bilgi sağ-

lanmalı ve aynı zamanda bebek için en faydalı yöntemin seçilmesi konusunda ebeveynlerin kendi tercihlerine ve değerlerine dayalı olarak bir seçim yapacakları kabul edilmelidir (Lai ve ark., 2023). Ailelerin kültürel, sosyodemografik, dini ve sosyoekonomik özelliklerinin de kararlarını etkilediği göz önünde bulundurmalıdır. Ailenin katılımının etik karar verme için kritik bir öneme sahip olduğu hemşireler tarafından önemsenmelidir (Conway, 2008; Lissauer ve Fanaroff, 2013; Özdoğan, 2018; Strandås ve Fredriksen, 2015). Yenidoğan hemşiresi hastaya karşı sorumlulukları kapsamında ebeveynleri tüm aşamalarda desteklemeli, bebeğin yüksek yararını sağlamalı ve toplum için arada bir denge kurmalıdır (Deligianni, Voultsos ve Tzitiridou-Chatzopoulou, 2023).

Yenidoğan hemşiresi etik rol ve sorumluluklar kapsamında riskleri en aza indirmeli ve bebeğin yüksek yararını sağlamalıdır (Madore ve Fisher, 2021). Ayrıca yenidoğan hemşiresi klinikler ve yoğun bakımlardaki tedavi ve bakımlarda karara katılamayan yenidoğanların savunuculuk rolünü üstlenmelidirler. Hemşireler özerklik ilkesi içinde olan "aydınlatılmış onam" ilkesinin uygulanabilmesı için hem sağlık ekibini hemde aileyi bilgilendirmelidirler (Deligianni ve ark., 2023; Kutbay ve Alan, 2020).

5. Sonuç

Bilim ve teknolojideki ilerlemelerle yaşam şansı artan yüksek riskli yenidoğanların bakımı sağlık ekibinin tüm üyeleri için etik ikilimler oluşturmaktadır. Kritik derece hasta olan yenidoğanlara yaşam desteğinin başlatılması ya da kesilmesinde, gerekli bakım ve tedavinin uygulanıp uygulanmama kararının verilmesinde, tıbbı olmayan cinsiyet seçiminde, donör sütün kullanımında ve aşı kararsızlığı-reddinde multidispliner sağlık ekibinin her üyesi, her zaman yenidoğanın en yüksek yararı için çalışmalıdır.

Yenidoğan hemşireleri her geçen gün daha fazla etik ikilem ve yasal süreçler ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Yenidoğan hemşirelerinin hemşirelik bakımının sunulmasını zorlaştıran etik sorunlar ortaya çıktığında, aile ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile iletişimi sağlayan önemli bir rolü bulunmaktadır. Ayrıca ebeveynler de beklenti ve umut dolu bir süreçte duygusal bir karmaşa ve krizle karşı karşıya kalabilmektedirler. Yenidoğan hemşireleri ebeveynler ile bebeklerine verilen hemşirelik bakımını paylaşmalıdır. Aile ile yenidoğanın durumu ilgili ile bilgileri uygun ortam ve şartlarda dürüstçe paylaşmalı ve ebeveynleri yenidoğanın bakımına ve esenliğiyle ilgili karar verme sürecine dahil etmelidirler.

Kaynakça / References

Abrams, S.A., Landers, S., Noble, L.M., & Poindexter, B.B. (2017). Donor human milk for the high-risk infant: Preparation, safety, and usage options in the United States. *Pediatrics, 139,* e20163440. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3440

Akbağ, N. N. A., Tokat, M. A., ve Çeçe, Ö. (2020). Non-İnvaziv prenatal testlerde güncel yaklaşımlar: Hemşirelik, danışmanlık ve etik. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, *17*(1), 301-304.

Algıer, L., Yagmurlu, A. ve Gökçora, I.H. (1998). Yenidogan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. *Tıbbi Etik, 6*(2), 89-93.

Atar, S ve Şahinoğlu, S. (2023) Tıbbi olmayan cinsiyet seçimi: Yeni teknolojiler–teknolojik gelişmeler ve etik tartışmalar. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *10*(2), 26-36.

Aydemir, H. (2021). Anne sütü bankaları. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(*3), 186-193.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, *46*(6), 1121-113

Azak, A. ve Taşcı, S. (2009). Klinik karar verme ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 17*(3), 176-83.

Bergman, N. J., Ludwig, R. J., Westrup, B., & Welch, M. G. (2019). Nurturescience versus neuroscience: A case for rethinking perinatal mother–infant behaviors and relationship. *Birth Defects Research*, *111*(15), 1110–1127. https://doi.org/10.1002/bdr2.1529

Beyazova, U., Karaayvaz, S. (2021). İlk beş yaşta bağışıklama-ailelerin çocuklarını aşılatma konusunda kararsızlıkları. G. Gökçay. (Ed.), *İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi kitabı* içinde (s. 491-497). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Borelli, J. L., Brugnera, A., Zarbo, C., Rabboni, M., Bondi, E., Tasca, G. A., & Compare, A. (2019). Attachment comes of age: adolescents' narrative coherence and reflective functioning predict well-being in emerging adulthood. *Attachment & Human Development*, *21*(4), 332–351. https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1479870

Braun, C., & O'Leary, S. T. (2020). Recent advances in addressing vaccine hesitancy. *Current opinion in pediatrics*, *32*(4), 601–609. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000929

Brewer, N. T. (2021). What works to increase vaccination uptake? *Academic Pediatrics*, *21*(4), 9–16. https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.01.017

Can, Ş., & Ünülü, M. (2019). Knowledge of mother regarding wet nursery and breast milk banking. *Ankara Medical Journal*, *19*(1), 60-70.

Cattaruzza, A. (2014). Difficulties in the treatment of depression during pregnancy and postpartum depression. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *13*(1), 75–87. https://doi.org/10.1080/15289168.2014.880296

Çavuşoğlu, H. (2001). Neonatology and ethics: A word from Turkey. *Journal of Clinical Ethics, 12*(3), 315.

CDC. (2018, April 11). Talking with parents about vaccines for infants. Retrieved from: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/talking-with-parents.html

CDC. (2021, November 9). Vaccines for family and caregivers. Retrieved from: https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/family-caregivers.html

CDC. (2023, March 7). Making the vaccine decision: Addressing common concerns. Retrieved from: https://www.cdc.gov/vaccines/parents/why-vaccinate/vaccine-decision.html

Çıtak, G., ve Duran Aksoy, Ö. (2020). Aşılamada önemli bir engel: Aşı reddi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7*(2), 15-20.

Conway, C. A. (2008). Baby Doe and beyond: Examining the practical and philosophical influences impacting medical decision making on behalf of marginally-Viable Newborns. *Georgia State University Law Review, 25*(4), 1097-1175.

Deligianni, M., Voultsos, P., Tzitiridou-Chatzopoulou, M. K., Drosou-Agakidou, V., & Tarlatzis, V. (2023). Moral distress among neonatologists working in neonatal intensive care units in Greece: A qualitative study. *BMC Pediatrics*, *23,*114. https://doi.org/10.1186/s12887-023-03918-1

Dolgun, G., İnal, S. ve Bozkurt, G. (2018). Çocuklarda dolaşım sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Bal Yılmaz, B. Bolışık (Ed), P*ediatri hemşireliği kitabı* (1. bs.) içinde (s.410-413). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

EMBA. (2021). Turkey. Retrieved from: https://europeanmilkbanking.com/country/turkey/

Ersoy, N. (2012). Klinik etik. N. Ersoy ve M. Özcan (Ed.), *Yenidoğan etiği kitabı* (1. bs.) içinde (s.19-58). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık.

Ersoy, N. ve Özcan, M. (2012) *Yenidogan etiği kitabı* (1. bs.) içinde (s. 40-45). İstanbul: Istanbul Tıp Kitabevi.

Fernández-Basanta, S., Lagoa-Millarengo, M., & Movilla-Fernández, M. J. (2021). Encountering parents who are hesitant or reluctant to vaccinate their children: A meta-ethnography. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(14), 7584. https://doi.org/10.3390/ijerph18147584

Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231415. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415

Geller, P. A., Posmontier, B., Horowitz, J. A., Bonacquisti, A., & Chiarello, L.A. (2018). Introducing Mother Baby Connections: a model of intensive perinatal mental health outpatient programming. *Journal of Behavioral Medicine*, *41*(5), 600–613. https://doi.org/10.1007/s10865-018-9974-z

Givrad, S., Hartzell, G., & Scala, M. (2021). Promoting infant mental health in the neonatal intensive care unit (NICU): A review of nurturing factors and interventions for NICU infant-parent relationships. *Early Human Development*, *154*, 105281. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105281

Green, J., Staff, L., Bromley, P., Jones, L., & Petty, J. (2021). The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper. *Journal of Neonatal Nursing*, *27*(1), 21-25

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Erişim adresi: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf).

Hartmann B.T. (2019). Benefit by design: Determining the 'value' of donor human milk and medical products derived from human milk in NICU. *Seminars in Perinatology*, *43*(7), 151157. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.06.005

Hornor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, *33*(5), 612–622. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017

Karabudak, S.S., Gerçek, E. ve Yıldırım, B. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunlar: Nitel bir araştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(2), 144-153.

Kim, S.Y., & Kim, A.R. (2022). Attachment- and Relationship-Based Interventions during NICU Hospitalization for Families with Preterm/Low-Birth Weight Infants: A Systematic Review of RCT Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1126. https://doi.org/10.3390/ijerph19031126

Kontopodi, E., Arslanoglu, S., Bernatowicz-Lojko, U., Bertino, E., Bettinelli, M. E., Buffin, R., … Wesolowska, A. (2021). "Donor milk banking: Improving the future". A survey on the operation of the European donor human milk banks. *PloS One,16*(8), e0256435. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256435

Kovalyova, O., ve Mykytenko, D. (2023). Prenatal gender selection: medical, ethical and psychological aspects. *EUREKA: Life Sciences*, *3*, 3-11.

Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 2775.

Kutbay, G. ve Alan, S. (2020). Yenidoğan ünitelerinin işleyişinde ortaya çıkan etik durumlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 10*(1), 37-46.

Lavoie, K.H. (2015). Five E's to Support Mothers with Postpartum Depression for Breastfeeding Success. *International Journal of Childbirth Education*, *30*(2).

Lissauer, T., & Fanaroff, A.A. (2013). *Bir bakışta neonatoloji kitabı* (1. bs.) içinde (s. 275-277). (N. Okumuş ve A. Zenciroğlu, Çev.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Lutkiewicz, K., Bieleninik, L., Cieslak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal–Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5427. https://doi.org/10.3390/ijerph17155427

Madore, L.S., & Fisher, D.J. (2021). The role of breast milk in infectious disease. *Clinics in Perinatology*, *48*(2), 359–378. https://doi.org/10.1016/j.clp.2021.03.008

Magno, H., & Golomb, B. (2020). Measuring the benefits of mass vaccination programs in the United States. *Vaccines*, *8*(4), 561. https://doi.org/10.3390/vaccines8040561

Martucci, M., Fava, G., Giacchetti, N., Aceti, F., Galeoto, G., Panfili, M., & Sogos, C. (2021). Perinatal depression as a risk factor for child developmental disorders: a cross-sectional study. *Rivista di Psichiatria*, *56*(6), 321-327

Marty, C.M., & Carter, B.S. (2018). Ethics and palliative care in the perinatal world. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, *23*(1), 35–38. https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.001

Mason, K.A. (2020). When the Ghosts Live in the Nursery: Postpartum Depression and the Grandmother-Mother-Baby Triad in Luzhou, China. *Ethos*, *48*(2), 149–170. https://doi.org/10.1111/etho.12277

McKee, C., & Bohannon, K. (2016). Exploring the reasons behind parental refusal of vaccines. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, *21*(2), 104-109. https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.2.104

McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., ... & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(3), 219-237.

Milgrom, J., & Holt, C. (2014). Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 385. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-385

Mills, M., & Cortezzo, D.E. (2020). Moral distress in the neonatal intensive care unit: What is it, why it happens, and how we can address it. *Frontiers in Pediatrics*, *8*, 581. https://doi.org/10.3389/fped.2020.00581

Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental health in family medicine*, *7*(4), 239–247.

Newman, H.D., & Henderson, A.C. (2014). The Modern Mystique: Institutional Mediation of Hegemonic Motherhood. *Sociological Inquiry*, *84*(3), 472–491. https://doi.org/10.1111/soin.12037

Noble, L., & Noble, A. (2021). The collection and storage of human milk and human milk banking. In. R.A. Lawrence & R.M. Lawrence (Eds.), *Breastfeeding: A guide for the medical professions* (pp.662-694). Philadelphia: PA. Elsevier.

Nommsen-Rivers, L., Black, M.M., Christian, P., Groh-Wargo, S., Heinig, M. J., Israel-Ballard, K., ... & Raiten, D.J. (2023). An equitable, community-engaged translational framework for science in human lactation and infant feeding—a report from "Breastmilk ecology: Genesis of infant nutrition (BEGIN)", working group 5. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *117*, S87-S105.

Olson, O., Berry, C., & Kumar, N. (2020). Addressing parental vaccine hesitancy towards childhood vaccines in the United States: A systematic literature review of communication interventions and strategies. *Vaccines*, *8*(4), 590. https://doi.org/10.3390/vaccines8040590

Ovalı, F. (2007). Fetal ve neonatal etik. T. Dağoğlu (Ed.), *Neonatoloji kitabı (2. bs.)* içinde (s. 21-27). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Özbey, H., Sezer Efe, Y. ve Erdem, E. (2020). Preterm bebeği olan aile ve hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *7*(3), 292–298. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.834246

Özceylan, G., Toprak, D., & Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 16*(5), 1034-1039. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1717182

Özdoğan, T. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebekler ve etik değerler. Özek, E. ve Bilgen, H.S (Ed.), *Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği kitabı* içinde (s. 139-143). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Pekyiğit, A., Yıldız, D., Eren Fidancı, B., Çalık, B., Dehmen, Ö., Koçak, T. ve Altıntaş, S. (2019). Annelerin donör süt ve süt bankalarına ilişkin görüşleri. *Güncel Pediatri*, *17*(3), 325-336.

Pinter, A.B. (2008). End-of-life decision before and after birth: Changing ethical considerations. *Journal of Pediatric Surgery, 43,* 430–436.

Rados, S. N., Matijas, M., Anđelinovic, M., Cartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, *268*, 134–140. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006

Reich, J. A. (2020). Vaccine refusal and pharmaceutical acquiescence: parental control and ambivalence in managing children's health. *American Sociological Review, 85*(1), 106–127. https://doi.org/10.1177/0003122419899604

Robinson, P., Wiley, K., & Degeling, C. (2021). Public health practitioner perspectives on dealing with measles outbreaks if high anti-vaccination sentiment is present. *BMC Public Health*, *21*(1), 578. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10604-3

Rus, M., & Groselj, U. (2021). Ethics of vaccination in childhood—A framework based on the four principles of biomedical ethics. *Vaccines*, *9*(2), 113. https://doi.org/10.3390/vaccines9020113

Shaw, R. (2007). Cross-nursing, ethics, and giving breast milk in the contemporary context. *Women's Studies International Forum, 30*(5), 439-450. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2007.07.001

Silvers, A. (2008). "Playing God with Baby Doe: Quality of life and unpredictable life standards at the start of life". *Georgia State University Law Review, 25*(4), 1061-1095.

Smith, M., Cameron, C., & Reimer, D. (2017). From Attachment to Recognition for Children in Care. *The British Journal of Social Work*, *47*(6), 1606–1623. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx096

Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, *142*, 104956. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956

Steele, S.L., & Hernandez-Salazar, E.E. (2020). A very lucrative liquid: the emerging trade in human milk as a form of reproductive exploitation and violence against women. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, *13*(2), 171-183.

Strandas, M., & Fredriksen, S.T.D. (2015). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing Ethics, 22*(8), 901-912.

Sullivan, A., & Cummings, C. (2020). Historical perspectives: Shared decision-making in the NICU. *NeoReviews*, *21*(4), e217–e225. https://doi.org/10.1542/neo.21-4-e217

Thibeau, S., & Ginsberg, H. G. (2018). Bioethics in practice: The ethics surrounding the use of donor milk. *The Ochsner Journal*, *18*(1), 17–19.

Thomson, G., Ebisch-Burton, K., & Flacking, R. (2015). Shame if you do - shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal & Child Nutrition*, *11*(1), 33–46. https://doi.org/10.1111/mcn.12148

Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, *49*(6), 101747.

Türk Neonatoloji Derneği. (2019). Türkiye'deki yenidoğan merkezlerinde mortalite. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, *31*, 26-28.

Turnham, H.L., Binik, A., & Wilkinson, D. (2020). Minority report: Can minor parents refuse treatment for their child? *Journal of Medical Ethics*, *46*(6), 355–359. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105702

Tyebally Fang, M., Chatzixiros, E., Grummer-Strawn, L., Engmann, C., Israel-Ballard, K., Mansen, K., … Biller-Andorno, N. (2021). Developing global guidance on human milk banking. *Bulletin of the World Health Organization*, *99*(12), 892–900. https://doi.org/10.2471/blt.21.286943

UNICEF (2023, April). The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination. Retrieved from: https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023#Reportarea.

UNICEF. (2020, October). Protecting young children from vaccine-preventable diseases. Retrieved from: https://www.unicef.org/eca/reports/protecting-young-children-vaccine-preventable-diseases

Vengadavaradan, A., Bharadwaj, B., Sathyanarayanan, G., & Durairaj, J. (2019). Frequency and correlates of mother-infant bonding disorders among postpartum women in India. *Asian Journal of Psychiatry*, *44*, 72-79

Walsh, J., Hepper, E. G., Bagge, S. R., Wadephul, F., & Jomeen, J. (2013). Maternal–fetal relationships and psychological health: emerging research directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *31*(5), 490-499. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.834311

Weaver, G., Bertino, E., Gebauer, C., Grovslien, A., Mileusnic-Milenovic, R., Arslanoglu, S. … Picaud, J. C. (2019). Recommendations for the establishment and operation of human milk banks in Europe: A consensus statement from the European Milk Bank Association (EMBA). *Frontiers in Pediatrics*, *7*, 53. https://doi.org/10.3389/fped.2019.00053

WHO. (2011). Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85670/9789241548366_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2022). Newborn health. Retrieved from: https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newborn-health#:~:text=A%20newborn%20infant%2C%20or%20neonate,to%20health%20care%20is%20low

Yıldız, S. (2008). Yenidoğan hemşireliğinde etik. Dağoğlu, T. ve Görak, G. (Ed), *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri kitabı* (2. bs.) içinde (s. 31-40). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

16. BÖLÜM / CHAPTER 16

YAŞAM SONU BAKIM VE ETİK

END-OF-LIFE CARE AND ETHICS

Ayfer AYDIN[1]

[1]Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: ayfer.aydin.70@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.16

ÖZ

Yaşam sonu bakım, çocuk ve ailenin son dönemlerini rahat ve huzurlu bir şekilde geçirmesi için verilen bakımdır. Pediatrik palyatif bakım hemşiresi, yaşamının son dönemindeki çocuk ve ailesine bakım verirken bazı etik ikilimler yaşamaktadır. Yaşam sonu dönemde, pediatrik palyatif bakım hemşiresi, bakım ve tedavinin sonlandırılması, ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınamaması, çocuk ve ailesinin kararlara katılamaması, gereksiz işlemlerin yapılması, "resüsitasyon uygulamayın" istemi, yoğun kemoterapi tedavisinin verilmesi, hidrasyon ve beslenmenin sürdürülmesi ve kesilmesi gibi birçok etik ikilemle karşılaşmaktadır. Bu etik ikilemler, genellikle ölmek üzere olan hasta çocukla ilgili zor olan koşulları daha da karmaşık hale getirebilir. Etik ilkelerin uygulanması hemşirelik uygulamalarının önemli bir bileşenidir. Etik ikilemlerin çözümünde, hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Pediatrik palyatif bakım hemşiresi çocuk, aile ve palyatif bakım ekibi arasındaki iletişimin sürdürülmesini sağlamaktadır. Bu süreçte hasta çocuk, aile ve palyatif bakım ekibi arasındaki sağlıklı iletişim etik ikilemlerin çözümünde çok önemlidir. Etik sorunların en aza indirilmesi ve kolayca çözülebilmesi için palyatif bakım ekibinin uyum içinde çalışması önemlidir. Pediatrik palyatif bakım hemşiresi, çocuk ve ailenin hastalık ve tedavi konusunda bilgilendirilme sürecinin her aşamasında etkin bir rol oynamaktadır. Uygun tıbbi girişimlerin ve hemşirelik girişimlerin seçilmesi, çocuğa olan yarar ve zararlarının uygun bir şekilde değerlendirilmesi, çocuk hastanın isteklerinin ve gereksinimlerinin saygın bir şekilde yerine getirilmesi en uygun hemşirelik uygulamaları arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik, etik, etik sorunlar, karar verme

ABSTRACT

End-of-life care is the care given for the child and family to spend their last periods in a comfortable and peaceful way. Pediatric palliative care nurse experiences some ethical dilemmas while caring for the child and her/his family in the last period of his life. In the end-of-life period, the pediatric palliative care nurses are faced with many ethical dilemmas such as as terminating care and treatment, not being able to control pain and other symptoms, not being able to participate in the decisions of the child and his family, performing unnecessary procedures, " do not resuscitate" order, giving intensive chemotherapy treatment and discontinuation of hydration and nutrition. These ethical dilemmas can further complicate the difficult circumstances associated with the often dying sick child.

The application of ethical principles is an important component of nursing practice. The role of the nurse is very important in solving ethical dilemmas. The pediatric palliative care nurse maintains the communication between the child, the family and the palliative care team. In this process, healthy communication between the sick child, family and palliative care team is very important in solving ethical dilemmas. It is important that the palliative care team works in harmony in order to minimize and easily solve ethical problems. The pediatric palliative care nurse plays an active role in every stage of the process of informing the child and family about the disease and treatment. Choosing the appropriate medical and nursing interventions, evaluating the benefits and harms to the child appropriately, and fulfilling the wishes and needs of the child patient are among the most appropriate nursing practices.

Keywords: Palliative care, nursing, ethics, ethical issues, decision-making

Extended Abstract

End-of-life care can be provided in the hours, days, or months before a person dies and encompasses care and support for a person's mental and emotional needs, physical comfort, spiritual needs, and practical tasks. The pediatric nurses face many ethical dilemmas such as termination of treatment, inability to control pain and other symptoms, patient and family involvement in healthcare decision making, unnecessary procedures, and recession at the end-of-life from the moment of diagnosis to the end of life. It can be ethical problems in relieving the pain of a dying child. Many factors can make it difficult and sometimes impossible to help patients in pain. Healthcare professionals' lack of knowledge about opioid use or fear of addiction negatively affects pain management. Nurses should carefully assess pain, ensure and monitor the initiation of appropriate care and treatment. Giving bad news is one of the most common ethical problems that palliative care nurses face and have the most difficulty with. It is not easy to give the information due to the wishes of the patient and his/her family or cultural characteristics, without breaking their hopes. Generally, parents do not want information to be given to the child. Giving bad news is not an easy situation for families either. If the patient's relatives ask that the patient not be told the information, it should be explained to the family that this is unethical and that the patient has the right to information. However, this should be done by taking into account the child's developmental level, coping mechanisms, cultural characteristics and relationships with the family. Unnecessary treatments and procedures generally mean treatments and procedures that will not benefit the patient. End-of-life children are subjected to unnecessary procedures or aggressive treatments such as intensive chemotherapies, Total Parenteral Nutrition (TPN) and Intravenous (IV) drugs, and interventional procedures such as Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) opening, CT scans, and Lumbar Puncture (LP). Since the child at the end of life is very sensitive, it is important that any procedure to be performed does not harm the patient and provides benefit.

The most common problems faced by patients, family members and healthcare professionals at the end of life are related to the decision-making process. The decision-making process can be much more difficult in pediatric patients. Deciding of appropriate medical interventions, assessment of the benefits and harms of the treatments, and respect of the patient's wishes are some ethical interventions that should be made. Pediatric palliative care nurse should use the "ethical problem solving process" in order to solve them more easily. The nurse should first evaluate the condition and problem of the child who is in end of life. It should determine the child's medical condition, cultural, demographic, religious, and socioeconomic factors, the child's decision-making status, preference, needs, and family decisions and preferences. It should be determined how the ethical problem is perceived by the child and his family, the institutional policies related to the problem, related events, ethical standards, policies, and guidelines. Then nurse should make decisions, and implement interventions. She should share care and treatment decisions with the families and their children. Then, the nurse should evaluate the outcomes. If the problem is not resolved, the cause should be looked at again. While caring for the child, the nurse should reassure that everything will be done in the best way for her. If it is necessary, ethical consultation can be asked to solve the problem. While giving care to the end-of-life child and her family, the nurse should be aware of the ethical dilemmas encountered and develop her knowledge and skills on this subject. She also should have good communication skills. It is important for the palliative care team to work in harmony in order to minimize ethical problems and to solve them easily. Decisions regarding the patient and his/her family should be made by the team including the patient and his/her family. Decisions should be shared with all team members caring for the child.

1. Giriş

Palyatif bakım hastanın ve ailesinin yaşamını tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, bakım ve tedavi edilmesiyle birlikte, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşımdır. Palyatif bakım tanı konduğunda başlayan ve yaşamın son anına kadar devam eden bir süreçtir (Ahmedzai ve ark., 2004; Friedman, Hilden ve Powaski, 2004; Harris, 2004).

Yaşam sonu bakım ise, yaşamsal fonksiyonlarını geri dönüşümsüz olarak belirli bir sürede kaybetmesi beklenen hastaya yaşamın son birkaç haftası ya da günlerinde gerçekleştirilen bakımıdır (Taşdelen ve Kürtüncü, 2022)

Son yıllarda bakım ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalıkla karşılaştığında, çocuğun yaşam süresini uzatmaktan çok, kalan süresini nitelikli geçirmesinin önemi artmaya başlamıştır. Hem aileler hem de sağlık çalışanları yaşamı tehdit eden hastalıklarda amacın artık, hastalığı tedavi etmekten palyatif bakıma doğru değişmesi gerektiğinin farkına varmışlardır. Bu durum, palyatif bakım hemşiresinin önemini arttırmış ancak rollerinin de genişlemesine ve karmaşıklaşmasına neden olmuştur (Friedman ve ark., 2004).

Palyatif bakım hemşiresi çocuğa bakım verirken, tanı anından yaşamın son dönemine kadar, bazı etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Etik sorun ve ikilemlerle karşılaşan hemşirelerin, çözüm yolları üretmeleri ve uygun kararlar verebilmeleri beklenmektedir (Wood, 2001). Bu bölümde, yaşamın son döneminde olan çocuk ve aileye bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar ele alınmıştır.

Etik bir birey ya da mesleğin davranışlarını düzenleyen ahlaki ilkeler ya da değerler grubu olarak tanımlanmaktadır. Etik, her gün yaptığımız eylemleri, aldığımız kararları ve gösterdiğimiz gerekçeleri bir kez daha gözden geçirmemizi ister ve bu şekilde ne yapmamız gerektiği konusunda bizi aydınlatır (Goethals, Gastmans ve Casterlé, 2010).

Etik, bilim ve teknolojinin bireye ve topluma zarar vermemesi için gerekli ahlaksal değerleri ortaya koymaktadır. Etik ikilem ise, bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda, iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanmaktadır (Benjamin ve Curtis, 1992). Hemşire, etik bir sorunla karşılaştığında karar vermede güçlük yaşayabilmektedir. Etik ikilem; iki ya da daha fazla seçenek olduğunda, hangi seçeneğin daha iyi olduğuna karar verme güçlüğü bulunduğunda, mevcut sorunlar var olan alternatiflerle çözümlenemediğinde ortaya çıkmaktadır. Hemşirenin etik sorunları, daha az yaşaması ya da çözümleyebilmesi için etik sorunların farkında olması ve etik karar verme sürecini kullanması

gerekmektedir. Mesleki kodlar ve standartlar, etik ikilemlerin çözümünü kolaylaştıran faktörlerdir (THD, 2009).

Palyatif bakıma gereksinimi olan bir çocuğa bakım verirken etik karar vermek için gerekli olan etik ilkeler diğer hastalara bakım verirken kullanılan ilkelerden farklı değildir (Cimino, 2003). Uygun tıbbi girişimlerin seçilmesi, yarar ve zararlarının uygun bir şekilde değerlendirilmesi, çocuğun isteklerinin saygın bir şekilde yerine getirilmesi, yapılması gereken en uygun girişimlerdir. Palyatif bakım gereksinimi olan hasta, daha hassas ve duyarlı olduğu için ailesi, çocuk ve bakım verenler etik kararların içinde mutlaka yer almalıdır (Cimino, 2003).

Yaşam sonu dönemde olan çocuk ve ailesine bakım verirken en sık karşılaşılan etik sorunlar ve hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır.

2. Ağrı ve Diğer Semptomların Kontrol Altına Alınamaması ve Etik Sorunlar

Ölmek üzere olan çocuk ve yakınlarının en büyük korkusu, hastanın ağrı çekmesidir. Kontrol edilemeyen ağrı; uykusuzluk, yorgunluk, huzursuzluk ve içe kapanma gibi problemlere neden olmaktadır (Ely, 2001; Van Hulle Vincent ve Denyes, 2004). Hemşire, çocuğun ağrısının değerlendirilmesi ve kontrol altına alınmasında kilit kişidir. Çünkü en çok hasta ile temas halinde olan hemşiredir. Çocuğun artık kür şansı kalmadığında, hemşirenin asıl amacı çocuğun rahatlığının sağlanması olmalıdır. Çocuğun ağrısının değerlendirilmesinde kültürü, bireysel özellikleri, etnik kökeni, baş etme becerileri, duygusal, fiziksel ve manevi gereksinimleri ve hastalığın seyri göz önünde bulundurulmalıdır (Czarnecki ve ark., 2010).

Ölmek üzere olan çocuğun ağrısının giderilmesinde bazı etik sorunlar yaşanabilmektedir. Pek çok faktör, ağrı çeken hastalara yardım etmeyi zor ve bazen imkânsız hale getirebilir. Bunlar arasında; sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği ve önyargıları, uygulamaya elverişli olmayan tıbbi/teknolojik/idari ortamlar ve ekonomik sınırlamalar bulunmaktadır (Örnek Büken, 2021). Sağlık çalışanlarının, opioid kullanımı konusundaki bilgi eksikliği ya da bağımlılık yapma korkusu ağrı yönetimini olumsuz etkilemektedir. Ölmek üzere olan bir çocuğun, ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalı, opiodilere bağımlılık korkusu çocuğun rahatlığının sağlanmasından daha ön plana geçmemelidir (Dubois, 2005). Ayrıca ülkelerin ve kurumların sisteminden kaynaklanan opiodlere ulaşımdaki engeller de çocukların ağrı yönetimini olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları hem mesleki hem de etik sorumluluğu olarak hiçbir çocuğun ağrı yaşamasına izin vermemelidir. Hemşire ve hekim, opiodilerin kullanımı konusunda bilgili ve yetkin olmalıdır. Ağrısını dikkatlice değerlendirmeli, hekime iletmeli ve uygun bakım ve tedavinin başlanmasını sağlamalı ve izlemelidir. Bu süreçte aile ve çocuğun yaşına uygun ola-

rak, tedavinin etkileri ve yan etkileri konusunda aileyi bilgilendirmelidir (Alahmad, Al-Kamli ve Alzahrani, 2020; Carvalho ve ark., 2018; Davies ve ark., 2008; Foster, Lafond, Reggio ve Hinds, 2010; Solomon ve ark., 2005; Ventovaara, Sandeberg, Räsänen ve Pergert, 2021).

3. Kötü Haber Verme

Kötü haber verme, palyatif bakım hemşiresinin en sık karşılaştığı ve en çok zorlandığı etik sorunlar arasında yer almaktadır (Aksoy, Çevik ve Edisan 2002; Jacobs, 2005). Hasta ve ailesinin isteği ya da kültürel özellikleri nedeni ile verilecek bilgilerin filtre edilerek, aile üyelerini ve hastayı rahatsız etmeden ve umutlarını kırmadan verilmesi çok da kolay olmamaktadır (Stanley, Sawrun ve Treantafilos, 2008). Kötü haber verme, hastanın isteğine bağlıdır. Hemşire, hastanın bu bilgiyi almaya hazır olup olmadığını değerlendirmelidir. Hasta odaklı iletişim, hastanın gereksinimlerinin öncelikli olmasını gerektirir (Utlu, 2016). Hasta bilgi istediğinde, ondan bilginin saklanması etik bir durum değildir. Ancak söz konusu çocuk olduğunda, süreç daha zor olmaktadır. Genellikle ebeveynler, çocuğa bilgilerin verilmesini istememektedir. Kötü haber verme, aileler için de çok kolay bir durum değildir. Hemşire aile ile konuşarak yardıma gereksinimleri olup olmadığını değerlendirmelidir (Contro, Larson, Scofield ve ark., 2002). Hasta yakınları hastaya bilginin söylenmemesini isterse, bunun etik olmadığı hastanın bilgi alma hakkının olduğu aileye açıklanmalıdır. Ancak bu durum, çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel düzeyi, baş etme mekanizmaları, kültürel özellikleri ve ailesi ile olan ilişkileri dikkate alınarak yapılmalıdır (Marron, Cronin, Kang ve Mack, 2018). Çocuk ve aileye tanı, tedavi ve prognoz konusunda bilgilerin verilmesi bir ekip işidir. Bu ekip, öncellikle çocuğun yararını düşünerek ve etik ilkeler doğrultusunda ilerlemelidir (Bartholdson, Kreicbergs, Sveen, Lövgren ve Pohlkamp, 2022).

4. Gereksiz Tedavi ve İşlemlerin Yapılması

Gereksiz tedavi ve işlemler, genellikle hastaya yararı olmayacak tedavi ve işlemlerin yapılması anlamına gelmektedir (Baker ve ark., 2008; Cimino, 2003). Son dönemde olan çocuklara yararı olmayan yeniden canlandırma işlemleri ya da yoğun kemoterapiler, total parenteral nütrisyon (TPN) ve intravenöz (IV) ilaçlar gibi agresif tedaviler ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılması, tomografiler, lomber ponksiyon (LP) gibi girişimsel işlemler uygulanmaktadır (McCallum, Byrne ve Bruera, 2000).

Gereksiz tedavi ve işlemlerin yapılması etik ilkelerden "yarar sağlama/zarar vermeme" ilkesi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Yarar sağlama ilkesi, her koşulda hasta yararına öncelik verilmesini ve sağlıklı/hasta bireyin yararını arttırmaya yönelik eylemleri içermektedir. En iyi sonuçları üretmek, etik bir yükümlülüktür. Yapılacak işlemin yarar sağ-

laması için, olabilecek en fazla doyumu, olabilecek en az acı ya da üzüntüyü, en fazla mutluluğu, en az mutsuzluğu, en fazla rahatlığı, en üst düzeyde iyilik halini sağlamalıdır (Dubois, 2005). Çocuğa yapılacak işlemlerin gereksiz olup olmadığı, çocuğa bakım veren sağlık ekip üyeleri tarafından birlikte değerlendirilmelidir. Hemşire, çocuğa yararı olmadığına inandığı hiçbir uygulamayı yapmamalıdır (Baker ve ark., 2008). Bu konudaki değerlendirmelerini, ekiple paylaşmalalıdır. Aile ve çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olarak, tedavinin etkileri veya yan etkileri, çocuğa olan yararları konusunda bilgi vermelidir. Ailenin sorularını, dürüst bir şekilde umudu kırmayacak biçimde açıklamalıdır. Bakım ve tedavinin reddedilmesi de, etik ilkeler doğrultusunda ele alınmalıdır (Cimino, 2003). Hastanın uygulanan bakım ve tedaviyi reddetme hakkı vardır, ancak çocuk hasta olduğunda durum biraz daha karışık olmaktadır. Yasal olarak çocuk karar veremediği için, genellikle kararı ebeveynler vermektedir. Ancak bakım ve tedavinin etki ve yan etkilerini anlayabilecek yaşta olan okul çağı ve adölesan döneminde çocuklar da karara katılmak isteyebilir. Bu durumda hemşire, hem aile hem de çocukla konuşarak çocuğun yararına bir karar verilmesinde danışmanlık yapabilmelidir. Yaşamın son dönemindeki çocuk, çok hassas olduğu için yapılacak hiçbir işlemin hastaya zarar vermemesi yarar sağlaması önemlidir. Eğer çocuk ya da ailenin özel bir isteği yok ise ve hastaya yarar getirmeyeceği biliniyorsa, agresif tedavilerin uygulanmaması gerekmektedir (Baker ve ark., 2008; Dubois, 2005).

4.1. Yoğun Kemoterapi Tedavisinin Verilmesi

Kemoterapi palyasyon amacıyla verilse de, daha çok tedavi ya da çocuğun yaşam süresini biraz daha uzatmak amacıyla verilmektedir (Matzo, Sherman ve Nelson-Marten, 2004). Son dönem kanserli çocuğa kemoterapi verilmesi, yaşamını uzatabilmekte ve ailenin çocuk için her şey yapıldı duygusunu yaşamasını sağlamaktadır. Tomlinson ve ark. (2006)'ları tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada, son dönemde çocuğa verilen kemoterapi tedavisini aile "bir umut, çocuğun istediği şeyleri yapması için biraz daha zaman kazandırma, ağrının azaltılması için bir şans" gibi nedenlerle almak istedikleri belirlenmiştir (Tomlinson ve ark., 2006). Kemoterapinin yararlarının yanı sıra çok fazla yan etkileri olduğu bilinmektedir. Tedavinin yan etkileri, çocuk için rahatsız edici olabilmektedir (Yıldırım, Baltacı Göktaş, Köse ve Yıldız, 2015). Bu nedenle sağlık çalışanları son dönemde, çocuğa verilecek kemoterapinin çocuk için yararını iyi değerlendirmelidir. Hemşire, sağlık ekibi tarafından alınan kararı bilmeli ve uygun şekilde aileye ve çocuğa açıklamalıdır (Ayhan Balık ve Buzlu, 2020).

4.2. Hidrasyon ve Beslenmenin Sürdürülmesi ve Kesilmesi

Çocuğun ağızdan alabildiği takdirde, yiyecek ve sıvı alımı her zaman sürdürülmelidir. Buradaki tartışma, yapay/suni yollarla (yani nazogastrik, intravenöz, gastrostomi yoluyla) hidrasyon ve beslenmenin sağlanmasına odaklanmaktadır. Hastanın suni beslenmesinin ve sıvı alımının kesilmesine karar verilmesi, hasta, yakınları ve sağlık ekibi ile birlikte verilmesi gereken bir karardır (Durmuş İskender, 2018). Yemek yemek ve su içmek, temel insan gereksinimlerindendir ve insan olmanın, canlı ve yaşıyor olmanın bir göstergesidir. Yemek yemenin, sosyokültürel boyutunun da unutulmaması gerekir (Cesur, 2022). Suni beslenme ve hidrasyon ağızdan beslenmeden farklıdır. Suni beslenme ve hidrasyon; çocukta bulantı kusmaya, tümörün büyümesine, sıvının artması kalp yetmezliğine ya da solunum yolu sekresyonlarının artmasına neden olabilmektedir. Volüm artışı, ödeme neden olarak deri bütünlüğünün bozulmasında etkili olabilmektedir (Baker ve ark., 2008). Hastanın suni beslenmesinin sürdürülmesinin hastaya yarar mı, zarar mı getireceğine karar verilmesi sırasında etik sorunlar yaşanmaktadır (Levi, 2003). Suni beslenmenin, hasta ve ailesine getireceği yük tartışılmalıdır. Hastanın nörolojik durumunun değerlendirilmesi, beslenmenin zarar mı yoksa, yarar mı getireceğine karar verilmesinde önemli bir faktördür. Hasta karar veremediğinde ailesi buna karar vermelidir. Aileye gerekli açıklamalar yapılmalıdır (Levi, 2003).

Hastanın suni beslenmesinin kesilmesine karar verildiğinde, hemşire hastanın konforunu sürdürmek için gerekli bakımları vermeye devam etmelidir. Hastanın ağız bakımı sürdürülmeli, ağız kuruluğu giderilmelidir. Yaşam kalitesini sürdürmek için, gerekli bakımları yerine getirmelidir. Çocuğun ağrısı kontrol altına alınmalı, deri bakımı ve hijyeni sürdürülmelidir. Eğer hastanın suni beslenmesinin kesilmesi, hemşirenin değerleri ile çakışıyorsa hemşirenin pozisyonu değiştirilebilir. Hastanın sıvısının kesilmesine karar verilmesi, aile için zor olmaktadır. Genellikle aileler, bu zor karar sürecinde yardım istemektedirler. Tedavinin kesilmesi, hastanın terk edildiği anlamına gelebilir. Özellikle çocuğun beslenmediğinde, aile çocuğun açlıktan ölebileceğini düşünebilmektedir. Aileler bu nedenle, tedavinin sonlandırılmasını istememektedirler. Hemşire suni sıvı ve beslenmenin durdurulmasının bakımın sonlandırıldığı, hastanın gözden çıkarıldığı anlamına gelmediğini, asıl bundan sonraki bakımın yaşam kalitesini ve hastanın rahatlığını sürdürmeye yönelik yapılacağı açıklanmalıdır (Fallat ve Deshpande, 2004; Hinds ve ark., 2009).

4.3. Resisütasyon/Canlandırma Yapılması - Resisütasyon Uygulamayın (DNR) İstemin Verilmesi

”Resisütasyon uygulamayın” (DNR) istemi, ilk kez 1970 yılında yaşamın son dönemindeki hastalara bakım veren hemşirelerin istekleri ve soruları üzerine geliştirilmiştir (Fallat

ve Deshpande, 2004). Bu hemşireler, kardiyopulmoner resisütasyonun gereksiz yere uygulandığını, hasta istemediğinde de işe yaramadığının bilinmesine rağmen uygulandığını fark etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çoğu, resisütasyon uygulamalarının, gereksiz olarak yapıldığını belirtmişlerdir. Amerikan Tıp Birliği, "Resisütasyon uygulamayın (DNR)" isteminin hastanın progresyon notuna konulması ve tüm sağlık çalışanlarına açıklanması gerektiğini ilk belirten kurumdur (Fallat ve Deshpande, 2004). Resisütasyon istemi ve uygulanması, kurumlara göre değişiklik göstermektedir. Net bir dökümantasyon ve iletişim olmadığı için, resisütasyon istemi sağlık bakım çalışanları arasında yanlış anlaşılmalara neden olmaktadır. Resisütasyon isteminin, son dönemdeki hastanın isteği olduğunun sağlık çalışanları tarafından iyi anlaşılması gerekmektedir (Downar ve ark., 2011). "Resisütasyon uygulanmasın" isteği hastanın tedavisinden vazgeçmesi ya da rahatını sürdürmek için gerekli tedavisini durdurması anlamına gelmemektedir. Sadece yaşamın son anında kardiyopulmoner resisütasyonun yapılmaması anlamına gelmektedir (Berlandi ve Duncan, 2008). Ancak artık son yıllarda ülkeler, hastaneler ve bakım kurumları kendi ülkelerinin yasaları çerçevesinde kurallarını ve prosedürlerini oluşturmuşlardır. Bu prosedürler, etik ikilemlerin yaşanmasını azaltmıştır.

Ülkemizde, henüz bu konuda bir standardizasyon yoktur (Kuvaki ve ark., 2014). Daha çok kurumlardaki hekim ve diğer sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki kararlara göre yapılmaktadır. Bu durumda hemşire, bazı etik ikilemlerle karşılaşmaktadır. Hasta ve yakınları genellikle bu konuyu konuşmak istememektedirler. Ya da son ana kadar hastanın yaşatılması için tüm işlemlerin yapılmasını istemektedir. Bu istek, hasta ve ailenin ortak isteği, kararı olmayabilir. Hemşire çalıştığı kurumdaki DNR politikasını bilmelidir. DNR kayıt edilmeli ve güncellenmelidir. Hemşire, hastanın durumu ve seyri hakkında açık ve net bir bilgi vermelidir. Hasta ve ailesine açıklanmalı ve kararlarını gözden geçirmeleri için fırsat vermelidir (Denecke ve Deng, 2015; Myatra ve ark., 2014; Molina-Mula, J. ve Gallo-Estrada, 2020). Ülkemizde bu, hemşire tarafından yaşanan önemli bir etik sorundur (Matzo, Sherman ve Nelson-Marten, 2004). Çünkü, iyi bir ekip çalışması olmadığı için hastaya verilen mesajlar diğer ekip üyeleri tarafından tam olarak bilinmemektedir. Ya da hastaya yeterince bilgi verilmediğinde, hasta hemşireye sormakta, hemşire de ne kadar bilgi vermesi gerektiği konusunda ikilem yaşamaktadır. Eğer hemşirenin kendi değerleri kurumun uygulamaları ile çakışıyorsa, o hemşire başka bir hastanın bakımına kaydırılabilir (Matzo, Sherman ve Nelson-Marten, 2004). Çocuklarda DNR istemi, yetişkinlere göre daha az görülen bir durumdur. Çocuklarda ise karar, genellikle ailesi tarafından verilmektedir. Çocukla bu konu konuşulmamaktadır. Hemşire, çocuğun neyi ne kadar bildiğini değerlendirmelidir. Aile ve çocukla iletişim, sürekli açık tutulmalıdır. Eğer hemşire, hastanın endişe ve korkuları olduğunu belirlerse, bu durumu sağlık ekibi ve ailesi

ile paylaşmalıdır. Burada önemli olan, çocuğun korku ve belirsizliklerle baş başa bırakılmamasıdır (Marron, Jones ve Wolfe, 2018; Sabouneh, Lakissian, Hilal ve Sharara-Chami, 2020; Waske, Kühnöl ve Kramm, 2019).

Resisütasyon yapılmamasının, çocuğun bakımının ve tedavisinin sonlandırılacağı ve son dönemlerini rahat geçirmesi için gerekli bakımın verilmeyeceği anlamına gelmediği açıklanmalıdır. Ailelerin bazıları resüsite edilmesinin istenmemesini, çocuktan vazgeçme olarak değerlendirmektedir. Ancak bunun yanı sıra, bazı aileler çocuğun çok acı çektiğini düşünerek resüsite edilmesini istemeyebilir. Hemşire, çocuğun yaşamının son saniyesine kadar ağrı yaşamaması ve acı çekmemesi için gerekli bakımın sürdürüleceğini aileye açıklamalı ve bunu gerçekleşmesi için gerekli hemşirelik bakımını vermelidir (Matzo, Sherman ve Nelson-Marten, 2004; Tomlinson ve ark., 2006).

5. Palyatif Sedasyon

Semptomlar kontrol altına alınamayacak kadar yoğun olduğunda, sedasyon uygulanmaktadır. Bunun için ”palyatif sedasyon”, ”agresif palyasyon” gibi tanımlar kullanılmaktadır. Ancak son yıllarda “sedasyon tedavisi” kavramının kullanılması önerilmektedir (Hinds ve ark., 2009). Çünkü; amaç, tedavi ve hastalık sürecinin vermiş olduğu rahatsızlığın çözümlenmesidir. Palyatif sedasyon, sadece hasta ölmek üzereyken, ölümüne saatler ya da çok az bir zaman kaldığında uygulanmaktadır (Cimino, 2003). Sedasyon tedavisi; hastanın ölümü çok yakında bekleniyorsa (saatler/günler), semptomların kontrol altına alınmasında diğer palyatif tedavilerin etkisinin olmadığı düşünülüyorsa hasta ve/veya yakını uygulamanın yararını ya da olası sonucunu biliyorsa beslenme ve sıvı tedavisinin kullanımına ilişkin kararlar iyi anlaşıldıysa, sedasyonun sürdürülmesinde sadece opiodilerin kullanımı uygun değilse (Cimino, 2003) kullanılması önerilmektedir. Sedasyon tedavisinin uygulanması sırasında, “çift etki kuralı” nın göz önünde bulundurulması gerekir.

Çift etki demek; sedasyonun semptomların yan etkilerini azaltarak rahatlığın sağlaması bilinçli olarak istenen etkidir, ancak bunun yanı sıra sedasyon tedavisinin hastanın tamamen bilincini kapatması ya da ölümü hızlandırması gibi istenmeyen etkilerinin de olması anlamına gelmektedir (Chen, Jiang, Peng ve Zhang, 2022). O nedenle sedasyon tedavisinin amacının iyi anlaşılması gerekmektedir. Eğer hastanın semptomlarını rahatlatmak için yapılıyorsa, bu hastanın yararına olan bir uygulamadır (Baker ve ark., 2008). Bu uygulama sırasında kazayla ya da isteyerek, dikkatsizlik ya da o hastadan kaynaklanan nedenlerle ölüm olmamasıdır. Bu nedenle, kesinlikle “ölüm” çift etki kuralının bir amacı değildir. Hastada görülebilecek “bilinçsizlik” durumu istenmeyen yan etkidir. Bu uygulamanın istenmeyen boyutu, yani hasta

açısından zararlı boyutudur ve etik değildir (Baker ve ark., 2008; Cimino, 2003; Dubois, 2005). Sedasyon tedavisi, palyatif tedavinin bir parçası olmalıdır. Uygulamada özel ve nadir yapılan bir uygulama gibi algılanmamalıdır. Eğer hasta sedasyondan önce yemek yiyebiliyor ve su içebilir durumdaysa bunu sürdürmeye çalışılmalıdır. Eğer sedasyondan önce, yemek yemeyi bıraktıysa bu durum dikkate alınmalıdır. Zorla yemek yedirilmemelidir. Eğer suni beslenme, hastaya yük değil yarar getirecekse uygulanmalıdır. Sedasyon tedavisi, yavaş ötanazi değildir. Ötanazideki amaç faklıdır. Aktif ötanazi, hastanın yaşamını sonlandırarak acılarına son verilmesidir. Sedasyon tedavisi, hastayı sedatize ederek semptomlarının rahatlamasına izin vermektir (Cimino, 2003).

6. Karar Verme

Yaşam sonu dönemde hastaların, aile üyelerinin ve sağlık çalışanlarının en çok karşılaştığı sorunlar karar verme süreci ile ilgili olmaktadır. Etik karar verme, birbiriyle çatışan alternatifler olduğu zamanlarda sistematik düşünerek ahlaki bakımdan en makul ve etik ilkelerle en uyumlu olanın tercih edilmesidir. Etik karar verme süreci; zarar vememe, hak, adalet, hakkaniyet ve dürüstlük gibi etik ilkelerle yakından ilgilidir.

Etik karar verme sürecinde, mevcut alternatiflerin tümünün kabul edilebilir ve makul olması durumunda etik ikilemler ortaya çıkmaktadır. Etik ikilem, iki değer arasından hangisinin daha mantıklı olduğu konusunda bireylerin yaşadıkları kararsızlık durumu olarak tanımlanmaktadır.

Karar verme süreci çocuk hastalar söz konusu olduğunda, çok daha zor olabilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan çocuklar yetişkinlerden farklıdır. Ayrıca hak ihlallerine uğrama bakımından yetişkinlere oranla, çocuklar daha savunmasızdır. Öte yandan çocuğun tedaviyi kabul etme ve araştırmaya katılma ile ilgili kararı, "sağlık ekibi- hasta" ilişkisi yerine farklı bir boyut kazanmakta; "sağlık ekibi-çocuk-ana-baba/vasi" biçiminde üçlü ilişkiye dönüşmektedir. Özellikle bilişsel ve entelektüel düzeylerinin yeterli olmaması nedeniyle, çocukların otonomisi tartışılan konuların başında gelmektedir (Coughlin, 2018; Grootens-Wiegers, Hein, van den Broek ve de Vries, 2017; Rost, 2019; Molina-Mula ve Gallo-Estrada, 2020).

6.1. Hasta ve Ailenin Otonomisi

Otonomi, bir insanın kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermesi ve bu karara dayanan herhangi bir eylemde bulunabilme yeterlilik ve yeteneğidir (AAP Committee on Bioethics, 1995). Otonomiye saygı duymak, başka insanlardaki kendi kararlarını alabilme kapasitesine saygı duymak ve onları kendilerinin koyacakları ve koyduk-

ları ilkeler uyarınca karar vermede özgür bırakmaktır (AAP Committee on Bioethics, 1995). Hastanın kararlara katılabilmesi ve kendisine önerilen tıbbi girişime onay verebilmesi yani aydınlatılmış onam için çeşitli koşullar söz konusudur (AAP Committee on Bioethics, 1995; Devine, Dagher ve Weiss, 2008). Hastanın onay verebilmesi için hastaya bilgilerin uygun bir dille açıklanması, bu bilgilerin hasta tarafından anlaşılması, hastanın gönüllü olması, onam vermeye yeterli olması, işlemi onaylaması gerekir (Dubois, 2005).

Bireyin otonom/özerk bir şekilde karar verebilmesi için; kendi durumunu uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliğini, bakım planını ve seçeneklerini, beklenen yararlarını, olası yan etkilerini, alternatif tanı ve tedavi yöntemlerini ve bunların özelliklerini bilmesi gerekmektedir (Dubois, 2005; Gündüz, Kırımlıoğlu ve Eşiyok, 2001; McCullough ve Chervenak, 2007). Yetişkinlerin özerk olarak kendi kararlarını vermesi kabul edilmektedir. Hastalar kendi sağlık durumları, önerilen tıbbi işlemler, her işlemin gizli risk ve yararları, önerilen bakım ve tedavinin alternatifleri, tedavi yapılmamasının etkileri ve tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularında tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptirler. Hastanın her türlü tedaviyi yapılan işlemleri ve geleceği ile ilgili bilgileri bilmeye hakkı vardır. Bunun için bir ekip çalışmasının olması gerekmektedir (Rushton, 2005). Hasta kendisinden bilgi saklandığında ve kararlarına önem verilmediğinde sağlık çalışanlarına güveni sarsılmaktadır (Baker ve ark., 2008). Karar verme durumundaki kişinin önerilen uygulamayı reddedeceği düşünülerek, herhangi bir bilgi saklanmamalıdır. Kişi reddetme ya da her an vazgeçme hakkının olduğunu bilmelidir. Gizliliğin ne dereceye kadar sağlanabileceği kişilere açıklanmalıdır (Baker ve ark., 2008). Çocuklar için de bu ilkeler geçerlidir ancak çocuk gelişimsel olarak bu özellikleri yerine getirebilecek durumda olmalıdır. Eğer çocuk bilişsel, duygusal ve fiziksel gelişimi nedeni ile bu kararları verebilecek durumda değilse, ailesinin karar vermesi gerekmektedir (Devine ve ark., 2008; Gündüz ve ark., 2001; Jacobs, 2005; Tomlinson ve ark., 2006). Küçük çocuklar, genellikle verilen bakım ve tedavinin uzun süreli yararlarını ve zararlarını değerlendirebilecek durumda değildirler (Tomlinson ve ark., 2006). Bebek ve küçük çocuklarla ilgili etik sorunla karşılaşıldığında çocuğun isteğine odaklanmak yerine, karar verecek kişiler işlemin ya da uygulamanın çocuğa getireceği yarar ve zararlara odaklanmalıdır. Çocuk için en iyisinin ne olduğuna karar verilmelidir (Morrison ve Berkowitz, 2007). Büyük çocuklar ve adölesanlar, biraz daha farklı bir durumdadırlar. Henüz yasal olarak karar verme yaşında olmasalar da, tıbbi işlemlerin yarar ve zararlarını anlayıp değerlendirebilecek durumdadırlar ve genellikle kararlara katılmak istemektedirler (Hinds ve ark., 2005). Bu durumda çocuğun da görüşü alınmalıdır (Baker ve ark., 2008; Jacobs, 2005). Ebeveynlerin, yaşamın son döneminde çocuğa yapılacak işlemlere karar vermesi çok da kolay olmamaktadır. Anne ve babalar, her zaman

çocukları için en iyisini yapmak istemektedirler. Ancak hangi kararın çocuk için en doğrusu olduğuna karar verirken zorlandıklarını belirtmektedirler (Hinds ve ark., 2009). Ebeveynlerin karar verebilmesi için çocuğun hastalığı, prognozu, yapılan bakım ve tedaviler hakkında yeterli ve gerçekçi bilgilere sahip olması gerekmektedir. Yapılan niteliksel çalışmada, ebeveynler karar vermelerinin kolaylaştırmaları için sağlık çalışanlarının dürüst ve samimi olmalarını ve her çocuğu kendine özgü değerlendirmelerini istemişlerdir (Tomlinson ve ark., 2006). Karar verme sürecini kolaylaştırmak için hemşire, çocuk ve ailesinin hastalık ve yaşamlarına olan etkilerini değerlendirmelidir. Hastanın değerleri, kültürü, korkuları, umutları değerlendirilmelidir. Hastalığın prognozu ve olabilecekler konusunda açık ve anlaşılır bir bilgi verilmelidir (Baker ve ark., 2008).

Aşağıdaki sorular karar verme sürecinin kolaylaştırılması için dikkate alınabilir;

- Bu tedavi/girişim hastalığı iyileştirecek mi?
- Bu tedavi/girişim hastalığın ilerlemesini engelleyecek mi?
- Tedavi/girişim çocuğun yaşam kalitesi üzerinde nasıl bir etkisi olacak?
- Tedavi/girişim çocuğun semptomlarını iyileştirecek mi?
- Tedavi/girişim çocuğu daha kötü hissettirecek mi?
- Çocuk ne kadar süre daha kötü hissedecek?
- Tedavi/girişim olmazsa ne olacak?
- Tedavi/girişim sonucu nasıl değiştirecek?

7. Çocuk Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Pediatrik palyatif bakım hemşiresi, etik ikilemleri daha az yaşaması ve daha kolay çözebilmesi için "etik problem çözme süreci"ni kullanmalıdır.

1. Hemşire önce yaşamın son döneminde olan çocuğun durumunu ve sorununu değerlendirmelidir. Çocuğun tıbbi durumunu, etkileyen kültürel, demografik, dini ve sosyoekonomik faktörleri, çocuğun karar verme durumunu, tercihini, gereksinimlerini, ailesinin kararlarını ve tercihlerini belirlemelidir.
2. Etik sorunu belirlemeli: Etik sorunun çocuk ve ailesi tarafından nasıl algılandığını, sorunla ilgili kurum politikalarını, ilgili olayları, etik standartları ve politikaları, rehberleri, konu ile ilgili benzer vakaları içeren literatürü belirlemelidir.

3. Amacı oluşturmalı, karar vermeli ve girişimleri uygulamalı: Hasta ile bakım ve tedaviye ilişkin kararları paylaşmalı, ikilemi çözmeye çalışmalı, etik konsültasyonun gerekli olup olmadığına karar vermelidir.
4. Sonucu değerlendirmeli: Yapılan planın sorunu çözüp çözmediğini değerlendirmelidir. Eğer sorun çözümlenmediyse tekrar nedenine bakılmalıdır. Çocuğa bakım verirken hemşire, kendisi için her şeyin en iyisinin yapılacağının güvencesini vermeli ve yapmalıdır. Çocuğun yaşamın son döneminde, acı çekmesi önlenmelidir. Çocukla konuşulması gerekiyorsa, konuşmanın içeriği ve zamanı aile ile birlikte kararlaştırılmalıdır.

   Hemşirenin bu etik verme sürecini kullanabilmesi için;

   - Teorik ve klinik bilgisini geliştirmesi,
   - Semptom yönetiminin farmakolojik ve psikososyal boyutuna ilişkin bilgi sahibi olması,
   - Yaşamı uzatan uygulamaları bilmesi,
   - Hastanın semptomlarını, yaşam kalitesini ve prognozu değerlendirebilecek ölçüm araçlarını kullanabilmesi,
   - Çocuk ve aile ile etkili bir iletişim kurma becerisinin olması,
   - o Hastayı, ailesini ve ekibin diğer üyelerini dinleyebilmesi,
   - o Zor haberleri verebilmesi,
   - o Hasta ve ailesinin hastalığa tepkilerini anlayabilmesi,
   - o Bireyin ölüme ilişkin duygularını ve anksiyetesini fark etmesi ve anlaması,
   - o Empati yapabilmesi,
   - Dine, inançlara ve farklılıklara duyarlı olması,
   - Etik ve mesleki ilkeleri bilmesi önemlidir (Kim ve ark., 2019; Michelson, Patel, Haber-Barker, Emanuel ve Frader, 2013; Montgomery, Sawin ve Hendricks-Ferguson, 2017; Mu ve ark., 2019).

8. Sonuç

Yaşam sonu dönemde olan çocuk ve ailesine bakım verirken hemşirenin karşılaşılan etik ikilemlerin fakında olması ve bu konudaki bilgi ve becerisini geliştirmesi gerekmektedir. Yaşamın son döneminde aile ve çocuk daha hassas olduğu için palyatif bakım ekibinin de daha duyarlı olması gerekmektedir.

Bu dönemde, etik sorunların daha az yaşanması ve kolay bir şekilde çözülebilmesi için palyatif bakım ekibinin uyum içinde çalışması önemlidir. Hasta ve ailesine ilişkin kararlar hasta ve ailesinin de içinde yer aldığı ekip tarafından verilmelidir. Alınan karalar çocuğa bakım veren tüm ekip üyeleriyle paylaşılmalıdır. Bu ekip içinde, hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Hasta ile 24 saat birlikte olan hemşireler olabilecek etik sorunları belirleyip, ekip içi iletişimi sağlamalıdır. Hemşire çocuk ve ailesine yaşamının son anına kadar ağrı ve acısız bir yaşam sağlayacağının garantisini vermeli ve bunun için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır. Çünkü her çocuk, huzur içinde yaşamını sonlandırma hakkına sahiptir.

Kaynakça / References

AAP Committee on Bioethics. (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, *95*(2), 314-317.

Ahmedzai, S. H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., Sanz-Ortiz, J., Ventafridda, V., … International Working Group Convened by the European School of Oncology (2004). A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, *40*(15), 2192–2200. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.06.009

Aksoy, Ş., Çevik, E., ve Edisan, Z. (2002). Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi, 10*, 263-268.

Alahmad, G., Al-Kamli, H., & Alzahrani, H. (2020). Ethical challenges of pediatric cancer care: Interviews with nurses in Saudi Arabia. *Cancer Control*, 27(1), 1-6. https://doi.org/10.1177/1073274820917210

Ayhan Balık, C. H. ve Buzlu, S. (2020). Onkolojik problemi olan çocuk ve ailesine psikososyal yaklaşımlar. *Journal of Academic Research in Nursing, 6*(3), 592-597.

Baker, J. N., Hinds, P. S., Spunt, S. L., Barfield, R. C., Allen, C., Powell, B. C., ... Kane, J. R. (2008). Integration of palliative care practices into the ongoing care of children with cancer: individualized care planning and coordination. *Pediatric clinics of North America*, *55*(1), 223–xii. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.10.011

Bartholdson, C., Kreicbergs, U., Sveen, J., Lövgren, M., & Pohlkamp, L. (2022). Communication about diagnosis and prognosis-A population-based survey among bereaved parents in pediatric oncology. *Psycho-Oncology*, *31*(12), 2149–2158. https://doi.org/10.1002/pon.6058

Benjamin, M., & Curtis, J. (2010). *Ethics in nursing: cases, principles, and reasoning*. USA: Oxford University Press.

Berlandi, J. L., & Duncan, J. (2008). Perioperative DNR orders, palliative surgery, and ethics. *Perioperative Nursing Clinics*, *3*(3), 223-232.

Carvalho, A. S., Martins Pereira, S., Jácomo, A., Magalhães, S., Araújo, J., Hernández-Marrero, P., Costa Gomes, C., & Schatman, M. E. (2018). Ethical decision making in pain management: a conceptual framework. *Journal of pain research*, *11*, 967–976. https://doi.org/10.2147/JPR.S162926

Cesur, A. (2022). *Pediatrik palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktiviteleri yönetiminde ailelerin ve hemşirelerin deneyimlerinin incelenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Chen, Y., Jiang, J., Peng, W., & Zhang, C. (2022). Palliative sedation for children at end of life: a retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*, *21*(1), 1-8.

Cimino, J. E. (2003). A clinician's understanding of ethics in palliative care: An American perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *46*(1), 17–24. https://doi.org/10.1016/s1040-8428(03)00004-0

Contro, N., Larson, J., Scofield, S., Sourkes, B., & Cohen, H. (2002). Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(1), 14–19. https://doi.org/10.1001/archpedi.156.1.14

Coughlin K. W. (2018). Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence. *Paediatrics & child health*, *23*(2), 138–146. https://doi.org/10.1093/pch/pxx127

Czarnecki, M. L., Simon, K., Thompson, J. J., Armus, C. L., Hanson, T. C., Berg, K. A., … Malin, S. (2011). Barriers to pediatric pain management: a nursing perspective. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *12*(3), 154–162. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.07.001

Davies, B., Sehring, S. A., Partridge, J. C., Cooper, B. A., Hughes, A., Philp, J. C., ... & Kramer, R. F. (2008). Barriers to palliative care for children: perceptions of pediatric health care providers. *Pediatrics*, *121*(2), 282-288. https://doi.org/10.1542/peds.2006-3153

Denecke, K., & Deng, Y. (2015). Sentiment analysis in medical settings: New opportunities and challenges. *Artificial Intelligence in Medicine*, *64*(1), 17-27.

Devine, S., Dagher, R. N., Weiss, K. D., & Santana, V. M. (2008). Good clinical practice and the conduct of clinical studies in pediatric oncology. *Pediatric Clinics of North America*, *55*(1), 187–xii. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.10.008

Downar, J., Luk, T., Sibbald, R. W., Santini, T., Mikhael, J., Berman, H., & Hawryluck, L. (2011). Why do patients agree to a "Do not resuscitate" or "Full code" order? Perspectives of medical inpatients. *Journal of general internal medicine*, *26*(6), 582–587. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1616-2

Dubois, M. (2005). Ethical issues at the end of life. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, *9*(3), 133-138. https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.007

Durmuş İskender, M. (2018). Yararsız tedavi ve yoğun bakım hemşireleri üzerindeki etkileri. *Van Tıp Dergisi, 25*(3), 437-440.

Ely, B. (2001). Pediatric nurses' pain management practice: barriers to change. *Pediatric Nursing*, *27*(5), 473–480.

Fallat, M. E., Deshpande, J. K., & American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Section on Anesthesia and Pain Medicine, and Committee on Bioethics (2004). Do-not-resuscitate orders for pediatric patients who require anesthesia and surgery. *Pediatrics*, *114*(6), 1686–1692. https://doi.org/10.1542/peds.2004-2119

Foster, T. L., Lafond, D. A., Reggio, C., & Hinds, P. S. (2010). Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: From diagnosis to cure or end of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(4), 205-221. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.003

Friedman, D. L., Hilden, J. M., & Powaski, K. (2004). Issues and challenges in palliative care for children with cancer. *Current Oncology Reports*, *6*(6), 431–437. https://doi.org/10.1007/s11912-004-0073-7

Goethals, S., Gastmans, C., & de Casterlé, B. D. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(5), 635–650. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.010

Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC pediatrics*, *17*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x

Gündüz, T., Kırımlıoğlu, N., Eşiyok, B. ve Erdemir, A.D. (2001). Aydınlatılmış onam ve çocuk hastaya ilişkin hukuki düzenlemeler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 9*, 27–34.

Harris M. B. (2004). Palliative care in children with cancer: which child and when? *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (32), 144–149. https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh007

Hinds, P. S., Drew, D., Oakes, L. L., Fouladi, M., Spunt, S. L., Church, C., & Furman, W. L. (2005). End-of-life care preferences of pediatric patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *23*(36), 9146–9154. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.10.538

Hinds, P. S., Oakes, L. L, Hicks, J., Powell, B., Srivastava, D. K., Spunt, S. L., … Furman, W. L. (2009). "Trying to be a good parent" as defined by interviews with parents who made phase I, terminal care, and resuscitation decisions for their children. *J Clin Oncol*. 10;27(35):5979-85. ttps://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.0204.

Jacobs H. H. (2005). Ethics in pediatric end-of-life care: a nursing perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, *20*(5), 360–369. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.04.016

Kim, S., Savage, T. A., Song, M. K., Vincent, C., Park, C. G., Ferrans, C. E., & Kavanaugh, K. (2019). Nurses' roles and challenges in providing end-of-life care in neonatal intensive care units in South Korea. *Applied Nursing Research*, *50*, 151204. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151204

Kuvaki, B., Boztaş, N., Kaplan, M., Hacıoğlu, C., Yaprak, E. ve Ayaz, O. (2014). Hastanemizde cerrahi bölümlerde çalışan doktorların "Yeniden Canlandırma Yapmama" talimatı konusundaki görüşleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, *28*(1), 21-6.

Levi B. H. (2003). Withdrawing nutrition and hydration from children: legal, ethical, and professional issues. *Clinical pediatrics*, *42*(2), 139–145. https://doi.org/10.1177/000992280304200207

Marron, J. M., Cronin, A. M., Kang, T. I., & Mack, J. W. (2018). Intended and unintended consequences: Ethics, communication, and prognostic disclosure in pediatric oncology. *Cancer*, *124*(6), 1232-1241.

Marron, J. M., Jones, E., & Wolfe, J. (2018). Is there ever a role for the unilateral do not attempt resuscitation order in pediatric care? *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(1), 164–171. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.006

Matzo, M. L., Sherman, D. W., Nelson-Marten, P., Rhome, A., & Grant, M. (2004). Ethical and legal issues in end-of-life care: content of the End-of-Life Nursing Education Consortium curriculum and teaching strategies. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD: Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization*, *20*(2), 59–68. https://doi.org/10.1097/00124645-200403000-00001

McCallum, D.E., Byrne, P., & Bruera, E. (2000). How children die in hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, *20*(6), 417–423. https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00212-8

McCullough, L. B., & Chervenak, F. A. (2007). Informed consent. *Clinics in perinatology*, *34*(2), 275–vi. https://doi.org/10.1016/j.clp.2007.03.005

Michelson, K. N., Patel, R., Haber-Barker, N., Emanuel, L., & Frader, J. (2013). End-of-life care decisions in the PICU: roles professionals play. *Pediatric critical care medicine: A journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *14*(1), e34–e44. https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31826e7408

Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(3), 835. https://doi.org/10.3390/ijerph17030835

Montgomery, K. E., Sawin, K. J., & Hendricks-Ferguson, V. (2017). Communication during palliative care and end of life: Perceptions of experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, *40*(2), E47-E57. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000363

Monturo, C., & Hook, K. (2009). From means to ends: artificial nutrition and hydration. *The Nursing Clinics of North America*, *44*(4), 505–515. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.07.005

Morrison, W., & Berkowitz, I. (2007). Do not attempt resuscitation orders in pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, *54*(5), 757–xii. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.06.005

Mu, P. F., Tseng, Y. M., Wang, C. C., Chen, Y. J., Huang, S. H., Hsu, T. F., & Florczak, K. L. (2019). Nurses' experiences in end-of-life care in the PICU: A qualitative systematic review. *Nursing science quarterly*, *32*(1), 12-22. https://doi.org/10.1177/0894318418807936

Myatra, S. N., Salins, N., Iyer, S., Macaden, S. C., Divatia, J. V., Muckaden, M., Kulkarni, P., Simha, S., & Mani, R. K. (2014). End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, *18*(9), 615–635. https://doi.org/10.4103/0972-5229.140155

Örnek Büken, N. (2021). Ağrı yönetiminde etik konular. N. Örnek Çelebi. (Ed.), *Ağrı tedavisinde güncel yaklaşımlar ve yenilikler kitabı* (1. bs.) içinde (s.31-38). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Rost, M. (2019). *Palliative care in pediatric oncology: Ethical considerations surrounding shared decision-making* (Doctoral thesis). University of Basel, Switzerland.

Rushton, C. H. (2005). A framework for integrated pediatric palliative care: being with dying. *Journal of Pediatric Nursing*, *20*(5), 311–325. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.03.003

Sabouneh, R., Lakissian, Z., Hilal, N., Sharara-Chami, R. (2020). The state of the Do-Not-Resuscitate Order in a pediatric intensive care unit in the Middle East: A Retrospective Study. *Journal of Palliative Care*, 37(2),99-106. doi:10.1177/08258597211073228

Solomon, M. Z., Sellers, D. E., Heller, K. S., Dokken, D. L., Levetown, M., Rushton, C., ... & Fleischman, A. R. (2005). New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics*, *116*(4), 872-883. https://doi.org/10.1542/peds.2004-0905

Stanley, K.J., Sawrun, D., & Treantafilos, M. (2008). Ethical issues and clinical expertise at the end of life. *The Nursing Clinics of North America*, *43*(2), 259–vi. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2008.02.001

Taşdelen, Y. & Kürtüncü, M. (2022). Çocuklarda yaşam sonu bakım ve iyi ölüm kavramı. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 6*(1), 1-8. https://doi.org/10.29058/mjwbs.1037391

THD. (2009). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar: Yaşamını duyuyorum. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Tomlinson, D., Capra, M., Gammon, J., Volpe, J., Barrera, M., Hinds, P.S., … Sung, L. (2006). Parental decision making in pediatric cancer end-of-life care: using focus group methodology as a prephase to seek participant design input. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *10*(3), 198–206. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.11.003

Utlu, N. (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, *8*(29), 17-35.

Van Hulle Vincent, C., & Denyes, M.J. (2004). Relieving children's pain: nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing*, *19*(1), 40–50. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2003.09.006

Ventovaara, P., Sandeberg, M. af, Räsänen, J., & Pergert, P. (2021). Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nursing Ethics*, *28*(6):1061-1072. https://doi.org/10.1177/0969733021994169

Waske, A., Kühnöl, C. D., & Kramm, C. M. (2019). The use of Do-Not-Resuscitate-Order equivalents in pediatric palliative care medicine in Germany. *Annals of Palliative Medicine*, *8*(2), 11220-11120.

Wood, J. (2001). Ethical decision making. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 16*(1), 6-10. https://doi.org/10.1053/jpan.2001.18202

Yıldırım, G., Baltacı Göktaş, S., Köse, S. ve Yıldız, T. (2015). Kemoterapi tedavisi gören çocukların annelerindeki kaygı düzeyleri. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, *2*(2), 69-76.

17. BÖLÜM / CHAPTER 17

ENGELLİ ÇOCUK VE ETİK

DISABLED CHILD AND ETHICS

Hatice YILDIRIM SARI[1]

[1]Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
E-mail: haticeyildirimsari@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.17

ÖZ

Özel gereksinimli bireylere yönelik olumsuz tutumlar ve bilgi eksikliği, bireysel ilişkiler veya kamusal alanlarda doğru yaklaşımın önündeki en büyük engeldir. Olumsuz tutumlar damgalanmaya ve ayrımcılığa kadar uzanabilmektedir. Özel gereksinimi olan çocuklar kamusal haklardan yararlanma, eğitim, sağlığa erişim, kendi sağlığı ile ilişkili kararlara katılım, mahremiyet gibi konularda birçok etik sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Onam alma, ağrı tanılama, palyatif bakım, araştırmalara dahil edilme, organ transplantasyonu özellikle üzerinde durulan konulardandır. Özel gereksinimi olan çocuklar sağlık hizmetlerine erişimle ilgili güçlükler yaşamaktadır. Son elli yılda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, özel gereksinimi olan çocuklar hala genel nüfusa göre daha az yaşam beklentisine sahiptir Toplumsal olumlu tutumların geliştirilmesine yönelik girişimlerin yaygınlaştırılması ve kamu hizmeti verenler başta olmak üzere bireylerin zihinsel özel gereksinimli bireyleri ve özel gereksinimli bireyleri tanıması ve etkili iletişim kurma becerilerinin artırılmasına yönelik yaklaşımlar ayrımcılığın önlenmesi yanında etik ve hak temelli yaklaşımın sağlanmasına katkı sağlayacaktır. Özel gereksinimi olan bireyle doğrudan iletişim kurmak, etkili iletişim kurmak etik ihlalleri önlemek açısından yararlıdır. Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin mesleki etik kodlarla hareket ederken özel gereksinimi olan bireyi ve ailesini bakıma dahil etmesi bakımın etik ilkelere uygun yürütülmesine olanak sağlamaktadır. Özel gereksinimi olan bireylerin yaşamına, onuruna, haklarına saygı göstererek hareket etmek, bireyin iyi oluşunu sağlaması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Zihinsel yetersizlik, özel gereksinimli çocuklar, etik, engellilik ve etik, hemşirelik

ABSTRACT

Negative attitudes and lack of knowledge towards individuals with special needs are the biggest obstacles to the right approach in individual relationships or public spaces. Negative attitudes can extend to stigma and discrimination. Children with special needs may face many ethical problems such as benefiting from public rights, education, access to health, participation in decisions related to their own health, and privacy. Consent, pain diagnosis, palliative care, inclusion in research, and organ transplantation are the subjects that are especially emphasized. Children with special needs experience difficulties in access to health services. Although significant progress has been made in the last fifty years, children with special needs still have a lower life expectancy than the general population. Approaches

aimed at increasing their skills will contribute to the provision of an ethical and rights-based approach as well as preventing discrimination. It is useful to communicate directly with individuals with special needs and to communicate effectively in order to prevent ethical violations. While nurses and other health professionals act with professional ethical codes, the inclusion of individuals with special needs and their families in care allows the care to be carried out in accordance with ethical principles. It is important to act by respecting the life, dignity, and rights of individuals with special needs, to prepare the necessary ground for their participation in social life, and to benefit from public services, in terms of ensuring the well-being of the individual.

Keywords: Intellectual disability, children with special needs, ethics, disability and ethics, nursing

Extended Abstract

In the historical process, while the terms disabled and crippled were used for individuals with special needs in the past, the term disabled started to be used with the law enacted in 2005, and with the regulation issued in 2019, the use of the term individual with special needs has become widespread. Changes in these terms used to describe individuals with special needs over time can be considered because of the studies conducted in this field, the views of individuals with special needs, and the changes in society. The conceptual change is also related to the development of the view of disability from a medical perspective to a social perspective, and from there to a perspective that prioritizes the combination of medical and social perspectives. While the terms disability and disability emphasize the inability of the individual, the definition of disability emphasizes the difficulties in the participation of the individual in social life. One of the most important ethical problems for individuals with special needs is the problems arising from social attitudes. Negative attitudes are the biggest obstacle to the correct approach to individuals with special needs in individual relationships or public spaces. The World Health Organisation recognizes that societal attitudes towards people with disabilities can negatively affect full participation in community life. Knowledge structures or collective views known in society lead individuals to engage in stereotyped behaviours. Prejudice involves negative emotional reactions towards others. Behaviours resulting from prejudice can be avoidance behaviour, increasing social distance, hostile behaviours, and withholding help. Prejudices formed in society about individuals with special needs affect the behaviours towards individuals with special needs. Discrimination causes difficulties for the individual with special needs to benefit from public rights in the public sphere and adversely affects his/her physical and mental health. In a study conducted in Australia, it was found that 9% of individuals with disabilities were exposed to discrimination, 31% were exposed to avoidance behaviour, those with psychosocial or physical disabilities

were more exposed to these behaviours, and discrimination and avoidance behaviour were maintained in public areas such as workplace, health, and education. Children with special needs may face many ethical problems such as benefiting from public rights, education, access to health, participation in decisions related to their own health, and privacy. Consent, pain diagnosis, palliative care, inclusion in research, and organ transplantation are the subjects that are especially emphasized. Children with special needs experience numerous inequalities in access to health services. Although significant progress has been made in the last fifty years, children with special needs still have a lower life expectancy than the general population. Approaches aimed at increasing their skills will contribute to the provision of an ethical and rights-based approach as well as preventing discrimination. It is useful to communicate directly with individuals with special needs and to communicate effectively in order to prevent ethical violations. While nurses and other health professionals act with professional ethical codes, the inclusion of individuals with special needs and their families in care allows the care to be carried out in accordance with ethical principles. It is important to act by respecting the life, dignity, and rights of individuals with special needs, to prepare the necessary ground for their participation in social life, and to benefit from public services, in terms of ensuring the well-being of the individual. In nursing education, students can gain knowledge and skills in various subjects such as the characteristics of individuals with special needs, approach, communication, and needs, and the interest and attention of nurses who maintain clinical care can be increased with in-service training. It is extremely difficult for people with disabilities to express their needs in the face of stigma and discrimination. With their advocacy roles, nurses should act as patient advocates in the stigmatizing and discriminatory behaviors that individuals encounter while benefiting from their right to health care.

1. Giriş

Tarihsel süreç içerisinde, özel gereksinimli bireyler için geçmişte özürlü, sakat terimleri kullanılırken 2005 yılında çıkan kanunla engelli terimi kullanılmaya başlanmış, 2019 yılında çıkan yönetmelikle birlikte, özel gereksinimli birey terimi kullanımı yaygın hale gelmiştir. 2019 yılında yayınlanan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik'te *"Özel gereksinim; Çocuğun toplumsal yaşama eşit katılabilmesi için bedensel ya da gelişimsel işlev kısıtlılığı olmayan bireylerden farklı sağlık, eğitim, rehabilitasyon, cihaz, ortez, protez, çevresel düzenlemeler ve diğer sosyal ve ekonomik haklara ve hizmetlere gereksiniminin olması"* şeklinde tanımlanmaktadır.

2005 yılında yayınlanan ve çeşitli zamanlarda değişikliğe uğrayan 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun'da "*engelli birey; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey*" olarak tanımlanmaktadır.

Kaynak: Engelliler Hakkında Kanun. (2005, 7 Temmuz). *Resmi Gazete* (Sayı: 25868). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5378.pdf

Zaman içerisinde özel gereksinimli bireyleri tanımlamak için, kullanılan bu terimlerdeki değişiklikler bu alanda yapılan çalışmaların, özel gereksinimli bireylerin görüşlerinin ve toplumdaki değişimin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Kavramsal değişim aynı zamanda, engelliliğe bakışın tıbbi bakış açısından sosyal bakış açısına, oradan da tıbbi ve sosyal bakışın birlikteliğini önceleyen bakışa doğru oluşan gelişimle de ilgilidir. Özürlülük ve sakatlık terimleri, bireyin yetersizliğine vurgu yaparken engellilik tanımı bireyin sosyal yaşama katılımındaki güçlüklere vurgu yapmaktadır (Ankara Üniversitesi Açık Ders Notları, 2023).

Özel gereksinimli bireyler açısından etik sorunların başında, toplumsal tutumlardan kaynaklanan sorunlar gelmektedir. Olumsuz tutumlar, özel gereksinimli bireylere yönelik bireysel ilişkiler veya kamusal alanlarda doğru yaklaşımın önündeki en büyük engeldir. Bireysel ilişkilerde veya kamusal alanda, özel gereksinimli bireye yönelik algılar ve/veya önyargılar, özel gereksinimli bireye yönelik eylemin ya da eylemsizliğin temelini oluşturmaktadır.

2. Engelli Çocuk

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), engelli bireylere yönelik toplumsal tutumların toplum yaşamına tam katılımı olumsuz yönde etkileyebileceğini kabul etmiştir (WHO, 2001). Tutumlar, bir kişiye veya nesneye yönelik değerlendirmedir ve olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri içerebilir. Olumsuz tutumlar damgalamaya giderek ayrımcılığa uzanabilir. Toplumda bilinen bilgi yapıları ve/veya görüşler, bireylerin kalıplaşmış davranışlarda bulunmasına yol açmaktadır. Önyargı ise,

başkasına karşı olumsuz duygusal tepkileri içermektedir. Önyargıdan kaynaklanan davranışlar; kaçınma davranışı, sosyal mesafeyi arttırma, düşmanca davranış ve yardımı esirgeme davranışları olabilmektedir. Toplumda özel gereksinimli bireyler hakkında oluşan önyargılar, özel gereksinimli bireye yönelik davranışları etkilemektedir (Werner ve ark., 2012). Örneğin, özel gereksinimli bireyle ilgili önyargılara sahip çocuklar kaçınma davranışı göstererek, özel gereksinimli arkadaşlarıyla tanışmak istemeyebilir, onu oyunlarına almayabilirler.

Ayrımcılık özel gereksinimli bireyin, kamusal alanda kamusal haklardan yararlanmasında güçlüklere, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlığının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Hackett ve ark., 2020). 5378 sayılı Engelliler Hakkında kanunda *"Engelliliğe dayalı ayrımcılık yapılamaz, ayrımcılıkla mücadele engellilere yönelik politikaların temel esasıdır"* maddesi yer almaktadır. Damgalama, damgalayıcı işaretten başlayan, olumsuz tutuma ve ayrımcılığa yol açan bir davranış zinciri olarak görülmektedir (Lam, Tsang, Chan ve Corrigan, 2006). Avustralya'da yapılan bir araştırmada, yetersizliği olan bireylerin %9'unun ayrımcılığa, %31'inin kaçınma davranışına maruz kaldığı, psikososyal veya fiziksel yetersizliği olanların bu davranışlara daha fazla maruz kaldığı, ayrımcılık ve kaçınma davranışının, işyeri, sağlık ve eğitim gibi kamusal alanlarda da sürdürüldüğü saptanmıştır (Temple, Kelaher ve Williams, 2018).

Toplumda zihinsel özel gereksinimli bireylere yönelik olumsuz kalıp düşünceler, bireyde önyargı oluşturabilir, bu önyargıdan kaynaklanan duygusal tepki bireyin, zihinsel özel gereksinimli bireyle aynı ortamda bulunduğunda kaçınma davranışı göstermesine, sosyal mesafeyi arttırmasına zemin hazırlayabilir, ayrımcılığa uzanan davranışlar sergilenebilir. Geçmişte özel gereksinimli çocukların eğitim hakkından yararlanması güçken, yasal düzenlemeler sonunda ayrımcılığın suç olmasına dayanarak özel gereksinimli bireyin eğitim alma hakkı yerine getirilmekte, zihinsel özel gereksinimli çocuklar kaynaştırma eğitimi alabilmektedir. Günümüzde özel gereksinimli çocuğun, eğitiminde çeşitli sorunlar yaşanmaya devam etmektedir. Katıtaş (2019) 'ın çalışmasına katılan okul müdürleri ve veliler, okul ve sınıflarda koşulların ve özel eğitim öğretmeni sayısının yetersiz olduğunu, öğretmenlerin özel eğitim alanında yeterli donanıma sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Aksungur (2022)'un çalışmasına katılan okul yöneticileri kapsayıcı eğitimi desteklemiş, kapsayıcı eğitime yönelik olumlu tutumlara sahip olduklarını belirtmiş ancak kapsayıcı eğitimde çoğunlukla öğretmen kaynaklı sorunlarla karşılaşıldığını belirtmişlerdir. Eğitim ortamında yaşanan sorunların bir kısmı, akran zorbalığında kendini göstermektedir. Özel gereksinimli çocukların akran zorbalığına daha fazla maruz kaldığı, mağduriyet yaşadığı belirlenmiştir (Malecki, Demaray, Smith ve Emmons, 2020). Otizm Spektrum Bozukluğu olan öğrencilerde, zorbalık mağduru olma riskinin, normal gelişim gösteren öğrencilerden ve diğer engelleri olan öğrencilerden önemli ölçüde daha yüksek

olduğu, sosyal etkileşim ve iletişimdeki eksiklikler, dışa vurma semptomları, içselleştirme semptomları ve bütünleştirilmiş kapsayıcı okul ortamlarının daha yüksek mağduriyete yol açtığı saptanmıştır (Park ve ark., 2020). Burada bahsedilen kapsayıcı okul ortamları, özel gereksinimli olan ve olmayan çocukların bir arada eğitim gördüğü modellerdir (Milli Eğitim Bakanlığı, Kapsayıcı Eğitim, 2023). Özel gereksinimli çocukların kapsayıcı eğitim ortamlarında eğitim görmesi kabul edilmektedir. O halde bu kapsayıcı eğitim ortamında, özel gereksinimli çocukların zorbalığa maruz kalmalarını önlemeye yönelik çalışmaların yaygınlaştırılmasının önemi vurgulanmalıdır.

3. Engelli Çocuk, Hemşirelik ve Etik

Toplumda özel gereksinimli bireylere yönelik tutumların olumludan daha az olumluya doğru bir seyir izlediği ve sağlık profesyonellerinin sağlık profesyoneli olmayanlara göre daha fazla olumlu tutuma sahip oldukları, hemşirelerin ise genellikle özel gereksinimli bireylere yönelik olumlu tutumlara sahip olduğu vurgulanmaktadır (Goreczny ve ark., 2011; Lawson ve ark., 2017; Lyon ve Houser, 2018; Satchidanand ve ark., 2012; Yi ve ark., 2020). Toplumda olumlu tutumları etkileyen faktörlerden biri özel gereksinimli bireyle olan temas, etkileşimdir. Özel gereksinimli bireylerle etkileşimi olan kişilerin önyargıları azalarak, olumlu tutum geliştirmektedirler (Goreczny ve ark., 2011; Lawson ve ark., 2017; Lyon ve Houser, 2018; Satchidanand ve ark., 2012; Yi ve ark., 2020). Engellilik ayrımcılığı kesitsel olarak bireyin refahının daha kötü olmasına yol açmaktadır. Birleşik Krallık'ta yürütülen bir çalışmada, bireylerin algıladığı ayrımcılığın %13.7 olduğu ve ayrımcılığın depresyon, psikolojik sorunlar, zihinsel işlevlerin ve genel sağlığın daha kötü olarak değerlendirilmesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Hackett ve ark., 2020). Ames ve arkadaşları (2023) karmaşık tıbbi sorunları olan çocukların, sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları ayrımcılıkta klinisyenlerin bilgi eksikliği, ilgisizliği ve varsayımlarının itici güç oluşturduğunu, ayrımcılığın bakıma sınırlı erişim, standart altı bakım ve insanlıktan çıkarma ile kendini gösterdiğini ortaya koymuştur. Gerek eğitim gerek sağlık alanında özel gereksinimli bireye yönelik damgalama ve ayrımcı davranışlar nedeniyle özel gereksinimli birey, alması gereken hizmeti alamadığında ve özel gereksinimli olmayan diğer bireylerden farklı şekilde davranıldığında eşitlik ilkesi göz ardı edilmiş olmaktadır. Geçmişte zihinsel özel gereksinimli ve son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerin, organ transplantasyon listelerinden çıkarıldığı belirtilmektedir (Ross, 2021).

Etik ilkeler bağlamında incelendiğinde, özel gereksinimli bireye dair önyargılar ve kalıp düşünceler özel gereksinimli bireyden kaçınmaya veya olumsuz davranışlara yönelmeye (Werner ve ark., 2012) yol açabilmektedir (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2009). Örneğin sağlık profesyonelinin kalıp düşünce ve ön yargılara sahip olması özel gereksinimli bireyin

gereksinimlerinin tanılanmasını veya uygun yaklaşımı engelleyebilmektedir. Şöyle ki, yaşadığı ağrı nedeniyle veya duyusal yüklenme nedeniyle şiddetli tepkiler gösteren özel gereksinimli bireyin yanıtları doğru tanımlanamazsa ağrı yönetimi göz ardı edilebilir veya duyusal yüklenmeyi azaltacak önlemler alınmayabilir. Bu durumda, özel gereksinimli bireye yönelik yarar sağlama/zarar vermeme etik ilkesine uygun davranılmamaktadır (Sanghera, 2007). Yarar sağlama/zarar vermeme etik ilkesini açıklarken engelliliğe yaklaşımdan da bahsetmek yerinde olacaktır. Tıbbi modelde, engellilik durumu tıbbi bir yaklaşımla çözülmesi gereken bir durum olarak görülürken sosyal modelde engellilik durumu bireyin toplumsal yaşama tam katılımına yönelik düzenlemelere odaklanmaktadır. Yapamayacaklarına odaklanmak, özel gereksinimli bireyin potansiyelini geliştirmesine zarar vermektedir. Bireyin yapabileceklerine odaklanan ortamlar, olumlu sosyal etkileşimler, anlamlı faaliyetler için destek, seçim fırsatları, bağımsızlığın daha fazla teşvik edilmesi, ilişkiler kurma ve sürdürme desteği ve dikkatli ve yetenekli aile/bakıcılar ve ücretli destek ve bakım personeli gibi bir takım düzenlemeleri içermektedir (NHS England, 2015). Özel gereksinimli olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin sınırlı olduğu, sağlık bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı, özellikle sağlığı geliştirme programlarının özel gereksinimli bireyleri kapsamadığına ve özel gereksinimli bireylerin sağlık sonuçlarının toplumun genelinden daha kötü olduğuna ilişkin sorunlar bilinmektedir (Şahin ve ark., 2017; Yıldırım Sarı, 2010).

Bir diğer etik ilke özerklik/bireye saygı etik ilkesidir (THD, 2009). Bu ilkede öne çıkan konu ise, özel gereksinimli bireyin kararlara katılımı, rıza, onay süreçleridir. Etik sorunlardan biri, sağlık bakımı alan özel gereksinimli bireylerin özellikle de zihinsel özel gereksinimli bireylerin kararlara katılımı konusudur. Sağlık profesyonelleri genellikle karar alma süreçlerini zihinsel özel gereksinimli bireyin ebeveyn onayı ile sürdürmektedir (Racine ve ark., 2013). Bu yaklaşımın altında yatan neden damgalama ve ayrımcılık olabileceği gibi, sağlık profesyonellerinin zihinsel özel gereksinimli bireyleri tanımamaları ve bilgi eksiklikleri de olabilmektedir. Tüm kararlarda, yarar sağlama/zarar vermeme etik ilkesine uygun şekilde, bireyin üstün yararının gözetilmesi esastır. Bu esasa en uygun karar modeli zihinsel özel gereksinimli birey, ailesi ve sağlık ekibinin ortak kararı olmalıdır. Kimi zaman özel gereksinimli bireyin üstün yararını aile de gözetmiyor olabilir, burada bireyin haklarını savunmak ve zarar görmesini engellemek adına sağlık profesyonelleri süreci yönetmek durumundadırlar. Amerikan Pediatri Akademisi ve diğer profesyonel disiplinler çocukları kendileriyle ilgili kararlara mümkün olduğunca dahil etmenin etik açıdan değerini kabul etmişlerdir. Aynı durum, zihinsel özel gereksinimli bireyler açısından da değerlendirildiğinde, tamamen otonom olarak karar verememe durumunda olsalar dahi, yaşları ve gelişimsel düzeylerine uygun şekilde bilgilendirilerek ve

onayları alınarak kararlara katılımları sağlanmalıdır (Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics, 1995). Bir tıbbi işlemin faydaları, riskleri ve çocuk açısından gerekli olup olmadığı değerlendirilip, işlem yapılmaya karar verildiğinde ailesinden bilgilendirilmiş onam ve çocuğun kendisinden onay alınmaktadır. Bu onayın amacı, özerkliğin korunmasıdır. Onamın verilebilmesi için çocuğun ve ailesinin işlemi, fayda ve zararlarını ve alternatif işlemleri tam olarak anlaması, sorularının yanıtlanması gerekmektedir. Onam vermek itiraz etmemek anlamına gelmemekte olup, tam bir gönüllülük anlamına gelmektedir. Ancak zihinsel özel gereksinimi olan çocuklar, onam veremeyebilir ve hatta iletişim sorunu yaşıyorlarsa itiraz da edemeyebilirler. Bu durumda, çocuğu daha iyi tanıyan ve yüz ifadesi yardımıyla çocuğun tepkilerini yorumlayabilecek olan bir bakım vericinin varlığı önem kazanmaktadır (Raskoff ve ark., 2023). İşitme yetersizliği olan ve duymayan bireylerden bilgilendirilmiş onam alınması standart yöntemler yanında, ek uygulamalar gerektirmektedir. İşitme engelli birey ile iletişim kurarken, işlemler süreçler açıklanırken standart materyaller dışında sürecin anlaşılırlığını sağlayan görsel materyaller hazırlanmalı, işaret dili kullanan bireylerle işaret dili ile iletişim kurulmalıdır. Standart bilgilendirilmiş onay süreçleri genellikle, işitme engelli bireyler için yetersizdir. İşitme engelli bireylerin bilgiye ve eğitime erişememeleri gibi çeşitli nedenlerle temel bilgilerde bilgi birikimi sınırlı olabilmektedir. Özel gereksinimli bireylerde eğitim basamakları ilerledikçe, eğitime katılım oranı azalmaktadır. Eğitim düzeyi ve bilgiye erişimdeki güçlükler, bireylerin konuyu anlamaları ve soru sormalarında engeller yaratabilir (McKee, Schlehofer, Thew, 2013). Görme engelli bireylerinde, standart yazılı formlarla onamlarının alınması yerine alternatif yöntem olarak - sesli kayıt ile onamının alınması konusunda öneriler bulunmaktadır (Saleh, 2004).

Bir diğer etik ilke, mahremiyet ve sır saklama ilkesidir. Bu ilke, hemşirenin bakım verdiği hastanın mahremiyetine önem vermesi ve hastaya ait bilgileri gerekmedikçe diğer kişilerle paylaşmamasını kapsamaktadır (THD, 2009). Zihinsel özel gereksinimli bireylerde, diğer bireylerde olduğu gibi hastaya ait bilgiler ve özel durumlar ilgili olmayan kişilerle paylaşılmamalıdır. Burada dikkat edilecek olan konu, hastanın mahremiyetine özen gösterilmesidir. Ertaş ve Bahçe (2023)'nin engeli olan hastaların sağlık bakım hizmetine yönelik hastane yönetiminin rolünü araştırdıkları çalışmalarında, hastane yönetimlerinin engeli olan bireyin üstün yararı ilkesini zedelediği ve bireylerin mahremiyeti ve gizliliğine önem göstermedikleri görülmüştür (Ertaş ve Bahçe, 2023). Engelli çocuklar engelli olmayan çocuklara göre, istismara veya ihmal edilmeye daha yatkındır (Legano ve ark., 2021). Kasıtlı istismarın yanı sıra, sağlık hizmeti sunumunda yapılan bazı uygulamalar istismar veya ihmal olarak yorumlanabilmektedir. Örneğin, klinik rutinleri engelli çocukların vücutlarının incelenmesinden

utanmadıkları için mahremiyetlerinin ve onurlarının korunması gerekmediği düşünülerek gerçekleştirilebilir. Kasıtlı veya kasıtsız olumsuz uygulamaları belirlemek ve durdurmak için sağlık profesyonellerinin tutumlarında değişiklik gerekmektedir (Sanghera, 2007).

Zihinsel özel gereksinimli bireyler, bilimsel araştırmalar açısından hassas gruplar arasında yer almaktadır ve yerel etik kurullar zihinsel özel gereksinimli bireyleri olası zararlardan korumak amacıyla özen göstermektedir (Snipstad, 2022). Helsinki Bildirgesinde de "*Kimi gruplar ve kişiler özellikle savunmasız durumdadır ve bu grup ve kişilerin araştırmacılarca istismar edilme ya da ek zarar görme olasıklıkları daha fazla olabilir. Savunmasız durumda bulunan tüm grup ve bireylere özel koruma sağlanmalıdır."* ifadesi yer almaktadır (Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi, 2013). Hassas gruplarla yürütülen tıbbi araştırmalara, zihinsel yetersizliği olan bireylerin katılımının bilgilendirilmiş onam alma güçlüğü, sağlıkla ilgili araştırmaların zihinsel özel gereksinimli bireylerin de dahil edilebileceği şekilde tasarlanması konusunda araştırmacıların bilgi eksikliği, zihinsel özel gereksinimli bireylerin sağlık hizmetinden yeterince yararlanamamaları gibi çeşitli nedenlerle güç olduğu belirtilmektedir (Sabatello, 2018).

Tüm etik ilkeler göz önüne alındığında, özel gereksinimi olan bireyle doğrudan iletişim kurmak, etkili iletişim kurmak etik ihlalleri önlemek açısından yararlıdır. O nedenle tüm sağlık profesyonellerinin özel gereksinimli bireylerle iletişim becerilerine arttırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır. Her türlü iletişim her zaman çocuğa ve gelişimsel kapasitesine uygun hale getirilmeli, açık, net bir dil kullanılmalıdır. İletişim özellikle karmaşık bilgilerin iletilmesi veya kötü haber verilmesi bağlamında zorlayıcı olsa da açık ve hassas bir şekilde iletişim kurabilme becerisi, hasta ve ailesi açısından bakımı iyileştirebilecek önemli bir beceridir (Tuffrey-Wijne ve McEnhill, 2008).

Özel gereksinimi olan çocuklarda ağrı tanılama ve ağrı yönetimi etik açıdan önemli durumlardan biridir. Uluslararası alanda kabul gören standart ağrı değerlendirme yöntemleri ve araçları zihinsel yetersizliği olan çocuklar açısından özellikle de sözel ifade yeteneği olmayan veya verilen yönergeleri anlamayan çocuklar açısından çok uygun değildir. Özel gereksinimli çocuklarda ağrı tanılamaya ilişkin çalışmalar sınırlıdır (Kingsnorth ve ark., 2015, Sarah ve ark., 2023). Serebral palsi tanılı çocuklarda kronik ağrı değerlendirme ölçeklerinin incelendiği bir sistemik derlemede, 52 adet kronik ağrı değerlendirme ölçeği incelenmiş ve bu ölçeklerden hiçbirinin serabral palsi tanılı bir çocuğun ağrısını değerlendirmede yeterli olmadığı görülmüştür (Kingsnorth ve ark., 2015). Zihinsel özel gereksinimi olan bireylerde ağrı yaşama riskinin yaklaşık olarak 2.5 kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Van Schrojenstein Lantman-De Valk ve ark., 2000). Ayrıca, ileri düzeyde zihinsel yetersizliğe sahip

çocukların iletişim engelleri nedeniyle çok sayıda karmaşık tıbbi soruna sahip olma olasılığı yüksektir. Çocuklar ağrılarını ifade edemeyebilir veya bildiremeyebilirler; ağrı ifadeleri atipik olabilir ve bu nedenle ağrı tanılaması zorlaşmaktadır (Cascella ve ark., 2018). Barney ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; iletişim sorunu olan adölesanların, geçirdikleri skolyoz operasyonu sonrasında iletişim sorunu olmayan gruptaki adölesanlardan daha az miktarda analjezik aldığını göstermiştir. Bu durumun, özel gereksinimi olan bireylerin deneyimledikleri ağrıyı bildirememesinden kaynaklandığı düşünülebilir (Barney ve ark., 2017). Amor-Salamanca (2017)'nın çalışmasında da zihinsel özel gereksinimli çocukların ağrı kaynaklı sebeplerden acil servise başvurma sıklığının zihinsel özel gereksinimi olmayan çocuklara oranla daha az olduğu görülmüştür (Amor-Salamanca ve Menchon, 2017). Bir diğer çalışmada da, çocukların ebeveynlerinin çocuğun ağrısı olduğunu anlayamayabildikleri ve bu nedenle tıbbi yardım almakta geç kalabildikleri görülmektedir (Tajima ve ark., 2022). Zihinsel özel gereksinimli çocuklarda, ağrının değerlendirilmesinde iletişim engellerinin üstesinden gelmenin yollarını bulmak, ağrıyı sözel olarak iletemeyen diğer bireyler için de ağrının zamanında ve etkili bir şekilde tedavi edilmesini sağlayabilmektedir (Lotan ve Icht, 2023). Otizm gibi bazı durumlarda, ağrıya karşı hipersensitivite gelişme durumu söz konusu olabilir. Bu durum, özel gereksinimi olan çocukların ağrı değerlendirmesinin daha da önem kazanması gerekliliğini göstermektedir (Clarke, 2015).

Zihinsel özel gereksinimli bireylerle ilgili etik konulara dikkat çekilecek bir diğer alan palyatif bakım alanıdır. Dünya çapında, %1 ile %4 arasında zihinsel özel gereksinimli birey olduğu tahmin edilmektedir (Pivalizza ve Lalani, 2017). Yaşamını sınırlayan bir durumu olan çocukların yaklaşık %50'sinde ise bir dereceye kadar bilişsel bozukluk olduğu belirtilmektedir (Feudtner ve ark., 2011). Zihinsel özel gereksinimli bireylerin, palyatif bakımında semptom yönetimi, ağrı yönetimi, cerrahi işlem, resüsitasyon planlaması veya yaşam sonu bakım üzerinde önemle durulması gereken konulardandır. Yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet etik ilkelerinin özellikle zihinsel özel gereksinimi olan çocuklar için önemi büyüktür ve mümkün olduğu ölçüde, özerkliğe saygı eşit şekilde desteklenmelidir. Zihinsel özel gereksinimli çocuklar tercihlerini, sıkıntılarını, sevinçlerini, korkularını ve üzüntülerini sözlü ya da sözsüz yollarla ifade edebilirler, sağlık gereksinimlerinin karmaşıklığına bakılmaksızın, diğer tüm çocuk veya gençlere benzer gereksinimleri, hoşlandıkları ve hoşlanmadıkları şeyler bulunmaktadır. Çocuğu en iyi tanıyan ebeveynler/bakım verenler bakıma dahil edilmeli, aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı güven ve saygıya dayalı bir ilişki ile etik ilkeler göz önünde bulundurularak bakımın sürekliliği sağlanmalıdır (Duc ve ark., 2017).

4. Engelli Çocuğa Bakım Veren Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Özel gereksinimi olan çocuklar sağlık hizmetlerine erişimle ilgili güçlükler yaşamaktadır. Bununla birlikte, hemşireler özel gereksinimi olan çocuklara yönelik eşitsizlik riski hakkında bilgi ve farkındalığa sahip olmalıdır. Son elli yılda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, özel gereksinimi olan çocuklar hala genel nüfusa göre daha az yaşam beklentisine sahiptir (Lauer ve McCallion, 2015). Bu eşitsizlik, zihinsel gelişim ile ilişkili faktörlerden potansiyel olarak etkilenmekle birlikte, bakıma erişim, yoksulluk, iletişim eksiklikleri ve öz-savunuculuk zorlukları gibi değiştirilebilir faktörler tarafından daha da kötüleştirilmektedir (Anderson ve ark., 2013).

Araştırmalar, sağlık profesyonellerinin tutumlarının, özel gereksinimli bireylerin hizmetlere eşit erişiminin önündeki en büyük engellerden biri olduğunu göstermektedir (Hemm, Dagnan ve Meyer, 2015). "Tüm hemşirelik uygulamalarının altında yatan temel ilke, tüm bireylerin doğuştan gelen onuruna, değerine, benzersiz özelliklerine ve insan haklarına saygı duymaktır" (ANA, 2015). Bu ilke, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 25. maddesi ile de desteklenmektedir; bu maddeye göre sağlık çalışanlarının özel gereksinimli bireylere diğer bireylerle aynı kalitede bakım sağlaması gerekmektedir Hemşirelerin özel gereksinimli bireylere nasıl bakım sağlayacaklarını ve sağlık hizmetlerini nasıl erişilebilir kılacaklarını bilmeleri zorunludur ve bu sayede verilen hizmet üzerinde olumlu bir etki yaratılabilir (Hemm ve ark., 2015). Özel gereksinimi olan bir çocukla önceden temas kurmak daha olumlu bir tutumu öngörmekte ve stigmayı ortadan kaldırabilmektedir (Hemm ve ark., 2015). Hemşireler ve tüm sağlık çalışanları için eğitim ve müfredat iyileştirmelerinin yanı sıra, özel gereksinimi olan çocuklara yönelik etik standartların yaygınlaştırılması çocukların yaşam kalitesini ve sağlık bakım deneyimlerini iyileştirmeye yönelik girişimlerdir (Pelleboer-Gunnink ve ark., 2017).

Hemşirelik bakımında tüm bireylerin insan onuruna ve değerine, mahremiyet ve otonomi haklarına saygı duymak ön planda tutulmalıdır. Birçok meslek andında yer alan *"herhangi bir ırk, inanç, renk, siyasal veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin"* ifadelerine engellilik ifadesi de eklenerek ayrımcılığın önlenmesine dikkat çekilebilir. Hemşirelik eğitiminde özel gereksinimli bireylerin özellikleri, yaklaşım, iletişim, gereksinimler gibi çeşitli konularda öğrencilere bilgi ve beceri kazandırılabilir ve klinik bakımı sürdüren hemşirelerin ilgi ve dikkati de hizmet içi eğitim ile arttırılabilir. Damgalama ve ayrımcılık karşısında, engelli bireylerin gereksinimlerini dile getirmeleri son derece zordur. Hemşireler savunucu rolleri ile bireylerin sağlık bakım hakkından yararlanırken karşılaştıkları damgalayıcı ve ayrımcı davranışlarda hasta savunuculuğunu yerine getirmelidir.

5. Sonuç

Sonuç olarak, özel gereksinimli bireylerin toplumsal yaşama katılımında karşılaştıkları çeşitli güçlükler etik sorunları barındırmaktadır. Etik sorunlar ve toplumsal yaşamda karşılaşılan güçlüklerin temelinde bilgi eksikliği, toplumsal tutumlar yatmaktadır. Toplumsal olumlu tutumların geliştirilmesine yönelik girişimlerin yaygınlaştırılması ve kamu hizmeti verenler başta olmak üzere bireylerin zihinsel özel gereksinimli bireyleri ve özel gereksinimli bireyleri tanıması ve etkili iletişim kurma becerilerinin artırılmasına yönelik yaklaşımlar ayrımcılığın önlenmesi yanında etik ve hak temelli yaklaşımın sağlanmasına katkı sağlayacaktır. Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin mesleki etik kodlarla hareket ederken özel gereksinimi olan bireyi ve ailesini bakıma dahil etmesi bakımın etik ilkelere uygun yürütülmesine olanak sağlamaktadır. Özel gereksinimi olan bireylerin yaşamına, onuruna, haklarına saygı göstererek hareket etmek, toplumsal yaşama katılımı ve kamusal hizmetlerden yararlanması, bireyin iyi oluşunu sağlaması açısından önemlidir.

Kaynakça / References

Aksungur, S. (2022). *Okul yöneticilerinin kapsayici eğitime ilişkin tutumları, yaşadiklari sorunlar ve çözüm önerileri.* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements.* Silver Spring, MD. Retrieved from: http://www.nursingworld.org/code-of-ethics

Ames, S. G., Delaney, R. K., Houtrow, A. J., Delgado-Corcoran, C., Alvey, J., Watt, M. H., & Murphy, N. (2023). Perceived disability-based discrimination in health care for children with medical complexity. *Pediatrics*, e2022060975.

Amor-Salamanca, A., & Menchon, J. M. (2017). Pain underreporting associated with profound intellectual disability in emergency departments. *Journal of Intellectual Disability Research*, *61*(4), 341-347.

Anderson, L., Humphries, K., McDermott, S., Marks, B., Siserak, J., & Larson, S. (2013). The state of the science of health and wellness for adults with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities, 51*(5), 385-398.

Ankara Üniversitesi Açık Ders Notları (2023). Engellilik ve Etik. Erişim adresi: https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/92385/mod_resource/content/0/ENGELL%C4%B0L%C4%B0K%20VE%20ET%C4%B0K-A%C3%87IK%20ER%C4%B0%C5%9E%C4%B0M.pdf

Barney, C. C., Merbler, A. M., Quest, K., Byiers, B. J., Wilcox, G. L., Schwantes, S., ... Symons, F. J. (2017). A case-controlled comparison of postoperative analgesic dosing between girls with Rett syndrome and girls with and without developmental disability undergoing spinal fusion surgery. *Pediatric Anesthesia*, *27*(3), 290-299.

Cascella, M., Bimonte, S., Saettini, F., & Muzio, M. R. (2019). The challenge of pain assessment in children with cognitive disabilities: Features and clinical applicability of different observational tools. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *55*(2), 129-135.

Clarke, C. (2015). Autism spectrum disorder and amplified pain. *Case Reports in Psychiatry*, 930874. https://doi.org/10.1155/2015/930874

Duc, J.K., Herbert, A.R., & Heussler, H.S. (2017). Pediatric palliative care and intellectual disability—a unique context. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *30*(6), 1111-1124.

Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi : İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeleri (2013) (Türk Tabipler Birliği Çev.). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf

Engelliler Hakkında Kanun. (2005, 7 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 25868). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5378.pdf

Ertaş, M. F. ve Bahçe, Z. (2023). Engelli hastalara yönelik tibbi sosyal hizmetlerde hastane yönetiminin rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *22*(87), 981-1006.

Feudtner, C., Kang, T. I., Hexem, K. R., Friedrichsdorf, S. J., Osenga, K., Siden, H., ... Wolfe, J. (2011). Pediatric palliative care patients: a prospective multicenter cohort study. *Pediatrics*, *127*(6), 1094-1101.

Goreczny, A.J., Bender, E.E., Caruso, G., & Feinstein, C. S. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(5), 1596-1609.

Hackett, R.A., Steptoe, A., Lang, R.P., & Jackson, S.E. (2020). Disability discrimination and well-being in the United Kingdom: a prospective cohort study. *BMJ Open*, *10*(3), e035714.

Hemm, C., Dagnan, D., & Meyer, T.D. (2015). Identifying training needs for mainstream healthcare professionals, to prepare them for working with individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 28*(2), 98-110.

Kapsayıcı Eğitim. Millî Eğitim Bakanlığı. Erişim adresi: https://kizihl29.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/29/01/762632/dosyalar/2021_03/17111819_KapsayYcY_eYitim_BirleYtirilmiY.pdf

Katıtaş, S. (2019). Özel gereksinimli çocuklara eğitim hakkının sağlanmasında okul müdürlerinin rollerine ilişkin müdür, öğretmen ve veli görüşleri. *The Journal of Academic Social Science Studies, 78,* 93-112

Kingsnorth, S., Orava, T., Provvidenza, C., Adler, E., Ami, N., Gresley-Jones, T., ... Fehlings, D. (2015). Chronic pain assessment tools for cerebral palsy: A systematic review. *Pediatrics*, *136*(4), e947-e960.

Lam, C. S., Tsang, H., Chan, F., & Corrigan, P.W. (2006). Chinese and American perspectives on stigma. *Rehabilitation Education*, *20*(4), 269-279.

Lauer, E., & McCallion, P. (2015). Mortality of people with intellectual and developmental disabilities from select US state disability service systems and medical claims data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 28*(5), 394405.

Lawson, J.E., Cruz, R.A., & Knollman, G.A. (2017). Increasing positive attitudes toward individuals with disabilities through community service learning. *Research in Developmental Disabilities*, *69*, 1-7.

Legano, L.A., Desch, L. W., Messner, S.A., Idzerda, S., & Flaherty, E. (2021). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, *147*(5), e2021050920.

Lotan, M., & Icht, M. (2023). Diagnosing pain in individuals with intellectual and developmental disabilities: current state and novel technological solutions. *Diagnostics*, *13*(3), 401.

Lyon, L., & Houser, R. (2018). Nurse educator attitudes toward people with disabilities. *Nursing Education Perspectives*, *39*(3), 151-155.

Malecki, C.K., Demaray, M.K., Smith, T.J., & Emmons, J. (2020). Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors. *Journal of School Psychology*, *78*, 115-132.

McKee, M., Schlehofer, D., & Thew, D. (2013). Ethical issues in conducting research with deaf populations. *American Journal of Public Health*, *103*(12), 2174-2178.

NHS England (2015). Supporting people with a learning disability and/or autism who display behaviour that challenges, including those with a mental health condition Service model for commissioners of health and social care services. Retrieved from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/service-model-291015.pdf.

Novak, I., Thornton, N., Morgan, M., Smithers-Sheedy, H., & Badawi, N. (2016). Truth with hope: Ethical challenges in disclosing „bad" diagnostic prognostic and intervention information. In *Ethics in child health: principles and cases in neurodisability*. London: MacKeith Press.

Park, I., Gong, J., Lyons, G.L., Hirota, T., Takahashi, M., Kim, B., ... & Leventhal, B.L. (2020). Prevalence of and factors associated with school bullying in students with autism spectrum disorder: A cross-cultural meta-analysis. *Yonsei Medical Journal*, *61*(11), 909.

Pelleboer-Gunnink, H. A., Van Oorsouw, W.M.W.J., Van Weeghel, J., & Embregts, P.J.C.M. (2017). Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research, 61*(5), 411-434.

Pivalizza, P., & Seema, L. (2016). Intellectual disability in children: Evaluation for a cause. UpToDate. Waltham, MA. Retrieved from: https://www.uptodate.com/contents/intellectual-disability-in-children-evaluation-for-a-cause

Racine, E., Bell, E., & Shevell, M. (2013). Ethics in neurodevelopmental disability. *Handbook of Clinical Neurology*, *118*, 243-263.

Raskoff, S.Z., Thurm, A., Miguel, H.O., Kim, S.Y., & Quezado, Z.M. (2023). Pain research and children and adolescents with severe intellectual disability: ethical challenges and imperatives. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *7*(4), 288-296.

Ross, L.F. (2021). Ethics of organ transplantation in persons with intellectual disability. *The Journal of Pediatrics*, *235*, 6-9.

Sabatello, M. (2018). Precision medicine, health disparities, and ethics: the case for disability inclusion. *Genetics in Medicine*, *20*(4), 397-399.

Saleh, G.M. (2004). Consent of the blind and visually impaired: a time to change practice. *Br J Ophthalmol*, *88*(2),310-311. https://doi.org/10.1136/bjo.2003.025239.

Sanghera, P. (2007). Abuse of children with disabilities in hospital: issues and implications. *Nursing Children and Young People*, *19*(6), 29-32.

Satchidanand, N., Gunukula, S.K., Lam, W.Y., McGuigan, D., New, I., Symons, A.B., ... Akl, E A. (2012). Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: A systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *91*(6), 533-545.

Snipstad, O.I.M. (2022). Concerns regarding the use of the vulnerability concept in research on people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, *50*(1), 107-114.

Şahin, H., Çepiş, A., Yılmaz, G., Gedik, Z., Yavuz, M., Oral, E., … Alpöz, E. (2017). *Engellilik ve Etik* (1.bs.). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları. Erişim adresi: https://kutuphane.deu.edu.tr/wp-content/uploads/2017/03/engellilik-ve-etik.pdf

Tajima, H., Ogawa, J., Nose, I., Pawankar, R., Maeda, M., Momota, Y., & Kakinuma, M. (2022). Effect of childhood disease on hospital presentation: a survey of pediatricians. *Journal of Nippon Medical School*, *89*(2), 190-195

Temple, J.B., Kelaher, M., & Williams, R. (2018). Discrimination and avoidance due to disability in Australia: evidence from a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *18*(1), 1-13.

Tuffrey-Wijne, I., & McEnhill, L. (2008). Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, *14*(4), 189-194.

Türk Hemşireler Derneği (THD) (2009). Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H. M., Metsemakers, J. F., Haveman, M. J., & Crebolder, H. F. (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice*, *17*(5), 405-407.

Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N., & Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: A review of related measures and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(2), 748-765.

Yıldırım Sarı, H. (2010). Zihinsel Yetersiz Bireylerin Sağlık Sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 9*(2):145-150.

Yi, Y.G., Lee, J.E., Lee, S.H., Lee, J. Y., Kwon, Y.J., & Shin, H.I. (2020). Development and validation of a scale to assess the attitude of healthcare professionals toward persons with disabilities. *Clinical Rehabilitation*, *34*(5), 667-676.

18. BÖLÜM / CHAPTER 18

YOĞUN BAKIM VE ETİK

INTENSIVE CARE AND ETHICS

Gülçin BOZKURT[1], Özlem ŞENSOY[2]

[1]Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: gbozkurt@iuc.edu.tr

[2]Öğr. Gör., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: ozlem.sensoy@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.18

ÖZ

Çocuk yoğun bakım üniteleri; yaşam fonksiyonları kritik düzeyde bozulan çocuk hastaların sürekli izlem ve gözlem altında tutulduğu, ileri teknolojiler ve yapay destek sistemleri ile desteklendiği özel birimlerdir. Yoğun bakım ünitelerin; dinamik yapısı, hastaların sorunlarının kritik olması, ölüm ile yaşam arasındaki belirsizlik, hasta özerkliğinin tartışılması, sağlık bakım kaynaklarının etkin ve adil bir şekilde kullanılması gibi nedenlerle bu ünitelerdeetik sorunlar/ ikilemler sık yaşanmaktadır. Mortalite riski yüksek çocukların yapay destek sistemlerine gereksinimi, yoğun bakım ünitesine kabul endikasyonları, hasta özerkliğinin korunması, bakım ve tedavi maliyetleri, kaynakların etkin ve adil kullanılması ile artan beklentilerinin karşılanması gibi durumlar, çocuk yoğun bakım ünitesinde karşılaşılan etik sorunların temel nedenleridir. Çocuk yoğun bakımda; bilgilendirilmiş onam, kısıtlı kaynaklar/kaynakların adil paylaşımı, yaşam kalitesi, nafile (boşuna) tedavi, yaşamı destekleyen bakım ve tedavilerin başlanmaması/ sonlandırılması, yaşamın sonlandırılması, tedavinin reddedilmesi, ailenin tanıklığı vb. konularında etik sorunlar/ikilemler sık yaşanmaktadır. Hemşireler çocuk ve ailesine karşı, savunuculuk, danışmanlık ve eğitim rolleri gereği etik sorunların çözümünde anahtar kişilerdir. Etik ikilemlerin çözümünde disiplinler arası iş birliği, güven ve hoşgörü ortamı ve sorumlulukların paylaşılması gerekmektedir. Hemşirelerin hasta ile ilgili etik kararlara katılımı artırılmalıdır. Etik sorunların çözümünde, ulusal ve uluslararası rehberler referans alınmalıdır. Hemşirelerin etik sorunların çözümü için mesleki etik kodları benimsemesi ve etik ile ilgili temel kavramlar, modeller, teori ve ilkeler hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir

Anahtar Kelimeler: Etik, çocuk, yoğun bakım, hemşire, tıp etiği

ABSTRACT

Pediatric intensive care units are special units where pediatric patients whose vital functions are critically impaired are kept under constant monitoring and observation, and supported by advanced technologies and artificial support systems. Ethical problems/dilemmas are frequently experienced in intensive care units due to the dynamic

nature of these units, the criticality of patients' problems, the uncertainty between death and life, the discussion of patient autonomy, and the efficient and fair use of health care resources. Conditions such as the need for artificial support systems, indications for admission to the intensive care unit, protection of patients' autonomy, treatment costs, effective and fair use of resources, and meeting the increasing expectations of children with high mortality risk are the main reasons for ethical problems encountered in the pediatric intensive care unit. In pediatric intensive care; informed consent, limited resources/fair allocation of resources, quality of life, futile treatment, initiation/stopping of life-supporting treatments, termination of life, refusal of treatment, family testimony, etc. Ethical problems/ dilemmas are frequently experienced. Nurses are key people in solving ethical problems due to their advocacy, counseling, and education roles against children and their families. In the resolution of ethical dilemmas, interdisciplinary cooperation, an atmosphere of trust and tolerance, and sharing of responsibilities are required. The participation of nurses in ethical decisions about patients should be increased. National and international guidelines should be taken as reference in solving ethical problems. Nurses' adoption of ethical codes; Must have sufficient knowledge of basic concepts, models, theories, principles, and solving ethical problems related to ethics.

Extended Abstract

Pediatric intensive care units are special units where pediatric patients whose vital functions are critically impaired are kept under constant monitoring and observation, and supported by advanced technologies and artificial support systems. ICUs are considered high-risk environments that require quick decision-making for healthcare professionals and patients due to life-threatening conditions. These units; Ethical problems/dilemmas are frequently experienced in intensive care units due to its dynamic structure, the criticality of patients' problems, the uncertainty between death and life, the discussion of patient autonomy, and the efficient and fair use of health care resources. Children in intensive care are more likely to encounter violations of rights and ethical problems than adults. Conditions such as the need for artificial support systems, indications for admission to the intensive care unit, protection of patients' autonomy, treatment costs, effective and fair use of resources, and meeting the increasing expectations of children with high mortality risk are the main reasons for ethical problems encountered in the pediatric intensive care unit. In the pediatric intensive care unit, informed consent, limited resources/fair sharing of resources, quality of life, futile treatment, initiation/termination of life-supporting treatments, termination of life, refusal of treatment, family testimony, etc. Ethical problems/dilemmas are frequently experienced. In these units, the decisions to be taken regarding care and treatment are taken from the child or family members according to age, and physical and psycho-social status. Children and their parents should be adequately informed about the risks and other treatment options related to any procedure to be applied, and a decision based on their free choice should be made and it should be ensured that they can withdraw this decision when they want. In line with the rights granted by the law, the family should be offered options and the decision chosen by the family should

be respected. When making ethical decisions, the best interests of the child should be taken into account, and the family's values, beliefs, and wishes should be taken into account. In cases where the best interests of the child conflict with the interests of the parent or guardian, the nurse must protect the child's rights. National and international guidelines should be taken as reference in solving ethical problems. In the solution of ethical problems of nurses; Must adopt ethical codes of "do no harm-benefit", "autonomy-respect for the individual", "justice and equality", and "privacy and secrecy", and have sufficient knowledge of basic ethical concepts, models, theory, and principles. In solving ethical problems in pediatric intensive care, the ways to be followed by nurses may be different. It is natural to have differences of opinion among health team members or nurses in addressing ethical problems. Different approaches among nurses may arise from differences in education, beliefs, and values. The nurse has to approach ethical problems in a holistic manner by adopting a family-centered care approach within the scope of the advocacy role of the child. In intensive care, the rights of the child and the rights of the parent as a legal representative should be respected. Rather than being an option for decision-making, laws should be accepted as a general framework and the rights of the family and the child should be taken into consideration. Nurses are key people in solving ethical problems due to their advocacy, counseling, and education roles against children and their families. Since intensive care nurses are the first to detect changes in the patient's condition and need to make quick decisions in emergency situations, ethical decision-making skills should be developed. In the solution of ethical dilemmas, interdisciplinary cooperation, trust and tolerance should be created, responsibilities should be shared, and nurses' participation in ethical decisions should be increased.

1. Giriş

Sağlık alanındaki ilerlemeler ile birlikte riskli yenidoğanların bakımında kullanılan modern teknolojilerde artmıştır. Bu bakım, aktif canlandırmanın yapıldığı bir şekle dönüşmüştür. Böylece geçmişte ölü doğan veya doğumdan kısa bir süre sonra ölecek olan yenidoğanların yıllarca yaşatma şansı artmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak da, yenidoğanlar için daha önceleri var olmayan etik sorunlar ve ikilemler ortaya çıkmıştır (Kutbay ve Alan, 2020; Silvers, 2008; Yıldız, 2008).

Çocuk yoğun bakımlar; yaşam fonksiyonları kritik düzeyde bozulan çocukların, sürekli izlem ve gözlem altında tutulduğu, ileri teknolojiler ve yapay destek sistemleri ile desteklendiği özel birimlerdir. Yoğun bakımlar, yaşamı tehdit eden durumlar nedeniyle sağlık çalışanları ve hastalar için hızlı karar vermeyi gerektiren yüksek riskli ortamlar olarak kabul edilmektedir. İnvaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteği, ekstrakorporeal oksijenasyon, hemodiyaliz ve organ transplantasyonu gibi ileri destek tedavi yöntemleri ile kritik hasta çocuklar yaşatılabilmektedir. Yoğun bakımda izlenen bazı çocuklar, kronik sağlık sorunları nedeniyle uzun süre mekanik ventilatör vb. yapay destek sistemlerine bağlı olarak yaşamaktadır (Zahedi ve ark., 2013).

Akut ve kronik hastalıklar arttıkça, çocuk yoğun bakım ünitelerinin sayısı da artmaktadır. Çocuk yoğun bakım ünitelerinin (ÇYBÜ); dinamik yapısı, yaşamı tehdit edici sağlık sorunu olan çocuk hastaların üniteye kabul edilmesi, ölüm ile yaşam arasındaki belirsizlik, hasta özerkliğinin tartışılması, sağlık bakım kaynakların etkin ve adil bir şekilde kullanılması gibi nedenler ile yoğun bakım ünitelerinde etik sorunlar/ikilemler sık yaşanmaktadır (Kırşan, Yıldırım, Ceylan, Korhan ve Uyar, 2018; Teixeira, Riberio, Fonseca ve Carvalho, 2014).

Çocuk yoğun bakım hemşireleri; etik ilkeleri, yenidoğan/çocuğun üstün yararı, yaşam kalitesi, sınırlı kaynakların adil paylaştırılması, ebeveyn onamı, toplumun yararının hesaba katılması, yaşamı destekleyen bakım ve tedavilere başlanması veya sonlandırılması, ötanazi gibi konularda bilgi sahibi olmalıdır (Aydın, 2018; Kırşan ve ark., 2018; Seino, Kurusowa, Shiima ve Niitsu, 2019).

2. Çocuk Yoğun Bakımda Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar

Mortalite riski yüksek çocukların yapay destek sistemlerine gereksinimi, maliyeti, yoğun bakım ünitesine kabul endikasyonları, hasta özerkliğinin korunması, kaynakların etkin ve adil kullanılması ile artan beklentilerinin karşılanması gibi durumlar çocuk yoğun bakım ünitesinde karşılaşılan etik sorunların temel nedenleri arasında yer almaktadır. Çocuk yoğun

bakımda, sıklıkla karşılaşılan etik sorunlara aşağıda yer verilmiştir (Aydın, 2018; Kırşan ve ark., 2018; Seino, Kurusowa, Shiima ve Niitsu, 2019):

- Bilgilendirilmiş onam,
- Sınırlı kaynaklar/kaynakların adil paylaşımı,
- Yaşam kalitesi,
- Nafile (Boşuna) tedavi,
- Bakım ve tedavinin başlanmaması/sonlandırılması,
- Yaşamın sonlandırılması,
- Bakım ve tedavinin reddedilmesi,
- Ailenin tanıklığı.

Bilgilendirilmiş onam: Önerilen müdahalenin şekli, riskleri, yararları ve tedavi seçeneklerinin yararları hakkında yeterli açıklama yapıldıktan sonra, çocuk veya vasisi tarafından, müdahalelelerin isteyerek ve baskı altında kalmadan, kabul edilmesi bilgilendirilmiş onamdır. Bu ünitelerde bakım ve tedaviye ilişkin kararlar; yaş, fiziksel ve psiko-sosyal duruma göre çocuktan veya aile bireylerinden alınmaktadır. Çocuğun karar verme konusunda gelişimsel ve bilişsel durumunun uygun olmaması, bilginin anlaşılırlığı ve çocuk yoğun bakımda acil girişimlerde bulunma zorunluluğu, onam alınmasında yaşanan güçlüklerdir. Çocuğun gelişimsel ve bilişsel düzeyi özerk karar verebilecek durumda ise, yapılacak her türlü girişimden önce çocuğun düzeyine uygun şekilde bilgilendirilmesi ve onamının alınması gerekmektedir. Bilgilendirilmiş onam formlarına ebeveynlerden imza alınmaması, ebeveynlere hastanın durumu ile ilgili açık, anlaşılır ve ayrıntılı bilgi verilmemesi, hekim görevlerinin hemşirelere devredilmesi; bilgilendirilmiş onam alma konusunda etik sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (Aydın, 2018).

Sık uygulanan işlemler; santral venöz katater açılması, entübasyon vb. uygulamalar ebeveynlerin izni olmadan, eğitim amacıyla hastalar üzerinde öğretilmemesi gerekmektedir. Yaşamını kaybetmiş hastalar üzerinde entübasyon veya intravenöz yol açılması gibi eğitim amaçlı uygulamalar için ebeveynlerden izin alınmalıdır (Conk ve ark., 2018). Yenidoğan veya çocuk hastalar bakım ve tedavi sırasında araştırma grubunda yer alacak ise, ebeveyn veya çocuğun vasisine açıklanmalı; öncesinde mutlaka gerekli izin alınmalıdır (Türk Tabipler Birliği, 2013). Hemşireler çocuğun savunucusu olarak, kendilerinden istenen örnek ve hasta ile ilgili veri toplanmanın gerekçelerini sorgulamalıdır (Aydın, 2018; Conk ve ark., 2018).

Çocuğun vasisinin izni olmadan araştırma amaçlı örnek alınması, bilgilerinin paylaşılması etik açıdan ve yasal olarak yanlıştır. Çocuk hastalar onam verebilecek durumda ise, yasal vasinin onamına ek olarak çocuktan da onam alınmalıdır (Türk Tabipler Birliği, 2013). Çocuklar ve ebeveynleri bakım, tedavi ve uygulamalar ile ilgili riskler, diğer bakım ve tedavi seçenekleri konusunda yeterince bilgilendirilmeli, özgür seçimine dayalı karar vermesi ve istediğinde bu kararı geri alması sağlanmalıdır. Çocuk alınacak kararın dışında tutulmamalı, yoğun bakımdaki durumu değerlendirilerek, 7 yaş ve üzerindeki çocuğun kendisinden ve ebeveynlerinden onay alınması gerekmektedir (APA, 2016). Ülkemizde ise, yasal olarak 18 yaşına kadar çocuğun kendisinden onam alınamayacağı, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 26'ye göre "Yasal temsilcinin onamının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğunca çocuk hastanın dinlenmesi ve tıbbi müdahaleye katılımı sağlamalıdır" şeklinde belirtilmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Ebeveynlerin karar veremediği durumlarda, yasal vasi veya vekili karar verebilir. Böyle bir durumda çocuğun üstün yararının gözetilmesi, ailesinin değerleri, inançları ve isteklerinin göz önünde bulundurması gerekmektedir. Çocuğun en iyi yararı ile ebeveynin yararının çeliştiği durumlarda, hemşire çocuğun hakkını korumalıdır (Ersoy ve Özcan, 2012). Hemşire hasta hakları savunuculuğu kapsamında ebeveynlere çocuğun bakımına ilişkin bilgileri sağlamalı ve yapılacak uygulamalar için aileden bilgilendirilmiş onam alındığından emin olmalıdır. Acil müdahale gerektiren durumlarda ise, tedaviden önce ebeveynlere ulaşmak için çaba sarf etmeli, ebeveynin/yasal vasisinin bilgilendirilme ve karar verme hakkını korumalıdır. Ebeveynlerin yeterli ve anlaşılır bir şekilde aydınlatıldığından şüphelendiğinde, bilgiye ulaşması sağlanmalı ve durumu sağlık ekibi üyeleri ile paylaşmalıdır (Çavuşoğlu, 2008; Webb ve ark., 2014).

Sınırlı kaynaklar/kaynakların adil paylaşımı: Kaynak yetersizliği, kaynaklara ulaşım ve kaynakların dağıtımı ile ilgili etik sorunları gündeme getirmektedir. Ülkemizde çocuk yoğun bakım ünitelerinin sayısı yetersiz olduğu için, yoğun bakıma hangi hastanın öncelikli olarak kabul edileceği sıklıkla karşımıza çıkan etik bir sorundur. Kaynakların paylaşımında; çocuğun yaşı, ailenin tercihleri, yaşam kalitesi, iyileşme olasılığı vb. birçok faktör etkili olmaktadır. Örneğin, yaşama şansı düşük olan çocuk? hastaların yoğun bakıma kabul edilmesi ve yoğun bakımın amacı dışında palyatif bakım ünitesi gibi kullanılması, klinikte aynı anda birden fazla hastanın resüste edilmesi gibi durumlarda kısıtlı kaynaklardan hangi hastanın öncelikli olarak yararlanacağına karar vermek gerekmektedir (Elçigil ve ark., 2011; Korhan, Kırşan, Yıldırım, Kıray ve Uyar, 2019).

Yoğun bakım kaynakları kısıtlı olduğunda, talebi karşılamadığında veya ünitenin kapasitesini aşan şekilde ek yatak yerleştirildiğinde ve aynı sayıda hemşire ile artan sayıda hastaya bakım verilmesi durumunda etik sorunlar artmaktadır. Bu durumda çocukların gereksinimi olan bakımı alamadığı ve çocuğun hakkının ihlal edildiği belirtilmektedir. Yoğun bakımda yer olmaması veya medikal araçların (ventilatör, vb.) olmaması nedeni ile çocuğun dışarıda tutulması çocuk hakları ihlali olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir etik ikilemde, triyaj çalışmaları yaparak bilimsel ve objektif yaklaşımla, öncelikler belirlenebilir (Aydın, 2018).

Çocuk hastaların kabulünde seçim yapılırken adaleti sağlamak için yoğun bakımda uygulanan tedavilerden fayda görmeyecek hastalar yoğun bakıma kabul edilmemelidir. Yaşamı destekleyen bakım ve tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılmasına ilişkin kriterlerin net olarak belirlenmesi gerekmektedir (Akdur, 2000; Tel, 2012).

Yaşam kalitesi: Yaşam kalitesini göz ardı ederek, sadece yaşamı sürdürmeyi amaçlayan tedavi yaklaşımları, mortalite riski yüksek çocukların yaşam süresini uzatabilmektedir. Bu durumda, ölümün geciktirilmesi hastanın daha uzun süre ağrı ve acı çekmesine neden olabilmektedir. Yoğun bakımdaki gelişmeler, kritik hastaların hayatta kalma şansını artırsa da bazen bu müdahalelerin, çocuk ve aile için uzun süreli ıstıraba yol açtığı düşünülmektedir (Goh ve Mok, 2001).

Yaşam desteğini kısıtlama veya sonlandırma kararı verilirken, hastaya fayda sağlayacak bakım ve tedavilerin uygulanması, yarar sağlamayanlara başlanmaması veya sonlandırılması yönünde olmalıdır. Kısıtlı kaynakların paylaşımında, adalet ilkesi temel alınmalıdır. Etik problemlerin çözümünde; insan hakları, çocuk hakları, hasta hakları, sınırlı sayıda olan kaynakların paylaşılması ve yaşamı uzatan girişimlerin yaşam kalitesine etkisi birlikte ele alınmalıdır (Akdur, 2000; Tel, 2012).

Hemşireler, yoğun bakım ünitelerinde çocukların bakımı sırasında en fazla yarar sağlayacak ve en az zarar verecek bakım ve tedavi seçeneklerini uygularken, yararı olmayan girişimlerin uygulanması konusunda etik ikilem yaşamaktadır. Etik sorunların ortaya çıkışı ve çözümünde ebeveyn kararı ile çocuğun özerkliğinin korunması, zarar vermeme-yarar sağlama etik ilkelerin gözetilmesi gerekmektedir (Aydın, 2018; Conk ve ark., 2018).

Nafile (boşuna) tedavi: Çocuk hastaya yarar sağlamayan tedaviler nafile veya yararsız tedavi olarak kabul edilmektedir. Planlanan tedavi ile elde edilecek yarar çocuğa, aileye, kuruma ve topluma getireceği zarardan çok küçükse tedavi, nafile (boşuna) olarak değerlendirilmektedir. Tedaviye devam etmenin hasta yararına olmadığı durumlarda, iyi tıbbın sınırlarının tanınması etik yaklaşım olarak önerilmektedir (Akpınar ve ark., 2009; Ersoy ve Özcan, 2012).

Nafile (boşuna) tedavi, kaynakların paylaşımı veya tedavi maliyetlerinin düşürülmesi ile karıştırılabilir ancak tedavi ne kadar maliyetli olursa olsun, hastaya sağlayacağı yarar öncelikle ele alınmalıdır. Nafile (boşuna) tedaviler hasta ve ailenin ölüm süreci ve ıstırabını uzatmakla kalmaz, aynı zamanda özellikle kapasitesi sınırlı olan yoğun bakım hizmetlerinin etkin kullanılmasını sınırlamaktadır (Saric, Prkic ve Jukic, 2017). Nafile (boşuna) tedaviye ilişkin etik ikilem, çocuğun tedavisi ile ilgilenen ekibin, durumun umutsuz olduğunu belirtmesine rağmen, ebeveynlerin tedaviye devam edilmesini istemesi ile yaşanabilir (Mavroudis ve Siegel, 2020). Tedavi ekibinin kararı ne olursa olsun, hemşirelik bakımı sürdürülmelidir.

Yaşamı destekleyen tedavilerin başlamaması/sonlandırılması: Yaşamın yapay destek sistemleri ile uzatılması, yoğun bakımda yatan bebek ve çocuklarda, ciddi sekellere yol açmasının yanı sıra yüksek bakım maliyetleri ve etik sorunlara neden olmaktadır (Epstein ve Brill, 2005; Kon, 2006). Örneğin, yoğun bakımda, komadaki çocuk terminal döneme girdiğinde, etik açıdan karar verilmesi gereken; bakım ve tedavilerin kısıtlanması, yaşam desteğinin geri çekilmesi, organ transplantasyonu vb. konularında birçok etik ikilem yaşanabilir (Suttle, Jenkins ve Tamburro, 2017).

Yoğun bakım çalışanları genellikle hastanın ölümünün geciktirilmesinde kullanılan destek tedavi ve teknolojilerin her hastanın hakkı olduğunu düşünmektedir. Ancak bazen bu durumda ölmek üzere olan hastalar, insan onuruna yakışır ve huzurlu bir ölümden mahrum kalmaktadır. Yaşamı destekleyen tedavilerin kısıtlanması veya sonlandırılması kararı verilirken, etik ilkeler ve kodlar çerçevesinde hastaya fayda sağlayacak tedaviler uygulanmalı, faydası olmayacak tedaviler başlanmamalı veya sonlandırılmalıdır (Jacobs, 2005). Tıbbi olarak tedavinin yararlı olamadığı veya yaşam kalitesinin iyileştirilemediği durumlarda, tedavinin nafile (boşuna) olduğu kanıtlanırsa, yaşamı destekleyen (yeniden canlandırma, mekanik ventilasyon, beslenme ve sıvı desteği, diyaliz, transfüzyonlar veya vazoaktif ilaçların) tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılması etik açıdan savunulabilir (Epstein ve Brill, 2005; Kon, 2006).

Türkiye'de çocuk yoğun bakım ünitelerinde, yaşam sonu kararları ile ilgili etik konularda yoğun bakım hemşirelerinin tutumları değerlendirildiğinde, hemşirelerin çoğunun (%65) nafile (boşuna)tedaviyi durdurmak istemediği ve %68'inin ne pahasına olursa olsun intravenöz beslenmenin devam etmesi gerektiğini bildirdiği saptanmıştır. Nafile (boşuna) tedavide, hemşireler kararı anne ve babaya bırakma veya anaç yaklaşım geliştirme eğilimindedir. Bu nedenle, yoğun bakım hemşirelerine yönelik yaşam sonu bakımda karşılaşılabilecek etik sorunlara yaklaşım konularında hizmetiçi eğitimlerin artırılması önerilmektedir (Akpınar ve ark., 2009).

Ölmek üzere olan çocuk hastaların geri kalan ömrünü rahat ve huzurlu bir şekilde geçirmesi için ağrı ve acıyı ön görerek bakımı planlanmalı ve çocuk ile ailenin psikososyal gereksinimleri desteklenmelidir. Beyin ölümü gerçekleşen çocuğun durumu, aileye objektif bir şekilde açıklanmalı ve ailenin çocuğu ile daha fazla zaman geçirmesi sağlanmalıdır (Suttle, Jenkins ve Tamburro, 2017). Yoğun bakım hemşiresi tedavi sonlandırılsa da, çocuğun konforunu sağlamak için hemşirelik bakımını sürdürmelidir (Aydın, 2018).

Yaşamın sonlandırılması: Yaşamın sonlandırılması kararında etik dayanaklar olarak nafile (boşuna) tedavi, yaşam kalitesi ve yaşamla bağdaşabilirlik kavramları gündeme gelmektedir. Ülkemizde yaşam sonu kararları ile ilgili prosedür ve kanunlar olmadığ için; özellikle uzun süre yoğun bakımda kalan, ölümü beklenen, genellikle ventilatöre bağlı, yaşam şansı çok düşük, bilinci kapalı hastalara resüsitasyon yapılmaması (Do Not Resuscitate-DNR) konusu yasal ve etik açıdan tartışmalıdır (Esenay, 2018). Türkiye' de 2008 yılında Türk Tabipler Birliği tarafından yapılan Etik Bildirgeler Çalıştayı sonuç raporunda, hastanın yaşamsal işlevleri geri dönüşsüz olarak bozulmuş ise canlandırılma yapılmaması konusuna yer verilmiş; yetişkin hastanın gönüllü ölme (ötanazi) hakkının uygulanması konusunda düzenlemelerin ülkemiz için erken olduğu belirtilmiştir (Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri, 2020). Hastanın ya da yakınlarının isteği olsa da ötenazi meslek ahlakına aykırı olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde 181 sayılı kanun hükmünde kararnamenin 43. maddesine göre kasten adam öldürmeyle aynı cezai yaptırıma sahiptir (Aydın, 2018).

Dünyada çocuklara ötanazi hakkı tanıyan tek ülke Belçika'dır. Türkiye'de yaşamın sonu kararları veya sık karşılaşılan etik sorunlar için yerleşik bir politika ve kod bulunmamaktadır. Ancak terminal dönemde, hastalığın doğal seyrine bırakılması isteğine saygı gösterilmesi önerilmektedir. Dünya Tabipler Birliği, hasta yararına olduğu düşünüldüğünde pasif ötanaziye izin verilebileceğini belirtmektedir (Dünya Tabipler Birliği, 2015).

Tedavi reddi: Ülkemiz yasalarına göre "Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere, hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir" (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). Hemşirelerin yaklaşımları bireysel düşünceleri, gelenek ve inançlarına göre değişmektedir. Yasaların verdiği haklar doğrultusunda, aileye seçenek sunulmalı ve ailenin seçtiği karara saygı duyulmalıdır. Çocuklara yarar sağlayacak tedavi ile ebeveynin kararının çatıştığı durumlarda, çocuğun bakım ve tedavisinden sorumlu hekim ve hemşirenin, çocuğun hakkını ve yararını koruma sorumluluğu bulunmaktadır (Wagner ve Hendel, 2000).

Ailenin tanıklığı: Ebeveynlerin hasta başı viziteleri ve çocuğa yapılan işlemler sırasında, çocuğun yanında bulunması ve aile merkezli bakım uygulaması konularında hemşireler arasında fikir birliği bulunmamaktadır. Sağlık profesyonelleri arasında ebeveynlerin; enjeksiyon, aspirasyon, resisütasyon gibi bazı invaziv işlemler sırasında çocuğunun yanında bulunması hala tartışmalıdır. Ailenin yoğun bakımda olmasına karşı olan hemşireler; hasta başı vizitelerinde kullanılan ifadelerin ailelerin kaygısını artırdığı, müdahaleleri yanlış yorumlandığı, ekibin çalışmasını zorlaştıracağını savunmaktadır (Aydın, 2018).

Ailenin çocuğun yanında olmasının çocuğun iyileşmesi ve ailenin baş etmesini kolaylaştırdığı bildirilmektedir. Genel olarak çocuğa yapılacak işlemler ile ilgili ebeveynlere bilgi verilmesi, onayının alınması, ebeveynlerin istekleri veya dayanabildikleri ölçüde bakıma katılmalarının (resüsitasyon dahil) sağlanması önerilmektedir. Resisütasyon sırasında, ailenin odada bulunmasının çalışanlarda stres yaratacağı, diğer hastaların mahremiyetinin etkileneceği ve ebeveyn için travmatik olduğunda durum bireysel olarak değerlendirilmelidir (Aydın, 2018).

Yoğun bakım ünitelerinde tavana yerleştirilen kameralar ile hastaların izlenmesi, bireysel hasta monitörlerinin merkezi bir monitörden izleniyor olması, bakım ve tedavinin ertelenmesi riskini taşımaktadır. Ayrıca ortamda bulunan kameralar nedeniyle, sürekli kayıt alıyor olmak hemşirelerde gerginlik yaratabilmektedir. Son yıllarda, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ile birlikte uzaktan (evde hasta) hasta izlemi, tedavi ve hasta değerlendirmelerinde birçok etik sorun yaşanabilmektedir (Aydın, 2018; Karabudak, Gerçek ve Yıldırım, 2020).

3. Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Yoğun bakımdaki çocuklar, yetişkinlere oranla hak ihlali ve etik sorunlarla daha fazla karşılaşmaktadır. Çocuk hemşiresinin çocuğun gereksinimlerini karşılarken doğru karar verebilmesi için öncelikle ebeveyn ve çocuğun haklarına saygı duyması gerekmektedir. Hemşirelerin; "zarar vermeme-yarar sağlama", "özerklik-bireye saygı", "adalet ve eşitlik", "mahremiyet" etik kodlarını benimsemesi ve etik sorunların çözümü için yeterli bilgi ve donanıma sahip olması beklenmektedir (Beykmirza ve ark., 2020).

Yoğun bakım hemşireleri, hastanın durumundaki değişiklikleri ilk saptayan ve acil durumlarda hızlı karar alması gereken kişiler olması nedeniyle, etik sorunlarda etik karar alma becerisi gelişmiş olmalıdır. Çocuk yoğun bakımda karşılaşılan sorunlar veya ikilemler, etik ilkeler ve hemşirelik etik kodları ile çözülebilmektedir. Temel etik ilkeler arasında; özerklik (çocuğa saygı), yarar sağlama (en iyi yarar), zarar vermeme ve adalet yer almaktadır (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

Özerklik; bireyin bir baskı altında kalmadan kendi değer, inanç ve beklentilerine göre tercihte bulunması veya kaderini belirleme hakkıdır. Çocuk özerk olmadığı, kendi hakkında karar veremediği için özerklik ilkesi, yoğun bakımda kendini ifade edemeyen çocuklar için farklı bir anlam taşımaktadır. Çocuğun yerine karar veren ebeveyn veya vasisi, yoğun bakımdaki çocuğun en iyi yararına saygı göstermelidir. Ailenin karar vermesi, ebeveyn aydınlatılmış onamının alınma zorunluluğu özerlik ilkesi gereğidir (Ersoy ve Özcan, 2012).

Yarar sağlama (en iyi yarar); Başkalarına yararlı olmanın etik bir yükümlülük olduğunu savunan, zarara engel olma, yarar ve zararı dengeleme sorumluluğudur. Yoğun bakımda huzurlu ve konforlu bir ortam oluşturmak, çocuğun güvenliğini ve en iyi yararına olanı sağlamaktır. Çocuklar, yoğun bakımda bazen en iyi yararına olmayan; uzun süreli damar yolu ile beslenme, tekrar tekrar entübe etme, canlandırma, katater ve dren takılması vb. birçok ağrılı invazif işleme maruz kalabilmektedir. Çocuğun tıbbi yararı olmayan veya yararı tartışılan ağrılı girişimlere maruz bırakılması kötü davranma kapsamında ele alınmaktadır. Yoğun bakımda çocuğun ebeveynlerden uzaklaştırılması, iletişim kurmalarının engellenmesi kötü davranma olarak değerlendirilmektedir. Yoğun bakımda tedavi sırasında hastanın yanma, görme yetisini kaybetme, düşme gibi özensiz veya dikkatsiz uygulamalar sonucu zarar görmesinin önlenememesi, kötü davranma olarak nitelendirilmektedir (Ersoy ve Özcan, 2012).

Adalet ilkesi; tüm çocuklara eşit yaklaşılması, tıbbi kaynakların adil paylaştırılması ile ilgili etik yükümlülükler getirmektedir. Aşırı pahalı ve sınırlı sayıda bulunan yoğun bakım kaynaklarının etkin kullanılmaması ve özellikle nafile (boşuna) tedavi masrafları tartışma konusudur (Ersoy ve Özcan, 2012).

Çocuk yoğun bakımda etik sorunların çözülmesinde, hemşirelerin izleyecekleri yollar farklı olabilmektedir. Etik sorunların çözümünde, sağlık ekibi üyeleri veya hemşireler arasında görüş ayrılıklarının olması doğaldır. Hemşireler arasındaki farklı yaklaşımlar, eğitim, inanç ve değerlerin farklılığından kaynaklanabilmektedir (Aydın, 2018; Choe, Kim ve Yang, 2019). Hemşire çocuğu savunuculuk rolü kapsamında aile merkezli bakım anlayışını benimseyerek bütüncül bir şekilde etik sorunlara yaklaşmalıdır. Yoğun bakımda çocuk hakları ve ebeveynin yasal temsilci olmasından doğan hakları gözetilmelidir (Aydın, 2018; Choe, Kim ve Yang, 2019). Mevcut yasalar çocuk ve ailenin kültür, değer ve beklentilerini karşılamayabilir. Yasalar, karar vermek için bir seçenek olmaktan ziyade, genel bir çerçeve olarak kabul edilmeli, aile ve çocuğun hakları göz önünde bulundurulmalıdır (Aydın, 2018).

Çocuk yoğun bakımda, iletişim problemleri, yetki karmaşası, hemşire sayısının yetersiz olması vb. etik sorunlara neden olabilmektedir (Aybar ve Kılıç, 2020; Çobanoğlu ve Algıer,

2004; Strandas ve Fredriksen, 2015). Yoğun bakım ünitelerinin stres düzeyi yüksek bir çalışma alanı olması nedeniyle çatışmalar sık yaşanabilmektedir. Ekip üyeleri arasındaki iletişim sorunları ve mesleki anlaşmazlıklar etik sorunları arttırmakta ve sorunların çözümünü önlemektedir. (Karabudak, Gerçek ve Yıldırım, 2020). Ebeveynler ile iletişimdeki zorluklar, otorite arasındaki dengeyi sağlama ve bakımın sürdürülmesi sırasında, etik sorunlarla karşılaşma olasılığını arttırmaktadır (Strandas ve Fredriksen, 2015).

Hastanın bakım ve tedavi sürecinin her aşamasında, iş birliği içerisinde hareket etmek ve iyi iletişim etik sorunların çözümünde anahtardır. Güven, sadakat ve karşılıklı saygı ekip ilişkisinin temel bileşenleridir (Bagnasco ve ark., 2018; Çobanoğlu ve Algıer, 2004). Tıbbi hatalarının azalması için ekip üyeleri arasındaki iletişimin artması gerekmektedir (Chiu, Hilliard, Azzie ve Fecreau, 2008).

Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerin etik duyarlılık gösterdiği ancak hastaya yaklaşım ya da karar alma sırasında çatışma yasadıkları görülmektedir. Hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyi, etik konusunda eğitim alma durumları ve ünitedeki çalışma yılının etik duyarlılıklarını etkilediği bildirilmektedir (Öztürk ve ark., 2009; Zahedi ve ark., 2013). Hemşirelerin etik ilkeler hakkında bilgi sahibi oldukları ancak kararlara katılım konusunda yeterince etkili olmadıkları bildirilmektedir (Aydın, 2018). Etik sorunların farklı algılanması, bilgi eksikliği ve yanlış anlaşılmalar çatışmalara yol açarak ekip üyelerinde ciddi bir gerilim yaratabilmektedir (Aybar ve Kılıç, 2010). Hastanelerin hekim merkezli otoriter yapısı ve öncelikli karar veren kişinin hekim olması; yoğun bakım hemşirelerinin etik kararlara katılımında veya hatalı uygulamalarda, etik yaklaşım olarak pasif kalmalarına neden olmaktadır (Choe, Kim ve Yang, 2019).

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde etik iklim oluşturulmalıdır. Etik iklim, genel olarak kurumların etik konulara ne kadar iyi yanıt verdiği şeklinde tanımlanmaktadır. Etik iklim, ekip katılımı, iş birliği, açık iletişimi, uygulayıcının endişelerini doğrulayan, güvenli, etik eğitim, danışmanlık ve etkili etik karar için sağlam ahlaki muhakemeyi teşvik edici uygulamaları ifade etmektedir (Moynihan ve ark., 2021). Çocuk Yoğun Bakım Etik İklimi (ÇYBEİ) kavramsal çerçevesinde, etik iklimin itici güçlerini temsil eden birbiriyle ilişkili dört ölçülebilir alan bulunmaktadır. Bunlar;

- Kurum kültürü ve liderlik,
- Disiplinler arası ekip ilişkileri ve dinamikleri,
- Çocuk ve aile merkezli bütünleşik bakım,
- Etik okuryazarlığı (Moynihan ve ark., 2021).

Yoğun bakımdaki tıbbi araçların eksikliği nedeniyle, hangi hastaya öncelikli olarak kullanılması gerektiği kararını vermek veya bazı hekim görevi olan işleri yapmak durumunda kalmak, hemşirelerin yetki karmaşasına bağlı olarak etik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedirir (Choe ve ark., 2019; Çobanoğlu ve Algıer, 2004). Yoğun bakımda, hemşirelerin önerilenin üzerinde hasta sayısı ile bakım yapması, iş stresini artırmakta ve hatalar neden olabilmektedir. Hemşirelerin yetersiz koşullarda çalışma ve ağır iş yükünden kaynaklanan etik duyarsızlıkları, koşullar iyileştirilerek, yeterli hemşire kadroları oluşturarak ve çalışma saatleri azaltılarak çözülebilmektedir (Karabudak, Gerçek ve Yıldırım, 2020; Küçük ve Yağmur, 2018). Çocuk ve ailelerin hakkını korumak, çalışanların iş yükünü azaltmak ve objektif kararlar almak için etik danışma sistemi oluşturulmalıdır (Aybar ve Kılıç, 2010).

Hemşirelerin çalışma ortamında etik stratejilere dayanak oluşturabilecek; meslek yasası ve özlük hakları ile ilgili tüzük ve yönetmelikler; ulusal ve uluslararası kurumlar tarafından belirlenen etik kurallar ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır (Başbakkal, 1998). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), 'Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları' 'Türk Hemşireler Derneği' ve 'Türk Tabipleri Birliği Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirgeler (2020) ile hemşirelik yasa ve yönetmelikleri referans alınabilmektedir. Çocuk yoğun bakım hemşireleri, etik ilkelerden yola çıkarak, kendi çalışma ortamlarında standart etik sorun çözme stratejileri oluşturmalıdır. Etik sorun çözme stratejileri;

- Çocuğun kimliğine, özerkliğine ve yeterliliğine saygı duyulmalıdır.
- Yarar sağlama ilkesinde; karar vermede öncelik çocuğun yararı yönünde olmalıdır.
- Gerçeğe saygı; ebeveynlerin gerçeği tüm yönleri ile öğrenmek ve karar vermek hakkıdır.
- Hastanın gizliliğine saygı; çocuk ile ilgili bilgilerin ebeveyn onayı olmadan kullanılması mahremiyet ve gizlilik hakkının ihlalidir.
- Yan tutma ve önyargının önlenmesi; hemşirenin kişisel fikirleri, ön yargıları, deneyimleri, çocuk ve aile ile deneyimleri vereceği bakımı etkilememelidir.
- Çıkar çatışmalarından kaçınma; yasalar, yönetmelikler, kurumun çıkarları uyum göstermeyebilir. Hemşire, çocuk ve ebeveynlerin yararını her zaman öncelikli tutmalıdır.
- Bakım ve tıbbi tedavinin getirdiği sınırlamaları kabul edilmeli; bakım ve tedavinin etkisi, komplikasyonlar konusunda abartılı beklentiler konulmamalıdır.

- Aile merkezli çalışma; çocuk yoğun bakım ünitesinde alınan her kararda ebeveynler merkezde olmalı, etik kararlarda kültürel inançlar, etnik ve geleneksel tutumlar etkili olmaktadır (Aydın, 2018).

Etik ikilemlerin çözümünde disiplinler arası iş birliği, güven ve hoşgörü ortamı ve sorumlulukların paylaşması gerekir. Hemşireler, çocuk ve ailesine karşı; savunuculuk, danışmanlık ve eğiticilik rolleri gereği etik sorunların çözümünde anahtar kişilerdir. Hemşireler savunuculuk rolleri kapsamında çocuk yoğun bakımda etik ilkeler ile ilgili stratejiler oluşturulmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemli role sahiptir. Hemşireler etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini iyi bilmelidir. Etik karar verme modeli; etik problemin tanılanması, bilgi toplama, bireysel değerler ve çözüm önerilerinin tanımlanması, karar verme, eylem ve değerlendirmeyi kapsar (Aybar ve Kılıç, 2010). Çocuk yoğun bakımlarda aşağıdaki basamakları izlemek hemşirelerin karar almasını kolaylaştıracaktır.

Tablo 1: Çocuk yoğun bakımda görülen etik sorunlarda izlenebilecek yol

Sorunu tanımlayın	Sorun ne, kimleri kapsıyor?
Klinik durum değerlendirin	Çocuğun klinik durumunu değerlendirin, kararın olası sonuçlarını ortaya koyun. Hasta ve çocuk hakları çerçevesinde, mevcutta güncel etik kodları inceleyin.
Sorunu güncel etik ilkeler ve yaklaşımlar çerçevesinde irdeleyin	Konuyla ilgili veri toplayın, daha önce çözülmemiş benzer durumları gözden geçirin
Seçenekleri belirleyin	Farklı seçenekleri, uygulanabilme olasılıklarını ortaya koyun: Seçenekleri mevcut yasalar, yönetmelikler açısından inceleyin, ahlaki ve vicdani yönlerini ortaya koyun, zayıf ve güçlü yanlarını ve olası sonuçlarını sıralayın.
Seçenekleri tartışın	Seçenekleri ekip içinde belirlediğiniz etik stratejileri doğrultusunda tartışın, nihai seçeneklere birlikte karar verin.
Aileye seçenekleri açıklayın	Seçenekleri ebeveynlere uygun bir ortamda açık, anlaşılır biçimde anlatın, yanlış anlaşılmaları giderin ve kararı ebeveyne bırakın.
Değerlendirme	Ebeveyn tarafından seçilen kararın uygulama sürecini değerlendirin ve kayıt edin

Kaynak: Aydın, N. (2018). Çocuk yoğun bakımının etik yönleri ve pediatri hemşiresinin savunuculuk rolü. *Türkiye Klinikleri*, *4*(1), 19-24.

Etik sorunu belirleme yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılık, etik karar verme ile ilişkilidir. Etik duyarlılık etik sorunları çözme veya bir etik ikilemi önleyebilmektir (Öztürk, Hintistan, Kasım ve Candaş, 2009). Hemşirelerin etik duyarlılıklarını artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerin arttırılması, etik komitelerde görev almalarının desteklenmesi ve hemşirelik etik kodlarının kliniklerde görünür olmasının sağlanması gerekmektedir (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016).

4. Sonuç

Mortalite riski yüksek çocukların, yapay destek sistemlerine gereksinimi, yoğun bakım ünitesine kabul endikasyonları, hastaların özerkliğinin korunması, tedavi maliyetleri, kaynakların etkin ve adil kullanılması ve artan beklentilerinin karşılanması gibi durumlar çocuk yoğun bakım ünitesinde karşılaşılan etik sorunların temel nedenleridir. Çocuk yoğun bakımda; bilgilendirilmiş onam, kısıtlı kaynaklar/kaynakların adil paylaşımı, yaşam kalitesi, nafile tedavi, yaşamı destekleyen tedavilerin başlanmaması/sonlandırılması, tedavinin reddedilmesi, ailenin tanıklığı vb. konularında etik sorunlar/ikilemler sık yaşanmaktadır.

Hemşireler, çocuk ve ailesine karşı; savunuculuk, danışmanlık ve eğitim rolleri gereği etik sorunların çözümünde anahtar kişilerdir. Hemşireler etik sorunların çözümü için mesleki etik kodları benimsemesi ve etik ile ilgili temel kavramlar, modeller, teori ve ilkeler hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir.

Kaynakça / References

Akdur R. (2000). Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği,* 8(1):38-45.

Akın Korhan, E., Kırşan, M., Yıldırım, D., Kıray, S., ve Uyar, M. (2019). Palyatif Bakımda Etik Sorunlar: Bir Sistematik Derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*, *27*(2) 116-27.

Akpınar, A., Senses, M.O., & Aydın Er, R. (2009). Attitudes to end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nursing Ethics*, *16*(1), 83-92.

Aybar, D.Ö. ve Kılıç, S.P. (2020). Bir üniversite hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları etik sorunların stres düzeylerine etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10*(1), 29-35.

Aydın, N. (2018). Çocuk yoğun bakımının etik yönleri ve pediatri hemşiresinin savunuculuk rolü. *Türkiye Klinikleri, 4*(1), 19-24.

Bagnasco, A., Cadorin, L., Barisone, M., Bressan, V., Iemmi, M., Prandi, M., … Sasso, L. (2018). Ethical dimensions of paediatric nursing: A rapid evidence assessment. *Nursing Ethics,* 25(1), 111–122. https://doi.org/10.1177/0969733016631161

Başbakkal, Z. (1998). Pediatrik Acil Yoğun Bakim Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yasal ve Etik Sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 14*(2), 189-200.

Beykmirza, R., Nikfarid, L., Negarandeh, R., Sarkhani, N., & Moradi Cherati, M. (2022). Development and validation of an instrument to measure pediatric nurses' adherence to ethical codes. *BMC Medical Ethics, 23*(1), 14. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00753-4

Çavuşoğlu H. (Ed). (2008). *Çocuk sağlığı hemşireliği.* Ankara: Sistem Ofset Ltd. Şirketi.

Chiu, P.P.L., Hilliard, R.I., Azzie, G., & Fecteau, A. (2008). Experience of moral distress among pediatric surgery trainees. *J Pediatr Surg*; *43*: 986–93.

Choe, K., Kim, Y., & Yang, Y. (2019). Pediatric nurses' ethical difficulties in the bedside care of children. *Nursing Ethics, 26*(2), 541–552. https://doi.org/10.1177/0969733017708330

Çobanoğlu, N., & Algıer, L. (2004). A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*, 11(5), 444-458.

Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz H.B. ve Bolışık, B., (Ed). (2018), *Pediatri Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi AŞ.

Elçigil, A., Bahar, Z., Beşer, A., Mızrak, B., Bahçelioğlu, D., Demirtaş, D., ... Yavuz, H. (2011). Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(2), 52-60.

Epstein, D., & Brill, J.E. (2005) A history of pediatric critical care medicine. *Pediatr Res.,(*58): 987–96.

Ersoy, N. ve Özcan, M. (2012) *Yenidoğan Etiği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Esenay, F.I. (2018) Yenidoğanda Palyatif Bakım. Cimete, G. (Ed.). *Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım kitabı* (1. bs.) içinde (pp.7-13). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Goh, A.Y., & Mok, Q. (2001). Identifying futility in a paediatric critical care setting: a prospective observational study. *Archives of Disease In Childhood, 84*(3), 265–268. https://doi.org/10.1136/adc.84.3.265

Jacobs, H.H. (2005). Ethics in pediatric end-of-life care: a nursing perspective. *Journal of Pediatric Nursing, 20*(5), 360-369.

Karabudak, S.S., Gerçek, E. ve Yıldırım, B. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunlar: Nitel bir araştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(2), 144-153.

Katz, A.L., Webb, S.A., & Committee On Bioethics (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics, 138*(2), e20161485. https://doi.org/10.1542/peds.2016-148 5

Kırşan, M., Yıldırım, D., Ceylan, B., Akın Korhan, E., & Uyar, M. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde etik sorunlar: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, *26*(2), 57-65.

Kon, A.A. (2006) When parents refuse treatment for their child. *JONAS Healthc Law Ethics Regul, 8*(1): 5–9.

Küçük, S. ve Yağmur, B. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin iş stresini etkileyen faktörler ve algılanan iş stresi düzeyleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *6*(72),142-152

Mavroudis, C., & Siegel, A. (2020). Medical Futility: When Further Therapy Is Hopeless. *Bioethical Controversies in Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery*, 95-100.

Moynihan, K. M., Taylor, L., Crowe, L., Balnaves, M. C., Irving, H., Ozonoff, A., ... & Jansen, M. (2021). Ethical climate in contemporary paediatric intensive care. *Journal of Medical Ethics, 47*(12), e14-e14.

Öztürk, H., Hintistan, S., Kasım, S. ve Candaş, B. (2009). Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13*(2), 77-84.

Sağlık Bakanlığı (1998), Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html

Saric,, L., Prkic,, I., & Jukic, M. (2017). Futile treatment-a review. *Journal of Bioethical Inquiry, 14*, 329-337.

Seino, Y., Kurosawa, H., Shiima, Y., & Niitsu, T. (2019). End-of-life care in the pediatric intensive care unit: Survey in Japan. *Pediatrics International*, 61(9), 859-864.

Strandas, M., & Fredriksen, S. T. (2015). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing Ethics*, *22*(8), 901–912. https://doi.org/10.1177/0969733014551596

Suttle, M.L., Jenkins, T.L., & Tamburro, R.F. (2017). End-of-life and bereavement care in pediatric intensive care units. *Pediatric Clinics, 64*(5), 1167-1183.

Tazegün, A. ve Çelebioğlu, A. (2016). Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. İ*zmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 6*(2):97-102.

Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A.M., & Carvalho, A.S. (2014). Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *Journal of Medical Ethics, 40*(2), 97-103.

Tel, H. (2012). Ethical problems are frequently encountered in the intensive care units. *Cumhuriyet Nurs J,* 1(1), 30-38

Türk Hemşireler Derneği (2009), Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları. Erişim adresi: www.turkhemsirelerdernegi.org.tr

Türk Tabipler Birliği (2013). Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi: İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeler. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf

Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri (2020). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf

Wagner, N., & Hendel, T. (2000). Ethics in pediatric nursing: an international perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 54–59.

Webb, M. S., Passmore, D., Cline, G., & Maguire, D. (2014). Ethical issues related to caring for low birth weight infants. *Nursing Ethics*, *21*(6), 731–741. https://doi.org/10.1177/0969733013513919

World Medical Association (2015) Medical Ethics Manual. Retrieved from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf

World Medical Association. Declaration of Ottawa on the right of the child to health care. 50th World Medical Assembly, Canada, 199.

Zahedi, F., Sanjari, M., Aala, M., Peymani, M., Aramesh, K., Parsapour, A., ... Dastgerdi, M.V. (2013). The code of ethics for nurses. *Iranian Journal of Public Health*, *42*(Supple1), 1.

5. KISIM - PART 5

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

WOMEN'S HEALTH NURSING AND ETHICS

19. BÖLÜM / CHAPTER 19

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN WOMEN'S HEALTH NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Merve TUNCER[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: merve.tuncer@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.19

ÖZ

Etik, bireysel ve toplumsal ilişkilerin temelini oluşturan kuralları, normları, değerleri ve davranışları doğru ya da yanlış olarak açıklayan davranışlar bilimi olarak ifade edilmektedir. Hipokrat ile birlikte başlayan tıp alanında etik terimi, ilk defa 19. yüzyıl başlarında tartışılmaya başlanmıştır. O zamandan günümüze, tıp uygulamalarında ve klinik alanlarda karşılaşılan etik sorunların tartışılması devam etmektedir. Kadın sağlığı alanında yaşanan etik sorunlar, tıbbi etik alanının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Sağlıklı nesiller yetiştirilebilmesi kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olmasıyla mümkündür. Kadınların doğurganlık özelliği ve menopoz gibi yaşam dönemlerinde karşılaştığı sağlık riskleri nedeniyle, kadın sağlığı ayrı bir disiplin olarak ele alınmaktadır. Geçmişten günümüze kadın sağlığı alanında meydana gelen gelişmeler, çeşitli etik sorunların da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Kadın sünneti, yardımı üreme tekniklerinde meydana gelen gelişmeler ve tıbbi gerekçesi olmayan sezaryen doğumların artması bu sorunların başında gelmektedir. Ayrıca kadının toplumsal statüsü ve ekonomik yetersizliği nedeniyle, sağlık hizmetlerine ulaşımının engellenmesi kadın sağlığına yönelik yaşanan etik sorunlardan biridir. Kadın sağlığını, doğumdan ölüme tüm yaşam dönemleri boyunca koruma ve geliştime sorumluluğu bulunan kadın sağlığı hemşireleri rol ve sorumluluklarını yerine getirirken pek çok etik ikilemle karşı karşıya kalmaktadır. Yaşanan etik ikilemlerin çözümünde, hemşirelerin Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından oluşturulan ve tüm dünyada kabul gören temel hemşirelik etik kodlarının rehber alınması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Etik, etik kodlar, etik ilkeler, kadın sağlığı hemşireliği, meslek etiği

ABSTRACT

Ethics is expressed as the science of behavior that explains the rules, norms, values, and behaviors that form the basis of individual and social relations as right or wrong. In the field of medicine, which started with Hippocrates, the term ethics began to be discussed for the first time in the early 19th century. Discussion of ethical problems encountered in medical practices and clinical fields since then still continues. Ethical problems in the field of

women's health constitute an important part of the field of medical ethics. Raising healthy generations is possible when women are physically, mentally, and socially healthy. Women's health is considered as a separate discipline due to the fertility characteristics of women and the health risks they face during their life periods such as menopause. Developments in the field of women's health from the past to the present have led to the emergence of various ethical problems. Female genital mutilation, developments in assisted reproductive techniques, and the increase in cesarean deliveries without medical indication are among these problems. In addition, the prevention of women's access to health services due to their social status and economic inadequacy is one of the ethical problems for women's health. Women health nurses, who are responsible for protecting and developing women's health from birth to death, face many ethical dilemmas while fulfilling their responsibilities. In the solution to the ethical dilemmas experienced, the basic nursing ethical codes (nonmaleficence- beneficence, autonomy/respect for the individual, justice and equality, privacy and keeping secrets) created by the International Nurses Association and accepted all over the world should be guided.

Keywords: Ethics, ethical codes, ethical principles, women's health nursing, professional ethics

Extended Abstract

According to the World Health Organization, women's health; is defined as women's physical, mental, emotional, cultural, and social well-being. In order for a society to be healthy, first of all, healthy generations are needed. Health generations can only be possible if women are healthy physically, mentally, and socially. Early studies on women's health focused more on pregnancy and childbirth. Considering that the numerical size of the population in the Ottoman Empire was equal to the economic power of the state, population policies were particularly concerned. The female body, which was previously considered private, has begun to be given importance due to its fertility and policies have been created to control it. Women health is affected by many factors, including fertility and physiological conditions, as well as social status in society, socioeconomic and sociopolitical conditions, and family and social relations. It is inevitable for women's health nurses to face ethical problems while fulfilling their care responsibilities for all areas of women's health. In addition, scientific and technological developments in the field of women health also raise some ethical problems. The status of women in society, the inadequacy of their economic power, and the scientific and technological developments in the field of women's health not only fail to provide basic ethical values for women health nurses but also bring along many ethical problems. Women's social status and cultural roles create an obstacle to health by causing negative medical consequences. Ethical issues and religious and cultural norms are striking examples of the multiple relationships between health rights for women. Two of the most important examples of this are female genital mutilation and discrimination experienced by HIV-positive women. In addition to the ethical problems that women experience in the social and cultural

context, many ethical dilemmas are encountered due to their fertility characteristics. Assisted reproductive techniques, prenatal genetic diagnostic tests, an increase in non-medical cesarean deliveries, and technological developments are among the areas where ethical problems are encountered. In 1897, the American Nurses Association brought ethical rules to the agenda for the first time in the field of nursing. The ethical rules, which started to be prepared in 1926, were published in 1976 with the American Nurses Association giving its final shape. Later, the International Council of Nurses published the nursing ethics rules with the latest changes in 1953, 1965, 1973, and most recently in 2005. In 2009, the Turkish Nurses Association published principles to guide the decision-making process of nurses with a publication titled "Ethical Principles and Responsibilities for Nurses". Ethical principles that are important for nursing; have been determined as nonmaleficence-benefit, autonomy/respect for the individual, justice and equality, privacy, and keeping secrets, and it has been accepted that the moral basis of nursing is based on these principles. The field of women health will continue to be one of the ethical concerns as it reaches conditions that exceed all social and economic environments of the world, from the intrauterine period to death. Nurses in the field of women health have an important responsibility to ensure that ethical issues that arise in women's health services throughout their life cycles and in every country of the world are addressed and women's human rights are promoted.

Women health nursing is a special field of nursing that provides a woman-centered holistic approach to the delivery of primary health care services. In practice, women health nurses undertake a number of roles such as health promotion, prevention, education, research, counseling, and advocacy, as well as clinical services. These services are not limited to the reproductive function of the woman and cover all life periods of the woman. Women's health nurses face many ethical problems while fulfilling these roles. Especially the policies created on women's fertility and the scientific and technological developments that have taken place bring ethical dilemmas. The basic nursing ethical codes are a guide in the solution of ethical problems and in the ethical decision-making process. In this context, women's health nurses should assimilate the basic nursing ethical codes and should always consider them while performing their professional practices. Women health issues have affected the health of generations throughout history and will affect the health of women and families for generations to come. For this reason, ethical problems in the field of women's health and the approach to these problems not only concern women, but also affect the family and the whole society. Scientific and technological developments and ethical dilemmas related to pregnancy, childbirth, and postpartum processes constitute the largest ethical field among

all medical disciplines. In the solution of ethical dilemmas experienced by women's health nurses, basic nursing ethical codes should be taken as a guide, and personal characteristics such as religion, language, race, culture, gender, and ethnicity should be taken into account in the ethical decision-making process. It is also the ethical responsibility of women's health nurses not to allow women to be discriminated against because of their gender, fertility, and personal characteristics.

1. Giriş

Etik, Yunanca "karakter", "alışkanlık", "gelenek" ve "töre" anlamlarına gelen "ethos" sözcüğünden türetilmiş bir kelimedir (Kırca ve Özgönül, 2020). Kavramsal olarak etik, bireysel ve toplumsal ilişkilerin temeli olan normları, kuralları, değerleri ve davranışları doğru ya da yanlış olarak ifade eden davranışlar bilimi olarak tanımlanmaktadır (Göncü Serhatlıoğlu ve Kaya, 2018). Tıbbı ilk defa bir bilim olarak kabul eden Hipokrat'la birlikte başlayan tıp alanında etik terimi, ilk defa 19. yüzyıl başlarında tartışılmaya başlanmıştır. Daha önceleri toplumun dini kurallarına dayanan ahlaki kurallardan oluşan etik değerler; 19. yüzyıl başlarında hekimin kendisine, meslektaşlarına, hastalarına ve topluma olan sorumlulukları olarak ifade edilmiş, meslek ahlakı din ve felsefe kurallarının yanı sıra yasalarla da değerlendirilmiştir. O zamandan günümüze tıp uygulamalarında ve klinik alanlarda karşılaşılan etik sorunların tartışılması halen sürmektedir (Valentino ve Pavlica, 2016).

2. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etiğin Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kadın sağlığı; "kadınların fiziksel, ruhsal, duygusal, kültürel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmaları" şeklinde tanımlanmaktadır. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi öncelikle sağlıklı nesillerle mümkündür. Sağlık nesiller ise fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı kadınlarla mümkün olabilir. Kadın sağlığını etkileyen sosyal, kültürel ve biyolojik farklılıklar kadına özgü sağlık hizmeti sunulması ve stratejiler geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bebeklik döneminden itibaren, kadın cinsiyetine özgü risklere yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı verilmesi, ileri yaşlarda sağlıklı bir toplumun elde edilmesinin garantisi olacaktır. Ayrıca kadınların bazı hastalık ve durumlarının yaşa göre değişkenlik göstermesi ve gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler, kadına özgü sağlık problemlerinin ayrıca ele alınması ve bireysel yaklaşımlarda bulunulmasını gerektirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2022 verilerine göre, nüfusun %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2023). Kadınların toplum nüfusunun yarısını oluşturduğu ve kadın sağlığının birey, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkilediği göz önüne alındığında; kadın sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi oldukça önemlidir (Kızılkaya Beji, 2016).

Kadın sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar daha çok gebelik ve doğum üzerine odaklanmıştır. Osmanlı Devleti'nde nüfusun sayısal büyüklüğü devletin ekonomik gücüyle eş olduğu düşünülerek nüfus politikalarıyla özellikle ilgilenilmiştir. Daha önceleri mahrem kabul edilen kadın bedenine, doğurganlığı nedeniyle önem verilmeye başlanmış ve kontrol etmeye yönelik politikalar oluşturulmuştur. Doğumu destekleyen (pronatalist) yaklaşımı benimseyen politi-

kalar anne ve çocuk ölümlerini azaltarak doğurganlığı artırmayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda özellikle üç konu üzerinde yoğunlaşılmıştır. Bunlar;

1. Ebelerin eğitimi,

2. Gebelik ve doğumun tıbbileşmesi,

3. Kürtajın yasaklanmasıdır.

Bu bağlamda ilk çalışma 1846'da Mekteb-i Tıbbiye'de iki yıl süreli ebelik kursu açılması ile olmuştur. Bunu, 1894 yılında açılan ilk kadın hastalıkları kliniği olan "Viladethane" takip etmiştir. Bu dönemde, kadın bedeni doğurgan olduğu sürece değerli görülmüş ve kadının asıl görevi çocuk doğurmak ve bakımını üstlenmek olarak kabul edilmiştir. Gebelik, her ne kadar bir hastalık süreci olarak düşünülmese de, hekim kontrolünün gerekli olduğu bir dönem olarak görülmüştür. Yalnızca, "bir hekim kontrolü ile geçirilen gebelik sonucunda sağlıklı bir bebek dünyaya gelebilir" anlayışı benimsenmiştir (Hamlacı, 2017).

Cumhuriyet Dönemi'ne geldiğimizde ise, Türkiye nüfus politikaları yönünden iki döneme ayrılmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren 1965 yılına kadar süren ilk dönemde, pronatalist politika ile yani nüfusu artırıcı politika izlenirken, bu tarihten sonraki ikinci dönemde antenatalist politika ile yani nüfus artışının azaltılması yönünde politikalar izlenmiştir.

1927- 1965 yılları arasında uygulanan nüfus politikası (pronatalist, nüfusu artırıcı politika): Ülkemizde Cumhuriyet Dönemi öncesi yaşanan savaşlar sebebiyle nüfus yapısı önemli ölçüde değişmiştir. Özellikle nüfus artışını sağlayan nüfus türlerinden birinin azalması (erkek nüfus) belirgin bir sorun oluşturmuştur. Bu yıllarda, nüfus planında meydana gelen sorunları azaltmak için Ceza Kanununa "çocuk düşürme veya düşürtmenin" yasak olduğu maddesi eklenmiştir. 1936 yılında ise, bu maddeye ek olarak "neslin devamlılığını ve sağlığını tehlikeye düşürmek" de suç olarak kabul edilmiştir. Ayrıca çıkarılan pekçok kanunla birlikte halk sağlığını koruyucu önlemler alınarak ölümleri azaltmak hedeflenmiştir.

Bu dönemde nüfusu çoğaltmak, doğum ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yoluyla ölümleri azaltmak en iyi yöntem olarak belirlenmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında askeri, siyasî ve çeşitli ekonomik nedenlerle nüfusu artırma tezi benimsenmiştir. O dönemde nüfus, siyasî, askerî ve ekonomik yönden bir güç unsuru olarak kabul edilmekteydi.

1965 sonrası uygulanan nüfus politikası (antenatalist, nüfus artış hızını sınırlayıcı politika): Bu dönem ile birlikte, ülkemizde izlenen nüfus politikalarında değişiklikler yaşanmaya başlamıştır. Özellikle nüfus fazlalığının bir güç kaynağı olduğu görüşü değişmiş, bunun yerine bilimsel ve teknolojik üstünlüğün önem ve değer kazandığı ifade edilmiştir. Türkiye'de

hızlı nüfus artışı, gıda yetersizliğinin yaşanmasına ve işsizlik sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu nedenle, doğurganlığı azaltıcı tedbirleri kanunî yollardan meşrulaştırma ve özellikle doğurganlık oranının fazla olduğu yoksul halk arasında doğum kontrolü yöntemlerini yayma çalışmaları başlamıştır. Şehirleşmenin hızlanması, kültür ve gelir düzeylerinin yükselmesiyle nüfus artış hızının azalacağı görüşü önem kazanmıştır.

1965 yılında nüfus artış hızını düşürmek amacıyla Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Kurum tarafından, doğum ve ölümlerle eğitici ve önleyici tedbirlerin arttırılması kararı benimsenmiştir. 1965 yılında ilk nüfus planlaması yasası (557 sayılı) kabul edilmiştir. Bu yasaya göre;

- Kontraseptif yöntemlerin tanıtılması
- Aile planlaması (AP) ile ilgili halk eğitimi ve danışmanlık
- AP hizmetlerinin sunumu
- Endikasyon durumunda cerrahi sterilizasyon ve küretajın yasalaşması mümkün olmuştur.

1982 yılında değiştirilen anayasa ile, Türk Medeni Kanunun'da erkeklerin 17, kızların 15 olan evlenme yaşı 18'e yükseltilmiştir.

1983 yılında yasalaşan ikinci nüfus planlaması yasasına göre ise (2827 sayılı);

- On haftaya kadar istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasının yasalaştırılması
- Sertifikası olan hemşire ve ebelerin rahim içi araç (RİA) uygulaması için yetkilendirilmesi
- Sertifikası olan pratisyen hekimlere gebeliği sonlandırma yetkisi verilmesi
- Kadın ve erkekler için cerrahi sterilizasyonun yasalaşması
- AP eğitimi ve uygulaması için disiplinler arası işbirliği sağlanması mümkün olmuştur (Kayacan, 2022).

Uygulanan nüfus politikalarından da anlaşılacağı üzere, kadın sağlığı geçmiş dönemlerde kadının yalnızca gebelik ve doğum özellikleriyle ele alınmıştır. Oysa ki, kadın sağlığını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Kadın sağlığı doğurganlık özelliği ve fizyolojik durumların yanı sıra toplum içindeki sosyal statüden, sosyoekonomik ve sosyopolitik durumlardan, aile içi ve sosyal ilişkilerden olmak üzere pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadın sağlığını etkileyen faktörler temelde yoksulluk, toplumsal cinsiyet ve şiddet olarak ele alınmaktadır.

Yoksulluk ve kadın sağlığı: Yoksulluk, farklı tanımları olmakla birlikte; sürdürülebilir bir geçim sağlamaya yetecek üretim kaynaklarının olmaması başta olmak üzere; açlık, yeterli beslenememe, sağlıksız olma, eğitim ve diğer temel hizmetlere ulaşmada zorluk ya da hiç ulaşamama, hastalık ve ölümlerin artması, yetersiz barınma ve güvenli olmayan çevre koşulları ile sosyal ayrımcılık ve dışlanma şeklinde tanımlanmaktadır. Yoksulluk herkes için önemli bir sorun olmakla birlikte çeşitli sebepler nedeniyle kadınlar tarafından daha fazla deneyimlenen bir durumdur. "Yoksulluğun Kadınlaşması" ifadesi ilk olarak 1995 yılında düzenlenen, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı'nda yer almıştır. Amerika'da tek başına yaşayan kadınların ya da yalnızca kadın ebeveyn bulunan ailelerin çok daha yoksul olduğuna ilişkin çalışmaların ortaya konulmasıyla 'yoksulluğun kadınlaşması' ifadesi ortaya çıkmıştır. Boşanmalarda yaşanan artış, aile yapısının farklılaşması, evlilik dışı çocuk sahibi olma oranının artması ve çocukların bakımını kadınların üstlenmesi gibi başlıca nedenler sonucu kadın yoksulluğu artış göstermiştir. Eğitim imkanlarından yoksun, herhangi bir mesleği olmayan, sosyal güvence kapsamı dışında kalan, hem kadın hem de çoğu kez bir eş ve anne olmanın getirdiği rol karmaşasının içinde yaşamını devam ettirmek zorunda olan kadın için, yoksulluk kaçınılmazdır (Hyde ve ark., 2020).

Yoksulluk, kadınlarda pek çok sağlık sorununa da neden olmaktadır. Yoksul ailelerde yaşayan kadınlar çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Bunlar arasında;

- Doğurganlığı önleyici yöntemlere ulaşamama sonucu istenmeyen gebelikler ve çok sayıda çocuk sahibi olması,
- Doğum öncesi bakım alamama nedeniyle riskli gebeliklerin fark edilememesi, dolayısıyla anne ve bebek mortalitesinin artması,
- Yetersiz hijyen bilgisi, yanlış sağlık uygulamaları ve jinekolojik muayene olmamaya bağlı üreme sağlığı sorunları yaşama ve jinekolojik kanserlerin erken dönemde fark edilememesi,
- Adölesan dönem ve üreme çağında yetersiz beslenme sonucu protein enerji malnütrisyonu ve demir eksikliği anemisi yaşaması,
- Menopoz ve yaşlılık döneminde ise daha çok osteoporoz ve kemik kırıkları görülmesi yer almaktadır (Şener ve Başer, 2019).

Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı: Toplumsal cinsiyet, kişilerin kendini bir kadın ya da erkek olarak nasıl gördüğünü ifade etmektedir. Bireyin içinde yaşadığı kültür; kadın ve erkeğe ait davranışların, düşüncelerin ve hareketlerin nasıl olması gerektiğine ilişkin beklentileri

ortaya koymaktadır. Bu bakış açısına göre toplumsal cinsiyet, biyolojik cinsiyeti nedeniyle kadın ve erkeğe uygun görülen toplumsal ve kültürel davranışları, beklentiler, sorumluluklar ve roller bütünü olarak tanımlanmaktadır (Başar, 2017). Toplumsal cinsiyet kavramına bağlı olarak kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda da çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar (Karacan ve Gökçe, 2020). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadının eğitim hayatını, iş yaşamına katılımını ve dolayısıyla gelir durumunu olumsuz olarak etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadın sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığı üzerine etkileri özetle şu şekilde açıklanabilir:

- Toplumsal cinsiyet, kadınların eğitim, sosyo-politik katılım ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi olanaklarını sınırlandırır.
- Kadınların eğitim seviyesi azaldıkça doğurganlık sayısı artmaktadır. Bu durum aile planlaması kullanma oranlarını azaltmakta, adölesan gebelikler, riskli gebelikler ve riskli doğumlar gibi üreme sağlığı sorunlarını artırmaktadır.
- Yoksulluk ve düşük eğitim düzeyi, kadına yönelik şiddet riskinde de artışa yol açmaktadır (Kızılkaya ve Beji, 2016).

Şiddet ve kadın sağlığı: Kadına yönelik şiddet, kadınlara yalnızca cinsiyetinden dolayı uygulanan, insan haklarını ihlal eden ve kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranışları ifade etmektedir. Kadına yönelik şiddet, kadının hayatını tehdit eden ve toplumsal yaşama katılımını engelleyen sosyal sorunlardan biridir. Bu şiddetin ana kaynağı toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve toplum yapısından kaynaklanan kadın ve erkek arasındaki orantısız güçtür (Bükecik ve Özkan, 2018). Kadına yönelik şiddet literatürde dört grupta ele alınmaktadır. Bunlar; fiziksel, ekonomik, cinsel ve psikolojik/duygusal şiddettir.

Fiziksel şiddet: Kadına bir şeyi zorla yaptırma ya da yapmak istediği bir şeyden alıkoymak amacıyla, kadının isteği dışında meydana gelen fiziksel olarak zarar veren eylemlerden oluşmaktadır. Fiziksel şiddete vurma, bir aletle vücuduna zarar verme, tekmeleme, tokat atma, saçını çekme vb. eylemlerden namus veya töre cinayetlerine kadar gidebilen türde örnekler verilebilir. Bu şiddet, en sık yaşanan ve en görünür olan şiddet türüdür. Daha çok vücuda yöneliktir ve bedensel güce dayanmaktadır.

Ekonomik şiddet: Kadınların toplum içerisinde maruz kaldığı birçok şiddetin temelinde diğer şiddet türlerine göre daha az konuşulmasına rağmen aslında ekonomik şiddet bulunmaktadır. Kadınların ekonomik anlamda yoksun ve bağımlı kılınması fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet gibi diğer şiddet türlerine de maruz kalmasına neden olmaktadır.

Cinsel şiddet: Cinsel ilişkiye zorlama, çocuk doğurma ya da doğurmamaya engel olma, kürtaja zorlama, evlenmeye zorlama, sarkıntılık yapma, çocuk yaşta evlendirme, doğum kontrol yöntemleri kullanım hakkını engelleme, zihinsel ve bedensel engellilerin cinsel istismarı, telefon, mektup veya sözle cinsel içerikli rahatsızlık verici davranışlarda bulunma cinsel şiddete verilebilecek örneklerdendir.

Psikolojik/Duygusal şiddet: Kadını küçük görme, kişiliğini önemsememe, fikirleriyle alay etme, bağırma, davranışlarını sürekli eleştirme, lakap takma, yaptıklarını sürekli kontrol etme, iş ve sosyal yaşamında karşısına çıkan fırsatlara engel olma gibi pek çok davranışı ifade etmektedir. Psikolojik şiddetin amacı, kadının kendine olan saygısını yitirmesini sağlamak, korkutmak ve kendini güçsüz hissetmesine neden olmaktır.

Şiddetin kadın sağlığı üzerine etkileri incelendiğinde; fiziksel olarak yaralanma, kronik ağrı, morarma ve şişmeler, kırıklar gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca psikolojik olarak korku, uykusuzluk, bitkinlik, depresyon, intihar girişimleri gibi sorunlar meydana gelmektedir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığına olan etkileri ise; kronik pelvik ağrı, jinekolojik enfeksiyonlar, düzensiz vajinal kanamalar, cinsel disfonksiyon olarak ifade edilebilir (Kızılkaya ve Beji, 2016).

Kadın sağlığı alanını etkileyen tarihsel süreçler ve tüm sosyal ve fiziksel sorunlar, pek çok etik sorunu beraberinde getirirken aynı zamanda da yaşanan etik ikilemlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kadının doğurganlığına yönelik uygulanan politikalar, kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı ile ilgili günümüzde halen tartışılan etik ikilemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Toplumsal cinsiyet, yoksulluk ve şiddet gibi sosyal ve ekonomik sorunlar ise, hem etik ihlallere neden olmakta hem de yaşanan etik ihlallerin bir sonucu olarak görülmektedir. Bu nedenle, kadın sağlığı hemşirelerinin kadın sağlığının tüm alanlarına yönelik rol ve sorumluluklarını yerine getirirken etik sorunlarla yüzleşmesi kaçınılmazdır. Ayrıca kadın sağlığı alanında meydana gelen bilimsel ve teknolojik gelişmeler de birtakım etik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla kadın sağlığı hemşirelerinin karşılaşabilecekleri sorunlar hakkında etik karar verebilme bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir.

3. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etiğin Gelişimi

Bireyler ve toplumlar için, etik ilke ve değerlerin önemi ve gerekliliği tartışılmaz bir gerçektir. Etik; iyi, kötü, faydalı, zararlı gibi sorunları inceleyen, ahlaki bir davranış kuralı ortaya koyan, neyin yapılması neyin yapılmaması gerektiğini, hangi davranışın iyi, hangi davranışın kötü olduğunu gösteren ahlak bilimidir. Etik ilke ve değerler, insanları "birey" ve "toplum" haline getirecek güçte bir altyapıya sahiptir. Etik, doğru ve yanlış davranışın teorisi; ahlak ise

onun pratiğidir. Etik kavramı, ilkeler söz konusu olduğunda kullanılırken, davranış söz konusu olduğunda ahlak kavramı kullanılır. Etik, bir kişinin belli bir duruma özgü ifade etmek istediği değerler iken, ahlak ise bu değerleri davranışlarla hayata geçirme şeklidir (Kadıoğlu, 2019).

Uygulamalı etik, iyi olanı ya da uygun olanı belirlemenin önemli olduğu gerçek durumlara ilişkin etik ve felsefi uygulamalardır. "Kürtaj", "ötanazi" veya "klonlama" gibi gelişmeler ayrı bir etik türü olarak "uygulamalı etik" kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Karahan Okuroğlu ve ark., 2014). Ekoetik, hayvan etiği, biyoetik ve profesyonel etik gibi pek çok uygulamalı etik alanı bulunmaktadır. Hemşirelik etiği ise, uygulamalı etiğin bir alanıdır. Hemşirelik uygulamalarının mesleki davranışlara ilişkin sorumluluklarının neler olduğunu inceler (Tuna Oran ve Yüksel, 2015).

Hemşirelik mesleği; felsefe, kuram, uygulama ve araştırmaya dayanmaktadır. Hemşirelik bir sanat, uygulamalı bir bilim ve çağdaş bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda da bir kültürdür. Hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan insan; biyolojik, psikolojik, spritüal, sosyal ve kültürel boyutları ile var olmaktadır. Hemşireler bakım verirken farklı din, dil, ırk, kültür, cinsiyet ve etnik kökenden insanlarla karşılaşmakta ve bakım esnasında karşılaştığı etik sorunlara yönelik kararlar verirken kişinin tüm özelliklerini göz önüne almalıdır (Fowler, 2017).

Kadın sağlığı hemşireliğinin amacı; kadının tüm yaşam dönemleri boyunca sağlığının korunması ve yükseltmesi, gebelik, doğum ve postpartum süreçlerde anne ve bebeğin sağlığını korumak ve hastalık durumunda iyileşme sürecine yardımcı olmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (AWHONN) 2019 yılında kadın sağlığı hemşireliğine ilişkin birtakım bakım standartları belirlemiştir. Bunlar:

-Kadın ve yenidoğan sağlığı ile ilgili verileri toplamak ve değerlendirmek,

-Toplanan veriler doğrultusunda analiz yapmak,

-Analiz sonuçlarını tanımlamak,

-Bakım planını geliştirmek,

-Sağlığı korumak, sürdürmek, geliştirmek,

-Hemşirelik uygulamalarının kalitesini, güvenliğini ve etkinliğini iyileştirmek,

-Kanıta dayalı uygulamaları yansıtan bilgi ve yeterliliklere sahip olmak,

-Kadın sağlığı hemşireliği rolleri doğrultusunda, sağlık profesyonellerine rol model, danışmanlık ve araştırmacı olarak hizmet vermektir (Karakurt ve Kabalcıoğlu Bucak, 2021).

Ülkemizde kadın sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ise 2011 yılında düzenlenen Hemşirelik Yönetmeliği'nde belirlenmiştir (Tablo 1), (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011):

Tablo 1: Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre kadın sağlığı hemşireliğinin rol ve sorumlulukları
Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapar.
Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini gerçekleştirir.
Gebelikte gelişebilecak riskli durumları erken dönemde saptar, önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder.
Doğumun uygun şartlarda gerçekleşmesi için hastayı yönlendirir.
Doğum eylemi esnasında meydana gelen normalden sapmaları izler ve bildirir.
Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar.
Erken ve geç postpartum dönemde anne ve yenidoğanın bakımını yapar.
Anne çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. (aile planlaması danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik danışmanlık, emzirme danışmanlığı, periyodik jinekolojik muayene ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur).
Kaynak: Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

Hemşirelik Yönetmeliği incelendiğinde kadın sağlığının çoğunlukla gebelik ve doğum süreçlerine odaklanıldığı görülmektedir. Gebelik, doğum ve postpartum süreçler kadın sağlığının yalnızca küçük bir bölümü kapsamaktadır. Ancak gebelik, doğum ve postpartum süreçlere ilişkin yaşanan bilimsel, teknolojik gelişmeler ve meydana gelen etik ikilemler tüm tıbbi disiplinlerin en geniş alanını oluşturmaktadır. Bu ikilemler, kadınların ekonomik kaynaklara sınırlı ulaşımından başlayarak zararlı sağlık davranışlarının kontrolüne ilişkin konulara kadar uzanmaktadır. Kadınlara ilişkin en temel etik ve insan haklarının ihlal edilmesi "zararı vermeme" gibi en temel etik ilkenin uygulanmasını bile neredeyse imkansız hale getirmektedir (Scott ve ark., 2019).

Kadınların insan haklarının ihlal edilmesinin psikolojik ve üreme sağlığı sonuçları, tarih boyunca nesillerin sağlığını etkilemiş ve gelecek nesiller boyunca da kadınların ve ailelerin sağlığını etkileyecektir. Bu nedenle, kadın sağlığı alanında yaşanan etik sorunlar ve bu sorunlara yaklaşım tek başına kadınları ilgilendirmesinin ötesinde aileyi ve tüm toplumu etkilediği göz ardı edilmemelidir (Fowler, 2017).

4. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Etiğin Önemi

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1897 yılında ilk defa hemşirelik alanında etik kuralları gündeme getirmiştir. 1926 yılında hazırlanmaya başlayan etik kurallar, 1976 yılında Amerikan Hemşireler Birliği'nin son şekli vermesiyle yayımlanmıştır. Daha sonra Uluslararası Hemşireler Konseyi, 1953, 1965, 1973 ve en son 2005 yıllarında son değişikliklerle

hemşirelik etik kurallarını yayımlamıştır. 2009 yılında Türk Hemşireler Birliği, 'Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar' başlıklı bir yayın ile hemşirelerin karar verme sürecine rehberlik edecek ilkeler yayınlamıştır. Hemşirelik için önemli etik ilkeler; **zarar vermeme-yarar sağlama, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama** olarak belirlenmiş ve hemşirelik mesleğinin ahlaki temellerinin bu ilkelere dayandığı kabul edilmiştir (Sümen, 2017).

Zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi: Hemşirelerin, hastalara yarar sağlayacak davranışlarda bulunmasını ifade eder. Hemşirelikte yarar sağlayan davranışlar, ahlaki ve yasal açıdan profesyonel bir meslek olmanın gerektirdikleridir. İlk hemşirelik andında yer alan "her türlü zararlı şeylerde kaçınacağım; zararlı olan ilacı kullanmayacağım ve bilerek vermeyeceğim" ifadesi günümüze "hayatı korumak, ızdırabı hafifletmek ve sağlığı yüceltmek için gereken her türlü çabayı göstereceğime" ifadesi olarak değiştirilmiş; yarar sağlama ve bilerek zarar vermeme eyleminin gerçekleştirilmesinin önemi belirtilmiştir. Kadın sağlığı alanında yapılan tüm hemşirelik uygulamaları, bu ilke doğrultusunda yerine getirilmelidir (Sümen, 2017).

Özerklik/bireye saygı ilkesi: Özerklik, insanın saygın olduğunu, kişisel hedeflerini kendisinin belirleyebileceğini, karar verebilme yetisinin olduğunu ve tercihleri doğrultusunda bir davranışta bulunma özgürlüğünün olduğunu ifade etmektedir. Özerkliğin sağlanabilmesi için, bu dört unsurdan her birinin en azından belli bir düzeyde var olması gerekir. Uluslararası Hemşirelik Andı'nda "bakımım altındaki hastaların bütün değer ve dini inançlarına saygı duyacağıma" ifadesi ile bu ilkeye atıf yapılmıştır (Sümen, 2017). Doğum sürecinde anneye saygılı olunmalı, normal doğumun gerçekleştirilmesine yardımcı uygulamalarda (ayakta dik pozisyon, doğum ağrısına yönelik non farmakolojik uygulamalar) anne teşvik edilerek istekleri göz önünde bulundurulmalıdır (Scott ve ark., 2019).

Adalet ve eşitlik ilkesi: Adalet hak ve kazançların toplumda herkesin yararına olacak şekilde dağıtılmasıdır. Eşitlik ise sahip oldukları haklar bakımından kişiler arasında hiçbir ayrım gözetilmemesidir. Sağlıkta eşitliği en iyi belirten ifade ise, "herkese tam sağlık potansiyeline ulaşma fırsatı verilmesi" şeklindedir. Hemşirelik andında bu ilkeyle ilgili "herhangi bir ırk, inanç, renk, siyasal veya sosyal durum ayırımı gözetmeksizin hastalarıma bakacağım" ifadesi bulunmaktadır (Sümen, 2017).

Mahremiyet ve sır saklama ilkesi: Mahremiyet; bireylerin kişisel bilgi ya da sırlarının başkaları tarafından ifşa edilmesinin önlenmesi anlamındadır. Kişisel bilgilere yalnızca, sağlıklı/hasta bireyin bakımının gerekliliği doğrultusunda ulaşılmalıdır. Bireye ilişkin bilgiler, herkesin bulunduğu yerlerde tartışılmamalı ve bu bilgiler bakım için gerekli bilgilerden oluş-

malıdır. Gizli tutulması gereken bilgiler; bireye ilişkin tıbbi, sosyal, mali veya demografik kayıtlar, araştırma bilgileri ve bilgiyi kullanan sağlık ekibi üyelerine ilişkin bilgilerdir (Sümen, 2017). Mahremiyete saygı, kadın sağlığı alanı için vazgeçilemez etik değerlerin başında gelmektedir. Jinekolojik muayene, cinsel sorunlar ve infertilite gibi alanları kapsaması nedeniyle kadın sağlığı alanında mahremiyete çok özen gösterilmelidir. Kadınlar, özellikle jinekolojik muayene esnasında ve cinsel sorunlarını paylaşırken çekingen olabilmektedir. Kendilerini rahat ifade edebilmeleri için, kadınlara mahremiyet açısından uygun alanların oluşturulması ve bilgilerinin gizli kalacağı konusunda güven verilmesi oldukça önemlidir (Az ve Karaman, 2022).

Kadının toplum içindeki statüsü, ekonomik gücünün yetersizliği ve kadın sağlığı alanında yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler kadın sağlığı hemşireleri için temel etik değerlerin sağlanamamasının yanında pek çok etik sorunu da beraberinde getirmektedir. Kadının toplumsal statüsü ve kültürel roller olumsuz tıbbi sonuçlara neden olarak sağlığın önünde engel oluşturmaktadır. Etik sorunlar, dini ve kültürel normlar kadınlar için sağlık hakları arasındaki çoklu ilişkilerin çarpıcı örneklerini oluşturmaktadır. Bunun en önemli iki örneği kadın sünneti ve HIV pozitif kadınların yaşadığı ayrımcılıktır. Dünya genelinde kadın sünneti geçiren 120 milyon kadın bulunmaktadır. Ayrıca her yıl 2 milyon kadın da kadın sünneti geçirme riski altında bulunmaktadır. Kültürel farklılıklardan bağımsız olarak, dünya çapında tıbbın en temel etik ilkesi, bakım ve tedavisi yapılan bireylere fayda sağlamaktır. Kadın sünnetinin, kadın için yararlı olduğuna dair kanıta dayalı bir uygulama bulunmamakla birlikte, birçok zararı bulunduğundan bu tür girişimlerin uygulanması etik olarak da kabul edilemez. Bu girişimin ortadan kaldırılması için; savunuculuk, ısrar edenlerin kınanması, uygulamayı yasaklayan mevcut yasaların uygulanmasını sağlamak için baskı, tıbbi etkiler konusunda eğitim ve bu tür işlemlerden geçmiş kadınlara bilgili ve duyarlı bakım uygun olan etik davranışlardır (Abiç ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019; Cain, 2000).

Dünya çapında yaklaşık 10 milyon kadın HIV-AIDS ile yaşamaktadır. Her geçen gün sayısı artmakta olan HIV virüsünün en önemli bulaş yolu, korunmasız cinsel ilişkidir. Kadınların cinsellikleriyle ilgili konularda zorlama, ayrımcılık ve şiddete maruz kalmadan özgürce ve sorumlu bir şekilde kendi cinselliklerini kontrol etme ve karar verme hakkı uluslararası kabul görmüş olsa da, Türkiye dahil dünya genelinde halen tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasının önlenmesi ve üremeyle ilgili tercihlerde bulunma hakkının doğru kullanımına ilişkin farkındalığı artırmak da hemşirelerin etik açıdan sorumluluklarından biridir. HIV pozitif annelerde; gebelik, doğum ve doğum sonrası emzirme yoluyla virüsün bebeğe geçişi mümkün olmaktadır. Özellikle kaynakları

sınırlı olan ülkelerde, doğurgan çağdaki kadınlar arasında, HIV prevelansı ve bebeğe geçişi oldukça yüksek orandadır. Bu ülkelerde, doğurganlık yüksek oranlardadır. HIV pozitif kadınların doğurganlıklarının önlenmesi etik dışı bir yöntemdir. Etik açıdan uygun olanı, bebek sahibi olmak isteyen HIV pozitif kadınlara erken dönemde bakım ve tedavilerinin başlanması, gebelik ve doğum sürecinde önleyici tedbirler alarak bulaşın önlenmesi ve doğum sonrası süreçte anne sütü yoluyla geçişin önlenmesi için annelerin bebeklerini emzirmemeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmesidir (Bernstein ve Wegman, 2018; Gilbertson ve ark., 2021).

Kadınların sosyal ve kültürel bağlamda yaşadıkları etik sorunların yanında, doğurganlık özellikleri nedeniyle de birçok etik sorunla karşılaşılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri, prenatal genetik tanı testleri, tıbbi olmayan sezaryen doğumların artışı ve teknolojik gelişmeler gibi etik sorunlar yaşanan alanların başında gelmektedir. Yardımcı üreme teknolojisinin kullanımında yaşanan artış, çoğul gebelik şansını artırmak için çoğul fetüslerin meydana gelmesine ve annenin sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Birden fazla embriyonun oluşturulması ve transfer edilmesi tekniği başta ikizler olmak üzere çoğul gebelik riskinin artmasına neden olmuştur. Çoğul gebeliklerin meydana getirdiği gebeliğe bağlı hipertansiyon, HELLP (hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük platelet; hemolysis, elevated liver enzmymes, low platelet) sendromu, kanama ve ölüm risklerini en aza indirmek için tüp bebek uygulama teknikleri ve embriyo transferiyle ilgili en iyi uygulama kılavuzları bulunmaktadır. Kılavuzlar, anne ve fetüs sağlığını korumak için çoğul gebeliklerin sayısının sınırlandırılması gerektiğinin bildirmektedir. Ancak, infertilite merkezleri gebelikteki "başarı" oranlarını artırabilmek için fazla sayıda embriyo transferi gerçekleştirmektedir. Ebeveynler de, bakım ve tedavi sürecinin zorluğu ve maliyeti nedeniyle sağlık ekibi üyelerine "maksimum" sonuçlar elde etmeleri için baskı uygulayabilmektedirler. Ebeveynlerin çocuk sahibi olmak istemeleri, finansal sorunlar ve "başarı" odaklı anlayışın yüksek olması nedeniyle çoğul gebelikler sonucu annede ve bebekte meydana gelebilecek riskler göz ardı edilmektedir (Az ve Karaman, 2022). Prenatal genetik tanı testi ise, kromozomal açıdan en sağlıklı embriyonun transfer edilmesi için yapılan genetik bir testtir. Özellikle genetik hastalık taşıyan ebeveynlerin bebeklerine, kalıtsal geçişin en aza indirilmesi için uygulanmaktadır. Genetik hastalıkların geçişinin önlenmesinde faydalı olduğu düşünülen bu yöntemin, cinsiyet tayini için de kullanılmaya başlanmasıyla etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Cinsiyet tercihi çoğunlukla kadın cinsiyet aleyhine olduğundan, kadın-erkek cinsiyet dağılımının dengesizleşmesini ve kadın cinsiyetin değersizleştirilmesini teşvik etmektedir. Cinsiyete bağlı genetik geçişlerin dışında prenatal genetik tanı testinin cinsiyet belirlemede kullanılması ülkemiz dahil çoğu ülkede yasaklanmıştır ve etik açıdan asla kabul edilmemektedir (Yüksel Koçak ve ark., 2015).

Sezaryen, bebeğin uterus kavitesinden abdominal olarak kesi ile doğurtulması işlemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre doğumların en fazla %10-15 oranında sezaryen doğum ile gerçekleşmesi gerekmektedir. Ancak, günümüzde sezaryen doğum oranları bu oranın oldukça üstündedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na göre 2021 yılında meydana gelen doğumların %58,4'ü sezaryen doğumdur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022). Anne adaylarının isteği, hekim isteği ve yönlendirmesi, sezaryen doğumun daha güvenilir olduğu düşüncesi, anne adaylarının doğum ağrısından ve normal doğum sürecinden korkmaları gibi birçok neden sezaryen doğuma yönelimin artmasına neden olmaktadır. Sezaryen doğum, anne ve fetüs için birçok komplikasyonu beraberinde getirmektedir. Ancak buna ragmen, sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum ekonomik olarak hastaneye yük oluşturmasına, sağlık hizmetlerinde eşitsizlik yaşanmasına ve adalet ilkesinin ihlal edilmesine neden olarak etik bir sorun haline gelmektedir. Sezaryen doğum kararı verilirken; zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi göz önüne alınarak anne, fetüs/yenidoğan için sağlayacağı yararlar ile uzun ve kısa dönemde oluşabilecek riskler doğrultusunda değerlendirilerek karar verilmelidir (Yurdal ve Gerçek Öter, 2021).

Kadın sağlığı alanı, intrauterin dönemden ölüme kadar dünyanın tüm sosyal ve ekonomik ortamlarını aşan koşullara ulaştığı için etik açıdan yaşanacak sorunlardan biri olmaya devam edecektir. Kadın sağlığı hemşireleri, kadınların sağlık hizmetlerinde yaşam döngüleri boyunca ve dünyanın her ülkesinde ortaya çıkan etik sorunların ele alınmasını ve kadın olarak insan ve hasta haklarının sağlanmasında önemli rol ve sorumluluklara sahiptir.

5. Kadın Sağlığında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadın sağlığı hemşireliği, kadın merkezli bütüncül bir yaklaşım sağlayan özel bir hemşirelik alanıdır. Kadın sağlığı hemşireleri; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, eğitim, araştırma, danışmanlık ve savunuculuk gibi bir dizi rol üstlenmektedir. Kadın sağlığı hemşireleri, yalnızca kadının üreme fonksiyonuna odaklanmamakta, kadının tüm yaşam dönemlerini kapsayan süreçte rol ve sorumluluklarını yerine getirmektedir (Güngör ve ark., 2013). Kadın sağlığı hemşireleri, bu rollerini yerine getirirken pek çok etik sorun, etik ikilem ve etik belirsizlikle karşı karşıya kalmaktadır. Kadının doğurganlığı üzerinde oluşturulan politikalar ve meydana gelen bilimsel ve teknolojik gelişmeler, özellikle etik ikilemleri beraberinde getirmektedir. Bireylerin hastanede en kolay ulaşabildikleri sağlık profesyonelleri olan hemşireler, yaşanan sorunlarda birey adına müdahale etmek için oldukça ideal konumdadırlar. Bu nedenle; kadın sağlığı hemşiresinin, kadın ve ailesinin sorunlarını ve ihtiyaçlarını fark etmesi, uygulanacak tedaviler ve bakım prosedürleri hakkında bilgilendirerek kadın ve ailesinin bakıma katılmasını sağlaması, yaşanabilecek etik ihlallerden koruması ve gerektiğinde haklarını savunmak için

uygun yerlere yönlendirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hemşirelik mesleği ve verilen sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık politikalarının oluşturulmasında da görev almalıdır (Kırca ve Özgönül, 2020). Meydana gelen etik sorunların çözümünde ve etik karar verme sürecinde; etik ilkeler, hemşirelik etik kodları, etik kuram/modeler ve hemşirelik kanunu bir rehber niteliğindedir. Bu bağlamda, kadın sağlığı hemşireleri etik karar verme sürecinde bu rehberleri her zaman göz önünde bulundurmalıdır.

6. Sonuç

Kadın sağlığı, gebelik, doğum ve menopoz dönemlerinde yaşanan fizyolojik değişimlerin yanı sıra toplum içindeki sosyal statüden, sosyoekonomik ve sosyopolitik durumlardan, aile içi ve sosyal ilişkilerden olmak üzere pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadın cinsiyetine yönelik ayrımcılık, kadın yoksulluğu ve şiddet gibi kadınların insan haklarının ihlal edilmesine neden olan durumlar kadının pek çok sağlık sorunuyla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Kadın sağlığı sorunları, tarih boyunca nesillerin sağlığını etkilemiş ve gelecek nesiller boyunca da kadınların ve ailelerin sağlığını etkileyecektir. Bu nedenle kadın sağlığı alanında yaşanan etik sorunlar ve bu sorunlara yaklaşım tek başına kadınları ilgilendirmesinin ötesinde aileyi ve tüm toplumu da etkilemektedir. Gebelik, doğum ve postpartum süreçlere ilişkin yaşanan bilimsel, teknolojik gelişmeler ve meydana gelen etik ikilemler tüm tıbbi disiplinler içerisinde en geniş etik alanı oluşturmaktadır. Kadın sağlığı hemşireleri olarak; yaşanan etik ikilemlerin çözümünde temel hemşirelik etik kodları rehber alınmalı, etik karar verme sürecinde din, dil, ırk, kültür, cinsiyet ve etnik köken gibi kişisel özellikler göz önüne alınmalıdır. Kadının cinsiyeti, doğurganlık özelliği ve kişisel özelllikleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmasına izin vermemek de kadın sağlığı hemşirelerinin etik açıdan önemli bir sorumluluğudur.

Kaynakça / References

Abiç, A. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2019). Güncel kadın sağlığı konuları: Etik ve yasal durum nedir? *Researcher: Social Science Studies, 7*(1), 20-34.

Az, A. ve Karaman, M. İ. (2022). Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri ve etik sorunlar: Mümkün olan her şey ahlaki midir? *Androloji Bülteni, 24*, 278-287.

Bernstein, H. B., Wegman, A. D. (2018). HIV infection: Antepartum treatment and management. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 61*(1), 122-136.

Bükecik, E. ve Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3*(2), 33-37.

Cain, J. M. (2000). A global overview of ethical issues in women's health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 70*, 165-172.

Fowler, M. D. (2017). Why the history of nursing ethics matters? *Nursing Ethics, 24*(3), 292-304.

Gilbertson, A., Tucker, J. D., Dube, K., Dijkstra, M., Rennie, S. (2021). Ethical considerations for HIV remission clinical research involving participants diagnosed during acute HIV infection. *BMC Medical Ethics, 22*, 169-181.

Göncü Serhatlıoğlu, S. ve Kaya, N. (2018). Ebelik hizmetlerinde adölesan gebeliklere etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 503-508.

Güngör, İ., Rathfisch, G., Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21*(1), 49-56.

Hamlacı, Y. (2017). Geç osmanlı döneminde kadın, doğum ve çocuk sağlığı. *Lokman Hekim Dergisi, 7*(1), 23-27.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

Hyde, E., Greene, M. E. & Darmstadt, G. L. (2020). Time poverty: Obstacle to women's human rights, health and sustainable development. *Journal of Global Health, 10*(2), 1-5.

Kadıoğlu, S. (2019). Tıbbi araştırma ve etik. *Toraks Cerrahisi Bülteni, 1*, 40-45.

Karakurt, Ş. ve Kabalcıoğlu Bucak, F. (2021). Türkiye'de ve dünyada kadın sağlığı hemşireliği. *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(13), 46-51.

Kayacan, E. (2022). Türkiye'nin nüfus politikalarındaki değişimin kalkınma planları üzerinden değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 22*(54), 107-139.

Kırca, N. ve Özgönül, M. L. (2020). Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik bakımında etik tutumu ve etkileyen faktörler. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 7*(2), 70-79.

Kızılkaya Beji, N. (Ed.). (2016). *Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Scott, K. A., Britton, L., McLemore, M. L. (2019). The ethics of perinatal care for black women. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 33*(2), 108-115.

Şener, Y., Başer, M. (2019). Küreselleşme ve yoksulluğun kadın sağlığı üzerine etkileri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6*(2), 6-10.

Sümen, A. (2017). Florence Nightingale Yemini ile uluslararası hemşirelik andı'nın karşılaştırılması ve etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 25*(2), 43-48.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni. Erişim adresi: https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf

Tuna Oran, N. ve Yüksel, E. (2015). Kültürlerarası hemşirelik ve etik. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1*(3), 7-13.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, 6 Şubat). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2022-49685, Erişim tarihi: 23.05.2023.

Valentino, M. & Pavlica, P. (2016). Medical ethics. *Journal of Ultrasound, 19*, 73-76.

Yüksel Koçak, D., Kızılkaya Beji, N. ve Büyükkayacı Duman, N. (2015). Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 1*(2), 86-90.

Yurdal, N. E. Ö. ve Gerçek Öter, E. (2021). Sezaryen doğuma etik ilkeler kapsamında hemşirelik yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 7*(1), 97-119.

20. BÖLÜM / CHAPTER 20

KADIN SAĞLIĞI VE ETİK

WOMEN HEALTH AND ETHICS

Sevda KARAKAŞ[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: sevdakarakas@arel.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.20

ÖZ

Bilim ve teknolojin ilerlemesiyle birlikte tıbbi uygulamalar alanındaki tüm değişim ve gelişimler, çeşitli sağlık sorunlarını çözmeye yardımcı olurken diğer bir taraftan da toplumun değerlerini etkileyerek etik ikilem, etik sorun ve etik belirsizlik kavramları karşımıza çıkarmaktadır. Kadın sağlığında; kürtaj, himen muayenesi, jinekolojik muayene, üremeye yardımcı teknikler, tüpligasyon, doğum yönetimi, doğum şekline karar verme durumu, sezeryan, prenatal tanı güncel etik konulardır. Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan hemşireler çözüm bulmakta zorlandıkları bir çok etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar. Özellikle sağlık alanında etik sorunlar, etik ikilemlerin yoğun yaşanmasına ve sağlık profesyonellerinin zaman zaman ahlaki değerlerle çatışmaya düşmesine neden olabilmektedir. Sağlık bakım profesyonellerinin yaşadığı etik ikilemlerde etik karar verebilmeleri için kadın sağlığı alanında yaşanan etik sorunları ve kadın sağlığını ilgilendiren yasaları bilmeleri önem taşımaktadır Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri, etik ikilem ve etik sorunların en sık görüldüğü birimlerdir. Etik ikilemlerin çözülememesi durumunda etik ihlaller kaçınılmazdır. Kadın sağlığına ilişkin karşılaşılan etik ikilemlerin çözülememesi durumunda, etik ihlaller kaçınılmazdır. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin karşı çözüm aşamasında etik ilkeler ve mesleki değerler, önemli yol göstericilerdir. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin, etik kurallar hakkında bilgili ve duyarlı olmaları mesleki sorumlulukları arasındadır. Kadın sağlığına özgü etik kodlar ve standartlar oluşturulması, hizmet içi eğitimler ile hemşirelerin etik duyarlılığını ve tutumunu artırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın sağlığı, etik, etik ikilem, etik ihlal, jinekoloji

ABSTRACT

With the advancement of science and technology, all the changes and developments in the field of medical applications help to solve various health problems, while on the other hand, they affect the values of society, revealing the concepts of ethical dilemmas, ethical problems, and ethical uncertainty. In women's health; Abortion, hymen examination, gynecological examination, assisted reproductive techniques, tubligation, birth management, deciding on the mode of delivery, cesarean section, and prenatal diagnosis are current ethical issues. Nurses working in gynecology and obstetrics clinics face many ethical dilemmas that they have difficulty finding solutions to. Obstetrics clinics are one of the units that carry a high risk in terms of maternal-fetal morbidity and mortality and

where ethical dilemmas are experienced the most. Gynecology and obstetrics clinics are the units where ethical dilemmas and ethical problems are seen most frequently. Ethical violations are inevitable if ethical dilemmas cannot be resolved. Ethical violations are inevitable if ethical dilemmas related to women's health cannot be resolved. Ethical principles and professional values are important guides in the solution phase of ethical dilemmas faced by nurses. It is among the professional responsibilities of nurses working in the field of women's health to be knowledgeable and sensitive about ethical rules. It is important to establish ethical codes and standards specific to women's health and to provide in-service training and training to increase the ethical sensitivity and attitude of nurses.

Keywords: Women's health, ethics, ethical dilemma, ethical violation, gynecology

Extended Abstract

Ethics is a word derived from the Greek word "ethos" meaning "character", "habit", "tradition" and "custom". Ethic; forms the basis of individual and social relations established by people. morally investigating values, norms, and rules, such as right-wrong or good – or bad is a branch of philosophy. Medical ethics; is a unique knowledge and method a theoretical field of study with a wealth of knowledge; On the other hand, medical applications provides guidance on the professional actions of health care professionals and self-control mechanism. The issue of "women" in the international arena since the middle of the twentieth century. For most of our women and families, who make up half of our country's population, The health of the mother, who is an important member of the family, is directly important to her. It is also important for the health of the children to be born. maternal health, separate from family health and indirectly from public health. should not be considered because of the healthy woman; healthy pregnant, healthy child, and a healthy society. According to the World Health Organization, women's health; is defined as women's physical, mental, emotional, cultural, and social well-being. In order for a society to be healthy, first of all, healthy generations are needed. Women's health is affected by many factors, including fertility and physiological conditions, as well as social status, socioeconomic and sociopolitical conditions, and family and social relations. The factors affecting women's health are basically discussed as poverty, gender, and violence. Women's health is affected by many factors, including physiological changes during pregnancy, childbirth, and menopause, as well as social status in society, socioeconomic and sociopolitical situations, and family and social relations. About 830 women in the world every day; pregnancy encountered during childbirth and postpartum period dies from complications. Mom 99% of deaths in developing countries occur. It has become an important area of discussion and reflection with the advancement of science and technology. There is rapid development and change in the field of medical applications, as

well as many ethical dilemmas and ethical problems. Obstetrics and Gynecology, with all important stages of life (birth, reproduction, aging, and death), every major medical advance, science sees as an unexpected ethical dilemma for our branch Four basic principles, namely "the principle of no harm, usefulness, autonomy, and justice" are important guides in resolving ethical dilemmas and ethical conflicts. Ethical principles have an important place in women's health, as the concepts of ethical dilemmas and ethical problems are intensely experienced in the field of women's health. Ethics is defined as a system of moral values and nurses working in gynecology and obstetrics clinics face many ethical dilemmas. In ethical dilemmas, four basic principles are important guides in ethical decision-making and resolution, including the principle of not harming, providing benefit, autonomy, and justice. In addition to being an area, they are units where ethical dilemmas and ethical violations are common. Ethical principles and professional values are important guides in the decision-making process of nurses against ethical dilemmas encountered in gynecology and obstetrics clinics. Ethical violations are inevitable if ethical dilemmas cannot be resolved. Ethical violations regarding women's health adversely affect women's health. It is important to establish ethical codes and standards specific to women's health and to provide in-service training and training to increase the ethical sensitivity of nurses. Gynecology and obstetrics clinics are the units where ethical dilemmas and ethical problems are seen most frequently. Ethical violations are inevitable if ethical dilemmas cannot be resolved. It is important to establish ethical codes and standards specific to women's health and to provide in-service training and training to increase the ethical sensitivity and attitude of nurses.

1. Giriş

Bilim ve teknolojin ilerlemesiyle birlikte, tıbbi uygulamalar alanındaki tüm değişim ve gelişimler çeşitli sağlık sorunlarını çözmeye yardımcı olurken diğer bir taraftan da toplumun değerlerini etkileyerek etik ikilem, etik sorun ve etik belirsizlik kavramları karşımıza çıkarmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri anne ve bebekte beklenmedik acil durumların gelişebileceği ve çok sayıda invazif girişimlerin yapılması nedeniyle hasta sirkülasyonunun ve iş temposunun yoğun olduğu alanlardan biridir (Öztürk, Alan ve Kadıoğlu, 2018). Etik ikilem, etik sorun kavramları kadın sağlığı alanında yoğun yaşandığı için kadın sağlığında etik ilkeler önemli bir yer tutmaktadır. Etik, ahlaki değerler sistemi olarak tanımlanmaktadır ve kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan hemşireler pek çok etik ikilemlerle karşılaşmaktadır. Etik ikilemlerde etik karar verme ve çözümlenmesinde zarar vermeme, yarar sağlama, otonomi ve adalet ilkesi olmak üzere dört temel ilke önemli yol göstericilerdir (Kahriman ve Yeşilçiçek, 2017). Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin karşılaştıkları etik sorun ve etik ikilemlerde karar verebilmeleri için kadın sağlığını ilgilendiren yasaları da bilmeleri oldukça önemlidir. Kadın sağlığı alanına ilişkin etik kodlar ve standartlar geliştirilmesi de önemlidir (FIGO, 2017).

2. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Etik

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın en önemli ve temel içgüdülerinden biride üreme ve nesli devam ettirmesidir. Gebe kalamama durumu yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen çiftlerin evlilik ilişkilerini, sosyal yaşamlarını, cinsel yaşamlarını ve duygusal durumlarını da etkileyebilecek karmaşık bir yaşam krizidir (Zegers ve ark., 2017). Üreme hakkı, bireylerin temel haklarından biridir ve çoğunlukla tüm çiftlerin planlanında çocuk sahibi olma arzusu vardır. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için bakım ve tedavide yapılan tüm işlemleri kapsayan ileri tekniklerdir (Aşçı ve Gökdemir, 2017). Üremeye yardımcı üreme teknikleri kullanımının öncelikle etik açıdan kabul edilebilmesi için, üremeye yardımcı tedaviler kullanılmadan çiftlerin çocuk sahibi olamayacağının detaylı olarak araştırılması gerekmektedir. YÜT kullanımının yararlarının yanı sıra birçok etik sorun ve etik ikilemler de görülmektedir. Evli çiftlerin gametleri ile yapılan basit YÜT uygulamalarında etik sorun yaşanmamaktadır. YÜT tedavisinin uzun süreli ve pahalı oluşu, başarı oranlarının düşük olabilme durumu, olası gebelik kayıpları ve tedavinin getiridiği psikolojik yük gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak da etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte, üremeye yardımcı tedavilerin maliyeti, kullanılabilirliği, toplumun dini ve kültürel tutumları etik sorunların gelişmesine neden

olabilmektedir. Üçüncü şahıslardan alınan gamet ya da embriyo kullanımı ve taşıyıcı annelik uygulamaları (heterolog döllenme) kullanılmadıkça anne ve baba kavramlarında bir karışıklık görülmemektedir (Zegers ve ark., 2017). YÜT kullanılmasıyla ortaya çıkabilecek sorunlardan biri de çocuğunun gerçek ebeveyninin kim olduğudur. Gerçek ebeveynin kim olduğuna ilişkin karışıklıklara sebep olabileceği düşüncesiyle etik ve yasal tartışmalara neden olmaktadır (Güngör ve Kızılkaya, 2015).



Şekil 1: Yardımcı üreme teknikleri
Kaynak: https://www.shutterstock.com/image-vector/infertility-treatment-concept-idea-gynecology-600w-1511711441.jpg

Ülkemizde 1983 yılında yardımcı üreme tekniklerinde donör kullanımı üremeye yardımcı tedavi merkezleri yönetmeliği ile yasaklanmıştır (Yüksel ve Baştu, 2017). YÜT'e yönelik uygulamalarda bazı ülkelerde yasalarca kabul edilen gamet bağışı, taşıyıcı annelik gibi uygulamalar ülkemizde yasal değildir. Ülkemizde yasaların izin verdiği uterus nakli, gamet hücrelerinin kriyoprezervasyonu, in vitro fertilization (IVF), intrauterin inseminasyon (IUI) gibi uygulamalarda etik ilkeler gözetilmelidir. YÜT üçüncü şahısların genetik materyalinin kullanımı ile gerçek ebeveyninin kim olduğuna ilişkin sorunlar yaşanabilmekte, bu durum dinsel gelenekler ve çoğu ülkenin hukuk sistemi tarafından yasal değildir (Yüksel ve Baştu, 2017). Üçüncü şahısların ile doğan çocukların yaşları ilerledikçe kökenlerini sorgulama ihtiyacı duyabilecekleri ve bununla ilgili olumsuz düşüncelere kapılabilecekleri düşünülmektedir ve çocukların genetik kökenlerini bilmek istemelerinin temel hakları olduğu ifade düşünülmektedir. Doğum ve kadın hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin, yurt dışında gamet

bağışı ile gebe kalıp ülkemizde bakım alan veya yurt dışında böyle bir uygulamayı yaptırmayı düşünen bireylere de eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti vermesi gerekebilir (Özpulat, 2017). Etik ikilemler de karar verme ve etik sorunların çözümlenmesinde zarar vermeme, yararlılık, otonomi ve adalet ilkesi olmak üzere dört temel ilke önemli yol göstericilerdir. YÜT'de embriyo'ya bir birey gibi saygı gösterilmesi, bakım ve tedavi sürecinde uygulanan YÜT'ün bireye ve embriyo'ya zarar vermemesi, çiftlerin bakım ve tedavide uygulanan YÜT'e ilişkin gönüllü olmaları gibi etik kuralların belirlenmesi önemlidir. İnfertilite tedavisine ilişkin özellikle yaşanacak etik sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin hemşirelere yönelik güncel etik açıdan rehber olabilecek dökümanların hazırlanması son derece önemlidir (Zegers ve ark., 2017).

3. Doğum ve Etik

Doğum klinikleri, hasta sirkülasyonunun ve iş temposunun yoğun olduğu, anne ve bebekte beklenmedik acil durumların gelişebileceği ve çok sayıda invazif girişimlerinin yapılmasını gerektirebilecek ve dolayısı ile tıbbi hata yapılma riskinin en yüksek olduğu birimler arasında yer almaktadırdir (Öztürk ve ark., 2018). Doğum klinikleri, maternal-fetal morbidite ve mortalite açısından yüksek risk taşıyan ve etik ikilemlerin en çok yaşandığı birimlerden birisidir. Doğum yönetiminde, en sık yaşanabilecek etik ikilemler; obstetrik şiddet doğum şekli ve malpraktis olguları, ihmal, mahremiyetin korunması ve bilgilendirilmiş onam konularıdır. Doğum, doğal bir süreçtir ve kadın vücudunun fizyolojik ve anatomik yapısı normal vajinal doğum için uygundur (Yıldırım, 2018). Kadında herhangi bir patolojik veya komplikasyona neden olabilecek herhangi bir durum olmadığı sürece vajinal doğum yapma yeteneğine ve hakkına sahiptir. Günümüzde sezaryen doğum hayat kurtarıcı bir müdahaleden çok sık uygulanan obstetrik cerrahi bir müdahale olarak yaygın biçimde uygulanmaya başlamıştır. Sezaryen bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması obstetrik cerrahi bir müdahaledir. Sezaryen bebek ve annede komplikasyonlar görüldüğünde hayat kurtarıcı bir obstetrik cerrahi bir müdahaledir (Bal ve ark., 2017). Sezaryen oranının artmaya devam etmesinde psikolojik, finansal, malpraktis davaları gibi pek çok faktörün bu artışa neden olmaktadıruştur. Sezaryen, hem bebek hem enne için potansiyel riskleri olan obstetrik cerrahi bir müdahaledir. Vajinal doğum korkusu, bir önceki gebeliğinde edinilmiş olumsuz bir deneyim, medya, aile ve arkadaş çevresi gibi faktörler doğum şekline karar verme sürecini olumsuz etkilemektedir. Doğum şeklinin tıbbi nedenlerden çok kişisel nedenlerle karar verilmesi anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (Bal ve ark., 2017). Doğum kliniklerinde çalışan hemşirelerin, yarar sağlama hasta yararına davranma etik ilkesi doğrultusunda, doğumun doğal bir süreç olduğuna ve vajinal doğumun yararları hakkında kadınlara bilgilendirme ve

eğitim verme sorumluluğu bulunmaktadırvardır. Doğum yönetiminde endikasyon olmadığı sürece, müddetçe yapılan rutin sezaryen girişimi etik değildir. Zorunluluk dışında yapılan sezaryen, anne ve bebeğe ilişkin ciddi sağlık risklerinin yanında ülke ekonomisine de ciddi bir yük getirmektedir (Yıldırım, 2018).

4. Kürtaj ve Etik

Kürtaj gebeliğin tıbbi olarak sonlandırılması işlemidir (Kurt ve Tunca, 2016). Kürtaj, gebeliğin tedavi amacıyla sonlandırılması, isteğe bağlı sonlandırılması ve gebeliğin seçici olarak sonlandırılması olmak üzere üç başlık altında incelenmektedirir. Etik açıdan kürtaja ilişkin görüşler incelediğinde, bir tarafta embriyonun "yaşama hakkı" savunulurken diğer taraftan da kadının "kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı" olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de yasal olarak gebelik sürecinde evli bir kadının bebeği istememesi ve gebeliği sonlandırabilmesi, ancak ve ancak gebelik 10. haftanın altında ve eşinin de rızası var ise mümkün olabilmektedir (Kurt ve Tunca, 2016). Yasal çerçeve kapsamında olmasına rağmen gebeliğin sonlandırılması, temel etik ilkeler olan zarar vermeme, özerklik, adalet ve yararlı olma ilkeleri açısından önem arz etmektedir.

İsteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması etik açıdan en çok tartışılan kürtajın bu türüdür. Gebeliğin isteyerek sonlandırılması etik açıdan pek de kabul edilebilir bir uygulama değildir (Kurt ve Tunca, 2016). Kürtaj aile planlaması yöntemine dönüştürülmemelidir. Etiğe uygun olarak kabul edilen kürtaj türü tedavi amaçlı gebeliğin sonlandırılmasıdır. Kadının hayati olarak tehlikeye girmesi gibi durumlarda gebeliğin sonlandırılması gerekmektedir (Sayar ve Öztürk, 2018). Gebeliğin sonlandırılması yalnızca bir hücre mi yoksa ileride yaşama şansı olan bir kişi mi olduğu ve kürtajın bir kadın hakkı olup olmadığı etik açıdan sorgulanmaktadır ve sorgulanan diğer bir konu da kişisel hakların nerede başlayıp nerede bittiği ile ilgilidir. Özellikle de bu hakların etik boyutları ile ilgili tartışmalar ön plandadır (FİGO, 2017).

5. Himen Muayenesi ve Etik

Himen muayenesi, kadın hayatında etik açıdan en önemli sorunlardan biri namus ve bekaret algısına dayalı yapılan bir uygulamadır. Halk arasında himen muayenesi, kızlık veya kızlık zarı muayenesi olarak bilinmektedir. Himen ilk cinsel ilişkide yırtılabilen vajen girişini kısmen kapatan bir zardır. Biyolojik açıdan önemli olmayan himen, bazı toplumlarda kültürel olarak önemli olduğu namus kavramına eş değer olduğu görülmektedir (Kızılırmak ve Çakıcı, 2021). Himen muayenesi, cinsiyet ayrımcılığına yarattığı kadın hayatında etik açıdan en önemli sorunlardan biridir. Tıbbi açıdan himen muayenesinin yapılma gerekçesi sadece himen kapalı olduğu durumlarda yapılması gerekliliğidir. Batı toplumlarında bekaretin kültürel bir

önemi yokken Türkiye' de olduğu gibi birçok İslam ülkesinde İran, Cezayir, Fas gibi ülkelerde bekaretin namus kavramına eş değer olduğu görülmektedir (Bükecik ve Özkan, 2018). Kadının daha önceden cinsel ilişkiye girip girmediğinin tespit edilmesine ilişkin yapılan himen muayenesi bir tür kadına yönelik şiddettir. Sosyokültürel açıdan himen muayenesi önemli etik bir sorundur. Himen muayenesi sonucunda perfore bir himen bazı toplumlarda kadın namusunun zarar gördüğü, kadının kirlendiği ve lekelendiği düşünülmektedir (Süt ve Küçükkaya, 2016). Kültürel olarak namusun sadece kadına ait bir olgu olduğunun kabul edilmesi cinsiyet ayrımcılığına dayalı kadına yönelik şiddettir ve kadın sağlığı psikolojik ve sosyal olarak ciddi olarak olumsuz etkilemektedir (Odabaş ve Taşpınar, 2020). Kadının isteği olmadan, zorla yapılan himen muayenesi sonucunda genç kadınların intihar girişimde bulunduğu ve namus temizleme adına cinayetlerin işlendiği bilinmektedir. Kadının isteği olmadan yapılan himen muayenesi, kadının kendi bedeni üzerinde söz hakkını ortadan kaldıran etik bir sorundur (Çiçek ve ark., 2022).

6. Jinekolojik Muayene ve Etik

Jinekolojik muayene, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik takibinde, jinekolojik kanserlerin erken tanı ve tedavisinde uygulanan kadınların hayatlarında en az bir kaç deneyimlediği muayene türüdür. Jinekolojik muayene, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde rutin sağlık kontrolleri ve taramalarında önemlidir (Durmaz ve ark., 2021). Jinekolojik muaeyene doğum eyleminde servikal açılma, fetüs başı, amniyotik sıvısının değerlendirmesinde sık yapılan bir muayene türüdür. Kadınlar tarafından genellikle "rahatsızlık, utanç ve ağrı verici bir durum" olarak düşünülmektedir (Özcan ve ark., 2020). Hemşirelerin, kadını jinekolojik muayeneye hazırlarken yarar sağlama/zarar vermeme, insan onuru, özerklik bireye saygı ve zarar vermeme etik ilkeleri doğrultusunda etik duyarlılık içinde hareket etmeleri son derece önemlidir (Sarpkaya ve Vural, 2014). Jinekolojik muayenede öncelikle yapılacak işlemi açıklamak, sorulan sorulara içtenlikle yanıt vermek ve bireyi rahatlatmak, muayene esnasında mahremiyeti sağlamak etik açıdan hemşirenin dikkat edilmesi gereken noktalar arasında yer almaktadır (Aksu ve Turgut, 2020; Durmaz ve ark., 2021).



Şekil 2: Jinekolojik muayene
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/photo-gynecologist-doctor-patient-on-gynecological-2092498357

7. Jinekolojik Kanserler ve Etik

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde, hastanın tedaviden en yüksek yararı sağlaması, en az zararı görmesini sağlamak esastır. Jinekolojik kanser tedavisinde hastalarda uykusuzluk, yorgunluk, mide bulantısı, kusma, ve gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra; depresyon, kaygı ve ölüm korkusu gibi ciddi psikolojik belirtileri yaşayabilmektedir (Körükcü, 2018).



Şekil 3: Jinekolojik kanserler
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/doctor-holding-uterus-ovaries-model-ovarian-2257234589

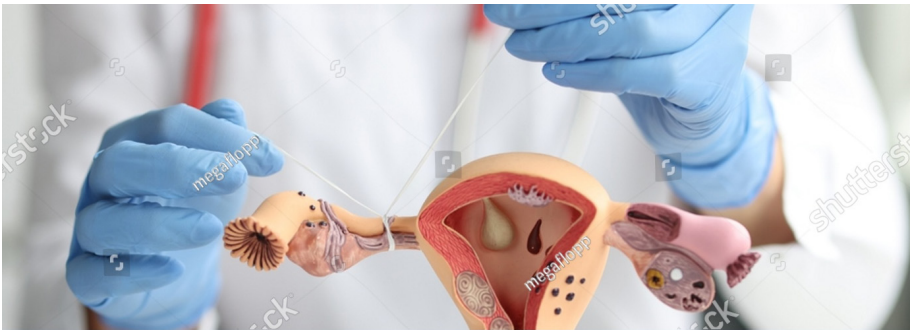
Jinekolojik kanserlerde önerilen tedavilerin hastalara anlatılması, bilgilendirilmesi ve aile üyelerinin kararlara katılımının sağlanması etik açıdan uygun bir yaklaşımlardır (Serçekuş ve Vardar, 2017). Jinekolojik kanserlerin tedavisinde kullanılan ilaçlara erişim bazen zor olabilir, ücreti yüksek yeni tedavilere maddi durumun kötü olduğu durumlarda hastaların ulaşamaması özellikle etik ilkelerden biri olan adalet kavramına ters düşmektedir. Yaşamın son dönemlerde hastaların yaşamı destekleyen tedavileri isteme ya da istememe hakkı vardır. Jinekolojik kanserlerde terminal dönemde hastalara ilişkin yapılan çalışmalarda yaşamın son dönemlerinde hastaların evlerinde olmak istedikleri hastanede kalmak istemedikleri bildirilmiştir (Ersoy, 2009; Aydın ve Atalay, 2022). Ötanazi jinekolojik kanser tedavisinde de etik açıdan en çok tartışılan konulardan biridir. Hastanın kendi istemiyle tıp destekli olarak yaşamına son verilmesi istemesi yaşama hakkı gibi ölüm hakkının da olup olamayacağı etik açıdan ele alınan ve en çok tartışılan etik sorunlardan biridir. Jinekolojik kanser tedavisinde özellikle terminal dönemde verilen palyatif bakımda amaç hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik verilen bakımdır ve özellikle bu dönemde pek çok karar verilmek zorundadır ve bu kararlar bir çok etik ikilemler de içermektedir. Kanser tedavi ve bakımında ciddi etik ikilemler yaşanmaktadır ve bu nedenle onkoloji alanında çalışan hemşirelerin bilgi ve becerisi kadar etik bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Aydın ve Atalay, 2022).

Tablo 1: Kanser tedavisi olan hastanın hakları
Hastanın kendisini önerilen tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkı
Radyoterapi, kemoterapi, ileri tanı testleri, cerrahi girişimleri reddetme hakkı
Tedaviden çekilme hakkı
Hastanın kendisine ilişkin tüm kararlara katılma hakkı
Karar verme sürecinde hastanın kendisinin yerine istediği kişiyi seçme hakkı
Hastalığı hakkında tüm gerçekleri bilme hakkı
Tedavisi hakkında tüm gerçekleri bilme hakkı
Mahremiyetin korunmasını isteme hakkı
Hastanın karar vermeden önce başka birisiyle (arkadaşları, hemşireleri, aile üyeleri gibi) seçenekleri tartışma hakkı
Kaynak: Ersoy, N. (2009). Onkoloji hemşireliğinde etik. *Türk Onkoloji Dergisi, 24*(4), 191-197.

8. Tubal Sterilizasyon ve Etik

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Tubal sterilizasyon, yaygın olarak kullanılan kalıcı bir aile planlaması yöntemidir. Geriye dönüşümsüz bir yöntem olduğundan uygulamaya ilişkin yasa ve yönetmelikler mevcuttur. Tubal sterilizasyon sonucunda kadın üreme yeteneğini kaybeder. Tubal sterilizasyon işlemi yapılmadan etik açıdan yapılması gereken en önemli

girişimler aydınlatılmış onam formunu imzatılması ve tüp ligasyon işlemine ilişkin ayrıntılı bilgi ve danışmanlık verilmesidir. Ülkemizde mevcut yasal düzenlemeler gereği, tüp ligasyon için evli kadınlarda eş izni gerekmektedir. Tüp ligasyon işleminde etik açıdan tartışılan konulardan biri, eş imzası olmadan işlemin yapılamayacağı durumudur. Kadının istediği halde eşinin istemediği durumunda tüplikasyon yapılmaması sonucunda kadının eşitilik, özgürlük, mahremiyet ve sağlık hizmeti alma hakkının ihlaline neden olmaktadır. Kadının kendi bedeni üzerindeki karar verme hakkının ve üreme hakkının ihlal edildiği düşünülmektedir (Dündar ve Özsoy, 2019; Küçük, 2017).



Şekil 4: Tubal sterilizasyon
Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/gynecologist-shows-how-ligate-fallopian-tubes-2102173702

9. Genital Mutilasyon (Kadın Sünneti) ve Etik

Geçmişte olduğu gibi günümüzde de kadınlar toplumsal cinsiyet temelli birçok ayrımcı uygulamaya maruz kalmaktadırlar. Kadın sünneti de kadınların maruz kaldıkları ve mücadele etmek zorunda oldukları kültürel uygulamalardan biridir. Kadın sünneti olarak adlandırılan kadın dış genital organlarının kesilmesi, kadın genital organlarının mutilasyonu (genital sakatlama/ genital amputasyon) olarak da ifade edilmektedir (Akdemir, 2017). Kadın sünnetinin kadına karşı şiddet olarak kabul edilmesinden bu yana 20 yıldan fazla zaman geçmiş olmasına karşın söz konusu uygulama halen Afrika'nın 29 ülkesinde, bazı Asya, Orta Doğu ve Latin Amerika ülkelerinde yaygın olarak uygulanmaktadır (Akdemir, 2017). Kadın sünneti psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına, gebelik sorunlarına ve cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan kadına zarar veren uygulamadır. Kadın sünneti, ihlal edilen haklar arasında ise en başta yaşama hakkı olmak üzere, sağlık hakkı, özgürlük ve kişi güvenliği hakkıdır. Kadın sünnetinin esasen sosyokültürel mitlerden ileri geldiğini, etik ilkelerden yarar sağlama, adalet ve zarar vermeme etik ilkelerine karşıdır (Akdemir, 2017; Perron ve ark., 2016).

10. Kadın Sağlığında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri anne ve bebekte beklenmedik acil durumların gelişebilen ve çok sayıda invaziv girişimlerin yapılması nedeniyle hasta sirkülasyonunun ve iş temposunun yoğun olduğu birimler olmasının yanı sıra etik ikilemlerin de sık görüldüğü birimlerdir. Kadın sağlığının gebelik, doğum, jinekolojik muayene, kürtaj, infertilite gibi tüm alanlarında yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler kadın sağlığını geliştirmesinin yanı sıra etik ikilemleri de beraberinde getirmektedir. Kadınlar için çoğunlukla mahremiyet içeren alanların yer alması ve dünyaya yeni gelecek başka bir canlının da yaşamının söz konusu olması gibi nedenlerle kadın sağlığı alanında etik ikilemlerle karşılaşılması kaçınılmazdır. Aynı zamanda, kadın cinsiyete özgü genital mutilasyon gibi kadına zarar veren ve aşağılayan uygulamalar da başlı başına etik sorunları oluşturmaktadır. Kadın sağlığı alanında yaşanan birçok etik ikilemin önüne geçilebilmesi ve etik sorunlar konusunda doğru kararlar alınabilmesi için bakım verici rolü kapsamında hemşirelerin, dünyada kadın sağlığı ile ilgili güncel bakım ve tedavi yaklaşımlarını takip etmesi ve etik durumların farkında olması, kadın sağlığı ile ilgili etik ihlallerde bireylerin haklarını savunması ve ilgili birimlere yönlendirmesi gereklidir. Kadın sağlığı alanında yaşanan hızlı gelişmelere uyum sağlama ve etik ikilemleri çözebilmeleri için hemşirelerin araştırmacı rolünü ön plana çıkararak etik konusunda araştırmalar yapması gerekmektedir. Savunucu rolü kapsamında ise kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin karar verme aşamasında kadın sağlığını ilgilendiren yasalar ve etik ilkelere bağlı kalmaları etik ihlalerin önlenmesi için önemlidir (Abiç ve Yılmaz, 2019; Öztürk ve ark., 2019).

11 Sonuç

Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri etik ikilem ve etik sorunların en sık görüldüğü birimlerdir. Etik ikilemlerin çözülememesi durumunda etik ihlaller kaçınılmazdır. Kadın sağlığına özgü etik kodlar ve standartlar oluşturulması, hizmet içi eğitimler ile hemşirelerin etik duyarlılığını ve tutumunu artırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi önemlidir.

Kaynakça / References

Abiç, A., ve Yılmaz, D. (2019). Güncel kadın sağlığı konuları: Etik ve yasal durum nedir? *Researcher Social Science Studies, 7*(1), 20-34.

Akdemir, D. (2017). İnsan hakları ihlali olarak kadın sünneti. *Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi, 5*(13), 1047-1065.

Aksu, S. ve Turgut, B. (2020). Kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8*(3), 688-700.

Aşçı, Ö. ve Gökdemir, F. (2017). Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. *Türkiye Klin J Obs Womens Heal Dis Nurs-Special Top*, *3*(3),151–62.

Aydın, D. ve Atalay, S. (2022). Hemşirelerin bakış açısından ölüm ve ötanazi ilişkisi üzerine fenomenolojik bir analiz. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 23*(43), 1033-1076.

Bal, Demirgöz, M., Dereli, Yılmaz, S. ve Kızılkaya, Beji, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2*, 139-146.

Bükecik, E. ve Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3*(2), 33-37.

Çiçek, Ö., Bilgiç, D., & Tokat, M. A. (2022). Investigation of nursing students' perceptions and protective approaches to premarital sexual experience and virginity by sex. *Fenerbahçe University Journal of Health Sciences, 2*(3), 579-590.

Dündar, T. ve Özsoy, S. (2019). Gönüllü sterilizasyonda eş onayı: Bir üreme hakkı ihlali mi? *Sted, 28*(3), 222-227.

Durmaz, S., Ozvurmaz, S., Adana, F. ve Kurt, F. (2021). Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *5*(1), 26-36.

Ersoy, N. (2009). Onkoloji hemşireliğinde etik. *Türk Onkoloji Dergisi, 24*(4), 191-197.

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2017). Professionalism in obstetric and gynecologic practice. *Int J Gynecol Obstet, 136*, 249–251

Güngör, İ ve Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*, 152-159.

Kahriman, İ. ve Yeşilçiçek, K. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 111-121.

Kızılırmak, A. ve Çakıcı, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin evlilik öncesi cinselliğe karşi tutumları ile kadına yönelik namus anlayışları arasindaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9*(2), 655-671.

Körükcü, Ö. (2018). Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*, 248-254.

Küçük, F. (2017). Kısırlaştırma ve hadımlaştırma. *İstanbul Barosu Dergis*i, *91*(3), 150-163.

Kumaş, G., Yalçın, S. Ö. ve Öztunç, G. (2019). Onkoloji hemşirelerinin tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri: Adana örneği. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 9*(2), 256-265.

Kurt, E. ve Tunca, Y. (2016). Temel etik ilkeler çerçevesinde gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemlere bir bakış. *Med Bull Haseki, 54*, 57-61.

Odabaş, R. K. ve Taşpinar, A. (2020). Jinekoloji ve obstetri alanlarinda adli olaylar ve ebelik yaklaşımı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(2), 143-150.

Okumuş, H., Çiçek, Ö. ve Tokat, M. A. (2015). Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2*(2), 1-12.

Özcan, H., Koçak, D. Y. ve Dağlı, A. (2020). Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: *Gümüşhane örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7*(3), 188-195.

Özpulat, F. (2017). Yardımcı üreme teknikleri, etik ve sağlık personelinin sorumlulukları. *Kastamonu Sağlık Akademisi Dergisi, 2*(2), 25-43.

Öztürk, M., Alan, S. ve Kadıoğlu, S. (2018). Çağdaş obstretride doğumhane: Yapısal ve işleyiş standartları. *Lokman Hekim Dergisi, 8*(3),198-204.

Öztürk, M., Alan, S. ve Kadıoğlu, S. (2019). Doğumhanede tıp etiği: Bir alan çalışması. *Çukurova Medical Journal*, *44*(1),183-194.

Perron, L., Senikas, V., Burnett, M., & Davis, V. (2016). Excision génitale féminine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *38*(12), 348-369.

Sarpkaya, D. ve Vural, G. (2014). Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(2), 124-127.

Sayar, T. ve Öztürk, Y.K. (2018). Türkiye'de uygulanan kürtajda eşin rızasını alma zorunluluğu ve amerikan yargısından bir örnek: Planned parenthood of southeastern pennsylvania v. casey kararı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, *20*(1), 321-349.

Serçekuş, P. ve Vardar, O. (2017). Jinekolojik kanserin aile üzerine etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 3*, 70-74.

Süt, H., T. ve Küçükkaya, B. (2016). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin himen muayenesi ve himenoplastiye karşı bakış açılarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *9*(2), 52-60.

Yıldırım, G. (2020). İnnatal dönem ve etik. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 50-58.

Yüksel, B. Ö. ve Baştu, E. (2017). İn vitrofertilizasyonun embriyo transferi ve oosit pick up kaynaklı komplikasyonları. *Türk Üreme Tıbbi ve Cerrahi Dergisi*, *1*(2), 112-115.

Zegers, H. F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., Mouzon, J., & Sokol, R. (2017). The international glossary on infertility and fertility care. *Fertility and Sterility, 108*(3), 393-406.

21. BÖLÜM / CHAPTER 21

GEBELİK-DOĞUM YÖNETİMİ VE ETİK

PREGNANCY-BIRTH MANAGEMENT AND ETHICS

Ezgi ŞAHİN[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Giresun, Türkiye
E-mail: ezgishn90@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.21

ÖZ

Etik, kelime olarak, kişi ya da mesleğin davranışlarını düzenleyen ahlaki ilkeler grubu ya da değerler topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Etik ilkeler etik açıdan karar verme sürecinde başvurulan genelleştirilmiş anlatımlar olup belli bir davranışın neden yapılması ya da yapılmaması gerektiğini gerekçesiyle açıklamaktadır. Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve yargılar arasında seçim yapmayı gerektirmektedir. Ayrıca etik sorunlar, etik ikilemlerin yoğun yaşanmasına ve sağlık profesyonellerinin zaman zaman ahlaki değerlerle ikilem yaşamasına neden olabilmektedir. Özellikle yaşanan etik ikilemler, kadın sağlığını etkileyen her alanda karşımıza çıkmakta ve kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebelik ve doğum yönetimi de; sağlık profesyonelleri ve sağlıklı/hasta bireylerler arasında çok sık etik ikilemlerin yaşandığı bir konu haline gelmektedir. Gebelik ve doğum sürecinde etik sorunlar ve etik ikilemler ile karşılaşmamak için, zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik, adalet ve dürüstlük gibi etik ilkelerin hemşireler tarafından rehber olarak ele alınması etik sorunların en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu nedenle, kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin değerler, etik kodlar, etik ilkeler, etik model/kuramlar ve sağlık ve hasta hakları konularında bilgi sahibi olması, bakım ve tedavide bu rehberlerden yararlanması gerekmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu bölümde; etik ilkeler çerçevesinde gebe takibinin gerçekleştirilmesi, cinsiyet seçimine yönlendirilmemesi, prenatal tanı testinin olası riskleri, sezaryenin spontan doğum için bir alternatif olmamasına ilişkin etik ilkeler ve etik sorunlar tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Etik, etik ilkeler, gebelik, doğum, hemşirelik

ABSTRACT

Ethics, as a word is defined as a set of moral principles or a community of values that regulate the behaviour of a person or a profession. Ethical principles are generalized statements used in the process of ethical decision-making and explain the reasons why a certain behaviour should or should not be done. Ethical problems require making a moral judgment and making a choice between judgments. In addition, ethical problems may cause ethical dilemmas to be experienced intensely and health professionals to experience dilemmas with moral values from time to time. In particular, ethical dilemmas are encountered in every field affecting women's health and can negatively affect women's health by causing ethical dilemmas. Pregnancy and birth management is also becoming a subject where ethical dilemmas are frequently experienced between health professionals and healthy/patient individuals. In order

to avoid ethical problems and ethical dilemmas in the process of pregnancy and childbirth, ethical principles such as non-harm/benefit, autonomy, justice, and honesty will contribute to minimizing ethical problems. For this reason, nurses working in the field of women's health should have knowledge about values, ethical codes, ethical principles, ethical models/theories, and health and patient rights, and should benefit from these guides in care and treatment. In line with this information, this section, it is aimed to provide information about the realisation of pregnancy follow-up within the framework of ethical principles.

Keywords: Ethics, ethical principles, pregnancy, birth, nursing

Extended Abstract

The word ethics comes from the Greek word "ethos" and is used synonymously with the words morality and moral and is the science of moral action. In other words, ethics is a field of science that analyses problems related to values in life, guides decisions, and actions, investigates within the framework of moral rules, and is accepted as the philosophy of values. Medical ethics is a global initiative dating back to the ancient world. The aim of medical ethics, which is the disciplined study of morality in medicine, is to develop medical ethics. Medical ethics realize this aim by determining the ethical obligations of health professionals towards their patients. In other words, medical ethics is a guiding and self-regulatory mechanism for the professional actions of health professionals within the framework of medical practice. Ethical dilemmas are unsolvable situations; in order to reach a common point on the solution; ethical principles and approaches should be taken as a basis. Ethical problems and ethical dilemmas can be encountered in all areas of the clinic, including women's health, and can negatively affect the health of individuals. In particular, ethical dilemmas arise in every field affecting women's health and can negatively affect women's health by causing ethical violations. It is the duty of health care professionals to prevent ethical violations in the health care of women who are already disadvantaged in every field. In this context, all professionals working in the field of women's health should be knowledgeable about ethical rules and adhere to ethical rules. In order for healthcare professionals to make ethical decisions in ethical dilemmas, it is important to know the ethical problems in the field of women's health and the laws related to women's health. Nurses, who communicate with patients the most among health professionals and play a key role in the care and treatment process, may face ethical problems with their increasing roles and responsibilities. Although nurses' views of ethical problems and ethical dilemmas and the solutions they develop may be different, ethics in nursing and the ability to make ethical decisions are closely related to the professionalization process of nursing. Therefore, ethical problems and ethical dilemmas experienced during

nursing care should be resolved for the benefit of the patient within the scope of professional ethics, human rights, and patient rights. For this purpose, nurses should be able to reflect their specialized knowledge, skills, and experiences in their professional practices and patient care by combining them with the rules of professional ethics. In particular, pregnancy and birth management has become a subject where ethical principles and dilemmas are frequently experienced between nurses and patients. In order to avoid ethical problems during pregnancy and birth, compliance with the principles of beneficence, autonomy, justice, honesty, non-harm, privacy, and confidentiality will minimize ethical problems. These ethical principles on which today's nursing is based constitute guidelines for the profession of nurses. In this chapter, ethical principles and ethical problems related to the follow-up of pregnant women within the framework of ethical principles, not being directed to gender selection, the possible risks of prenatal diagnostic testing, and that cesarean section should not be an alternative to spontaneous birth are discussed.

1. Giriş

Etik kelimesi Yunanca "ethos" sözcüğünden gelmekte, ahlak ve moral sözcükleriyle eş anlamlı olarak kullanılmakta olup ahlak eyleminin bilimidir (Pieper, 2012). Ahlak, ne yapmamız ve yapmamamız gerektiğine dair gerçek inançlarımızı ve bu inançlara dayalı davranışlarımızı içerir. Dolayısıyla etik kavramını, kendi içinde doğru ve yanlış davranışları, iyi ve kötüyü ayırt edebilmek olarak tanımlamak mümkündür (Kırıcı ve ark., 2020; Özcan ve ark., 2013). Başka bir ifade ile etik, yaşamda değerlerle ilgili sorunları çözümleyen, karar ve eylemlere rehberlik eden, ahlaki kurallar çerçevesinde araştıran ve değerler felsefesi olarak kabul edilen bir bilim alanıdır (Özcan ve ark., 2013; Şentürk, 2013).

Tıp etiği geçmişi, antik dünyaya kadar uzanan küresel bir girişimdir. Tıpta ahlakın disiplinli bir şekilde incelenmesi olan tıp etiğinin amacı, tıbbi ahlakı geliştirmektir. Tıp etiği, bu amacı sağlık profesyonellerinin hastalarına karşı etik yükümlülüklerini belirleyerek gerçekleştirir. Diğer bir ifade ile tıp etiği; tıp uygulamaları çerçevesinde, sağlık profesyonellerinin mesleki eylemleriyle ilgili bir yol gösterici ve özdenetim mekanizmasıdır (Aydın, 2013; Kurt ve Tınca, 2016). Bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte gelişen tıp, birçok sağlık sorununu çözerken birtakım değer sorunlarının ortaya çıkışına, etik sorunların yaşanmasına, etik ikilemlere ve sağlık profesyonellerinin zaman zaman ahlaki değerlerle çatışmaya düşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle karar ve eylemlerin; bilimsel, nesnel ve etik temele dayalı olması önemlidir. Bu noktada etik ilkeler, etik karar verme için yol gösterici olmaktadır (Özcan ve ark., 2013; Kızılkaya Beji ve ark., 2016).

Etik ikilemler; çözümü olmayan durumlar olup; çözüm üzerinde ortak noktaya varabilmek için; etik ilkeler ve yaklaşımlar temel alınmalıdır. Etik sorunlar ve etik ikilemler, kadın sağlığı dahil olmak üzere kliniğin her alanında karşımıza çıkarak bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Basso-Musso, 2012; Kızılkaya Beji ve ark., 2016).

Etik sorunları önlemek için, hemşirelerin etik ile etik ilkeler hakkında bilgi sahibi olması ve etik kurallara bağlı kalması gerekmektedir. Bu nedenle, bu bölümde gebelik ve doğum yönetiminde sıklıkla karşılaşılan etik sorunlar tartışılmıştır.

2. Gebelik Yönetiminde Etik

2.1. Cinsiyet Seçimi ve Etik

Cinsiyet seçimi veya cinsiyet tayini anne karnındaki fetüsün, isteğe bağlı cinsiyetinin belirlenmesidir (Koyun ve Örnek Büken, 2013). Cinsiyet seçimi, antik çağlardan günümüze kadar soyun devamı, mirasın korunması, veliahtlık gibi farklı gerekçelerle çeşitli tekniklerle

gerçekleştirilmiştir. Uygulanan teknikler ise; cinsel birleşme pozisyonun ve günlerinin belirlenmesi, özel beslenme, muska yapılması, dini ayinler ve dua okunması vb. gibi yöntemlerdir. Cinsiyet seçiminin, yasal ve sosyal yönleri olmakla birlikte cinsiyetin belirlenmesi, etik ikilem sorunlarını da oluşturmaktadır (Başar, 2017; WHO, 2010). Örneğin; insanoğlu anne karnındaki dişi fetüslerin öldürülmesini isteyerek, dişi nüfusunun sürekli azalmasıyla sonuçlanan süreci başlatmıştır. Bu bağlamda, ailenin istedikleri cinsiyette çocuğa sahip olmasına izin verilmeli midir? Cinsiyet seçimi doğal seleksiyonu ne şekilde etkiler?'' sorularını yanıtlamak gerekmektedir (Eker ve Şahin, 2018).

Cinsiyet seçimi, medikal ve medikal olmayan sebeplerden dolayı uygulanmaktadır. Medikal nedenler, cinsiyet bağlantılı genetik bozukluğa sahip bebeklerin doğumunu önlemektedir. Medikal olmayan nedenler arasında ise; ailelerin istedikleri cinsiyetten çocuk sahibi olmak istemesi, ölen çocuğu yerine aynı cinsten başka bir çocuk istemesi, cinsiyet seçiminin sosyo-kültürel, ekonomi ve kişisel nedenler yer almaktadır (Başar, 2017; Koyun ve ark., 2011; WHO, 2010). Özellikle medikal olmayan nedenlerden dolayı, cinsiyet seçimi ve bu seçimin çoğunlukla erkek lehine olması kadınlar aleyhine ayrımcılığı güçlendirerek, kadının aile ve toplum içindeki statüsünün azalmasına yol açmaktadır. Bu şekilde toplumsal cinsiyet rollerine verilen değerin öne sürülmesi ve cinsiyet ayrımcılığının yapılması etik açıdan kaygı yaratmaktadır (Başar, 2017; Koyun ve Örnek Büken, 2013; Şirin, 2008; WHO, 2010).

Anne ve babanın isteği doğrultusunda cinsiyet tayini yapıldığında ortaya çıkan etik sorunlar, yenidoğandan daha çok ebeveynlerden kaynaklanmaktadır. Cinsiyet seçimi ile ilgili tercih ve kararların, kadından ziyade erkek tarafından verildiği, özellikle de ataerkil toplumlarda erkek çocuk sahibi olunmadığında eşin yeniden evleneceği ya da üzerine kuma getireceği korkusunun bu kararın alınmasında önemli yere sahip olduğu bilinmektedir. Oysaki Anne Hakları Bildirgesi'nin bu konu ile ilgili 9. Maddesi'nde "*Her anne karar verilmesi gerekli durumlarda ve üreme işlemleri sırasında baba ile sorumlulukları paylaşmak hakkına sahiptir. Baba, annenin düşüncelerine saygı duyma sorumluğunu taşır. Annelik açısından her kadının eşi tarafından zorlanmama hakkı vardır. Üreme ile ilgili kararlar kadın ve erkek tarafından eşitlik ilkesi ve ortak sorumluluk ile alınmalıdır"* ifadesi bulunmaktadır (HAYAD, 2010).

Medikal olmayan nedenlerle cinsiyet seçimine ilişkin yasal yaklaşımlar incelendiğinde; bu konuya özgü herhangi bir yaptırımı olmayan ülkelerle birlikte, her durumda cinsiyet tayini uygulamalarının tamamen yasak olduğu ya da yalnız tıbbi gerekçelerle cinsiyet seçimine izin veren ülkeler bulunmaktadır (FIGO, 2008). Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinsiyet seçimini yalnızca genetik hastalıklar için önermektedir. Sonuç olarak; medikal olmayan nedenler dışında sadece cinsiyeti nedeniyle fetüsün yaşamına son verilmesi mutlak bir cinsiyetçi bir

yaklaşımdır. Bu bağlamda; sağlık profesyonelleri tıbbi zorunluluk dışında cinsiyet seçimine engel olarak, cinsiyet eşitliğini sağlamalıdır (Hadımlı, 2017; Şirin, 2008).

2.2. Gebelik ve Etik

Gebelik, bir kadının hayatındaki en özel ve önemli dönemlerden biridir. Gebelik döneminde etik sorunlar, gebelerin, bebeklerin ve sağlık çalışanların karşılaştığı ahlaki zorluklar ve çatışmalardır. Gebelik döneminde etik sorunlar; gebeliğin planlanması, gebeliğin devam ettirilmesi veya sonlandırılması, doğum yöntemi, doğum sonrası bakım gibi pek çok konuyu içermektedir. Gebelik döneminde etik sorunlar, temel etik ilkeler olan özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet ve gizlilik ile ilgilidir (Aydın, 2003; Fışkın ve Çilesiz, 2021; Hadımlı, 2017).

Gebelik döneminde özerklik ilkesi, anne adayının gebeliği planlama, devam ettirme veya sonlandırma, doğum yöntemi seçme gibi konularda bilgilendirilmiş rızasının/onamın alınmasını gerektirmektedir. Anne adayının özerkliği, bazen bebeğin sağlığı veya yaşam hakkı ile çatışabilmektedir. Örneğin, anne adayı gebeliği sonlandırmak isteyebilir, ancak bebeğin yaşama hakkı vardır. Ya da anne adayı doğal doğum yapmak isteyebilir, ancak bebeğin sağlığı için sezaryen gerekebilir (Aydın, 2003; Chervenak ve Mccullough, 2014).

Gebelik döneminde yarar sağlama ilkesi, anne adayının ve bebeğin sağlığına fayda sağlayacak müdahaleler veya testler yapılmasını gerektirmektedir. Anne adayının ve bebeğin yararı, bazen birbirine zıt olabilmektedir. Örneğin, anne adayının sağlığı için gerekli olan bir ilaç, bebeğe zarar verebilir. Ya da anne adayının psikolojik durumu için gerekli olan bir test, bebeğe zarar verebilir (Eker ve Şahin, 2018; Fışkın ve Çilesiz, 2021).

Gebelik döneminde zarar vermeme ilkesi, anne adayının ve bebeğin sağlığına zarar verebilecek herhangi bir müdahale veya test yapılmamasını gerektirir. Anne adayının ve bebeğin zararı, bazen kaçınılmaz olabilir. Örneğin, anne adayının hayatını kurtarmak için gerekli olan bir ameliyat, bebeğin ölümüne yol açabilir. Ya da anne adayının istemediği bir test yapmak, onun psikolojik olarak zarar görmesine neden olabilir (Fışkın ve Çilesiz, 2021; Kırıcı ve ark., 2020).

Gebelik döneminde adalet ilkesi, anne adayına ve bebeğe ırk, cinsiyet, yaş, din, kültür, sosyo-ekonomik durum gibi özelliklerine göre ayrımcılık yapılmamasını gerektirir. Anne adayının ve bebeğin adaleti, bazen kaynakların kısıtlılığı ile karşı karşıya kalabilir. Örneğin, anne adayının ve bebeğin sağlığı için gerekli olan bir tedavi, maliyetli veya erişilmez olabilir. Ya da anne adayının ve bebeğin sağlığı için gerekli olan bir test, yasal veya kültürel engellerle karşılaşabilir (Fışkın ve Çilesiz, 2021).

Gizlilik ilkesi, bireylerin sağlık bilgilerinin gizli tutulmasını ifade eder. Gebelik döneminde gizlilik ilkesi, anne adayının ve bebeğin sağlık bilgilerinin yalnızca yetkili kişilerle paylaşılmasını gerektirir. Anne adayının ve bebeğin gizliliği, bazen başkalarının hakları veya yükümlülükleri ile çatışabilir. Örneğin, anne adayının bulaşıcı bir hastalığı olduğunu öğrenmek, bebeğin babasının veya ailesinin hakkı olabilir. Ya da anne adayının genetik bir hastalığı olduğunu öğrenmek, bebeğin gelecekteki sağlık sorunlarına karşı önlem almasını gerektirebilir (Kırıcı ve ark., 2020; Fışkın ve Çilesiz, 2021).

Hemşirelerin, gebelik sürecini ilk defa deneyimleyen kadınların özerkliğine saygılı olması bağlamında gebelik ve gebelik takip süreçleri hakkında bilgi aktarımı ön plana geçmektedir. İyi bir sağlık hizmeti vermenin yanı sıra, bilgi desteğinin de sağlanması sürecin içerdiği zorlukların daha rahat aşılmasını sağlamaktadır (Aydın, 2003; Hadımlı, 2017). Bu bağlamda hemşireler, gebe ile kurdukları asimetrik ilişkide paternalist bir tutum sergilememeli, özerklik ve özerkliğe saygı ile bilgilendirme ve onam alma ilkelerini göz önünde tutarak sağlık hizmeti sunmalıdır (Aydın, 2003; Chervenak ve Mccullough, 2014). Bilgilendirilme, gebelerin yaşadıkları süreç ve kendilerine yapılacak uygulamalar konusunda akılcı kararlar almaları ve eylemlerde bulunmaları için gereklidir. Paternalist modele göre kurulmuş bir ilişki çerçevesinde, gebenin kendisiyle ilgili kararları tamamen takibini yapan sağlık ekibi üyelerine bırakmış olması, günümüzün medikososyal koşullarında kabul edilemez bir durumdur (Gürel ve ark., 2006; Kaya ve Serin, 2008). Gebenin özerk davranmasını desteklemek ve en son kararı kendisinin vermesi gerektiği mesajını açık ifade etmek, hemşirenin çağdaş rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. (Aydın, 2003; Demir, 2005; Eker ve Şahin, 2018).

2.3. Adölesan Gebelik ve Etik

Adölesan gebelikler, anne ölümlerin azımsanamayacak bir yüzdesini oluşturduğu için dünyada ve ülkemizde üreme sağlığı açısından önemli sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, adölesan gebelik sonucu olan doğum oranları; "Güney Afrika'da %71, Bulgaristan'da %39,4, Amerika Birleşik Devletleri'nde %22,3, Almanya'da %7.8 ve Kanada'da %11,1" olarak belirlenmiştir (WHO, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerine göre ise ülkemizde adölesan dönemde olan kadınların yaklaşık %4'ü çocuk doğurmaya başladığı belirtilmiştir (TNSA, 2018).

Adölesan gebeliği, tıbbi bir sorun olmakla birlikte etik ve ahlaki boyutları ile de incelenmesi ve tartışılması gereken önemli bir konudur. Bu nedenle adölesan gebelikleri önlemek ve buna bağlı anne ölümlerini azaltmak için sağlık ekibi üyelerine önemli sorumluluklar yüklemektedir. Hemşireler; bakım verici rolüyle birlikte, danışmanlık, sorun çözme ve savunuculuk

rolleri ile beraber etik sorunların çözümünde aktif rol oynamalıdır (Şirin, 2008; Yıldırım ve ark., 2014; Hadımlı, 2017; Kaya Odabaş ve Çoban, 2021). Etik sorunlara yaklaşımda ise, adalet, özerklik, yarar sağlama ve zarar vermeme etik ilkeleri rehber alınmalıdır. Adölesan gebeliğin her döneminde var olan ilke, yarar sağlama ilkesidir (Melekoğlu ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2014). Bu ilke doğrultusunda; adölesan gebeler, gebelik süreci boyunca her türlü zarardan korunmalı, antenatal takiplerle yakından izlenmeli ve izlem boyunca beslenme, hijyen, doğum, doğum sonu dönem ve bebek bakımıyla ilgili eğitimler vererek danışmanlık yapılmalıdır (Fisher ve ark., 2015; Güzel ve ark., 2016; Kaya Odabaş ve Çoban, 2021).

Özerkliğe saygı etik ilkesi çerçevesinde adölesan gebelere; yargılayıcı ve sorgulayıcı şekilde yaklaşılmamalı, gebeliğe devam etme düşüncesine saygı duyulmalı, gebeliğinden dolayı suçlanmamalı, bakım ve tedavisi kısıtlanmamalıdır. Aksi durumda gebenin davranışını ve kararını etkilemek, kadının özerkliğini ihlal ederek özerklik etik ilkesiyle çelişmektedir. Ayrıca adölesan gebeliğinin, gebe kadın dışında başkaları ile paylaşılması da etik bir sorundur (Göncü Serhatlıoğlu ve Kaya, 2018; Melekoğlu ve ark., 2013; Şentürk, 2013). Ancak hukuki olarak tespit edilen adölesan gebeliğin bildirimi zorunlu olup, bununla ilgili Türk Ceza Kanunu'nun da *"15 yaşın altındaki çocuğa karşı gerçekleşen her türlü cinsel eylemi şikayete bakmaksızın suç olarak kabul edilmektedir"* ifadesi yer almaktadır. Bu tür durumlarda etik sorunlar karşısında verilen kararlar, yasalarla çelişebilmektedir (TC. Resmi Gazete Türk Ceza Kanunu, 2004).

Hemşireler, klinik ortamlarda etik sorunlarla karşılaştıklarında sorunun çözümüne ilişkin karar verme aşamasında zaman zaman zorlanmaktadır. Bu nedenle etik sorunlar karşısında verilen kararlar, kişiden kişiye değişebilmektedir. Hemşirelerin mesleki etik ilkeler doğrultusunda; adölesan gebeliklere gerekli özeni göstererek ve gizlilik ilkesine uygun hareket ederek bakım vermesi beklenmektedir (Hadımlı, 2017; Kaya Odabaş ve Çoban, 2021; Şentürk, 2013; Şirin, 2008). Ayrıca adalet etik ilkesi çerçevesinde adölesan gebeliğe yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin, risk taşıyan tüm adölesanlara sunulması gerekmektedir. Bu noktada, hemşirelerin kurum ve kuruluşlar ile birlikte işbirliği yaparak; korunma yöntemleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güvensiz ve korunmasız cinsel ilişki, istenmeyen gebelik durumu ve adölesan gebeliklerle ilgili komplikasyonlar gibi konuları içeren adölesanlara yönelik üreme sağlığı ve cinsel sağlık eğitim programları düzenlemelidir (Hadımlı, 2017; Foster ve Lasser, 2015; Göncü Serhatlıoğlu ve Kaya, 2018).

2.4. Kürtaj ve Etik

Kürtaj veya gebeliğin sonlandırılması, anne-baba adayının yasal olarak 10 haftaya kadar istekleri doğrultusunda ya da tıbbi nedenlerden (fetüse ya da anneye ait bir sorun nedeniyle)

dolayı istekleri dışında yapılan tıbbi müdahale sonucunda gebeliğin sona erdirilmesi işlemi olup, tıp etiğinin en çok tartışılan konularından birisidir (Dölen ve Özdeğirmenci, 2003). Kürtajda etik sorunlar incelendiğinde; embriyonun yaşama hakkı, gebe kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı, kürtajın yasal süresi, baba adayının rızasının alınması ve çoğul gebeliklerde seçici olarak sonlandırılma gibi konular görülmektedir (Keskin, 2015; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Kurt ve Tunca, 2016; Ülman, 2007).

Dünyada her yıl yaklaşık olarak kırk altı milyon kadının tıbbi nedenler olmaksızın gebeliğini isteyerek sonlandırdığı bilinmektedir. Bu kadınların yüzde yirmi beşi ise, yalnızca kadının yaşamının tehlikede olduğu durumlarda izin verildiği ülkelerde yaşamaktadır (TJOD, 2015). Ancak bu ülkelerde, güvenli olmayan yollarla gerçekleştirilen kürtaj nedeniyle anne ölümlerinin arttığı da görülmektedir. Bu nedenle kürtajın yasaklanması da etik ikilemlere sebep olmaktadır (Türk Tıp Öğrencileri Birliği Görüş Bildirisi, 2012).

Kültürel çeşitliliğin yaşandığı dünyada gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin yaklaşımlar; ırksal, ekonomik, siyasî, tıbbî, dinî sebeplerle ve yasal açıdan her ülkede farklılık gösterebilmektedir. Bazı ülkelerde (Mısır, Haiti, Şili, Pakistan, Peru, Kamerun ve Nikaragua vb.) gebeliğin sonlandırılmasının her ne sebeple olursa olsun yasak olduğu görülürken, diğer ülkelerde ise kadının hayati tehlikesi olduğu durumlarda, fetüsün ağır fetal anomali tanısı alma durumlarında, tecavüz ve evlilik dışı ilişki sonucu gerçekleşen gebelik durumlarında gebeliğin sonlandırılması yasal olarak kabul edilmektedir. Çin, Fransa, Rusya, Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde ise gebeliği sonlandırmanın yasal ve isteğe bağlı olarak hiçbir kısıtlama olmaksızın gerçekleştirilebildiği görülmektedir (Center for Reproductive Rights, 2011; Center for Reproductive Rights, 2014). Ülkemizde ise isteğe bağlı ya da tıbbi endikasyonla gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin ilk yasal düzenleme, 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'dur. Bu kanunda yer alan ifade *"Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine döl yatağı tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir"* şeklindedir (2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. 27.05.1983 Tarihli ve 18059 Sayılı Resmî Gazete).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne göre; insanın doğuştan gelen, vazgeçilemez ve devredilmez haklarından biri olan kişilik hakları çerçevesinde değerlendirilen kendi bedeni üzerinde karar verme ve kendi geleceğini belirleme hakkı, özerklik ilkesi çerçevesinde de değerlendirilmektedir. Çünkü bir insanın beden özgürlüğü, tıbbi uygulamalar ve kendi bedeni

üzerinde uygulanacak girişimler karşısında karar alması, hasta özerkliği çerçevesinde en temel özgürlüklerinden birisidir (Ülman, 2007). Bu temel hak doğrultusunda özerk bir varlık olan gebe kadınların, fetüsün varlığını sonlandırması hakkından yoksun bırakılması özerklik gibi bir takım haklarını sınırlamak anlamına gelmektedir. Ayrıca fetüsün varlığını sürdürmesi adına; gebe kadının davranışlarını ve kararlarını etkilemekte, kadının özerkliğini ihlal anlamına geleceğinden, sorun oluşturabilmektedir. Ancak bu durumda, gebe kadının özerklik hakkı ile fetüsün yaşama potansiyeline sahip bir varlık olarak taşıdığı kimliğin niteliği konusunda etik ikilem ortaya çıkmaktadır (Eker ve Şahin, 2018; FIGO, 2008; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Ülman, 2007).

Hemşireler zarar vermeme ve yararlı olma ilkeleri doğrultusunda, gebe kadını her türlü zarardan korumakla yükümlüdür. Ancak gebeliğin sonlandırılması durumunda, anne yararı söz konusu iken, fetüsün zarar görmesi söz konusudur (Sarıtaş, 2012). Dolayısıyla, hemşireler zarar vermemek ve yararlı olmak adına anne ile birlikte fetüsü de korumak zorundadır. Ancak fetüsü zarardan koruma yükümlülüğü, aynı zamanda annenin özerkliği konusunda etik ikilemde kalınmasına yol açmaktadır. Bu ikilem yaşandığında ise, hemşirelerin fayda sağlamayı içeren yarar sağlama ilkesinde, "gebe mi fetüs mü" sorusunda faydanın en fazla kime yararı olacak ise, o taraf lehine karar vermelidir. Çünkü etik olarak yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesinin üzerinde yer alan bir ilkedir (Kurt ve Tunca, 2016; Özcan ve ark., 2013; Soğukpınar ve Baykal Akmeşe, 2016).

Gebeliğin sonlandırılmasında etik sorunların bir kısmını da, fertilizasyon anından itibaren fetüsün de bir bireyle aynı değerde görülerek yaşam hakkının olup olmadığı konusu oluşturmaktadır (Kurt ve Tunca, 2016; Sarıtaş, 2012). Bu bağlamda; ''Fetüs birey midir?'' , ''Ya da ne zaman birey olarak kabul edilmesi gerekir?'' soruları sonucunda eğer fetüs "insan" ya da "birey" olarak kabul görülecekse, o halde adalet ilkesi gebelik sonlandırma işlemini her zaman yasaklayacaktır. Çünkü bu durum, fetüsün yaşam hakkını elinden alma ve ona zarar verme olarak kabul görmektedir (Ülman, 2007; Sarıtaş, 2012). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde de yaşama hakkından bahsedilirken, yaşamın başlangıcı ve sonu hakkında net bir açıklama yoktur. Sözleşmede yer alan "herkes" kavramında fetüsünde dahil olup olmadığı bir tartışma konusudur. Ancak Türk Medeni Kanunu'nda, fetüsün yasal statüsü yer almaktadır. Medeni Kanunu'n 28. maddesinin ikinci fıkrasına göre *"birey sağ ve tam doğmak koşulu ile ana rahmine düştüğü andan itibaren hak sahibi olabilmektedir. Medeni Kanun, ceninin hak sahibi olabileceğini kabul etmekte ancak bunu tam ve sağ doğma koşuluna bağlamaktadır"* ifadesi yer almaktadır (Türk Medeni Kanunu).

Gebeliğin sonlandırılması bağlamında; dünyanın birçok ülkesinde gebelik sonlandırma işleminin yasal olup olmadığı, yasalarla bu işlemin düzenlenip düzenlenemeyeceği, kadının kararı doğrultusunda yaşamına son verilenin sadece bir hücre mi ya da ileride yaşama şansı olan bir birey mi olduğu ve gebeliği sonlandırmanın bir kadın hakkı olup olmadığı tartışılmaktadır (Komut, 2011; Kurt ve Tunca, 2016). Etik olarak değerlendirildiğinde ise; gebeliğin tıbbi gereklilik dışında sonlandırılması etik açıdan her daim çok da kabul edilen bir uygulama değildir. Bu nedenle; sonlandırma işlemine karar verilirken her olay kendi özelinde değerlendirilmeli, gebeliğin sonlandırılmasına neden olan faktörler belirlenerek buna yönelik girişimlerin yapılması gerekmektedir. Eğer fetüs; aile planlaması yöntemi kullanmama sonucu oluşan istenmeyen bir gebelik ürünü ise ya da anne adayının hayatı için tehlike oluşturuyorsa, kadının gebe kalmamasını gerektiren bir hastalık veya genetik geçişli önlenemeyen majör fetal anomaliler gibi tıbbi nedenlerden ve tecavüz gibi sosyo-kültürel nedenlerden dolayı istenmeyen bir gebeliğin sonlandırılması hakkı, her kadına temel etik ilkeler doğrultusunda sadece kendisinin alabileceği bir karar şeklinde tanınmalıdır (Dönmez, 2007; Kurt ve Tunca, 2016).

2.5. Prenatal Tanı ve Etik

Sağlık alanında teknoloji kullanımının artması ile yapılan testlerle birlikte embriyoya implantasyon öncesi ulaşılabilmekte ve fetüsün genel sağlık durumu, genetik ve fiziksel özellikleri hakkında anne-baba ve sağlık profesyonellerine bilgi verilebilmektedir. Gebelik takibinde, prenatal tanı yöntemleri olarak adlandırılan bu testler rutin uygulamadaki yerini almıştır. Böylece, fetüste var olan veya olma olasılığı bulunan sağlık sorunları saptanarak tedavi edilebilir ya da gebeliğin sonlandırılmasına karar verilmektedir. Örneğin; prenatal tanı test sonucu fetüsün zihinsel ve fiziksel anomaliye sahip olması sonucu, anne ve baba adayları gebeliğin sonlandırılmasını isteyebilmektedir (Berceanu ve ark., 2014; Koçak ve ark., 2015; Potur ve ark., 2009; Zindler, 2005). Ancak gebeliğin sonlandırılmasına karar verilirken, anne adayının özerk seçim yapma hakkına karşı fetüsün yaşam hakkı arasında bazı etik ikilemlerle karşılaşabilmektedir (Berceanu ve ark., 2014).

Prenatal tanı testinin yarattığı bir diğer etik sorun ise; tanı testinin bir önceki doğan çocuğun hastalığının tedavisi nedeniyle uygulanmasıdır. Bu uygulama ile ilgili iki görüş savunulmaktadır. Birinci görüşe göre; bu uygulamanın başka bir tedavi alternatifi olmayan kardeş için son çare olabileceğinden dolayı etik olarak uygun olduğu savunulurken, diğer bir görüşe göre ise; embriyonun bir amaç doğrultusunda araca dönüştürüldüğü düşüncesi nedeniyle etik açıdan uygun olmadığı yönündedir (Kalkan Oğuztürk, 2011; Topçu ve Yalım, 2015).

Prenatal tanı testlerinin ne olduğunu, testlerin anne ve/veya fetüse ilişkin olası risklerini, test sırasında ve sonrasında izlenecek olan prosedür ve tedavi yönteminin olumlu ve olumsuz tüm yönlerini etik ilkeler doğrultusunda anne ve baba adayına ayrıntılı bir şekilde anlatılarak, anne-baba adayının tamamen kendi seçimini yapmasına izin verilmelidir. Ayrıca, sağlık ve hastalık kavramları dışında prenatal tanı yöntemleri aracılığıyla fetüsün cinsiyetinin saptanması ve herhangi bir hastalığı bulunmayan kız çocukların kürete edilmek istenmesi de etik olarak tartışılmaktadır (Çaha, 2014; Dondropt ve ark., 2013; Koyun ve Büken, 2013).

3. Travay, Doğum Süreci ve Etik

Travay, doğum sürecinin en önemli aşamalarındandır. Doğum süreci ise travayın son aşamasıdır ve bebeğin doğumunu kapsamaktadır. Doğum süreci, hem anne hem de bebek için bir dizi fiziksel ve duygusal zorlukları içeren bir deneyimdir. Bu süreçte, hemşireler farklı etik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle doğum kliniklerinde çalışan hemşirelerin; mesleki etik ilke ve kodlar doğrultusunda eylemde bulunmaları, yapılacak uygulamalar konusunda gebeden bilgilendirilmiş onamı almaları, gebenin mahremiyetini korumaları ve kültürel çeşitliliğe saygı duymaları, doğum tercihi konusunda birlikte karar vermeleri ve gebenin verdiği kararlara saygı duymaları, kaliteli ve nitelikli sağlık bakım hizmeti sunmaları ve gebenin haklarını savunmaları, etik sorunların ve etik ikilemlerin çözülmesinde yarar sağlayacaktır (American College of Nurse-Midwives, 2015; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2014; Aşcı ve Gökdemir, 2017).

Doğum yönetiminde karşılaşabileceğimiz ilk etik sorun, gebenin mahremiyetine saygı gösterilmemesidir. Doğum süreci sırasında, birçok tıbbi çalışan olabilir ve her biri gebenin vücut bütünlüğüne saygı göstermekle sorumludur. Bu durum; gebenin gizliliğini korumak, tıbbi prosedürler yapılırken onu başkalarının gözünden izole etmek anlamına gelmektedir. Örneğin, bir doğum sırasında tıbbi öğrencilerin orada bulunması tamamen gebenin onayına bağlı olmalıdır Eğer gebe bu süreçte kendini rahatsız hissederse, gebeye daha rahat ve sakin bir ortam sağlanmalıdır. Ayrıca, anne adayının doğum sürecinde kişisel bilgilerinin korunması ve paylaşılması da mahremiyet ilkesi ile ilgilidir. Obstetrik şiddet ve ihmal, doğum yönetiminde karşımıza çıkan diğer bir etik sorun olup; doğum sırasında anne adayına fiziksel, psikolojik veya cinsel şiddet uygulanması veya ihmal edilmesi (bakım ve yardım alamama, istenmeyen veya uygunsuz prosedürler, vb.) etik bir ihlaldir. Bu durumlar, anne adayının onurunu, mahremiyetini ve güvenliğini tehdit etmektedir (Akın ve ark., 2021; Yıldırım, 2020).

Anne adayının doğum yönetimi ile ilgili bilgilendirilmesi ve rızasının alınması ise bilgilendirilmiş onam ilkesi ile ilgilidir. Travay süreci, birçok beklenmedik durumla karşı-

laşabilecek bir dönemdir. Bu nedenle travay sürecinde, gebelerin bilgilendirilmiş onayı ve iletişimi oldukça önemlidir. Gebeler, sağlık ekibi üyelerinden doğum süreci hakkında kendilerine yeterli bilgi vermesini beklemektedir. Ayrıca, kadınların bilgilendirilmiş onam hakları ve doğal doğum tercihleri göz ardı edilmeden gebelerin tercihlerine saygı duyulması ve onların doğum sürecine dahil edilmesi gerekmektedir. Çünkü travay sürecinde ya da doğum sırasında anne veya bebekte tıbbi sorunlar ortaya çıkabilir, bazen de tıbbi müdahalelere (epidural anestezi, suni sancı, epizyotomi veya forseps vb.) gereksinim duyulabilmektedir. Bu müdahalelerin amacı, anne veya bebek için riskleri azaltmak veya doğumu kolaylaştırmaktır. Ancak bu müdahalelerin de bazı yan etkileri veya komplikasyonları olabilir. Örneğin, sağlık profesyonellerinin ihmali veya hatalı uygulamaları sonucunda anne veya bebekte ciddi komplikasyonlar veya ölüm gibi malpraktis olguları (makrozominin saptanamaması, aşırı kristaller manevrası, brakiyal pleksus yaralanması, hipoksik iskemik ensefalopati, subgaleal kanama ve fetal kafatası kırığı vb.) meydana gelebilmektedir. Bu durumlarda sağlık ekibi üyeleri etik sorunlarla ve yasal süreçlerle karşı karşıya kalabilmektedir (ACOG, 2014; Akın ve ark., 2021; Aşcı ve Gökdemir, 2017; Lothian, 2009; Öztürk ve Alan, 2015; Yıldırım, 2020;).

Özerkliğe saygı ilkesi gereği kadınlar, normal doğum veya sezaryen gibi farklı doğum yöntemleri arasında seçim yapabilmektedirler. Bir kadının seçimi; sadece rıza/onam formundaki tıbbi bilgilerle değil, kültürel fikirler, doğum bakım organizasyonu ve kadınların hayatındaki toplumsal sınırlamalar ile de ilgilidir. Ancak bu seçim, hekimin tavsiyesi, gebenin tıbbi uygulamayı reddetmesi, sağlık kuruluşların politikası, maliyet ve kültür gibi faktörlere de bağlı olabilir. Bazı durumlarda da, bebeğe zarar verme ihtimalinden dolayı gebelerin istedikleri doğum yöntemini seçmelerine izin verilmez veya baskı altında bırakılırlar. Bu durumda, kadınların özerkliği ve onurları ihlal edilmiş olmaktadır. Bu nedenle doğum yönetimi süresince gebeyle birlikte olan sağlık ekibi üyelerinin etik ilkeleri doğrultusunda; gebeye gerekli bilgilendirmeleri yaparak, daha az müdahale ile kadınların sağlıklı doğum yapmalarını, anne ve bebek sağlığının gelişimine katkıda bulunmaları gerekmektedir (Akın ve ark., 2021; Foster ve Lasser, 2015; Öztürk ve Alan, 2015; Yıldırım, 2020).

Sonuç olarak; travay ve doğum sürecinde karşılaşılan etik sorunlar, hem anne-bebek hem de sağlık ekibi üyeleri için önemli bir konudur. Bu etik sorunlar, sağlık ekibi üyeleri tarafından anne ve bebeğin güvenliği ve refahı gözetilerek ele alınmalıdır, ayrıca bu etik sorunlara doğru ve duyarlı bir yaklaşım ile çözüm bulunması, her iki tarafın da memnuniyetini sağlayacaktır. Bu nedenle; sağlık ekibi üyelerinin tıbbi müdahale, bakım ve tedavi konusunda her türlü müdahale ve kararda etik ilkeler çerçevesinde hareket etmeleri son derece önem taşımaktadır.

3.1. Sezaryen ve Etik

Tüm dünya genelinde geçmişten beri var olduğuna dair bir takım kanıtları olan sezeryan; vajinal doğumun anne ve/veya bebek için morbidite ve mortalite riski oluşturduğu durumlarda majör bir cerrahi girişim olan abdominal cerrahi girişim ile bebeğin uterin ortam dışına alınmasıdır (Selinger, 2013; Korkut S, Kaya, 2019). Sezaryen, tıbbi endikasyonlar dahilinde uygulanmaya konulduğunda anne ve bebeğin yaşamını kurtarmak adına en son yapılacak bir cerrahi operasyon iken, son on yılda dünya genelinde tıbbi zorunluluklar dışında sezaryen oranlarında istikrarlı bir artış olduğu görülmektedir. Bu artışın sebebi ise, anne adaylarının isteği ve hekimlerin iş yükünü kolaylaştırmasıdır (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Öztürk, 2012). Oysaki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tıbbi endikasyon oranlarını dikkate alarak sezaryan doğumların %10-15 arasında olması gerektiğini belirtmiştir (Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, 2015). Ülkemizde ise, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen doğum oranı %52 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018).

Sezaryenin tıbbi gereklilik dışında uygulanması ile ilgili anne ve bebek için fayda sağlayan hiçbir kanıt bulunmamaktadır, aksine sezaryen sonrası hem annenin hem de bebeğin sağlığını etkileyebilen kısa ve uzun vadeli risklerle birlikte, sezaryen oranlarının artışı sağlık bakım maliyetlerinde önemli bir artış getirmektedir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Korkut ve Kaya, 2019; WHO, 2018). Ayrıca tıbbi gerekçe olmadan uygulanan sezaryenler bazı etik sorunların (zarar vermeme-yarar sağlama, adalet, özerklik, vb.) ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle gebenin tıbbi zorunluluk dışında sezaryen tercihi, sağlık ekibi üyeleri tarafından değerlendirilirken etik ihlallere yol açmayarak etik ilkeler doğrultusunda karar alabilmelidir. Özellikle gebe kadının vajinal doğumdan korkması, sezaryen doğumun daha güvenli algılanması, riskli ve ileri yaş gebelik artışları, hekimlerin doğum zamanını belirlemesi, vajinal doğuma ilişkin sorumluluk almak istemeyip "elektif sezaryen doğum güvenli" bakış açısı ile gebeyi sezaryene yönlendirmesi birçok tıbbi ve etik bazı tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Chervenak ve McCullough, 2013; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Korkut ve Kaya, 2019).

Zarar Vermeme ve Yarar Sağlama İlkesi: Sağlık hizmetleri açısından zarar vermeme ilkesi, isteyerek ya da istemeyerek, zarara neden olmaktan kaçınma, zararı önleme ve olası zararları en aza indirmektir. Yarar sağlama ilkesi ise şefkat ve merhamet duygusuyla sağlık profesyonellerinin hastanın sağlığını ve refahını geliştirmeyi ifade etmektedir (Soğukpınar ve Baykal Akmeşe, 2016; Korkut ve Kaya, 2019). Sezaryen doğum ya da normal doğum kararı verirken, zarar vermeme ilkesi doğrultusunda anne ve bebek için sağlayacağı faydalar

veya kısa ve uzun dönemde getireceği risklerle birlikte değerlendirilerek kararların alınması önem arz etmektedir (Aktaş ve Gönenç, 2011; Korkut ve Kaya, 2019). Kadınlar, sezaryen doğumu, inkontinans ve pelvik organ prolapsusunu önleyeceği ve doğum ağrısı çekmeyeceği düşüncesiyle tercih etmektedir. Ancak annenin yararına gibi görülen bu karar, hem anne hem de fetüse zarar verebilmektedir. Çünkü sezaryen doğum sonrasında, annenin sağlığı (doğum sonrası enfeksiyonlar, hemoraji, uterus rüptürü, plasental implantasyon problemleri ve histerektomi), çocuğun sağlığı (solunum problemleri, astım ve obezite) ve gelecek gebelikler için de riskler taşımaktadır (WHO, 2015; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Bu nedenle, isteğe bağlı sezaryenin etik açıdan zarar vermeme–yarar sağlama etik ilkeleriyle çelişmesi nedeniyle bir kez daha düşünülmesini gerekli kılmaktadır (Aktaş ve Gönenç, 2011; Korkut ve Kaya, 2019).

Özerklik İlkesi: Kişinin kendi bedeni üzerinde karar verebilme yetkinliği olarak tanımlanabilir. Özerklik ilkesi gereğince, gebenin doğum yönetimi konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi, sezaryenin yararları ve anne-bebek açısından riskleri hakkında tam anlamıyla bilgilendirilmesi ve hiçbir şekilde yönlendirilmeden karar vermesi gerekmektedir (Soğukpınar ve Baykal Akmeşe, 2016; Korkut ve Kaya, 2019). Gebenin; kendi bedeni üzerinde söz sahibi olması, fetüs/yenidoğan açısından yaralanma, sakatlanma, zarar görme, ölüm gibi riskleri göz önüne alındığında fetüs/yenidoğan özerkliği açısından çelişki yarattığı düşünülmektedir (Aktaş ve Gönenç, 2011; Tosun ve Kadiroğlu, 2014). Fakat bu noktadaki asıl etik sorun, kadının kararını nasıl verdiğidir. "Sezaryen doğumu isteyen sadece gebe midir?" ve "Bu bilinçli bir istek midir?", "Yoksa kadının bu isteğinde hekim yönlendirmesi var mıdır?". Bu nedenle, kadının sezaryene yönelik karar verme sürecinde hekimlerin yalnızca bilgilendirici rolü üstlenmeleri gerekmektedir. Aksi durumda; gebe kadının ve sağlık çalışanlarının yenidoğan adına karar vermesi, özerklik ilkesi ile ilgili etik sorunların daha karmaşık hale gelmesine yol açmaktadır (Tosun ve Kadiroğlu, 2014; Korkut ve Kaya, 2019; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021).

Adalet İlkesi: Sağlık hizmetlerinde adalet ilkesi; dürüst ve tarafsız bir şekilde davranmak, kaynakların ve verilen hizmetin gereksinimlere göre adil ve eşit bir şekilde dağıtılması ve kullanılması anlamını taşır. Burada etik yönünden sorunsal olarak gözüken nokta, tıbbi kaynakların birey ve topluma adaletli bir şekilde dağıtılıp dağıtılmadığıdır. Çünkü tıbbi kaynakların her bireye yeterince ulaştırılamaması bireyin sağlık hakkını zedeler ve bu durum beraberinde etik tartışmalar getirmektedir. (Aktaş ve Gönenç, 2011; Soğukpınar ve Baykal Akmeşe, 2016).

Adalet ilkesi doğrultusunda, gebenin sosyo-ekonomik durumuna göre doğum yöntemlerinin değişmemesini, bireyin tercihiyle bu hizmet ve imkanlardan adil bir şekilde faydalanmasını gerektirmektedir. Ancak özel sağlık kuruluşlarında sezaryen doğum için daha fazla para ödenmesi "parası olan sezaryen oluyor" izlenimini vermektedir. Maalesef ki bu durumda sağ-

lık hizmetlerinde adalet ve eşitlik ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadır (Aktaş ve Gönenç, 2011). Bu nedenle tıbbi gereklilikler dışında sezaryen doğum yapmak etik değildir ve tıbbi gerekçelerle yapılması esas olup normal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar gebelere kaliteli bir bakım sunulması, gebe okulu eğitimlerinde; alternatif doğum yöntemleri ve doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri (gevşeme teknikleri-nefes egzersizi) konusunda danışmanlık hizmetinin sağlanması hem etik ilkelerin zedelenmemesine hem de anne-bebek sağlığı açısından yarar sağlayacaktır (Korkut ve Kaya, 2019).

4. Gebelik-Doğum Yönetiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık profesyonelleri içerisinde sağlıklı/hasta birey ile en fazla iletişim kuran, bakım ve tedavi sürecinde kilit rol oynayan hemşireler, artan rol ve sorumlulukları ile birlikte etik sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşirelerin etik sorunlar karşısında olaya bakışı ve geliştirdiği çözüm farklı olabilmekle birlikte, hemşirelikte etiğin gündeme gelmesi ve etik karar verebilme becerisi hemşireliğin profesyonelleşme süreciyle yakından ilişkilidir (Basso-Musso, 2012; Eker ve Şahin, 2018; Hadımlı, 2017). Literatürde hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar incelendiğinde; bakımı ve tedavisi konusunda sağlık ekibinin diğer üyeleri ve meslektaşlarının farklı yaklaşımlarda veya etik dışı tutumlarda bulunması, aydınlatılmış onam alma, sınırlı tıbbi kaynakları paylaştırma, hasta haklarını korunması gibi sorunların olduğu belirtilmektedir. Ancak, her durumda hemşirelerin bu etik sorunları tanıması ve bu sorunları çözümleme aşamasında doğru karar verebilmeleri beklenmektedir (Basso-Musso, 2012; Eker ve Şahin, 2018; Kırıcı ve ark., 2020). Bu nedenle; karar ve eylemlerinin de, tamamen kanıta dayalı, bilimsel ve etik ilkelere dayalı olması gerekmektedir. Bu etik ilkeler hem hasta memnuniyeti hem de sağlık hizmetlerinde kalite bağlamında, tüm sağlık çalışanları için önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda hemşireler için gerekli olan etik ilkelerin; "zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi, özerklik-bireye saygı ilkesi, adalet ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi" olduğu belirlenmiştir. Bugünün hemşireliğinin dayandığı bu etik ilkeler, hemşirelerin meslekleri için rehber kurallar oluşturmaktadır (Basso-Musso, 2012; Eker ve Şahin, 2018; Hadımlı, 2017; Kırıcı ve ark., 2020).

Sonuç olarak; gebelik ve doğum sürecinde karşılaşılan etik sorunların çözümü için hemşirelerin etik bilinç ve becerilerine sahip olması gerekmektedir. Hemşireler; etik sorunları tanımlayabilmeli, analiz edebilmeli, değerlendirebilmeli ve uygun müdahaleleri yapabilmelidir. Hemşirenin etik sorunlarda birkaç rolü vardır:

1. *Danışmanlık Rolü:* Hemşireler, gebe poliklinikleri, doğum klinikleri gibi kadın sağlığı alanındaki uygulamalarda kadınlar ve aileleriyle iletişim halindeyken etik sorunlarla karşılaşabilirler. Bu durumlarda, hemşireler kadınlar ve aileleriyle etik sorunları tartışmak, farklı seçenekleri değerlendirmek ve yardımcı olmak için danışmanlık rolünü üstlenirler.
2. *Savunuculuk Rolü:* Hemşireler, kadınların haklarını ve çıkarlarını koruma sorumluluğuna sahiptir. Etik sorunlar ortaya çıktığında, hemşireler kadınların doğru ve adil bir şekilde muamele görmesini sağlamak için savunuculuk rolünü üstlenirler. Bu, kadının iyiliğini korumak, iletişimde sorunları çözmek ve ayrımcılığa karşı mücadele etmek gibi faaliyetleri içerebilir.
3. *Karar Verme Rolü:* Hemşireler, etik sorunların çözümünde aktif bir rol oynarlar. Bu rolde, hemşireler bilgi ve deneyimlerini kullanarak kadının bakımıyla ilgili kararlar almada liderlik yaparlar. Bunlar, kadın sağlığı alanındaki uygulamalarda etik ilkeler çerçevesinde mahremiyeti koruma ve etik kurallara uygun olarak hareket etme gibi kararları içerebilir.
4. *Eğitim Rolü:* Hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına ve öğrencilere etik konular hakkında bilgi ve eğitim sağlama konusunda önemli bir role sahiptirler. Hemşireler, etik kurallar, standartlar ve politikalar hakkında diğer ekip üyelerini bilgilendirmek, tartışmalara katılmak ve rehberlik etmek için eğitim rolünü üstlenebilirler.

Bu roller, hemşirelerin etik sorunlara karşı duyarlılık ve bilinçlilikle hareket etmelerini sağlar ve hasta bakımında etik değerlere uygunluğu destekler.

5. Sonuç

Gebelik ve doğum yönetimi; sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında çok sık etik ilke ve ikilemlerin yaşandığı bir konu haline gelmiştir. Kadınlar, hayatının önemli bir zaman dilimi olan gebelik ve doğum sürecinde, sağlık profesyonellerinden en iyi şekilde danışmanlık ve bakım almayı beklemektedirler. Bu noktada kadınlara, mesleğe ve topluma verilen değerler, etik ilke ve etik sorumluluklar, sağlık çalışanları için bir yol haritası sunmakta ve mesleki uygulama standartlarının oluşturulmasında destek sağlamaktadır. Gebelik ve doğum sürecinde etik sorunlarla karşılaşmamak için; yarar sağlama, özerklik, adalet, dürüstlük ve zarar vermeme etik ilkelerine uyulması etik sorunların en aza indirilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle, sağlık profesyonellerine; gebelik ve doğum yönetiminde etik ilke ve etik ikilemler hakkında eğitimler verilmesi, etik ilkeler çerçevesinde gebe takibinin gerçekleştirilmesi, cinsiyet seçimine yönlendirilmemesi, prenatal tanı testinin olası riskleri, sezaryenin spontan doğum için bir alternatif olmaması ve buna yönelik ülkelerin politikalar geliştirmesi, elektif sezaryen

hakkında gebelerin kendileri, bebekleri ve gelecekteki herhangi bir gebelik için olası uzun vadeli riskleri ve yararları hakkında daha iyi bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Kaynakça / References

2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. 27.05.1983 Tarihli ve 18059 Sayılı Resmî Gazete. Erişim adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf.

Akın, Ö., Şahbaz, G., Yücesoy, H. ve Erbil, N. (2021). Doğum yönetiminde etik sorunlar ve sağlık profesyonellerinin sorumluluklari. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2*(1),38-48.

Aktaş, D. ve Gönenç, İ. M. (2011). Sezaryen ve etik. *Turkiye Klinikleri*, *19*(3), 186-195.

American College of Nurse-Midwives. (2015). Code of ethics with explanatory statements. Retreived from: https://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000293/Code-of-Ethics-w-Explanatory-Statements-June-2015.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2007). Committee opinion no. 360: Sex selection. Retreived from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267863

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Code of professional ethics of the American college of obstetricians and gynecologists. Retreived from: https://www.acog.org/About ACOG/ACOG-Departments/Committees-and Councils/Volunteer-Agreement/Code-of-Professional Ethics-of-the-American-College-of-Obstetricians-and Gynecologists.

Annemarie P. (2012). *Etiğe giriş* (V. Atayman ve G. Özen Sezer, Çev). İstanbul: Paradigma Yayınları.

Aydın, E. (2013). Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, *2*(2), 92-97.

Basso-Musso, L. (2012). Nursing and the resolution of ethical dilemmas. *Invest Educ Enferm*, *30*(2), 260-268.

Başar, F. (2017). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3,* 131-137.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013). Principles of biomedical ethics (7th ed.) (pp.101-149). New York: Oxford University Press.

Berceanu, C., Albu, S. E., BoȚ M, Ghelase, M. S. (2014). Current principles and practice of ethics and law in perinatal medicine. *Curr Health Sci J, 40*(3), 162-69.

Center for Reproductive Rights. (2011). Safe and legal abortion is a woman's human right. Retreived from: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/Safe-and-Legal-Abortion-is-a-Womans-Human-Right.pdf

Center for Reproductive Rights. (2014). The world's abortion laws. Retreived from: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF.

Chervenak, F. A, McCullough L. B. (2013). Preventive ethics for cesarean delivery: The time has come. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. *209*(3), 166-167.

Chervenak, F. A., Mccullough, L.B. (2014). The professional responsibility model of perinatal ethics. Erişim adresi: https://www.amazon.com/Medicine/dp/3110316609.

Çaha, H. (2014). Elemeci kürtaj: Öjenizmin yeni yüzü. *İş Ahlakı Dergisi*, *7*(2), 53-90.

Çavuşoğlu, N. (2007). *Tıp etiği* (s. 26–9). Ankara: İlke Yayınevi.

Demir, N. (2005). Antenatal bakım kılavuzu. *Maternal ve fetal tıp ve perinatoloji derneği tanı ve tedavi kılavuzları* içinde (s.1-35). Ankara: Güneş Kitapevi.

Dondorp, W., Wert, G., D., Pennings, G., ShenfieldF., Devroey, B., Tarlatzis, B. … Diedrich, K. (2013). ESHRE task force on ethics and law 20: Sex selection for non-medical reasons. *Human Reproduction*, *28*(6),1448–1454.

Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2003). Viabilite altı gebeliklerin sonlandırılması ve etik. *Kadın Doğum Dergisi*, 2,91-92.

Dönmez, B. (2007). Abortion in the Turkish criminal code, and restriction of the right to life of the fetus (From the point of view of comparative law and ECHR). *Dokuz Eylül University Faculty of Law Review*, *9*, 99-141.

Eker, A., Şahin, N. H. (2018). Perinatolojide hemşire etik, sosyal ve yasal durumlar. *Türkiye Klinikleri, 4*(2), 109-117.

FIGO Komitesi (2008). Obstetrik ve jinekolojide etik konular içinde (s.8-13) (İ. Dölen, Çev.). Ankara: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yayını.

Fışkın, G. ve Çilesiz E. (2021). Gebelik ve etik sorunlar. Ö.D. Yüksekol., F. Evcili. ve G. Demirel (Ed.), *Normal gebelik ve bakım* içinde (s.448-468). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri

Fisher M., Ben S. I., Solt, I. ,& Burke, Y. Z. (2015). Pregnancy prevention and termination of pregnancy in adolescence: Facts, ethics, law and politics. *IMAJ*, *17*(11), 665-668.

Foster, I. R., Lasser, J. (2015). Ebelik uygulamalarında profesyonel etik (1.bs.) içinde (s.15-21) (N. Ersoy, M. Özcan ve A. Ergin, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.

Göncü Serhatlıoğlu, S. ve Kaya, N. (2018). Ebelik hizmetlerinde adölesan gebeliklere etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(3), 503-508.

Gürel, S. A., Gürel, H. ve Balcan, E. (2006). Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, *14*(2), 90-95

Güzel, A. İ., Tokmak, A. ve Üstün, Y. E. (2016). Adolesan gebelikler. *JGON, 13*(1), 28-31

Hadımlı, A. (2017). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde etik konular. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics, 3*(1), 40-46.

HAYAD. (2010). Anne Hakları Bildirgesi 24 Eylül 2001, Barselona, İspanya. Erişim adresi: http://www.hayad.org.tr/content/view/143/27 Erişim tarihi: 21.11.2010.

Kalkan Oğuztürk, B. (2011). *Türk Medeni Hukuku'nda biyoetik sorunlar*. İstanbul: Vedat Yayıncılık.

Kaya Odabaş, R. & Çoban, A. (2021). Thompson ve Thompson biyoetik karar verme modeli kullanılarak adölesan bir gebenin bildiriminde etik karar verme süreci. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(2), 139-146.

Kaya, F. ve Serin, Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın bakımların niteliği. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society,5*(1), 28- 35.

Keskin, İ. (2015). Kürtaj tartışmaları ve feminizm. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 7(1).

Kırıcı, S., Şahiner, N. C. ve Çelik, D. (2020). Ethical dilemmas in perinatology: Perinatolojide etik ikilemler. *Journal of Human Sciences, 17*(1), 11-20.

Kırılmaz, H. ve Ulusinan, E. (2021). Tıp etiği çerçevesinde sezaryen. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 8*(2), 114-125.

Kızılkaya Beji, N., Partovi, Meran, H., E. (2016). Kadın sağlığına genel bakış (N. Kızılkaya, Beji, Çev.Ed.) *Kadın sağlığı ve hastalıkları* (Genişletilmiş ikinci baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Koçak, D. Y., Kızılkaya Beji, N. ve Büyükkayacı Duman, N. (2015). Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, *1*(2), 86-90.

Komut, S. (2011). Türkiye'de kadın, cinsellik ve kürtaj. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergis*i, *3*, 87-95.

Korkut, S. ve Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Arch Health Sci Res*, *6*(1), 144-152. https://doi.org/10.17681/hsp.442171

Koyun, A. ve Örnek Büken, N. (2013). Bir eşitlik ve yaşama hakkı ihlali: Cinsiyet seçimi. *International Journal of Human Sciences*, *10*(1), 34-46

Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3,* 67-99.

Kurt, E. ve Tunca, Y. (2016). Temel etik ilkeler çerçevesinde gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemlere bir bakış. *Med Bull Haseki, 54*, 57-61.

Lothian, J. A. (2009). Ethics and maternity care: from principles to practice. *The Journal of Perinatal Education, 18*(1), 1–3. https://doi.org/10.1624/105812409X396165

Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S. ve Özgünen, F. T. (2013). Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, *10*(4), 213-219.

Özcan, K., Balyer, A. ve Servi, T. (2013). Faculty members ethical behaviors: A survey based on students perceptions at universities in Turkey. *International Education Studies, 6*(3), 129-142.

Öztürk, M. ve Alan, S. (2015). *Doğum salonunda tıp etiğinin gündeme geldiği durumlar.* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana.

Öztürk, M., Aksoy, M. Ve Sanisoğlu, S. (2012). Türkiye'nin sezaryen doğum haritası. *Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi, 24*(4), 14-15.

Potur, C. D, Yiğit, F. ve Bilgin, Ç.N. (2009). Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2(3), 80-92.

Sarıtaş, K. (2012). Ethicality problem of abortion. *Int J Soc Sci*. 5, 587-608.

Selinger, H. (2013). Maternal request for caesarean section: An ethical consideration. *J Med Ethics*, *40*(12), 857-860. https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101558

Soğukpınar, N. ve Baykal Akmeşe, Z. (2016). Fetüs ve yenidoğan etiği. R. Ekti Genç ve H. Özkan (Ed.), *Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları* içinde (s. 517-524). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

Şentürk, S. (2013). *Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler* (1.bs.) Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

TC. Resmi Gazete**.** Türk Ceza Kanunu. 12.10.2004, Sayı: 25611. Tertip: 5, Cilt: 43. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf.

Topçu, E., Yalım, N. Y.(2015). Preimplantasyon genetik tanının öjeniye ve insanın araçsallaştırılmasına yol açıp açmayacağının tıp etiği açısından yamaç aşağı kayma argümanı ile değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi,* 2(3), 187-201.

Tosun, Ö. ve Kadiroğlu, T. (2014). Yenidoğan hemşireliğinde etik. *Journal of Education and Research in Nursing, 13*(3), 170-173. https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.170

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD). (2015). Kürtaj Raporu. Erişim adresi: http://www.tjod.org/turkjinekoloji-ve-obstetrik-dernegi-tjod-kurtaj-raporu

Türk Medeni Kanunu. Erişim adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf

Türk Tıp Öğrencileri Birliği Görüş Bildirisi. (2012). Kürtajın yasal düzenlemelerinin kadın sağlığı üzerine etkisi. Erişim adresi: https://turkmsic.org/bildirilerimiz/kurtajin-yasal-duzenlemelerinin-kadin-sagligi-uzerine-etkisi

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNS A2018_ana_Rapor.pdf.

Ülman, Y. I. (2007). *Yaşamın başlangıcı ile ilgili tıp etiği sorunları. Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı* (içinde 371-380.) İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 40. Yılda 40 Kitap Serisi.

Vural, G. (2008). Kadın sağlığı alanında etik konular. A. Şirin ve O. Kavlak (Ed.), *Kadın sağlığı* içinde (s. 46-49). İstanbul: Bedray Yayıncılık.

World Health Organization (WHO). (2010). Sex selection and discrimination. Retrieved from: http://www.who.int/genomics/gender/en/index4.html.

World Health Organization (WHO). (2015). WHO statement on cesarean section rates. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=2627A1A92F477AD28681B837164D6043?sequence=1.

World Health Organization. (2015). Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ açıklaması. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1.

World Health Organization. (WHO). (2018). Adolescent pregnancy. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Yıldırım, G. (2020). İnnatal dönem ve etik. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 50-58.

Yıldırım, G., Koçkanat, P. ve Duran, Ö. (2014). Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri. *STED, 23*(4), 148-152.

Zindler, L. (2005). Ethical decision making in first-trimester pregnancy screening. *J Perinat Neonatal Nurs*, *19*(2), 122-33.

22. BÖLÜM / CHAPTER 22

YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE ETİK

ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES AND ETHICS

Hacer ATAMAN[1]

[1]Doç. Dr., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: hacer.ataman@medeniyet.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.22

ÖZ

İnfertilite; 12 aylık düzenli, korunmasız cinsel ilişkiden sonra gerek bireysel olarak gerekse eşle birlikte üreme kapasitesinin bozulması nedeniyle klinik gebelik elde edilememesi ile karakterize bir hastalıktır. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT), üreme amacıyla insan oositlerinin, sperminin veya embriyoların in vitro işlenmesini içeren tüm müdahalelerdir. İnfertilite sorunu ile başa çıkma amacıyla birçok üremeye yardımcı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. YÜT için etik temel oluşturan üç etik ilke; "özgürlük", "yarar sağlama" ve "adalet" ilkeleridir. İnfertilite tedavisi, etik açıdan en fazla tartışılan konulardan biridir. Bu tedavinin infertil çiftler için olumlu bir gelişme olduğunu kabul edenler olduğu gibi, kabul edilemez olarak görenler de olabilmektedir. "Yardımcı üreme tekniklerinin doğallığı ve yapaylığı", "insan preembriyosunun ahlaki ve etik açıdan durumu", "ailenin rolü, konumu ve genetik bağ sorunu", "sperm, ovum, gamet vericileri ve taşıyıcı annelere yapılan ödemeler", "cinsiyet seçimi ya da bazı hastalık ve özelliklerin eliminasyonu ile bu teknolojiler uygulanırken meydana gelen bazı durumların olası sonuçları", "ülkelerin rolü" gibi konular yardımcı üreme tekniklerine ilişkin öne çıkan tartışma konularıdır. Yardımcı üreme teknikleri ile ilgili etik konular; "gamet kriyoprezervasyonu", "oosit ve sperm (gamet) bağışı", "çoğul gebelik", "embriyoların dondurulması", "uterus bağışı", "taşıyıcı annelik" durumlarıdır. Yardımcı üreme tekniklerinde hemşirelerin çok önemli rolleri bulunmaktadır. Tıbbi bakım verme, danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, koordinatörlük, psikolojik destek verme, yöneticilik, araştırıcı vb. roller bunlar arasındadır. İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik, çiftlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmesine, belirlenen risklerin, sorunların ve ihtiyaçların giderilmesine yönelik girişimlerin planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine dayanmaktadır. İnfertilite yönetiminde birey merkezli bakım yaklaşımı, çiftlerin tedavi uyumu ve iyilik hali ile doğrudan ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, yardımcı üreme teknikleri, etik, oosit, hemşirelik

ABSTRACT

A disease characterized by the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse or due to an impairment of a person's capacity to reproduce either as an individual or with his/her

partner. Assisted reproductive technology (ART) is all interventions that include the in vitro handling of both human oocytes and sperm or of embryos for the purpose of reproduction. Many reproductive treatment methods have been developed to cope with the problem of infertility. Three ethical principles form the ethical basis for ART; principles of "freedom", "benefit" and "justice". Infertility treatment is one of the most debated ethical issues. There are those who accept that this treatment is a positive development for infertile couples, and there are also those who see it as unacceptable. "Naturality and artificiality of assisted reproductive techniques", "moral and ethical status of the human pre-embryo", "role, position and genetic linkage of the family", "payments to sperm, ovum, gamete donors and surrogate mothers", "sex selection or some elimination of diseases and characteristics and possible consequences of some situations that occur while applying these technologies", "role of countries" are prominent discussion topics regarding assisted reproductive techniques. Ethical issues related to assisted reproductive techniques are "gamete cryopreservation", "oocyte and sperm (gamete) donation", "multiple pregnancy", "freezing of embryos", "uterine donation", "surrogate motherhood". Nurses have very important roles in assisted reproductive techniques. These include roles such as providing medical care, counseling, education, patient rights advocacy, coordinating, providing psychological support, management, and research. Nursing in the infertility treatment process is based on the physical, psychological, and social evaluation of couples, and the planning, implementation, and evaluation of interventions to address the identified risks, problems, and needs. The individual-centered care approach in infertility management is directly related to the treatment compliance and well-being of the couples.

Keywords: Infertility, assisted reproductive techniques, ethics, oocyte, nursing

Extended Abstract

A disease characterized by the failure to establish a clinical pregnancy after 12 months of regular, unprotected sexual intercourse or due to an impairment of a person's capacity to reproduce either as an individual or with his/her partner. Infertility is a complex life crisis that is psychologically threatening, emotionally stressful, economically expensive, and physically painful for the partners due to diagnostic and therapeutic procedures. The prevalence of infertility varies between 3.5% and 16% in the world. For patients who cannot conceive naturally, treatment options have greatly expanded as a result of medical advances. Assisted reproductive technology (ART) is all interventions that include the in vitro handling of both human oocytes and sperm or of embryos for the purpose of reproduction. Many reproductive treatment methods have been developed to cope with the problem of infertility. These include methods such as "intrauterine insemination (IUI)", "in vitro fertilization (IVF)", "intracytoplasmic sperm injection (ICSI)", "gamete intrafallopian transfer (GIFT)", "zygote intrafallopian transfer (ZIFT)", "embryo transfer (ET)". ART is a method that enables many infertile couples to have children. The ethical problems that arise about under which conditions and to whom these methods can be applied show that there may be various problems as well as the benefits of using ART. There are three ethical principles that form the ethical basis for ART. These are the principles of "freedom", "utility" and "justice". "The principle of freedom" is the principle that guarantees the right to freedom of movement. "The

principle of utility" is the principle that defines moral righteousness with the greatest good for the greatest number of people. "The principle of justice" is the principle that requires everyone to have equal access to necessary goods and services. Infertility treatment is one of the most debated ethical issues. There are those who accept that infertility treatment is a positive development for infertile couples, and there are also those who see it as unacceptable. "Naturality and artificiality of assisted reproductive techniques", "Moral and ethical status of the human pre-embryo", "Role, position and genetic linkage of the family", "Payments to sperm, ovum, gamete donors and surrogate mothers", "Sex selection or some elimination of diseases and characteristics and possible consequences of some situations that occur while applying these technologies", "role of countries" are prominent discussion topics regarding assisted reproductive techniques. Ethical issues related to assisted reproductive techniques are "gamete cryopreservation", "oocyte and sperm (gamete) donation", "multiple pregnancy", "freezing of embryos", "uterine donation", and "surrogate motherhood". Gamete freezing is important in terms of preserving fertility in individuals undergoing cancer treatment and increasing the chance of having children in the future. With oocyte or sperm (gamete) donation, embryo development is provided by using oocyte or sperm donated by a third person and individuals' own oocytes or sperm. IVF, which is an effective method in the treatment of infertility, causes the risk of multiple pregnancies. Multiple pregnancy rates increase with multiple embryo transfers in a single cycle. Single embryo transfer increases pregnancy rates without increasing multiple pregnancy rates compared to multiple embryo transfers. In assisted reproductive treatment methods, when treatment cycles are completed, couples may have a large number of good-quality embryos. In this case, by freezing the embryos, it is possible to get pregnant again later. Although it is debated whether uterine transplantation is a life-saving procedure, it is important in terms of improving the quality of life of individuals. In order to have organ and tissue compatibility in uterus transplantation, it may be preferred that the mother, sister, and aunt be donors. Surrogacy is the delivery of the baby to the mother or family after delivery by another woman instead of a mother who cannot conceive. The ethical rules regarding assisted reproductive techniques are as follows: Embryo should be respected. The embryo contains human gametes; and should be regarded as a genetically individualized human being. Any practice that harms the embryo should not be considered moral. The reproductive techniques used should not harm the embryo. The embryo feels pain from the blastomere stage. Assisted reproductive techniques should also not harm people participating in and contributing to the procedure. The ethical obligation is based on the first do-no-harm principle. Individuals to whom assisted reproductive techniques will be applied should be volunteers and their volunteer status should be evaluated after

they are adequately enlightened before the procedure. There should be no harm in society with the application of assisted reproductive techniques. In order to prevent practices that will negatively affect social values, moral boundaries should be established. Ethical criteria should be introduced in the application of assisted reproductive techniques. Ethical criteria should be determined for the selection of couples and embryos who want to benefit from these techniques. Nurses have very important roles in assisted reproductive techniques. These include roles such as providing medical care, counseling, education, patient rights advocacy, coordinating, providing psychological support, management, and research. Nursing in the infertility treatment process is based on the physical, psychological, and social evaluation of couples, and the planning, implementation, and evaluation of interventions to address the identified risks, problems, and needs. Nursing care should be given in line with evidence-based practices with a holistic approach. Individuals undergoing infertility treatment want to receive a health service that suits their preferences, needs, and values. The individual-centered care approach in infertility management is directly related to the treatment compliance and well-being of the couples.

1. Giriş

Biyopsikososyal bir varlık olan insan, yaşadığı sosyokültürel çevre ile etkileşim içindedir. Kültürün etkisi ile şekillenen ve sosyal bir yapı olan aile aracılığı ile insan neslinin devamlılığı sağlanmaktadır. Bu devamlılığın sağlanamadığı yani üreme yeteneğinin olmadığı durumlara çözüm bulmak amacıyla geliştirilen yardımcı üreme teknikleri, etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu bölümde; yardımcı üreme teknikleri ve bu kapsamda hemşirenin rol ve sorumlulukları ele alınmaktadır.

2. İnfertilite

Etik kelimesi Yunanca "ethos" sözcüğünden gelmekte, ahlak ve moral sözcükleriyle eş anlamlı olarak kullanılmakta olup ahlak eyleminin bilimidir (Pieper, 2012). Ahlak, ne yapmamız ve yapmamamız gerektiğine dair gerçek inançlarımızı ve bu inançlara dayalı davranışlarımızı içerir. Dolayısıyla etik kavramını, kendi içinde doğru ve yanlış davranışları, iyi ve kötüyü ayırt edebilmek olarak tanımlamak mümkündür (Kırıcı ve ark., 2020; Özcan ve ark., 2013). Başka bir ifade ile etik, yaşamda değerlerle ilgili sorunları çözümleyen, karar ve eylemlere rehberlik eden, ahlaki kurallar çerçevesinde araştıran ve değerler felsefesi olarak kabul edilen bir bilim alanıdır (Özcan ve ark., 2013; Şentürk, 2013).

İnfertilite, 12 aylık düzenli, korunmasız cinsel ilişkiden sonra gerek bireysel olarak, gerekse eşle birlikte üreme kapasitesinin bozulması nedeniyle klinik gebelik elde edilememesi ile karakterize bir hastalıktır. İnfertilite, "primer" ve "sekonder" olarak görülmektedir. "Primer infertilite", hiçbir zaman klinik olarak gebelik teşhisi konmama ve infertilite sınıflandırma kriterlerini karşılama durumudur. "Sekonder infertilite", klinik olarak gebeliğin olmaması ancak daha önce bir gebeliğin olması durumudur (Zegers-Hochschild ve ark., 2017).

İnfertilite; eşleri psikolojik yönden tehdit eden, duygusal olarak stres yaratan, ekonomik yönden pahalı olan, tanı ve tedavi amacıyla uygulanan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizidir (Özpulat, 2017). İnfertilite prevalansı, dünyada %3,5 ile %16 arasında değişmektedir (Çağlar ve Satılmış, 2019). Yüksek prevalansı nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, toplumsal bir hastalık olarak kabul edilmiştir (Szamatowicz, 2016). İnfertiliteye neden olan faktörler, kadınlar ve erkekler için farklıdır. Kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler; "fallop tüplerine bağlı nedenler", "ovülasyon problemleri", "serviks problemleri", "uterus kaynaklı sorunlar", "periton ile ilgili problemler", "ileri yaş" ve "olumsuz yaşam biçimi davranışları" olarak gösterilmektedir. Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler ise; "hormonal nedenler", "semen azlığı ya da üretimindeki bozukluk", "testislere ait nedenler", "sperm taşıyan kanallara ve organlara ait nedenler" olarak gösterilmektedir

(Yaylagülü Okuducu ve Yorulmaz, 2020). İnfertil çiftlerin %15'inde açıklanamayan infertilite durumu vardır (Carson ve Kallen, 2021). İnfertilite vakalarının yaklaşık %50'sinde erkek faktörü rol oynamaktadır (Minhas ve ark., 2021; Pathak, Gabrielsen ve Lipshultz, 2020; Vander Borght ve Wyns, 2018).

Bir çiftin infertiliteye katkıda bulunan birden fazla faktörü olabilir; bu nedenle, erkek faktörlü infertilite için değerlendirme, kadının değerlendirmesiyle aynı anda yapılmalıdır (Carson ve Kallen, 2021). Acil öykü veya fiziksel muayene bulgusu yoksa 35 yaş altı kadınlarda 12. ayda, ≥35 yaş kadınlarda 6. ayda değerlendirme yapılarak ve tedaviye başlanabilir. 40 yaşın üzerindeki kadınlarda daha acil değerlendirme ve tedavi gerekebilir. Bununla birlikte, infertiliteye neden olduğu bilinen bir durumun ortaya çıkması üzerine gecikmeden infertilite için tanı testleri başlatılmalıdır (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021).

3. Yardımcı Üreme Teknikleri

Doğurganlık müdahaleleri tıbbi, cinsel ve üreme öyküsü, yaş, fiziksel bulgular ve teşhis testlerine dayalı olarak bir (1) yıldan daha kısa sürede başlatılabilir (Zegers-Hochschild ve ark., 2017). Doğal olarak gebe kalamayan hastalar için, tıbbi gelişmeler sonucunda tedavi seçenekleri büyük ölçüde genişlemiştir (Cobb ve Ke, 2018). İnfertilitenin tedavisinde, üç ana tedavi strateji bulunmaktadır. Bunlar; "farmakolojik tedavi", "cerrahi tedavi" ve "yardımcı üreme teknikleri (YÜT)" şeklindedir (Szamatowicz, 2016).

YÜT, üreme amacıyla insan oositlerinin, sperminin veya embriyoların *in vitro* işlenmesini içeren tüm müdahalelerdir (Zegers-Hochschild ve ark., 2017). "Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik"te üremeye yardımcı tedavi; "anne adayının yumurtası ile kocanın sperminin çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirilerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayına transferini kapsayan ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları ifade eder", şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2014). İnfertilite sorunu ile başa çıkmak amacıyla birçok üremeye yardımcı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Bunlar arasında "intra uterin inseminasyon (IUI)", "in vitro fertilizasyon (IVF)", "intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)", "gamet intrafallopian transfer (GIFT)", "zigot intrafallopian transfer (ZIFT)", "embriyo transferi (ET)" gibi yöntemler bulunmaktadır (Kırca ve Öngen, 2020; Özpulat, 2017; Zegers-Hochschild ve ark., 2017).

İntra Uterin İnseminasyon (IUI): Laboratuvarda hazırlanan spermlerin, gebelik için uterusa yerleştirildiği bir prosedürdür.

İn Vitro Fertilizasyon (IVF): Gametlerin vücut dışı döllenmesini içeren bir dizi prosedürdür. Geleneksel in vitro inseminasyonu ve ICSI'yi içerir.

İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): Tek bir sperm hücresinin oosit sitoplazmasına enjekte edildiği bir prosedürdür.

Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT): Her iki gametin de (oositler ve spermatozoa) bir fallop tüpüne/tüplerine transfer edildiği bir yardımcı üreme teknolojisi prosedürüdür.

Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT): Bir veya daha fazla zigotun, fallop tüpüne transfer edildiği bir yardımcı üreme teknolojisi prosedürüdür.

Embriyo Transferi (ET): IVF veya ICSI'den sonra 1. günden 7. güne kadar herhangi bir embriyonik aşamada, bir embriyonun uterusa yerleştirilmesidir. 1. günden 3. güne kadar olan embriyolar da fallop tüpüne transfer edilebilir (Zegers-Hochschild ve ark., 2017).

YÜT, birçok infertil çiftin çocuk sahibi olabilmelerini sağlayan yöntemlerdir. Bu yöntemlerin, hangi koşullarda ve kimlere uygulanabileceği konusunda ortaya çıkan etik sorunlar, YÜT kullanımının yararlarının yanı sıra çeşitli sorunların da yaşanabileceğini göstermektedir (Özpulat, 2017). YÜT; etik ilkelerin karar vermede büyük rol oynadığı, oldukça karmaşık, tartışmalı ve gelişmekte olan bir tıp alanıdır (Cobb ve Ke, 2018). YÜT için etik temel oluşturan üç etik ilke bulunmaktadır. Bunlar; "otonomi", "yarar sağlama" ve "adalet" ilkeleridir (Serour ve Serour, 2017). "Otonomi ilkesi", hareket özgürlüğü hakkını garanti eden ilkedir. "Yarar sağlama ilkesi", ahlaki doğruluğu en çok sayıda insan için en büyük iyi ile tanımlayan ilkedir. "Adalet ilkesi", herkesin gerekli mal ve hizmetlere adil bir şekilde ulaşmasını gerektiren ilkedir. Tıp etiği, uygulandığı farklı toplumların ahlaki, dini, felsefi ideallerine ve ilkelerine dayanmaktadır. Bu nedenle, bir toplumda etik olarak izin verilen bir şey, başka bir toplumda etik olarak kabul edilemez olarak görülebilmektedir (Serour ve Serour, 2017).

YÜT uygulama yöntemleri geliştikçe etik tartışmalar gündeme gelmiştir. İnfertilite tedavi sürecinde, gereksiz yapılacak uygulamalar ve tekniklerin kötüye kullanılması ihtimalleri olabilmektedir. Bu bağlamda, birçok ülkede yöntem ve tekniklerin kötüye kullanımını önleme amacı ile yasal düzenlemeler yapılmıştır (Amanak ve Kavlak, 2013). Ülkemizde "Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik" (Resmî Gazete Tarihi: 30.09.2014 Resmî Gazete Sayısı: 29135) yürürlüktedir. Bu yönetmeliğin amacı; "çocuk sahibi olamayan evli çiftlerden, tıbben uygun görülenlerin üre-

meye yardımcı tedavi metotları vasıtasıyla çocuk sahibi olmaları için yapılacak uygulamanın esaslarını, bu uygulamayı yapacak merkezlerin açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir" olarak belirtilmiştir. Yönetmelik, bünyesinde üremeye yardımcı tedavi merkezi bulunan üniversite ile kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ve hastaneleri, tıp merkezleri ile özel hastaneleri ve gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişilerine ait müstakil üremeye yardımcı tedavi merkezlerini ve bunların üremeye yardımcı tedavi yöntemleriyle ilgili faaliyetlerini ve işletenlerini kapsamaktadır. Yönetmelikte, hasta haklarına da yer verilmiştir. Hasta haklarına ilişkin olarak; üremeye yardımcı tedavi yöntemleri uygulanan merkezlerde, hasta hakları ihlâlleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi ve gerektiğinde hukukî korunma yollarının fiilen kullanılabilmesi için hasta haklarına dair mevzuatın etkin şekilde uygulanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması belirtilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2014).

"Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik" gereğince, üremeye yardımcı tedavi yaptırmak üzere başvuran adayların evli olmaları ve yönetmeliğin ekinde yer alan Bilgilendirilmiş Muvafakat Formunu doldurarak birlikte işlem yaptırmaları gerekmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2014).

3.1. Üreme Hücreleri ve Gonad Dokularının Saklanma Kriterleri

"Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik"e göre, üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir.

- Aşağıda belirtilen tıbbi zorunluluk halleri dışında üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanması yasaktır.
- Erkeklerde üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk halleri şunlardır;

a) Cerrahi yöntemlerle sperm elde edilmesi halinde,

b) Kemoterapi ve radyoterapi gibi gonad hücrelerine zarar veren tedaviler öncesinde,

c) Üreme fonksiyonlarının kaybedilmesine yol açacak olan ameliyatlar (testislerin alınması ve benzeri) öncesinde,

ç) Çok az sayıda sperm olması (kriptozoospermi) durumunda.

· Kadınlarda üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk halleri şunlardır;

a) Kemoterapi ve radyoterapi gibi gonad hücrelerine zarar veren tedaviler öncesinde,

b) Üreme fonksiyonlarının kaybedilmesine yol açacak olan ameliyatlar (yumurtalıkların alınması gibi operasyonlar) öncesinde,

c) Düşük over rezervi olup, henüz doğurmamış veya aile öyküsünde erken menopoz hikâyesinin üç uzman tabipten oluşan sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi durumunda.

· Erkeklerde üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk halleri ile kadınlarda üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk hallerinde, üreme hücreleri ve gonad dokuları, verici adaya ait Etilen Diamin Tetraasetik Asit (EDTA)'li kan örneği merkezde uygun şartlarda saklanır. Uygulama güvenliği açısından saklama öncesinde alınan bu kandan Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) kimliklendirme testleri yapılır ve bu bilgiler, hasta dosyasına konulur ve bir örneği aileye verilir. Yukarıda belirtilen tıbbi zorunluluklar nedeniyle, sperm veya testis dokusunun saklanması durumunda, dondurulma tarihinden itibaren doksan gün içinde kullanılması halinde DNA analizi aranmaz. DNA analizi, saklanacak dokuya ait bireyden EDTA'lı tüpe alınacak venöz kan buzdolabında +4 derecede saklanmak koşuluyla bir hafta içinde ruhsatlı genetik hastalıklar tanı merkezine gönderilir. Genetik hastalıklar tanı merkezi DNA izolasyonunu takiben DNA kimliklendirme analizi yapar. Saklama süresinin bir yılı aşması halinde, kişi mutlaka başvuruda bulunarak rızasının devam ettiğini ifade eden imzalı dilekçesini vermelidir. Dondurulan üreme hücreleri ve gonad dokuları, alınan kişinin yıllık protokol yenilememesi, isteği ve ölümü durumlarında müdürlükte kurulacak komisyon tarafından tutanak altına alınarak imha edilir. Bakanlıkça elektronik kayıt sistemi oluşturulması halinde, merkezde saklanan üreme hücreleri ve gonad dokularına ilişkin bilgiler bu sisteme kaydedilir.

· Adaylardan fazla embriyo elde edilmesi durumunda, eşlerden her ikisinin rızası alınarak embriyolar dondurulmak suretiyle saklanır. Saklama süresinin bir yılı aşması halinde, her yıl embriyonun saklanması için çiftler mutlaka başvuruda bulunarak, taleplerinin devam ettiğini ifade eden imzalı dilekçe vermelidir. Eşlerin birlikte talebi, eşlerden birinin ölümü veya boşanmanın hükmen sabit olması halinde ya da belirlenen süre son bulduğunda saklanan embriyolar müdürlükte kurulacak komisyon tarafından tutanak altına alınarak imha edilir (Danıştay Onuncu Dairesinin 31/5/2022 tarihli ve E: 2022/1700 sayılı kararı ile bu cümlede yer alan "eşlerden birinin ölümü" ibaresinin eksik düzenleme sebebiyle

yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir). Bakanlıkça elektronik kayıt sistemi oluşturulması halinde, merkezde saklanan embriyolara ilişkin bilgiler bu sisteme kaydedilir.

· Erkeklerde üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk halleri ile kadınlarda üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanmasını gerektiren tıbbî zorunluluk hallerinde belirtilen numuneler, merkezlerde en fazla beş yıl süreyle saklanır. Beş yıldan fazla saklanması, bakanlığın iznine tabidir. Saklanan numunelerin değerlendirmeleri, sayımları ve tekrar kullanılmasını engelleyecek şekilde imhası ilgili müdürlük bünyesinde kurulacak komisyon marifetiyle yapılır.

· Merkezlerde saklanan dondurulmuş embriyo ve/veya gonad dokusu/hücresi;

a) Embriyo için eşlerin birlikte, gonad dokusu/hücresi sahibinin ise bireysel olarak her iki merkeze yazılı başvuruda bulunması,

b) Embriyo ve/veya gonad dokusu/hücresinin teslim edildiği ve teslim alındığına dair yazılı olarak müdürlüğe bildirimde bulunulması,

c) Transferin tüm sorumluluğunun ve ücretinin talep edene ait olması,

ç) Transfere ait teknik donanım ve altyapının transferin gerçekleştirileceği merkezce sağlanması,

d) Transferin gerçekleştirileceği tankın transfer edilecek materyalin saklandığı merkez tarafından mühürlenmesi ve materyalin teslim alındığı merkez tarafından mührün kontrol edilerek kendileri tarafından açıldığının tutanak altına alınması, halinde yurt içindeki başka bir merkeze transfer edilebilir" (T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2014).

4. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Etik Durumlar

İnfertilite tedavisi, etik açıdan en fazla tartışılan konulardan biridir. İnfertilite tedavisinin, infertil çiftler için olumlu bir gelişme olduğunu kabul edenler olduğu gibi, kabul edilemez olarak görenler de olabilmektedir (Şahiner, 2022).

Yardımcı üreme tekniklerine ilişkin öne çıkan tartışma konuları şöyledir:

· Yardımcı üreme tekniklerinin doğallığı ve yapaylığı,

· İnsan preembriyosunun ahlaki ve etik açıdan durumu,

· Ailenin rolü, konumu ve genetik bağ sorunu,

· Sperm, ovum, gamet vericileri ve taşıyıcı annelere yapılan ödemeler,

- Cinsiyet seçimi ya da bazı hastalık ve özelliklerin eliminasyonu ile bu teknolojilerin uygulanması sırasında meydana gelen bazı durumların olası sonuçları,
- Ülkelerin rolü (Reis, 2001).

İn vitro fertilizasyon hastaları savunmasız bir popülasyondur; bu nedenle, belirli yardımcı tedavilerin kullanımına ilişkin hastanın karar vermesini desteklemek için belirsizlikler ve riskler de dahil olmak üzere IVF müdahaleleri hakkında şeffaflığa ihtiyaç vardır. Bu tür bilgiler, açık yönergeler ve etkili düzenlemelerle sağlanmalıdır (Braga, Setti ve Borges, 2022).

4.1. Gamet Kriyoprezervasyonu

Fertilitenin zarar görme riskinin olduğu durumlarda, fertiliteyi korumaya yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Gamet dondurma işlemi, kanser tedavisi gören bireylerde fertilitenin korunması ve gelecekte çocuk sahibi olabilme şansının arttırabilmesi açısından önem taşımaktadır (Kırca ve Öngen, 2020). Bu durum, bazı etik ikilemleri oluşturmuştur. Oosit toplama gibi işlemler, uzun süre almaktadır. Bu işlemler sırasında, kadının kanser tedavisi aksayabilmektedir. Bu durumda, kadının sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. İşlemin maliyetinin yüksektir ve yıllık saklama işleminin uzatılması için ailelerin ücret ödemesi gerekmektedir. Oosit ve over kriyoprezervasyonu yaptıran kadın, IVF işlemini uygulatamadan hayatını kaybedebilmektedir (Kızılkaya Beji ve Meran, 2017).

4.2. Oosit ve Sperm (Gamet) Bağışı

Oosit veya sperm (gamet) bağışı ile üçüncü bir kişi tarafından bağışlanan oosit veya spermler ile bireylerin kendi oosit veya spermleri kullanılarak embriyo gelişimi sağlanmaktadır (Kırca ve Öngen, 2020). Gamet bağışı; YÜT ile çocuk sahibi olamamış infertil çiftler, over yetmezliği, habitual abortus, genetik hastalıklar, ejekülasyon disfonksiyonu, menopoz sonrası fertilite sağlamak ya da evli olmayan kadınların biyolojik olarak çocuk sahibi olmak istemeleri nedeniyle uygulanmaktadır (Kızılkaya Beji ve Meran, 2017).

Sperm bankacılığı, risk altındaki hastalarda doğurganlığı korumada ve başka türlü gebe kalamayacak olan çiftleri tedavi etmede kullanılan bir yöntemidir. Sperm bağışının isimsiz yapılması birçok ülkede standart bir uygulamadır; ancak isimsiz olmayan bağış için artan bir eğilim vardır. İstem dışı akrabalık riskleri nedeniyle, tek bir donörden doğanların sayısı yaygın bir etik kaygıdır. Sperm bankası düzenlemeleri, tarihsel olarak kanserli erkekleri veya infertilite problemi olan heteroseksüel çiftleri tedavi etmek için formüle edilmiştir. Sürekli genişleyen endikasyonlar listesi, sperm bankacılığında önemli bir zorluk oluşturmaktadır (Rozati, Handley ve Jayasena, 2017).

Oosit donörlüğü, taşıdığı tıbbi riskler nedeni ile sperm donörlüğünden belirgin bir şekilde ayrılmaktadır. Oosit donörü olan adaya, öncelikle stimülasyon tedavisi uygulanmaktadır; bu tedaviden sonra da bazı girişimsel işlemlerle oosit elde edilmektedir. Bu süreçte bazı riskler ve komplikasyonlar ile karşılaşılabilmektedir. Stimülasyon tedavisinin en önemli tıbbi riski olarak, ovarian hiperstimülasyon sendromu gelişebilmektedir. Ayrıca, oositleri elde etmek için uygulanan girişimler sırasında ovariumların kaybedilmesi, ovarian torsiyon oluşması en önemli komplikasyonlardandır. Bu uygulamada tıbbi, etik, hukuksal sorunlar yaratmaktadır (Reis, 2001).

Gamet bağışı ile ilgili etik ikilemler

- International Federation of Gynecology and Obstetrics-Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) tarafından, genetik materyal bağışının maddi karşılık beklenmeden ve ticari amaç taşımadan yapılması gerektiği bildirilmiştir. Ancak, bazı kuruluşlarda bu işlemler ticari amaçlarla yapılmaktadır.
- Herhangi bir sağlık sorunu olmayan postmenopozal dönemdeki kadınlara oosit donasyonu yapılması konusunda, etik ikilemler bulunmaktadır. Postmenopozal dönemdeki gebeliklerde gelişen fiziksel ve psikolojik (hipertansiyon, diyabet, çoğul gebelik gibi) birçok risk nedeniyle anne ve fetüsün sağlığı da risk altında kalmaktadır.
- Gamet bağışı ile dünyaya gelecek çocuğun menfaatlerinin dikkate alınması gerektiği konusu bir başka etik ikilemdir. Bu konuda, bulunan bir uygulama olarak, evli olmayan kadınlara gamet bağışı yapılmasının yasaklanması ile karşılaşılmaktadır. FIGO bu durumu, bir kültür/yasa kararı olarak görmektedir.
- Dünyaya gelecek çocuğun ilerideki zamanlarda, genetik ebeveynini öğrenme durumu da etik ikilemdir. Bağış işleminden önce, donör ve alıcı çifte çocuğun bu durumu öğrenebileceği söylenmelidir. Alıcı ve donörün bu konuyu çocuğa, uygun yaşa geldiğinde açıklaması gerektiği savunulmaktadır. Son yıllarda donasyon sonucu dünyaya gelmiş bir çocuk, 18 yaşını doldurduktan sonra sperm bankasından genetik babası ile ilgili bilgileri öğrenebilmektedir (Kızılkaya Beji ve Meran, 2017). Dünya genelinde, gamet bağışlarının büyük çoğunluğunda bağış yapan kişinin bilgileri gizli kalmaktadır. Çocukların genetik kökenlerini bilmek isteğinin temel hakları olduğu bildirilmektedir ve uygun politikalarla yasal olarak bu hakların korunması gerekmektedir (Kırca ve Öngen, 2020).

4.3. Çoğul Gebelik

İnfertilite tedavisinde etkili bir yöntem olan IVF, çoğul gebelik riskine neden olmaktadır. Tek bir siklusta çoklu embriyo transferi ile çoğul gebelik oranları artmaktadır. Embriyoların

tek tek transferi, birden fazla embriyo transferine kıyasla çoğul gebelik oranlarında artışa neden olmadan gebelik oranlarını arttırmaktadır. Çoğul gebeliklerin azaltılması için, dondurulacak veya fertilize edilecek embriyo sayısına sınır koyulmaktadır. Bir embriyo transferi ile çoğul gebeliklerin neden olabileceği anne ve bebek sağlığı risklerinin de azalmasına katkı sağlanmaktadır (Akın ve Şahin, 2020; Kırca ve Öngen, 2020).

4.4. Embriyoların Dondurulması

Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinde tedavi siklusları tamamlandığında, çiftlerin iyi kalitede fazla sayıda embriyoları olabilir. Bu durumda embriyoların dondurularak saklanması sayesinde daha sonra tekrar gebelik oluşması olanağı elde edilmektedir (Reis, 2001).

Embriyoların dondurulması işleminden önce, çiftin boşanması, bir veya iki eşin birden hayatını kaybetmesi durumunda izlenecek yol ve dondurma süresi konusunda izin alınmalıdır (Reis, 2001). İnfertilite tedavi sürecinin başında, kullanılmayacak olan embriyolara ne olacağı konusunda çift ile bir sözleşme yapılması gerekmektedir. Etik açıdan bakıldığında, bu durum hem klinisyenleri yasal olarak koruyacak hem de çiftlerin ne istediği en başından netleştirilmiş olacaktır. Embriyoların bir birey olup olmadığı konusu, dondurulan embriyoların imha edilmesi ile ilgili tartışma konusudur. Dondurulmuş embriyoların, bilimsel araştırmalar veya başka çiftler için embriyo bağışı olarak kullanılması da seçenekler arasında belirtilmektedir. Embriyo bağışı konusunda, bağış sürecinin nasıl olacağı, yasal süreç ve dini kaygılar ön plana çıkmaktadır (Kırca ve Öngen, 2020).

4.5. Uterus Bağışı

Uterus nakli, hayat kurtarıcı bir işlem olup olmadığı konusunda tartışılsa da bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmesi bakımından önemlidir (Kırca ve Öngen, 2020). Uterus naklinde, organ ve doku uyumunun olması için anne, abla, teyzenin donör olması tercih edilebilmektedir. Bu durumda duygusal ve psikolojik baskı görme, istemeden donör olmayı kabul etme, alıcı ile verici arasında çıkar çatışması olması gibi endişeler yaşanabilmektedir. Canlı bağışçı uzun süre ameliyatta kalma, cerrahiye bağlı riskler yaşama, vücut bütünlüğünün bozulması, uzun süre hastanede yatma, doğurganlığını geri dönüşü olmayacak şekilde kaybetme durumu ile karşı karşıyadır. Uterus naklinin hepsinde başarı sağlanamadığı, başarı sağlansa dahi her zaman canlı doğum ile sonuçlanamadığı ve kadının yoğun bir şekilde hüzün yaşayabildiği belirtilmektedir. Gebelik oluştuğunda, kadının doğuma kadar bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar kullanması gerekmektedir ve ilaçların fetüs üzerine olan etkileri tam olarak bilinmemektedir (Şahiner, 2022). Canlı donör için uterusun çıkarılma işleminin getireceği olası riskler ve sağlıklı bireyin zarar görme olasılığı etik ikilemdir. Canlı donörden uterus bağışı ile ilgili

sınırlı sayıda uygulamanın olması, olası riskleri belirlemede kısıtlılıklara neden olmaktadır. Bağışçıların, olası tıbbi ve psikolojik riskler konusunda tam olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir. Olası riskler göz önüne alınarak, yarardan önce zararın önlenmesi ve nakil kararının verilmesinde öncelikle risklerin gözetilmesi sağlık profesyonelinin ahlaki yükümlülüğüdür (Kırca ve Öngen, 2020). Genç ve istediği kadar çocuk sahibi olmayan kadınlardan uterus alınması önerilmemektedir (Şahiner, 2022). Ölümünden sonra organlarını bağışlayan birinin, hangi organlarını bağışladığını, uterusunu bağışlayıp bağışlamadığını belirtmesi gerekmektedir (Kırca ve Öngen, 2020).

4.6. Taşıyıcı Annelik

Taşıyıcı annelik, gebe kalamayan bir annenin yerine bir başka kadının gebe kalarak doğumdan sonra bebeği anneye veya aileye teslim etmesidir. Taşıyıcı annelikte; taşıyıcıya, infertil çiftlerin gametleri ile elde edilen embriyolar ya da çiftlerden biri yerine donör kullanılarak elde edilen embriyolar veya donör embriyolar transfer edilmektedir (Amanak ve Kavlak, 2013).

Taşıyıcı annelik üç (3) şekilde olmaktadır.

- Kadından alınan oositle, eşinden alınan spermin IVF ile taşıyıcı annenin uterusuna transfer edilmesi,
- Kadının gebeliği taşıma ve doğurma yeteneğinin olmadığı durumlarda eşten alınan spermlerin inseminasyon yöntemiyle taşıyıcı anneye transfer edilmesi,
- Ebeveynlerden ikisinin birden üreme yeteneğinin olmaması durumunda üçüncü kişilere sperm ve oositin döllenip taşıyıcı annenin uterusuna transfer edilmesi (Kızılkaya Beji ve Meran, 2017).

Taşıyıcı annelik ile ilgili etik ikilemler

- Taşıyıcı annenin, doğumdan sonra çocuktan ayrılmak istememesi,
- Taşıyıcı annenin, bebeğin kendisinin olduğunu söyleyerek bebeği vermemesi,
- Taşıyıcı annenin, bebeği doğurmak istememesi ve kürtaj olmak istemesi durumunda, böyle bir hakkının olup olmadığı konusu,
- Üreme özgürlüğü,
- Bakıma erişim, sınır ötesi taşıyıcı annelik, taşıyıcı annelikte gündeme gelen etik ikilemlerdir (Kızılkaya Beji ve Meran, 2017; Van Oosbree ve Von Wald, 2023).

5. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Etik

1. Embriyoya karşı saygılı olunmalıdır. Embriyo, insan gametlerini içermektedir; genetik olarak bireyselleşmiş insan olarak kabul edilmelidir. Embriyoya zarar veren hiçbir uygulama ahlaki olarak kabul edilmemelidir.
2. Kullanılan üreme teknikleri, embriyoya zarar vermemelidir. Embriyo, blastomer aşamasından itibaren ağrıyı, acıyı hissetmektedir.
3. YÜT, işleme katılan ve katkıda bulunan kişilere de zarar vermemelidir. Etik yükümlülük, önce zarar vermeme ilkesine dayanmaktadır.
4. YÜT uygulanacak olan bireyler, bu konuda gönüllü olmalıdır ve işlem öncesi yeterinde aydınlatılmaları sağlandıktan sonra, gönüllülük durumları değerlendirilmelidir.
5. YÜT'ün uygulanması ile toplumda zarar oluşmamalıdır. Toplumsal değerleri olumsuz olarak etkileyecek uygulamaları engelleyebilmek amacıyla ahlaksal sınırlar getirilmelidir.
6. YÜT'lerin uygulanmasında etik ölçütler getirilmelidir. Bu tekniklerden yararlanmak isteyen çiftlerin ve embriyoların seçimi için etik açıdan ölçütler belirlenmelidir (Reis, 2001).

6. Yardımcı Üreme Tekniklerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İnfertilite sorununa çözüm olan YÜT, sürekli gelişmekte ve değişmektedir. Bu gelişmelerle beraber, hemşirelerin görev ve sorumluluklarında da değişiklikler olmaktadır. İnfertilite ve YÜT alanında hemşirelerin birçok önemli rolleri bulunmaktadır. Bakım verme, danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, koordinatörlük, psikolojik destek verme, yöneticilik, araştırıcı gibi çağdaş roller bunlar arasındadır (Akın ve Şahin, 2020; Amanak ve Kavlak, 2013).

İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik; çiftlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmesine, belirlenen risklerin, sorunların ve ihtiyaçların giderilmesine yönelik girişimlerin planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine dayanmaktadır. Kaliteli hemşirelik bakımı verebilmek için hemşirelik sürecinin doğru planlanması önemlidir (Akın ve Şahin, 2020; Ataman, 2022; Yanıkkerem, Kavlak ve Sevil, 2008).

İnfertilite tedavisi gören bireyler, kendi tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine uygun bir sağlık hizmeti almak istemektedir. İnfertilite yönetiminde birey merkezli bakım yaklaşımı, çiftlerin tedavi uyumu ve iyilik hali ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte birey merkezli bakım yaklaşımı, hastaların ihtiyaçları, tercihleri ve toplumun sosyokültürel özelliklerini tanımlama ve değerlerine saygılı olmayı gerektirmektedir. Birey merkezli bakım yaklaşımı ile

hastaların görüşleri, ihtiyaçları ve endişeleri açık bir şekilde tanımlanmaktadır; olumlu bir tedavi deneyimi yaşamaları sağlanmaktadır (Boz ve Akgün, 2019).

Yardımcı üreme tekniklerinin çeşitli olumsuz etkileri de gelişebilmektedir. Hemşirelerin bu durumda danışmanlık ve eğitici rolü kapsamında; çiftlere karşı empati kurması, onları güçlendirmesi, rehberlik yapması, risk faktörleri hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. İnfertilite hemşireleri; tedavi protokolleri, ilaçların kullanımı, etkileri, komplikasyonları konusunda infertil çiftin eğitiminden sorumludur. Eğitim, bireysel veya grup terapisi olarak verilebilmektedir (Akın ve Şahin, 2020).

İnfertilite hemşireleri, uygulamalarına güncel gelişmeleri yansıtabilmek için araştırma planlamalı ve araştırma sonuçlarını kullanabilmelidir (Özdemir ve Kaplan, 2021). Hemşirelik bakımı, bütüncül bir yaklaşım ile kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda verilmelidir (Meran ve Kızılkaya Beji, 2016). Kanıta dayalı uygulamalar, hastaya en iyi bakımın nasıl verebileceğini gösterirken; sürekli araştırma yapıp eğitim almayı da gerektirmektedir (Özdemir ve Kaplan, 2021).

Hemşire, hasta hakları savunucusu rolü ile hastanın haklarının korunmasını ve kendisini ifade etmesini sağlamaktadır. Hasta hakları savunucusu olarak hemşireler, çiftleri tedavi süreci ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirirler (Güner Emül ve Avşar, 2021).

7. Sonuç

İnfertilite sorununun tedavisi ve çiftlerin çocuk sahibi olmasının sağlanması amacı ile birçok tedavi yöntemi geliştirilmiştir ve geliştirilmeye devam edilmektedir. Bununla birlikte yardımcı üreme süreçlerine yönelik tartışılan ve etik ikilem oluşturan konular bulunmaktadır. Hemşireler, infertilite alanında çalışan sağlık ekibinin önemli bir üyesidir. Hemşireler, infertil bireylerin başvuru aşamasındaki ilk değerlendirilmesinden bakım ve tedavinin son aşamasına kadar olan tüm süreçte profesyonel bir şekilde görev almaktadır. Hemşirelik süreci kapsamında birçok rolü yerine getirmektedirler. Hemşirelerin, YÜT konusundaki etik durumları ve yasal düzenlemeleri bilmesi ve hastaları bu konular hakkında bilgilendirmesi gerekmektedir.

Kaynakça / References

Akın, Ö. ve Şahin, E. (2020). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *SAUHSD, 3(*1), 55-75.

Amanak, K. ve Kavlak, O. (2013). Etik boyutu tartışılan yardımcı üreme teknikleri ve yasal düzenlemeler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 29*(1), 68-75.

Ataman, H. (2022). İnfertilite, yardımcı üreme teknikleri (yüt) ve hemşirelik. N. Pekcan, K. D. Beydağ (Ed.), *Hemşirelik ve ebelik öğrencileri için kadın sağlığı ve hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Boz, İ. ve Akgün, M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16*(2), 170-175.

Braga, D. P. A. F., Setti, A. S., Borges, E. Jr. (2022). Ethics and IVF add-ons: We need to talk about it. *JBRA Assist Reprod, 26*(3), 371-373.

Carson, S.A., & Kallen, A. N. (2021). Diagnosis and management of infertility: A review. *JAMA, 326(*1), 65-76.

Cobb, L.N., Ke, R.W. (2018). Ethical considerations in the field of assisted reproductive technology. *Minerva Endocrinol, 43*(1), 80-86.

Çağlar, M. ve Satılmış, İ. G. (2019). İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistematik derleme. *Androl Bul, 21*, 170−176.

Güner Emül, T. ve Avşar, B. (2021). İnfertilite tedavisinde sosyal destek ve hemşirenin rolü. *JAREN, 7*(2), 94-98.

Kırca, N. ve Öngen, M. (2020). İnfertilite tedavilerinde etik sorunlar. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 7*(1), 12-20.

Kızılkaya Beji, N., Meran, H. E. P. (2017). Kadın sağlığına genel bakış. N. Kızılkaya Beji (Ed.), *Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları* içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Meran, H. E.P., Kızılkaya Beji, N. (2016). İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni, 18*(64), 60–64.

Minhas, S., Bettocchi, C., Boeri, L., Capogrosso, P., Carvalho, J., Cilesiz, N. C. … Salonia, A. (2021). European association of urology guidelines on male sexual and reproductive health: 2021 update on male infertility. *European Urology, 80*(5), 603-620.

Özdemir, E. ve Kaplan, S. (2021). İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 79-89.

Özpulat, F. (2017). Yardımcı üreme teknikleri, etik ve sağlık personelinin sorumlulukları. *Kastamonu Sağlık Akademisi, 2*(2), 24-43.

Pathak, U. I., Gabrielsen, J. S., Lipshultz, L. I. (2020). Cutting-edge evaluation of male infertility. *Urol Clin North Am, 47*(2), 129-138.

Practice Committee of the American Society for reproductive medicine. (2021). Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertility and Sterility, 116*(5), 1255-1265.

Reis, N. (2001). Yardımcı üreme teknikleri ve etik. N. Kızılkaya Beji (Ed.), *İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı* içinde. İstanbul: F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No: 4.

Rozati, H., Handley, T., Jayasena, C. (2017). Process and pitfalls of sperm cryopreservation. *J. Clin. Med*, *6*(9), 89.

Serour, G. I., Serour, A. G. (2017). Ethical issues in infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,* 43, 21-31.

Szamatowicz, M. (2016). Assisted reproductive technology in reproductive medicine - possibilities and limitations. *Ginekol Pol, 87*(12), 820-823.

Şahiner, P. (2022). Cinsel sağlık, üreme sağlığı ve etik. N, Pekcan, K. D. Beydağ (Ed.), *Hemşirelik ve ebelik öğrencileri için kadın sağlığı ve hastalıkları* içinde. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 30.09.2014, Resmî Gazete Sayısı: 29135. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20085&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Van Oosbree, A., & Von Wald, T. (2023). Gestational surrogacy and ethical considerations. *S D Med, 76*(2), 72-75.

Vander Borght, M., & Wyns, C. F. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem,* 62, 2-10.

Yanıkkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11*(4), 112-121.

Yaylagülü Okuducu, N. ve Yorulmaz, H. (2020).İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. *İKSSTD, 12*(1), 13-20.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R. … van der Poel, S. (2017). The international glossary on ınfertility and fertility care. *Fertility and Sterility, 108*(3), 393-406.

23. BÖLÜM / CHAPTER 23

CİNSEL SAĞLIK VE ETİK

SEXUAL HEALTH AND ETHICS

Özden TANDOĞAN[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: ozdentandogan@arel.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.23

ÖZ

Etik, ahlaki davranışların disiplinli ve sistematik bir yansıması olarak değerlendirilen, yargı, sorumluluk, amaç ve eylemleri eleştiren bir yoldur. Cinsel sağlık ise; cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir tutumun olması, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olma konularını ve cinsel hakları da kapsamaktadır. Cinsel sağlık hakları, yaş, cinsiyet ve diğer özelliklere bakılmaksızın, tüm insanların haklarıdır. İnsanlar, başkalarının haklarına saygı göstermek şartıyla, kendi cinsellikleri ile ilgili tercihlerde bulunma hakkına sahiptir. Cinsel sağlık hizmetlerinin tüm cinsel kimlikler için ulaşılabilir ve en yüksek olması gerekmektedir. Düşük toplumsal bilincinden dolayı oluşan cinsel tabular, geleneksel olmayan cinsel davranışlar sonucunda damgalama ve ayrımcılık gibi zorlamalar ile cinsellik, ahlaki bir hal almıştır. Klinik ortamda güvenli ve optimal bir cinsel sağlık hizmeti sunabilmek için etik değerler önemlidir. Bu ortamda etik konular, tıp ve teknoloji alanındaki yeni gelişmeler nedeniyle sağlık hizmetlerinde (tanı, tedavi, danışmanlık ve bakım) değişkenlik göstermektedir. Günümüzde güvenli ve tatmin edici bir cinselliğin olmasından söz edilmektedir. Cinselliğin baskı, ayrımcılık uzak ve cinsel yaklaşımda saygılı olunması gerektiği belirtilir. Toplumsal oluşturulan cinsiyet kimlikleri, erkek ile kadın arasındaki cinsel yaşamı, tekeşlilik/çokeşlilik, cinsel ilişki pratikleri, gebelikten korunma araçları ve eşcinsellik gibi cinselliği her açıdan irdeleyen konular cinsel etik olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda, yasal düzenlemelere rağmen halen bazı cinsel etik ihlaller yaşanmaktadır. Bu bölümde, cinsel sağlık, toplumun ve dinlerin etik kuralları bu ihlallerin önlenmesi, hakların savunulmasında hemşirelerin rolleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, etik, ahlak, cinsel etik, hemşirelik

ABSTRACT

Ethics is a way of criticizing judgment, responsibility, purpose, and actions, which is evaluated as a disciplined and systematic reflection of moral behavior. Sexual health, on the other hand, includes a positive and respectful attitude to sexuality and sexual relations, having enjoyable and safe sexual experiences that are free of coercion, discrimination, and violence, and sexual rights. Sexual health rights are the rights of all people, regardless of age, gender, and other characteristics. People have the right to make choices about their own sexuality, provided that they respect the rights of others. Sexual health services should be accessible and of the highest level for all gender identities. Sexuality has become moral due to compulsions such as sexual taboos formed due to low social awareness,

stigma, and discrimination as a result of non-traditional sexual behaviors. Ethical values are important in order to provide a safe and optimal sexual health service in a clinical setting. In this environment, ethical issues vary in healthcare (diagnosis, treatment, counseling, and care) due to new developments in medicine and technology. Today, there is talk of having a safe and satisfying sexuality. It is stated that sexuality should be kept away from pressure, and discrimination and respectful in sexual approach. Issues that examine sexuality in all aspects, such as socially constructed gender identities, sexual life between men and women, monogamy/polygamy, sexual intercourse practices, contraception tools, and homosexuality are defined as sexual ethics. Despite the legal regulations in recent years, there are still some sexual ethical violations. In this section, the roles of nurses in sexual health, ethical rules of society and religions, prevention of these violations, and defense of rights are discussed.

Keywords: Sexuality, ethics, morality, sexual ethics, nursing

Extended Abstract

Ethics enables us to see moral behaviors from a critical point of view and can take different forms from society to society, religion, and time. In traditional society, sexuality is a matter of morality, and in many countries, sexual ethics and traditional religious authoritarian attitudes are linked. Homosexuality is believed to be harmful or a deviation from normal psychological functioning. With the modernization of society and the increase in people's knowledge over time, it has been judged that sexuality is not a case of different moral violations, but a matter of personal preference or social tradition. In this context, it is seen that women take a less unethical view of homosexuality than men. This is probably because the hegemonic model of masculinity has traditionally been associated with heterosexual prowess and domination. While premarital sexual behavior is considered 'normal' behavior, such behavior is not accepted among same-sex adults. Sexuality has become moral due to compulsions such as sexual taboos formed due to low social awareness, stigma, and discrimination as a result of non-traditional sexual behaviors. Although sexual abuse is as old as the history of humanity, its emergence and becoming talked about has only recently occurred. In addition, situations such as forcing the victim to marry the perpetrator and honor killings are examples of ethical violations in this area. It is very important that nurses adopt these values sensitively and provide services in the ethical realization of sexual health services. Religion has an important role in shaping sexual norms. In the controlled construction of sexuality, medical knowledge has replaced religion and social and moral rules. For this reason, value judgments that take their source from religious beliefs and ethical values, but which are accepted as scientific, are seen in medical knowledge. Psychoanalysis, which defines sexuality as the basic drive, includes these value judgments. The "penis envy" attributed to women by Freud has been shown as the source of motivation in the personality, sexuality, and behavior of the woman throughout her life. In female sexual pleasure, clitoral orgasm was evaluated as pathological,

and the absence of vaginal orgasm was labeled as frigidity, assuming normal vaginal orgasm. Gender plays an important role in the ethical construction of sexual identity. The innate urges of humans in shaping sexual identity are still being debated. The important roles and responsibilities of nurses should not be overlooked in matters related to the stigmatization or exclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people in their society and ethical violations in their access to health services. It is stated that sexuality should be kept away from pressure, and discrimination and respectful in sexual approach. Issues that examine all aspects of sexuality, such as socially constructed gender identities, sexual life between men and women, monogamy/polygamy, sexual intercourse practices, contraception tools, and homosexuality are still ethically debated. Nurses, sexual health education, and information should help people to make full, free, and conscious decisions about their sexual lives. It is unethical to provide biased or incorrect, incomplete, and scientifically invalid information. Therefore, the nurse should not act prejudiced during the provision of services, inform about where and how to receive sexual health services, and respect the preferences of individuals. The necessity of including ethical principles regarding sexual intercourse in sexuality education, reproductive health services, and social policies that support the health and rights of all people, regardless of gender, status, marital status, sexual orientation, religion, ethnicity, and other issues, and that nurses assume the role of advocate for patient rights. In this section, the roles of nurses in sexual health, sexual abuse, sexual health education, the prevention of these violations of the ethical rules of society and religions, and the defense of rights are discussed.

1. Giriş

Düşük kamu bilincinden dolayı oluşan cinsel tabular, geleneksel olmayan cinsel davranışları ortaya çıkan sosyal hastalıklara bağlamış ve bunun sonucunda damgalama ve ayrımcılık gibi zorlamalar veya engeller içinde cinsellik, ahlaki bir meseleye dönüşmüştür. Etik; tutum, davranış, düşünce, inanç ve eylem gibi ahlaki özelliklerin, insani değerler açısından iyi, doğru ve kabul edilebilir olup olmadığına dair konuları içermektedir. Aynı zamanda etik, bireylerin farklı eylem seçenekleri arasından en doğru eylemi seçebilmesini ve bunu uygulayabilmesini amaç edinmektedir. Bu nedenle çatışmaların çözümünde ve karar verme sürecinde bireylere rehberlik etmektedir. Klinik sahada kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumu için temel yapı taşlarından biri olan etik, bireyin eylemlerini temel alan ahlaki kuralların tümüdür. Bu ortamda etik konular, tıp ve teknoloji alanlarındaki yeni gelişmeler nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda (tanı, tedavi, danışmanlık ve bakım) değişkenlik göstermektedir. Sağlık hizmetleri alanında yaşanan etik ikilemler, herhangi bir durum hakkında karar alırken iki değer ya da seçenek arasında çatışma yaşanmasından kaynaklanır. Bireylerin yaşamları ile ilgili çok boyutlu kararların verildiği ve uygulandığı cinsel sağlık alanında da etik sorunlarla sıklıkla karşı karşıya kalınmaktadır (Aşçı ve Gökdemir, 2017).

Zaman içinde değişen modern hayatla cinselliğin doğası ile ahlaki alanı arasında bir karşıtlık ortaya çıkmıştır. 20. yüzyılın "cinsel devrimi", cinsellik ve üreme arasındaki bağlantıları ortadan kaldırmış ve cinsel eylemler, insana saygı ilkesi içinde ahlakla pekiştirmiştir. İnsan, tek başına ahlakın kaynağı olmuş, neyin iyi neyin kötü olduğuna insanın belirlemesinin gerektiği düşüncesi yaygın hale gelmiştir. Modern hayatta cinsel etiğe göre kişi, karşısındakini sadece bir zevk aracı olarak değil, bir amaç olarak görerek bu amaç dışında davrandığında uygun davranmış olmaktadır. Böylelikle cinsel eylemlerin ahlaklılığı ya da ahlaksızlığı, onların doğal ya da doğal olmayan davranışına göre değil, insanoğlunun onuru için gerektirdiği saygı ya da saldırganlık derecesine bağlanmıştır. Sonuç olarak "cinsel eylemler, bilgi, irade ve özgürlükle hareket eden özerk kişiler arasında gerçekleştiğinde insan onuruna saygılı ahlaki değerler içerisindedir" düşüncesi kabul görmüştür (Clements, 2021). Bu cinsel devrimden en çok yararlananların gençler ve kadınlar olduğu iddia edilmektedir (Haidt ve Hersh, 2001). Artan refah, gençlerin mahrem sayılanlara daha fazla erişmesini sağlamıştır. Örneğin doğum kontrol hapları, evlilik öncesi ilişkiyi daha az riskli hale getirmiştir. Bununla birlikte, dini değerler gibi kültürel normların kişinin riskli cinsel eylemde bulunma olasılığını azalttığı da görülmektedir (Gillum ve Cheryl, 2010).

Cinsel sağlığın, etik boyutunda sağlık profesyonelleri etik ikilem yaşandığında hızlı ve doğru bir şekilde karar verebilmesi önemlidir (Aşçı ve Gökdemir, 2017). Cinsellik alanında, etik değerler özerliktir ve yaşam tarzına göre yerine getirilir. Burada etik değerler karşılıklı bir hak doğurmaz veya yerine getirilmesi zorla talep edilemez.

2. Cinsel Sağlık

Cinsel sağlığın tanımında, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir tutumun olması, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olma konuları yer almaktadır (Öz ve Kısa, 2023). Aynı zamanda güvenli ve tatmin edici bir cinsellikten söz edilmektedir. Cinselliğin baskı, ayrımcılık ve şiddetten uzak ve cinsel yaklaşımda saygılı olunması gerektiği belirtilmektedir. Başka bir ifade ile cinselliğin mutlu bir şekilde devamlılığı için, cinsel şiddet ve ayrımcılığın olmadığı bağımsız bir cinsellik vurgulanmaktadır.

Cinsel sağlık; cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunduğu, istenmeyen gebeliklerin önlendiği, doğum kontrolü sağlandığı bununla birlikte cinselliğin fizyolojisine uygun sorunsuz, cinsel istismarın olmadığını bir cinsellik tanımlanırken, bireylerin cinsel yaşantıda da olumlu deneyimler yaşayabilmesi için cinsel sağlığın korunması ve sürdürülmesinin önemli olduğunu vurgulanmaktadır (Bayrakçeken, 2018).

Cinsellik, genel olarak kadın-erkek arasındaki cinsel birlikteliği ifade etse de hemcinsler arasındaki cinsel ilişkiyi de kapsamaktadır. Bu ilişki, cinsel ve duygusal açıdan hem cinsinden hoşlanma veya davranış anlamında homoseksüellik/eşcinsellik/biseksüellik gibi her türlü yakınlaşmaları da içerisinde barındırmaktadır. Türk toplumunda, cinsellik konusunda tutucu/muhafazakâr bir tutum sergilediği için "normal dışı" cinsellik hoş karşılanmamaktadır. Geçmişle günümüz kıyaslandığında, muhafazakâr tutumun bir miktar değiştiği görülmektedir. Ancak toplumda cinsellik hala "gizli, ayıp, yasak" gibi ifadelerle betimlenmektedir ve cinsellik ahlaki değerler çerçevesinde değerlendirilmektedir (Zeren ve Gürsoy, 2018). Toplumdaki cinselliğe karşı baskıcı geleneksel yaklaşımdan dolayı bireylerin cinselliği, toplumun ortaya koymuş olduğu ahlaki değerler içerisinde değerlendirilmektedir (Duman, 2019).

3. Etik

Etik, ahlaki davranışların disiplinli ve sistematik bir yansıması olarak değerlendirilen, yargı, sorumluluk, amaç ve davranışların eleştirel bir bakış açısıyla görülebilmesini sağlayan bir yoldur. Bununla birlikte, bireylerin arasındaki ilişkileri değerlendirmeye onay veren, insanlardan kaynaklanan yanlışları ortaya çıkarmaya yardımcı olan, bu yanlışları düzeltme

yollarını gösteren, diğer deyimle toplumdaki refahı sağlamaya yönelik ‘‘olması gerekenler’’ ile ilişkili bir kavramdır (Ayhan, 2022). İyi ve kötü olarak oluşan değer kalıplarına göre, yapılması veya yapılmaması gereken davranışlara ilişkin kurallar bütününe etik denilirken “belirli bir ülkede, belirli bir zaman aralığında bir toplumun çoğunluğunun benimsediği etik değerler bütünü” ifadesine de genel etik denilmektedir. Kişilerin içinde yaşamış oldukları toplumun veya grubun etik değerlerini özümseyerek bunları iyi, doğru ve uygun yorumlayarak tutum ve davranışlarında birer ölçüt olarak kullandıkları varsayılmaktadır. Bu durum, kişisel bir seçim gibi algılanmaktadır. Oysa normatif bir kategori olarak etik, bir otoriteye uymayı gerektirdiğinden sorgulamanın veya seçimin bir yaptırımla karşılaşmasıyla paradoksal bir durumu göstermektedir (Aydın, 2013). Aslında etik, önceden var olan bir yasaya uymak zorunda olan ahlaksal öznenin aksine, kişiye etiksel bir formun özümsenmesinden hareketle oluşmaktadır (Urhan, 2013). Foucault’ya göre ise etik, kişinin kendisiyle kurduğu ilişkidir. Böylelikle kişi, kendi benlik kavramı ile etik kavramını oluşturabilmektedir (Foucault, 2007).

Etik veya ahlak kavramları hem tarihsel hem de aynı dönem içinde farklı toplumlarda yaşayan gruplarda farklı etik/kavramlardan bahsedilmektedir. Bunlara örnek olarak birbirinden farklı “Antikçağ ahlakı’’, “İslam ahlakı” veya “Hristiyan ahlakı”ndan bahsedildiği gibi, “iş ahlakı”ndan, “spor ahlakı”ndan, “bilim ahlakı”ndan, “cinsel ahlak”dan da söz edilmektedir (Urhan, 2013).

4. Cinsellik ve Etik

Cinsellik, uzun yıllar boyunca insanlık tarihinin büyük bir kısmında etik/ahlakla ilişkili bir sorun alanı olarak görülmüş, cinselliğe ilişkin birçok şey ahlak kuralları içinde yeni şekillere evrilmeye çalışılmıştır (Foucault, 2007). Farklı kültürde cinsel hazlar, toplumdaki ifade ediliş biçimleriyle etik değerler çerçevesinde el alınmıştır. Bunlar cinselliği yaşama veya söz etme ya da onu ima etme, cinselliğin merkezinde sayılan bedeni örtme/sergileme gibi konulardan birkaçıdır. Cinsellik, birçok kültürde etik açıdan tartışılmıştır. Toplumsal olarak biçimlenmiş cinsiyet kimlikleri erkek ile kadın arasındaki cinsel yaşamı, tekeşlilik/çokeşlilik, cinsel ilişki pratikleri, gebelikten korunma araçları ve eşcinsellik gibi cinselliği her açıdan irdeleyen konular cinsel etik olarak tanımlandırılmaktadır. Bu etik düşünce için amaç türün üremesi ve devam ettirilmesidir, öyle ki bu amaca yönelik olmayan kullanımlar ise etik dışı olmaktadır. Aristoteles’e göre cinsel hayatta etik ölçülü olmaktır. Sonuç olarak, cinsel aşırılık veya cinsel perhiz ahlaksız olarak değerlendirilmektedir (Molacı, 2018).

Teknolojik alanında yeni gelişmeler, sağlık hizmetlerinde (tanı, tedavi, danışmanlık ve bakım) etik konuları sıklıkla gündeme getirmektedir. Bireylerin yaşamları ile ilgili çok yönlü

kararların alındığı ve uygulamaya konulduğu cinsel sağlık alanında da etik sorunlar çoğunlukla yaşanmaktadır. Klinik ortamda güvenli optimal bir sağlık hizmeti sunabilmek için bireyin davranışlarını temel ahlaki bir ilkeler içinde etik önemli bir değerdir. Etik sorunlar, bakım veren için bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren, mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanamayan, kesin çözümleri olmayan karmaşık ve bireyi karar verme sürecinde ikilemde bırakan sorunlardır. Etik ikilemler, herhangi bir durum üzerinde karar alınırken iki değer ya da seçenek arasında çatışma yaşanmasından kaynaklanır (Aşçı ve Gökdemir, 2017).

Özel alanda insana saygı, özerklik ve yararlılık etik ilkelerinde belirtilmiştir. Cinsellik özünde özel bir faaliyet olduğundan, "bir eylem, insanların özerkliğini ihlal ettiğinde veya kendileri için yararlı bulmadığında ahlaki olarak kınanacaktır". Zarar vermeme ve adalet, özerkliğin sınırlarını belirler: "Kötü niyetli veya adaletsiz oldukları için, belirli insanlara saldıran, skandal yaratan vb., uygunsuz teşhir ve cinsel tahrik vb. tam da bu nedenle ahlaki açıdan olumsuz davranışlardır" Cinsellik yeni ahlaki değerleri meşrulaştırmak için din kullanılabilir ve hatta bazen manipüle edilmektedir. Bu bölümde, cinselliğin etik halini şekillendiren kavramlara yer verilmiştir. Birçok kültürde din, cinsel normları şekillendirmede güçlü bir rol oynamıştır. Bu açıdan bakıldığında, konunun daha iyi anlaşılabilmesi için dinlere göre cinsel etik gelişime etkisi olan birtakım görüşleri ele almak gerekmektedir.

5. Cinsel Sağlık Eğitimi ve Etik

Bebeklik döneminden başlayan yetişkinlik dönemine kadar devam eden cinsel eğitim, kişinin kendi vücudunu, cinsel özelliklerini ve karşı cinsi tanıması, cinsel dürtülerini kontrol altına alıp bu anlamda kendini koruyabilmesi gibi konulardan oluşmaktadır. Cinsel eğitimin duygusal gelişim ve kendini topluma kabul ettirmede önemli bir rolü vardır. İlk önce ailede başlayan cinsel eğitim daha sonra öğretmen tarafından devam etmektedir. Ayrıca teknolojinin günlük kullanımında yerinin artmasıyla internet ve medya da cinsel eğitimde ayrı rol alabilmektedir.

Cinsel eğitimin amacı; bireye cinselliğe ilişkin sağlıklı ve bilinçli seçim yapmaları için güvenli cinsel davranışlar kazandırmak ve yaşa uygun yapılandırılmış cinsel sağlık eğitimi almalarını sağlayarak bireyin kendisine saygısını arttırmaktır (Zeren ve Gürsoy, 2018). Cinsel eğitimde, aile veya öğretmenlerin etik tutumları bireyin cinselliği etkileyebilir. Etik tutumları, belirleyen en baskın temel olanlar idealizm ve göreciliktir. İdealizm eğilimi gösteren bireyler, doğru sonuçlara ulaşmak için doğru eylemleri yapmak gerektiğine inanmakta ve kararlarını verirken olumsuz sonuca yol açmamak ve başkalarına zarar vermemek temel güdüsüyle hareket etmektedirler. Bu eğilimi, düşük olan kişiler ise, istediği sonuçlara ulaşmak için gerekirse

başkalarına zarar verecek kararlar alabilirler. Görecilik eğilimi baskın olan kişiler evrensel ahlaki kuralları reddeder. Bu eğilimde ahlak kuralları zaman ve mekânın ve içinde bulunulan durumun uzantısı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu iki temel etik faktör, cinsel eğitimin ve kişinin cinselliğini tanımlanmasında önemli rol oynamaktadır (Akdemir ve Taymaz Sarı, 2019). Cinsel sağlık eğitimi kapsamlı, yapılandırılmış ve etik ilkelere uygun olarak verildiği sürece istenilmeyen sağlık sorunları da ortadan kalkmaktadır.

6. Dinlere Göre Cinsel Etik

6.1. Hristiyan Dininde Cinsel Etik

İnsanlığın varoluşundan itibaren inanç ve ibadetlerin bütün sayılan din, kişi ve toplumun yaşamında önemli bir yer almış, insanların davranışlarını belli bir düzeyde etkilemeyi başarmıştır ve insanların ne zaman ne ölçüde davranması gerektiğine ilişkin belirli uygulamaları kültürel kurallarla şekillendirmiştir (Kıylıoğlu, 2014). Hristiyanlık gibi cinselliği yasaklayan bir dinde, cinsel arzuların tatmini kötü ve günah kabul edilmekte ve cinsellik bastırılmaktadır. Katı cinsel ahlakın içselleştirilmesiyle, dine itaate yol açan cezalandırıcı bir anlayış vardır. Aynı zamanda cinsel tabuya yönelik olumsuz bir düşünce de dine bir saldırı olarak görülmektedir (Runkel, 1998). Hristiyanlıkta cinsel tutkusu olmayan ve cinsel istekleri pasif olan kişi ahlaklı sayılmıştır. Bu görüşe göre, Hristiyan kişi Tanrı'nın bir yansımasının olduğu, dolayısıyla cinsel tutkuları tamamen ortadan kalktığında ahlaklı olabileceği savunulmaktadır.

Üreme amaçlı cinsellik görüşünün en tutarlı ve ahlaklı olduğu savı katolik filozoflar tarafından geliştirilmiştir. Ana amacı İncil'deki "Verimli olun, çoğalın ve yeryüzünü doldurun!" görüşünden kaynaklanmaktadır. Böylece insanın cinsel eylemlerini, Tanrı tarafından belirlenen yani üremeyi oluşturan insan cinselliğinin amacına göre yargılayan bir cinsel etiğin temeli oluşturulmuştur. Mevcut Katolik cinsel etiği, geçmişteki kadar kısıtlayıcıdır. Cinsel eylemi/seksi, tek eşli evlilikle sınırlandırır, böylece hem mastürbasyonu hem de karı koca dışında olası partnerler arasındaki cinselliği dışlamaktadır. Bu sınırlar içinde orgazm için sevişmeyi, oral seksi, anal seksi ve tüm doğum kontrol yöntemlerini etik dışı davranışlar olarak görmektedir.

Günümüzde Katolik cinsel etiği, daha sofistike bir versiyondadır. Katolik etiğinin yeni anlayışı cinselliğin amacını sadece üreme olduğuna ilişkin vurgu yapmamaktadır. Daha çok arkadaşlık ve üreme gibi iki iyi değerden oluşan temel ama karmaşık bir insan iyiliği olarak tasarlanan evliliğe odaklanmaktadır (Primoratz, 2001).

6.2. Yahudi Dininde Cinsel Etik

Yahudi dini, dünyevi yaşam kurallarına bağlı kalan bir dindir. İnsanın doğumdan ölümüne kadar geçen yaşamı, dini geleneklere göre detaylı olarak belirlenmiş ve kısıtlamalar ona göre getirilmiştir. Buna göre, Yahudilikte insanların engellenemez cinsel gereksinimlere ilişkin temel ilkelerle etik ve etik olmayan alanlar belirlenmiştir.



Şekil 1: Cinsellik ve Etik
Kaynak: https://www.shutterstock.com

Bu dinde cinsel istekler, normal karşılanıp gayet insani ihtiyaçlar olarak görülmektedir. Bu sebeple cinselliğin bastırılması yanlış sonuçları doğurabileceğine inanılmaktadır. Ancak bu normal cinsellik ihtiyacı erkeğin bir kadınla birlikte oluşturdukları aile bağı ile mümkün olabilmektedir. Çünkü Yahudilikte cinsellik, aile kavramı ile içselleştirilmiştir. Öyle ki aile kurulmadan gerçekleşen cinsel yakınlık veya davranışın etik sınırların dışında olduğuna vurgu yapılmaktadır (Şeker, 2015).

Yahudi geleneğinde homoseksüel ilişkiler, cinselliğin karşılıklı rızası ile gerçekleşmiş olsa da, etik görülen bir cinsel tercih olarak sayılmamaktadır. Ancak Tevrat'ta lezbiyenlik ile ilgili bir cinsel yaklaşımdan bahsedilmemekte ve buna öngörülen bir ceza da görülmemektedir. Yahudiler için lezbiyenlik erkekler arası cinsellik kadar ağır bir etik dışı davranış olarak değerlendirilmemektedir. Yahudilikte etik olmayan cinsel eylemler; ensest ilişki, mastürbasyon ve erkekler arası kurulan eşcinsel ilişkilerdir. Eşcinsel ilişki ve mastürbasyonda spermlerin boşa gitmesinden dolayı etik bir davranış olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca, evlilikte bile spermlerin vajinaya girmemesi, boşa harcanmış olacağından etik sayılmamaktadır (Aksoy, 2022).

6.3. İslam Dininde Cinsel Etik

Cinsellik, İslam dininde nikâh çerçevesinde ancak kadın ve erkeğin birleşmesi ile mümkün olmaktadır ve doğurgan işlevi sayesinde de kutsal bir değer kazanmaktadır. Evlilik dışı, her türlü cinsel ilişki zina olarak kınanmakta hatta cinsel tamamlayıcılığa/doğurganlığa dayanmayan dünyanın düzen ve ahenginin bozan etik dışı davranışlar lanetlenmektedir (Bilancetti, 2011). İslam dini etik konusunun temelini oluşturan adaletli olmak, iyi ve güzel davranış-

larda bulunmak, yardım etmek, çirkin işlerden uzak durmak kıskançlıktan kaçınmak gibi kavramların üzerinde özellikle durmuştur. Cinsellik etiğinde müslüman bir geleneğe sahip ülkelerin hem erkek hem de kadın eşcinselliğini suç sayma eğiliminde olduğu görülmektedir (Hildebrant, 2015).

Diğer dinler olduğu gibi, İslâm dininde de cinsel haz konusunda kadına da, erkeğe de hiçbir suçluluk yüklenmemektedir ancak cinsel doyum ve hazzın ahlaki olabilmesi için evlilikle gerçekleşmesi gerekmektedir. Toplumsal düzen bu nedenle, erkeklerin ve kadınların bedenlerini ve cinselliklerini kontrol altında tutmalarını gerektirmektedir. Kadının cinselliği kontrol edilmezse, toplumsal karmaşaya neden olabileceği inancı hakimdir. Kişinin cinsiyeti, kadın ya da erkek olması, toplumsal karmaşanın önlenmesi için geliştirilmesi gereken ahlaki değerlerin cinsiyetlere göre farklı farklı belirlenmesini gerektiren kritik bir faktör haline gelmektedir (İlkkaracan, 2003).

Bouhdiba'nın Kuran yorumuna göre, erkek eşcinselliği "ahlaksızlıkların ahlaksızlığı"nı oluşmakta ve en ağır şekilde cezalandırılmayı hak etmektedir (Bouhdiba,1985). Eşcinsellerin nasıl cezalandırılacağı hâlâ dini bir tartışma konusudur. Ancak "İslam toplumunun saflığını korumak ve sapkın unsurlardan arındırmak" için idam cezasını uygun bulan birçok İslam hukukçusu vardır (Al- Quaradawi, 1994). Bu inanç, Kuran'da yazılan, ancak İncil'de var olan Lut kavmi hikayesinden gelmektedir. İslamda, Lût kavmi, fuhuş, sodomi ve eşcinsel davranışlarından dolayı cezalandırılmıştır (Al-Haqq Kugle, 2010; Boellstorff, 2005; Habib, 2007). Temel kaynaklarda, zikredilen bu tür uyarıların nedeni İslam'ın bu tür ilişkileri normal dışı görmesi ve onu insan neslinin devam etmesine bir engel olarak görmesidir (Kürek, 2012). Erkek eşcinselliğini şiddetle kınayan bu kültürel ve dini bağlamda, kadın eşcinselliği genellikle olağandışı bir fenomen olarak kabul edilmektedir ve nadiren bahsedilmektedir (Al-Haqq Kugle, 2010; Habib, 2007). Erkek eşcinselliğine kıyasla, kadın eşcinselliğine daha hoşgörülü davranılmaktadır. Çünkü İslam hukukçuları, cinsel ilişkiyi sadece penisin girmesi olarak tanımlar, bu nedenle iki kadın arasındaki cinsel ilişki gerçek ilişki olarak kabul edilmemekte ve zina teşkil etmemektedir (Habib, 2007). Yine de toplumsal algıyla ortaya çıkan cinsel sapmalar İslam hukukunda hoş görülmemektedir.

7. Cinsel Kimlik ve Etik

Kişinin kendi cinsiyetini kabullenmesi ve biyolojik cinsiyetine göre davranışlar sergilemesi yani cinsiyetine göre cinsel eylemde bulunması cinsel kimlik olarak tanımlanmaktadır. Cinsel kimlik, oluşumunu etkileyen faktörlerden aile ve çevre etkisinin cinsel kimlik oluşumunda büyük etken olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, çocukluk döneminde şiddete maruz

kalmak, taciz ve tecavüze uğramak, çocuklukta karşı cinsle ilgili yaşanılan kötü deneyim, aşırı otoriter baba veya baba figürlerinin çocuğun hayatında rol model olmaması, cinsel kimliği değiştirebilen önemli faktörlerdendir (Kürek, 2012). Ayrıca anneye aşırı bağlılık veya uzak olmak cinsel yönelime etki eden diğer bir etkenlerdir. Bir insanın cinsel kimlik eğilimlerinin doğuştan belli olup olmadığı konusu ise hala tartışma konusudur.

Cinsel kimlik, istenilenin dışına yöneldiğinde birçok din tarafından normale aykırı olduğu için sapkınlık sayılmıştır ve aynı cinsten insanlar arasındaki cinsel eylemin etik olmadığı ifade edilmiştir (Kürek, 2012). Cinsel kimliğin inşası, toplumsal cinsiyet algısıyla da şekillenmektedir (Duman, 2019). Her cinsel kimlik, biyolojik gerçekliğinin ötesinde zamana ve mekâna göre kendisini nereye ve nasıl yerleştirdiğiyle de kimliğini kazanmaktadır. Kadınlık da erkeklik de bir başkası tarafından tanınmayı gerektirmektedir (Soysal, 2010). Cinsel kimlik yönelim popülaritesinin 1990'larda ve 2000'lerin başında artmaya başlamasıyla geçmişin etik ihlalleri, Lezbiyen, Gey, Biseksüel ve Transgender (LGBTQ) popülasyonlarının korunmasına yoğun bir odaklanmaya yol açmıştır. Bu odaklanmada, genellikle lezbiyen ve gey erkekler bulunmaktadır. Bu popülasyonun güvenliklerini sağlamak amacıyla onların "savunmasız bir nüfus" olduğu vurgulanmıştır (Blair, 2016).

Cinsel kimlik, ebeveyn-çocuk ilişki içerisinde oluşan mesajların çocuk tarafından analiz edilmesi sonucuyla ortaya çıkan bir inançtır. Ebeveynden gelen kapalı veya açık mesajları algılayan çocuk kendi cinsi dışında biri ile karşılaştığında güven hissi duyacağına ve sevileceğine inanmaktadır. Ayrılık ya da kayıp karşısında kırılganlık, ürkeklik, sert ve karmaşık oyunlardan kaçınma gibi mizaç özellikleri taşıyan erkek çocuklarının bu davranışlarının sosyal ilişkiler ile güçlendirildiği ve cinsel kimlik gelişimini etkilediği vurgulanmaktadır. Bireylerin biyolojik olarak kız ya da erkek olması ve cinsel kimlik gelişimi için cinsel organlarının normal, fizyolojik işleyişinde hormonların yeterli ve uygun olması cinsel yaklaşımında yeterince etkili değildir. Cinsel kimlik bozukluğunda, biyolojik etkilerin dışında sosyolojik ve etik etkenlerinde önemli olduğu açıktır. Son zamanlarda, kullanımı yeni olan tedavi amaçlı kullanılan puberte bloke edici hormon tedavisi tartışılan bir diğer etik konulardan biridir (Giordano, 2008). Geçmişte uzmanların, cinsel kimlik bozukluğu tanısı olan hastalara hormonal tedavisi veya cerrahi tedavi uygulayabilmesi için hastanın erişkin olabilecek yaşa kadar beklenilmesi gerektiğini savunmaktaydılar. Erkeklere anti-androjen uygulandıktan sonra östrojen verilip, kızlara menstrüasyonun durdurması için progesteron uygulaması yapılmaktaydı. Ancak 12 yaşından daha küçük ergenlerin ailelerinden tedavi olmak isteği gelmesi nedeniyle hekimlerin özenli bir değerlendirme sonrasında puberte bloke edici hormon tedavisinin uygulanmasının gerekli olduğunu savunmaya başlamışlardır. Devam eden izlemlerden sonra cinsel kimlik

bozukluğu tanısı olan ergenlerin yadsınamayacak kısmında cinsel disforisinin devam etmesi nedeniyle 12 yaş altı ergenlere hiçbir müdahale edilmemesi kararında ortak fikir birliği oluşmuştur. Fakat az sayıda çalışma olmasıyla birlikte ergenlikte görülen cinsel kimlik bozukluğunun kalıcı olduğu görülmektedir (Özsungur, 2010).

7.1. Cinsel Sağlık Hakları ve Etik

İnsan hakları içinde olan cinsel haklar, bireysel özgürlükleri kapsar. Her ikisinin de gerçekleşmesi birey, çift, aile ve devlet adına eşit derecede önemli sosyal sorumluluklara bağlıdır. Cinsel hakların temel amacı, kişilerin sahip olduğu temel hak ve özgürlükleri cinsel hayatlarında kullanabilmelerini sağlamaktır (Aşcı ve Gökdemir, 2017). Cinsel davranışların, etik temelinde tüm bireylerin cinsel sorumlulukları ve haklarını anlamaları ve başkalarının da eşit cinsel haklarına saygı duymaları gerektiği ilkesine dayanmaktadır (Dixon-Mueller ve ark., 2009).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FİGO)'da üreme sağlığı alanında etik çalışmalar için 1985'te bir komite kurmuştur. Burada "Cinsel Haklarının Etik Yönleri" kapsamında bildirileri 1997 yılında yayınlamıştır. Yayınlanan bildiri de "Kişilerin cinsel hakları insan haklarının gerekli temelidir. Hiçbir zaman bu haklar devredilmemeli, vazgeçilmemeli veya cinsiyete, ırka, yaşa, dile, dine, ulusal kökene, politik görüşe veya ekonomik duruma olarak herhangi bir nedenle inkar edilmemelidir" ifadesi yer almaktadır. Bununla birlikte, cinsel sağlık hizmeti sunan tüm sağlık profesyonellerinin, cinsel haklar bildirgesinin gerektirdiği şekilde hareket etmelerinin etik açıdan bir zorunluluk olduğunu da vurgulamıştır (FİGO, 2012). Aşağıda cinsel haklar bazıları Tablo 1'de verilmiştir (Aşcı ve Özdemir, 2017).

Tablo 1: Cinsel haklar
Eşitlik ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkı
Bireyin yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı
Özerklik ve bedensel bütünlük hakkı
İşkenceye, acımasızca, insanlık dışı veya aşağılayıcı davranış ve cezalandırmalardan özgür olma hakkı
Her türlü şiddet ve baskıdan özgür olma hakkı
Gizlilik hakkı
Haz verici, tatminkâr ve güvenli cinsel deneyim sağlanması amacıyla, cinsel sağlığın da dâhil olduğu, ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı
Bilgi (Bilgilenme ve bilgilendirilme) hakkı
Eğitim ve kapsamlı cinsel eğitim hakkı
Eşit, bağımsız ve tam onama dayalı evlilik ve benzeri türde ilişkilere girme, sürdürme ve bitirme hakkı
Cinsel hakların ihlali durumunda adalet, sağaltım ve tazminat hakkı
Kamusal alana ve siyasi yaşama katılma hakkı
Kaynak: Aşçı, Ö. ve Gökdemir, F. (2017). Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. *Türkiye Klin J Obs Womens Heal Dis Nurs-Special Top, 3*(3),151–62.

Yıldırım, D.F. ve Özsoy, S. (2021). Kadınların Cinsel Haklarını Kullanım Durumu ve Hemşirenin Rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 7*(2);120-134.

8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Etik

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, çoğunlukla bilinen en tabusal niteliği olan hastalıklardır. Tabular ile gelen damgalar, hastaların gerçekliği saklamalarını, sağlık hizmetleri politikalarını, tıbbi araştırmaları ve etik sorunları önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklarda, hastanın bilgilendirmesinden sonra hastanın cinsel partnerini de konu hakkında bilgilendirme(me)si etik açıdan tartışmalar yaratmaktadır. Örneğin AIDS'in cinsel temas ile bulaşması nedeniyle HIV pozitifliği, cinsel temasla gerçekleştiği ilk akla gelendir. Bu yüzden hem hastanın bilme hakkı hem de etkilenebilecek üçüncü şahısların bilgi edinme hakkıyla ilgili tüm sosyal sonuçlarla birlikte sadece teşhis gerektiren kendi tıbbi bakım haklarıyla çelişmektedir. Ayrıca ifşa izni, tarama ve tedavi, cinsel yolla bulaşan hastalıklara erişimde sağlık eşitsizliklerinin de ortaya çıktığı diğer etik kaygılardır (Badura-Lotter, 2012).

9. Cinsel İstismar ve Etik

Cinsel istismar insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen ortaya çıkması ve konuşulur hale gelmesi çok yakın zamanlarda gerçekleşmiştir. Cinsel istismar; 'henüz cinsel gelişimini tamamlanmamış bir çocuğun ya da ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar, çocuk ile yetişkin arasında gerçekleşen cinsel eylem olarak düşünülmekle beraber, iki çocuk arasında da gerçekleşebilir. Yaş farkının en az 5 yıl olduğu durumda küçük çocuğun zorlanma veya ikna edilmesiyle ile cinsel eylemlere maruz bırakılması durumu da cinsel istismar kabul edilmektedir (Alpaslan, 2014).

Çocuklar, yetişkinlerin tepkilerinden korktukları, kendilerine inanılmayacaklarını ve güvenilmeyeceklerini düşündükleri için cinsel istismarı gizleyebilmektedir. Çocukların bu korkularının en önemli belirleyicisi, toplumun yargıları ve etik değerleridir. İstismar mağdurlarının direnmemelerinin diğer nedenleri arasında; fiziksel şiddet korkusu, bilgi eksikliği, sömüren kişiye karşı hisler ve sömürücünün güçlü konumu olması yer alabilmektedir. Çocuklarda bu belirtiler; yeteneklerinde gerileme, saldırganlık, okula devamsızlık, akademik başarıda azalma, idrar-dışkı kaçırma, baş-karın ağrısı, parmak emme, tırnak yeme ve uyku bozuklukları olarak ortaya çıkmaktadır. Uzun vadede ise, en sık görülen psikolojik bozukluk, suçluluk, düşük benlik saygısı, öğrenilmiş çaresizlik ve intihar düşüncelerini içeren "travma sonrası stres bozukluğu" dur (Şahin ve Taşar, 2012). Bu yüzden cinsel istismarda mağdurun sağlığının söz konusu olduğu için etik ilkeler gereği gizlilik ilkesine riayet edilmesi önemlidir. Ayrıca

mağdurun istismarı uygulayan kişiyle evlenmeye zorlanması, töre cinayetleri gibi durumlar bu alandaki etik ihlallere örnektir. Adli vaka kapsamında çocukta bekaret tespiti yapılması durumunda, bu muayenenin çocuğun ruhsal sağlığına zarar verebilme riski unutulmamalı, birey ve ailesi muayene yapılmasının önemi ve yapılmadığında olacaklar konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir (Aşçı ve Gökdemir, 2017).

10. Cinsel Sağlıkta Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cinsellik veya cinsel haklar, sorumluluk etiğine bağlıdır ve temel insan haklarının vazgeçilmez parçasıdır. Bu hakların tanınması, toplum içinde cinsel davranışın etik olarak değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte, cinsel haklara etik davranılması teşviğinde, insan onuruna yakışır muamele ve bakım etiği unsurlarının yerine getirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik mesleğinin getirdiği, zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama gibi etik ilke ve sorumluluklar kapsamında hemşirelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Çünkü bu hakların korunması ve geliştirilmesinde etik faktörler etkilidir. Cinsel sağlık hizmetlerinin etik şekilde gerçekleşmesinde hemşirelerin bu değerleri duyarlı bir şekilde benimseyip hizmet sunması oldukça önemlidir (Aşçı ve Gökdemir, 2017).

Cinsellik konusunda değişen yeni kavramlar etik konuları da çoğunlukla gündeme getirmektedir. Cinsellik ilgili seçimleri, özgür ve sorumluluk anlayışı içerisinde yapılabilmesi, cinsel sağlık alanında yürütülen sağlık hizmetlerine optimal düzeyde ulaşılabilmesi, risksiz ve tatminkar bir cinsel yaşam sürdürülebilmesi için hemşirelerin bu alanda profesyonel davranması gerekmektedir (Aşçı ve Gökdemir, 2017). Bu alanda çok yönlü kararların alındığı ve uygulandığı etik olaylar, hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı durumlardır. Etik ikilemde, hemşirelerin hızlı ve doğru karar verebilme becerisinin önemi de göz önüne çıkmaktadır. Ayrıca cinsel sağlık hizmetlerinde meydana gelen etik ikilemlerde hemşirelik meslek etiği kapsamında kar/yarar hesabı düşünülerek ekip iş birliğinin oluşturulmasında ve çözüme kavuşturulmasında hemşireler merkez konumdadır. Bununla birlikte, cinsel sağlık hizmetlerinin sunumunda kendi değer ve yargılarından bağımsız karar verebilmeli, kendi geleneklerinin etkisinde etik ikilem yaşamaması için eğitimli ve deneyimli ve etik değerler konusunda araştırmacı olması da ayrıca önemlidir. Cinsel sağlığın her tür bakım, tedavi ve girişiminde hemşire; hastayı bilgilendirmekte ve verilen bilgileri anlamalarını sağlamalıdır. Hemşireler, cinsel sağlık eğitim ve bilgilendirmeleri, kişilerin cinsel yaşamlarına ilişkin kararlarını tam, özgür ve bilinçli bir şekilde verebilmelerinde yardımcı olmalıdır. Taraflı veya yanlış eksik ve bilimsel geçerliliği olmayan bilgi verilmesi etik olmayan davranışlar içerisindedir. Bu yüzden hemşire hizmet sunumu esnasında önyargılı davranmamalı, cinsel sağlık hizmetini nereden ve nasıl alacağı

konusunda bilgilendirmeli, bireylerin tercihlerine saygılı olmalıdır. Cinsel sağlık hizmetinin etik olarak sunulmasında hemşire, insan merkezli düşünmeli ve bireyi etik davranışa yönlendiren profesyonel hemşirelik değerleri doğrultusunda hareket etmelidir (Arslantaş, 2015). Bu bağlamda, etik değerler çerçevesinde bireyleri bilgilendirmeli, tüm işlem ve muayene öncesi aydınlatılmış onam almalı, kişilerin verdiği kararlarına saygı duymalı, etik dışı uygulamalar durumunda hasta haklarını savunmalı, gerekli yönlendirmeleri yapmalıdır. Kişilerin (lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel veya travesti- LGBT) toplumun etik saydığı cinselliğin dışına çıkması nedeniyle toplumsal öfke ve nefretin ortasında kalması, bu sıra dışı cinselliğin getirdiği enfeksiyon ve hastalıklar sebebiyle damgalanması veya dışlanması, çeşitli baskılar ile çocuk yaştaki ergenlerin evlendirilmesi ve çocuk sahibi olmaya zorlanması gibi bu sorunlarda hemşirelerin insan haklarını savunucu rolleri ve sorumlukları vardır (Bozdemir ve Özcan, 2011). Hemşireler, mesleki etik ilkeleri doğrultusunda hasta haklarını savunmalı ve bu hakları desteklemek içinde etik kararlar almalıdır.

11. Sonuç

Tüm insanların kendi cinsel haklarını ve sorumluluklarını anlamaları ve başkalarının, özellikle cinsel eşlerinin haklarına saygı duymaları gerektiği ilkesi, cinsel davranışın etik temeline ilişkin anlayışı etkilemektedir. Cinsel davranışın eşit hak ve sorumluluklarına ilişkin cinsel etiği tanımlamak için kavramsal bir çerçevede baktığımızda, cinsel ilişki ve kişinin cinsel eşini seçme hakkı; cinsel ifade ve zevk alma hakkı, cinsel partner ile iş birliği hakkı, cinsel zarardan korunma hakkı ve cinsel sağlık bilgi, eğitim ve sağlık hizmetlerini alma hakkı olması bireyin cinsel hakkı ve etik kural olduğunu görmekteyiz. Cinsel birlikteliklere ilişkin etik ilkelerin, cinsiyet, statü, medeni durum, cinsel yönelim, din, etnik köken ve diğer konulardan bağımsız olarak tüm insanların sağlığını ve haklarını destekleyen cinsellik eğitimi, üreme sağlığı hizmetleri ve sosyal politikalara dahil edilmesi ve hemşirelerin hasta haklarını savunucu rolünü üstlenmesi gerekliliği önerilmektedir.

Kaynakça / References

Akdemir, B. ve Sarı, O. T. (2019). Zihinsel yetersizliği olan bireylerle çalışan öğretmenlerin cinsel eğitime yönelik tutumları ve etik durumlarının karşılaştırılması. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, *15*(3), 267-282. https://doi.org/10.17244/eku.425276

Aksoy, S. (2022). *Hümanist Yahudilik.* (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Al-Haqq Kugle S. (2010). *Homosexuality in Islam: Critical reflection on gay, lesbian, and transgender muslims.* Oxford: Oneworld Publication.

Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, *15*(2), 194-201.

Al-Quaradawi, Y. (1994). The Islamic principles pertaining to halal and haram. In Al-Quaradawi Y (Ed.). The *lawful and the prohibited in Islam* (pp. 14-36). Plainfield: American Trust Publication.

Arslantaş H. (2015). Ethical issues, codes, and standards in mental health and psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric Nursing, 6*(1),47-56.

Aşçı, Ö. ve Gökdemir, F. (2017). Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. *Türkiye Klin J Obs Womens Heal Dis Nurs-Special Top*, *3*(3),151–62.

Aydın, O. (2013). Genel ahlak, hukuk ve cinsellik. *Mülkiye Dergisi*, *37*(4), 139-148.

Ayhan, E. E. (2022). Bakım etiği penceresinden kadın yoksulluğu. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 82*, 383-405. https://doi.org/10.26650/jspc.2022.82.1007390

Badura-Lotter, G. (2012). Sexually transmitted diseases: reflections on metaphors and ethics. *Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases: Methods and Protocols*, 419-435.

Bayrakçeken E. (2018). *Genç kadınlarda cinsel ve üreme sağlığı damgalama ölçeği geçerlik ve güvenirliği.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Bilancetti, I. (2011). The hidden existence of female homosexuality in Islam. *Jura Gentium*, 64.

Blair, K. L. (2016). Ethical research with sexual and gender minorities. *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies*, *3*, 375-380.

Boellstorff T. (2005). 'Between religion and desire: being Muslim and gay in Indonesia' in. *American Anthropologist*,*107*(4), 575- 585.

Bouhdiba, A. (1985). Bouhdiba: Sexuality in Islam (Book Review). *Middle East Journal*, *40*(3), 533.

Bozdemir, N. ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *5*(4), 37-46.

Clements N. K. (2021). Foucault's christianities. *Journal of the American Academy of Religion*, *89*(1), 1-40, https://doi.org/10.1093/jaarel/lfab024

Dixon-Mueller R, Germain A, Fredrick B, & Bourne K. (2009). Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. *Reprod Health Matters*, *17*(33), 111-119. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)33435-7. PMID: 19523588.

Duman, N. B. (2019). Cinsellik ve cinsel sağlık: Tanımlar, kavramlar, cinsel hak ve özgürlükler. N.B. Duman, (Ed.). *Cinsel sağlık* içinde (s. 3-9). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Foucault, M. (2007). *Cinselliğin tarihi* (H. U. Tanrıöver, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Gillum, R. F. & Cheryl L. Holt. (2010). Associations between religious ınvolvement and behavioral risk factors for HIV/AIDS in American young women and men in a national health survey, *Annals of Behavioral Medicine, 40*, 284-293.

Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder?. *J Med Ethics*, *34*, 580-584.

Habib, S. (2007). *Female homosexuality in the Middle East: Histories and representations*. New York: Routledge.

Haidt, J., & Hersh, M. A. (2001). Sexual morality: The cultures and emotions of conservatives and liberals. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 191–221. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb02489.x

Hildebrant, A. (2015). Christianity, Islam, and modernity: Explaining prohibitions on homosexuality in UN Member States." *Political Studies* 63(4), 852-869.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee (2012). Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the Study of ethical aspects of human reproduction and women's health (pp.15-16). United Kingdom: FİGO House.

İlkkaracan, P .(2003). *Müslüman toplumlarda kadın ve cinsellik* (E. Salman, Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları

Kıylıoğlu, L. (2014). Batı toplumlarında dindarlık ve cinsel risk alma arasındaki ilişki üzerine bir derleme. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, *55*(2), 195-218.

Kürek, E. (2012). *Cinsel kimlik gelişiminde din eğitiminin rolü.* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.

Molacı, M. (2018). Aristoteles'in etik görüşü. *Medeniyet ve Toplum Dergisi*, *2*(1), 37-57.

Öz, M. ve Kısa, C. (2023). Cinsellik ve Duygular: Bir Gözden Geçirme. *HABITUS Toplumbilim Dergisi*, (4), 211-228.

Özsungur, B. (2010). Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler: Gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *17*(3), 163-174.

Primoratz, I. (2001). Sexual morality: Is consent enough? *Ethical Theory and Moral Practice*, *4*, 201-218.

Runkel, G. (1998). Sexual morality of christianity. *Journal of Sex & Marital Therapy, 24(2),* 103-122. https://doi.org/10.1080/00926239808404924.

Soysal, Ö. (2010). Cinselliğin etiği. *Bibliotech, 12*, 1-12.

Şahin, F. ve Taşar, M. A. (2012). Cinsel istismar ve ensest. *Türk Pediatri Arşivi*, *47*(3), 159-164.

Şeker, C. (2015). Yahudilikte evlilik ve cinsellik anlayışı/ahlakı. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, *44*, 247-271.

Urhan, V. (2013). *Michel Foucault ve düşünce sistemleri tarihi.* İstanbul: Say Yayınları.

Yıldırım, D.F. ve Özsoy, S. (2021). Kadınların Cinsel Haklarını Kullanım Durumu ve Hemşirenin Rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 7*(2);120-134.

Zeren, F. ve Gürsoy, E. (2018). Neden cinsel sağlık eğitimi?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *8*(1), 29-33.

6. KISIM - PART 6

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

PSYCHIATRIC NURSING AND ETHICS

24. BÖLÜM / CHAPTER 24

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN PSYCHIATRIC NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT, AND IMPORTANCE

Tuba ÇÖMEZ İKİCAN[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: tuba.comez@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.24

ÖZ

Etik kavram ve konular en genel tanımıyla, ahlaki ilkelerle ilgilenen, eylemlerimize ve kararlarımıza rehberlik eden bir felsefe dalıdır. Sağlık alanındaki hemen her uygulamada dikkatle üzerinde durulması gereken önemli bir kavram olan etik tutum ve davranışların, ortaya çıkışı ve gelişmeye başlaması yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Etik kavram ve konuların ele alındığı ilk sağlık uygulama alanlarından birisi olan psikiyatri alanında da, etik konuların ortaya çıkarak gelişmesi uzun yıllar öncesinde başlamıştır. Gelişim süreci içerisinde, zaman zaman gerilemeler ya da duraklamalar yaşanmasına rağmen, etik kavram ve konuların psikiyatri alanındaki gelişim süreci hızlı bir ivme ile gerçekleşmiştir. Psikiyatrik tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde oldukça önemli bir kavram olan etik, alandaki ilerlemelerle birlikte yenilikçi değişimler sergilemiştir. Psikiyatri hemşireliği bakım uygulamalarının da şekillenmesini ve gelişmesini sağlayan dinamik etik kavramı ile hasta merkezli bakımın temelleri atılmıştır. Özellikle hastaların refah düzeyine sağladığı katkılar ile psikiyatri alanında önem ve değeri artan etik konular, psikiyatrik hasta bakımının kaliteli ve etkin olmasını sağlayan temel faktörlerdendir. Günümüzdeki psikiyatri hemşireliği bakım uygulamaları etik ilkeler ve kurallar çerçevesinde sunulmaktadır. Bu kitap bölümünde, psikiyatri ve psikiyatri hemşireliğinde etik, etik kavram ve konuların tarihçesi, etik konuların gelişimi ve önemi ve son olarak etik kavram ve konularının gelişiminde hemşirenin rol ve sorumluluklarına ilişkin detaylı ve güncel bilgilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, etik, tarihçe, psikiyatrik etik, etiğin gelişimi

ABSTRACT

In its most general definition, ethical concepts and issues are a branch of philosophy that deals with moral principles and guides our actions and decisions. The emergence and development of ethical attitudes and behaviors, an important concept that should be carefully considered in almost every health practice, dates back centuries. The emergence and development of ethical issues in psychiatry, one of the first areas of health practice to address ethical

concepts and issues, began many years ago. Although there have been regressions or pauses from time to time in the development process, the development process of ethical concepts and issues in psychiatry has been realized rapidly. Ethics, which is a very important concept in psychiatric diagnosis, treatment, and care processes, has shown innovative changes with the advances in the field. The foundations of patient-centered care were laid with dynamic ethics, shaping and developing psychiatric nursing practice. Ethical issues, which have increased in importance and value in psychiatry, especially with their contribution to patient welfare, are among the most important factors in ensuring the quality and effectiveness of psychiatric patient care. Current psychiatric nursing practice is presented within the framework of ethical principles and rules. This book chapter aims to provide detailed and up-to-date information on ethics in psychiatry and psychiatric nursing, the history of ethical concepts and issues, the development and importance of ethical issues, and finally, the role and responsibilities of the nurse in the development of ethical concepts and issues.

Keywords: Psychiatric nursing, ethics, history, psychiatric ethics, ethical development

Extended Abstract

The history of ethical concepts and issues in psychiatry goes back centuries. Individuals with psychiatric disorders have been subjected to many inhumane treatments during the diagnosis and treatment processes since ancient times. Psychiatric patients were removed from society, tortured, tortured, starved, imprisoned, chained, abused, abused, and even burned alive or buried alive. The increased value given to human beings and art during the Renaissance gradually led to the disappearance of unethical practices that psychiatric patients were exposed to. Naturalistic beliefs about psychiatric patients began to be replaced by scientific studies. However, the development of ethical approaches in psychiatric patients has accelerated with the development of modern psychiatry. First, in the 18th century, psychiatric patients started to be treated in mental health hospitals. Later on, somatic therapies such as "Insulin Shock Therapy," "Psychosurgery," and "Electroconvulsive Therapy (ECT)" emerged and started to develop, supporting the healing and treatment processes of psychiatric patients in ethical and humane conditions. In recent years, in psychiatry, thanks to changing social values, research, and advances in psychiatric care, there have been excellent developments in ethics. It is thought that the emergence of ethical issues and concepts in psychiatric nursing is associated with the history of psychiatry. Although it is thought that the roots of moral issues and approaches in nurses caring for psychiatric patients date back to the first "bimarhane," healing centers, and mental hospitals in the early 19th century, the history of ethical concepts and issues in psychiatric nursing is a complex area. Psychiatric patients were often subjected to inhumane treatment and neglect until the Renaissance. During these periods, the ethical principles guiding nursing practice were quite limited. Nurses' primary focus was confinement and control rather than compassionate, accurate, and quality care. In the mid-19th century, the new treatment movement initiated change and development in the nursing care approach. With new treatment approaches emphasizing treating patients with respect and kindness, patients' autonomy began

to be emphasized. In addition, these changes form the basis of ethical attitudes, approaches, and evaluations in psychiatric nursing. In the late 19th and early 20th centuries, ethical frameworks began to be established in psychiatric nursing. The work of Florence Nightingale contributed significantly to the development of ethical principles in nursing as a whole. Her emphasis on patient advocacy, the importance of maintaining confidentiality, and the need for continuing education paved the way for ethical practices in psychiatric nursing. In the second half of the 20th century, a transformation occurred in psychiatric care with the "deinstitutionalization movement," which is very important for psychiatric patients. With this movement, which aims to transition individuals with psychiatric illness from long-term institutional care to community-based care, the importance of autonomy, privacy, and informed consent has increased. To evaluate psychiatric problems and to carry out diagnosis, treatment, and care processes, mental health professionals may need very specific and even intimate information about their patients in addition to general information. The unique problems of psychiatric patients, difficulties in treatment processes, and various uncertainties that develop due to insufficient or lack of insight cause frequent controversial situations. In this context, ethical principles and approaches in psychiatry bring different approaches and difficulties compared to other fields. Psychiatric nurses may face many ethical problems, especially in patient treatment and care processes. Psychiatric nursing care practices include general patient care, observation, involuntary and compulsory practices, stigmatization, care, and management of suicidal and similar situations. All these issues, whose care and treatment process is quite complex, are among the main reasons for the emergence of various ethical problems in the application processes of psychiatric nurses. Ethics in psychiatric nursing is important in ensuring that patients receive safe, compassionate, and patient-centered care. Nurses can overcome the complex ethical issues inherent in psychiatric nursing by adopting the principles of respect for autonomy, beneficence, nonmaleficence, confidentiality, and social justice. Ethical considerations in psychiatric nursing include motivating social justice and protecting vulnerable individuals. Ethical issues in psychiatric nursing have become increasingly important in recent years due to various factors, including evolving patient rights, advances in psychiatric treatments, and a greater emphasis on patient-centered care. Ethical issues are critical in psychiatric nursing since the nurse-patient relationship in psychiatry is often complex and sensitive. The development and importance of ethical issues in psychiatric nursing emphasize how nurses should advocate for their patients, support patient autonomy, protect confidentiality, and navigate complex ethical dilemmas. Only by upholding ethical standards can psychiatric nurses provide safe, effective, and patient-centered care to individuals with mental health problems and make a meaningful difference by contributing to the lives of their patients.

1. Giriş

Psikiyatrik sorunların değerlendirilmesi, tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin gerçekleştirilebilmesi için ruh sağlığı çalışanları, hastaları hakkında genel bilgilerin yanı sıra oldukça özel ve hatta mahrem bilgilere ihtiyaç duyabilmektedirler (Çam ve Gördeles, 2014; Helmchen ve Sartorius, 2010). Psikiyatri hastalarının özgün sorunlarının olması, bakım ve tedavi süreçlerindeki güçlükler, iç görü yetersizlikleri ya da eksikliklerine bağlı olarak gelişen çeşitli belirsizlikler ise, tartışmalı durumların çok sık yaşanmasına neden olmaktadır (Baysan Arabacı ve Mutlu, 2018: Stoll ve ark., 2020). Bu bağlamda, psikiyatri alanında etik ilke ve yaklaşımlar diğer alanınlara kıyasla farklı yaklaşım ve güçlükleri beraberinde getirmektedir. Özellikle hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde psikiyatri hemşireleri birçok etik sorunla karşı karşıya gelebilmektedir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020).

2. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik

Psikiyatri hemşireliği bakım uygulamaları genel hasta bakımlarının yanı sıra gözlem, istem dışı ve zorunlu uygulamalar, damgalama, suisit ve benzeri durumların bakım ve yönetimini de içermektedir. Bakım ve tedavi süreci oldukça kompleks olan tüm bu konular, psikiyatri hemşirelerinin uygulama süreçlerinde çeşitli etik sorunların ortaya çıkmasının temelleri arasında yer almaktadır (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020).

Psikiyatri hemşireliğinde etik, hastaların güvenli, şefkatli ve hasta merkezli bakım almalarını sağlamada oldukça büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, gizlilik ve adalet ilkelerini benimseyerek psikiyatri hemşireliğinin doğasında bulunan karmaşık etik sorunların üstesinden gelebilmektedirler (Curtis, 2009; Eren, 2014). Ayrıca psikiyatri hemşireliğinde etik sorunlar, sosyal adaleti, motivasyonu ve savunmasız bireyleri korumayı da içermektedir.

Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı eşitsizliklerine katkıda bulunan sosyal belirleyicilerin de farkında olarak ve etik ilkeler doğrultusunda, hastalarına bakım sunmalıdırlar. Bu sayede psikiyatri hemşireleri hastalarının yaşam kalitesine katkı sağlayarak anlamlı bir fark oluşturabilirler (Karataş, 2020; Kumar ve ark., 2011).

2.1. Psikiyatride Etik Kavram ve Konuların Tarihçesi

Tarihi, insanlık geçmişi kadar eski olan etik kavramı; Antik Yunan uygarlığı döneminde Aristoteles tarafından Yunanca olarak "karakter, alışkanlık, töre" anlamına gelen "ethos" kelimesi ile kullanılmaya başlanılmıştır. Etik kavramına ilişkin en eski ve kapsamlı tanımlamalardan birisi de, yine Aristoteles tarafından "evrenden insana, bilgiden değere bir bütün

olarak her şeyi tanıma ve anlama uğraşısı" olarak yapılmıştır (Baysan Arabacı, 2020; Brooke ve Kjervik, 2014; Çam ve Gördeles, 2014; Sabancıoğlu, 2016).

Etik bilimi gelişim süreci içerisinde, Ortaçağ döneminde yaşanan baskılar sebebiyle yeterli ilerleme gösterememesine karşın; Ortaçağ dönemi sonrasında ortaya çıkan "Aydınlanma Çağı" ile gelişim ivmesi artan bir kavram olmuştur. Bu dönemde etik biliminin gelişimi, modern etiğin babası olarak adlandırılan "Thomas Hobbes" tarafından gerçekleştirilmiştir (Çam ve Gördeles, 2014; Namal, 2013). Hobbes'ten sonra etik biliminde gelişim ve ilerlemenin yanı sıra kültürler arası farklılaşmalarla da meydana gelmiş ve yeni etik öğretiler oluşmuştur. Etik biliminin gelişim sürecinde Immanuel Kant, Jeramy Bentham, John Stuart, Mill Compte, Darwin ve Spencer gibi filozofların çok büyük rolleri olmuştur (Bağ, 2021; Çam ve Gördeles, 2014; Namal, 2013).

Felsefenin bir alanı olarak, ele alınan etik kavramı ile "iyi-kötü", "doğru-yanlış" olguları üzerinde çalışılmaktadır. Özellikle psikiyatri hastalarının tanı, bakım ve tedavi süreçleri içerisinde de rol oynayan bu kavramların üzerinde tarih boyunca düşünülmüş ve çalışılmıştır.



Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/woman-locked-psychiatric-ward- 154478393

Psikiyatride etik kavram ve konuların tarihi, yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler, eski çağlardan itibaren tanı ve tedavi süreçleri içerisinde çok fazla insanlık dışı muameleye maruz kalmışlardır. Dönemlere göre değişkenlik göstermekle birlikte, özellikle "İlk Çağ" ve Karanlık Çağ olarak nitelendirilen "Orta Çağ" döneminde ruhsal bozukluğu olan bireylere "şeytan" ya da "cadı" gibi olumsuz betimlemeler yapılmış ve onlardan zarar geleceği düşüncesi hakim olmuştur. Bu düşünce ile birlikte, psikiyatri hastaları toplumdan uzaklaştırılmış, işkence edilmiş, aç bırakılmış, hapsedilmiş, zincirlerle bağlanılmış, şiddet uygulanmış, istismar edilmiş ve hatta diri diri yakılarak ya da gömülerek öldürülmüşler-

dir. Psikiyatri hastaları, bu etik ve insani açıdan doğru olmayan uygulamalara çok uzun yıllar maruz kalmışlardır. Rönesans dönemine kadar devam eden bu durum, ancak 16-17. yüzyıldaki gelişmeler ile değişmeye başlamıştır (Bağ, 2021; Çam ve Gördeles, 2014; Namal, 2013).



Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-photo/old-psychiatric-straitjacket-mental-hospital-detail-1211632009

Rönesans dönemi ile insan ve sanata verilen değerin artması, psikiyatri hastalarını maruz kaldığı etik dışı uygulamaların yavaş yavaş ortadan kalkmasına katkı sağlamıştır. Psikiyatri hastalarına yönelik olan doğmatik inançlar, yerini bilimsel çalışmalar bırakmaya başlamıştır. İlk olarak 16. yüzyılda Johann Weyer psikiyatri hastalarını savunarak psikiyatride devrimin başlamasına katkıda bulunmuştur. Psikiyatri hastalarına değer verme temelli olan bu hareketten sonra psikiyatrik hastaıklar tanımlanmaya başlanılmıştır (Bağ, 2021; Çam ve Gördeles, 2014; Gürhan, 2016).

Psikiyatri hastalarının bağımsızlıklarını yok sayan ve hastaların prognozunu kötüleştiren bir uygulama olan "zincire bağlama" 1795 yılında Philippe Pinel'in üstün uğraşları ile ortadan kaldırılmış ve böylece hastalar zincirlerden kurtulmuşlardır (Çam ve Gördeles, 2014; Gürhan, 2016).



Kaynak: https://www.shutterstock.com/tr/image-vector/mental-problem-concept-woman-nervous-problems-2056877864

Psikiyatri hastalarında etik yaklaşımların gelişim süreci, çağdaş psikiyatrinin gelişimi ile hız kazanmıştır. İlk olarak 18. yüzyılda, psikiyatri hastaları ruh sağlığı hastalıkları hastanelerinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Daha sonra psikiyatri hastalarının iyileşme ve tedavi süreçlerinin, etik ve insani koşullarda olmasına destek sağlayan "İnsülin Şok Terapisi" ve "Psikoşirurji" gibi somatik terapiler ile "Elektrokonvulsif Terapi (EKT)" ortaya çıkmış ve gelişmeye başlamıştır. Ayrıca tüm bunların yanı sıra 1952 yılında klorpromazinin antipsikotik bir ajan olduğunun keşfedilmesi ile birlikte psikiyatri hastalarına yönelik olan tedavi edilemez, iyileşemez algısı ortadan kalkmaya başlamıştır (Bağ, 2021; Çam ve Gördeles, 2014; Gürhan, 2016). Psikiyatri hastalarına yönelik tanı, bakım ve tedavi süreçlerinde iyileşme sağlamak amacı ile hastanelere kapatılma, toplumdan uzaklaştırılma ve tedavi olamayacağına dair damgalama gibi etik dışı uygulamalar azalmaya başlamıştır.

Son yıllarda psikiyatri alanında, değişen toplumsal değerler, gerçekleştirilen araştırmalar ve psikiyatrik bakımdaki ilerlemeler sayesinde, etik açıdanoldukça güzel gelişmeler yaşanmaya başlamıştır

Psikiyatri etiğinde gerçekleşen önemli bir gelişme, hasta (birey) merkezli bakım ve ortak karar alma sürecine geçiştir. Hasta özerkliğinin önemi ve hasta ile ailelerinin bakım ve tedavi sürecine dahil etme gereksiniminin farkına varılarak, işbirliğine dayalı karar alma süreçlerinin son yıllarda benimsenmiş olması, etik açıdan son derece önemlidir. Bu yaklaşım ile, hasta

ve yakınlarının bakım ve tedavi süreçlerine aktif katılımı sağlanarak, değer ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmıştır. Böylece hasta ve yakınlarının bakım ve tedaviye uyumu da artmıştır (Bloch ve Green, 2021; McCradden ve ark., 2022).

Son yıllarda psikiyatri etiğindeki gelişmelerden birisi de, teknolojinin klinik alanda kullanılmasıdır. Teknolojinin psikiyatri uygulamalarına entegrasyonu, yeni etik sorunların gelişmesini beraberinde getirmiştir. Telepsikiyatri, elektronik sağlık kayıtları ve akıllı telefon uygulamaları birçok psikiyatrik uygulamaya erişimi artırmış ancak mahremiyet, güvenlik sorunları ve çeşitli endişeleri de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda hasta ve yakınlarına ilişkin tüm verileri koruma konusunda etik rehberler/kılavuzlar geliştirilmekte sürekli olarak güncellenmektedir (Bloch ve Green, 2021; Raveesh ve Munoli, 2020).

Psikiyatri alanındaki etik uygulamalar konusunda meydana gelen bir diğer gelişme ise, kültürel yeterlilik ve çeşitliliğe ilişkin önemin giderek artmasıdır. Kültürün ruh sağlığı üzerindeki etkisini anlamak, örtük önyargıları ele almak ve kültürel açıdan hassas olan birey ve gruplara psikiyatrik bakım sağlamak bu bağlamda esastır. Son yıllarda, kültürel farklılıklara ilişkin artan farkındalık, farklı inanç ve uygulamalara saygıyı artırmıştır. Böylece hasta ve yakınlarının tedavi ve ekibe olan güven ve bağlılığının artması sağlanmış aynı zamanda da, ruh sağlığı hizmetlerinde eşitsizlikler azalmaya başlamıştır (Dupuis ve Veissière, 2022; Sabancıoğlu, 2016).

Psikiyatri alanında etik kavram ve konular yıllar içerisinde gelişerek ve değişerek günümüze gelmiştir. Tüm bu değişim ve gelişmeler psikiyatrik tedavi ve bakım uygulamaları sürdüğü müddetçe de büyük bir hızla devam edecektir.

2.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Kavramı ve Tarihçesi

Psikiyatri hemşireliğinde etik konu ve kavramların ortaya çıkma sürecinin, psikiyatri tarihi ile birlikte olduğu düşünülmektedir. Psikiyatri hastalarına bakım uygulayan hemşirelerde, etik ve etik yaklaşımların kökeninin yaklaşık olarak 19. yüzyılın başlarında ilk bimarhane, şifahane ve akıl hastanelerine kadar uzandığı düşünülmekle birlikte, psikiyatri hemşireliğinde etik kavram ve konuların tarihi oldukça karmaşık bir alandır (Sabancıoğlu, 2016).

Psikiyatri hastaları, rönesans dönemine kadar sıklıkla insanlık dışı muamelelere ve ihmale maruz kalmışlardır. Bu dönemlerde, hastalara yönelik olan genel düşünce ve tutum ise, ruhsal bozukluğun tıbbi bir durumdan ziyade, bir tür ahlaki eksiklik olduğu şeklindedir. Bu düşünce ve yaklaşımlar sebebiyle, hemşirelik uygulamalarına rehberlik eden etik ilkeler oldukça sınırlı kalmıştır. Hemşirelerin önceliği şefkatli, bireye özgü ve kaliteli bakımdan zi-

yade, hastayı hapsetme ve kontrol etme şeklinde olmuştur (Çam ve Gördeles, 2014; Namal, 2013; Sabancıoğlu, 2016).

Bu dönemlerde, psikiyatri hastalarına karşı olan olumsuz tutum ve etik olmayan yaklaşımlardan psikiyatri hastaları ile çalışan hemşirelerde etkilenmiştir. Psikiyatri hastalarına bakım sağlayan hemşireler, bu nedenle damgalanmaya maruz kalmış ve aynı zamanda daha düşük ücretle çalıştırılmışlardır (Çam ve Gördeles, 2014).

19. yüzyılın ortalarında, gelişen psikiyatriye özgü bakım ve tedaviler ile birlikte, yeni yöntemler ortaya çıkmıştır. Bu yenilik, hemşirelik bakımında da değişim ve gelişimi başlatmıştır. Philippe Pinel ve William Tuke gibi psikiyatri alanında öncü olan isimlerin başlattığı bu hareket, hastalara haysiyet, saygı ve nezaketle davranılmasını vurgulamıştır (Sabancıoğlu, 2016). Psikiyatri hastalarının bakım ve tedavi sürecinde, etik yaklaşımın ve insancıl bakımın önemi vurgulanmıştır. Ayrıca, hastaların özerkliği üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bu değişimler psikiyatri hemşireliğinde de etik tutum, yaklaşım ve değerlendirmelerin temelini oluşturmuştur (Aydın Er ve Ersoy, 2017; Çam ve Gördeles, 2014; Eren, 2014).

19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın başlarında, psikiyatri hemşireliğinde etik çerçeveler ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle Florence Nightingale'in çalışmaları, hemşirelikte etik ilkelerin bir bütün olarak gelişmesine önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Hasta savunuculuğuna, gizliliğin korunmasının önemine ve sürekli eğitim ihtiyacına yaptığı vurgu, psikiyatri hemşireliğinde etik uygulamalara zemin hazırlamıştır. 1970'li yıllarda, sağlık hizmetlerinde etik konular önemli ölçüde dikkat çekmeye başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde biyomedikal ve davranışsal araştırmalarında yararlanılan insan deneklerinin korunması için Ulusal Komisyon kurulmuştur. Bu komisyon, "kişilere saygı, yarar sağlama ve adalet" olarak üç temel etik ilkeyi belirlemiş ve ana hatlarını çizen bir belge olan Belmont Raporu'nu hazırlamıştır. Bu ilkeler, psikiyatri hemşireliğinde etik rehberlerin/kılavuzların temel taşı haline gelerek hastaların haklarının ve refahının korunmasında da zemin oluşturmuştur (Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles, 2014; Duran ve ark., 2018; Sabancıoğlu, 2016).

20. yüzyılın ikinci yarısında psikiyatri hastaları için oldukça önemli olan "kurumsuzlaştırma hareketi" ile psikiyatrik bakımda bir dönüşüm meydana gelmiştir. Bu değişim, psikiyatrik hastalığı olan bireyleri uzun süreli kurum bakımından toplum temelli bakıma geçirmeyi amaçlamaktadır. Toplum temelli bakıma uygulaması ile birlikte ise, özerklik, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam konularının önemi artmıştır (Beyhan, 2021; Sabancıoğlu, 2016). Hastaları izole etmeden bakım ve tedavilerinin sürdürülmesi gerekliliğini savunan bu yaklaşım ile birlikte, hemşirelik bakımında çeşitli etik sorunlar ortaya çıkmıştır. Günümüzde de var olan karmaşık

etik sorunlardan bazıları, elektronik sağlık kayıtları ve telepsikiyatri gibi teknolojideki hızlı gelişmeler, mahremiyet, gizlilik ve hasta verilerinin kullanımıdır.

Etik, psikiyatri hemşireliği bakım uygulamalarının şekillendirilmesinde ve hastaların refahının sağlanmasında çok önemlidir. Psikiyatri hemşireliği bakım ve uygulamalarında, hasta haklarına ilişkin farkındalığın artması, hasta merkezli bakımın sunulması ve etik açıdan çeşitli rehberlerin/kılavuzların geliştirilmesi bakım ile etiği ayrılmaz bir parça haline getirmiştir.

3. Psikiyatri Hemşireliğinde Etiğin Gelişimi ve Önemi

Psikiyatri hemşireliğinde etik, gelişen hasta hakları, psikiyatrik tedavilerdeki ilerlemeler ve hasta merkezli bakıma daha fazla vurgu yapılması gibi çeşitli faktörler sebebiyle, oldukça önemli olan ve son yıllarda da önemi gittikçe artan konular arasında yer almaktadır.

Psikiyatri kliniklerindeki hemşire - hasta ilişkisi genellikle karmaşık ve hassas bir yapıya sahiptir. Psikiyatri hemşireleri bu nedenle dikkatli bir şekilde düşünmeyi ve hızlı karar vermeyi gerektiren etik ikilemler ve zorluklarla çok sık karşılaşmaktadırlar. Karşılaştıkları güçlük ve zorlukların üstesinden gelmek için ise, etik karar verme becerisine dolayısıyla psikiyatri hemşireliğindeki etik konular hakkında bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Ergene, 2012; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Ünsal ve ark., 2014).

Psikiyatri hemşireliğindeki temel etik konulardan birisi, mahremiyet ve gizliliktir. Psikiyatri hemşireleri, hastalarının mahremiyetini korumak için hastaların tanı, bakım ve tedavi süreçlerinde edinilen tüm bilgilerin gizliliğini hassas bir biçimde sürdürmelidir. Hastalara ilişkin bilgilerin gizliliğini sürdürme, hasta tarafından izin verilmedikçe veya yasalar gerektirmedikçe hasta bilgilerinin sağlık ekibi üyeleri dışında tartışılmamasını içermektedir. Hastanın gizliliğini korumak, güven inşa etmek ve terapötik ilişkiyi sürdürmek için, bu konu oldukça önemlidir (Baysan Arabacı, 2020; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Ergene, 2012).

Psikiyatri hemşireliğindeki bir diğer etik konu ise, hastanın kendi bakımıyla ilgili karar verme hakkını vurgulayan özerklik ilkesidir. Psikiyatri hemşireleri, hastaları karar verme sürecine dahil ederek, seçimlerine saygı duyarak ve bilinçli kararlar vermeleri için gerekli bilgileri sağlayarak özerkliğine saygı duymalı ve desteklemelidir (Duran ve ark., 2018; Riahi ve ark., 2016; Ucun ve ark., 2015).

Bilgilendirilmiş onam konusu da, psikiyatri hemşireliği etiğinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler, hastalara önerilen ya da uygulanan herhangi bir bakım, tedavi veya müdahalenin endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, risklerini ve alternatiflerini hastalara ve yakınlarına mutlaka anlatmalı ve anlamış olduklarını teyit etmelidir (Brooke ve Kjervik, 2014; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Ergene 2012).

Psikiyatri hemşireliğinde etik ikilemler, genellikle hastalar istem dışı hastaneye yatırıldıklarında veya bakım ve tedavi girişimlerine istem dışı maruz kaldıklarında ortaya çıkmaktadır. Hasta hakları ile güvenlik ve korunma gereksinimini dengelemek psikiyatri hastalarında oldukça zordur. Hemşireler, hasta merkezli bakıma odaklanarak ve bireyin değerlerine ve özerkliğine saygı göstererek, bu karmaşık durumların üstesinden gelebilmektedirler (Aydın Er ve Şehiraltı, 2010; Karataş, 2020; Riahi ve ark., 2016; Şen ve Süzer, 2017).

Psikiyatri hemşireliğinde bir diğer kritik etik konu ise, raporlama görevidir. Hemşireler, hastalarının istismar veya ihmal edildiğine dair şüphelerinin yanı sıra kendilerine veya başkalarına zarar verme tehdidini de, bildirmek konusunda yasal ve etik bir sorumluluğa sahiptirler. Hastaların ve toplumun güvenliğini ve refahını sağlama konusunda etkin olan bu konu, hemşireler tarafından bazen unutulabilmekteya da önemsenmeyebilmektedir (Ergene, 2012; Gül ve ark., 2019).

Psikiyatri hemşireliğindeki etik konular, acil afet yönetimine de uzanmaktadır. Ancak literatür incelendiğinde, bu konuda gerçekleştirilen çalışmaların yetersiz olduğu ve bu yapılan sınırlı çalışmalarda ise, hemşirelerin afete hazırlık, afet durumunda planlama ve afete müdahaleye ilişkin etik konularda istenilen düzeylerde olmadığı belirlenmiştir (Kılıç ve Şimşek, 2019; Park ve Choi, 2022; Yıldız, 2017).

Psikiyatri hemşireliğinde etik rehberler/kılavuzlar ve standartların geliştirilmesi ve güncel tutulması psikiyatrik bakım ve tedavi uygulamalarında etik konuların sorunsuz çözülebilmesi için önemli ve gereklidir. Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Birliği (APNA) ve diğer meslek örgütleri, psikiyatri hemşirelerinde etik konuları ele alan ve karmaşık etik ikilemleri aşmayı sağlayan rehber niteliğinde etik kurallar oluşturmuştur. Ayrıca ülkemizde hemşirelik alanında öncü derneklerden birisi olan "Psikiyatri Hemşireleri Derneği" tarafından oluşturulan çalışma grupları içerisinde de "araştırma ve etik çalışma grubu" bulunmaktadır.

Genel olarak, psikiyatri hemşireliğindeki etik konuların gelişimi ve önemi, hemşirelerin hastaları savunmaları, hastaların özerkliğini desteklemeleri, gizliliklerini korumaları ve karmaşık etik ikilemlerde yol almaları gerektiğini vurgulamaktadır. Psikiyatri hemşireleri ancak etik standartları koruyarak, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere güvenli, etkili ve hasta merkezli bakım sağlayabilirler (Anderson ve ark., 2020).

4. Psikiyatri Hemşiresinin Etik Konuların Gelişiminde Rol ve Sorumlulukları

Hemşirenin, psikiyatri hemşiresi olarak rolü, geleneksel bakım vermenin çok ötesine uzanmaktadır. Psikiyatri alanında çalışan hemşireler; hasta bakımlarının yanı sıra etik kavramları

şekillendirmede ve eşlik eden sorunları ele alma konularında çok önemli bir role sahiptirler (Arslantaş, 2015; Ergene, 2012; Riahi ve ark., 2016).

Psikiyatri hemşireliğinde, etik kavramların ve konuların geliştirilmesinde de hemşirelerin rol ve sorumlulukları oldukça fazladır. Özellikle bireye özgü kaliteli bakım sağlama ve hastanın bakım ve tedavi sürecinde etik açıdan uygun davranma, aynı zamanda da diğer sağlık ekip üyelerini teşvik etme, hemşirenin temel rol ve sorumlulukları içerisinde yer almaktadır.

Hemşireler, hastaların haklarını savunma, güvenliklerini sağlama ve psikiyatri kliniklerinde ortaya çıkan etik ikilemleri ele alma noktasında da kritik pozisyondadırlar. Bu kapsamda, hemşireler, hasta bakım uygulamalarında, etik ilkelere bağlı kalarak hastalarını savunmalı ve etik ikilemleri çevreleyen tartışmalara aktif olarak katılmalıdırlar (Anderson ve ark., 2020).

Psikiyatri hemşireliğinde etik kavramların ve konuların geliştirilmesinde hemşireler, hastanın özerkliğini desteklemeli, gizliliği ve mahremiyeti korumalı, hasta haklarını savunmalı, etik karar verme sürecine katılmalı ve disiplinler arası ekiplerle işbirliği yapmalıdır. Hemşireler bu sorumlulukları yerine getirerek, etik uygulama standartlarının geliştirilmesine de katkıda bulunabilir ve psikiyatri hemşireliği alanında güvenli, şefkatli ve hasta merkezli bakımın sunulmasını sağlayabilirler (Anderson ve ark., 2020; Ergene 2012; Gül ve ark., 2019).

Psikiyatri hemşirelerinin etik kavram ve konuların gelişiminde hasta boyutunda rollerinin bulunmasının yanı sıra toplum, kurum, meslek ve meslektaşları bağlamında da etik konuların gelişmesi için önemli ve gerekli rolleri bulunmaktadır. Özellikle çalışma alanlarında etik ilkeleri uygulayarak rol model olmaya çalışmaları, yaşanan etik ikilemler konusunda bilgi sahibi olmaları ya da sorunu çözmeye yönelik girişimlerde bulunmaları mesleğin gelişimi ve topluımda ilerlemesi için gerekli olan rol ve sorumluluklar arasındadır (Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles, 2014).

Psikiyatri hemşireliğinde, etik kavram ve konuların geliştirilmesindeki rollerini yerine getirmek için hemşirelerin etik ilkeler, yasal çerçeveler ve mesleki kılavuzlar hakkında yeterli bilgi ve donanıma da sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin etik karar verme konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmek için sürekli eğitim ve öğretim oldukça önemli ve gereklidir (Ergene, 2012; Hussien ve Hassona, 2021).

Hemşireleri ayrıca, etik ikilem ve karar vermede yaşayabilecekleri güçlükleri etkili bir şekilde ele alarak yönetebilmeleri için disiplinler arası iş birliğine yapmaya teşvik edilmesi gerekmektedir.

5. Sonuç

Psikiyatrik tanı, tedavi ve bakım uygulamalarında etik kavram ve konular tarih boyunca üzerinde düşünülen kavramlar olmuştur. Psikiyatrik tedavi ve bakımda ortaya çıkan en temel ve eski sayılabilecek etik hususlardan birisi "rıza (onam) ve özerklik" tir. Geçmiş yıllarda, psikiyatrik bakım ve tedaviler genellikle zorla gerçekleştirilmekte olup, bu süreçte hastaya fiziksel olarak müdahaleyi de içermektedir. Ancak zamanla, bilgilendirilmiş onamın ve hastaların özerkliğine saygı göstermenin önemi anlaşılmıştır. Etik düşünce ve tutumdaki bu değişim, hastaların haklarını koruyan, bakım ve tedavi kararlarına katılımlarını sağlayan rehberlerin/kılavuzların ve yasaların geliştirilmesini de sağlamıştır.

Psikiyatrik bakım ve tedavi ile ilgili temel etik konulardan birisi de istemsiz gerçekleştirilebilmesidir. Kendi tıbbi durumları hakkında içgörü sahibi olmayan psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin bakım ve tedavisini sağlamak ve aynı zamanda özerkliklerine saygı göstermek, karmaşık ve zor bir etik konudur. Bu konuda, yasal çerçeveler ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte genel olarak, istemsiz bakım ve tedavilerin ne zaman uygun olduğu ve hangi koşullar altında uygulanabileceği konusunda rehberler/kılavuzlar bulunmaktadır.

Psikiyatride bir diğer önemli etik konu da "kısıtlama ve tecrit" kullanımı olmuştur. Geçmiş yıllarda, fiziksel kısıtlama ve tecrit, psikiyatrik bozukluğu olan bireyleri kontrol etmek için kullanılan temel uygulamalar arasındadır. Ancak zamanla bu uygulamalara maruz kalan hastaların insan hak ve onurlarına ilişkin endişeler ortaya çıkmıştır. Bu sebeple, günümüzde psikiyatrik bakım ve tedavi süreçlerinde en az kısıtlayıcı ortamın önemi vurgulanarak, hastaların güvenliği ve refahı sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca, kısıtlama ve tecrid uygulamalarına ilişkin etik rehberler/kılavuzlar ve yasal çerçeveler geliştirilmiştir.

Psikiyatri hastalarının tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde "gizlilik ve mahremiyet" olguları da oldukça önemli bir etik konudur. Ruhsal bozuklukların kendi hassas doğası nedeniyle, hasta gizliliğinin korunması, güveni teşvik etmek ve bireylerin ihtiyaç duydukları yardımı almalarını sağlamak için çok önemlidir. Hasta mahremiyetini korumak için etik kurallar ve yasalar oluşturulmuş, aynı zamanda hastaya veya başkalarına zarar gelmesini önlemek için bilgilerin açıklanmasının gerekli olabileceği durumlar olduğu da kabul edilmiştir.

Ayrıca son yıllarda, psikiyatrik araştırma etiği ve psikotropik ilaçların kullanımı da etik açıdan dikkat çekmektedir. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınması ve potansiyel zararın en aza indirilmesi de dahil olmak üzere psikiyatrik araştırmaların etik bir şekilde yürütülmesini sağlamak çok önemlidir. Benzer şekilde, psikotrop ilaçların kullanımı da yan etki potansiyeli, uzun vadeli etkiler ve uygun reçete uygulamaları gibi etik hususları gerektirmektedir.

Psikiyatri hemşireliği, etik ikilemlerle iç içedir. Hemşireler sıklıkla, istemsiz hastaneye yatırma veya fiziksel kısıtlamaların kullanımı gibi hastaların refahını ilgilendiren karmaşık kararlarda ön saflarda yer alırlar. Bu gibi durumlarda, hemşireler etik ilkeler doğrultusunda hastaya bakım sağlamalı ve hem özerkliğine saygı gösterirken hem de kısıtlayıcı önlemlerin gerekli ve orantılı olmasını sağlamalıdır. Hastalara yarar sağlamaya odaklanarak çalışmalıdırlar.

Kaynakça / References

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nurs Ethics, 3*(27), 741-753.

Arslantaş, H. (2015). Ethical issues, codes, and standards in mental health and psychiatry nursing. *Journal of Psychiatric Nursing, 6*(1), 47-56.

Aydın Er, A. ve Şehiraltı, M. (2010). Çözümlenmemiş bir konu: Psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/Zorla tedavi edilmesi. *Journal of Psychiatric Nurses, 1*(1), 39-42.

Aydin Er, R., & Ersoy, N. (2017). Ethical problems experienced by nurses who work in psychiatry clinics in Turkey. *Journal of Psychiatric Nursing, 8*(2), 77-85.

Bağ, B. (2021). Ruh Sağlığı ve psikiyatrik bakımda ampirik etik görünümleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(2), 247-260.

Baysan Arabacı, L. (2020). Ruh sağlığında hasta hakları, etik ve yasal konular. Oflaz, F., & Yıldırım, N. (Ed.). *Psikiyatri hemşireliği sertifika konuları kitabı* içinde (s.48-64). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Baysan Arabacı, L., & Mutlu, E. (2018). Etik ilkeler ışığında geçmişten günümüze psikiyatri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 26*(3), 148-155.

Beyhan, B. (2021). Ruh sağlığı ve psikiyatrik bakımda ampirik etik görünümleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(2), 247-260

Bloch, S., & Green, S. A. (Eds.). (2021). *Psychiatric ethics*. UK: Oxford University Press.

Brooke, P.S., & Kjervik D.K. (2014). Legal and Ethical Guidelines for Safe Practice. In Halter, M.J. (Ed.). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing.* Elsevier Health Sciences.

Curtis, C. M. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Success: A Course Review Applying Critical Thinking to Test Taking.* FA Davis Company.

Çam, O., & Gördeles Beşler, N. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıklarında etik. Çam, O., & Engin, E. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı kitabı* içinde (s.237-254). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Demir, S., & Kocaman Yıldırım, N. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 5*(1), 25-32.

Dupuis, D., & Veissière, S. (2022). Culture, context, and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: Psychedelics as active super-placebos?. *Transcultural Psychiatry, 59*(5), 571-578.

Duran, S., Kargin, M., & Çelebi, E. (2018). Moral sensitivity in nurses providing care to psychiatric patients: A cross-sectional study. *Kocaeli Med J, 3*(7), 96-103.

Eren, N. (2014). Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nursing ethics, 21*(3), 359-373.

Ergene, Z. (2012). *Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları.* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gül, Ş., Genç Kuzuca, İ. ve Arda, B. (2019). Sınırlı bir çalışma: Hekim ve hemşirelerin gözünden psikiyatri ve etik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28*(4), 281-289.

Gürhan, N. (Ed.) (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Helmchen, H., & Sartorius, N. (Eds.). (2010). *Ethics in Psychiatry: European contributions*. New York: Springer.

Hussien, R., & Hassona, F. (2021). Effect of educational intervention on psychiatric nurses' knowledge regarding ethical and legal issues for psychiatric patients. *Egyptian Journal of Health Care, 1(*12), 121-139.

Karataş, S. (2020). Dünden bugüne psikiyatri hemşireliği ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda yaşanan etik sorunlar. *Journal of Medical Sciences, 1*(3), 34-38.

Kılıç, N., & Şimşek, N. (2019). The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. *Nurse Education Today, 83*, 104203.

Kumar, R., Mehta, S., & Kalra, R. (2011). Knowledge of staff nurses regarding legal and ethical responsibilities in the field of psychiatric nursing. *Nursing & Midwifery Research Journal, 7*(1), 1-11.

Mc Cradden, M., Hui, K., & Buchman, D. Z. (2022). Evidence, ethics and the promise of artificial intelligence in psychiatry. *Journal of Medical Ethics*, 1-7.

Namal, A. (2013). Psikiyatri tarihçesi ışığında ruh hastalarının zorla tedavilerine etik açıdan genel bir bakış. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı*, 41-72.

Park, J. S., & Choi, Y. J. (2022). The effect of a simulated fire disaster psychological first aid training program on the self-efficacy, competence, and knowledge of mental health practitioners. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 16*(1), 102-108.

Raveesh, B. N., & Munoli, R. N. (2020). Ethical and legal aspects of telepsychiatry. *Indian Journal of Psychological Medicine, 42* (5_suppl), 63S-69S.

Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(2), 116-128.

Sabancıoğlu, S. (2016). Etik ve yasal konular. Towsend, M.C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kitabı* (C.T. Özcan, N. Gürhan, Çev.) içinde (s.58-76). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 993.

Şen N., & Süzer Ö. (2017). Psikiyatri hastalarında zorunlu yatış ve zorla tedaviye bir bakış açısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(*3), 176-181.

Ucun, Y., Gürhan, N., & Kaya, B. (2015). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin hasta kısıtlama yöntemleri ile ilgili görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 17*(2-3), 10-20.

Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y.C., Aşık, E., Kızılkaya, M., ... Şıpkın, S. (2014). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences, 4*(2), 90-95.

Yıldız, E. (2017). Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nurs Ethics, 4*(26), 1128-114.

25. BÖLÜM / CHAPTER 25

PSİKİYATRİ VE ETİK

PSYCHIATRY AND ETHICS

Tuba ÇÖMEZ İKİCAN[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-mail: tuba.comez@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.25

ÖZ

Psikiyatri alanı, ruhsal bozuklukların teşhis, tedavi, bakım ve yönetimi ile ilgilenen bir tıp uzmanlığı olarak, tıp ve etiğin kesiştiği noktada faaliyet göstermektedir. Psikiyatride etik hususlar, ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin refahını ve haklarını doğrudan etkilediği için çok önemlidir. Psikiyatri alanında çalışan profesyoneller, hastaların refahını sağlamak için yarar sağlama ve bakım ve tedavileri hakkında bilinçli kararlar verebilmeleri hakkına saygı duymak için özerklik ve hasta bilgilerinin mahremiyetini korumak için gizlilik etik ilkeleri doğrultusunda çalışmaktadırlar. Ancak bu etik ilkeler doğrultusunda çalışırken, çok çeşitli sorunlarda etik ikilemler yaşamaktadırlar. Bu noktada ruh sağlığı profesyonellerinin yaşanılan etik ikilemler karşısında, yarar sağlama ve zarar vermeme etik ilkelerini gözeterek denge kurmaları gerekmektedir. Etik ilkelere özen göstererek, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin sağlık ve hastalık haklarına ve onuruna saygı gösterirken, hasta merkezli bakımın psikiyatri hemşireleri tarafından sağlanması da önemli ve gereklidir. Psikiyatri hemşireliğinde etik uygulamalar, hastaların güvenli, şefkatli ve hasta merkezli bakım almalarına olanak sağlamaktadır. Ayrıca psikiyatri hemşireliğinde etik kavramların ve konuların geliştirilmesi ile hemşirenin rol ve sorumlulukları da gelişecek ve psikiyatri hastalarına kaliteli ve istenilen hasta bakımının sunulması sağlanabilecektir. Bu kitap bölümünde, psikiyatri ve psikiyatri hemşireliğinde etik, psikiyatri hemşireliğinde etik ilkeler, psikiyatri hemşireliği uygulamalarında etik konular ve ikilemler ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular ve ikilemlerde hemşirenin rol ve sorumluluklarına ilişkin detaylı ve güncel bilgilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, psikiyatri hemşireliği, etik, etik konular, etik ikilemler

ABSTRACT

The field of psychiatry, as a medical specialty concerned with diagnosing, treating, caring for, and managing mental disorders, operates at the intersection of medicine and ethics. Ethical considerations in psychiatry are very important as they directly affect the welfare and rights of individuals receiving mental health care. Professionals in psychiatry work in line with the ethical principles of beneficence to ensure the well-being of patients, autonomy to respect the right of patients to make informed decisions about their treatment, and confidentiality to protect the privacy of patient information. However, while working in line with these ethical principles, they experience many

ethical problems and dilemmas. At this point, mental health professionals need to establish a balance by carefully considering potential benefits and harms in the face of ethical dilemmas. It is also important and necessary for psychiatric nurses to provide patient-centered care while respecting the rights and dignity of individuals with mental health problems by complying with ethical standards. Ethical practices in psychiatric nursing enable patients to receive safe, compassionate, and patient-centered care. In addition, with the development of ethical concepts and issues in psychiatric nursing, the roles and responsibilities of the nurse will also improve, and it will be possible to provide quality and desired patient care to psychiatric patients. This book chapter aims to provide detailed and up-to-date information on ethics in psychiatry and psychiatric nursing, ethical principles in psychiatric nursing, ethical issues and dilemmas in psychiatric nursing practices, and the roles and responsibilities of nurses in ethical issues and dilemmas in psychiatric nursing.

Keywords: Psychiatry, psychiatric nursing, ethics, ethical issues, ethical dilemma

Extended Abstract

Ethics, defined as "performing the right actions and not doing what is not right" according to one's values and beliefs, reflects social, moral, and social norms on individuals. Since mental health professionals are responsible for treating and caring for their patients and their welfare, psychiatry, and ethics have been closely related fields. While the field of psychiatry includes the diagnosis, care, and treatment processes of patients, the field of ethics includes respect for the patient's autonomy, confidentiality, and dignity. The nursing profession is a dynamic professional group that provides continuous care to healthy and sick individuals in areas where it is needed. Nurses working with healthy or patient individuals are closely involved in their private living areas in determining and eliminating individuals' needs for preventive care and general medical care. This situation causes nurses to encounter ethical problems and dilemmas occasionally. Psychiatric patients are a special, vulnerable, and sensitive patient group. For this reason, psychiatric nurses frequently encounter ethical dilemmas and problems in diagnosis, treatment, and care processes. In particular, the risks of patients harming themselves and their environment and their vulnerability to abuse and neglect, compulsory treatment and hospitalization processes, situations such as detection and isolation practices, etc., cause ethical dilemmas and problems to be experienced more frequently. In this context, it is important for psychiatric nurses to examine the healthcare practices they provide to patients within a logical framework and to make ethical decisions in line with ethical principles. Ethical principles are among the basic concepts that guide the practices of all mental health professionals working in the field of psychiatry. Ethical principles in psychiatry serve as a guiding framework for mental health professionals' practice and decision-making processes. The primary aim of ethical principles, which cover the treatment and care process of psychiatric patients, research carried out in the field of psychiatry, and various aspects of the professional behavior of mental health professionals, is to guide decisions that are always in the best interest of patients and respect the rights and autonomy of patients. Ethical principles are accepted

as basic in nursing: “The principle of harmlessness and usefulness; the principle of autonomy and respect for the individual; the principle of justice and equality; and the principle of privacy and confidentiality.” In addition to these codes, which are also basic and emphasized in psychiatric nursing, the principles of psychiatric nursing are presented in the guide published by the “Canadian and Alberta Psychiatric Nurses Association.” These principles are good: not to harm intentionally; truthfulness; honesty; respect for autonomy; and justice. Despite working in line with ethical principles, ethical dilemmas need to be carefully considered in psychiatric nursing, as in almost every field. One of the most frequently encountered ethical dilemmas in psychiatric nursing is informed consent. Another ethical dilemma is respecting patient confidentiality. The use of control methods is another ethical dilemma in psychiatric nursing. In addition, psychiatric nurses frequently encounter ethical dilemmas related to cultural competence in a diverse society. Psychiatric nurses have very important roles and responsibilities in addressing ethical issues and dilemmas in psychiatric care. Some main roles and responsibilities include advocacy, informed consent, confidentiality, therapeutic boundaries, cultural competence, medication management, control methods (restraint and seclusion), ethics in research, self-reflection, and continuous learning. In conclusion, psychiatry is a unique and challenging field involving the care of individuals with mental disorders. All professionals in the field of psychiatry, and especially nurses, face complex ethical dilemmas that require careful consideration and decision-making. These dilemmas arise due to various factors, such as conflicting values, legal obligations, patient autonomy, and the nurse’s duty to provide safe and effective care. At this point, psychiatric nurses should have sufficient knowledge about ethical principles and be competent in ethical decision-making processes. They should collaborate with interdisciplinary teams, including psychiatrists, social workers, psychologists, and other health professionals, to address ethical problems and dilemmas effectively. In addition, psychiatric nurses should actively participate in continuing professional development to improve their understanding of emerging ethical issues and relevant legislation, contributing to developing policies, protocols, and guidelines that promote ethical care practices.

1. Giriş

Bireyin kendi değer ve inançlarına göre "doğru olan eylemleri gerçekleştirmesi ve doğru bulmadıklarını yapmaması" olarak tanımlanan etik kavramı, sosyal, ahlaki ve toplumsal normların bireylere yansımasıdır (Bloch ve Green, 2021). Psikiyatride yer alan superego kavramı ile oldukça benzerlik sergileyen etik kavramı ile, "bireyin ve toplumun tutum ve davranışlarının bilinçdışı bir biçimde (kendiliğinden)" düzenlenmesi gerçekleşmektedir (Baysan Arabacı, 2020).

Psikiyatri alanı, psikofarmakolojik ajanlar ve çeşitli psikoterapilerin birlikte ya da ayrı ayrı kullanılması ile ruh sağlığı bozukluklarının tedavisini amaçlayan bir tıp alanıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Ruhsal bozukluklar; depresyon, anksiyete bozuklukları, iki uçlu bozukluklar, şizofreni, alkol-madde kötüye kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve diğer ruh sağlığı sorunları da dahil olmak üzere çok çeşitli hastalıkları ve dolayısıyla hasta gruplarını içermektedir. Hasta gruplarının ve psikiyatrik bozuklukların oldukça geniş bir yelpazede olması ise, tanı, bakım ve tedavi süreçleri içerisinde çok çeşitli etik konuların gündeme gelmesine neden olmaktadır (Sabancıoğlu, 2016; Stoll ve ark., 2020).

2. Psikiyatri ve Etik

Ruh sağlığı profesyonelleri, hastalarının bakımının ve tedavilerinin yanı sıra refahından da sorumlu oldukları için, psikiyatri ve etik alanları da birbiriyle çok yakından ilişkili olmuştur. Psikiyatri alanı, hastaların tanı, bakım ve tedavi sürecini içerirken, etik alanı ise hastanın özerkliğine, gizliliğine ve onuruna saygı gösterilmesini kapsamaktadır (Namal, 2013; Raveesh ve Munoli, 2020).

Psikiyatride önemli etik konulardan birisi, hasta bilgilerinin gizliliğidir. Hastalar ve yakınları, aile üyeleri veya en yakınları ile paylaşamayacakları hassas, özel ve kişisel bilgileri ruh sağlığı çalışanları ile paylaşmaktadırlar. Hastaların güven içerisinde paylaştıkları bu bilgiler, hasta bilgilerinin gizliliğini koruma sorumluluğunu beraberinde getirmektedir (Gürhan, 2016; Helmchen ve Sartorius, 2010; Çam, ve Gördeles Beşler, 2018). Ancak, hastanın kendisine veya başkalarına zarar verebileceği özel durumlarda hastanın yararı için bu gizlilik ilkesi ihlal edilebilmektedir. Hatta hastanın kendisi ya da çevresine zarar verme ihtimalinin bulunduğu durumları, sağlık profesyonelleri bildirmekle yükümlüdürler. Özel durumların dışında ise, gizliliğin ihlal edilmesi yasal ve etik sonuçlara yol açabilmektedir (Brooke ve Kjervik, 2014; Gürhan, 2016; Helmchen ve Sartorius, 2010).

Psikiyatri alanındaki önemli diğer bir etik konu, bilgilendirilmiş (aydınlatılmış) onamdır. Bilgilendirilmiş onam, hastaların kendilerine uygulanması planlanan bakım ve tedaviye

ilişkin olumlu ve olumsuz tüm sonuçlar ve riskler ile alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildikten sonra bakım ve tedaviyi kabul etmesi sürecini ifade etmektedir (Brooke ve Kjervik, 2014; Gürhan, 2016; Helmchen ve Sartorius, 2010). Psikiyatri, Elektrokonvülsif Terapi (EKT), Transkraniyal Manyetik Stimülasyonu (TMS) gibi tıbbın diğer alanlarında olmayan özel tedavi uygulamalarını içermektedir. Bu özeluygulamaların ve kullanılan bazı psikotropik ilaçların, çok çeşitli riskleri ve uzun ya da kısa dönemde ortaya çıkan ve süren kontrendikasyonları bulunmaktadır. Gelişebilecek riskler ve yan etkiler göz önüne alındığında, psikiyatrik bakım ve tedavide bilgilendirilmiş onamın oldukça önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Bilgilendirilmiş onam, bakım ve tedavi sürecini kabul etmenin yanı sıra bakım ve tedaviyi reddetme hakkını da içermektedir (Bağ, 2021; Baysan Arabacı ve Mutlu, 2018; Dupuis ve Veissière, 2022).

Psikiyatride kontrol yöntemlerinin kullanımı, başka bir etik konudur. İzolasyon, özel gözlem, fiziksel kısıtlama, psikiyatrik yoğun bakım ünitesine transfer etme ve lüzum hali tedavi uygulamaları içeren kontrol yöntemleri bakım ve tedavi süreci içerisinde sıklıkla en son tercih edilmektedir. Günümüzde, psikiyatri hastalarının en az kısıtlayıcı ortamlarda bakım ve tedavi uygulanması gerektiğine dair görüş ve yaklaşımlar kabul edilmektedir (Arslantaş, 2015; Çam, ve Gördeles Beşler, 2018; Dupuis ve Veissière, 2022; Gürhan, 2016). Ancak kendisi ya da çevresi için zarar verme riski bulunan hastalarda, uygun kontrol yöntemi seçilerek kullanılmaktadır. Sıklıkla hastanın rızası dışında gerçekleştirilen ve özerklik, haysiyet ve serbest dolaşım hakkı konularında tartışmalı olan kontrol yöntemleri hastanın yüksek yararı düşünülerek uygulanmaktadır (Dupuis ve Veissière, 2022; Gürhan, 2016).

Hasta özerkliği de psikiyatride oldukça önemli bir konudur. Özerklik, bir hastanın bakım ve tedavisi hakkında, dışarıdan baskı veya zorlama olmaksızın karar verme hakkını ifade etmektedir. Sıklıkla yargılama ya da muhakeme yeteneğinde herhangi bir sorun olmayan hastaların özerkliğine saygı gösterilmektedir (Baysan Arabacı, 2020; Gürhan, 2016; Şen ve Süzer, 2017). Ancak acil durumlarda, hastanın kendisi ya da çevresi için tehdit oluşturduğu ve hastanın iç görüsünün olmadığı yargılama-muhakeme etme yeteneğinin bozulduğu durumlarda, hastanın özerkliğine müdahale edilebilmekte, zorunlu yatış, bakım ve tedavi süreçleri başlayabilmektedir (Aydın Er ve Şehiraltı, 2010; Baysan Arabacı, 2020; Gürhan, 2016).

Sonuç olarak, psikiyatri alanında hastalara mümkün olan en iyi bakım ve tedavi hizmeti sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak psikiyatri tanılama, tedavi, uygulama ve bakım sağlama süreçleri ile hastaları açısından diğer bilim alanlarından oldukça farklı ve özeldir. Bu sebeple de, çok çeşitli durum ve koşullara bağlı olarak etik sorunlar ve ikilemler meydana gelebilmektedir.

3. Psikiyatri Hemşireliği ve Etik

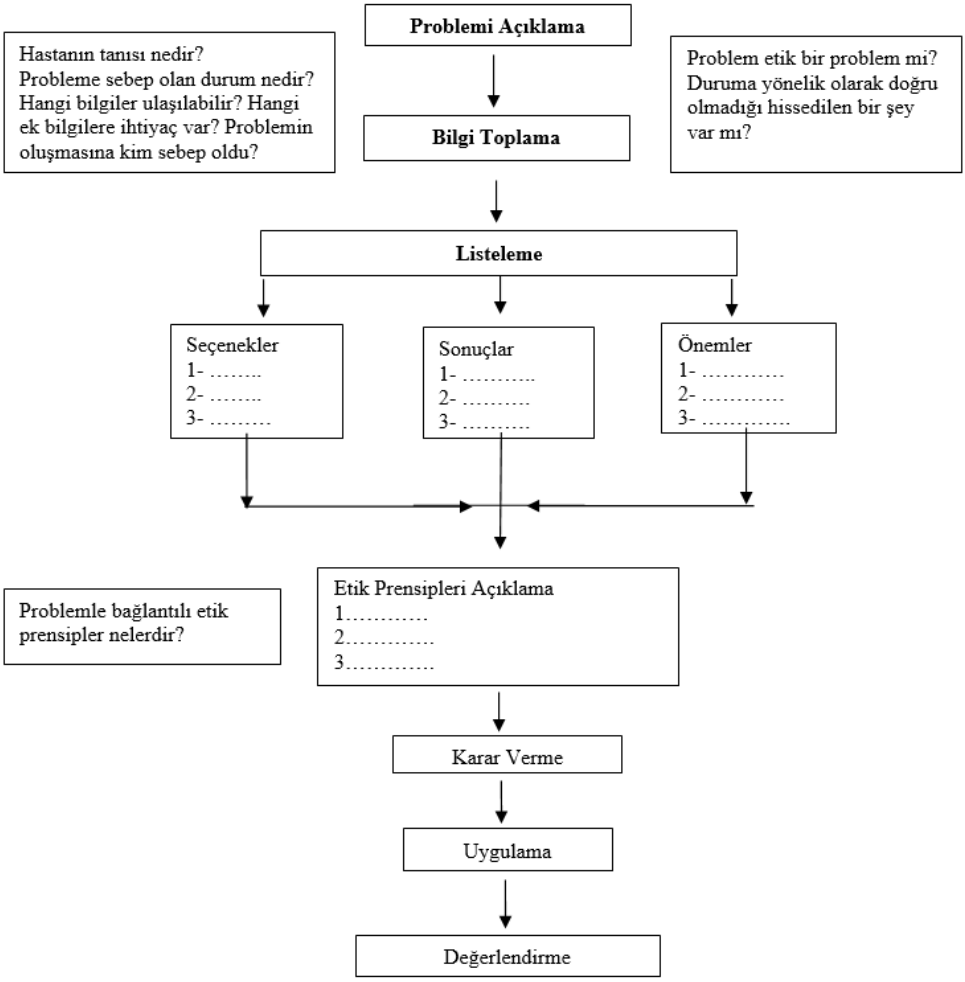
Hemşirelik mesleği, sağlıklı/hasta bireylere gereksinim duyulan alanlarda sürekli bakım sağlayan dinamik bir meslek grubudur. Sağlıklı/hasta bireyler ile çalışan hemşireler, bireylerin koruyucu bakım ve genel tıbbi bakım ihtiyaçlarının saptanması ve giderilmesi sürecinde özel yaşam alanlarına yakından dahil olmaktadırlar. Bu durum ise, hemşirelerin zaman zaman etik sorunlar ve ikilemler ile karşılaşmalarına sebep olmaktadır (Çam ve Gördeles Beşler, 2018; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Eren, 2014).

Hemşirelik bakım uygulamaları "etik", "teknik" ve "yarar" olmak üzere üç boyutta ele alınan oldukça önemlidir (Çam ve Gördeles Beşler, 2018). Bakım sunulan hemen her hasta, sosyal, kültürel, ekonomik ve tıbbi değişkenler açısından birbirinden oldukça farklı ve özeldir. Özelikle tanılama ve tedavi süreçlerinin yanı sıra bakım, sağlığı koruma ve sürdürme açılarından da diğer hasta gruplarından farklı ve özel olan psikiyatri hastaları bu üç boyut bağlamında ayrıca ele alınması gereken hasta grubu arasındadır (Curtis, 2009; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Eren, 2014).

Psikiyatri hastaları, incinebilir-hassas özel bir hasta grubudur. Bu sebeple, psikiyatri hemşireleri tanılama, bakım ve tedavi süreçlerinde etik ikilemler ve etik sorunlar ile çok sık karşılaşmaktadırlar. Özellikle hastaların kendisine ve çevresine zarar verme riskleri ile istismar ve ihmale açık olmaları, zorunlu tedavi ve yatış süreçleri, tespit ve izolasyon uygulamaları gibi durumlar vb. etik çıkmazlar/ikilemler ve sorunların daha çok yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin hastalara sundukları sağlık bakım uygulamalarını mantıksal çerçevede incelemeleri ve etik ilkeler doğrultusunda etik karar vermeleri oldukça önemlidir (Andersson ve ark., 2020; Aydin Er ve Ersoy, 2017).

Etik karar verebilme, karşılaşılan etik problemler/sorunlar, belirsizlikler ve çatışmaları etkin bir şekilde çözümleyebilme becerisi olarak ele alınabilir. Etik karar verme, yaşamın her alanında kullanıldığı gibi hemşirelik bakım uygulamalarında da oldukça çok kullanılan bir beceridir (Duran ve ark., 2018; Ergene, 2012).

Hemşirelikte etik karar verme; "tanımlama, yönetme, danışmanlık sağlama, değerlendirme ve planlama" boyutlarını içeren zengin bir kavramdır. Psikiyatri hemşireliğinde etik karar verme süreci, her bir hastanın durumuna ilişkin sorunların analizine dayanmaktadır ve hemşirelik sürecine benzemektedir.



Şekil 1: Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Karar Verme Süreci
Kaynak: McFarland, G.K., & Thomas, M.D. (1992). Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process, Newyork: Lippincott.

3.1. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik İlkeler

Etik ilkeler, psikiyatri alanında çalışan tüm ruh sağlığı profesyonellerinin uygulamalarına rehberlik eden temel kavramlar arasında yer almaktadır. Psikiyatride etik ilkeler, ruh sağlığı profesyonelleri için uygulama ve karar verme süreçlerinde yol gösterici bir çerçeve görevi görmektedir (Hussien ve Hassona, 2021; Karataş, 2020). Psikiyatri hastalarının bakım ve tedavi sürecini, psikiyatri alanında gerçekleştirilen araştırmaları ve ruh sağlığı çalışanlarının mesleki davranışlarının çeşitli yönlerini kapsayan etik ilkelerin birincil amacı, her zaman has-

talarının yararına olan, hastaların haklarına ve özerkliklerine saygı duyan kararlara rehberlik etmektir (Baysan Arabacı ve Mutlu, 2018; Çam ve Gördeles Beşler, 2018; Gül ve ark., 2019).

Hemşirelikte temel olarak kabul edilen; "Zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi, özerklik/bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama etik ilkeler" bulunmaktadır (Baysan Arabacı, 2020; Gürhan, 2016). Psikiyatri hemşireliğinde de temel olan ve üzerinde önemle durulan bu kodaların yanı sıra, "Kanada ve Alberta Psikiyatri Hemşireleri Derneği" tarafından yayınlanan rehberde/kılavuzda psikiyatri hemşireleri ilkeleri sunulmaktadır (Arslantaş, 2015). Bu ilkeler;

- İyilik,
- Bilerek zarar vermeme,
- Doğruluk,
- Dürüstlük,
- Özerkliğe saygı,
- Adalet'tir.

İyilik: Psikiyatri hemşiresi bakım verdiği tüm hastalarının iyi oluşlarını düşünerek uygulamalarını gerçekleştirmelidir. Bu bağlamda, psikiyatri hemşiresi hastalarına şefkatli ve holistik bakım sunmalıdır.

Bilerek zarar vermeme: Bilerek zarar vermeme ilkesi; zarar vermemenin yanı sıra başkalarının zarar görmesini önlememeyi ve zarardan kaçınmanın önemini de kapsamaktadır. Psikiyatri hemşiresi, bakım verdiği hasta ve yakınları için zararlı olabileceği düşünülen herhangi bir uygulamayı gerçekleştirmekten veya uygulama içerisinde yer almaktan kaçınmalıdır.

Hasta için en uygun ve yararlı girişimler için, kanıta dayalı uygulamalar kullanmalı ve mesleki bilgilerini sürekli güncellemelidir. Zararı önlemek ya da en aza indirmek için gerekli olan bütün önlemleri alarak hasta ve yakınlarına zarar gelmesi durumunda ise, bunu açıklayabilmelidir (Arslantaş, 2015; Sabancıoğlu, 2016; Slemon ve ark., 2017).



Kaynak: https://www.shutterstock.com/image-photo/surgeon-writing-record-after-examine-health-285687467

Doğruluk: Doğruluk ilkesi, en genel anlamda bakım vermenin erdemine dayalı, taahhütleri/ sözleri tutma kavramını ifade etmektedir. Psikiyatri hemşireleri, sorumlu olduğu hastalarına güvenli, yetkili ve etik ilkelere uygun bakım sağlamalıdırlar.

Dürüstlük: Psikiyatri hemşireleri, hastalarına sağladığı tüm bakım uygulamalarında dürüst ve güvenilir olmalıdır. Gerçekleştirdiği hasta bakım uygulamalarında, sorumluluk alabilmeli ve eylemlerini dürüstlükle gerçekleştirerek gerekli olan durumlarda gerekçelerini açıklayabilmelidir.

Özerkliğe saygı: Özerkliğe saygı ilkesi, temelde hastalara kendi kararlarını verme özgürlüğü sağlayan etik ilkedir. Psikiyatride, mümkün olan her durumda hastaların bakım ve tedaviye ilişkin karar verme kapasitesini belirleyerek artırmak esastır. Psikiyatri hemşireleri de bakım ve tedavi uygulamalarında insanların benzersiz olduğunu benimseyerek, doğuştan var olan değer ve itibarlarına saygı duymalıdırlar. Bu ilke ile psikiyatri hemşireleri, hastanın özerkliği destekleyerek öz saygısının artmasına da katkıda bulunurlar.

Adalet: Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve ayrımcılık yapmadan kaynaklara ve hizmetlere eşit erişim sağlamakla ilgili temel ilke olan adalet, psikiyatri alanında oldukça önemlidir. Adalet ilkesi, sınırlı kaynakların toplum içinde nasıl dağıtılacağı konusunda hakkaniyet ve eşitlik çağrısında bulunur. Psikiyatride bu, sosyo-ekonomik durumları, etnik kökenleri veya diğer demografik faktörleri ne olursa olsun tüm bireylerin kaliteli ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin sağlanması anlamına gelmektedir. Psikiyatri hemşireleri, hastalarının bakım ve tedavi uygulamalarında ırk, köken, kültür, siyasi ve dini inanç, sosyal statü, medeni hal, cinsiyet, seksüel yönelim, yaş, sağlık durumu, tanı, yaşam tarzı, ruhsal ya da

fiziksel yetersizlikler, sosyo-ekonomik durum ve diğer bireysel özellikler sebebiyle herhangi bir ayrımda bulunmamalıdır. Adalet ilkesi ışığında, hastalarına yaklaşmalıdır (Arslantaş, 2015; Sabancıoğlu, 2016; Ucun, ve ark., 2015; Yıldız, 2017).

Etik ilkeler, ruh sağlığı hizmetlerinin karmaşık sürecinde psikiyatri hemşireleri için oldukça önemli bir yol göstericidir. Etik ilkelerin psikiyatri hemşireliği bakım uygulamalarında başarılı bir şekilde kullanılması ile ruh sağlığı hizmetlerine eşit erişim sağlanabilir, hastaların haklarına ve seçimlerine saygı göstererek ve psikiyatrik uygulamaların en yüksek standartları korunabilir. Böylece hem bireysel olarak hastaların, hem de bir bütün olarak toplumun refahı artırılabilir.

3.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular ve İkilemler

Psikiyatri hemşireliği, hastaneler, klinikler ve toplum ruh sağlığı merkezleri gibi çeşitli sağlık bakım merkezlerinde psikiyatrik bozukluğu olan bireylere bakım veren hemşirelik alanlarından birisidir. Birçok sağlık alanında olduğu gibi, psikiyatri hemşireliğinde de üzerinde dikkatle durulması gereken etik ikilemler bulunmaktadır (Çam ve Gördeles Beşler, 2018; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Eren, 2014).

Psikiyatri hemşireliğinde, en sık karşılaşılan etik ikilemlerden birisi bilgilendirilmiş (aydınlatılmış) onam konusudur (Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles Beşler, 2018; Kumar ve ark., 2011). Bilgilendirilmiş onam, hastanın kendisi hakkında otonomi sahibi olmasının temelidir. Psikiyatri hemşireleri, hastaya uygulanması planlanan bakım ve tedavinin gerekliliğini, olası komplikasyonlarını ve risklerini hasta ve yakınlarına açıkladıktan sonra hastanın onayını alması ile bilgilendirilmiş onam süreci gerçekleştirilmiş olunur. Onam alma, bireyin otonomisine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı davranmayı gerektirir Hastanın yargılama ve muhakeme yeterliliği tam değilse, tedavi sürecini reddetmesi durumu, kendisinin ya da başkalarının hayatını tehdit ediyorsa veya acil bir durum mevcutsa hastanın bakım ve tedaviyi kabul etmemesi durumunda dahi bakım ve tedavi süreci başlayabilir. Ayrıca yargılama ve muhakeme etme yeteneği yerinde olmayan hastalar ile reşit olmayan hastaların onamları, kendisi için mahkeme tarafından atanan vasisinden alınır.

Bilgilendirilmiş onama ilişkin etik ikilem, psikiyatrik bakım ve tedavi için onay veremeyen veya vermek istemeyen bir hasta için acil tıbbi müdahaleye gereksinim duyulduğunda ortaya çıkmaktadır. Psikiyatri hemşiresinin bu etik ikilem karşısında, hastanın özerkliğine saygı duyarak rıza göstermesini beklemek ya da zarar görmesini önlemek için bakım ve tedavi uygulamak konusunda bir karar vermesi gerekir. Ancak hemşirenin almış ve uygulamış olduğu yanlış bir karar, hasta bakımını olumsuz etkileyebileceğinden, hemşirenin mesleki etiğini

tehlikeye atabileceğinden ve yasal sonuçlara yol açabileceğinden, bu ikilemin etik sonuçları önemlidir. Bu noktada psikiyatri hemşireleri, hastaların özerkliğine saygı duyarak ve yüksek yararını düşünerek hareket etmeli ve hassas bir denge gözetmelidir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles Beşler, 2018). Ayrıca hemşirelerin hastaların bilişsel kapasitelerini göz önünde bulundurarak, bakım ve tedavi seçeneklerini tam olarak anlamalarını sağlamaya çalışmaları, bu etik ikilemin çözümünde çok önemlidir.

Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin karşılaştığı temel etik ikilemlerden birisi, tedaviyi reddetme, zorunlu-istemsiz-gönülsüz yatıştır. Bu kliniklerde, hasta yatışları gönüllü olabileceği gibi zorunlu (gönülsüz, istemsiz) olarak da gerçekleşebilmektedir. Kendine ve başkasına zarar verme ve/veya riski gibi durumlarda gerçekleştirilen zorunlu yatışlarda, hastanın tedaviyi reddetme hakkı gözetilmez ve hastanın otonomisi kısıtlanır. Etik ikilemlerin ortaya çıktığı bu durumda, psikiyatri hemşiresi zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi bağlamında hareket etmelidir. Hastayı oryante etmeye çalışmalı ve zarar vermesini ya da görmesini önlemelidir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles Beşler, 2018).

Psikiyatri hemşireliğindeki bir diğer etik ikilem de, hasta gizliliğine saygı göstermektir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles Beşler, 2018). Mahremiyet ve gizlilik herkes için en temel haklardan birisidir ve "bireylerin kişisel bilgilerinin saklı tutularak, özel hayatının ihlal edilmemesi" hakkıdır. Hemşire ve hasta arasındaki profesyonel ilişkinin ve güvenin temeli olan gizliliğin ihlali ise, yasal bir yaptırım ya da gerekçe olmadan, bilgilerin açıklanmasına izin verilmeden (rıza alınmadan) hasta bilgilerinin açığa çıkartılmasıdır (Baysan Arabacı, 2020). Psikiyatri hemşireleri de, diğer psikiyatri profesyonelleri gibi mahremiyet ve gizliliği sürdürme yükümlülüğü altındadır.

Psikiyatri hemşireleri, hastalarının kişisel bilgilerini açıklamak ya da aktarmak için haklı bir neden olmadıkça, hastalarının gizliliğini korumalıdır. Hastalarının bilgilerini, bakım ve tedavi sürecinde bulunmayan herhangi bir sağlık çalışanı ya da topluma açık alanlarda üçüncü şahıslar ile paylaşmaması, hastanın izni olmadan fotoğraf/videosunun çekilmemesi, ses kaydının alınmaması, hasta öyküsünün (dikkat çekici olabilmesi sebebiyle) izni dışında paylaşılmaması gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya ilişkin oldukça önemli konulardır. Ancak bazı istisnai durumlarda, yasal olarak gizliliğin ihlal edilmesi gerekebilir. Kendisine veya başkalarına zarar verme riski taşıyan hastalara, bakım veren psikiyatri hemşiresinin bu durumu mutlaka bildirmesi gerekmektedir. "Uyarma-bildirme zorunluluğu" olarak ifade edilen bu durum, uygun önlemler alınarak gerçekleştirilmelidir. Aksi takdirde, hastada güven kaybı, korku, tedavi reddi, öfke gibi olumsuz durumlar ve hemşirelerde mesleki davranış kurallarının ihlali gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Ergene, 2012; Slemon ve ark., 2017).

Kısıtlamalar ve kontrol yöntemlerinin kullanımı da, psikiyatri hemşireliğinde bir başka etik ikilemdir. Psikiyatrik tedavilerde, diğer tedavi türlerinde farklı olarak kısıtlayıcı öğeler bulunmaktadır. Ttehlikelerden koruma amacı ile gerçekleştirilen bu kısıtlamalar, hastanın özgürlüğünü en az kısıtlayacak biçimde düzenlenmelidir. Çünkü, en az kısıtlayıcı ortamda bakım ve tedavi alma tüm hastaların hakkıdır. Psikiyatri klinikleri, güvenli terapotik ortamı sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Hastalar için en uygun olan fiziksel koşullar ve düzenlemeler, kliniklerde mevcuttur. Ancak buna rağmen hemşireler, hastalarını dikkatle gözlemlemeli ve zarar görebileceği durumlarda sınırlandırma-kısıtlamalar gerçekleştirilmelidir. Örneğin; eşine karşı saldırgan bir tutum sergileyen hastaya ziyaretçi kısıtlaması uygulanabilir ya da telefon görüşmeleri sınırlandırılabilir (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Ergene, 2012).

Etik açıdan önemli olan bir diğer konu ise, kontrol yöntemlerinin kullanımıdır. Hastalarda saldırganlık ya da kendisine zarar verme gibi tehlike oluşturabilecek bir durum meydana geldiğinde uygulanabilecek tüm yöntemler düşünülerek uygulandıktan sonra, kısıtlama yöntemleri (tespit ya da tecrit) uygulanabilir. Tespit, "hastanın hareket özgürlüğünü izni olmadan fiziksel (insan gücü ile), kimyasal (hastaya ilaç verilmesi ile) ve mekanik (hastanın el-ayak bileğini bağlanarak) yollarla sınırlandırılmasıdır (Baysan Arabacı, 2020; Çam ve Gördeles Beşler, 2018). Tecrit ise, "hastayı izni dışında izole etmek ya da doğrudan gözlem için kamera ya da güvenlik penceresi olan kapalı, yapılandırılmış bir odada tutulmasıdır." Kısıtlama uygulanan hastanın davranışları, kısıtlamanın süresi, hemşirelik girişimleri ve hasta değerlendirmeleri, hemşireler tarafından ayrıntılı olarak kayıt altına alınmalıdır. Tüm süreç kısıtlamalara ilişkin, yönetmeliklere ve kurum politikalarına uygun olacak biçimde hasta ve hemşireler zarar görmeden dikkatli bir şekilde yürütülmelidir (Aydın Er ve Şehiraltı, 2010; Hem ve ark., 2018).

Kısıtlama ve kontrol yöntemleri, uygun şekilde kullanıldığında, hastaların kendilerine veya başkalarına zarar vermesini önleyebilmektedir. Ancak, bunların kullanımı, hastanın özerkliğinin ve onurunun ihlaline yol açabilir ve fiziksel ve duygusal zarara neden olabilir. Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri kısıtlama kullanmanın yararlarını ve risklerini dikkatle incelemeli ve etik sorunlardan kaçınmak için kontrol yöntemlerinin kullanımına ilişkin yönerge ve prosedürleri hakkında yeterli bilgiye sahip olarak uygulamalıdır (Baysan Arabacı, 2020; Riahi ve ark., 2016; Ünsal ve ark., 2014; Yıldız, 2017). Ayrıca psikiyatri hemşireleri, kısıtlama ve tecridin çözüm için son yöntem olarak kullanıldığından ve diğer daha az kısıtlayıcı alternatiflerin düşünüldüğünden ve denendiğinden emin olmalıdır (Aydın Er ve Şehiraltı, 2010; Hem ve ark., 2018).

Psikiyatri hemşireleri çok çeşitlilik içeren bir toplumlarda, kültürel yeterlilikle ilgili etik ikilemlerle çok sık karşılaşmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların özerkliğine ve bireyselliğine saygı göstererek, gerekli bakım ve tedavi uygulamalarını gerçekleştirmelidirler. Ancak

hasta ve yakınlarına karşı, kendi önyargılı ve peşin hükümlü tutumlarından kaçınmalıdırlar (Baysan Arabacı, 2020; Slemon ve ark., 2017; Ünsal ve ark., 2014; Yıldız, 2017).

Sonuç olarak, ruhsal bozukluğu olan hastalarabakım vermenin doğasında bulunan çeşitli faktörler nedeniyle psikiyatri hemşireliği uygulamalarında etik ikilemler sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bu ikilemlerin üstesinden gelmek, hasta ve hasta yakınları arasında denge kurmayı gerektirmektedir. Etik kodlar, rehberler/kılavuzlar ve mesleki standartlar, psikiyatri hemşirelerinin bu tür ikilemleri çözmeleri ve ruh sağlığı profesyonelleri olarak etik sorumluluklarını yerine getirmeleri için rehber olmaktadır

4. Psikiyatri Hemşiresinin Etik Konularda Rol ve Sorumlulukları

Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bozuklukların bakım ve tedavi sürecinde karşılaşabileceği etik kavram ve konulara ilişkin bilgi sahibi olmalıdır. Ancak öncesinde kendi değer, tutum, güçlük ve önyargılarını farkedebilmeli, beceri ve yetkinliklerinin sınırları ile tanı, bakım ve tedaviye özgü ortaya çıkabilecek etik ikilemleri saptayabilmelidir. Psikiyatri hemşiresi için oldukça önemli rol ve sorumluluk içerisinde yer alan etik konular ve ikilemler sıklıkla üzerinde durulmayan, gözden kaçırılan da bir konudur.

Psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatri hastasının bakım ve tedavisinde sıklıkla karşılaştığı etik ikilemlerde çok önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Temel rol ve sorumluluklarından bazıları şunlardır;

- *Savunuculuk:* Psikiyatri hemşireleri, hastaların hakları ve tercihlerine saygı gösterilmesini sağlayarak hasta hakları savunucusu olarak hareket ederler. Etik ikilemlerde, hastanın özerkliğini ve onurunu korurken aynı zamanda hastanın çıkarlarını göz önünde bulundurarak yönetmelidirler.

- *Bilgilendirilmiş Onam:* Psikiyatri hemşireleri, hastaların bakım ve tedavi seçeneklerini, potansiyel risk ve faydaları tam olarak anlamalarını sağlama sorumluluğuna sahiptir. Herhangi bir prosedür veya müdahale gerçekleştirilmeden önce hastaların bilgilendirilmiş onam vermelerini sağlamalıdırlar.

- *Gizlilik:* Hasta gizliliğini korumak, psikiyatri hemşireliğinde temel bir etik ilkedir ve hemşireler, kendilerine veya başkalarına zarar verme gibi durumlarda olduğu gibi, yasal olarak zorunlu olmadıkça veya etik olarak açıklamak zorunda kalmadıkça, hasta bilgilerini korumalıdırlar.

- *Terapötik Sınırlar:* Psikiyatri hemşireleri, profesyonel davranışı sağlamak ve istismar veya zararı önlemek için hastalarıyla uygun terapötik sınırlar oluşturmalı ve sürdürmelidir. Sınırların bulanıklaşabileceği durumlarda, ortaya çıkabilecek etik ikilemlerin üstesinden gelmelidirler.

- *Kültürel Yeterlilik:* Psikiyatri hemşireleri, kültürel açıdan yetkin bakım sağlama ve hastalarının farklı kültürel değerlerine, inançlarına ve uygulamalarına saygı gösterme sorumluluğuna sahiptir. Kültürel farklılıkları ele alarak ve hastalarının kültürel perspektifleriyle uyumlu bakım sağlamanın yollarını bularak etik ikilemlerin üstesinden gelmelidirler.

- *İlaç Yönetimi:* Psikiyatri hemşireleri, uygulama, izleme ve hasta eğitimi de dahil olmak üzere ilaç yönetiminde hekimler ile işbirliği içerisinde çalışırlar. Hemşireler, hastalarına ilaç uyumluluğu, ilaç tedavileri için bilgilendirilmiş onam ve olası yan etkiler veya riskler ile ilgili etik konularda yol gösterici olmalıdırlar.

- *Kontrol Yöntemlerini Kullanma (Kısıtlama ve Tecrit):* Saldırgan tutum ve davranışlar sergileyen ya da kendine veya başkalarına zarar verme potansiyeli olduğu belirlenen hastalarda, psikiyatri hemşireleri kısıtlama veya tecrit kullanımı konusunda karar vermek zorunda kalabilir. Hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlama ile hastanın özerkliği ve hakları arasında kararı verme sürecinde ortaya çıkan etik ikilemler hemşireleri bazen zorlayabilmektedir. Ancak alanında yetkin ve kontrol yöntemlerini kullanmaya ilişkin prosedür bilgisine sahip olan hemşireler, güçlük yaşamamaktadır.

- *Araştırma ve Etik:* Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bakımı iyileştirmeyi amaçlayan araştırmalar yapmak ve bu çalışmaların sonuçlarını alanda kullanmakla sorumludurlar. Ayrıca, psikiyatri hemşireleri çalışmalarını gerçekleştirirken, bilgilendirilmiş onam, mahremiyet, gizlilik ve katılımcılara yönelik potansiyel zararı en aza indirmek gibi etik konulara dikkat etmelidirler. Hemşirelerin araştırmacı olarak, araştırmalarını etik bir biçimde yürütmek ya da yürütülmesine destek sağlamak sorumlulukları vardır.

- *Öz-Yansıtma ve Sürekli Öğrenme:* Psikiyatri hemşireleri, etik karar verme becerilerini geliştirmek için sürekli gelişim ve öğrenme süreci içerisinde olmalıdırlar. Psikiyatri hemşireleri, etik kılavuzları detaylı bir biçimde bilmeli ve kendisini sürekli güncellemelidir. Ayrıca ikilemlerle karşılaştıklarında süpervizyon ve konsültasyon almalı ve etik yeterliliklerini sürdürmek için sürekli eğitimlere katılmalıdırlar (Arslantaş, 2015; Baysan Arabacı, 2020; Duran, ve ark., 2018; Ergene, 2012; McCradden ve ark., 2022).

Psikiyatri hemşirelerinin hastalar, toplum ve sağlık kurumlarının yanı sıra mesleğine ve meslektaşlarına karşı da etik konular ve yaşanılan etik ikilemler bağlamında sorumlulukları bulunmaktadır. Özelllikle mesleğin gelişim ve sürdürülmesi konusunda hemşirenin etik konular hakkında yeterli bilgi birikimine sahip olması ve uygulama alanında bunu kullanması gerekmektedir (Arslantaş, 2015).

Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik bakımda etik konuların ve ikilemlerin ele alınmasında oldukça önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler. Özellikle, hasta savunuculukları ve hasta refahına vermiş oldukları katkılar sayesinde, etik standartların korunmasına ve gelişmesine katkıda bulunurlar.

5. Sonuç

Sonuç olarak, psikiyatri ruhsal bozuklukları olan bireylerin bakımını içeren benzersiz ve zorlu bir alandır. Psikiyatri alanındaki tüm profesyoneller ve özellikle hemşireler dikkatli bir değerlendirme ve karar verme süreci gerektiren karmaşık etik ikilemlerle çok sık karşılaşırlar. Bu ikilemler, çatışan değerler, yasal yükümlülükler, hasta özerkliği ve hemşirenin güvenli ve etkili bakım sağlama görevi gibi çeşitli faktörler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu noktada, psikiyatri hemşireleri etik ilkeler konusunda yeterli bir bilgi düzeyine sahip olarak etik karar verme süreçlerinde yetkin olmalıdır. Etik sorun ve ikilemleri, etkili bir şekilde ele almak için psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve diğer sağlık uzmanları dahil olmak üzere disiplinler arası ekipler ile işbirliği yapmalıdır. Ayrıca psikiyatri hemşireleri, etik bakım uygulamalarını teşvik eden politikaların, protokollerin ve rehberlerin/kılavuzların geliştirilmesine katkıda bulunarak, yeni ortaya çıkan etik konular ve ilgili mevzuat hakkındaki anlayışlarını geliştirmek için sürekli mesleki gelişime aktif olarak katılmalıdır.

Kaynakça / References

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nurs Ethics, 3*(27), 741-753.

Arslantaş, H. (2015). Ethical issues, codes, and standards in mental health and psychiatry nursing. *Journal of Psychiatric Nursing, 6*(1), 47-56.

Aydın Er, A., & Şehiraltı, M. (2010). Çözümlenmemiş Bir Konu: Psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/zorla tedavi edilmesi. *Journal of Psychiatric Nurses, 1*(1), 39-42.

Aydin Er, R., & Ersoy, N. (2017). Ethical problems experienced by nurses who work in psychiatry clinics in Turkey. *Journal of Psychiatric Nursing, 8*(2), 77-85.

Bağ, B. (2021). Ruh Sağlığı ve psikiyatrik bakımda ampirik etik görünümleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(2), 247-260.

Baysan Arabacı, L. (2020). Ruh sağlığında hasta hakları, etik ve yasal konular. Oflaz, F. ve Yıldırım, N. (Ed.). *Psikiyatri hemşireliği sertifika konuları kitabı* içinde (s.48-64). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Baysan Arabacı, L. ve Mutlu, E. (2018). etik ilkeler işığında geçmişten günümüze psikiyatri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 26*(3), 148-155.

Beyhan, B. (2021). Ruh sağlığı ve psikiyatrik bakımda ampirik etik görünümleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13*(2), 247-260.

Bloch, S., & Green, S. A. (Eds.). (2021). *Psychiatric ethics*. UK: Oxford University Press.

Brooke, P.S., & Kjervik D. K. (2014). Legal and Ethical Guidelines for Safe Practice. Halter, M. J. (Ed.). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing.* Elsevier Health Sciences.

Çam, O., & Gördeles Beşler, N. (2018). Ruh sağlığı ve hastalıklarında etik. Çam, O. ve Engin, E. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı kitabı* içinde (s.237-254). İstanbul Tıp Kitabevi.

Curtis, C. M. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Success: A Course Review Applying Critical Thinking to Test Taking.* FA Davis Company.

Demir, S. ve Kocaman Yıldırım, N. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 5*(1), 25-32.

Dupuis, D., & Veissière, S. (2022). Culture, context, and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: Psychedelics as active super-placebos?. *Transcultural Psychiatry, 59*(5), 571-578.

Duran, S., Kargin, M., & Çelebi, E. (2018). Moral sensitivity in nurses providing care to psychiatric patients: A cross-sectional study. *Kocaeli Med J, 3*(7), 96-103.

Eren, N. (2014). Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nursing Ethics, 21*(3), 359-373.

Ergene, Z. (2012). *Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıkları* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gül, Ş., Genç Kuzuca, İ. ve Arda, B. (2019). Sınırlı bir çalışma: Hekim ve hemşirelerin gözünden psikiyatri ve etik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28*(4), 281-289.

Gürhan, N. (Ed.) (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Helmchen, H., & Sartorius, N. (Eds.). (2010). Ethics in Psychiatry: European contributions. New York: Springer.

Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics, 25*(1), 92-110.

Hussien, R., & Hassona, F. (2021). Effect of educational intervention on psychiatric nurses' knowledge regarding ethical and legal issues for psychiatric patients. *Egyptian Journal of Health Care, 1*(12), 121-139.

Karataş, S. (2020). Dünden bugüne psikiyatri hemşireliği ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda yaşanan etik sorunlar. *Journal of Medical Sciences, 1*(3), 34-38.

Kumar, R., Mehta, S., & Kalra, R. (2011). Knowledge of staff nurses regarding legal and ethical responsibilities in the field of psychiatric nursing. *Nursing & Midwifery Research Journal, 7*(1), 1-11.

McCradden, M., Hui, K., & Buchman, D. Z. (2022). Evidence, ethics and the promise of artificial intelligence in psychiatry. *Journal of Medical Ethics,*1-7.

McFarland, G.K., & Thomas, M.D. (1992). Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process, Newyork: Lippincott.

Namal, A. (2013). Psikiyatri tarihçesi ışığında ruh hastalarının zorla tedavilerine etik açıdan genel bir bakış. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı,* 41-72.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (Ed.) (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve yakınları ile görüşme. Erişim adresi: https://www.shutterstock.com/image-photo/surgeon-writing-record-after-examine-health-285687467

Raveesh, B. N., & Munoli, R. N. (2020). Ethical and legal aspects of telepsychiatry. *Indian Journal of Psychological Medicine, 42* (5_suppl), 63S-69S.

Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(2), 116-128.

Sabancıoğlu, S. (2016). Etik ve yasal konular. Towsend, M.C., (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kitabı* (C.T. Özcan, N. Gürhan, Çev.) içinde (s.58-76). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Şen N. ve Süzer Ö. (2017). Psikiyatri hastalarında zorunlu yatış ve zorla tedaviye bir bakış açısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7*(3), 176-181.

Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry, 24*(4), e12199.

Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 993.

Ucun, Y., Gürhan, N. ve Kaya, B. (2015). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin hasta kısıtlama yöntemleri ile ilgili görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, *17*(2-3), 10-20.

Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y.C., Aşık, E., Kızılkaya, M., ... Şıpkın, S. (2014). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences, 4*(2), 90-95.

Yıldız, E. (2017). Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nurs Ethics, 4*(26), 1128-1114.

26. BÖLÜM / CHAPTER 26

PSİKİYATRİDE ADLİ KONULAR VE ETİK

FORENSIC ISSUES AND ETHICS IN PSYCHIATRY

Emre ÇİYDEM[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
E-mail: emreciydem@hotmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.26

ÖZ

Adli psikiyatri alanı, hukuk ve ruh sağlığı alanlarının birbiriyle kesişimiyle ilgilidir. Adli psikiyatri hemşireleri, hem psikiyatrik bakımda hem de hukuk sisteminde bilgi ve uzmanlığa sahip uzman profesyonellerdir. Adli konular ve etik, adli psikiyatri uygulamasının ayrılmaz bileşenleridir. Adli psikiyatri hemşireleri, uygulamalarında çeşitli etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Özellikle hemşireler gizlilik, mahremiyet ve veri koruma, ayrımcılıkla mücadele ve istemsiz hastaneye yatış, bakım ve tedavi gibi konularda etik ikilemler yaşayabilmektedirler. Adli psikiyatri hemşireleri, yasal işlemlerde yer alan bireylerin değerlendirilmesinde, bakım ve tedavisinde hayati bir rol oynamaktadır. Adli psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasında kapsamlı bir ruhsal değerlendirme yapma, bireyselleştirilmiş bakım ve tedavinin planlaması, krize müdahale, hasta savunuculuğu ve etik ikilimelerin çözülmesi yer alır. Adli psikiyatri hemeşirelerinin etik ikilem yaşadığı konular arasında evlenme, boşanma, vesayet altına alınma, cinsiyet değiştirme ve zorunlu yatış gibi durumlar yer alır. Adli psikiyatri hemşireleri etik ikilemlerin çözümünde uluslararası rehberlere başvurabilir. Adli psikiyatri hemşireleri, uzmanlık, bilgi ve becerileri ile alana önemli ölçüde katkıda bulunarak ruh sağlığı sorunları olan bireylerin refah ve haklarının adalet sistemi içinde korunmasını sağlamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri hem etik hem de yasal olarak kaliteli bakım sağladıklarından emin olmak için, mesleki etik ilkelere ve yasal standartlara uygun hizmet sunmalıdır. Bu bölümde psikiyatride adli konular ve adli psikiyatri hemşiresinin yaşayabileceği etik sorunlar tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri hemşireliği, etik, etik ikilem, adli psikiyatri, hukuk

ABSTRACT

The field of forensic psychiatry addresses the intersection of law and mental health. Forensic psychiatric nurses are specialized professionals with knowledge and experience in mental health care and the legal system. Forensic and ethical issues are integral components of forensic psychiatry. Forensic psychiatric nurses face various ethical dilemmas in their practice. They may face ethical dilemmas regarding confidentiality, privacy and data protection, anti-discrimination, and involuntary hospitalization and treatment. Forensic psychiatric nurses play an important role in assessing, treating, and caring for individuals involved in legal proceedings. The roles and responsibilities of the forensic psychiatric nurse include performing a comprehensive mental assessment, individualized care and

treatment planning, crisis intervention, patient advocacy, and resolving ethical dilemmas. Among the issues that forensic psychiatry nurses have ethical dilemmas about are marriage, divorce, being placed under guardianship, gender reassignment, and compulsory hospitalization. Forensic psychiatric nurses can refer to international guidelines in resolving ethical dilemmas. Forensic psychiatric nurses make an important contribution to the field with their expertise, knowledge, and skills, ensuring that the well-being and rights of people with mental health problems are protected within the justice system. Forensic psychiatric nurses should provide services by professional ethics and legal standards to ensure they provide quality care ethically and legally. This section discusses forensic psychiatric issues and ethical problems that may confront a nurse in forensic psychiatry.

Keywords: Forensic psychiatric nursing, ethics, ethical dilemma, forensic psychiatry, law

Extended Abstract

Forensic psychiatry is a specialty that addresses the intersection of mental health and the legal system. Forensic psychiatrists play a central role in various legal proceedings by providing their expertise in assessing the mental state of individuals involved in criminal cases, civil litigation, and other legal matters. Custody and restraint of psychiatric patients raise complex ethical issues because of the vulnerability of people with mental health problems. The principle that the least restrictive measures should be used in psychiatric care is very important. Guardianship or restraint measures must be justified by a genuine need to protect the patient or others from harm. Forced hospitalization, also known as involuntary or forced hospitalization, refers to the involuntary hospitalization of persons with mental disorders for treatment and care. Forced hospitalization should only occur when there is a clear and imminent risk of harm to self or others, and less restrictive alternatives are deemed insufficient. According to the Turkish Civil Code, marriage is considered void if one of the spouses is permanently incapacitated for any reason during the marriage or if a mental illness prevents the marriage. Nurses in forensic psychiatry play an important role in bridging the mental health and legal fields. Their expertise and input are critical to ensuring that individuals involved in legal proceedings receive appropriate and ethical mental health care. They are responsible for assessment, treatment, and care, advocacy for the rights of their patients, and participation in legal decision-making. Forensic psychiatric nurses contribute to creating a fair legal system that considers the difficulties faced by people with mental health problems. Forensic psychiatric nurses are important in mental health and the legal system. Forensic psychiatric nurses participate in treating and caring for people with mental health problems in correctional facilities, forensic medical hospitals, or the criminal justice system. Forensic psychiatric nurses should respect the autonomy and individual rights of their patients. Respect for autonomy and individual rights includes involving patients in their care decisions whenever possible, obtaining informed consent, and maintaining their privacy and confidentiality. Forensic psychiatric nurses are ethically obligated to care for patients without discrimination based on race, ethnicity, gender, sexual orientation, or legal status. They should promote fairness, equality, and cultural sensitivity in patient interactions. Forensic

psychiatric nurses must establish and maintain professional boundaries with their patients to provide ethical care. Professional boundaries include avoiding two-way relationships and conflicts of interest and maintaining appropriate professional boundaries to protect patient welfare. Forensic psychiatric nurses are responsible for defending the rights and welfare of their patients. This includes ensuring access to appropriate mental health services, advocating for humane treatment, and protecting patients' rights within the legal system. Forensic psychiatric nurses must respect patient confidentiality and privacy and maintain the highest standards of confidentiality by legal and ethical rules. Exceptions to confidentiality should be properly understood and enforced, such as in cases of danger to self or others. Forensic issues and ethics are integral components of the practice of forensic psychiatry. In forensic psychiatry, the ethical principle of impartiality is essential. Forensic psychiatric nurses also play an important role in defending patient rights. They are responsible for ensuring that their patients receive appropriate and compassionate care and that their legal rights are protected. Forensic psychiatric nurses make an important contribution to the field with their expertise, knowledge, and skills, ensuring that the well-being and rights of people with mental health problems are protected within the justice system. Forensic psychiatric nurses should provide services by professional ethics and legal standards to ensure they provide quality care ethically and legally. This section discusses forensic psychiatric issues and ethical problems that may confront a nurse in forensic psychiatry.

1. Giriş

Psikiyatri, ruhsal bozuklukların tanı, tedavi ve önlenmesine odaklanan bir tıp dalıdır. Adli psikiyatri ise, ruh sağlığı ve hukuk sisteminin kesişimi ile ilgilenen psikiyatrinin özel bir alanıdır. Adli psikiyatristler, ceza davalarında, hukuk davalarında ve diğer yasal konularda yer alan bireylerin zihinsel durumlarını değerlendirmek için uzmanlıklarını sunan çeşitli yasal işlemlerde çok önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, adli psikiyatri uygulaması birey açısından dikkatle ele alınması gereken önemli etik problemleri gündeme getirmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2. Psikiyatride Adli Konular ve Etik

Adli psikiyatride temel etik konulardan biri, psikiyatristin tedavi edici rolü ile yasal sürece katılımı arasındaki potansiyel çatışmadır. Geleneksel klinik psikiyatriden farklı olarak adli psikiyatristler, birincil görevleri olan hasta refahını sağlamanın yanı sıra yasal sistemin talep ve beklentilerini de karşılamalıdır. Yasal sistemin çıkarları ve hastanın zihinsel sağlığının karşılanmasına yönelik ihitiyaçlar birbiriyle çatıştığında etik ikilemler ortaya çıkabilir (Franke, Speiser, Dudeck, & Streb, 2020).

Adli psikiyatrinin görevi bireyin suç işleme esnasındaki ruhsal durumunun değerlendirilmesi olup genellikle suça karışan bireylerin cezai sorumluluklarının değerlendirilmesidir. Bir bireyin eylemlerinin doğasını anlama ve doğruyu yanlıştan ayırt etme zihinsel kapasitesine sahip olup olmadığını belirlemek, kişinin zihinsel sağlık geçmişinin, görüşmelerinin ve psikolojik testlerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesini gerektiren karmaşık bir sorumluluktur. Bununla birlikte, psikiyatrik değerlendirmelerin öznel doğası, potansiyel etik ikilemlere yol açan önyargıları ve belirsizlikleri beraberinde getirebilmektedir (Franke ve ark., 2020).

Adli psikiyatride, tarafsızlık etik ilkesi esastır. Adli psikiyatristler, objektifliği korumak ve değerlendirmelerini etkileyebilecek olası önyargılardan kaçınmak için çaba göstermelidir. Bununla birlikte çeşitli dış baskılar ve etkiler, tarafsızlığı tehlikeye atabilmektedir. Örneğin adli psikiyatristlerin, mahkeme işlemlerine uzman tanık olarak dahil olmaları, onları hem savcılığın hem de savunmanın baskısına maruz bırakabilmektedir. Adli psikiyatristlerin bağımsız ve objektif kalmaları, yalnızca mevcut kanıtlara ve klinik uzmanlıklarına odaklanmaları çok önemlidir (World Psychiatric Association [WPA], 2020).

Gizlilik, adli psikiyatride başka bir etik kaygıdır. Psikiyatristler, hastalarının bilgilerinin gizliliğini korumak için yasal ve etik bir sorumluluğa sahiptir. Ancak adli değerlendirmeler bağlamında, bu göreve itiraz edilebilir. Adli psikiyatristler, hasta gizliliğine saygı duymak ve yasal sisteme karşı yükümlülüklerini yerine getirmek arasında hassas bir denge kurmalıdır.

Hangi bilgilerin kime açıklanabileceğini dikkatlice düşünmeli, hasta haklarının ve mahremiyetinin mümkün olan en geniş ölçüde korunmasını sağlamalıdırlar (Franke ve ark., 2020; WPA, 2020).

Aydınlatılmış onam, psikiyatri de dahil olmak üzere tıbbın tüm alanlarında temel bir etik ilkedir. Bununla birlikte, adli bağlamda, değerlendirme veya bakım ve tedavi gören bireylerden bilgilendirilmiş onam almak daha zor olabilmektedir. Yasal işlemlere katılan bireyler, iradeleri dışında psikiyatrik değerlendirmelere tabi tutulmak zorunda kalabilmektedir. Bu durum bireylerin özerkliklerini sınırlayabilir. Adli psikiyatristler, değerlendirmelerinin amacı ve olası sonuçları konusunda şeffaf olmalı, bireylerin süreci ve haklarını anlamalarını sağlamalıdır (WPA, 2020).

Adli psikiyatrideki etik zorluklar değerlendirme sürecinin ötesine geçmektedir. Adli psikiyatristler ayrıca bir bireyin yargılanma yeterliliğini belirlemeye, psikiyatrik tedavi ile ilgili önerilerde bulunmaya ve gelecekteki tehlike riskini değerlendirmeye de dahil olabilmektedirler. Bu alanların her biri, psikiyatrik değerlendirmelerin bireyin yasal hakları ve kişisel özgürlükleri üzerindeki olası etkileri de dahil olmak üzere çeşitli etik ikilemler oluşturmaktadır (Çam ve Arabacı 2014; Öztürk ve Uluşahin 2018).

Bu etik zorlukları ele almak için, Amerikan Psikiyatri ve Hukuk Akademisi (AAPL) gibi profesyonel kuruluşlar, adli psikiyatristlere uygulamalarında rehberlik etmek için rehberler/kılavuzlar ve ilkeler oluşturmuştur. Bu rehberler/kılavuzlar, objektifliğin korunması, çıkar çatışmalarının önlenmesi, gizliliğin korunması ve değerlendirmelere tabi tutulan bireylerin haklarının ve özerkliğinin korunması için öneriler içermektedir (Giorgi-Guarnieri, 2002).

Adli konular ve etik, adli psikiyatri uygulamasının ayrılmaz bileşenleridir. Adli psikiyatristler, zihinsel sağlık ve hukuk sisteminin kesişiminde hizmet sunarken, benzersiz etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu alanların her biri, psikiyatrik değerlendirmelerin bireyin yasal hakları ve kişisel özgürlükleri üzerindeki olası etkileri de dahil olmak üzere çeşitli etik ikilemler oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2018; WPA, 2020). Bununla birlikte adli psikiyatri alanında bazı konularda önemli etik sorunlarla karşı karşıya kalınabilmektedir. Bu sorunlar aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.



Kaynak: https://www.google.com/search?q=forensic&tbm=isch&hl=tr&tbs=il:cl&rlz=1C1CHZN_trTR1026TR1026&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwjIteyV9v-AAxUAAAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=fOVqBpkMQ83NIM

2.1. Medeni Hakları Kullanabilme (Vesayet Altına Alınma/Kısıtlanma)

Psikiyatri hastalarının vesayeti ve kısıtlanması, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin savunmasızlığı nedeniyle karmaşık etik hususları gündeme getirmektedir. Birincil amaç hem hastanın hem de başkalarının güvenliğini ve refahını sağlamak olsa da etik ilkeleri ve hasta haklarını korumak çok önemlidir. Hastaların özerkliğine ve kendi tedavisine karar verme hakkına saygı duymak esastır. Bununla birlikte, bireylerin durumlarının ciddiyeti nedeniyle karar verme kapasitesinden yoksun oldukları durumlarda, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerini göz önünde bulundurarak, hastanın çıkarları doğrultusunda kararlar almaları gerekebilmektedir (Türk Medeni Kanunu (TMK), 2001).

Psikiyatrik bakımda gerekli en az kısıtlayıcı önlemlerin kullanılması ilkesi çok önemlidir. Bu ilke, hastaların özgürlüğü üzerindeki sınırlamaların en aza indirilmesi ve istemsiz hastaneye yatışa başvurmadan önce, ayaktan tedavi veya toplum desteği gibi alternatiflerin araştırılması gerektiği anlamına gelmektedir. Psikiyatri hastalarının vesayeti ve kısıtlanması, istemsiz hastaneye yatış veya tedavinin gerçekleşebileceği koşulları belirleyen yasa ve yönetmeliklere göre hareket edilmelidir. Bu yasalar, genellikle hastanın durumunun periyodik olarak gözden geçirilmesi ve ruh sağlığı uzmanlarının karar alma süreçlerine katılımı gibi önlemleri içermektedir (Aydın, Batmaz, Aslan, Çelikbaş ve Çetin, 2021).

Vesayet veya kısıtlama, hastayı veya başkalarını zarardan korumak için, gerçek bir ihtiyaçla gerekçelendirilmelidir. Kısıtlamaların gerekliliğini ve süresini belirlemek için açık ve objektif kriterler oluşturulmalıdır. Devam eden vesayetin gerekli olup olmadığını değerlendirmek için, düzenli olarak yeniden değerlendirmeler yapılmalıdır. Psikiyatri hastaları onurlu, saygılı ve şefkatli bir şekilde bakım ve tedavi edilme hakkına sahiptir (Soysal, 2015). Mahremiyetlerini korumak için, gerekli önlemler alınmalıdır. Hastaneler ve sağlık çalışanları, hastanın refahını ve iyileşmesini destekleyen güvenli, terapötik bir ortam sağlamalıdır. Vesayet altına alınma, uzun vadeli bir çözüm olarak görülmemelidir. Psikiyatri hastalarına, iyileşmelerini ve topluma yeniden katılımını amaçlayan uygun bakım, tedavi ve desteğin sağlanması için çaba gösterilmelidir. Hastaların gereksinim duydukları gerekli bakımı almalarını sağlamak için ruh sağlığı hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmalıdır (Soysal, 2015).

Hastaları, ailelerini veya vasileri karar verme süreçlerine ve tedavi planlamasına dahil etmek hastanın istek ve tercihlerinin dikkate alınmasına yardımcı olabilir. Hasta katılımını ve hastanın güçlendirilmesini teşvik etmek tedavi sonuçlarının iyileşmesine ve hastaların özerkliklerine saygı duyulmasına katkıda bulunabilir (WPA, 2020).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, politika yapıcılar ve bir bütün olarak toplum, psikiyatri hastalarının vesayetini ve kısıtlanmasını çevreleyen etik çerçeveleri ve uygulamaları sürekli olarak değerlendirmek ve geliştirmek için önemlidir. Güvenlik ve korunma gereksinimini hasta hakları ve refahı ile dengelemek, bireysel koşulların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini ve etik ilkelerin uygulanmasını gerektiren karmaşık bir görevdir (Sabancıoğulları, 2016; WPA, 2020).

2.2. İstemsiz Hastaneye Yatış (Zorunlu Yatış)

İstemsiz veya zorla hastaneye yatış olarak da bilinen zorunlu yatış, ruhsal bozukluğu olan bireylerin istekleri dışında tedavi ve bakım amacıyla hastaneye yatırılmasını ifade eder. Bu uygulama, kişisel özgürlük ve özerklik ilkesinin ihlal edilme olasılığı nedeniyle önemli etik hususları gündeme getirmektedir. İstemsiz hastaneye yatışın, bireyin veya başkalarının güvenliği ve refahı için gerekli görülebileceği durumlar olsa da, etik ilkeler bu sürecin uygulanmasına rehberlik etmelidir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Zorunlu hastaneye yatış, yalnızca bireyin kendine veya başkalarına açık ve acil bir zarar verme riski olduğunda ve daha az kısıtlayıcı alternatiflerin yetersiz olduğu düşünüldüğünde kullanılmalıdır. İstemsiz olarak hastaneye yatış kararı, objektif kriterlere ve bireyin koşullarının dikkatli bir değerlendirmesine dayanmalıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Psikiyatrik bakımda, gerekli en az kısıtlayıcı önlemlerin kullanılması ilkesi önemlidir. Müdahalenin gerekli olduğu durumlarda, bireyin güvenliğini ve refahını ön plana alan en az kısıtlayıcı alternatifi kullanmak için çaba gösterilmelidir. Bu alternatifler, ayaktan tedavi, toplum desteği veya daha az kısıtlayıcı müdahale biçimlerini içerebilmektedir (Richa ve ark., 2023).

Zorunlu hastaneye yatış, meydana gelebileceği koşulları belirleyen yasa ve yönetmelikler tarafından belirlenmiş olmalıdır. Bu yasa ve yönetmelikler, genellikle istemsiz hastaneye yatış için açık kriterleri, düzenli gözden geçirme süreçleri ve ruh sağlığı uzmanlarının karar verme sürecine katılımı gibi önlemleri içermektedir (TMK, 2001).

Zorunlu hastaneye yatışı yapılan bireyler, adil yargılama ve prosedürel adalet hakkına sahiptir. Bu durum, hastanın hastaneye yatışının nedenleri hakkında bilgilendirilme hakkını, karara itiraz etme veya temyiz etme fırsatını, yasal temsile erişimi ve devam eden hastaneye yatış gerekliliğini değerlendirmek için davalarının düzenli olarak gözden geçirilmesini kapsamaktadır (Arnold ve ark., 2019).

Zorunlu hastaneye yatış, bireyin durumunu kontrol atına almak ve güvenliği sağlamak için gereken en kısa sürede olmalıdır. Bireyin iyileşmesini destekleyen, en az kısıtlayıcı ortamlara veya toplum temelli bakıma geçişi sağlamayan bir taburculuk planlaması en başından itibaren yapılmalıdır (Richa et al., 2023).

Zorunlu hastaneye yatış uygulamalarının bağımsız olarak denetim ve izlemi psikiyatri hastalarının haklarının korunmasına yardımcı olabilir. Bu denetim ve izlem kapsamında vakaların düzenli olarak gözden geçirilmesi, etik ve yasal standartlara uygunluğunun denetlenmesi için dış kurumların, etik kurulların veya hasta savunuculuğu yapan grupların sürece dahil olması yer alır (WPA, 2020).

Zorunlu hastaneye yatış uygulamalarının bağımsız gözetimi ve izlenmesi, psikiyatri hastalarının haklarının ve refahının korunmasını sağlamaya yardımcı olabilmektedir. Bu, vakaları düzenli olarak gözden geçirmek ve etik ve yasal standartlara uyumu sağlamak için gözetim sağlamak için dış kurumların, etik inceleme kurullarının veya hasta savunma gruplarının katılımını içerebilmektedir (WPA, 2020).

Bireyin kendisini ve başkalarını koruma gereksinimi ile kişisel özgürlük ve özerkliğe saygı arasında bir denge kurmak oldukça önemlidir. Etik konular, zorunlu hastaneye yatış ile ilgili kararları bilgilendirmeli ve psikiyatri hastaları için mümkün olan en iyi sonuçları sağlamak için bu konuyu çevreleyen uygulamaları ve politikaları sürekli olarak gözden geçirmek ve geliştirmek için çaba gösterilmelidir (WPA, 2020).

2.3. Evlenme

Psikiyatri hastalarının evliliği, özellikle bilgilendirilmiş onam verme kapasiteleri ve sağlıklı ve adil bir ilişki kurma yetenekleri ile ilgili önemli etik hususları gündeme getirmektedir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin, evlilik için aydınlatılmış onam verme kapasitesine sahip olmaları gerekmektedir. Evlenen kişi evliliğin yasal, duygusal ve sosyal sonuçları hakkında makul bir anlayışa sahip olmalıdır. Bireyin, karar verme kapasitesini değerlendirmek çok önemlidir. Psikiyatri hastalarının, özerkliğine ve kendi kaderini belirleme hakkına saygı duymak esastır. Hastalar, bu tür kararları anlama ve karar verme kapasitesine sahip oldukları sürece bir evliliğe girip girmemeyi seçme özgürlüğüne sahiptirler. Psikiyatri hastaları, zihinsel sağlık durumları nedeniyle savunmasız olabilirler ve bu da evlilik içinde güç dengesizlikleri yaratabilir. Hastanın psikiyatrik durumunun özgürce rıza gösterme, karar verme sürecine katkıda bulunma veya evlilik içinde kendi çıkarlarını koruma yeteneklerini önemli ölçüde bozup bozmadığını değerlendirmek önemlidir. Evlenilecek kişi, eşinin psikiyatrik durumu ve evlilik üzerindeki olası etkileri hakkında tam olarak bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme, bireylerin evliliğe girme konusunda bilinçli bir karar vermelerini sağlamakta ve eşlerinin psikiyatrik ihtiyaçlarını desteklemede karşılaşabilecekleri zorlukları anlama fırsatı sunmaktadır (Çam ve Baysan Arabacı, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2018; TMK, 2001).

Yasal mevzuatlar, evlenmek isteyen ve psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyler için uygun koruma ve güvenceleri sağlamalıdır. Bu çerçeveler, bireyin bilgilendirilmiş onam kapasitesini göz önünde bulundurmalı, sömürü veya istismarın önlenmesini sağlamalı ve gerekirse gözden geçirme veya müdahale mekanizmalarını sağlamalıdır (TMK, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Ruh sağlığı uzmanları, bilgilendirilmiş onam kapasitesini değerlendirmede, rehberlik sağlamada ve evliliği düşünen ve psikiyatrik sorunları olan bireylere destek sunmada çok önemli bir rol oynayabilir. Bireylerin durumlarının evlilik üzerindeki potansiyel etkisini anlamalarına yardımcı olabilir (Baldo, Kacinik, Moncrief, Beghin ve Dronkers, 2016).

Psikiyatri hastalarının evliliğine duyarlılık, saygı ve özerkliklerini ve refahlarını koruma taahhüdü ile yaklaşmak önemlidir. Evlenme hakkının ve psikiyatrik sorunlarla ilişkili potansiyel risklerin dengelenmesi, dikkatli bir değerlendirme, bireysel koşulların dikkate alınması ve ilgili tüm bireylerin çıkarlarına ve haklarına öncelik veren etik ilkelere bağlı kalmayı gerektirmektedir (Baldo ve ark., 2016). Taraflardan biri veya her ikisi de psikiyatrik durumları nedeniyle evliliğe girmek için yeterli zihinsel kapasiteye sahip değilse, evlilik geçersiz sayılabilir. Kapasite, evlilikle ilgili hakları, görevleri ve sorumlulukları anlama yeteneğini ifade etmektedir. Taraflardan biri veya her ikisi, psikiyatrik durumları nedeniyle, evliliğe

bilgilendirilmiş onay veremezse bu durum evliliği geçersiz kılabilmektedir. Rıza, evliliğin doğasını ve sonuçlarını anlama becerisini gerektirmektedir (TMK, 2001).

TMK'nın (2001) 145.maddesine göre göre:

Aşağıdaki hâllerde evlenme mutlak butlanla (evlenmenin yok sayılması) batıldır:

1. Eşlerden birinin evlenme sırasında evli bulunması,

2. Eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması,

3. Eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması,

4. Eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması.

2.4. Boşanma

Psikiyatri hastaların boşanması, ruh sağlığı üzerindeki olası etkileri nedeniyle belirli etik konuları içermektedir. Özerklik ilkesine saygı gösterilmeli ve psikiyatri hastalarına boşanma kararı ve evlilikleri hakkında karar verme özgürlüğü verilmelidir (TMK, 2001). Bireylerin boşanmanın sonuçlarını anlama kapasitesine sahip olmalarını ve kararlarının gereksiz yere etkilenmemesini veya zorlanmamasını sağlamak önemlidir. Boşanma, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler için önemli duygusal ve psikolojik sonuçlar doğurabilir. Ruh sağlığı üzerindeki olası etkilere ve boşanma sürecinde ve sonrasında hastalara yardımcı olacak yeterli destek ve kaynakların mevcudiyetine etik olarak dikkat edilmelidir (Çam ve Baysan Arabacı, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Boşanmayı düşünürken, psikiyatri hastasının en yüksek çıkarı ve refahı öncelikli olarak düşünülmelidir. Boşanma kararı alınırken, kararın ruh sağlığı üzerindeki etkileri, destek sistemlerinin varlığı ve evlilik ilişkisinin genel kalitesi gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Boşanma sürecinde, bireyin karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi esastır. Yargılama süresince, hak ve çıkarlarının korunmasını sağlamak için psikiyatri hastalarına ruh sağlığı uzmanlarına veya yasal savunuculara erişim gibi uygun destek sağlanmalıdır. Yasal korumalar, boşanma sürecinden geçen psikiyatri hastalarının haklarının korunmasını ve kırılganlıklarının tanınmasını sağlamalıdır. Bunlar; gizlilik, sömürü veya kötüye kullanıma karşı koruma ve yasal temsile erişimi içerebilmektedir (Çam ve Baysan Arabacı, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Boşanmış psikiyatri hastaları, boşanma sürecinde ortaya çıkabilecek semptomların alevlenmesini veya duygusal sıkıntıları gidermek için ruhsal destek hizmetlerine erişebilmelidir. Bu hizmetler, hastaların iyi oluşunu teşvik etmeye, duygusal zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olmaya ve boşanma sonrası iyileşmelerini ve uyum sağlamalarını kolaylaştırmaya odaklanmalıdır (Hareru, Gezae ve Gebregergs, 2023).

Ruh sağlığı uzmanları, avukatlar ve arabulucular da dahil olmak üzere boşanma sürecine dahil olan profesyoneller, psikiyatri hastaları için en iyi sonucu sağlamak için işbirlikçi bir yaklaşım benimsemelidir. Bu yaklaşım, disiplinlerarası iletişimi, ilgili bilgileri paylaşmayı ve bireyin özel ihtiyaçlarını ve endişelerini ele almak için birlikte çalışmayı gerektirebilmektedir (Hareru ve ark., 2023).

Boşanma süreci boyunca, özellikle hassas ruh sağlığı bilgileri ile ilgili gizlilik ve mahremiyete saygı gösterilmelidir. Psikiyatri hastalarının gizliliğini korumak için, açıklanmasını gerektiren yasal veya güvenlik hususları olmadıkça uygun önlemler alınmalıdır (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023).

Psikiyatri hastalarının boşanmasına duyarlılık, şefkat ve özerkliklerine ve refahlarına saygı ile yaklaşmak esastır. Bireyin haklarını, ruh sağlığı hususlarını ve yasal çerçeveyi dengelemek, dikkatli bir değerlendirme ve hastanın çıkarlarını önceliklendiren etik ilkeleri sürdürme taahhüdünü gerektirmektedir (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023). TMK'ya (2001) göre:

TMK Madde 148:

"*Evlenme sırasında geçici bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun olan eş, evlenmenin iptalini dava edebilir*".

TMK Madde 165:

"*Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hâle gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir*."

2.5. Cinsiyet Değiştirme

Cinsiyet değiştirme, bir bireyin cinsiyet kimliğini cinsiyet ifadesiyle uyumlu hale getirmek için uygulanan tıbbi müdahaleleri veya sosyal geçişleri içermektedir. Cinsiyet değiştirme konusu, özerkliğe saygı, ayrımcılık yapmama, bilgilendirilmiş onam ve sağlık hizmetlerine erişimi içeren önemli etik hususları gündeme getirmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018; WPA, 2020).

Bireylerin özerkliğine ve kendi kaderini belirleme hakkına saygı duymak, cinsiyet değiştirme ile ilgili kararlarda çok önemlidir. Bir bireyin, kendi cinsiyet kimliğini tanımlama ve cinsiyet ifadesiyle ilgili seçimler yapma hakkını tanımak ve onaylamak temeldir (Anarte, 2022).

Etik hususlar, cinsiyet değiştirme arayışında olan bireylerin ayrımcılık, önyargı veya damgalama gibi olumsuz durumlarla karşılaşmadan cinsiyet değiştirme sürecini geçirmesini gerektirir. Tıbbi müdahaleler, psikolojik destek ve sosyal geçiş de dahil olmak üzere, cinsi-

yeti onaylayan bakıma erişim, bireyin cinsiyet kimliğinden bağımsız olarak eşit bir temelde sağlanmalıdır (Anarte, 2022).

Bilgilendirilmiş onam ilkesi, cinsiyet değiştirme prosedürlerinde kritik öneme sahiptir. Bireylere, ilgili prosedürlerin veya müdahalelerin olası yararları, riskleri ve alternatifleri hakkında kapsamlı ve doğru bilgiler verilmelidir. Bu bilgilendirmeler bireylerin kendi bedenleri ve cinsiyet kimlikleri hakkında iyi bilgilendirilmiş kararlar vermelerini sağlamaktadır (Anarte, 2022).

Cinsiyet değişikliği, genellikle bireylerin süreç boyunca iyi hazırlanmalarını ve desteklenmelerini sağlamak için psikolojik değerlendirmeler ve danışmanlık sürecini içermektedir. Cinsiyet değiştirmeyi düşünen veya cinsiyet değiştirme sürecinde olan bireylere yönelik, herhangi bir psikososyal zorluğu ele almak ve bireylerin iyi oluşunu artırmak için ruhsal desteğe erişim olanakları sağlanmalıdır (Belfort ve Brown, 2023).

Cinsiyet değiştirmede etik sorunlar, genellikle bilişsel veya gelişimsel faktörler nedeniyle yaşı küçük olan veya karar verme kapasitesinden yoksun olabilecek bireyler tarafından talep edildiğinde ortaya çıkmaktadır. Bu olgular, bireyin cinsiyet kimliği ve ilgili tıbbi müdahalelerle ilgili karar verme anlayışını, olgunluğunu ve kapasitesini belirlemek için dikkatli bir değerlendirme gerektirmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2018; TMK, 2001).

Cinsiyet değişikliği, sağlık hizmetlerine ve sürekli desteğe uzun vadeli bir gereksinimi içermektedir. Etik konularhususlar, yalnızca geçişin fiziksel yönlerini değil, aynı zamanda zihinsel sağlığı, sosyal desteği ve ameliyat sonrası bakımı da ele alan kapsamlı, cinsiyeti onaylayan bakıma erişimin sağlanmasını kapsamaktadır (Belfort ve Brown, 2023).

Cinsiyet değiştirme uygulamaları ve cinsiyet kimliğine ilişkin kültürel bakış açıları, topluluklar ve toplumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Etik hususlar, kültürel çeşitliliğe saygı duymayı, belirli kültürel bağlamlardaki bireysel deneyimleri anlamayı ve trans bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan kültüre duyarlı bakım sağlamayı içerir (Steenfeldt-Foss, 2010).

Sağlık profesyonelleri, politika yapıcılar ve toplumun tüm üyelerinin cinsiyet değişikliğine saygı, empati ve etik ilkelere bağlılıkla yaklaşmaları çok önemlidir. Özerklik, ayrımcılık yapmama, bilgilendirilmiş onam ve kapsamlı bakım ilkelerini desteklemek, cinsiyet değiştirme arayışında olan bireylerin kendilerini gerçekleştirme yolculuklarında desteklenmelerine yardımcı olabilir (WPA, 2020).

3. Adli Psikiyatri Hemşireliği

Adli psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı ve hukuk alanları arasındaki köprünün kurulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Uzmanlıkları ve katkıları, yasal işlemlere katılan bireylerin, uy-

gun ve etik ruh sağlığı bakımı almalarını sağlamak için kritik öneme sahiptir. Adli psikiyatri hemşireleri çeşitli değerlendirmeler yapmaktan, tedavi ve bakım sağlamaktan, hastalarının haklarını savunmaktan ve yasal kararlara katkıda bulunmaktan sorumludurlar. Adli psikiyatri hemşireleri, ruhsal sorunları olan bireylerin karşılaştığı zorlukları dikkate alan adil bir yasal sistem oluşturulmasına katkıda bulunur (Çam & Baysan Arabacı, 2014).

Adli psikiyatri hemşireliği, yasal işlemlerde yer alan bireylere bakım sağlamak için benzersiz bir bilgi ve beceri gerektiren özel bir alandır. Adli psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı sorunlarının yanı sıra ceza ve adalet sistemine dahil olan bireylerin bakım ve tedavisinde ve ayrıca desteklenmesinde çok önemli rol oynamaktadır (Domingue, Jacob, Perron, Pariseau-Legault ve Foth, 2023).

Adli psikiyatri hemşiresinin temel sorumluluklarından biri, yasal işlemlerde yer alan bireylerin kapsamlı değerlendirmesini yapmaktır. Bu değerlendirmeler, zihinsel sağlık sorunlarını tanımlamayı, bireyin yargılanma kapasitesini değerlendirmeyi ve yeniden suç işleme risklerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri, ilgili bilgileri toplamak, görüşmeler yapmak ve doğru ve objektif değerlendirmeler sağlamak ve standartlaştırılmış değerlendirmeleri yönetmek için uzmanlıklarını kullanırlar (Dominque ve ark., 2023; Andersson, Fathollahi ve Gustin, 2020).

Adli psikiyatri hemşireleri, hastalar için bireyselleştirilmiş bakım ve tedavi planlarının geliştirilmesinden ve uygulanmasından da sorumludur. Zihinsel sağlık sorunlarını ele alan, semptomları yöneten ve rehabilitasyonu teşvik eden kanıta dayalı müdahaleler sağlamak için multidisipliner ekipler ile iş birliği yapmaktadır. Tedavi planları, bireyin yaşam kalitesini ve konforunu arttırmak ve gelecekteki suç riskini azaltmak için ilaç yönetimi, terapi ve sosyal destek hizmetlerini içerebilir (Andersson, Fathollahi ve Gustin, 2020; Moyles, Hunter ve Grealish, 2023).

Adli psikiyatrik ortamda, kriz durumları ve saldırgan davranışlar ortaya çıkabilir. Adli psikiyatri hemşireleri, zorlu durumları yönetmek için krize müdahale teknikleri ve saldırganlığı azaltma veya öneleme konusunda eğitilmiştir. Ajitasyon, saldırganlık veya agresyon belirtilerini tanıma becerisine sahiptirler ve güvenliği sağlamak ve terapötik ortamı sağlamak için uygun müdahaleleri kullanırlar (Moyles, Hunter, & Grealish, 2023; Scott & Gillespie, 2023).

Savunuculuk, adli psikiyatri hemşirelerinin önemli bir rolüdür. Hemşireler hastalarının savunucusu olarak hareket ederler, haklarının korunmasını ve seslerinin duyulmasını sağlamaktadırlar. Adli psikiyatri hemşireleri, adil ve hakkaniyetli bakım ve tedaviyi, uygun ruh sağlığı hizmetlerine erişimi ve hasta gizliliğinin korunmasını savunmaktadırlar. Hastaları için

özerklik, mahremiyet ve onur ilkelerini korumak için yasal ve etik çerçeveler içinde çalışırlar (Vestphal, Gildberg, Jørgensen, Rowaert ve Tingleff, 2023).

Adli psikiyatri hemşireleri uygulamalarında, çeşitli etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Hemşireler, gizlilik, mahremiyet ve veri koruma, ayrımcılıkla mücadele ve istemsiz hastaneye yatış, bakım ve tedavi gibi konularda etik ikilemler yaşayabilmektedirler. Adli psikiyatri hemşireleri, hem etik hem de yasal olarak kaliteli bakım sağladıklarından emin olmak için mesleki etik ilkelere ve yasalara uymakla yükümlüdürler (Tsunematsu, Fukumoto ve Yanai, 2021).

Adli psikiyatri hemşireleri, alandaki en son gelişmelerden haberdar olmak için sürekli öğrenme ve mesleki gelişime katılırlar. Bilgi ve becerilerini geliştirmek ve uygulamalarında yetkinliklerini korumak için konferanslara, atölye çalışmalarına ve eğitim programlarına katılırlar. Adli psikiyatri hemşireleri, güncel bilgi ve becerileri ve alandaki yetkinlikleri ile hastalarına kaliteli hemşirelik bakımı sunabilmekte ve adli psikiyatri alanında mesleki ilerlemelerine katkıda bulunabilirler (Çam ve Baysan Arabacı, 2014; Tsunematsu, Fukumoto ve Yanai, 2021).

Adli psikiyatri hemşireleri, yasal işlemlerde yer alan bireylerin değerlendirilmesinde, bakım ve tedavisinde ve psikososyal olarak desteklenmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Sorumlulukları kapsamlı değerlendirmeleri, bireyselleştirilmiş bakım ve tedavi planlamasını, krize müdahaleyi, savunuculuğu ve etik hususları kapsamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri, uzmanlık bilgi ve becerileri ile alana önemli ölçüde katkıda bulunarak, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin yaşam kalitesi ve haklarının ceza adaleti sistemi içinde korunmasını sağlamaktadır (Andersson, Fathollahi ve Gustin, 2020; Dominque ve ark., 2023).



Kaynak: https://www.google.com/search?q=forensic&tbm=isch&hl=tr&tbs=il:cl&rlz=1C-1CHZN_trTR1026TR1026&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwjIteyV9v-AxUAAAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=XsCM6EmEnZ4HMM

4. Adli Psikiyatride Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Adli psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı ve hukuk sisteminin kesişiminde hayati bir rol oynamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri uygulayıcı rolleri kapsamında ıslah evlerinde, adli tıp hastanelerinde veya ceza adalet sisteminde yer alan ve ruhsal sorunu olan bireylerin bakım ve tedavisinde görev almaktadırlar (Baysan Arabacı, 2014).

Adli psikiyatri hemşireleri, hastalarının özerkliğine ve bireysel haklarına saygı göstermelidir. Özerkliğe ve bireysel haklara saygı, hastaları mümkün olduğunca kendi bakım kararlarına dahil etmeyi, bilgilendirilmiş onam alınmasını sağlamayı ve mahremiyetlerine ve gizliliklerine saygı duymayı içermektedir (Tsunematsu, Fukumoto ve Yanai, 2021).

Adli psikiyatri hemşireleri, ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim veya yasal statü gibi faktörlere dayalı ayrımcılık yapmadan bakım sağlama konusunda etik bir yükümlülüğe sahiptir. Hemşire hasta etkileşiminde; insan onuru, adalet, eşitlik, özerklik ve kültürel duyarlılık konularına özen göstermelidir (Mohammadi, Sadeghian, Masoumi, Oshvandi ve Bijani, 2023).

Adli psikiyatri hemşireleri, etik ilkelere uygun bakımın sunulmasını sağlamak için hastaları ile mesleki sınırlar oluşturmalı ve sürdürmelidir. Mesleki sınırlar, ikili ilişkilerden, çıkar çatışmalarından kaçınmayı ve hastanın konforunu sağlamak için uygun mesleki sınırları korumayı içermektedir (Mohammadi ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşireleri, hastalarının haklarını ve ruh sağlığını savunma sorumluluğuna sahiptir. Savunuculuk uygun ruh sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanmasını, bireye özgü bakım ve tedavinin savunulmasını ve hastaların yasal sistem içindeki haklarının korunmasını kapsamaktadır (Francois ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşiresinin kuruma karşı etik sorumlulukları profesyonellik ve hasta bakımında en yüksek standartları korumayı, kurumsal politika ve düzenlemelere bağlı kalmayı, hasta güvenliğini ve mahremiyetini sağlamayı, çok disiplinli ekiplerle etkin işbirliği yapmayı, kaliteli ruh sağlığı hizmetlerini savunmayı, saygı ve çeşitlilik kültürü, sürekli öğrenme yoluyla yetkinliğin sürdürülmesini, etik ikilemlerin dürüstlükle ele alınmasını ve kurumun adli psikiyatri bağlamında etik, şefkatli ve kapsamlı bakım sağlama misyonuna katkıda bulunulmasını içerir (Francois ve ark., 2023; Mohammadi ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşirelerinin etik sorumlulukları, acil hasta bakımı ve kurumsal rollerinin ötesine geçmektedir. Ruh sağlığına ilişkin farkındalığı savunarak, zararları önleyerek, savunmasız grupları destekleyerek, adaleti teşvik ederek ve toplumun genel ruh sağlığı durumunu iyileştiren girişimlere katılarak toplumsal iyi oluşa katkıda bulunma görevi vardır (Mohammadi ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşiresinin topluma karşı etik sorumlulukları; ruh sağlığı farkındalığını ve damgalamayı ortadan kaldırmayı hem hastaların hem de potansiyel mağdurların zarar görmesini önlemeyi, bireylerin topluma başarılı bir şekilde yeniden entegrasyonunu desteklemeyi, savunmasız gruplara bakım sağlamayı, adaletin etik yönetimini sağlamayı, raporlamayı ve raporlamayı kapsar. Bunun yanı sıra, istismarın önlenmesi, toplumsal eğitim ve hazırlık çalışmalarına katılım ve ruh sağlığı sorunları olan bireylerin haklarını gözeten daha kapsayıcı, empatik bir toplumun teşvik edilmesi, böylece toplumun ruh sağlığı durumunun genel olarak iyileştirilmesine katkıda bulunulması diğer sorumlulukları arasındadır (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023; Mohammadi ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşirelerinin mesleklerinde yetkinliği ve standartları korumayı, meslektaşlarına saygı duymayı, etik ikilemleri ele almayı ve alanın büyümesine ve güvenilirliğine katkıda bulunmayı kapsayan etik sorumlulukları vardır. Bu sorumluluklar, adli psikiyatri hemşireliğinin hem hemşirelik mesleğinin hem de daha geniş sağlık ve hukuk sistemlerinin saygın ve hayati bir parçası olarak kalmasını sağlar (Mohammadi ve ark., 2023; Tsunematsu, Fukumoto ve Yanai, 2021).

Adli psikiyatri hemşiresinin meslektaşlarına karşı etik sorumlulukları arasında meslektaşlarının uzmanlığına değer verme, açık iletişimde bulunma ve kapsamlı hasta bakım planları geliştirmek için disiplinler arası ekiplere aktif olarak katılarak saygılı ve işbirlikçi bir atmosferin geliştirilmesini içerir. Bu sorumluluklar arasında; bilgi paylaşımı, mentorluk sağlanması, anlaşmazlıkların yapıcı bir şekilde ele alınması ve hasta odaklı bakıma, etik karar almaya ve tüm ekip üyelerinin psikolojik iyi oluşuna öncelik veren olumlu bir çalışma ortamına katkıda bulunulması yer alır. Çeşitliliği benimsemek, mesleki gelişimi teşvik etmek ve gizliliği sağlamak, meslektaşlar arasında saygı, dürüstlük ve karşılıklı destek ilkelerini daha da güçlendirir (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023; Mohammadi ve ark., 2023).

Adli psikiyatri hemşireleri, hasta gizliliğine ve mahremiyetine saygı göstermeli, yasal ve etik kurallara uygun olarak en yüksek gizliliği sağlamalıdır. Gizliliğin istisnaları, kendine veya başkalarına zarar verilmesi durumunda olduğu gibi uygun şekilde anlaşılmalı ve uygulanmalıdır (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023).

Etik sorumluluklar, yaşam boyu öğrenme ve hizmetiçi eğitim yoluyla adli psikiyatri hemşireliği uygulamalarında yetkinliğin sürdürülmesini, ilgili yasa ve yönetmeliklerden haberdar olunmasını ve kanıta dayalı uygulamalara bağlı kalmayı içerir. Hemşireler, bilgi ve becerilerini sürekli geliştirerek mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için çaba göstermelidir (Tsunematsu ve ark., 2021).

Adli psikiyatri hemşireleri, uygulamalarında etik ikilemlerle karşılaşabilmektedirler. Etik karar verme sürecini kullanarak bu ikilemleri aşmak, gerektiğinde fikir alışverişinde bulunmak ve eylemlerinin etik ilkeler, mesleki standartlar ve yasal gerekliliklerle uyumlu olmasını sağlamakla yükümlüdürler (Çam ve Baysan Arabacı, 2014; Tsunematsu ve ark., 2021).

Adli psikiyatri hemşireleri, kapsamlı ve etik açıdan bireye özgü bakım ve tedavi uygulamak için diğer sağlık profesyonelleri, hukuk uzmanları ve ilgili paydaşlarla aktif olarak iş birliği yapmalıdır. İş birliği ve meslekler arasılık; etkili iletişimi, disiplinler arası iş birliğini ve hastanın bakım ve tedavisinde yer alan diğer sağlık profesyonellerine rol ve ve sorumluluklarına karşılıklı saygıyı içermektedir (Dominque ve ark., 2023).

Bu etik ilkeler, adli psikiyatri hemşirelerinin eylem ve davranışlarına rehberlik ederek, hasta merkezli, saygılı ve en yüksek mesleki ve etik ilkelere uygun bakım ve tedavi uygualamalarını sağlamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri, bu sorumlulukları yerine getirerek, hukuk sistemi içinde ruh sağlığı sorunları olan bireylerin psikolojik iyi oluşuna ve haklarına katkıda bulunmaktadır (Dominque ve ark., 2023; Ventura, Austin, Carrara ve de Brito, 2021).



Kaynak: https://www.google.com/search?q=forensic&tbm=isch&hl=tr&tbs=il:cl&rlz=1C1CHZN_trTR1026TR1026&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwjQ1uiL-v-AAxUAAAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=1-YWBco_uk6wkM

5. Sonuç

Adli psikiyatri alanı, hukuk ve ruh sağlığı arasındaki kesişimle ilgilidir. Adli psikiyatri hemşireleri hem psikiyatrik bakımda hem de hukuk sisteminde bilgi ve uzmanlığa sahip uzman profesyonellerdir. Adli psikiyatri hemşireleri, suçlular ve suç mağduru olanlar gibi yasal

işlemlerde yer alan bireylerin bakım ve tedavisini sağlamada kritik bir rol oynamaktadır.

Adli psikiyatri hemşiresinin temel sorumluluklarından biri, yasal işlemlerde yer almış olanlar için ruh sağlığı değerlendirmesi yapmaktır. Bu değerlendirme, bir bireyin yargılanma yeterliliğini değerlendirmeyi, bir suç sırasında zihinsel durumunu değerlendirmeyi ve kendine veya başkalarına zarar verme riskini değerlendirmeyi içermektedir. Adli psikiyatri hemşireleri, bir bireyin ruh sağlığı durumu ve yasal davaları üzerindeki etkisi ile ilgili olarak mahkemede uzman tanıklığı da sağlayabilir. Uzmanlıkları ve bilgisi, cezalandırma ve tedavi seçenekleri hakkında yasal kararları vermeye yardımcı olabilir.

Adli psikiyatri hemşireleri, ölçme ve değerlendirmeleri yapmanın yanı sıra, adli ortamlarda bireylere bakım ve tedavi sağlamaktadır. Adli psikiyatri hemşireleri, ıslah evlerinde bulunan bireylerle veya ayaktan tedavi gören adli ortamlardaki bireylerle çalışabilir. Adli psikiyatri hemşireleri, çeşitli yaşam öyküleri olan ve karmaşık ruh sağlığı gereksinimleri, zorlayıcı davranışlar ve travma öyküleri olan hastalarla çalışmaktadır

Adli psikiyatri hemşireleri, hasta haklarının savunulmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Hastalarının uygun ve şefkatli bakım almasını ve yasal haklarının korunmasını sağlamaktan sorumludurlar. Hastaların, gereksinim ve haklarını yasal sistemin ihtiyaçları ve çıkarları ile dengelemeli, aynı zamanda etik bakım ve uygulama standartlarını korumalıdırlar.

Kaynakça / References

Anarte, L.F. (2022). The right to gender self-determination in Spain. Lessons from autonomous communities. *The Age of Human Rights Journal*, *18*, 83-104.

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nurs Ethics, 3*(27), 741-753.

Arnold, B.D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A.R., Borgwardt, S., Lang, U.E., & Huber, C.G. (2019). Compulsory admission to psychiatric wards-who is admitted, and who appeals against admission? *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 544. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00544

Aydın, S., Batmaz, S., Aslan, Ü.E.A., Çelikbaş, Ü.Z., & Çetin, Ü.S. (2021). Adli psikiyatri raporlarının değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım. *Adli Tıp Bülteni*, *26*(1), https://doi.org/101-111. 10.17986/blm.1416

Baldo, J.V., Kacinik, N.A., Moncrief, A., Beghin, F., & Dronkers, N.F. (2016). You may now kiss the bride: Interpretation of social situations by individuals with right or left hemisphere injury. *Neuropsychologia*, *80*, 133–141. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.11.001

Belfort, E.L., & Brown, B. (2023). Individual affirming care: Psychological and social approaches to trans and gender-diverse youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 1-10. Advanced online publication. https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.05.006

Çam, O. ve Baysan Arabacı, L. (2014). Adli Psikiyatri. Çam, O. ve Engin, E. (Ed.). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği kitabı* içinde (s. 871-888). İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Domingue, J.L., Jacob, J.D., Perron, A., Pariseau-Legault, P., & Foth, T. (2023). A critical ethnographic perspective on risk and dangerousness in forensic psychiatry. *Nursing inquiry*, *30*(2), e12521. https://doi.org/10.1111/nin.12521

Francois, D., Charles-Belzie, M. D., Belzie, L. R., Clerisme, J. R., Jean-Noel, P., Francois, P.L., & Galanter, C.A. (2023). From stigma to empowerment: Teaching advocacy to child and adolescent Psychiatry fellows. *Academic Psychiatry.* Advanced online publication. https://doi.org/10.1007/s40596-023-01817-2

Franke, I., Speiser, O., Dudeck, M., & Streb, J. (2020). Clinical ethics support services are not as well-established in Forensic Psychiatry as in General Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00186

Giorgi-Guarnieri, D., Janofsky, J., Keram, E., Lawsky, S., Merideth, P., Mossman, D.,…& American Academy of Psychiatry and the Law (2002). AAPL practice guideline for forensic psychiatric evaluation of defendants raising the insanity defense. American Academy of Psychiatry and the Law. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *30*(2), S3–S40.

Hareru, H.E., Gezae, K.E., & Gebregergs, G.B. (2023). Time to relapse and relapse predictors in patients with schizophrenia at ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia. *Mental Illness*. Advanced online publication. https://doi.org/10.1155/2023/6230063

Khoury, B., & Akoury-Dirani, L. (2023). Ethical codes in the Arab region: Comparisons and differences. *Ethics & Behavior*, *33*(3), 193-204. https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2152817

Mohammadi, F., Sadeghian, E., Masoumi, Z., Oshvandi, K., & Bijani, M. (2023). Psychiatric nurses' perception of dignity in patients who attempted suicide. *Nursing Ethics*, 9697330221146237. Advanced online publication. https://doi.org/10.1177/09697330221146237

Moyles, J., Hunter, A., & Grealish, A. (2023). Forensic mental health nurses' experiences of rebuilding the therapeutic relationship after an episode of physical restraint in forensic services in Ireland: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 10.1111/inm.13176. Advanced online publication. https://doi.org/10.1111/inm.13176

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (15. bs.). Ankara: Tuna Matbaacılık.

Richa, S., Diab, N., Richa, N., Choueifati, D., Choucair-Alam, N., & Scheuer, M. (2023). The new code of ethics of the World Psychiatric Association: A fresh look at the ethical issues of the psychiatric profession. *L'encephale*, *49*(3), 325-327. https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.12.001

Sabancıoğulları, S. (2016). Etik ve yasal konular. Özcan, C.T. ve Gürhan, N. (Çev. Ed.). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları kitabı* içinde (s. 58-76). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Scott, H., & Gillespie, M. (2023). Restrictive measures in forensic mental health and their role in recovery: A narrative literature review. *British Journal of Mental Health Nursing*, *12*(2), 1-8. https://doi.org/10.12968/bjmh.2022.0016

Soysal, H. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7*(1), 16-29. https://doi.org/10.5455/cap.20141108010848

Steenfeldt-Foss, O.W. (2010). Ethical principles in psychiatry: The declarations of Hawaii and Madrid. In: Helmchen, H., & Sartorius, N. (Eds.) *Ethics in psychiatry*: *International library of ethics, law, and the new medicine*, USA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8_8

Tsunematsu, K., Fukumoto, Y., & Yanai, K. (2021). Ethical issues encountered by forensic psychiatric nurses in Japan. *Journal of forensic nursing*, *17*(3), 163–172. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000333

Türk Medeni Kanunu (2001, 22 Kasım). *Resmi Gazete* (Sayı: 24607). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf

Ventura, C.A.A., Austin, W., Carrara, B.S., & de Brito, E.S. (2021). Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *NursingEethics*, *28*(4), 463–480. https://doi.org/10.1177/0969733020952102

Vestphal, T.K., Gildberg, F.A., Jørgensen, R., Rowaert, S., & Tingleff, E.B. (2023). Experiences of family caregivers in forensic mental health care-A qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *30*(4), 663–678. https://doi.org/10.1111/jpm.12910

World Psychiatric Association (2020). Code of Ethics for Psychiatry. Retrieved from: https://www.wpanet.org/policies

27. BÖLÜM / CHAPTER 27

PSİKİYATRİDE HASTA HAKLARI VE ETİK

PATIENT RIGHTS AND ETHICS IN PSYCHIATRY

Emre ÇİYDEM[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
E-mail: emreciydem@hotmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.27

ÖZ

Psikiyatride hasta hakları ve etiği, psikiyatri hastalarının esenliğini, özerkliğini ve onurunu korumayı amaçlayan bir dizi ilke ve yönergeyi kapsamaktadır. Bu haklar ve etik, psikiyatri alanında etik uygulama, karar verme ve kaliteli bakım sunma adınaiçin bir çerçeve sağlamaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin, sağlıklı/hasta bireylerin onurunu, özerkliğini ve haklarını sağlamak için çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda, psikiyatride hasta hakları ve etik kapsamında, bilgilendirilmiş onam, gizlilik ve mahremiyet, ayrımcılık yapmama ve kültürel duyarlılık, en az kısıtlayıcı tedavi, bakım ve tedaviyi reddetme hakkı, savunuculuk ve destek ve etik karar verme yer almaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, karmaşık durumlarla veya etik ikilemlerle karşı karşıya kaldıklarında, etik karar verme süreçlerine dahil olma sorumluluğuna sahiptir. Etik karar verme sürecine dahil olma, bireyselleştirilmiş hasta bakımı bağlamında yararlılık, özerklik, zarar vermeme, yarar sağlama ve adalet gibi etik ilkelerin dikkate alınmasını içermektedir. Psikiyatrik hizmetleri sunan sağlık profesyonelleri, hasta haklarını koruyarak ve etik ilkelere bağlı kalarak, bakımın hasta merkezli ve saygılı olmasını sağlarken aynı zamanda ruh sağlığı hizmeti arayan bireylerin konforunu ve iyileşmesini desteklemektedir. Bu etik ilkeler, hemşirelikuygulamalarına rehberlik ederek, sağlıklı/hasta bireyler ve sağlık profesyonelleri arasındaki güveni artırmakta ve psikiyatrik bakımın kalitesine ve etkinliğine katkıda bulunabilmektedir. Hemşireler, psikiyatri hemşireliği alanındaki güncel etik kurallar, en iyi uygulamalar ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmak için sürekli öğrenme ve mesleki gelişim içinde olması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, etik, etik ikilem, hasta hakları, sağlıklı/hasta birey

ABSTRACT

Patient rights and ethics in psychiatry encompass principles and guidelines to protect psychiatric patients' well-being, autonomy, and dignity. These rights and ethics provide a framework for ethical practice, decision-making, and quality care in psychiatry. Mental health and psychiatric nurses are responsible for ensuring the dignity, autonomy, and rights of healthy/sick individuals. In this context, patient rights and ethics in psychiatry include informed consent, confidentiality and privacy, non-discrimination and cultural sensitivity, least restrictive treatment, the right to refuse care and treatment, advocacy and support, and ethical decision-making. Mental health and psychiatric

nurses are responsible for being involved in ethical decision-making when faced with complex situations or ethical dilemmas. Ethical decision-making involves considering ethical principles such as utility, autonomy, non-harm, benefit, and justice in individualized patient care. Health professionals who provide psychiatric services ensure that the care is patient-centered and respectful by protecting patient rights and adhering to ethical principles while at the same time providing the comfort of individuals seeking mental health services. and promotes healing. By guiding nursing practices, these ethical principles increase the trust between healthy/sick individuals and health professionals and can contribute to the quality and effectiveness of psychiatric care. Nurses need to be in continuous learning and professional development to be informed about current ethical rules, best practices, and legal regulations in psychiatric nursing.

Keywords: Psychiatric nursing, ethics, ethical dilemma, patient rights, healthy/illness individual

Extended Abstract

Patient rights and ethical values in psychiatry include some codes of law and ethics that aim to protect the well-being, autonomy, and dignity of persons who use mental health services. These rights and ethical values provide a framework for ethical practice, decision-making, and quality care in mental health. Informed consent: The right of mental health patients to informed consent means that people receiving mental health care have the right to be fully informed about their diagnosis, treatment options, risks, benefits, and alternatives. Privacy and data protection: mental health patients have the right to privacy regarding their health information. Medical professionals should not disclose information to others without their consent unless required by law, or there is a risk of harm to the patient or others. The right to privacy and confidentiality of psychiatric patients means that individuals receiving mental health services have the right to keep their personal information private and confidential, including their psychiatric history, diagnosis, and treatment. This right patients: The right to honor and dignity: Mental health patients should be treated with dignity and respect and without discrimination. They must not be physically, verbally, or emotionally abused. The right of mental health patients to dignity and respect means that persons receiving mental health care have the right to be treated with dignity, courtesy, and respect throughout their treatment and interactions with health care professionals. This right is mental health. Right to be treated in the least restrictive environment: Mental health patients have the right to be treated in the least restrictive environment. This means that involuntary hospitalizations or interventions should be made only when necessary and other alternatives are inadequate. Right to refuse treatment: Psychiatric patients generally have the right to refuse treatment unless there is a risk of harm to themselves or others. The right to refuse treatment for psychiatric patients means that persons receiving mental health care have the right to refuse or discontinue any form of treatment, including medication, therapy, or other interventions. Right to legal counsel: Psychiatric patients can access legal representation, advocacy, or support services to protect their rights and interests. The right to legal representation for psychiatric patients means that individuals receiving mental

health care have access to support and assistance from advocates who can help them protect their rights and ensure that their information and voices are heard. Right to review and appeal: Mental health patients can review and appeal decisions about their treatment, hospitalization, or other matters affecting their mental health care. For psychiatric patients, the right to review and appeal means that individuals receiving mental health care can challenge decisions about their treatment, hospitalization, or other matters affecting their mental health care through a formal review or appeal process. Right to access medical records: Patients have the right to access their medical records and, if necessary, request that they be corrected. The right to access medical records of mental health patients means that persons receiving mental health services have the right to access and obtain their medical records and documents related to their mental health treatment. This right enables patients to learn about their treatment and better understand their condition. The right to choose and change health care facilities and staff: The right of mental health patients to choose and change health care facilities and staff means that they have a say in the selection of the health care facility where they receive treatment and that they can change health care providers if they wish. The right to fulfill their religious obligations: The right of psychiatric patients to fulfill their religious obligations means the right to practice their religious beliefs and participate in religious activities as long as they do not endanger the well-being of persons receiving mental health services or the safety of others. Mental health and psychiatric nurses should participate in ethical decision-making when faced with complex situations or ethical dilemmas. In their practice, they must adhere to ethical principles such as beneficence, autonomy, non-harm, and justice. Nurses should engage in ongoing education and training to stay informed about current ethical rules, best practices, and legal requirements in psychiatric nursing.

1. Giriş

Hasta hakları ve etik, ruh sağlığı hizmeti arayan her bireyin doğasında var olan insan onurunu ve değerini korumaktadır. Ruhsal sorunları olan bireyler; diğer insanlar gibi saygı, mahremiyet ve özerklik hakkına sahiptir. Hasta haklarına saygı duymak, damgalama ve ayrımcılığa karşı ruhsal bozukluğu olan bireyleri savunmaya yardımcı olarak daha şefkatli ve kapsayıcı bir toplumun oluşmasını destekleyebilir (Baysan Arabacı, 2020). Hasta hakları ve etik, özerkliği vurgulayarak, bireylerin kendi sağlığı hakkında karar vermelerine izin vermektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde özerkliğe saygı duymak, bireylerin kendi iyileşme süreçlerine aktif olarak katılmalarını sağlayabilmektedir. Psikiyatri hemşireleri, karmaşık durumlar veya etik ikilemlerle karşılaştıklarında etik karar verme sürecine katılmalıdır. Uygulamalarında, yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet gibi etik ilkelere bağlı kalmaları son derece önemlidir. Hemşireler, psikiyatri hemşireliğindeki mevcut etik kurallar, en iyi uygulamalar ve yasal gereklilikler hakkında bilgi sahibi olmak için sürekli eğitim ve öğretime katılmalıdır.

2. Psikiyatride Hasta Hakları ve Etik

Hasta hakları ve etik, hastanın hakları ve esenliği ile bireyin ve diğerlerinin güvenlik ve refahı arasında bir denge kurmak için bir çerçeve sağlamaktadır (Baysan Arabacı, 2018). Bu durum özellikle istemsiz bakım, tedavi veya kısıtlamaların düşünülebileceği durumlarda çok önemlidir. Etik ilkelere bağlı kalmak, kararların hastanın özerkliğini göz önünde bulundurarak ve gereksiz zorlamayı en aza indirerek, hastanın çıkarlarına en uygun şekilde alınmasına imkan sağlamaktadır. Aynı zamanda hasta hakları ve etik, hasta ve sağlık hizmeti sunan profesyoneller arasında güven ve terapötik ilişkinin kurulmasına katkıda bulunmaktadır (Baysan Arabacı, 2018). Hasta haklarına saygı duymak, birlik duygusunu, açık iletişimi ve ortak karar almayı teşvik etmektedir. Hastalar kendilerini değerli, gereksinimleri tanılanmış ve bakımlarına dahil edilmiş hissederler. Tüm bunlar da bakım ve tedavi sonuçlarını ve ayrıca hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyebilir. Bunun yanı sıra hasta hakları ve etik, sağlık profesyonellerine etik ilkeleri sürdürmeleri ve mesleğin bütünlüğünü korumaları için rehberlik sağlamaktadır. Bu ilkeler, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğini sağlamalarına ve etik karar vermelerine yardımcı olmaktadır. Etik ilkelere bağlı kalmak, toplumun ruh sağlığı hizmetlerine olan güvenini artırmak ve sürdürmek için gereklidir (Brooke ve Kjervik, 2014). Psikiyatri hastalarının bireyleri korumak için, hasta hakları yasa ve yönetmeliklerle belirlenmektedir. Sağlık profesyonelleri ve kurumları, bu haklara saygı duymak ve bunları korumak için etik ve yasal bir yükümlülüğe sahiptir. Hasta haklarına uymak, bakımın yasal gerekliliklere ve etik ilkelere uygun olarak sunulmasını sağlayarak, olası yasal ve etik ihlallerin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Psikiyatrik bakım, ancak hasta haklarını koruyarak ve etik ilkelere bağlı

kalarak sunulabilmektedir. Ruh sağlığı hizmeti arayan her bireyin haklarına, onuruna ve çeşitli gereksinimlerine değer veren hasta merkezli bir yaklaşımı teşvik etmektedir. Tıbbi bakım ve tedavi uygulanan diğer tüm bireyler gibi psikiyatri hastaları da özerkliklerini ve onurlarını korumak için belirli haklara sahiptir. Bu haklar ülkeye veya yasal düzenlemelere göre kısmen değişebilmektedir (Çam ve Gördeles Beşler, 2014). Bununla birlikte, psikiyatri hastalarının sahip olduğu bazı haklar ve bu hakların etik yönleri aşağıda tartışılmıştır.



Kaynak: https://www.google.com/search?q=right%20wrong%20ethic&tbm=isch&tbs=il:cl&rlz=1C1CHZN_trTR1026TR1026&hl=tr&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwiIkrP1hYCBAxUAAAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=GBFGJyfwuWvBrM

2.1. Aydınlatılmış Onam

Psikiyatri hastalarının bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam hakkı, bakım ve tedavi uygulanan bireylerin tanıları, bakım ve tedavi seçenekleri, riskleri, yararları, bakım ve tedavi alternatifleri hakkında tam olarak bilgilendirilme hakkına sahip olmaları anlamına gelmektedir. Başka bir ifade ile, sağlık profesyonelleri, psikiyatrik tedaviler hakkında bilinçli karar verebilmeleri için hastalara doğru ve anlaşılabilir bilgiler sağlamalıdır. Hastalar da bu bilgilere dayanarak karar verebilmelidirler. Sağlık profesyonelleri, hastalara tanının niteliği, mevcut bakım ve tedavi seçenekleri, her seçenekle ilişkili potansiyel riskler ve faydalar ve olası alternatif bakım ve tedavi yöntemleri gibi konularda, kendi durumları hakkında açık ve kapsamlı bilgi sağlamakla yükümlüdür. Hastalara kendileri için erişilebilir ve anlaşılabilir bir şekilde bilgi verilmelidir. Bunun için sağlık profesyonelleri açık ve sade bir dil kullanmalı, gerektiğinde ek açıklamalar yapmalı ve hastanın anlamasını etkileyebilecek faktörleri dikkate almalıdırlar

(Sabancıoğlu, 2016; Al-Darmaki, Yaaqeib ve Partridge, 2023). Bilgilendirilmiş onam, gönüllü olmalı ve zorlama veya aşırı etkiden arındırılmış olmalıdır. Hastalar, sağlık profesyonellerinden veya bakımlarına dahil olan diğer bireylerden baskı veya manipülasyon olmadan bakım ve tedavileri hakkında karar verme hakkına sahiptir. Hastalar, sunulan bilgileri anlama ve bu anlayışa dayanarak karar verme kapasitesine sahip olmalıdır. Bununla birlikte, hataların bilişsel kapasiteleri bireye ve zihinsel sağlık durumuna bağlı olarak değişebilmektedir (Darmaki ve ark., 2023). Hastaların bilişsel kapasitelerinin yeterli olmadığı düşünülen durumlarda, onların en yüksek çıkarlarını belirlemek ve onlar adına bakım ve tedavi kararlarını vermek için yasal mevzuatlar mevcut olabilmektedir. Bilgilendirilmiş onam, genelikle yazılı bir onay formuyla belgelenmektedir. Bu kayıt süreci hem hastanın hem de sağlık profesyonelinin onay sürecinin ve alınan kararların bir kaydına sahip olmasını sağlamaktadır. Hastanın kendine veya başkalarına zarar verme riski olan durumlarda bilgilendirilmiş onamı geçersiz kılınabilmektedir. Bu esnada, ülkenin mevcut yasa ve yönetmeliklerine göre hareket edilmektedir (Sabancıoğlu, 2016; Al-Darmaki ve ark., 2023).

2.2. Mahremiyet ve Gizlilik

Psikiyatri hastaları, ruh sağlığına ilişkin bilgileri konusunda mahremiyet hakkına sahiptir. Sağlık çalışanları, yasalar gerektirmedikçe veya hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riski olmadıkça bilgilerini rızaları olmadan başkalarıyla paylaşmamalıdır. Psikiyatri hastalarının mahremiyet ve gizlilik hakkı, psikiyatri hastalarının ruh sağlığı geçmişleri, tanı ve tedavileri de dahil olmak üzere kişisel bilgilerini özel ve gizli tutma hakkına sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu hak, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki güveni, hastanın özerkliğini, onurunu ve kişisel yaşamını korumak için çok önemlidir (Khoury ve Akoury-Dirani, 2023). Sağlık profesyonelleri, ruhsal durumla ilgili sağlık kayıtları, terapi seansları sırasındaki konuşmalar, bakım ve tedavi sırasında paylaşılan diğer kişisel bilgiler de dahil olmak üzere tüm hasta bilgilerini gizli tutmakla yükümlüdür. Hastalar, ruh sağlığıyla ilgili bilgilerinin açıklanmasını kontrol etme hakkına sahiptir. Aile üyeleri, diğer sağlık profesyonelleri veya sigorta şirketleri gibi üçüncü taraflarla herhangi bir bilgiyi paylaşmadan önce, yasal istisnalar veya yükümlülükler olmadıkça, sağlık profesyonelleri genellikle hastanın açık onayına ihtiyaç duymaktadır (Baysan Arabacı, 2018). Sağlık profesyonelleri, hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riski olduğunda, şüpheli istismar veya ihmal durumları veya bir mahkeme emri veya yasal zorunluluk oluştuğunda hasta gizliliğini bozabilir. Bununla birlikte, bu koşullarda bile, bilgiler bilinmesi gereken düzeyde ve hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek açıklanmalıdır. Sağlık profesyonelleri, hasta bilgilerini yetkisiz erişime, kayba veya kötüye kullanıma karşı korumak için uygun güvenlik önlemlerini uygulamaktan sorumludur

(Brooke ve Kjervik, 2014). Bu önlemler, güvenli elektronik sistemlerin kullanımını, şifrelemeyi, fiziksel korumaları ve veri koruma düzenlemelerini uygulamayı içerebilir. Sağlık profesyonelleri mesleki sınırları korumalı ve hastalar hakkındaki kişisel bilgileri gerekli bakım ve tedavi bağlamı dışında ifşa etmemelidir. Bu tür bir koruma, meslektaşlar, öğrenciler veya hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen diğer profesyonellerle yapılan konuşmalarda gizliliğin korunmasını da içermektedir (Baysan Arabacı, 2020).

2.3. Onur ve Saygınlık Görme Hakkı

Psikiyatri hastaları onurlu, saygılı ve ayrımcılık yapılmaksızın bakım verilme ve tedavi edilme hakkına sahiptir. Fiziksel, sözlü veya duygusal istismara maruz kalmamalıdırlar. Psikiyatri hastalarının onur ve saygı görme hakkı, psikiyatri hastalarının bakım ve tedavileri ve sağlık profesyonelleriyle etkileşimleri boyunca onur, nezaket ve saygı ile muamele görme hakkına sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu hak, zihinsel sağlık durumlarına bakılmaksızın her bireyin doğal değerini tanımaktadır. Psikiyatri hastaları ruhsal durumlarına göre, ayrımcılığa uğramama hakkına sahiptir. Sağlık profesyonelleri psikiyatrik tanısı veya geçmiş öyküsü nedeniyle hastalara farklı veya haksız davranmamalıdır (Mohammadi, Sadeghian, Masoumi, Oshvandi ve Bijani, 2023). Hastalara çeşitli gereksimlerine, tercihlerine ve deneyimlerine sahip bireyler, olarak davranılmalıdır. Sağlık profesyonelleri, hastaları bakım ve tedavi kararlarına dahil etmeli, endişelerini dinlemeli ve ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili konularda özerkliklerine saygı göstermelidir. Sağlık profesyonelleri, hastaların değişen duygusal durumlarına karşı anlaşılabilir ve duyarlı bir dil kullanarak saygılı ve şefkatli bir şekilde iletişim kurmalıdır. Hastalara, sağlık profesyonellerinin desteği ve rehberliği ile soru sorma, girdi sağlama, bakım ve tedavileri hakkında karar verme fırsatı verilmelidir. Psikiyatri hastaları fiziksel, sözlü veya duygusal istismar veya zorlamadan korunma hakkına sahiptir. Sağlık profesyonelleri, hastaların düşüncelerini ve duygularını yargılama veya zarar verme korkusu olmadan ifade etmekte, kendilerini rahat hissettikleri güvenli ve destekleyici bir ortam yaratmalıdır (Shojaei ve ark., 2023; Baysan Arabacı, 2020). Hastalar, tıbbi muayene, çeşitli prosedürler ve kişisel bakım uygulamaları esnasında mahremiyetlerine saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Sağlık profesyonelleri gizliliği sağlamak için yeterli ekipmanı sağlamak, gizliliği korumak ve muayene yapmadan veya başkalarını bakım sürecine dahil etmeden önce onay almak gibi uygun önlemleri almalıdır. Ayrıca sağlık profesyonelleri iyileşmeyi teşvik eden terapötik ve destekleyici bir ortam yaratmaya çalışmalıdır. İnsan onuru ve saygı, sağlık profesyonellerinden de öte destek personeli, aile üyeleri ve toplum da dahil olmak üzere hastanın bakımına dahil olan tüm düzeylerde yer alan üyeler için geçerlidir. Psikiyatri hastalarının, hak ettikleri saygı ve insan onuruna yakışır bir biçimde bakımı ve tedavisini

sağlamak için ruhsal bozukluklarla ilişkili olası bir damgalama veya önyargıyı tanımak ve ele almak önemlidir (Appelbaum ve Tyano, 2021).

2.4. En Az Kısıtlayıcı Ortamda Tedavi Görme Hakkı

Psikiyatri hastaları, mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamda tedavi alma hakkına sahiptir. Bu hak, istemsiz hastaneye yatış veya müdahalelerin yalnızca gerektiğinde ve diğer alternatifler yeterli olmadığında kullanılması gerektiği anlamına gelmektedir. Psikiyatri hastaları için, en az kısıtlayıcı ortamda tedavi görme hakkı, psikiyatri hastalarının durumlarına uygun en az kısıtlayıcı ortamda ve en az müdahaleci yaklaşımlarla tedavi edilme hakkına sahip oldukları anlamını kapsamaktadır. Bu hak; psikiyatrik bakımın gerekli tedaviyi sağlarken, bireysel özgürlük, özerklik ve saygınlığı en üst düzeye çıkarmayı amaçlaması gerektiği ilkesine dayanmaktadır (Richa ve ark., 2023). Psikiyatri hastalarının mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamlarda bakım ve tedavileri sağlanmalıdır. Uygun olduğunda, tedavi ayaktan sağlanmalı, bireylerin toplumdan ayrılmadan yaşamalarına ve düzenli rutinlerini sürdürmelerine izin verilmelidir. Yataklı kliniklerde bakım ve tedavi yalnızca hastanın kendisinin veya başkalarının güvenliği için gerekli olduğunda bir seçenek olarak tercih edilmelidir. Genel olarak psikiyatri hastaları, gönüllülük esasına göre bakım ve tedavi alma hakkına sahiptir. Hastaların gerçeği değerlendirme yetisi korunduğunda, kendisine veya çevresine zarar verme riski olmadığında hastalar tedavi arama, bakımları hakkında karar verme ve tedaviyi reddetmeye ilişkin özgürlüğe sahiptir (Ventura, Austin, Carrara ve de Brito, 2021). İstemsiz hastaneye yatış veya tedavi, yalnızca son çare olarak ve gönüllü yollarla yönetilemeyen önemli bir risk olduğunda kullanılmalıdır. Psikiyatri hastalarının, ruh sağlığı gereksinimleri karşılanırken en az müdahaleci ve kısıtlayıcı olan yaklaşım, bakım ve tedaviler uygulanmalıdır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin kısıtlayıcı önlemlere başvurmadan önce invaziv olmayan alternatifler yöntemleri göz önünde bulundurmaları gerektiği anlamına gelmektedir (Baysan Arabacı, 2020). Örneğin, ilaç reçete etmeden veya hastaneye yatış başlatmadan önce farmakolojik olmayan müdahaleler, terapi veya toplum temelli destek gibi uygulamalar düşünülmelidir. Psikiyatri hastaları için, bakım ve tedavi planları bireyselleştirilmeli ve özel gereksinimlerine, tercihlerine ve hedeflerine göre uyarlanmalıdır. Bireyselleştirilmiş bakım ve tedavi, hastaların özerkliklerine saygı duyan ve iyi oluşunu destekleyen bir plan geliştirmek için hastanın kültürel, sosyal ve kişisel koşullarını göz önünde bulundurmayı gerektirmektedir. Tedavinin uygunluğu düzenli olarak gözden geçirilmeli ve yeniden değerlendirilmelidir. Sağlık profesyonelleri, hastanın ilerlemesini periyodik olarak değerlendirmeli ve kısıtlamaları azaltmak, iyileşmeyi ve topluma yeniden entegrasyonu teşvik etmek amacıyla bakım ve tedavi planını buna göre ayarlamalıdır (Steenfeldt-Foss, 2010).



Kaynak: https://www.google.com/search?q=psychiatric%20hospital&tbm=isch&hl=tr&tbs=il:cl&rlz=1C1CHZN_trTR1026TR1026&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwjQ97zvhoCBAxUAAAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=NVTj4IiJewgkNM

2.5. Tedaviyi Reddetme Hakkı

Genel olarak psikiyatri hastaları kendilerine veya başkalarına zarar verme riskinin bulunduğu durumlar dışında, bakım ve tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Psikiyatri hastaları için, bakım ve tedaviyi reddetme hakkı, psikiyatri hastalarının ilaç, terapi veya diğer müdahaleler de dahil olmak üzere herhangi bir tedavi şekli için tedaviyi reddetme veya durdurma hakkına sahip oldukları anlamına gelmaktedir. Bu hak, bireysel özerkliğin önemini ve kişinin kendi bedeni ve ruhsal bakımı konusunda karar verme hakkını kabul etmektedir (Joury, Asman ve Gold, 2023). Psikiyatri hastaları, tanıları, bakım ve tedavi seçenekleri, riskleri, yararları ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında kapsamlı ve anlaşılır bilgi alma hakkına sahiptir. Bu durum, hastaların belirli bakım ve tedavileri kabul etme veya reddetme seçimi gibi ruhsal sağlığa ilişkin konular hakkında bilinçli kararlar vermelerini sağlamaktadır. Tedavi, gönüllü onama dayanmalıdır. Hastalar, kendilerine veya başkalarına zarar verme riskinin olduğu durumlar dışında, tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Bu gibi durumlarda, ruh sağlığı yasaları ve yönetmelikleri belirli koşullar altında ve uygun yasal önlemlerle istemsiz tedaviye izin verebilmektedir (Al-Darmaki ve ark., 2023). Tedaviyi reddetme hakkı, hastanın bakımı hakkında karar verme kapasitesine sahip olduğunu varsaymaktadır. Kapasite, ilgili bilgileri anlama, seçimlerinin sonuçlarını kestirebilme ve kararlarını ifade edebilme yeteneğini ifade etmektedirr. Bir hastanın, tedaviyi reddetme kapasitesi hakkında endişeler varsa bir sağlık profesyoneli hastanın bilgilendirilmiş onam verip veremeyeceğini veya tedaviyi reddedip edemeyeceğini belirlemek için değerlendirme yapabilir (Al-Darmaki ve ark., 2023). Belirli bir tedaviyi reddeden hastalara, mümkün olduğunda kendileri için

daha kabul edilebilir alternatif seçenekler sunulmalıdır. Sağlık profesyonelleri, hastanın özerkliği ile bakım gereksinimleri arasında bir denge sağlamaya çalışarak hastanın tercihleri ve değerleri ile uyumlu olacak şekilde alternatifleri araştırmalıdır. Bir hastanın tedaviyi reddettiği ve kararlarının kendisine veya başkalarına önemli bir zarar verme riski oluşturduğu durumlarda, ruh sağlığı yasaları ve düzenlemeleri hastanın en yüksek yararını göz önünde bulundurarak müdahaleye izin verebilmektedir. Tedaviyi reddetme hakkı, acil durumlar veya hastanın karar verme kapasitesinin bozulduğu durumlar gibi belirli durumlarda sınırlanabilmektedir (Joury, Asman ve Gold, 2023).

2.6. Savunuculuğa Erişim Hakkı

Psikiyatri hastaları, hak ve çıkarlarını korumaya yardımcı olmak için yasal temsil, savunuculuk veya destek hizmetlerine erişme hakkına sahiptir. Psikiyatri hastaları için savunuculuğa erişim hakkı, psikiyatri hastalarının, haklarını korumaya, bilgi ve seslerinin duyulmasını sağlamaya yardımcı olabilecek savunuculardan, destek ve yardım isteme hakkına sahip oldukları anlamına gelir. Savunuculuk, hastaları güçlendirmede, özerkliklerini desteklemede ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmalarına yardımcı olmada önemli bir rol oynar (Francois ve ark., 2023). Psikiyatri hastaları, hakları, bakım ve tedavi seçenekleri, mevcut kaynaklar hakkında destek, rehberlik ve bilgi sağlayabilecek savunuculara erişme hakkına sahiptir. Savunucular, hastaların haklarını anlamalarına ve ruh sağlığı hizmetleri hakkında bilinçli kararlar almalarına yardımcı olabilmektedir. Hemşireler hastalara bakım ve tedavi planlarını anlamalarına yardımcı olmak, prosedürler hakkında açıklama sağlamak ve karar verme süreçlerinde onları desteklemek gibi konularda yardımcı olurlar (Quinlivan ve ark., 2023). Ayrıca, hastaların tercihlerini ve endişelerini sağlık profesyonellerine etkili bir şekilde iletmelerine yardımcı olabilirler. Savunucular, psikiyatri hastalarının sesi olarak hareket edebilir, haklarına saygı duyulmasını ve çıkarlarının korunmasını sağlayabilir. Hastaların haklarını savunmalarına, herhangi bir ihlali veya ayrımcılığı ele almalarına ve uygun ve şefkatli bakımı savunmalarına yardımcı olabilirler. Hastaların tedavileri veya ruh sağlığı hizmetleri hakkında endişeleri, anlaşmazlıkları veya şikayetleri varsa bu konularda savunucular hastalara destek ve rehberlik sağlayabilir (Quinlivan ve ark., 2023). Hastalara şikâyette bulunma, şikâyet prosedürlerini işletme veya hasta hakları ofisleri ve ruh sağlığı inceleme kurulları gibi resmi inceleme mekanizmalarına erişme konusunda yardımcı olabilirler. Savunuculuk, hastaların kendilerini savunma becerilerini geliştirerek ve bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine aktif katılımlarını teşvik ederek hastaları güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Sallans, 2023). Savunucular, hastaların haklarını anlamalarına ve bilinçli seçimler yapma kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmak için eğitim ve kaynaklar

sağlayabilir. Savunuculuk hizmetleri, hasta savunma grupları, ruh sağlığı dernekleri, adli yardım kuruluşları ve bağımsız savunucular dahil olmak üzere çeşitli kuruluşlar tarafından sağlanabilir. Savunuculuk hizmetlerinin kullanılabilirliği ve özel niteliği ülkeye veya bölgeye göre değişiklik gösterebilir. Hastaların kendi bölgelerinde savunuculuk hizmetleri sunan yerel kaynaklar ve kuruluşlar hakkında bilgi almaları önemlidir. Sonuç olarak; hastaların savunuculuğa erişim hakkı, psikiyatri hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmada destek, bilgi ve yardım almalarına yardımcı olmakta, haklarını kullanmalarını ve bakımları hakkında bilinçli kararlar vermelerini sağlamaktadırlar (Sallans, 2023).

2.7. İnceleme ve İtiraz Hakkı

Psikiyatri hastaları, bakım ve tedavileri, hastaneye yatışları veya ruh sağlığı bakımlarını etkileyen diğer konularla ilgili kararları gözden geçirme ve itiraz etme hakkına sahiptir. Psikiyatri hastaları için inceleme ve itiraz hakkı, psikiyatri hastalarının bakım ve tedavileri, hastaneye yatışları veya zihinsel sağlık bakımlarını etkileyen diğer konular hakkında verilen kararlara resmi bir inceleme veya itiraz süreci yoluyla itiraz etme hakkına sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu hak, hastaların haksız veya uygunsuz olduğuna inandıkları kararların yeniden gözden geçirilmesini istemelerine olanak tanımaktadır. Hastalar, psikiyatrik bakım ve tedavi ile ilgili olarak verilen kararların gözden geçirilmesini talep etme hakkına sahiptir (Arnold ve ark., 2019). Bu talepler, ilaç, terapi, müdahaleler veya tedavi planlarının başka herhangi bir yönüyle ilgili kararları içerebilir. Bir hasta bir psikiyatri kurumunda istemsiz olarak kabul edilmişse, hastaneye yatış kararının gözden geçirilmesini isteme hakkına sahiptir. Bu hak, hastaların istemsiz hastaneye yatışlarının gerekliliğine veya uygunluğuna karşı çıkmalarını sağlamaktadır. Birçok yargı alanı, ruh sağlığı tedavisi kararlarının gözden geçirilmesi ve itirazını ele almak için bağımsız inceleme organları veya mekanizmaları kurmuştur (Saya ve ark., 2019). Bu organlar, bakım ve tedavinin uygunluğunu değerlendirme, hasta şikayetlerini dikkate alma ve önerilerde bulunma veya karar verme yetkisine sahip olabilmektedir. İnceleme ve itiraz hakkı genellikle, adil bir yargılama ve adil bir duruşmayı içermektedir. Hastalar dava açma, kanıt sunma ve tarafsız bir karar verme organı tarafından dinlenme hakkına sahiptir. Hastalar, inceleme ve itiraz sürecinde yasal temsil isteme hakkına sahiptir. Yasal temsilci, hastaların haklarını anlamalarına, davalarını hazırlamalarına ve adil bir süreç sağlamak için hastaların kendilerini savunmalarına yardımcı olabilmektedir. İnceleme veya itiraz sürecinin sonucu, yargı yetkisine ve özel koşullara bağlı olarak değişebilmektedir. Bir kararın haksız veya uygunsuz olduğu tespit edilirse, inceleme veya itiraz süreci orijinal kararın değiştirilmesine veya tersine çevrilmesine neden olabilmektedir (Arnold ve ark., 2019; Saya ve ark., 2019).

2.8. Tıbbi Kayıtlara Erişim Hakkı

Hastalar, tıbbi kayıtlarına erişme ve gerekirse düzeltme talep etme hakkına sahiptir. Psikiyatri hastalarının; tıbbi kayıtlarına erişme hakkı, psikiyatri hastalarının kendi tıbbi kayıtlarını ve ruh sağlığına ilişkin bakım ve tedavileri ile ilgili belgeleri görüntüleme ve alma hakkına sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu hak, hastaların bakım ve tedavileri hakkında bilgilendirilmelerini, durumlarını daha iyi anlamalarını ve kendi bakımlarına daha aktif olarak katılmalarını sağlamaktadır. Hastalar, tanısal işlemler, bakım ve tedavi planları, ilerleme notları, test sonuçları ve zihinsel sağlık hizmetleriyle ilgili diğer ilgili belgeler dahil olmak üzere tıbbi kayıtlarında yer alan bilgilere erişme hakkına sahiptir. Bu bilgiler, hasta için anlaşılabilir bir formatta verilmelidir (Peck, Torous, Shanahan, Fossa ve Greenberg, 2017). Hastalar, tıbbi kayıtlarının bir kopyasını almak için kayıtlarının tutulduğu sağlık hizmeti sağlayıcısına veya kuruma resmi bir talepte bulunabilirler. Sağlık hizmeti sağlayıcısının veya kurumun genellikle talebe belirli bir süre içinde yanıt vermesi ve istenen kayıtları sağlaması gerekmektedir. Hastalar tıbbi kayıtlarının hatalar, yanlışlıklar veya güncel olmayan bilgiler içerdiğine inanıyorsa, kayıtlarının doğruluğunu ve eksiksizliğini sağlamak için düzeltme veya güncelleme talep etme hakkına sahiptir (Brooke ve Kjervik, 2014). Sağlık profesyonelleri bu tür talepleri ele almak ve gerektiğinde uygun değişiklikleri yapmak için gerekli prosedürlere sahip olmalıdır. Sağlık profesyonelleri, tıbbi kayıtların kopyalarını sağlamak için makul ücretler talep edebilir. Tıbbi kayıtlara erişim sağlamak için, belirli ücretler ve zaman çizelgeleri, yargı yetkisine ve sağlık hizmeti sağlayıcısına bağlı olarak değişebilir. Hastalar bir talepte bulunurken, geçerli ücretler ve zaman çizelgeleri hakkında bilgi almalıdır. Hastalar tıbbi kayıtlarına erişme hakkına sahip olsa da sağlık hizmeti sağlayıcıları veya üçüncü taraflar gibi bakımlarında yer alan diğer bireylerin mahremiyetine ve gizliliğine saygı duyulması gerektiğini belirtmek önemlidir. Hastaların tıbbi kayıtlara erişimi, başkalarının gizliliğini korumak için redaksiyona veya sınırlamalara tabi olabilir. Tıbbi kayıtlara erişim, psikiyatri hastalarının bakımlarına aktif olarak katılmalarına, bilinçli kararlar almalarına, bakım ve tedavideki ilerlemelerini izlemelerine olanak tanınmaktadır. Hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında, şeffaflığı ve iş birliğini teşvik ederek daha güçlü bir terapötik ilişkiyi teşvik etmektedir. Hastalar, haklarının kapsamlı bir şekilde anlaşılması için tıbbi kayıtlara erişimi düzenleyen kendi yetki alanlarındaki belirli yasa ve yönetmelikleri bilmelidirler (Brooke ve Kjervik, 2014; Peck ve ark., 2017).



Kaynak: https://www.google.com/search?q=medical%20record&tbm=isch&tbs=il:cl&rlz=1C-1CHZN_trTR1026TR1026&hl=tr&sa=X&ved=0CAAQ1vwEahcKEwjY8v7Nh4CBAxUA-AAAAHQAAAAAQAg&biw=1352&bih=576#imgrc=QGjC266_cGldZM

2.9. Sağlık Kuruluşunu ve Sağlık Çalışanını Seçme ve Değiştirme Hakkı

Psikiyatri hastalarının sağlık kurumunu ve sağlık çalışanını seçme ve değiştirme hakkı, bakım ve tedavi gördükleri sağlık kurumunun seçiminde söz sahibi olma ve istenirse sağlık çalışanını değiştirme hakkına sahip olma haklarını ifade etmektedir. Bu hak, hasta özerkliğinin, tercihlerinin, güven ve işbirliğine dayalı terapötik bir ilişkiye duyulan gereksinimin önemini kabul etmektedir. Psikiyatri hastaları, bakım ve tedavi gördükleri sağlık kurumunu veya kuruluşunu seçme hakkına sahiptir. Bu hak kapsamında, konum, mevcut hizmetler, itibar ve kişisel tercihler gibi faktörler doğrultusunda hastaların tedavi görmek istedikleri hastaneyi, kliniği veya ruh sağlığı merkezini seçme hakkı yer almaktadır (Yarney, Buabeng, Baidoo ve Bawole, 2016). Hastalar ayrıca hemşireler, psikiyatristler, psikologlar, terapistler veya bakımlarında yer alan diğer ruh sağlığı profesyonelleri de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarını seçme hakkına sahiptir. Kendilerini rahat hissettikleri ve güvendikleri ve özel tedavi gereksinimlerini karşılayan sağlık çalışanlarını seçebilmelidirler. Bazı durumlarda; sağlık kurumunun seçimi sevk ağlarından, sigorta kapsamından veya diğer faktörlerden etkilenebilir. Hastaların karar verme süreçlerinde bu faktörleri göz önünde bulundurmaları, seçilen sağlayıcının ağ içinde olmasını veya sigorta planları kapsamında olmasını sağlamaları gerekebilir. Psikiyatri hastaları bakım ve tedavileri için gerekli veya faydalı olduğunu düşündükleri takdirde, hemşireleri değiştirme hakkına sahiptir (Yarney ve ark., 2016; Ammari ve Ghoddousi, 2018). Bunun nedeni, hemşire-hasta ilişkisi ile ilgili endişeler, ikinci bir görüş arzusu, farklı bir

tedavi yaklaşımı tercihi veya başka herhangi bir geçerli neden olabilir. Hastalar kararlarını hemşirelerle tartışabilmeli ve aşırı engeller veya kısıtlamalar olmadan alternatif bakım arayabilmelidir. Hastalar, sağlık kurumlarını ve sağlık ekibi üyesini seçme ve değiştirme hakkına sahip olmakla birlikte, geçişler sırasında bakımın sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Sağlık profesyonelleri hastanın bakım ve tedavisinin kesinsitiz bir şekilde uygulanabilmesi için tıbbi kayıtların, tedavi planlarının ve bilgilerin sorunsuz bir şekilde aktarılması konusunda işbirliği yapmalıdır. Hastalar sağlık kurumlarını ve sağlık çalışanlarını seçme ve değiştirme hakkına sahip olmalarına rağmen, sigorta kapsamı, özel hizmetlerin mevcudiyeti ve coğrafi kısıtlamalar gibi faktörler bu seçimleri etkileyebilecek önemli değişkenlerdir. Hastalar, bilinçli kararlar almak için kendi yetki alanlarındaki sağlık kurumlarını ve sağlık çalışanlarını seçme ve değiştirme ile ilgili belirli süreçler, politikalar ve sınırlamalar hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Ammari ve Ghoddousi, 2018).

2.10. Dini Vecibelerini Yerine Getirme Hakkı

Dini vecibelerini yerine getirme hakkı, psikiyatri hastalarının iyi oluşu veya başkalarının güvenliği için bir risk oluşturmadığı sürece, dini inançlarını uygulama ve dini faaliyetlerde bulunma hakkını ifade etmektedir. Bu hak, dini ve manevi uygulamaların bir kişinin kimliğinin ve refahının ayrılmaz bir parçası olarak önemini kabul etmektedir Psikiyatri hastaları, dini inançlarını özgürce yaşama ve ifade etme hakkına sahiptir (Fırat, 2017). Bu özgürlük, dini inançlarını veya bağlantılarını seçme, takip etme veya değiştirme hakkının yanı sıra bu inançları saygılı ve yasal davranış sınırları içinde ifade etme özgürlüğünü de içermektedir. Hastalar, kendileri için anlamlı olan dini uygulamalara, ritüellere ve törenlere katılma hakkına sahiptir. Bunlar, dini hizmetlere, duaya, meditasyona, kutsal kitap okumaya veya ruhsal iyi oluşu için önemli olan diğer dini gözlemlere katılmayı içerebilmektedir. Sağlık kuruluşları, hastaların dini hizmetlere ve desteğe erişimini kolaylaştırmak için çeşitli hizmetler sağlamaya çalışmalıdır (Ertaş ve Kıraç, 2018). Bu hizmetler, dini liderlerin, din adamlarının veya gönüllülerin hastanedeki hastaları ziyaret etmeleri veya manevi rehberlik sağlamaları ve dini metinlere veya dini uygulamalar için gerekli öğelere erişimin sağlanması için düzenlemeleri kapsayabilmektedir. Sağlık profesyonelleri, hastanın kendisinin veya başkalarının güvenliğinden ödün vermeden hastaların dini uygulamalarına mümkün olduğunca saygı duymalı ve uyum sağlamalıdır. Bu uygulamalar, dua veya ritüeller için uygun alanlar sağlamayı, dini inançlara dayalı diyet kısıtlamalarını yerine getirmeyi veya mümkün olduğunda randevuları veya bakım ve tedavileri planlamada dini gereklilikleri göz önünde bulundurmayı içerebilmektedir. Hastalar, dini vecibelerini yerine getirme hakkına sahipken, dini uygulamaları hastanın genel bakım ve tedavi planı ile dengelemek esastır (Fırat, 2017). Hemşirenin hem

hastanın zihinsel sağlık ihtiyaçlarını hem de dini inançlarını destekleyen bir denge bulmak için, hastalarla ve dini liderlerle iş birliği yapması gerekebilir. Dini görevleri yerine getirme hakkının, dini uygulamaların hastanın sağlığı veya başkalarının güvenliği için doğrudan risk oluşturduğu durumlarda sınırlamalara tabi olabileceğini belirtmek önemlidir. Bununla birlikte, sağlık profesyonelleri, uygun bakım ve tedaviyi sağlarken, hastaların dini inançlarına ve uygulamalarına mümkün olduğunca saygı duymak ve uyum sağlamak için çaba göstermelidir (Ertaş ve Kıraç, 2018; Fırat, 2017).

3. Psikiyatride Hasta Hakları Konusunda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, psikiyatri hastalarının haklarının korunmasında ve hastalara etik ilkelere uygun bir ruh sağlığı hizmeti sunulmasında kritik konumdadırlar. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin bakımları altındaki hastaların refahını, onurunu ve haklarını sağlamak için özel sorumlulukları vardır (Mohammedi ve ark., 2023). Hemşireler, savunucu ve eğitici rolleri kapsamında hastalarının savunucusu olarak hizmet ederken, hastaların haklarını bilmesini ve uygulamasını teşvik etmekte ve korumaktadırlar. Hemşireler, uygulayıcı rolleri kapsamında hastaları aktif olarak dinlemeli, özerkliklerine saygı duymalı ve karar verme süreçlerini desteklemelidirler. Hemşireler, eğitici ve savunucu rolleri kapsamında hastaların haklarının farkında olmalarını sağlamalı ve bu hakları kullanmalarını kolaylaştırmalıdır. Hemşireler, hasta bilgilerinin gizliliğini ve mahremiyetini, etik ve yasal standartlara uygun olarak korumalıdır. Uygulayıcı rolleri kapsamında hasta bilgilerinin uygun şekilde saklanmasını, yalnızca bilinmesi gerekenler temelinde paylaşılmasını ve yetkisiz erişime karşı korunmasını sağlamalıdırlar. Hemşireler ayrımcılıktan uzak, çeşitliliğe saygı ve kültürel duyarlılık gösteren bakım sağlamalıdır. Savunucu rolleri kapsamında hastaların zihinsel sağlık durumları nedeniyle karşılaşabilecekleri önyargıları veya damgalamaları tanımalı ve ele almalı, herkes için eşit ve saygılı muamele sağlamalıdırlar (Baysan Arabacı, 2020). Hemşireler, hastaları için en az kısıtlayıcı tedavi seçeneklerini savunma sorumluluğuna sahiptir. Uygulayıcı ve araştırnacı rolleri doğrultusunda mümkün olduğunda kısıtlayıcı önlemlerde alternatifleri araştırmak ve uygulamak ve ayrıca hasta özerkliğini ve refahını desteklemek için hastalar, aileler ve sağlık ekibi ile iş birliği yapmalıdırlar.

Hemşireler, özellikle ruh sağlığı alanında ve uygulamalarında etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Etik karar verme süreçlerine katılmaktan ve karmaşık durumlarla karşı karşıya kaldıklarında rehberlik veya danışmanlık almaktan sorumludurlar (Baysan Arabacı, 2020; Manderius, Clintståhl, Sjöström ve Örmon, 2023). Zarar vermeme, yarar sağlama, özerklik ve adalet gibi etik ilkeler, hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmelidir. Hemşireler, hasta-

larının güvenliğini sağlamaktan sorumludur. Hastaların güvenliğinin sağlanması herhangi bir istismar, ihmal veya zarar belirtisinin izlenmesini ve hastaları korumak ve yasal ve organizasyonel politikalara göre uygun önlemlerin alınmasını içermektedir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, güncel etik ilkeler, iyi klinik uygulamalar ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmak için sürekli öğrenme ve mesleki gelişim içinde olmalıdır. Böylesi bir tutum, hastalara kaliteli ve bireyselleştirilmiş bakım sağlamaya yardımcı olacaktır (Baysan Arabacı, 2020; Mohammedi ve ark., 2023).

4. Sonuç

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin belirli rol ve sorumlulukların, eğitim düzeylerine, uygulama ortamlarına ve yasal yetkilerine bağlı olarak değişebilmektedir. Bununla birlikte, hemşirenin hak savunuculuğu kapsamında hasta haklarının teşvik edilmesi, etik standartların korunması ve hasta refahının sağlanması, mesleki uygulamalarının temel yönleridir. Psikiyatri hemşirelerinin, hasta haklarını anlama ve korumanın yanı sıra uygulamalarında etik açıdan çeşitli sorumlulukları vardır. Hemşireler, hastaların özerkliğine saygı duymalı ve desteklemeli, bakım ve tedavileri hakkında mümkün olduğunca karar vermelerine izin vermelidir. Özerkliğin desteklenmesi, bilgi sağlamayı, bilgilendirilmiş onamı kolaylaştırmayı ve hastaları kendi bakım planlamalarına dahil etmeyi içermektedir. Hemşireler, farklılıklara saygı ve kültürel duyarlılık göstererek, ayrımcılıktan uzak bakım sağlamalıdır. Ruhsal bozukluklara ilişkin önyargıları veya damgalamayı tanımalı ve ele almalıdırlar. Hemşirelerin, hasta bilgilerinin gizliliğini ve mahremiyetini korumak, bunların uygun şekilde saklanmasını, yalnızca bilinmesi gerekenler temelinde paylaşılmasını ve yetkisiz erişime karşı korunmasını sağlama görevi vardır. Hemşireler hastalarla güven, empati ve açık iletişimi teşvik eden işbirlikçi ve terapötik ilişkiler kurmalı ve sürdürmelidir. Hastaları aktif olarak dinlemeli, deneyimlerini doğrulamalı ve onları ortak karar verme sürecine dahil etmelidirler. Hemşireler, karmaşık durumlarla veya etik ikilemlerle karşı karşıya kaldıklarında etik karar verme süreçlerine katılmalıdır. Uygulamalarında zarar vermeme yarar sağlama, özerklik ve adalet gibi etik ilkelere bağlı kalmalıdırlar.

Hemşireler, psikiyatri hemşireliği alanındaki güncel etik kurallar, en iyi uygulamalar ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmak için sürekli öğrenme ve mesleki gelişim içinde olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, hasta haklarını koruyarak, etik uygulamalar yaparak ve hasta merkezli bakım sağlayarak hastalarının iyileşmesine ve iyilik haline katkıda bulunmaktadırlar.

Kaynakça / References

Al-Darmaki, F., Yaaqeib, S.I., & Partridge, S. (2023). Ethical standards for psychological practice in the UAE: current status and aspirations. *Ethics & Behavior*, *33*(3), 205-219. https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2118122

Ammari, M., & Ghoddousi, A. (2018). Codification of the psychiatric patient's rights charter in Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *20*(6).

Appelbaum, P.S., & Tyano, S. (2021). The WPA code of ethics for psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *20*(2), 308–309. https://doi.org/10.1002/wps.20861

Arnold, B.D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A.R., Borgwardt, S., Lang, U.E., & Huber, C.G. (2019). Compulsory admission to psychiatric wards-who is admitted, and who appeals against admission?. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 544. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00544

Baysan Arabacı, L. (2020). Ruh sağlığında hasta hakları, etik ve yasal konular. Oflaz, F. ve Yıldırım, N. (Ed.). *Psikiyatri hemşireliği sertifika konuları kitabı* içinde (s.48-64). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Baysan Arabacı, L. ve Mutlu, E. (2018). Etik İlkeler Işığında Geçmişten Günümüze Psikiyatri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 26*(3), 148-155.

Brooke, P.S., & Kjervik D.K. (2014). Legal and Ethical Guidelines for Safe Practice. In Halter, M.J. (Ed.). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing.* Elsevier Health Sciences.

Çam, O., & Gördeles Beşler, N. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıklarında etik. Çam, O., & Engin, E. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı kitabı* içinde (s.237-254). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Ertaş, H., & Kıraç, A.G.F.Ç. (2018). Hastaneye müracaat eden hastaların hasta hakları konusundaki bilgilerinin ölçülmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, *5*(27), 2939-2945.

Firat, A. (2017). Türkiye sağlık işletmelerinde hasta hakları ve sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 157-173.

Francois, D., Charles-Belzie, M.D., Belzie, L.R., Clerisme, J.R., Jean-Noel, P., Francois, P.L., & Galanter, C.A. (2023). From stigma to empowerment: Teaching advocacy to child and adolescent Psychiatry fellows. *Academic Psychiatry.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s40596-023-01817-2

Joury, S., Asman, O., & Gold, A. (2023). Caregivers' perceptions of compulsory treatment of physical illness in involuntarily psychiatric hospitalization. *Nursing ethics*, *30*(3), 423-436. https://doi.org/10.1177/09697330221140493

Khoury, B., & Akoury-Dirani, L. (2023). Ethical codes in the Arab region: comparisons and differences. *Ethics & Behavior*, *33*(3), 193-204. https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2152817

Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures- A qualitative interview study. *BMC Nursing*, *22*(1), 23. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z

Mohammadi, F., Sadeghian, E., Masoumi, Z., Oshvandi, K., & Bijani, M. (2023). Psychiatric nurses' perception of dignity in patients who attempted suicide. *Nursing Ethics*, 9697330221146237. Advanced online publication. https://doi.org/10.1177/09697330221146237

Peck, P., Torous, J., Shanahan, M., Fossa, A., & Greenberg, W. (2017). Patient access to electronic psychiatric records: a pilot study. *Health Policy and Technology*, *6*(3), 309-315. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.06.003

Quinlivan, L., Gorman, L., Marks, S., Monaghan, E., Asmal, S., Webb, R.T., & Kapur, N. (2023). Liaison psychiatry practitioners' views on accessing aftercare and psychological therapies for patients who present to hospital following self-harm: multi-site interview study. *BJPsych open*, *9*(2), e34. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.2

Richa, S., Diab, N., Richa, N., Choueifati, D., Choucair-Alam, N., & Scheuer, M. (2023). The new Code of Ethics of the World Psychiatric Association: A fresh look at the ethical issues of the psychiatric profession. *L'encephale*, *49*(3), 325-327. https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.12.001

Sabancıoğlu, S. (2016). Etik ve yasal konular. Towsend, M.C., (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri.* (Özcan, C.T. ve Gürhan, N. Çev.) *kitabı* içinde (s.58-76). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Sallans, R.K. (2023). More Lessons for Health Professionals From a Transgender Patient. *AMA Journal of Ethics*, *25*(6), 452-457. https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.452

Saya, A., Brugnoli, C., Piazzi, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of ınvoluntary treatment in Psychiatry around the world: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 271. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00271

Shojaei, A., Raziani, Y., Bernstein, C., Asgari, A., Alazmani-Noodeh, F., Arab, M., & Ranjbar, H. (2023). The experiences of psychiatric patients, their caregivers and companions in upholding patient dignity during hospitalization: A qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 10.1111/hex.13799. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/hex.13799

Steenfeldt-Foss, O.W. (2010). Ethical Principles in Psychiatry: The Declarations of Hawaii and Madrid. In: Helmchen, H., Sartorius, N. (eds) *Ethics in Psychiatry*. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, vol 45. Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8_8

Ventura, C.A.A., Austin, W., Carrara, B.S., & de Brito, E.S. (2021). Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*, *28*(4), 463–480. https://doi.org/10.1177/0969733020952102

Yarney, L., Buabeng, T., Baidoo, D., & Bawole, J.N. (2016). Operationalization of the Ghanaian patients' charter in a peri-urban public hospital: voices of healthcare workers and patients. *International Journal of Health Policy and Management*, *5*(9), 525. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.42

7. KISIM - PART 7

HEMŞİRELİKTE EĞİTİM VE ETİK

EDUCATION IN NURSING AND ETHICS

28. BÖLÜM / CHAPTER 28

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN NURSING EDUCATION: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Olga İNCESU[1]

[1]Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye
E-mail: olga.incesu@iuc.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.28

ÖZ

Hemşireler, sağlık hizmeti sunucuları olarak birey ve ailesiyle en yakın çalışan sağlık çalışanıdır. Bu yakın ilişki ve sağlık/bakım teknolojilerindeki son yıllarda meydana gelen hızlı nedeniyle hemşireler gün geçtikçe artan etik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Hemşirelerin etik ilkelerin farkında olması ve etik sorunlara çözüm becerilerinin gelişebilmesi hemşirelik eğitimleri sırasında, profesyonel yaşamlarında alacakları etik eğitimleri ile mümkün olmaktadır. Hemşirelikte etik eğitimin amacı, etik sorunları tanımlayabilen, etik sorunlara çözüm geliştirebilen, etik açıdan hesap verebilir hemşireler yetiştirmektir. Hemşireler tüm hemşirelik rollerini gerçekleştirirken etik ilkeleri ve bu konudaki yasal yükümlükleri göz önünde bulundurmalıdır. Etik ilkeler hemşirelerin, hasta/sağlık bireylerle, meslektaşlarıyla, diğer meslek üyeleriyle olan ilişkilerinin ilkelerini belirler. Hemşirelik etik eğitimi 1960 'lı yıllardan itibaren hemşirelik müfredatına girmiştir. Etik eğitimin yürütülmesine ilişkin görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkeler ve hemşirelik okulları arasında uygulama farklılıkları bulunmaktadır. Dünya'da ve ülkemizde etik eğitimin gelişimine yön veren çok sayıda gelişme meydana gelmiş ve meydana gelmeye devam etmektedir. Etik eğitimine hemşirelik eğitimin her kademesinde ve profesyonel yaşamda yer verilmeli, toplumsal ihtiyaç ve dönüşümler, sağlık bakım teknolojilerinde meydan gelen değişimlerle güncellenmelidir. Bu kitap bölümünde, meslek ve etik ilişkisi, mesleki etik eğitiminin tarihçesi, etik eğitimin ortaya çıkmasını sağlayan ülkemizde ve dünyada yaşanan gelişmeler, etik eğitiminin önemi, farklı üklerdeki hemşirelik etik eğitimi örneklerinin sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etik, eğitim etik gelişimi, etik kod, tarihçe

ABSTRACT

As health care providers, nurses are the health workers who work closest to the individual and his family. These close relationships and the rapid changes in health/care technologies that have occurred in recent years have caused nurses to face increasing ethical challenges. It is possible for nurses to be aware of ethical principles and to develop their skills to solve ethical problems through ethical training during their nursing training and in their professional

lives. The aim of ethical education in nursing is to educate nurses who can identify ethical problems, develop solutions to ethical issues, and be ethically accountable. Nurses should take into account ethical principles and legal obligations in carrying out all nursing roles. Ethical principles define the principles of relationships between nurses, patients/healthy individuals, colleagues, and other professionals. Nursing ethics has been included in the nursing curriculum since the 1960s. There is no consensus on conducting ethical education. There are therefore differences in practice between countries and nursing schools. Many developments in the world and in our country have continued to take place, leading to the development of ethical education. Ethics education should be integrated into all stages of nursing education and professional life, and social needs and transformations should be updated with challenges in healthcare technologies. This section of the book aims to present the relationship between profession and ethics, the history of professional ethics education, developments in our country and in the world that led to the emergence of ethics training, the importance of ethical education, and examples of nursing ethics in different countries.

Keywords: Ethics, education, ethical development, ethics code, history

Extended Abstract

Nurses face an ever-increasing number of ethical problems due to the close relationships they have established during the delivery of healthcare services and the rapid changes in healthcare and technologies. Although many nurses experience ethical problems, they are unaware of these problems and find it difficult to solve them. Nurses' ethical codes guide nurses in the profession, colleagues, patients/individuals, establish relationships with society and improve the quality of care. Ethical codes are influenced by history, education and peer-to-peer interaction, social change, social needs, and current health practices. With Florence Nightingale, modern nursing began, and the first emphasis on ethical principles was placed in Nightingale's "Nursing Memory." The American Association of Nurses (ANA) published the first ethical document in 1926. The International Association of Nurses (ICN) first published the Code of Ethics in 1953. The changing roles of nurses, the changing technologies in health and care, and the ethical codes resulting from social changes have been updated at certain intervals. In the Code of Ethics in 1926, emphasis was placed on ethical education, and in 2015 the year of ethics was declared, emphasizing that nurses should have ethical qualifications. In 2009, the Turkish Nurses Association published the "Nurses' Ethical Principles and Responsibilities". Among the ethical codes published, countries focus more on what is consistent with their community values. From the second half of the 1800s to the 1960s, an intense interest in ethics led to the publication of numerous articles and books on ethics. Ethical education is an important component of nursing education. Ethical training examines the ethical values in the relationship that the nurse establishes with the individual, society, and other disciplines during the delivery of healthcare services and the place of these values within the nursing profession. Ethical training is important to ensure that nurses are aware of ethical principles, can identify ethical problems they will encounter during healthcare delivery, and improve their ability to develop solutions to ethical issues. The aim of ethical education in nursing is to educate

nurses who can identify ethical problems, develop solutions to ethical issues, ethically account, and gain professional awareness. Ethical education in nursing is recommended to be given during graduate education and continued through in-service training after graduation. The study demonstrates the benefits of ethical education. Ethics training has shown that it increases the awareness of complex ethical issues in ethics and care practices, positively contributes to the development of ethical analytical thinking and problem-solving in students, and enhances the confidence of nurses in making critical ethical decisions in patient care. There is consensus in all countries that ethical education in nursing should be included in school curricula. There is no consensus on the content of the ethics course, when and how long it will be carried out in the curriculum, and which educational methods will be used. There are also differences between countries and schools in the same country. In our country, legal regulations have been made regarding the implementation of ethical skin during nursing education. In addition, the scientific activities carried out, and the book studies have contributed significantly to raising awareness on this subject. Although ethics courses are conducted as a separate course or as part of a course in all schools, it has been recorded as a satisfactory development that a separate branch of maternity was opened in 2019. Ethics courses are mainly focused on issues such as the definition of ethics and morality, ethical principles, codes for nurses, ethical dilemmas, human and patient rights, misconduct, laws and regulations relating to nursing, and care ethics. However, the educational content needs to be updated in the context of changing health and care technologies, new laws and obligations, social needs, and transformation. In ethical education, in understanding the multi-dimensional and complex nature of ethics, narrative, class discussion, and case discussion, simulation methods are used. It is important for nursing educators to follow the ethical field of writing and develop ethical problem-solving skills. More field writing is needed in order to the desired learning objectives in ethical education and to ethical cooperation in the implementation of ethical training.

1. Giriş

Hemşirelik mesleği, bireylerin gereksinim duyduğu sağlık gereksinimini karşılamak üzere doğmuştur. Hemşireler, bireylerin bütüncül olarak sağlık durumunu iyileştirme, sağlığını koruma ve geliştirmek için birçok girişimde bulunurlar. Bireyle kurulan bu yakın ilişki sırasında, bireyin sahip olduğu farklılıklar ve içinde bulunduğu koşullara bağlı olarak birçok etik sorunla karşılaşabilir. Ayrıca son yıllarda teknoloji ve sağlık alanında yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler nedeniyle, var olan etik problemlere her geçen gün giderek artan sayıda yenileri eklenmektedir. Hemşireler ve hemşirelik öğrencileri hastalarla daha fazla zaman geçirdikleri için daha fazla etik sorunla karşı karşıya kalmaktadır (Mehdipour Rabori, Dehghan ve Nematollahi, 2019). Leuter ve arkadaşları (2013), hemşirelerin bakımda gittikçe artan sayıda etik sorunlar yaşadığını, Yılmaz ve Güven (2021) ise, hemşirelerin birçoğunun etik sorun yaşamasına rağmen bu sorunların farkında olmadığını ve sorunlara çözüm bulmada zorlandığını ifade etmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında ve sonrasında meslek yaşamlarında alacakları eğitimlerle etik ilkelerin farkında olması ve etik sorunlarda çözüm becerilerinin geliştirilmesi yapılacak olan etik eğitimleri ile mümkündür (Leuter, Petrucci, Mattei, Tabassi ve Lancia, 2013; Yılmaz ve Güven, 2021).

2. Meslek ve Etik İlişkisi

Değer, bireyin bakış açısı, eğilim ve gereksinimlerini yansıtan yargılarıdır. Değerler, yoluyla bireyin dünya görüşü oluşmaktadır. Değerler, bilinçli ve bilinçsiz şekilde öğrenilmekte ve ailevi, sosyal, kültürel, dini faktörler aracılığıyla şekil kazanmaktadır (Boozaripour, Abbaszadeh, Shahriari, ve Borhani, 2018; Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Değerler bilinçli ya da bilinçsiz olarak davranışlarımızı, seçimlerimizi etkilemektedir. Değerler sözel olarak ifade edilmekte ya da davranışlar aracılığıyla görünür olmaktadır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Mesleki değerler, profesyonel kimliği şekillendirmekte ve eylemler için rehberlik sağlamaktadır. Mesleki değerler, kişisel ve sosyal değerleri de içinde barındırmaktadır. Mesleki değerler, eğitim ve klinik uygulama yoluyla öğrenilmektedir. Değerler, hemşirelik bakımının insan onuruna yakışır bir biçimde sunulmasında rehberlik etmektedir (Hoyuelos, Fraile ve Weis, 2010). Etik, değerlerin uygulamasıdır. Bu nedenle değerler etiğin kaynağıdır (Boozaripour ve ark., 2018). Meslekler, kendilerine özgü davranışlar geliştirmektedir. Mesleklerin kendi yapısındaki organizasyonu, etik kodlarının oluşmasını sağlamaktadır. Hemşirelerin etik kodları meslek, meslektaş, sağlıklı/hasta birey, toplumla kurulan ilişkide hemşirelere yol göstermektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Etik kodlar tarih, eğitim ve meslektaş etkileşimi, toplumsal değişim, toplumsal gereksinim ve güncel sağlık uygulamalarından etkilenmektedir

(Rosenkoetter ve Milstead, 2010). Meslekler, toplum ve üyeleriyle kurdukları ilişki, toplum ve üyelerinin değişen gereksinimlerine verdiği yanıtlar sonucunda geçerlilik kazanmakta ve devamlılığını sürdürmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Bu nedenle, ülkeler aynı hemşirelik kodlarını paylaşmalarına rağmen farklı etik kodlara odaklanmaktadır. Japonya'da özveri, sıkı çalışma, uyum ön plan çıkarken, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hastanın bakım ve tedavisini seçme, kendini koruma değerlerine odaklanılmaktadır (Shahriari, Mohammadi ve Abbaszadeh, 2012).

3. Hemşirelikte Etik Eğitime İlişkin Yaşanan Gelişmeler

Hemşirelik, her kültürde var olan sağlık bakım gereksinimini karşılayan şifacı, iyileştirici, bakıcı gibi farklı isimlerle anılan tarihin en eski mesleklerden biridir. Hemşirelik mesleğinin tarihsel gelişiminde üç ana faktör etken etkili olmuştur; ahlaki disiplin/toplumsal gereksinim, maneviyat/din, kadın rolü (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Tarih boyunca, baskın dini kurumların sağlık hizmetinin sunumunu önemli ölçüde kontrol etmesi (şifa vericileri tanımlaması gibi) nedeniyle hemşirelik mesleğinin gelişiminde din temelli ahlaki ilkeler etkili olmuştur. Etiğin ahlakla olan yakın ilişkisi nedeniyle, modern hemşirelik başlangıcından öncesinde hemşireliğin informal etik ilkeleri din kaynaklı olmuştur. Florence Nigtingale'in "Hemşirelik Andı"nda "Tanrı'nın huzurunda kutsal bir biçimde yemin ederim" ifadesi de hemşirelikteki din etkisini ortaya koyması bakımından anlamlıdır. Florence Nigtingale'in "her kadının hayatının en az bir bölümünde, ister bir çocuk olsun ister bir hasta olsun, birilerinin sağlık bakımından sorumludur, yani her kadın bir hemşiredir" sözü de hemşirelikte kadın rolüne vurgu yapmaktadır (Özsoy ve Dönmez, 2017).



Kaynak: https://www.akademiktarihtr.com/ortacagdahayirisleri/

Hemşirelikte modern dönemin başlamasını sağlayan Florence Nigtingale, 1860 yılında açmış olduğu St. Thomas hemşirelik okulu ile hemşirelik eğitimini kilise sınırları dışına çıkarmış ve modern anlamda ilk hemşirelik eğitimi başlamıştır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).



Kaynak:https://editions.covecollective.org/sites/default/files/chronologyuploads/Nightingale%20and%20her%20Nightingales%20Pic_0.jpg

Florence Nigtingale'in "Hemşirelik Andı" ile de, ilk kez etik ilkelere vurgu yapılmıştır. ABD'de 1873 yılında "The Trained Nurse and Hospital Review" dergisinde, hemşirelikte etik konusunda altı makalelik bir dizi yayınlamıştır (Fowler ve Davis, 2013). 1900 yılında Isabel Robb tarafından yazılan hemşireliğin ilk etik kitabı olan "Nursing Ethics: For Hospital and Private Use" yayınlanmıştır. 1965 yılına gelindiğinde 100 kadar hemşirelikte etik kitabı ve hemşirelik dergilerinde etik konulu yüzlerce makale yayımlanmıştır (Fowler, 2017). Ülkemizde ise Selva Erhan Şentürk tarafından 1986 yılında "Hemşirelikte Deontoloji" ve 2012 yılında ise "Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler" , Prof. Dr. Ayla Ünsal editörlüğünde "Hemşirelik Tarihi Deontoloji ve Etik" ve 2013 yılında Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar ve arkadaşlarının editörlüğünde "Çağdaş Hemşirelikte Etik" kitapları yayınlanmıştır.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1896 yılında etik ilkelerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi gerekliliğini ortaya koymasının ardından 1926 yılında ilk etik bildirgeyi yayınlamıştır (Karabulut, Yalım ve Şahinoğlu, 2021; Yılmaz ve Güven, 2021). Bu bildirgede, hemşirelerin eğitiminde etiğe vurgu yapılmıştır. 1968 yılında ANA'nın yayınladığı etik kodda ise insana saygı ve mahremiyeti koruma gibi etik ilkeler öne çıkmıştır. Bu durum, hemşirelerin gelişen araştırma ve eğitim rolleri, teknolojik ilerlemeler ve toplumsal değişiklikler sonucu gerçekleşmiştir. 2015 yılında yayınlanan etik bildirgede ise, her hemşirenin etik yeterliliğe sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (Epstein ve Turner, 2015). Aynı zamanda ANA, 2015 yılını etik yılı ilan etmiştir (Tinnon, Master ve Butts, 2018). 1899 yılında kurulan Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 1923 başlattığı etik kod çalışmalarına, 2. Dünya Savaşı nedeniyle ara vermek zorunda kaldığı için ilk olarak 1953 yılında etik kodları yayınlanmıştır. Ardından ise, etik kodlar sırasıyla 1965, 1973, 2005, 2012 tarihlerinde güncellenmiştir. 1965 yılında yayınlanan etik kodlar ülkemizdeki hemşirelik andına temel oluşturmuştur (Özsoy ve Dönmez, 2017). ICN son olarak 2021 yılında etik kodları güncellemiştir.

ABD ve Kanada'da lisanslı hemşirelerin (RN) etik kodları arasında sosyal adalet, hesap verilebilirlik, hasta özerkliği, sağlığın teşvik edilmesi, hasta merkezli yaklaşım, eşitlik ve güvenlik ilkeleri yer almaktadır (Petrovic, Perry ve Walsh, 2023). Ülkemizde ise Türk Hemşireler Derneği (THD), tarafından 2009 yılında yayınlanan "Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları" Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin etik kodlarına uygun olarak hazırlanmıştır. Etik kodlar incelendiğinde, zarar vermeme/yarar sağlama ilkesi, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama ilkeleri göze çarpmaktadır (THD, 2009).

Günümüzde ICN ve Kanada Hemşireler Birliği (CNA), yayınlamış olduğu etik teorilere temellenen etik kodlarla etik eğitime ve hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmektedir.

Etik kodların, değişen toplumsal koşullar, sağlık ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, hemşirenin değişen rolleri çerçevesinde güncellendiği görülmektedir. Etik ilkeler doğrultusunda verilen sağlık hizmeti bakım kalitesinin arttırmasının yanı sıra ortaya konan etik davranışlar yasal yükümlülükleri de beraberinde getirmektedir. Hemşireler hasta haklarının korunması, diğer meslek üyeleriyle ve kurumla yaşanan görüş farklılığı (Gül, Duru Aşiret, Bayrak Kahraman, Devrez ve Örnek Büken, 2013), hemşirelik öğrencileri ise hasta mahremiyetinin sağlanmaması, uygun olmayan hasta iletişimi, hastaların yeterince bilgilendirilmemesi gibi konularda etik sorunlar yaşamaktadırlar (Mehdipour Rabori ve ark., 2019). Ayrıca hemşireler çalışma alanlarına özgü etik sorunlar yaşayabilmektedirler. Acil hemşireleri triyaj, psikiyatri hemşireleri hasta özerkliği ve mahremiyet, onkoloji hemşireleri ise terminal dönem hastaların bakım ve tedavisi konularında etik sorunlar yaşamaktadır (Yılmaz ve Güven, 2021).



Kaynak: https://www.shutterstock.com/image-illustration/3d-character-man-red-question-mark-29780128

Bu kapsamda, hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin profesyonel yaşantılarında etik eğitimin önemi gün geçtikçe artmaktadır.

4. Hemşirelikte Etik Eğitimi

Hemşirelikte etik eğitimi, sağlık hizmeti sunumu sırasında hemşirenin birey, aile, toplum ve diğer disiplinlerle kurduğu ilişki sırasındaki etik değerleri ve bu değerlerin hemşirelik mesleğindeki yerini incelemektedir (Göçmen Baykara, Çalışkan ve Karadağ, 2014). Etik eğitimi, hemşirelerin etik ilkeleri farkında olması, sağlık hizmet sunumu sırasında karşılaşılacakları etik sorunları tanımlayabilmesi ve etik sorunlara karşı çözüm geliştirilebilme becerilerinin artmasını sağlaması açısından önemlidir. Hemşirelikte etik eğitimin amacı, etik sorunları tanımlayabilen, etik sorunlara çözüm geliştirebilen ve etik açıdan hesap verebilir hemşireler yetiştirmektir (Görgülü ve Dinç, 2007). Bir diğer amacı ise, meslek bilincini kazandırmaktır (Gül ve ark., 2013). Kaliteli bir etik eğitimin hemşireleri yaşanacak etik sorunlara hazırlayabilmesi için hemşirelik eğitiminin önemli bir bileşeni olmalıdır (Hoskins, Grady ve Ulrich, 2018). Hemşirelikte etik eğitiminin lisans eğitimi sırasında verilmesi ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim yoluyla devam etmesi önerilmektedir (Yılmaz ve Güven, 2021). Hemşirelik öğrencilerinin, geleceğin hemşireleri, yöneticileri, araştırmacıları ve eğitimcileri olarak rollerine hazırlanırken, etik bilgi ve becerilerle donanmalıdır (Dinç, 2015).

Dünyada, etik eğitiminin hemşirelik müfredatlarına girmesi 1960'lı yıllardan itibaren başlamıştır (Yılmaz ve Güven, 2021). Japonya'da etik eğitimi 1951-1967 yılları arasında, ayrı bir ders olarak yürütülmemiş, ders kapsamında bir konu olarak yer almış olup, içeriğinde etik ilke ve protokol konuları yer almıştır. Etik eğitimine olan gereksinim ve biyoetiğe olan ilginin artmasının sonucu, 1989 yılında ulusal hemşirelik müfredatında değişikliğe gidilmiştir. Japonya'da etik eğitimi ayrı bir ders olarak ya da bir ders kapsamında ve genellikle zorunlu ders kapsamında yürütülmeye başlanmıştır (Ito Ota ve Matsuda, 2011). Brezilya'da 2001 yılında onaylanan ulusal hemşirelik eğitimi müfredatında etik konusuna yer verilmiştir (Ramos ve ark., 2013). Kore'de etik eğitime verilen önemin artması ile birlikte, birçok okul müfredatlarına etik dersini eklemiştir (Kim ve Park, 2019).

Hemşirelikte verilen etik ders kapsamında temel etik ilkelerin yanı sıra değişen sağlık ve bakım teknolojileri ışığında güncellenmesi gerekmektedir. Bu dersin kapsamı incelendiği sıklıkla etik ve ahlak tanımı, etik ilkeler, hemşireler için etik kodlar, etik ikilemler, insan ve hasta hakları, hatalı uygulamalar, hemşirelik ile ilgili yasa ve yönetmelikler, bakım etiği gibi konuların yer aldığı görülmektedir (Karabulut ve ark., 2021).

Hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalar etik eğitiminin yararlarını ortaya koymaktadır. Cannaerts ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, hemşirelik öğrencileri ve eğitimcilere verilen etik eğitimin, hemşirelikte etik ve bakım uygulamalarındaki karmaşık etik konulara ilişkin farkındalıklarını arttırdığını, öğrencilerin etikle ilişkili analitik düşünme ve problem çözme gelişimine olumlu katkı yaptığını göstermiştir (Cannaerts, Gastmans ve Casterlé, 2014). Grady ve arkadaşları (2008) tarafından hemşirelerle yapılan çalışma ise; etik eğitim alan hemşirelerin hasta bakımında kritik etik karar almak konusunda kendilerine daha fazla güvendiğini ortaya koymuştur (Grady ve ark., 2008). Hoskins ve arkadaşlarının (2018), etik eğitiminin hasta bakım kalitesi, disiplinler arası işbirliği, sağlıkta eşitlik gibi konularda yarattığı etkinin daha fazla araştırılmasına gereksinim olduğunu ifade etmiştir (Hoskins, Grady ve Ulrich, 2018).



Kaynak: https://www.shutterstock.com/image-photo/wooden-signpost-code-ethics-concept-accountability-537942472

Ülkemizde hemşirelik eğitimin standartlarının belirlenmesinde, çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. 1990'lı yıllara gelindiğinde etik konusu lisans ve lisansüstü hemşirelik programlarına entegre edilmiştir (Görgülü ve Dinç, 2007). Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde hemşirelikte lisans eğitiminin asgari standartlarını belirleyerek eğitimi standardize etmek amacıyla ilk olarak 2002 yılında Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) komisyonu kurulmuştur. Komisyonun yoğun çalışmaları sonucunda HUÇEP 2002 hazırlanmıştır. Komisyon raporunun, Yüksek Öğretim Kurumu Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından onaylanmasının ardından ve 2003-2004 eğitim öğretim yılında uygulamaya konulmuştur. HUÇEP, 2014 yılında güncellenmiştir. Güncellenen raporda hemşirelik eğitimi veren okulların, müfredatlarının en az %60'ının HUÇEP kapsamında oluşturması hedeflenmiştir. Son olarak, HUÇEP komisyonu 2021'de yeniden toplanarak güncelleme çalışmalarını gerçekleştirmiş ve raporunu Yüksek Öğretim Kurumu Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyine sunmuştur.

2014 yılında güncellenen HUÇEP' te etik konusu da yer almaktadır. Bu kapsamda verilecek ders içeriğinde; etik kodlar, mesleki etik kodlar, bakım etiği, etik duyarlılık, insan ve hasta hakları, etik karar verme süreci ve hemşirelik değerleri yer almaktadır. Böylece öğrencilerin etik ilkeler çerçevesinde bakım verebilmesi, etik ikilemleri fark ederek karar verme sürecini başlatabilmesi, mesleki değerlere uygun davranma gibi öğrenim kazanımları elde etmeleri hedeflenmektedir (HUÇEP, 2014).

Son olarak, HUÇEP komisyonu 2021'de yeniden toplanarak güncelleme çalışmalarını gerçekleştirmiş ve HUÇEP (2022) YÖK tarafından 21.08.2023 tarihinde onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Etik konusu HUÇEP (2022) ' de yer almaya devam etmektedir. Bu kapsamda;

1) Etik konusunun öğrenim hedefleri "Hemşirelik uygulamalarında insan/ hasta haklarını dikkate alma, sağlık hizmetleri alanındaki etik sorunları analiz etme, etik sorunlara duyarlılık gösterme, etik ilkeleri dikkate alarak hemşirelik bakımı verme"dir.

2) Etik konusunun yürütülmesinde kullanılacak öğretim yöntem ve teknikleri, öğretim materyalleri, değerlendirme yöntem ve araçları tanımlanmaktadır.

3) Etik konusunun öğrenme düzeyi düzey 3 ("Uygulamayı bağımsız, doğru, güvenli, öğrenme hedefiyle/öğrenme çıktısıyla uyumlu usta bir şekilde yapma") olarak belirtilmektedir (HUÇEP, 2022).

Etik eğitimine vurgu yapan bir başka yasal düzenleme ise, 2 Şubat 2008 tarihinde 26775 Sayı ile Resmi Gazete'de yayınlanan Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik'tir. Yönetmelikte hemşirelik eğitiminde okutulması gereken konular arasında meslek etiği yer almaktadır (Hekimlik, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik, 2008).

Ülkemizde etik uygulamalara ilişkin ilk bilimsel toplantı 2004 yılında yapılan "1.Ulusal Hemşirelik ve Etik Sempozyumu" dur. Sonraki yıllarda da, etik ile ilgili kongreler uluslararası katılımlı olarak devam etmiştir. 19-21 Eylül 2018 tarihleri arasında düzenlenen I. Uluslararası & III. Ulusal Hemşirelik Tarihi kongresinde düzenlenen çalıştayda hemşirelik tarihi ve hemşirelik etiği derslerinin ayrılması ve bu alanlarda çalışmalar yapılabilmesi açısından Hemşirelik Tarihi ve Etik Anabilim Dalı kurulması görüşü ortaya konmuştur (Gören ve Güven, 2018). Bu gelişmenin ardından ülkemizde ilk olarak 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Hemşirelik Tarihi ve Etik Anabilim Dalı kurularak etik eğitiminde önemli bir aşama kaydedilmiştir (Yılmaz, 2019).

Günümüzde hemşirelikte etik eğitimin, hemşirelik müfredatlarında yer almasına ilişkin görüş birliği olmasına karşın eğitimin veriliş şekli, zamanı ve içeriği konusunda farklı uygulamalar süregelmektedir. Fowler ve Davis (2013) tarafından, hemşirelikte etik eğitime ilişkin yapılan 2600 araştırma incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmaların %90'ının etik konusunun öğretilmesi ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (Fowler ve Davis, 2013).

Ülkemiz açısından bu durum değerlendirildiğinde hemşirelikte etik, ayrı bir ders olarak ya da bir ders kapsamında yürütülmektedir (Görgülü ve Dinç, 2007; Karabulut ve ark., 2021). Hemşirelikte lisans eğitimi veren okulların %67'sinde etik ayrı bir ders olarak müfredatta

yer almakta ve büyük çoğunluğunda iki (2) kredili, zorunlu bir derstir. Ayrı bir ders olarak yürütülen etik dersi, "Hemşirelikte Etik" "Hemşirelikte Etik ve Değerler", "Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi", "Hemşirelik Tarihi ve Etik" farklı isimlerle lisans programlarında yer almaktadır (Karabulut ve ark., 2021). Görgülü ve Dinç (2007) tarafından yapılan çalışmada, ülkemizde hemşirelik lisans programlarında etik dersini yürüten eğitimcilerin tamamına yakını hemşire eğitimci olup yaklaşık yarısının etik konusunda formal bir eğitim aldığı görülmüştür (Görgülü ve Dinç, 2007). Akbaş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise, eğitimcilerin tamamına yakını etik konusunda formal bir eğitim aldığı ve yarısına yakını bu eğitimi lisans eğitimleri sırasında aldığı, Karabulut ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada ise, hemşire eğitimcilerin yaklaşık %60'ının etik konusunda formal bir eğitim aldığı ve bu eğitimi çoğunlukla doktora düzeyinde almış olduğu görülmüştür (Akbaş, Tuncer ve Kadıoğlu, 2014; Karabulut ve ark., 2021). Ayrıca, aynı eğitimcilerin büyük çoğunluğu klinik alanda yaşayabilecekleri etik sorunları çözme konusunda kendine güvenmektedir.

Etik derslerinin kapsamının temel etik ilkelerin yanı sıra değişen sağlık ve bakım teknolojileri ışığında güncellenmesi gerekmektedir. Etik derslerini kapsamı incelendiğinde etik ve ahlak tanımı, etik ilkeler, hemşireler için etik kodlar, etik ikilemler, insan ve hasta hakları, hatalı uygulamalar, hemşirelik ile ilgili yasa ve yönetmelikler, bakım etiği gibi konuların en çok yer aldığı görülmüştür (Karabulut ve ark., 2021).

Etik eğitimde, etiğin çok boyutlu ve karmaşık doğasını anlamada eğitim yöntemleri oldukça önemlidir. Etik konularda öğretim yöntemi olarak en çok anlatım, sınıf tartışması ve vaka tartışması yöntemlerinin kullanıldığı görülmektedir (Görgülü ve Dinç, 2007; Harvey, MacLean ve Catena, 2021; Karabulut ve ark., 2021). Bu yöntemlere ek olarak, simülasyon yöntemi de etik eğitiminde kullanılmaktadır.

5. Hemşirelik Eğitiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirenin bakım, eğitim, araştırma, yönetim, danışmanlık gibi pek çok rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin tüm rollerini gerçekleştirirken, etik ilkelerin ve yasal yükümlüklerin farkında olması ve etik ilkelere göre rollerini gerçekleştirmesi beklenmektedir. Etik ilkeler hemşirelerin, hasta/sağlık bireylerle, meslektaşlarıyla, diğer meslek üyeleriyle olan ilişkilerinin ilkelerini belirler (Kangasniemi, Pakkanen ve Korhonen, 2015). Dolayısıyla hemşirelerin mesleki etik ilkeler çerçevesinde bakım verdiği bireylere, meslektaşlarına ve diğer meslek üyelerine karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirenin verdiği bakım, yaptığı girişimler açısından sorumluluk alması hesap verilebilirlik ilkesi ile ilişkilidir. Bu ilke kapsamında hemşire, hasta/sağlıklı bireye karşı olan sorumluluğunu yerine getirir.

Olumlu hasta bakım sonuçlarının elde edilmesi birçok sağlık profesyonelinin birlikte çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Meslek etiği, profesyoneller arası mesleki hiyerarşi ve mesleki hedefler yerine ortak, çoklu hedeflere ulaşma konusunda önemli bir rehberdir (Kangasniemi ve ark., 2015). Hemşirelerin meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilişkisinde meslek etiğinin bu bakış açısından faydalanması yararlı olacaktır.

Etik eğitimin verilmesinde hemşire eğitimcilerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Kültür, yaş, çalışma yılı, mesleki çevre gibi faktörler hemşirelerin değerlerini etkilediğinden etik eğitimi sırasında bu faktörlerin göz önüne alınması yararlı olacaktır (Rassin, 2008). Ayrıca hemşire eğitimcilerin, etik alan yazınını takip etmesi ve etik sorun çözme becerilerini geliştirmesi de önemlidir. Karabulut ve arkadaşlarının (2021) etik eğitimi veren hemşire eğitimcilerle yaptığı çalışma, eğitimcilerin büyük çoğunluğunun bu konuda alan yazınını takip ettiğini ve bilimsel etkinliklere katıldığını göstermiştir. Etik dersinin yürütülmesi sırasında etik ilkelere uyulması önemlidir (Karabulut ve ark., 2021). Fowler ve Davis (2013) tarafından hemşirelikte etik eğitime ilişkin yapılan alan yazın taramasında çalışmaların yaklaşık %10' unun hemşirelik eğitimi sırasında yaşanan etik sorunlarla ilgili olduğunu göstermiştir (Fowler ve Davis, 2013).

Sonuç olarak, mesleki etiğin değişken doğası nedeniyle hemşirenin rol ve sorumlulukları da değişmektedir. Değişen rol sorumlulukların belirlenebilmesi için kanıta dayalı çalışmalar yapılması ve çalışma sonuçlarına göre etik ilkelerin ve etik eğitim içeriğinin güncellenmesi gerekmektedir.

6. Sonuç

İnsanlık tarihi, başlangıcından bu yana sağlık bakım vericisi olan hemşireler birey ve toplum ile kurduğu yakın ilişki, birey ve toplumun gereksinimleri çerçevesinde değişmiş ve dönüşmüştür. Bu hizmet sunumunu yakın zamanımıza kadar yazılı olmayan etik ilkeler çerçevesinde yürütmüştür. Modern hemşireliğin, başlangıcı ile bu ilkeler yazılı hale gelmiş ve formal eğitimle aktarılmaya başlanmıştır. Modern hemşireliğin başlangıcının hemen ardından kurulan hemşire birlikleri de hemşirelerin etik ilk eve kodlarının oluşturulmasında çalışmalar yürütmüşlerdir. Bu birlikler toplumun değişen gereksinim ve beklentileri doğrultusunda etik kodları güncellemişlerdir. Güncellenen etik kodlarla etik eğitime ve hemşirelerin etik yeterliliğe sahip olması gerektiği vurgulanmıştır. Tüm bu gelişmeler ışığında hemşirelik etiği okul müfredatlarında yer almaya başlamıştır. Dünya'da hemşirelikte etik eğitiminin müfredatlarda yer almasına ilişkin fikir birliğine varılmış olmasına rağmen, etik eğitiminin nasıl verileceğine dair tartışmalar devam etmektedir.

Etik eğitimi genellikle ayrı bir ders olarak ya da ders kapsamlarında konu olarak yürütülmektedir. Etik eğitimin haftalık ders saati ve müfredatta klinik eğitim öncesi ya da sonrası verilmesine ilişkin farklı uygulamalar devam etmektedir. Etik eğitiminden beklenen hedeflere ulaşmada yenilikçi öğretim yöntem ve tekniklerinin kullanılmasına ilişkin çalışmalar yürütülmektedir. Tüm bu yöntem ve uygulama farklılıklarına ragmen tüm dünyada etik eğitiminde hedeflenen amaç, etik ilkelerin farkında olan, etik ikilemleri tanımlayabilen ve etik sorunları çözme becerisi yüksek, etik açıdan hesap verebilir hemşireler yetiştirmektir. Etik eğitimine hemşirelik eğitiminin bütün kademelerinde ve profesyonel yaşam içinde de güncellenerek devam edilmesi gerekmektedir. Özellikle değişen sağlık ve bakım teknolojileri, yeni yasa ve yükümlülükler etik eğitimin içeriğinin güncellenmesini zorunlu kılmaktadır.

Kaynakça / References

Akbaş, M., Tuncer, İ. ve Kadıoğlu, S. (2014). Lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında etik eğitiminin durumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(3), 206-211.

Boozaripour, M., Abbaszadeh, A., Shahriari, M., & Borhani, F. (2018). Ethical values in nurse education perceived by students and educators. *Nursing Ethics*, *25*(2), 253-263.

Burkhardt, M. A, Nathaniel, A. K. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik* (Ş. Ecevit Alpar, A.N. Bahçecik ve Ü. Karabacak, Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Cannaerts, N., Gastmans, C., & Casterlé, B. D. D. (2014). Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions. *Nursing Ethics*, *21*(8), 861-878

Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. 2 Şubat 2008 Resmi Gazetesi Sayı: 26775. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080202-9.htm

Dinç, L. (2015). Implementation and evaluation of a nursing ethics course at Turkish doctoral nursing programs. *Journal of Academic Ethics*, *13*, 375-387. https://doi.org/ 10.1007/s10805-015-9243-5

Epstein, B., & Turner, M. (2015). The nursing code of ethics: Its value, its history. *Online Journal of Issues in Nursing*, *20*(2), 33-41. https://doi.org/ 10.3912/OJIN.Vol20No02Man04

Fowler, M. D. (2017). Why the history of nursing ethics matters. *Nursing Ethics*, *24*(3), 292-304.

Fowler M, Davis A. (2013). Ethical issues occurring within nursing education. *Nursing Ethics*, *20*(2),126-141.

Görgülü, R. S., & Dinç, L. (2007). Ethics in Turkish nursing education programs. *Nursing Ethics*, *14*(6), 741-752.

Grady, C., Danis, M., Soeken, K. L., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., & Ulrich, C. M. (2008). Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *The American Journal of Bioethics*, *8*(4), 4-11.

Gül, Ş., Duru Aşiret, G., Bayrak Kahraman, B., Devrez, N. ve Örnek Büken, N. (2013). Etik dersi alan ve almayan hemşirelik öğrencilerinin etik karar verebilme düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, *15*(1), 23-31.

Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N. ve Karadağ, A. (2014). Vaka analiz yönteminin hemşirelik öğrencilerinin etik sorun değerlendirme becerilerine etkisi. *International Journal of Human Sciences, 11*(1), 236-255. https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i1.2769

Gören, Ş. Y. ve Güven, G. Ö. (2018). Hemşirelik tarihi ve etik anabilim dalı kurulması için önemli bir adım 1. uluslararası & 3. ulusal hemşirelik tarihi kongresi izlenimleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 5*(3), 108-109.

Harvey, G., MacLean, H., & Catena, R. (2021). Using tag team simulation for ethics education in undergraduate nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, *56*, 121-124. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.04.006

Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) 2014. Erişim adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdekegitimiprogramlari/hemsirelik_

cekirdek_egitim_programi.pdf

Hoskins, K., Grady, C., Ulrich, C.M. (2018) "Ethics Education in Nursing: Instruction for Future Generations of Nurses". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 23*(1), Manuscript 3. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No01Man03

Hoyuelos, S. B., Fraile, C. L., Weis, D. (2010). Nursing professional values: Validation of a scale in a Spanish context. *Nurse Educ Today (30)*, 107–112. http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.05.010

Ito, C., Ota, K., & Matsuda, M. (2011). Educational content in nurse education in Japan: A Delphi study. *Nursing Ethics*, *18*(3), 441-454.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P., & Korhonen, A. (2015). Professional ethics in nursing: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(8), 1744-1757. https://doi.org/ 10.1111/jan.12619

Karabulut, S. D., Yalım, N. Y. ve Şahinoğlu, S. (2021). Hemşirelikte etik eğitimi konusunda eğitimcilerin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *8*(2), 70-81.

Kim, W. J., & Park, J. H. (2019). The effects of debate-based ethics education on the moral sensitivity and judgment of nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, *83*, 104200. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.018

Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Tabassi, G., & Lancia, L. (2013). Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nursing Ethics*, *20*(3), 348-358.

Mehdipour Rabori, R., Dehghan, M., & Nematollahi, M. (2019). Nursing students' ethical challenges in the clinical settings: a mixed-methods study. *Nursing ethics*, *26*(7-8), 1983-1991.

Özsoy, S. ve Dönmez, R. (2017). Hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları: geçmişten günümüze hemşirelik andı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *33*(1), 111-122.

Petrovic, K., Perry, B., & Walsh, P. (2023). Aligning nursing ethics with critical and open pedagogy in nursing education: A literature review. *Nurse Educator*, *48*(1), E1-E5. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001253

Ramos, F. R. S., de Pires, D. E. P., de Farias Brehmer, L. C., Gelbcke, F. L., Schmoeller, S. D., & Lorenzetti, J. (2013). The discourse of ethics in nursing education: Experience and reflections of Brazilian teachers–Case study. *Nurse Education Today*, *33*(10), 1124-1129. http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.011

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

Rosenkoetter, M. M., & Milstead, J. A. (2010). A code of ethics for nurse educators: Revised. *Nursing Ethics*, *17*(1), 137-139.

Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A. (2012). Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics, 19*, 30–44.

Tinnon, E., Masters, K., & Butts, J. (2018). A pragmatic approach to the application of the code of ethics in nursing education. *Nurse educator*, *43*(1), 32-36. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000407

Türk Hemşireler Derneği (THD). Hemşirelerin etik ilke ve sorumlulukları. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Yilmaz, S. ve Güven, G. Ö. (2021). An important development for nursing ethics: Establishment of nursing history and ethics department and developments in Turkey. *Ethics, Medicine and Public Health*, *17*, 100662. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100662

Yılmaz, S. (2019). Alanımız için önemli bir gelişme, hemşireliğin yeni anabilim dalı: "Hemşirelik tarihi ve etik anabilim dalı". *Türkiye Biyoetik Dergisi, 6*(1), 3-4.

29. BÖLÜM / CHAPTER 29

ETİK ÖĞRETİMİ

ETHICS TEACHING

Aylin PALLOŞ[1]

[1]Öğr. Gör. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

E-mail: aylinpallos@uludag.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.29

ÖZ

Etik, hemşirelerin profesyonel ve yasal yükümlülükleri kapsamında önemli bir konu alanıdır. Hemşireler, günümüzde sürekli değişen ve çeşitli nedenlerle karmaşık hale gelen bir sistem içinde çalışmak zorundır ve pek çok etik sorun ile yüzleşmektedir. Etik karar verme hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir. Etik karar verebilmek ve davranabilmek, formal bir hazırlığı gerektirir. Hemşirelerin etik temelli bakım verebilmeleri için, hemşirelik eğitim programlarında konunun ele alınması ve öneminin vurgulanması gerekmektedir. Etik öğretiminin amacı; etik farkındalık, duyarlılık ve yeterlik geliştirmek, etik sorunların çözümünde bilgi ve beceri kazandırmaktır. Belirtilen becerilerin kazandırılmasında etik öğretiminde seçilen yöntem/ler önemlidir. Etik öğretimi Türkiye'de ve Dünya'da önem kazanmış olsa da, öğretim yöntem ve stratejilerinin neler olması gerektiği konusu hala tartışmalıdır. Etik öğretimi yapan eğitimcilerin nitelikleri, etik dersi içerikleri, eğitimin veriliş biçimi, etik öğretiminin yapıldığı sınıf, öğretim ve değerlendirme yöntemleri, etik öğretimi için ayrılan süre de dünya genelinde ve hatta aynı ülkede, kurumlar arasında farklılık göstermektedir. Etik öğretimi; anlatım, soru-cevap, vaka analizi, küçük grup çalışmaları, rol-play, simülasyon, standardize hasta kullanımı, video/ film gösterimi, yansıtma, harmanlanmış öğrenme gibi pek çok farklı öğretim yöntemleri kullanılarak verilebilir. Her öğretim yönteminin, avantaj ve devantajları vardır. Her öğrenci, farklı yollarla öğrenmektedir. Dersin öğrenim kazanımları doğrultusunda, öğrencilerin öğrenme stilleri dikkate alınarak, farklı öğretim yöntemleri kullanılarak yapılan etik öğretimi daha etkili olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etik, etik öğretimi, hemşirelik, hemşirelik eğitimi, öğretim yöntemleri

ABSTRACT

Ethics is an important subject area within the scope of nurses' professional and legal obligations. Nurses have to work in a system that is constantly changing and becoming complex for various reasons, and they face many ethical problems. Ethical decision-making is one of the important responsibilities of the nurse. Being able to make ethical decisions and act requires formal preparation. In order for nurses to provide ethical-based care, it is necessary to address the issue and emphasize its importance in nursing education programs. The aim of ethics education is to develop ethical awareness, sensitivity, and competence, and to gain knowledge and skills in solving ethical problems. The method chosen in ethics teaching is important in gaining the specified skills. Although ethics education has

gained importance in Turkey and in the world, it is controversial what teaching methods and strategies should be. The qualifications of the educators who teach ethics, the content of the ethics course, the way the education is given, the classroom in which the ethics education is given, the teaching and evaluation methods, and the time allocated for ethics education also differ between institutions in the same country and around the world. Ethics teaching; It can be given using many different teaching methods such as lecture, question-answer, case analysis, small group studies, role-play, simulation, standardized patient use, video/film screening, reflection, and blended learning. Each teaching method has advantages and disadvantages. Every student learns in different ways. In line with the course's learning outcomes, ethics teaching, which considers the student's learning styles, is more effective.

Keywords: Ethics, teaching ethics, nursing, nursing education, teaching methods

Extended Abstract

Ethics, which is an important subject area within the scope of the professional and legal obligations of nurses, is a branch of philosophy that investigates values, norms, and rules from a moral perspective such as right-wrong or good-bad. Nurses have to work in a system that is constantly changing and becoming complex for various reasons, and they face many ethical problems. The health system in the modern age requires nurses to have the necessary knowledge and skills to provide quality care, to be sensitive to the human and moral aspects of care, to have strong moral reasoning, to have the ability to solve ethical problems and to provide services in accordance with professional ethics. The Florence Nightingale Pledge considered the first ethical code of the profession, contains ethical principles that will guide the ethical problems that nurses may encounter in the working environment. Ethical principles in nursing were first brought to the agenda by the American Nurses Association (ANA) in 1897, and the preparation of ethical rules was carried out in 1926. The American Nursing Association (ANA) reviewed the ethical codes in 1950 and 2001, and the International Nursing Council in 1953 and 2012, and determined new nursing codes and values appropriate for the era. In Turkey, ethical codes for nurses were published by the Turkish Nurses Association in 2009 under the title of "Ethical Principles and Responsibilities of Nurses". The common feature of all national and international declarations on nursing ethics is that they emphasize the importance of professional ethics education. Ethical decision making is one of the important responsibilities of the nurse. Being able to make ethical decisions and act requires a formal preparation. In order for nurses to provide ethical-based care, it is necessary to address the issue and emphasize its importance in nursing education programs. The aim of ethics education is to develop ethical awareness, sensitivity and competence, and to gain knowledge and skills in solving ethical problems. Nurses who develop the skills of evaluating, analyzing and solving existing ethical problems with an effective ethics education get satisfaction from their profession and become well-equipped nurses who know what they are doing and can predict the results of their actions. For this reason, it is vital for nurses to understand ethical principles and to use these principles in a meaningful and consistent way in practice. Nursing ethics education also forms the

basis of providing good care and encourages nurses to display virtuous behavior. Ethics education is important for nurses to adapt to dynamic changes in the field of health, to gain sensitivity to the ethical problems they encounter, and to make ethical decisions. Ethics education in nursing not only makes a positive contribution to the nursing profession but also improves the nurse-patient relationship. The method chosen in ethics teaching is important in gaining the specified skills. Although ethics education has gained importance in Turkey and in the world, it is controversial what teaching methods and strategies should be. The qualifications of the educators who teach ethics, the content of the ethics course, the way the education is given, the classroom in which the ethics education is given, the teaching and evaluation methods, and the time allocated for ethics education also differ between institutions in the same country and around the world. Ethics teaching is traditionally carried out in the classroom environment by using the lecture method in which the educator is active and the student is passive. However, when the theoretical knowledge presented in the theoretical courses is not supported by practice, it is not sufficient to solve the ethical problems encountered in the clinical setting. Contrary to traditional methods, teaching ethics using active and student-centered learning methods supported by real/real-life experiences is more effective in teaching ethical issues. Ethics education can be given using many different teaching methods such as lecture, question-answer, case analysis, small group studies, role-play, simulation, standardized patient use, video/film screening, reflection, and blended learning. Each teaching method has advantages and disadvantages. While it is possible to give a lot of theoretical information about ethics to a large group in a short time by using the Lecture Method, Through teaching methods such as role-play, case analysis, group discussions, simulation, and the use of standard patients, in which students can actively participate, thinking, analyzing, and problem-solving skills on ethical issues can be developed. Video/ film screening facilitates learning with its effects such as appealing to more than one sense organ, facilitating remembering, transforming information into real life, and helping to define emotions. By using the blended learning method, students are given the responsibility of learning and the opportunity to learn at their own pace. Every student learns in different ways. In line with the course's learning outcomes, students teaching ethics using different teaching methods, taking into account the student's learning styles, is more effective.

1. Giriş

Hemşirelerin profesyonel ve yasal yükümlülükleri kapsamında, önemli bir konu alanı olan etik (Erkuş, Dinç ve Elçin, 2018), değerleri, normları, kuralları doğru-yanlış ya da iyi-kötü gibi ahlaksal açıdan ele alan bir felsefe dalıdır (Karadağlı, 2016). Yaşam içerisinde, bireyler ve kurumlar sürekli olarak kararlar almakta ve uygulamaktadır. Bireylerin farklı davranış seçenekleri arasından, doğru davranışı seçerek uygulayabilmelerini amaçlayan etik, verilen kararların diğer insanları nasıl etkilediği ile ilgilenen bir çalışma alanıdır (Karadağlı, 2016). İnsanın olduğu her yerde, etik sorunlar mutlaka vardır ve doğal olarak insanla iç içe olan meslek alanlarında bu sorunlar daha fazla ortaya çıkmaktadır. Meslek etiği olarak tanımlanan bu alanda, ilgili meslekte karşılaşılan veya ortaya çıkan sorunları ve devamında neyin yapılıp neyin yapılmaması gerektiği tartışılmakta, normlar ve kodlar geliştirerek sorunlara çözüm önerileri sunulmaya çalışılmaktadır. Profesyonel bir meslek olan hemşirelik insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve ilkelere sahiptir. Etik kurallar, mesleğin üyelerinin genel olarak kabul ettiği etik ilkeler dizisidir (Kokmaz, 2011).

Etik ilkeler;

- Hemşirelerin, mesleğin ahlaki yönünün farkında olmasını ve uygulamalarında ahlaki duyarlılıklarını geliştirebilmesini sağlarlar (Karadağlı, 2016).
- Meslek üyelerinin karşılaşabilecekleri etik sorunlar karşısında mantıklı, nesnel ve doğru karar verebilmelerini sağlayarak, özgürlük ve otonomisini arttırırlar (Karadağlı, 2016; Korkmaz, 2011).
- Hemşirelik bakımının profesyonel ve etik standartlara uygun olarak verilmesini sağlarlar (Karadağlı, 2016).
- Hemşirelerin, birey-aile-topluma, mesleğine, meslektaşlarına, diğer sağlık ekibi üyelerine, sağlık kurumlarına ve kendisine karşı sorumluluklarını daha iyi kavrayarak topluma yeterli ve kaliteli bakım sunmaları konusunda rehberlik ederler (Karadağlı, 2016; Gül, Kuzuca ve Yalım, 2016).
- Mesleğin, toplumdaki statüsünü güçlendirirler (Dinç, 1997).

Etik karar verebilmek ve davranabilmek formal bir hazırlığı gerektirmektedir (Dinç, 1997). Hemşirelerin etik temelli bakım verebilmeleri için, hemşirelik eğitim programlarında konunun ele alınması ve öneminin vurgulanması önemlidir (Karadağlı, 2016).

2. Etik Öğretiminin Önemi

Hemşireler, bakım sorumluluğunu üstlendikleri sağlıklı/hasta bireyleri değerleri, inançları, tutum ve davranışları ile bir bütün olarak değerlendirmelidir. Hemşirelik insan insana ilişkiye

dayanan, değer yüklü eylemler konusunda karar verilmesi ve uygulanması gereken, değerle ilgili sorunların yoğun yaşanabildiği bir meslektir (Gül, 2022). Hemşireler, günümüzde sürekli değişen ve çeşitli nedenlerle karmaşık hale gelen bir sistem içinde çalışmak zorundadır (Erkuş ve ark., 2018; Izadi ve ark., 2020; Özlem, 2016). Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak, sağlık alanında bilgi yükünün hızla artması, bilgiye erişimin kolaylaşması, bakım ve tedavi alanında ileri teknoloji ile donatılmış cihazların kullanılmaya başlaması, daha nitelikli, etkin bakım ve tedavi sunulmasını sağlarken, diğer yandan sağlık çalışanlarına yeni rol ve sorumluluklar yüklemektedir (Erkuş ve ark., 2018; Gül, 2022; Gül ve ark., 2016). Hemşireler, genişleyen rol ve sorumlulukları ile daha karmaşık konularda kararlar vermek ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumunda kalmaktadır (Özlem, 2016). Dünyada ve ülkemizde demografik yapının değişmesi, bulaşıcı hastalık, kronik hastalık ve çoklu sistem hastalık oranlarının artması, bakım/tedavi/rehabilitasyon gereksinimi olan hasta sayısını da arttırmaktadır. Sağlık hizmeti kaynaklarının sınırlı olması, buna karşın sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması, hasta güvenliği ile ilgili riskler, sağlık çalışanlarının farklı pek çok etik sorun ile yüzleşmesine neden olmaktadır (Erkuş ve ark., 2018; Gül, 2022; Gül ve ark., 2016; Özlem, 2016).

Hemşireler etik sorunlarla; hemşire-hasta ilişkisi, hemşire-hekim ilişkisi, hemşire-hemşire ilişkisi ve sağlık politikaları nedeniyle kurumsal prosedürler ve/veya bakım ve tedavi uygulamalarını gerçekleştirirken karşı karşıya kalmaktadırlar (Altun, 2014; Erkuş ve ark., 2018; Gül, 2022; Korhan, 2016; Özlem, Demir Karabulut ve Şahinoğlu, 2013). Hastaların bakımı ve tedavisi konusunda, ekibin diğer üyeleri veya kurum ile görüş farklılıkları, hasta haklarının korunması, yaşamı destekleyen tedaviyi sürdürme/başlatmama/sona erdirme, terminal dönemdeki hastanın bakım ve tedavisi, beyin ölümü ve organ nakli, abortus, bulaşıcı hastalığı olan hastaların bakımı, kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunlar, aydınlatılmış onam, gizlilik, kısıtlı kaynakların paylaştırılması ve kullanımı, doğruyu söyleme/söylememe, meslektaşlarının etik dışı tutumlarının olması, hemşirelik uygulamaları sırasında kullanılan araç-gereçlerin kötü ve yetersiz olması, çalışma süresinin uzun olması, hekim-hemşire-hasta arasında yaşanan iletişim sorunları, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirsizliği, hemşirelerin çalışma ortamında sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlardır (Garity, 2009; Gül, 2022; Özlem, 2016).

Hemşirelik mesleği, değerlerle yüklü mesleki uygulamaları içermektedir (Gül, 2022). Modern çağdaki sağlık sistemi, hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasını, bakımın insani ve ahlaki yönü konusunda duyarlı olmasını, güçlü bir ahlaki muhakeme yeteneğine sahip olmasını, etik sorunları çözebilme becerisine sahip

olmasını ve meslek ahlakına uygun hizmet sunmasını gerektirmektedir (Gül ve ark., 2016; Yeom, Ahn ve Kim, 2017). Hemşirelerin etik karar verme becerilerini geliştirebilmesi için etik ile ilgili kavramlara hâkim olması, etik sorunları fark edebilmesi, ahlaki duyarlılık geliştirebilmesi, etik analiz yapabilmesi, etik sorunlara neden olan faktörleri belirleyebilmesi, etik sorunlara çözüm önerisi sunabilmesi, etik karar vermesi ve aldığı kararların sonucunu etik açıdan değerlendirebilmesi önemlidir (Gül, 2022). Hemşirelerin etik karar verebilmesi, ancak hemşirelik eğitim programlarından mezun olmadan önce kendi ahlaki değerlerini tanıyıp bunları geliştirmek amacıyla çeşitli eğitimler alması ve çalışmalar yapması ile mümkündür (Demir Karabulut ve Şahinoğlu, 2013; Gül ve ark., 2016). Hemşirelikte etik eğitimi, hemşirelik mesleğine olumlu katkı sağlamasının yanı sıra, hemşire-hasta ilişkisini de olumlu yönde geliştirmektedir (Demir Karabulut ve Şahinoğlu, 2013).

Hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları olarak kabul edilen Florence Nightingale Andı, hemşirelerin çalışma ortamında karşılaşabilecekleri etik sorunlara rehberlik edecek etik ilkeleri içermektedir (Aydt, 2015; Demir Karabulut, Yalım ve Şahinoğlu, 2021; Numminen ve ark., 2011; Özlem, 2016). Hemşirelikte etik ilkeler, ilk defa 1897 tarihinde Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından gündeme getirilmiş, etik kuralların hazırlanması ise 1926 tarihinde gerçekleştirilmiştir (Demir Karabulut, 2015). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1950 ve 2001 yılında, Uluslararası Hemşirelik Konseyi 1953 ve 2012 yılında etik kodları gözden geçirmiş, çağa uygun, yeni hemşirelik kodlarını ve değerlerini belirlemişlerdir (Arslantaş, 2015). Türkiye'de ise hemşireler için etik kodlar, 2009 yılında Türk Hemşireler Derneği tarafından "Hemşirelerin Etik İlke ve Sorumlulukları" başlığı altında yayınlanmıştır. Metinde hemşirelerin görevlerini yerine getirirken hizmet verdiği birey, aile ve topluma, mesleğine, meslek örgütüne ve sağlık ekibine karşı sorumlu olduğunun bilinci ile "zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adelet ve eşitlik" ilkelerine uymaları gerektiği ifade edilmektedir (THD, 2009). Hemşirelik etiği ile ilgili ulusal ve uluslararası tüm bildirgelerin ortak özelliği, mesleki etik öğretiminin önemine vurgu yapmasıdır (Chao ve ark., 2017; Gül ve ark., 2016; Khatiban ve ark., 2019; Küçükkelepçe, Dinç ve Elçin, 2020).

Hemşirelik eğitimi kuramsal ve uygulamalı eğitim-öğretimi kapsayan, hemşirelik öğrencilerine mesleki bilgi, beceri ve tutumların yanı sıra yasal ve etik standartlara uygun olarak mesleki uygulama yapabilme yetisinin kazandırılmaya çalışıldığı bir süreçtir (Erkuş ve ark., 2018; Pınar ve Peksoy, 2016). Etik öğretimi, hemşirelik eğitiminin vazgeçilmez bir bileşenidir ve tüm hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmaktadır (Chao ve ark., 2017; Demir Karabulut ve Şahinoğlu, 2013; Erkuş ve ark., 2018; Gül ve ark., 2016; Khatiban ve ark., 2019; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Pınar ve Peksoy, 2016). Lisans programlarında, ciddi bir etik

eğitimi verilmesi ve alınan etik eğitiminin uygulamaya aktarılması önemli bir gerekliliktir (Erkuş ve ark., 2018; Gül ve ark., 2016). 2 Şubat 2008 tarih 26775 sayılı "*Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık eğitim programlarının asgari eğitim koşullarının belirlenmesine dair yönetmelikte*" hemşirelik programında okutulması gereken konular arasında meslek etiği birinci sırada yer almaktadır (Resmi gazete 2 Şubat 2008 tarih 26775 sayılı). Hemşirelik eğitiminde etik, yalnızca profesyonelliğin bir gereği değil aynı zamanda yasal bir zorunluluktur (Erkuş ve ark., 2018; Küçükkelepçe ve ark., 2020).

Hemşirelik öğrencilerinde ahlaki muhakeme, etik sorunları çözmek için gerekli olan ahlaki duyarlılığın, mesleğe ve uygulamalarına yönelik etik bilincin, eleştirel düşünme ve etik karar verme becerilerinin geliştirilmesinde etik öğretiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Khatiban ve ark., 2019; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Kyle, 2008). Hemşirelikte etik eğitimi, hemşirelerin uygulamada ne tür sorunların etik açıdan zorlanmalara yol açtığını belirlemelerinin yanı sıra, karşılaştıkları etik sorunlarla baş etmek için beceri geliştirmelerine; etik karar vermede kendilerine güvenmelerine; sahip oldukları güven ve edindikleri bilgi sayesinde etik sorunlara karşı önlem almalarına katkı sağlamaktadır (Gül ve ark., 2016). Ayrıca, gereksinim duyduklarında etik sorunları çözmek için mevcut kaynaklara nasıl ulaşabilecekleri konusunda da yol göstermektedir (Gül ve ark., 2016). Etkili bir etik eğitimi ile mevcut etik sorunları değerlendirme, analiz etme ve çözme becerisini geliştiren hemşireler yaptığı işten doyum almakta ve ne yaptığını bilen, yaptıklarının sonucunu kestirebilen donanımlı hemşireler haline gelmektedirler (Haddad, 2021). Bu nedenle hemşirelerin, etik ilkeleri anlayabilmesi ve bu ilkeleri anlamlı ve tutarlı bir şekilde uygulamada kullanabilmesi yaşamsal önem taşımaktadır (Özlem, 2016). Hemşirelikte etik eğitimi, aynı zamanda iyi bakım sağlamanın temelini oluşturmakta ve hemşireleri erdemli davranış sergilemeye teşvik etmektedir (Gül ve ark., 2016). Hemşirelerin sağlık alanındaki dinamik değişikliklere uyum sağlayabilmesi, karşılaştıkları etik sorunlara yönelik duyarlılık kazanmaları ve etik karar verebilmelerinde etik eğitimi son derece önemlidir (Erkuş ve ark., 2018; Küçükkelepçe ve ark., 2020).

Geleceğin sağlık çalışanı olarak hemşirelik öğrencilerinin, çalışma ortamında karşılaşabilecekleri zorluklara ve etik ikilemlere hazır bulunurluklarının sağlanması, etik sorunlarla başa edebilmeleri için gerekli ahlaki duyarlılık ve ahlaki akıl yürütme becerilerinin gelişmesi için lisans programlarında ciddi bir etik öğretimi verilmesi önemli bir gerekliliktir (Demir Karabulut ve ark., 2021; Erkuş ve ark., 2018; Khatiban ve ark., 2019; Yeom ve ark., 2017). Etik öğretimi, öğrencilerin ahlaki duyarlılığını geliştirmektedir. Ahlaki duyarlılığa sahip hemşirelik öğrencileri; bakım ve tedavi uyguladıkları hastalarının gereksinimlerini karşılarken empati kurabilmekte, haklarını ve çıkarlarını savunabilmekte, ahlaki ve etik durumlarda rollerinin

ne olduğunu bilirler ve rollerinin gerektirdiği sorumlulukları alabilmektedirler (Lee, Huang ve Huang, 2017). Etik öğretimi, öğrenci hemşirelere mesleki etik sorunları tanıma, etik karar verme, erdemli olma, tutum ve değer oluşturma, değişen çalışma ortamlarında etik kuralları uygulamayı öğrenme fırsatı sağlamaktadır (Lee ve ark., 2017).

Sağlık profesyonellerinin etik karar verebilmesi, etik duyarlılık geliştirebilmesi, bilimsel ve teknoloji temelli etik konuları tanımlayabilmesi, etik sorunların farkına varabilmesi ancak ahlaki değerleri tanıması, değerlendirmesi, ilerleyen süreçlerde bunun üzerine empati yapabilmesi ile mümkün olmaktadır. Bireyin kişisel ve toplumsal olarak edindiği ahlaki değerler, etik eğitimi ile biçimlenmektedir. Bu nedenle etik eğitimi, sağlık profesyonellerinin değer eğitiminde önemli ve gereklidir (Gül ve Şahinoğlu, 2020).

Etik eğitiminin amacı; etik farkındalık, duyarlılık ve yeterlik ile etik sorunların çözümünde bilgi ve beceri geliştirmektir (Gül ve Şahinoğlu, 2020). Belirtilen becerilerin kazandırılmasında, etik öğretiminde seçilen yöntem önemlidir (Khatiban ve ark., 2019). Etik öğretiminde tercih edilecek olan öğretim yöntemleri,

- Hemşirelik öğrencilerine meslek bilinci, mesleki yaşantıda etik ve sorumlu davranabilme, çağdaş rol ve sorumlulukları yerine getirebilme bilgi ve becerisi kazandırmalı (Özlem, 2016),
- Hemşirelik öğrencilerine kaliteli hasta bakımı sunulması için gerekli etik konularda bilgi ve beceri (*temel etik teori ve kavramlar, insan hakları, hasta hakları, insanın değeri, insana saygı, bireysel ve mesleki değerler, değer çatışmaları, mesleki rol ve sorumluluklar, etik ilkeler, etik ihlaller, etik ikilemler ve etik karar verme süreci vb*.) kazandırmalı (Baykara ve ark., 2015; Demir Karabulut ve ark., 2021; Dinç, 1997; Gül ve ark., 2013; Özlem, 2016),
- Hemşirelik öğrencilerinin ahlaki duyarlılıklarını geliştirmeli (Erkuş ve ark., 2018; Gül ve ark., 2013; Gül ve Şahinoğlu, 2020),
- Hemşirelik öğrencilerine mesleki etik sorunları tanıma/belirleme ve etik sorunları çözme becerisi kazandırmalı (Erkuş ve ark., 2018; Gül ve Şahinoğlu, 2020; Khatiban ve ark., 2019),
- Hemşirelik öğrencilerine eleştirel düşünme ve etik karar verme becerisi kazandırmalı (Erkuş ve ark., 2018; Gül ve ark., 2013; Khatiban ve ark., 2019; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Özlem, 2016),

Hemşirelik öğrencilerini gelecekteki kariyerleri için hazırlayabilmelidir (Khatiban ve ark., 2019).

3. Etik Öğretiminde Kullanılan Yöntemler

Hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde, etik öğretimi Türkiye'de ve Dünya'da önem kazanmış olsa da, öğretim yöntem ve stratejilerinin neler olması gerektiği konusu tartışmalıdır (Erkuş ve ark., 2018). Etik öğretimi yapan eğitimcilerin nitelikleri, etik dersi içerikleri, eğitimin veriliş biçimi, etik öğretiminin yapıldığı sınıf, öğretim ve değerlendirme yöntemleri, etik öğretimi için ayrılan süre de dünya genelinde ve aynı ülkede kurumlar arasında farklılık göstermektedir (Akbaş, Tuncer ve Kadıoğlu, 2016; Haddad, 2010; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Robichaux ve ark., 2022; Yeom ve ark., 2017). Etik öğretimi, geleneksel olarak sınıf ortamında eğitimcinin aktif, öğrencinin ise pasif olduğu anlatım yöntemi kullanılarak yürütülmektedir (Alyousefi, Jarallah ve Alrowais, 2016). Ancak, teorik derslerde sunulan kuramsal bilgiler, uygulama ile desteklenmediğinde tek başına klinik ortamda karşılaşılan etik sorunları çözmede yeterli olmamaktadır (Chao ve ark., 2017). Geleneksel yöntemlerin aksine aktif ve öğrenci merkezli öğrenme yöntemleri kullanılarak yapılan ve gerçek/gerçeğe yakın yaşam deneyimleri ile desteklenen etik öğretimi etik konuların öğretilmesinde daha etkilidir (Alyousefi ve ark., 2016; Chao ve ark., 2017). Aktif ve öğrenci merkezli etik öğretim yöntemleri, sağlık çalışanlarını en yüksek etik standartları izleyerek çalışmaya ve çalışma ortamındaki etik durumları başarılı bir şekilde yönetmeye hazırlamaktadır (Trobec ve Starcic, 2015). Etik eğitimi hemşirelerin klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisini sağlayacak içerik ve yöntemlerle verilmelidir (Özlem, 2016). Etik eğitiminde uygulanan öğretim yöntemlerinin, öğrencilerin ahlâki gelişimine etkisi olacak ve etik sorunlara yaklaşımı konusunda donanımlı yetişmelerini sağlayacak, etik performansını geliştirecek nitelikte olması gerekmektedir (Demir Karabulut, 2015; Khatiban ve ark., 2019). Bu amaçlara yönelik olarak etik öğretimi; anlatım, soru-cevap, oyun oynama, vaka analizi çalışmaları, küçük grup çalışmaları, rol-play, simülasyon, standardize hasta kullanımı, video gösterimi, uzaktan öğretim, yansıtıcı öğrenme, probleme dayalı öğrenme gibi pek çok farklı öğretim yöntemleri kullanılarak verilebilmektedir (Erkuş ve ark., 2018; Haddad, 2010; Izadi ve ark., 2020; Khatiban ve ark., 2019; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Lee ve ark., 2017; Özlem, 2016; Robichaux ve ark., 2022). Tüm bu öğretim yöntemlerinde amaç; öğrencilere temel etik teori ve kavramlar konusunda bilgi kazandırmak, öğrencilerin etik duyarlılıklarını geliştirmek, öğrencilere mesleki değerleri öğretmek, öğrencilerin etik sorunları tanımasını sağlamak ve öğrencilere etik sorun çözme bilgi ve becerisi kazandırmak, etik karar verme ve etik davranma becerisi kazandırmaktır (Demir Karabulut, 2015; Dinç, 1997; Erkuş ve ark., 2018; Gül ve Şahinoğlu, 2020). Her öğrenci, farklı yollarla öğrenmektedir ve her öğrencinin kendine özgü bir öğrenme stili bulunmaktadır (Mert ve ark., 2011). Öğrencilerin, öğrenme stilleri dikkate alınarak yapılan etik öğretimi daha etkili olmaktadır (Lee ve ark., 2017).

Etik öğretiminde kullanılan yöntemler, bu yöntemlerin avantaj ve dezavantajları aşağıda belirtilmiştir.

3.1. Etik Öğretiminde Anlatım Yöntemi/ Didaktik Anlatım

Anlatım, etik öğretiminde en sık kullanılan geleneksel yöntemlerden biridir (Demir Karabulut, 2015; Izadi ve ark., 2020). Anlatım yöntemi, eğitimcilerin sahip olduğu bilgilerin sınıf ortamında belirli bir sıra ile öğrencilere/dinleyicilere sözlü olarak aktarılmasıdır (Aksu ve Doğan, 2015; Hacıalioğlu, 2013). Bu öğretim yönteminde, içeriğin büyük bölümü kuramsaldır. Her derste, az ya da çok anlatım yöntemi kullanılabilir. Ancak, dikkat edilmesi gereken nokta tüm öğretim durumlarında sadece anlatma yönteminin kullanılamamasıdır. Anlatım yönteminin etkinliğinin arttırılması için, yerinde ve zamanında kullanılmasının yanı sıra, diğer öğretim yöntemleri ile birlikte kullanılması da önemlidir (Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2020). İyi bir hazırlık ve iyi bir sunum anlatım yönteminin kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken temel özelliklerdendir (Yaşar Ekici, 2020).

Etik Öğretiminde Anlatım Yönteminin Avantajları

1. Etik ile ilgili konulara giriş yapmada, konunun kısa tekrarının yapılması ve özetlenmesinde etkilidir.
2. Etik ile ilgili kısa sürede, çok fazla kuramsal bilginin kalabalık bir gruba verilmesi mümkündür.
3. Etik ile ilgili tanım ve temel kavramlar açıklanabilir.
4. Uygulanması kolay ve ekonomiktir (Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013; Izadi ve ark., 2020).

Etik Öğretiminde Anlatım Yönteminin Dezavantajları

1. Eğitimcinin aktif ve merkezde olduğu, dinleyicilerin pasif olduğu bir öğretim yöntemidir.
2. Çoğunlukla kuramsal bilgiye odaklanılmaktadır. Etik öğretiminde, bu yöntemin tek başına kullanılması durumunda, öğrencinin gerçek hayattaki karmaşık olaylar ve kuramsal bilgi arasında ilişki kurması güçtür.
3. Ahlâki değer yargılarının geliştirilebilmesi için anlatım yöntemi farklı öğretim yöntemleri ile birlikte kullanılmalıdır.
4. Anlatım yönteminin etkili olabilmesi için, kavramların mesleğe uygun ve ilgi çekici örneklerle açıklanması, sunumun görsel ve işitsel araçlarla desteklenmesi gereklidir.
5. Öğrencilerin dikkatlerini uzun süre korumaları zordur.
6. Sürenin uzaması ve öğrencilerin aktif katılımının sağlanamadığı durumlarda sıkıcı olabilmektedir.

7. Öğrenme düzeyini ölçmek zordur, öğrencilere performanslarını gösterme fırsatı verilememektedir.
8. Öğrenciler etik sorunların çözümü için problem çözme, karar verme ve eleştirel düşünme için gerekli becerileri geliştiremezler.
9. Eğiticiler ve dinleyiciler arasındaki iletişim sınırlıdır (Aksu ve Doğan, 2015; Demir Karabulut, 2015; Erkuş ve ark., 2018; Hacıalioğlu, 2013; Izadi ve ark., 2020; Yaşar Ekici, 2020).

3.2. Etik Öğretiminde Soru-Cevap Yöntemi

Her dersin sınıf içi uygulamalarında ve klinik öğretimde kullanılabilecek öğretim yöntemlerinden biridir. Konu hakkında eğitimci tarafından önceden hazırlanmış olan soruların öğrencilere yöneltilmesi, öğrencilerin verdikleri cevaplara göre konunun desteklenmesini içermektedir (Aksu ve Doğan, 2015; Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013). Bu yöntem, öğrencilerin eğiticiye veya öğrencilerin birbirlerine soru sormasına olanak sağlanmalıdır (Aksu ve Doğan, 2015). Öğrencilerin konu hakkındaki bilgisi ve dersi anlama becerisi değerlendirilebilir, anlatılacak konu hakkında merak uyandırılabilir, öğrenilen bilgiler tekrar edilebilir, öğrenciler anlatılacak konu hakkında düşünmeye özendirilir, öğrencilerin konu hakkındaki fikirleri öğrenilir, etkili konuşma ve iletişim becerileri geliştirilebilir, öğrencilerin derse güdülenmesi sağlanarak öğrenmenin etkisi arttırabilir (Aksu ve Doğan, 2015; Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2020). Soru cevap yöntemi kullanılırken, öğrencilerin konuya olan ilgi ve motivasyonları, hazır bulunuşluluk düzeyleri, bilgi düzeyleri ve sınıftaki öğrenci sayısı dikkate alınmalıdır. Sorulacak sorular öğreticide merak uyandırıcı, konuya temel oluşturacak nitelikte ve kavramların anlaşılmasına yönelik olmalıdır. Sorular öğrencilerin yorumlama, analiz etme, eleştirel düşünmelerini destekleyici özellikte ve tartışmaya teşvik edici nitelikte hazırlanmalı, evet-hayır gibi tek kelimelik cevap gerektiren sorular sorulmamalıdır (Yaşar Ekici, 2020). Hazırlanan sorular grubun tümüne sorulmalı, soruların cevaplanması için yeterli süre verilmeli, öncelik gönüllülere verilmelidir. Sorular cevaplanamadığı durumda anlayışla karşılanmalı ve eğitici her soruya verilen cevaba uygun bir geribildirim vermelidir (Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2020).

Etik Öğretiminde Soru-Cevap Yönteminin Avantajları

1. Öğrencilerin, derse aktif katılımını sağlayan yöntemlerden biridir (Yaşar Ekici, 2020).
2. Sorular amacına uygun olarak hazırlandığında ve kullanıldığında etkili bir yöntemdir. Ezber/hatırlama soruları yerine, konu ile ilgili öğrencilerin düşünmesini, bilgilerini analiz etmesini sağlayan sorular sorulduğunda, düşünme becerilerinin gelişmesini

sağlamakta ve öğrenmeyi kolaylaştırmaktadır (Demir Karabulut, 2015; Yaşar Ekici, 2020).

3. Konu ile ilgili yanlış öğrenmeler, ilk aşamada tespit edilip, düzeltilebilmektedir (Yaşar Ekici, 2020).

Etik Öğretiminde Soru-Cevap Yönteminin Dezavantajları

1. Ders süresinde sadece soru cevap yönteminin kullanılması, öğrencinin sıkılmasına ve dersten uzaklaşmasına neden olabilir (Yaşar Ekici, 2020).
2. Diğer öğretim yöntemleriyle birlikte kullanılmazsa konunun anlaşılmasını zorlaştırabilir (Yaşar Ekici, 2020).
3. Soruların niteliği ve düzeyinin doğru belirlenmemesi, yanıtlanamayacak soruların sorulması; öğrencinin derse karşı tutumunu olumsuz etkiler, özgüven eksikliğine ve ümitsizliğe neden olabilir (Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2020).

3.3. Etik Öğretiminde Vaka Analizi/ Tartışması

Vaka analizi, belirli bir konu veya sorun üzerine odaklanmış, gerçekçi senaryoların kullanıldığı bir öğretim yöntemidir (Hacıalioğlu, 2013). Etik öğretiminde en çok kullanılan yöntemlerden biri, vaka analizi yöntemidir (Demir Karabulut, 2015; Erkuş ve ark., 2018). Öğrencilere etik konusunda, teorik derslerde öğrendikleri bilgileri pekiştirme ve olayları daha ayrıntılı analiz etme olanağı sunmaktadır (Demir Karabulut, 2015). Vaka analizi yöntemi, öğrencilere gerçek yaşam durumlarını inceleme ve hemşirelik etiği eğitimindeki kavramlara ilişkin daha derin bir anlayış geliştirme fırsatı sağlamakta, yeni öğrendikleri etik teorilerini uygulamaya koymalarında rehberlik etmekte, öğrencilerin analitik düşünme, problem çözme, muhakeme etme, tartışma, iletişim, empati kurma, özgün fikir üretme ve etik karar verme becerilerini geliştirmektedir (Aydt, 2015; Chen, Ye ve Weng, 2022; Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013; Küçükkelepçe ve ark., 2020; Yaşar Ekici, 2020). Vakalar gerçek yaşamdaki deneyimlere dayalı olabileceği gibi, kayıtlardan ya da kitap/dergi/gazetelerden seçilerek de oluşturulabilir (Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2020). Eğitici tarafından tartışılması istenen noktalar belirtilerek hazırlanan vaka, öğrencilere yazılı olarak sunulmaktadır. Öğrencilerden bireysel olarak veya küçük gruplar halinde vakaları okumaları, tartışmaları ve konu/sorunla ilgili hazırladıkları raporları farklı yöntemler kullanarak paylaşmaları istenmektedir. Bu aşamalardan sonra, eğitici tarafından vaka analizinin sonuçları özetlenmektedir (Hacıalioğlu, 2013). Ayrıca etik öğretiminde gerçek vaka kullanımı da önerilen yöntemlerden biridir (McWilliams ve Nahavandi, 2006). Vaka seçiminde, basitten zora doğru bir sıralama yaklaşımının benimsenmesi önerilmektedir (Demir Karabulut, 2015). Etik öğretiminde gerçek vaka, iki farklı şekilde uygulanabilmektedir. Birinci yöntemde, etik ikilem/

etik ihlal içeren güncel bir olay seçilmekte ve bu olay ile ilgili vaka hazırlanarak, sunulmaktadır. Vaka sunumunda, sorunun ana hatları çizilmekte ve sorunun çözümü için alınan/ alınabilecek eylemler tartışılmaktadır (McWilliams ve Nahavandi, 2006). Böylece, öğrenciler kendi klinik uygulamalarında yaşadıkları bir ikilemi tanıma ve ikilemi yaşarken kendi eylemleri üzerinden eleştirel düşünme becerilerini ortaya kayabilmekte, kendi deneyimlerinden yararlanarak etik karar verme ve sorun çözme becerileri kazanabilmektedirler (Demir Karabulut, 2015). İkinci yöntem ise, eğitimci tarafından gerçek bir hastanın sınıfa davet edilmesidir. Bu yöntemde öğrenci, hastaya soru sorabilir, sağlık sorunun etik boyutlarını tartışabilir ve analiz edebilir. Böylece öğrenciye anında geribildirim verilerek hatalı etik kavramları düzeltmesi ve etik bilgilerini geliştirmesi sağlanabilir (Lee ve ark., 2017). Vaka analizi/tartışması yöntemi kullanılarak etik ilkeler ve davranış kuralları, etik ikilemleri çözmede kullanılacak teorik çerçeve ve karar verme modelleri konusunda bilgi edinilebilir. Vaka tartışmasının analiz aşamasında, öğrencilerin teorik bilgileri mevcut vaka ile bütünleştirmesi sağlanabilir, sorunlara bakış açılarının farklı olduğu ve sorunların farklı yollara çözülebileceği öğretilebilir, analiz etme ve eleştirel düşünme becerileri geliştirilebilir. Öğrencilere etik sorun varlığında, uygulanması gereken profesyonel tutum ve davranışlar, klinik uygulama ortamında etik bir ikilem hakkında karar verirken atılacak adımlar öğretilebilmektedir (Garity, 2009).

Vaka analizi yöntemi uygulanmadan önce amaçlar önceden belirlenmeli, olay iyi yapılandırılmalı, açık ve anlaşılır olmalı, mümkünse görsel ve işitsel materyallerle desteklenmelidir. Konunun dağılıp başka yöne sapmasına fırsat verilmemeli, ilginin devamlılığı sağlanmalıdır (Yaşar Ekici, 2020).

Etik Öğretiminde Vaka Analizinin/Tartışmasının Avantajları

1. Öğrencilerin aktif olarak katılımını ve birbiri ile etkileşimini artırır ve böylece belirli bir konu/sorun hakkında birlikte çalışmaları için olanak sağlamaktadır.
2. Hem öğrenciler hem de eğiticiler için, daha eğlenceli bir öğrenme ortamı sunmaktadır.
3. Olayların etik boyutunun sorgulanması, öğrencinin olaydaki doğru ve yanlış olay ve olgulara, nedenleri ile birlikte ele almasını ve tutum geliştirmesini sağlamaktadır.
4. Öğrencilerin, etik ile ilgili temel kavramları, etik sorunları ve ikilemleri kavramalarına yardımcı olmaktadır.
5. Öğrencilerin toplumsal ve evrensel etik değerlerle tanışmasına olanak sağlamaktadır.
6. Öğrencilerin, etik sorunların çözümünde yaşanabilecek zorlukları anlamalarına ve klinik alanda yaşanabilecek etik anlaşmazlıkların önlenmesine katkıda bulunmaktadır.
7. Öğrencilerin etik çatışmaları ve etik çatışmaların nedenlerini anlamalarına yardımcı olmaktadır.

8. Öğrencilerin klinik alandaki sorunların etik boyutlarını sorgulamalarını ve sorunların çözümü için alınan/alınabilecek eylemleri tartışmalarını sağlamaktadır.
9. Aynı etik soruna farklı bakış açıları ve çözümler getirilebilmektedir.
10. Etik sorunlar/ikilemler konusundaki deneyimlerin ve becerilerin çoklu paylaşımını sağlamaktadır.
11. Öğrencilerin etik ile ilgili konularda, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmektedir.
12. Etik karar verebilme, hemşirelik süreci gibi tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içerdiğinden öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirmektedir.
13. Öğrencilerin klinik uygulamalarda karşılaşabilecekleri durumları taklit etme fırsatı sunmaktadır.
14. Öğrencileri, öğrenme konusunda motive etmektedir (Alyousefi ve ark., 2016; Demir Karabulut, 2015; Erkuş ve ark., 2018; Hacıalioğlu, 2013; Izadi ve ark., 2020; Küçükkelepçe ve ark., 2020; McWilliams ve Nahavandi, 2006; Yaşar Ekici, 2020).

Etik Öğretiminde Vaka Analizinin/Tartışmasının Dezavantajları

1. Sorun ile ilgili vaka bulmak veya yazmak güç olabilmektedir (Hacıalioğlu, 2013).
2. Seçilen vakaların çok zor ve karmaşık olması, öğrencilerin vaka çözümlerinde hayal kırıklığı yaşamasına neden olabilmekte ve öğrenmeyi güçleştirebilmektedir (Izadi ve ark., 2020).
3. Vaka/örnek olayın çözümü uzun zaman alabilmekte ve bu nedenle zaman yönetiminde sorun yaşanabilmektedir (Hacıalioğlu, 2013).
4. Klinik ortamda karşılaşılan etik sorunların belirsizliği, vaka analizi yönteminde kullanılan vakalardaki olayların belirsiz veya çok açık olması gibi nedenlerle öğrenciler öğrendiklerini kendi klinik deneyimlerine yansıtamamaktadır. Öğrencilerin gerçek bir durumla karşılaştıklarında "gerçekten ne yapacaklarına" dair bir gösterge vermemektedir (Aydt, 2015; Haddad, 2010).
5. Etik öğretiminde, hemşireliğe etkisi ve hemşirelikle ilgisi olan, yaşamda karşılaşılmış ya da karşılaşma olasılığı bulunan güncel olaylar kullanılarak vaka tartışmaları yapılmalıdır. Aksi takdirde öğrencilerde, okullarda öğrenilen bilgilerin gerçeği yansıtmadığına ilişkin bir algının gelişmesine neden olabilmektedir.
6. Öğrenci sayısının fazla olduğu durumlarda, her öğrencinin aynı kazanımı elde etmesi güçtür. Bu nedenle vaka analizinin, küçük gruplarla yürütülmesi önerilmektedir (Demir Karabulut, 2015).

3.4. Etik Öğretiminde Grup Tartışması

Grup tartışması, düşüncelerin, soruların ve yanıtların öğrenciler tarafından geliştirildiği, 8-10 kişilik gruplarda aktif katılım ve karşılıklı fikir alışverişini sağlamada etkili bir yöntemdir (Hacıalioğlu, 2013). Grup tartışması yönteminin amaçları; konu hakkında bilgi sahibi olmak, daha önce verilen bilgilerin pekiştirilmesi ve anlaşılamayan noktaların açıklanmasını sağlamak, öğrencileri düşünmeye yöneltmek ve problem çözme becerilerini geliştirmek, ahlaki gelişimi desteklemek, tutumların değişmesi ve geliştirilmesini sağlamak ve iletişim becerilerinin gelişmesini sağlamaktır (Aksu ve Doğan, 2015; Yaşar Ekici, 2021). Vaka analizine dayalı grup tartışmaları, etik öğretiminde, öğrenme hedeflerine ulaşmayı kolaylaştıran etkili yöntemlerdendir (Demir Karabulut, 2015; Heidari ve ark., 2013). Etik öğretiminde grup tartışmalarının etkisi; tartışma öncesi yapılan ön hazırlık, öğrenci sayısı, öğrencinin konu ile ilgili ön bilgisi, tartışma süresi, tartışmanın niteliği, grupların dengeli oluşturulması, tartışma ortamının özellikleri, eğitimcilerin tartışmada yer alma durumu ve tartışmayı yönetebilme becerisi ile ilişkilidir (Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013; Yaşar Ekici, 2021).

Etik Öğretiminde Grup Tartışmasının Avantajları

1. Etik öğretiminde vaka tartışmalarının kullanılması, öğrencilerin memnuniyet düzeylerini arttırmaktadır.
2. Grup üyeleri öğrenme sürecinde aktiftir.
3. Öğrencilere, kendi düşüncelerini ifade edebilme ve yorum yapma fırsatı vermektedir.
4. Öğrencilere, konu ile ilgili arkadaşlarının görüşlerini alma ve farklı açılardan sorunları değerlendirme yapma becerisi kazandırmaktadır.
5. Öğrencilerin etik sorunlar üzerine düşünme, analiz etme ve problem çözme becerilerini geliştirmektedir (Aksu ve Doğan, 2015; Heidari ve ark., 2013; Yaşar Ekici, 2021).

Etik Öğretiminde Grup Tartışmasının Dezavantajları

1. Büyük gruplarla bu yöntemi uygulamak zordur (Hacıalioğlu, 2013).
2. Tartışma için ayrılabilecek süre kısıtlıdır (Heidari ve ark., 2013).
3. Sınıf ortamında kullanılan bir vakaya getirilen çözüm önerileri, başka bir vakadaki etik bir problemin çözümü için geçerli olmayabilir (Demir Karabulut, 2015).
4. Vaka analizine dayalı grup tartışmalarında, etik çözümlemelerde öğrencilere belirli bir sorun ve onun çözümü dayatılmakta, dolayısıyla genel bir etik kavrayış sağlanamamaktadır (Hacıalioğlu, 2013; Demir Karabulut, 2015).

3.5. Etik Öğretiminde Rol-Play

Rol-play, öğrencilerin ele alınan etik sorun/konu ile ilgili eğitiminin amaçları ile ilgili bir durumu, gerçeğe uygun olarak oynadıkları; aktif katılım ve gözlem sağladıkları etkin bir öğretim yöntemidir (Doorn ve Kroesen, 2013). Bu yöntem, gerçek yaşam riskleri ile karşılaşmadan, öğrenme ortamında gerçek yaşam durumu ile ilgili bir deneme yapılmasını mümkün kılmaktadır (Ziv, Ben-David ve Ziv, 2005). Bu yöntemin en önemli avantajı, gözlem yolu ile öğrenmeyi sağlayabilmesi ve öğrencilerin empati yoluyla oyunda yerine geçtikleri kişilerin içinde bulundukları durumu anlamasını kolaylaştırmasıdır (Hacıalioğlu, 2013). Rol-play, etik öğretiminde kullanılması önerilen yöntemlerden biridir. Bu yöntemin amacı, belirli durumlarda öğrencilerin görüşlerini ve duygularını anlamalarına yardımcı olmaktır (Benko ve Peršolja, 2023; Demir Karabulut, 2015). Etik öğretiminde, rol-play yöntemi öğrencilerin kişisel etik değerlerinin farkına varmasına, etik ikilem ve etik sorun varlığında ne yapması gerektiği ile ilgili kendine sorular sorabilmesine yardımcı olmaktadır (Doorn ve Kroesen, 2013). Rol-play yönteminin amacına ulaşması bakımından rol-play uygulamasının sonunda öğrencilerden; nasıl bir deneyim yaşadım? Bu deneyim bana neler hissettirdi? Rol oynama esnasında hangi değerleri göz önüne aldım? Bu değerler, rol dışındaki "ben" için ne anlam ifade ediyor? Bu yaşadıklarım nerelerde kullanabilir, nasıl yararlanabilirim? gibi sorulara cevap verebilmesi beklenmelidir (Demir Karabulut, 2015).

Etik Öğretiminde Rol-Play Yönteminin Avantajları

1. Rol-play etik ile ilgili konuların anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Demir Karabulut, 2015).
2. Anlatımında güçlük çekilen soyut ve duyuşsal bileşeni olan konuların anlatımını kolaylaştırmaktadır (Noone ve ark., 2013).
3. Öğrencilerin problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmektedir (Aksu ve Doğan, 2015; Noone ve ark., 2013).
4. Öğrenciler farklı durumlarda nasıl davranmaları gerektiğini öğrenebilirler (Aksu ve Doğan, 2015).

Etik Öğretiminde Rol-Play Yönteminin Dezavantajları

1. Etik öğretiminde, rol oynama yönteminin tüm konular üzerinde uygulanması mümkün değildir. Genellikle, insan haklarından bir temanın alınması, uygulamada yaşanan bir etik ikilemin canlandırılması, etik karar almada her bir etik kuramı savunan etik komite üyelerinin canlandırılması ile sınırlıdır.

2. Eğitim amaçları doğrultusunda, önceden planlanmamış ve eğitim sırasında doğaçlama yapılan oyunlaştırmalar öğrenme hedeflerine ulaşılmasını engellemektedir.
3. Rol-play sırasında süreye dikkat edilmemesi, sürenin çok uzun olması sonucu güdülenmenin engellemesine ve öğrenmenin sıkıcı hale gelmesine neden olabilmektedir.
4. Rol-play, gözlem yoluyla öğrenmeyi de sağladığından, öğrencilerde olumsuz-yanlış davranışlar yerleşebilmektedir. Bu nedenle, senaryo içeriği geliştirilmesi istenen olumlu-doğru davranışları içerecek şekilde hazırlanmalı, olumsuz-yanlış örneklerden kaçınılmalıdır (Demir Karabulut, 2015; Hacıalioğlu, 2013).

3.6. Etik Öğretiminde Simülasyon

Hemşirelik eğitiminde kullanılan yöntemlerden biri olan simülasyon, senaryolar aracılığı ile öğrencilere gerçek yaşam durumlarını deneyimledikleri gerçekçi bir öğrenme ortamı sağlayarak öğrencilerin bilişsel, psikomotor ve duyuşsal bilgi ve becerilerinin kazandırılmasını sağlamaktadır (Göriş, Bilgi ve Bayındır, 2014; Uslusoy, 2018). Simülasyon hasta bakımını geliştirilmesi ve hasta güvenliğini sağlaması amacıyla kullanılan ve hemşirelik eğitiminin önemli bir parçası haline gelen bir uygulamadır (Uslusoy, 2018). Simülasyon uygulamaları, çevresel risklerin en aza indirildiği öğrenme ortamını sağlayarak sağlık bakım hizmetlerinde hastalara güvenli bakımın verilebilmesinde önemli bir adım olarak ele alınmaktadır. Simülasyona dayalı eğitimler; her öğrencinin öğrenmesine fırsat tanıyan, eşitlikçi, yetişkin öğrenme ilkelerinin etkili bir şekilde kullanıldığı, farklı öğrenme stillerine uygun ortamlardır. Bu ortamlarda ilgi ve gereksinimler öğrenen ve eğitici tarafından tanımlanmakta, öğrenenin deneyimleri ön planda tutulmakta, yaparak öğrenmesine fırsat tanınmakta ve öğrenme geribildirimlerle desteklenmektedir (Şendir ve Doğan, 2015).

Simülasyona dayalı eğitim, hastanın yasal haklarını ihmal etmeden ve hastaya zarar vermeden sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesini sağlamada etkili bir yöntemdir (Chao ve ark., 2017; Sezer ve Elçin, 2017). Simülasyon uygulamaları, öğrencinin sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında karşılaşılabilecek hasta güvenliği ile ilgili etik sorunlarla yüzleşmesini sağlayabilir (Pınar ve Peksoy, 2016). Simülasyon yöntemi daha önce kuramsal bilgi ve beceri öğretiminde kullanılırken günümüzde etik karar verme gibi duyuşsal beceri geliştirmede de kullanılmaktadır (Atakoğlu ve ark., 2020).

Etik Öğretiminde Simülasyonun Avantajları

1. Etik simülasyon ortamı, öğrenme süreçlerine öğrencinin aktif olarak katılımını sağlamaktadır.

2. Simülasyon ile esnek bir öğrenme ortamı oluşturulabilmektedir. Simülasyon ile öğrenme hedefleri doğrultusunda, senaryolar oluşturularak anlık uygulama fırsatı sağlanabilmektedir. Ayrıca, nadir rastlanan olgular da canlandırılarak, deneyim zenginliği artırılabilmektedir.
3. Etik açıdan zor durumları, deneyimleyerek ve tartışarak öğrenmelerini sağlamaktadır.
4. Etik öğretiminde simülasyon, öğrencilerin etiğin önemini anlamaları ve hemşirelik mesleğinde karşılaşılan etik sorun ve ikilemlere karşı tutum geliştirmelerine yardımcı olmaktadır.
5. Öğrencilerin gerçek hastaya temas etmeden önce, bilgi ve beceri kazanması sağlanmaktadır. Öğrenme sürecinde, doğruyu yapıncaya kadar tekrar edebilme fırsatı sağlanması, gerçek yaşamda hatalı uygulamaların azaltılmasına katkıda bulunmakta ve hasta güvenliğinin korunmasını sağlamaktadır.
6. Etik öğretiminde simülasyon, öğrencilerin etik konularda eleştirel düşünme, klinik karar verme ve problem çözme becerisinin gelişimini desteklemektedir.
7. Etik öğretiminde simülasyon, etik ve yasal konular ve etik problemler hakkında bilgi edinmenin en etkili yollarındandır. Problem çözümü ile ilgili bilgi alma, diğer öğrencilerin görüş ve değerlerini yansıtmak için alan sunmaktadır.
8. Deneyim eksikliği nedeniyle, klinik uygulamada yaşanabilecek korku ve anksiyeteyi azaltmaktadır. Sürekli tekrar etme olanağı ile öğrencinin performansını ve özgüveninin arttırmaktadır.
9. Simülasyon, gerçek durumun kontrollü ve basitleştirilmiş bir modelini sağlayarak öğrenmenin kalıcı olmasını desteklemaktedir.
10. Sistemin tekrarlı uygulamaya izin vermesi, sürekli mesleki gelişimi desteklemektedir.
11. Öğrencilere uygulama sırasında düzenli olarak geri bildirimlerin verilmesini, uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalarını, hastalara zarar vermeden, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmalarını sağlamaktadır.
12. Tüm sağlık çalışanları ve sağlık alanı öğrencilerinin meslektaşları ile iş birliği içerisinde kullanabilecekleri eğitim ortamları da yaratılabilmektedir.
13. Etik öğretiminde simülasyon; etik kavramların, kavramlar arasındaki ilişkilerin ve problem çözme stratejilerinin geliştirilmesini sağlayan karmaşık öğrenme ortamları oluşturmaktadır.
14. Simülasyon eğitimi, zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik etik ilkeleri ile ilgili etik sorunların öğrenilmesine

yardımcı olmaktadır (Atakoğlu ve ark., 2020; Bağrıaçık, Aydın ve Dal Yılmaz, 2022; Chao ve ark., 2017; Durmaz Edeer ve Sarıkaya, 2015; Erkuş ve ark., 2018; Göriş ve ark., 2014; Gropelli, 2010; Honkavuo, 2021; Pınar ve Peksoy, 2016; Sezer ve Elçin, 2017; Şendir ve Doğan, 2015; Trobec ve Starcic, 2015; Uslusoy, 2018; Ziv, 2003).

Etik Öğretiminde Simülasyonun Dezavantajları

1. Simülasyon yeni bir öğrenme yöntemi olduğu için, öğrencide anksiyete oluşturabilmekte ve öğrencinin öğrenme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
2. Simülasyonun etkin bir öğretim tekniği olabilmesi için, gerçeğe en yakın düzeyde senaryolar oluşturulmalı ve bu senaryolar üzerinden eğitim verilmelidir. Ancak simülasyon eğitimlerinde, her ne kadar gerçekçi durumlar yansıtılmaya çalışılsa da eğitimde yapılan uygulamalar gerçek değildir.
3. Simülasyon eğitimlerinde görev alacak eğiticilerin eğitimi için, ayrı bir zaman ve bütçe ayrılmalıdır. Senaryoların oluşturulması eğitici açısından, fazla iş yükü ve zaman gerektirmektedir.
4. Senaryoların uygulanabilmesi için, uygun çevre koşullarını oluşturmak zordur.
5. Simülasyon merkezlerinin kurulması yüksek maliyet gerektirmektedir (fiziksel ortamın oluşturulması, pahalı araç gereç kullanımını gerektirmesi vb).
6. Simülasyon maketleri, düzenli bakım ve kontrol gerektirmektedir.
7. Kalabalık sınıflarda, tüm öğrenciler gereksinimleri kadar tekrar tekrar uygulama yapamayabilmektedir.
8. Simülasyon temelli eğitimin, tamamen klinik uygulamaların yerini almaması ve sadece kliniği destekleyici olması gerektiği hakkında ortak görüşler bulunmaktadır.
9. Vakaların gerçek bir hastanın durumunu, belirsizliğini ve tepkilerini tam olarak temsil edememesi, fizyolojik bulguların yetersizliği ve öğrencilerin ciddiye almaması etik öğretiminde simülasyonu gerçek klinik deneyime göre yetersiz kılan başlıca zorluklardandır.
10. Eğiticilerin ve öğrencilerin simülasyon uygulamaları için hazırlıklı olmamaları durumunda eğitim etkisiz hale gelebilmektedir (Atakoğlu ve ark., 2020; Göriş ve ark., 2014; Gropelli, 2010; Honkavuo, 2021; Pınar ve Peksoy, 2016; Uslusoy, 2018).

3.7. Etik Öğretiminde Standardize Hasta Uygulaması

Standardize hasta uygulaması, klinik bir durumu oynamak/sunmak üzere eğitilmiş gerçek bir hasta veya sağlıklı bir birey tarafından hasta rolünün canlandırılması olarak tanımlanmaktadır (Demir Karabulut, 2015; Durmaz Edeer ve Sarıkaya, 2015). Eğitimde standardize edilmiş hastaların kullanımı; öğrencilerin bilişsel, duyuşsal, motor ve iletişim becerilerini geliştirmesinin yanı sıra (Karadağ, Şişman ve Çalışkan, 2020; Küçükkelepçe ve ark., 2020), öğrencilerin memnuniyeti, öz etkililik ve öz güveninin de gelişimine katkı sağlamaktadır (Karadağ ve ark., 2020). Standardize hasta uygulaması, etik öğretiminde etkin olan öğretim yöntemlerinden biridir. Etik dersinin, teorik anlatımının tamamlanmasından sonra kuramsal bilgi ve uygulama arasındaki boşluğun tamamlanması amacıyla kullanılmaktadır (Erkuş ve ark., 2018).

Etik Öğretiminde Standardize Hasta Uygulamasının Avantajları

1. Standardize hasta yöntemi ile etik öğretimi hem sınıf ortamında hem de klinik ortamda uygulanabilmektedir.
2. Standardize hasta yöntemi ile etik öğretimi, öğrencilerin etik ile ilgili konularda bilgi düzeyini, iletişim becerilerini ve karar verme becerilerini geliştirirken, aynı zamanda bu becerilerin birlikte uygulanması fırsatını da sağlamaktadır.
3. Standardize hasta ve öğrenci arasında, interaktif bir deneyim sağlamaktadır.
4. Öğrenme sürecinde, kazandırılması hedeflenen belirli bir beceri veya tutum ile ilgili birden çok deneme yanılma fırsatı sağlayarak, gerçek yaşamda hatalı uygulama sıklığını azaltmaktadır.
5. Etik öğretimi kapsamında, uygulama öncesi hastanın bilgilendirilmesi, hasta mahremiyetinin korunması, hemşirelik uygulamaları sırasında hastanın değerlerinin dikkate alınması gibi konularda bilgi ve becerinin kazandırılmasında kullanılabilmektedir.
6. Eğitimciler tarafından, anında geri bildirim verilebilmektedir. Ayrıca çözümleme oturumlarında uygulanan girişimler, yapılan konuşmalar tartışılabilmektedir. Bu deneyim, öğrenciler için kontrollü bir öğrenme ortamında uygulama fırsatı sağlamaktadır. Böylece öğrencilerin klinik uygulamalar sırasında, etik ile ilgili eğitime olan gereksinimlerini azaltmaktadır.
7. Öğrencinin kendini bir hemşire olarak oynadığı standardize hasta çalışması, etik dersinin değerlendirilmesinde de kullanılabilecek bir yöntemdir.
8. Etik sorun, etik ikilem, etik çatışma gibi durumlarda öğrencilerin kendi duygusal tepkilerini görmeleri için bir fırsat sağlamaktadır tanımlanmaktadır (Demir Karabulut, 2015; Durmaz Edeer ve Sarıkaya, 2015; Erkuş ve ark., 2018).

Etik Öğretiminde Standardize Hasta Uygulamasının Dezavantajları

1. Etik öğretiminde, standardize hasta ile çalışmanın maliyeti yüksektir.
2. Etik öğretiminde standardize hasta ile çalışma, zaman alıcı bir simülasyon yöntemidir. Standardize hastaların belirlenmesi ve eğitilmesi, kullanılacak senaryoların hazırlığı ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi özel bir hazırlık gerektirmektedir (Demir Karabulut, 2015; Durmaz Edeer ve Sarıkaya, 2015; Karadağ ve ark., 2020).

3.8. Etik Öğretiminde Video/ Film Gösterimi

Etik konuların tartışılmasını sağlayabilecek video/filmlerin gösterimi, etik öğretiminde kullanılabilecek yenilikçi ve etkili yöntemlerdendir. Video/filmler hem görsel hem de işitsel duyulara hitap ederek, daha kalıcı öğrenme sağlayabilmektedirler (Demir Karabulut, 2015; Demir Karabulut ve Yıldırım, 2018; Kurtdaş, 2021). Filmler soyut bilgileri canlandırabilmekte, gerçek yaşama dönüştürebilmekte ve bu sayede hatırlanmasını kolaylaştırabilmektedir. Hem duyguların hem de etik senaryoların tartışılabilmesi için, bir başlangıç noktası olarak kullanılmaktadırlar (Demir Karabulut ve Yıldırım, 2018). Ancak, video/film seçimi yapılırken video/filmin konusu, süresi, oyuncu seçimi, filmde verilen mesajın niteliğine dikkat edilmelidir. Etkili ve kalıcı bir öğrenme sağlamak için filmlerin ders içeriklerine yönelik hazırlanması ve tek başlarına bir eğitim aracı olarak değil, diğer eğitim içerikleri ve araçları ile birlikte dengeli bir şekilde kullanılması gerekmektedir (Kurtdaş, 2021).

Etik Öğretiminde Video/Film Gösteriminin Avantajları

1. Filmler, birden fazla duyu organına hitap etmesi, hatırlamayı kolaylaştırması, bilgilerin gerçek yaşama dönüştürülmesi ve duyguların tanımlanmasına yardımcı olması gibi etkileriyle öğrenimi kolaylaştırmaktadır.
2. Etik öğretiminde filmlerin kullanılması, öğrenci merkezli öğrenmeyi kolaylaştırmakta (filmlerde yansıyan olaylara karşı ilgi oluşturarak, daha fazla bilgi için öğrencileri araştırmaya teşvik eder) ve grup öğrenimine katkı sağlamaktadır.
3. Öğrencilerin bilişsel, duyuşsal ve etik farkındalıklarının gelişimini desteklemektedir.
4. Öğrencilerin etik sorunlarla ilgili farkındalıklarını, etik sorunlar konusunda derinleşebilmelerini, çözüm önerileri konusunda yaratıcı olmalarını, önyargılarını sorgulamalarını ve sağlık sistemini etik açıdan değerlendirebilmeyi kolaylaştırmaktadır.
5. Filmlerde sunulan öyküler, eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini geliştirmektedir.

6. Kalabalık sınıflarda, etik konuların tartışılması için kullanılabilmektedir.
7. Öğrencilerin ahlaki muhakeme becerilerini geliştirebilmektedir.
8. Öğrencilerin mesleki uygulamada karşılaşabileceği, etik sorunlar üzerinde düşünmesine olanak sağlamaktadır.
9. Yaşam öykülerinin filmler aracılığı ile verilmesi öğrencilerin daha fazla deneyim kazanmasına katkıda bulunmaktadır.
10. Filmler kişisel değildir, bu anlamda katılımcılar kendi görüşlerini paylaşmakta daha özgür hissetmektedirler.
11. Olayın içerisinde yer alan birçok paydaşı (hasta, hasta ailesi, hekim, hemşire, hastane yönetimi gibi) anlama yeteneğini geliştirmektedir (Demir Karabulut, 2015; Demir Karabulut ve Yıldırım, 2018; Gül ve Şahinoğlu, 2020; Kurtdaş, 2021).

Etik Öğretiminde Video/Film Gösteriminin Dezavantajları

1. Video/film gösterimi etik öğretiminde, önerilen fakat süre yetersizliği nedeniyle yaygın kullanılamayan bir yöntemdir. Ders süresinin kısıtlı olması nedeniyle filmin tamamının izlenmesine ve tartışma için yeterli süre ayrılamamasına neden olabilmektedir (Demir Karabulut, 2015; Demir Karabulut ve Yıldırım, 2018). Filmin süresinin çok kısa veya uzun olması, filmin etkisini belirlemektedir (Kurtdaş, 2021).
2. Doğru film seçimi konusunda, kapsamlı çalışma yapılmaması öğrenme hedeflerine ulaşmayı engellemektedir (Gül ve Şahinoğlu, 2020).
3. Derslerde filmlerin öğretim amacı ile kullanımına dikkat edilmemesi, eğitici filmlerin baş öğretici gibi kullanılması, öğrenmede zihinsel tembelliğe neden olabilmektedir (Kurtdaş, 2021).

3.9. Etik Öğretiminde Yansıtma Yaklaşımı

Yansıtma, kişinin tüm düşüncelerini bir problem üzerinde yoğunlaştırması, bir konuyu ayrıntıyla düşünmesi ve irdelemesidir. Bu süreçte kişi kendi eylemlerini, düşüncelerini ve duygularını analiz etme, sorgulama ve inceleme olanağı bulmaktadır. Bunu yaparken de kendini tanıma, tanımlayabilme, sentez-analiz edebilme ve değerlendirebilme becerilerini kullanmaktadır (Özlem, 2016). Hemşirelikte yansıtma yaklaşımının kullanım alanı; bireylerin durumu ya da yaşadıklarına duyarlı olmayı ve bu durumu etkileyen faktörleri incelemeyi içermektedir (Mert ve ark., 2011; Özlem, 2016). Hemşirelikte yansıtma sürecinin bireyin kendini anlamasını kolaylaştırdığı, eleştirel düşünme becerisini geliştirdiği, bireyin güçlü ve zayıf yanlarını belirlemesini sağlayarak kendini tanımasını arttırdığı, bilişsel becerileri, sorgulama ve karar verme becerisini geliştir-

diği, her deneyimi olası yeni bir öğrenme durumuna dönüştürdüğü, öğrenme sorumluluğunu üstlenmeyi desteklediği ve etik yönleri geliştirdiği belirtilmektedir (Mert ve ark., 2011). Ayrıca, yansıtma öğrenciye kendi öğrenme deneyimlerini açıklama, bu deneyimlerden anlam çıkarma ve yeni anlayışlar geliştirme fırsatını da sağlamaktadır (Mert ve ark., 2011).

Yansıtma yöntemi, öğrencinin kendini etkileyen bir durumu kendi kendini değerlendirecek şekilde yazması veya bir yönlendirici eşliğinde küçük gruplarda birbirleriyle tartışarak kendilerini değerlendirmeleri şeklinde uygulanabilmektedir ((Demir Karabulut, 2015; Kyle, 2008; Mert ve ark., 2011).

Yansıtma, etik öğretiminde kullanılabilecek yöntemlerden biridir (Davidhizar ve Lonser, 2003; Demir Karabulut, 2015; Jakobsen ve Mæhre, 2023). Sınıf ortamında yansıtma yöntemi kullanılmasının yararları arasında; öğrencilerin benlik saygısını geliştirme, etik konular öğretme ve kültürel duyarlılık kazandırma, öğrencilere rol model olma ve iletişim becerilerini geliştirme sayılabilmektedir (Davidhizar ve Lonser, 2003). Etik farkındalığa sahip olmak, etik zorlukları tanımak ve bu durumlarla başa çıkmak müfredatın önemli bir parçasıdır (Jakobsen ve Mæhre, 2023). Yansıtma, öğrencilerin öğrenme sürecine dahil olmasını, karar verme sürecine katılmasını teşvik etmekte, kişisel görüşlerini ifade etmesine olanak tanımaktadır (Davidhizar ve Lonser, 2003; Kyle, 2008). Yansıtma yöntemi, öğrenci rehberliğinde de uygulanmaktadır. Hemşire-hasta ilişkisinin önemine ve multidisipliner ekibin etik gerekliliklerine odaklanmaktadır. Yansıtma yoluyla etik öğretiminde, teorik bilgiden çok uygulama esastır (Kyle, 2008).

Etik Öğretiminde Yansıtma Yaklaşımının Avantajları

1. Öğrencilere çoklu bakış açısı kazandırarak, öğrencilerin etik sorunların doğasını ve kişilerin nasıl etkilendiğini anlamasına yardımcı olmaktadır.
2. Hemşirelik öğrencilerinin karşılaştığı durumları, etik açıdan değerlendirmelerini sağlamaktadır. Klinik ortamdaki karmaşık durumlarla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır.
3. Öğrencilerin kendi öğrenmelerinden sorumluluk duymasını ve kendi yanlışlarını görüp düzeltebilmesini sağlamaktadır.
4. Eleştirel düşünmeyi teşvik etmektedir.
5. Etik karar verme becerilerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır.
6. Dersi daha ilgi çekici hale getirmekte, öğrencileri öğrenmeye motive etmekte ve öğrencilerin araştırma becerilerini geliştirmektedir.

7. Paylaşılan hikayelerin ve tartışılan konuların daha sonra hatırlanmasını kolaylaştırmaktadır (Davidhizar ve Lonser, 2003; Demir Karabulut, 2015; Kyle, 2008; Tanrıkulu ve ark., 2018; Tanrıkulu, Erol ve Dikmen, 2016).

Etik Öğretiminde Yansıtma Yaklaşımının Dezavantajları

1. Belirlenen sorunun çözülememesi memnuniyetsizlik, hayal kırıklığı ve anksiyeteye neden olabilmektedir (Tanrıkulu ve ark., 2018).

3.10. Etik Öğretiminde Harmanlanmış Öğrenme

Teknoloji ve internetin gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla birlikte, öğrenmeyi desteklemek için dijital öğrenme ortamları da kullanılmaya başlanmıştır. Yer ve konum esnekliği nedeniyle, e-öğrenme teknolojisi hemşirelik eğitiminde giderek daha popüler hale gelmiştir. Eğitimde teknolojinin kullanımı, öğrencilerin öğrenme kaynaklarına ve materyallerine erişimini artırabilir, iletişimi kolaylaştırabilir, öğrenciler ve akademik personel arasında işbirliğine dayalı çalışmaya yardımcı olabilir ve öğrenmeyi geliştirebilir. Çevrimiçi olarak sağlanan ek içerik, öğrencilere kendi hızlarında tekrar yapma ve gözden geçirme fırsatı sağlayabilir (Chao ve ark., 2017). Harmanlanmış öğrenme, yüz yüze öğrenme süreçlerinin bireysel, öğrenen yönelimli ve teknoloji destekli öğrenme yaklaşımları ile bütünleşmesi ile oluşan, temel hedefi bireysel olarak dijital olanakların kullanılması olan bir öğrenme yöntemidir. Bu yaklaşım, öğrencileri öğrenme ortamının merkezine koymaktadır. Bu öğrenme yaklaşımında, öğrenciler sınıf içeriğiyle (yazılı materyal, sesli dersler veya videolar) kendi hızlarında ve kendi öğrenme ilkelerini izleyerek öğrenmektedirler. İçeriği anlamadıklarında ise, eğiticiler tarafından sunulan veya erişebilecekleri ek kaynakları okuyabilmekte ve yüz yüze derslerde sorulacak soruları hazırlayabilmektedirler. Diğer bir ifade ile kendilerini öğrenmeye hazırlamaktadırlar. Derste öğretim elemanının kolaylaştırıcı rolünü üstlenmesiyle birlikte çeşitli senaryolardan (görev bazlı, vaka bazlı vb.) yararlanılarak tartışmalar yapılmakta ve çözümleri geliştirilen karmaşık problemler oluşturulmakta, akran etkileşimi ve derin öğrenme sağlanmaktadır (Sezer ve Elçin, 2020).

Etik konuların ve etik konularda karar vermenin zorluğu ve belirsizliği göz önüne alındığında, etkili bir etik öğretimini yapmak ve ahlaki açıdan duyarlı bireyler yetiştirmek kolay değildir. Harmanlanmış öğrenme yöntemi kullanıldığında, öğrenciler etik dersi ile ilgili kuramsal bilgi içeriklerini sınıf ortamı dışında istedikleri yer ve zamanda, dijital ses dosyaları, videolar, e-kitaplar vb. kullanarak öğrenebilmektedirler. Böylece yüz yüze sınırlı sürede verilmeye çalışılan etik dersinde, sınıf ortamında etik sorunlar, yasal sorumluluklar, etik ikilemler ve çözüm yollarına yönelik yüz yüze etkileşim, grup tartışmaları, rol-play, yansıtma, problem çözme oturumları ve işbirlikçi grup çalışması gibi etkileşimli öğrenme etkinliklerine daha

fazla vakit ayrılabilmektedir (Avcı, 2023). Bu yöntem kullanılarak öğrenciye sınıf ortamında etik dersi ile ilgili teorik bilgiler verilebilmekte, daha sonra ise, dijital ortamda gerçek klinik durumları temel alan etik konularla bağlantılı senaryolar sunulabilmekte veya filmler izletilebilmektedir. Böylece öğrencinin tekrarlı olarak bilgiye erişmesi sağlanabilmektedir (Demir Karabulut, 2015). Hemşirelik etiği dersine entegre edilen etkileşimli e-öğrenme sistemi, öğrencileri etik ikilemleri belirleme ve sorunlara çoklu bakış açılarını kullanarak yaklaşma ve etik karar verme becerilerinin gelişimine yardımcı olmaktadır (Chao ve ark., 2017).

Etik Öğretiminde Harmanlanmış Öğrenmenin Avantajları

1. Eğitim müfredatında etik öğretimi için ayrılan süre sınırlıdır. Harmanlanmış sınıf tasarımı, öğrencilerin dersten önce, etik konularda gerekli bilgileri edinmelerini sağlayarak, grup tartışmaları, rol oynama, vaka çalışması gibi sınıf içi öğrenme etkinliklerine daha fazla zaman ayrılmasına fırsat vermektedir.
2. Sınıf içi etkinliklerde anında geri bildirim almak, eğitici ile etkileşim kurmak; öğrencilerin bilgileri hatırlamaktansa, anlamalarına ve uygulamalarına yardımcı olmaktadır.
3. Bu yaklaşım, öğretmen merkezli öğrenme yerine öğrenci merkezli öğrenmeye odaklanmaktadır.
4. Harmanlanmış öğrenme tasarımı; öğrenci-eğitici ve akran etkileşimini arttırmaktadır. Çevrimiçi iş birliği olanağı sağlamaktadır.
5. Öğrencilere, öğrenme sorumluluğu vermektedir.
6. Öğrencilerin kendi hızında, öğrenmesine izin vermektedir.
7. Harmanlanmış öğrenme tasarımı öğrencilerin bilgi, beceri, öğrenme performansı, derse katılımı, motivasyonlarını, memnuniyet düzeylerini, düşünme becerileri, özgüven ve benlik saygılarını arttırmaktadır (Avcı, 2023; Chao ve ark., 2017; Chen ve ark., 2022; Sezer ve Elçin, 2020; Sourg ve ark., 2023).

Etik Öğretiminde Harmanlanmış Öğrenmenin Dezavantajları

1. Harmanlanmış öğrenme tasarımı, öğrencilerin ders öncesinde hazırlık yapmasını gerektirmektedir. Öğrencilerin çeşitli nedenlerle dersten önceki hazırlıklıları tamamlamaması, derse katılımlarını olumsuz yönde etkilemektedir.
2. Harmanlanmış öğrenme tasarımının etkinliği; öğrenci ve eğiticilerin teknoloji okuryazarlığı ve yeterliliğinden etkilenmektedir (Chen ve ark., 2022).

4. Etik Öğretiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelik eğitiminin amacı, bilişsel, psikomotor ve duyuşsal alana yönelik hedeflere ulaşmayı amaç edinmiştir. Bu bağlamda klinik ortam, teorik bilgilerin uygulamaya katıldığı, duyuşsal alana yönelik becerilerin daha geliştiği bir eğitim ortamıdır (Aydoğan, 2016). Klinik uygulama alanları öğrencilere; rol modellerini gözlemleme, sorumluluk alarak uygulama yapabilme, hastanın klinik tablosuna göre davranma, karar verme ve bir ekip üyesi olarak çalışabilme olanağı sağlamaktadır. Klinik, öğrenciye okul ortamında öğretilen teorik bilginin pratiğini gerçek ortamda yaşayarak ve yaparak öğrenme fırsatı vermektedir. Ayrıca farklı meslek üyelerinin bir arada uyum içerisinde çalışmasını, gözlemlemesine ve bu uyumun bir parçası olmayı benimsemesine yardımcı olmaktadır (Aydoğan, 2016).

Hemşirenin mesleki sorumluklarından biri, hemşirelik öğrencilerine uygun öğrenme ortamlarının hazırlanması ve öğrencilerin desteklenmesidir (Özlem, 2016). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelikte değerler ve etik konusunda eğitimleri lisans düzeyinde başlamalı, hemşirelik müfredatına birinci sınıftan itibaren yerleştirilmelidir. Daha sonra klinik uygulamlarda karşılaşılan etik sorunlar tartışılarak teorik bilgilerini uygulamaya aktarabilmeleri sağlanmalıdır. Hemşire eğiticiler ve hemşireler, etik ilkelere uygun bakım verme, etik sorunları tanıma, etik soruları analiz etme ve etik karar verme becerilerinin gelişiminde hemşirelik öğrencilerine rol model olmalıdır (Aydoğan, 2016; Bah ve Sey-Sawo, 2018).

5. Sonuç

Sonuç olarak etik karar verme, hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir. Etik karar verebilmek ve davranabilmek formal bir hazırlığı gerektirmektedir. Etik öğretiminin amacı etik farkındalık, duyarlılık ve yeterlik geliştirmek, etik sorunların çözümünde bilgi ve beceri kazandırmaktır. Etik ile ilgili konularda öğretim yöntem ve stratejilerinin neler olması gerektiği konusu tartışmalıdır. Etik öğretimi yapan eğitimcilerin nitelikleri, etik dersi içerikleri, eğitimin veriliş biçimi, etik öğretiminin yapıldığı sınıf, öğretim ve değerlendirme yöntemleri, etik öğretimi için ayrılan süre de dünya genelinde ve aynı ülkede kurumlar arasında farklılık göstermektedir. Etik öğretimi öğrenim hedefleri doğrultusunda farklı yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir. Her yöntemin avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Dersin öğrenim kazanımları doğrultusunda, öğrencilerin öğrenme stilleri dikkate alınarak farklı öğretim yöntemleri kullanılarak yapılan etik öğretimi daha etkili olmaktadır.

Kaynakça / References

Akbaş, M., Tuncer, İ. ve Kadıoğlu, S. (2016). Lisans düzeyindeki hemsirelik okullarinda etik egitiminin durumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7*(3), 206-211.

Aksu, G. ve Doğan, N. (2015). Öğretim yöntem ve tekniklerinin öğrenci görüşlerine göre ikili karşılaştırma yöntemiyle ölçeklenmesi. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 6*(2), 194-206.

Altun, İ. (2014). Etik ve değerler. T. Atabek Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı kitabı* içinde (s. 113-122). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Alyousefi, N., Jarallah, J., & Alrowais, N. (2016). Case-based teaching of ethics: ethical challenges raised by undergraduate medical students during a bioethics course (what students bring to the classroom?). *Creative Education, 7,* 86-92. http://dx.doi.org/10.4236/ce.2016.71009

Arslantaş, H. (2015). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6*(1), 47-56.

Atakoğlu, R., Gül, A., Türen, S., Kıvanç, M. M. ve Özçalık, C. K. (2020). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3*(2), 52-60.

Avcı, M. (2023). Analyzing the effects of the flipped classroom method on counselling students' competencies and effective counselling characteristics in ethics class. *British Journal of Guidance & Counselling,* 1-13. https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2170980

Aydoğan, S. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri kazanmaları sırasında karşılaştıkları etik problemler. Türkiye *Biyoetik Dergisi, 3*(2), 120-123.

Aydt, E. M. (2015). Teaching strategies for shaping the conversation in nursing ethics education. Retrieved from: https://sophia.stkate.edu/ma_nursing/82.

Bağrıaçık, E., Aydın, N. ve Dal Yılmaz, Ü. (2022). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımına ilişkin öğrenci görüşleri. *JAREN, 8*(2), 63-70.

Bah, H.T., & Sey-Sawo, J. (2018). Teaching and practicing nursing code of ethics and values in the Gambia. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 9,* 68-72. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.08.005

Baykara, Z.G., Demir, S.G., & Yaman, S. (2015). The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics, 22*(6), 661-675. https://doi.org/10.1177/0969733014542673

Benko, E., & Peršolja, M. (2023). Nursing students' views of the impact of geriatric role-play workshops on professional competencies: Survey. *BMC Nursing*, *22*(1), 1-7.

Chao, S.Y., Chang, Y.C., Yang, S.C., & Clark, M.J. (2017). Development, implementation, and effects of an integrated web-based teaching model in a nursing ethics course. *Nurse Education Today, 55,* 31-37. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.011

Chen, M., Ye, L. & Weng, Y. (2022). Blended teaching of medical ethics during COVID-19: Practice and reflection. *BMC Med Educ 22*, 361. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03431-6

Davidhizar, R., & Lonser, G. (2003). Storytelling as a teaching technique. *Nurse Educator, 28*(5), 217-221. https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/fulltext/2003/09000/storytelling_as_a_teaching_technique.8.aspx

Demir Karabulut, S. (2015). Hemşirelikte etik eğitimi ve örnek bir müfredat geliştirme. (Doktora Tezi). T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Demir Karabulut, S. ve Şahinoğlu, S. (2013, Kasım). *Hemşirelik Eğitim Programlarında Etik Eğitiminin Yeri.* 8. TBD Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu'nda sunulan bildiri. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Demir Karabulut, S. ve Yıldırım, R.V. (2018). Tıp etiği eğitiminde video/film gösterimi ve "Monday Mornings" dizi önerisi. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 5*(1), 3-8. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB-08760-REVIEW-DEMIR_KARABULUT.pdf

Demir Karabulut, S., Yalım, N.Y. ve Şahinoğlu, S. (2021). Hemşirelikte etik eğitimi konusunda eğitimcilerin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 8*(2), 70-81.

Dinç, L. (1997). Hemşirelik eğitiminde etik konuların önemi. *III. Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu* bildiri kitabı içinde (s. 59-65). İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi.

Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. (2008, 2 Şubat). Resmî Gazetesi (Sayı: 6775). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080202-9.htm.

Doorn, N. ve Kroesen, J. O. (2013). Using and developing role plays in teaching aimed at preparing for social responsibility. *Sci Eng Ethics*, *19,* 1513–1527. https://doi.org/10.1007/s11948-011-9335-6

Durmaz Edeer, A. ve Sarıkaya A. (2015). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12* (2), 121-125.

Erkuş, G., Dinç, L. ve Elçin, M. (2018). Etik eğitiminde standart hasta kullanımının hemşirelik lisans öğrencilerinin ahlaki duyarlılık, ahlaki muhakeme ve etik karar verme becerilerine etkisinin incelenmesi. (Doktora Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Garity, J. (2009). Fostering nursing students' use of ethical theory and decision-making models: teaching strategies. *Learning in Health and Social Care, 8*(2), 114–122. https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2009.00223.x

Göriş, S. , Bilgi, N. ve Korkut Bayındır, S. (2014). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1*(2), 25-29.

Gropelli, T. M. (2010). Using active simulation to enhance learning of nursing ethics. *Journal of Continuing Education in Nursing, 41*(3), 104-105. https://doi.org/10.3928/00220124-20100224-09

Gül, Ş. (2022). Hemşirelikte etik sorunlar ve etik karar verme süreci. Y. Yalım ve Z. Göçmen Baykara (ed). *Hemşirelik ve Etik kitabı* içinde (s.117-130). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Gül, Ş. ve Şahinoğlu S. (2020). Biyoetik dersinde kullanılan filmlerin etik farkındalık geliştirme üzerine etkisi: Dallas Buyers Club filminin analizi üzerinden bir değerlendirme. *Lokman Hekim Dergisi, 10*(3), 502-509. https://doi.org/10.31020/mutftd.776047

Gül, Ş., Kuzuca, İ.G. ve Yalım, N.Y. (2016). Hemşirelerin etik eğitiminin meslek hayatına yansıması konusundaki görüşleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 3*(2), 85-97.

Hacıalioğlu, N. (2013). *Hemşirelikte öğretim öğrenme ve eğitim* (2.bs). İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri.

Haddad, A. (2010). What health science students learn from playing a standardized patient in an ethics course. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *19*(4), 481–487. https://doi.org/10.1017/S096318011000037X

Haddad, L. M., & Geiger, R. A. Nursing ethical considerations. [Updated 2023 Aug 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/

Heidari, A., Adeli, S.H., Taziki, S.A., Akbari, V., Ghadir, M.R., Moosavi-Movahhed, S.M., ... Damanpak-Moghaddam, V. (2013). Teaching medical ethics: problem-based learning or small group discussion*? J Med Ethics Hist Med, 6*(1).

Honkavuo L. (2021). Ethics simulation in nursing education: Nursing students' experiences. *Nursing Ethics, 28*(7-8), 1269-1281. https://doi.org/10.1177/0969733021994188

Izadi, F., Bijani, M., Fereidouni, Z., Karimi, S., Tehranineshat, B., & Dehghan, A. (2020). The effectiveness of teaching nursing ethics via scenarios and group discussion in nurses' adherence to ethical codes and patients' satisfaction with nurses' performance. *The Scientific World Journal*, 5749687. https://doi.org/10.1155/2020/5749687.

Jakobsen, L. M., & Sunde Maehre, K. (2023). Can a structured model of ethical reflection be used to teach ethics to nursing students? An approach to teaching nursing students a tool for systematic ethical reflection. *Nursing Open, 10*(2), 721-729. https://doi.org/10.1002/nop2.1339

Karadağ, M., Şişman, N.Y. ve Çalışkan N. (2020). Hemşirelik eğitiminde standardize hasta kullanimi: Sistematik inceleme. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi, 1*(2), 12-37.

Karadağlı, F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 6(3), 197-200.

Khatiban, M., Falahan, S. N., Amini, R., Farahanchi, A., & Soltanian, A. (2019). Lecture-based versus problem-based learning in ethics education among nursing students. *Nursing Ethics, 26*(6), 1753-1764. https://doi.org/10.1177/0969733018767246

Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-67.

Küçükkelepçe, G. E., Dinç, L., & Elçin, M. (2020). Effects of using standardized patients on nursing students' moral skills. *Nursing Ethics, 27*(7), 1587-1602. https://doi.org/10.1177/0969733020935954

Kurtdaş, E. M. (2021). Eğitimde film kullanımının önemi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 60,* 222-241. https://doi.org/10.21764/maeuefd.937742

Kyle, G. (2008). Using anonymized reflection to teach ethics: a pilot study. *Nursing Ethics, 15*(1), 6-16. https://doi.org/10.1177/0969733007083931

Lee, H. L., Huang, S. H., & Huang, C. M. (2017). Evaluating the effect of three teaching strategies on student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics, 24*(6), 732-743. https://doi.org/10.1177/0969733015623095

McWilliams, V., & Nahavandi, A. (2006). Using live cases to teach ethics. *Journal of Business Ethics, 67*(4), 421-433.

Mert, H., Bilik, Ö., Sarı, H.Y. ve Üstün, B. (2011). Bir öğrenme deneyimi: Reflekşın (reflection). *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4*(2), 89-93.

Noone, P. H., Raj Sharma, S., Khan, F., Raviraj, K. G., & Shobhana, S. S. (2013). Use of role play in undergraduate teaching of ethics- an experience. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 20*(3), 136-138. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2012.06.010

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., van der Arend, A., & Katajisto, J. (2011). Comparison of nurse educators' and nursing students' descriptions of teaching codes of ethics. *Nursing Ethics*, *18*(5), 710-724. https://doi.org/10.1177/0969733011408054

Özlem, M. (2016). Etik eğitim programının hemşirelerin etik karar verebilme düzeyine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Pinar, G., & Peksoy, S. (2016). Simulation-based learning in healthcare ethics education. *Creative Education, 7,* 131-138. http://dx.doi.org/10.4236/ce.2016.71013

Robichaux, C., Grace, P., Bartlett, J., Stokes, F., Saulo Lewis, M., & Turner, M. (2022). Ethics education for nurses: foundations for an integrated curriculum. *The Journal of Nursing Education, 61*(3), 123-130. https://doi.org/10.3928/01484834-20220109-02

Şendir, M. ve Doğan, P. (2015). Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: Sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*(1), 49-56.

Sezer, B., & Elcin, M. (2020). Using traditional or flipped classrooms to teach "vascular access skill": A pilot study to investigate the impact of the flipped classroom approach on students' competencies. *The Social Science Journal, 59*(2), 269-282. https://doi.org/10.1016/j.soscij.2019.09.002

Sourg, H. A. A., Satti, S., Ahmed, N., & Ahmed, A. B. M. (2023). Impact of flipped classroom model in increasing the achievement for medical students. *BMC Medical Education, 23*(1), 287. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04276-3

Tanrıkulu, F., Erol, F. ve Dikmen, Y. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde klinik uygulamalarda kullanılan reflekşın yönteminin problem çözme becerisine etkisi. *Journal of Human Sciences, 13*(3), 4931-4943. https://doi.org/10.14687/jhs.v13i3.4191

Tanrıkulu, F., Erol, F., Filiz, N.Y., Gündoğdu, H. ve Dikmen, Y. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılan yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşlerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27*(3), 197-204.

Trobec, I., & Starcic, AI. (2015). Developing nursing ethical competences online versus in the traditional classroom. *Nursing Ethics, 22*(3), 352-366. https://doi.org/10.1177/0969733014533241

Türk Hemşireler Derneği. (2016). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Erişim adresi: http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire%20brosur.pdf

Uslusoy, E.Ç. (2018). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı: Öğrencilerin görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9*(2), 13-18.

Yaşar Ekici, F. (2020). Öğretim yöntemleri. M. Ü. Öztabak ve D. Y. Polatlar (Ed.), *Zenginleştirilmiş öğrenme süreçlerinde öğretim ilke ve yöntemleri* (içinde s. 172-214). Efe Akademi: İstanbul.

Yeom, H. A., Ahn, S. H., & Kim, S. J. (2017). Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing Ethics, 24*(6), 644-652. https://doi.org/10.1177/0969733015622060

Ziv, A., Ben-David, S., & Ziv, M. (2005). Simulation based medical education: an opportunity to learn from errors. *Medical Teacher*, *27*(3), 193-199.

Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D., & Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: An ethical imperative. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 78*(8), 783–788. https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00006

30. BÖLÜM / CHAPTER 30

SAĞLIK-HASTA EĞİTİMİ VE ETİK

HEALTH-PATIENT EDUCATION AND ETHICS

Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversite, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: eylem.togluk@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.30

ÖZ

Sağlık hizmetleri uygulamasında, eğitim önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin sağlığını geliştirmek ve yapmaları gereken uygulamalar hakkında bilgi vermek, onlara sağlık davranışı kazandırmak sağlık eğitimi kapsamında ele alınabilir. Hemşirelik uygulamalarının önemli bir kısmını sağlık-hasta eğitimi oluşturmaktadır. Hemşireler birey ve aileye yapacağı öğretim ile, sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalık durumunda ise bireylerin baş etmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlığı korumaya ve geliştirmeye ilişkin eğitimler, sadece bilgi aktarımı ile sınırlandırılmamalıdır. Sağlık-hasta eğitiminde nihai amaç, davranış değişikliği sağlamaktır. Eğitim teknik bir uygulama olmamakla birlikte, eğitimin bir felsefesi vardır. Eğitim, bu doğrultuda ele alındığında amaçlar ve değerler bütünüdür. Bu özellikleriyle eğitim, bireyin haklarının giderek daha fazla önem kazandığı günümüz toplumu için moral, etik ve yasal açılardan önemli bir konudur. Hemşireler eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirirken, bazı etik sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Bu sorunlara yanıt ararken; özerklik/bireye saygı ilkesi, zarar vermeme-yarar sağlama ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama hemşirelik uygulamalarına yol gösterebilir. Sağlıklı/hasta bireyin eğitiminde yol gösterici etik ilkeler; sağlık hizmetlerinde sağlıklı/hasta bireyin eğitimi için odaların bulunması, bireylerin öğrenme biçimlerinin farklı olması nedeni ile eğitim materyallerinin çeşitlendirilmesi, materyallerin öğrenme hedeflerine uygun olması ve kanıta dayalı bilgileri içermesi, hasta eğitimi için (öncelikle özellikli birimler) eğitim hemşirelerin görevlendirilmesi, bireylerin eğitimi için kaynakların ayrılması, hemşirelerin hasta eğitimi süreçlerine katılmalarını teşvik etmek için eğitimler düzenlenmesi, hemşirelerin zaman yönetimi ve iş gücü planlaması için desteklenmesi, hastanelerde hasta eğitimi uygulamalarının izlenmesi, hastane yönetiminin hasta eğitiminin planlamasında etkin rol alması ve sorumluluk üstlenmesi olarak sıralanabilir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim süreci, sağlık eğitimi, hasta eğitimi, etik, hemşire

ABSTRACT

Education has an important place in health services practice. Improving the health of individuals, informing them about the practices they need to do, and providing them with health behaviors can be considered within the scope of health education. Health-patient education constitutes an important part of nursing practices. Nurses aim to ensure the continuation of health and prevention of diseases, restoration of health, and coping with the disease by

teaching the individual and family. Health protection and promotion education should not be limited to the transfer of information. The ultimate goal of health-patient education is to bring about behavioral change. Education has a philosophy it is not just a technical practice. Education is a set of goals and values. With these characteristics, education is a morally, ethically, and legally important issue for today's society, where the individual's rights are becoming increasingly important. Nurses may encounter ethical problems while fulfilling their roles as educators and counselors. The principle of autonomy/respect for the individual, the principle of harmlessness-usefulness, the principle of justice and equality, and the principle of privacy and confidentiality can guide in seeking answers to these problems. Guiding ethical principles in the education of healthy/sick individuals; The guiding ethical principles in the education of healthy/patient individuals can be listed as follows: availability of rooms for healthy/patient individual education in health services, diversification of educational materials since the learning styles of individuals will be different, materials should be appropriate for learning objectives and include evidence-based information, assignment of training nurses for patient education (with priority for special units), allocation of budget for the education of individuals, organizing training to encourage nurses to participate in patient education processes, supporting nurses for time management and workforce planning, monitoring patient education practices in hospitals, hospital management taking an active role in the planning of patient education and taking responsibility.

Keywords: Education process, health education, patient education, ethics, nurse

Extended Abstract

Today, we frequently encounter the concepts of patient education and health education in preventive, curative, and rehabilitative health services. Nursing, which focuses on the health problems of the individual, family, and society, has taken an active role in improving and maintaining the health of society since Florence Nightingale. Promoting lifestyle and behavioral changes that benefit the individual and society is important to prevent diseases. By implementing these lifestyle and behavioral changes, the patient can better cope with their health problem and optimize their health within the available means. Patient education is a systematic and planned process of teaching and learning to achieve goals set with the patient to change lifestyle and behavior to positively impact the self-management of an individual with a health condition. It can be defined as "a process that positively affects patient behavior and empowers the patient in the knowledge, attitudes, and skills necessary to maintain or improve health." Patient education is an integral part of nursing care. Patient education is not just a technical practice. It is a set of goals and values with its philosophy. For this reason, in today's society, where the rights of the individual are becoming increasingly important, education is an important issue in moral, ethical, and legal terms. However, nurses may encounter ethical problems while fulfilling their educational and counseling roles. These problems can be evaluated in terms of the principle of autonomy/respect for the individual, the principle of harmlessness-usefulness, justice and equality, and privacy and confidentiality. In autonomy, the healthy/patient individual and his/her relatives (if the patient cannot make his/her own decisions) have the right to make decisions, provided that medical interventions are fully explained to him/her, including the risks and benefits of treatment. Since patient education goes hand in hand with

the communication process, the patient and family must understand the language used in education correctly. Individuals cannot make autonomous decisions regarding their health or illness, as they will not be informed about an educational topic they do not understand. In the selection of methods and techniques to be used in patient education, the characteristics and preferences of patients and nurses, the learning needs of the patient, the content of the education, the environment in which the education is carried out, the duration of the education and the available resources should be taken into consideration. Patient education is generally cognitive; that is, it is aimed at increasing the level of knowledge of patients about the subjects they need, and patient education specific to affective (attitude) and psychomotor (skill) areas is lacking. In addition, the fact that training materials are not prepared and reviewed based on evidence should also be considered within the scope of the principle of injury damage. Technological advances, resource sharing, healthy/patient individual rights, and changes in the roles of nurses may cause ethical problems that nurses may encounter. Ethical practices of health education affect individuals' health literacy and cultural factors. Particularly, difficulties in realizing patient education arise regarding understanding and fair distribution of health-related information among different cultures and communities. Strategies to reduce the negative impact of low health literacy among various groups and the importance of ensuring equity in resources used for health promotion should be discussed. It is known that nurses experience many difficulties while providing health education to individuals with disabilities. These difficulties can be listed as the lack of educational materials for disabled individuals in the institutions where nurses work, the inability of nurses to communicate with disabled individuals, and the inability to allocate sufficient time for education. This situation contradicts the principle of justice and equality. Privacy is important during patient education. Individuals should be comfortable in the educational environment. The patient should be asked whether he/she would like his/her relative to be with him/her during the education. It is recommended that family members and friends should not be included in patient education without the patient's permission. Having a blood relation does not mean the patient will directly participate in patient education. Ethical principles guiding healthy/patient education; availability of rooms for the education of healthy/patient individuals in health services, diversification of educational materials since learning styles of individuals will be different, materials should be appropriate for learning objectives and include evidence-based information, assignment of training nurses for patient education (with priority for special units), allocation of budget for the education of individuals, These can be listed as planning training for nurses to participate in patient education processes, supporting nurses in issues such as time management and workforce planning, supervising patient education practices in hospitals, hospital management's active participation in the comprehensive planning of patient education and assuming responsibility.

1. Giriş

Hemşireler, sağlık hizmeti sunumunda bireyi tüm boyutları ve çevresi ile değerlendiren, sağlıklı-hasta bireyle sürekli etkileşim halinde olan sağlık profesyonelidir (Taşocak, 2017). Dolayısıyla, sağlık eğitiminde önemli bir role sahiptir. Hemşireler, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıktan korunma, sağlığı yeniden kazanma ve rehabilitasyon gibi alanlarda sağlık-hasta eğitimi vermektedirler. Hemşirelerin, bu eğitimleri gerçekleştiriken gerekli olan bilgi, tutum ve davranış yeterlilikleriyle birlikte etik ilkelere de sahip olmaları da beklenmektedir.

2. Temel Kavramlar

Eğitim, öğretim aracılığıyla bireyin davranışlarında istendik değişikler oluşturmak için sistematik, yenilikçi ve dinamik bir süreç olarak tanımlanabilir. *Öğrenme*, kişinin yaşantıları ve çevresi ile etkileşimi sonucunda kalıcı davranış kazanması ya da eski davranışlarını olumlu yönde değiştirmesi süreci olarak açıklanabilir. *Öğretme* ise bireyin davranışlarında, kendi yaşantısı yoluyla değişiklik yapma sürecidir. Öğretme, öğrenmeyi sağlayan interaktif bir süreçtir. Tüm bu tanımların en belirgin ortak özelliği, eğitim sonunda *bireylerde istendik davranış değişikliğinin* sağlanmasıdır (Taşocak, 2017).

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da eğitim, önemli bir yer tutmaktadır. Bireylere sağlık davranışı kazandırmak, sağlığını geliştirmek için yapmaları gereken uygulamalar hakkında bilgi vermek amacıyla yapılan uygulamalar eğitim kapsamında ele alınabilir (Alkan, 2016).

Sağlığın geliştirilmesini sağlamada "sağlık eğitimi" en önemli yöntemlerden birisidir. Sağlık eğitiminin amacı; bireye sadece sözle, yazıyla veya göstererek bilgi aktarmak değil, yeni davranışlar kazandırmak ve bu davranışı sürdürmesini sağlamaktır. Bu nedenle sağlık eğitimi; bireyin sağlıklı, nitelikli yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasına olanak sağlayan dinamik bir süreçtir (Alkan, 2016; Ayyıldız ve Ulupınar, 2019). Sağlık eğitiminin etkili olabilmesi için, birey bütüncül olarak ele alınmalı ve ona yeterince zaman ayrılmalıdır. Sağlık eğitimi ile doğru ve güncel bilgilerin öğrenilmesi, tutumların olumlu yönde değiştirilebilmesi, yeni beceri ve davranışlar kazandırılması amaçlanmalı ve bu aşamada sağlık iletişim stratejileri de kullanılmalıdır.

Bireylere farklı seçenekler sunmak, bilgi vermek, fayda sağlayacağı materyalleri sağlamak, kısacası kendi sorunlarının çözümünde onlara sorumluluk vermek önemlidir. Ayrıca, yapılan eğitimde bireylere yardımcı olmak ve sorunları çözmek dışında, bireyin kapasitesini artırmak ve güçlendirmek de hemşirelerin esas sorumlulukları arasındadır (Yurdakul ve Çobaner, 2015).

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık halinde ise, sağlığı yeniden kazandırmak için hemşireler temel eğitici rolünü kullanmaktadırlar. Hemşirenin eğitici rolü; sağlıklı/hasta bireye ve ailesine koruyucu, tanı-tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri alanlarında hemşirelerden beklenen önemli bir roldür. Hemşireler, sağlık, hastalık, özel dönemler (çocuk, yaşlı vb.), tedavi ve yaşam biçimi ile ilgili hastaya, ailesine ve topluma bilgi vermektedirler. Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını belirlemek ve mümkün olan en iyi düzeyde öğrenmesini sağlamak, sağlık bakım amaçları ile ilişkili hastanın durumundaki gelişmeyi değerlendirmek, eğitim yöntemlerini seçmek de, onun bu rolünü gerçekleştirirken etik ilkelere dikkat etmesini gerektiren önemli bir husustur (Redman, 2004). Ayrıca hemşirenin danışman rolü; eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle ilişkilidir. Hemşireler, hasta ve ailesine hastalıkla ilgili farkındalık yaratarak hastalığın seyrini yönetme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmeyi sağlayacak olanaklar hakkında bilgilendirme, kaynakların kullanımı için cesaretlendirme, hastalara kanıta dayalı güncel ve bilimsel bilgiyi sunma konularında danışmanlık da vermektedirler (Gedük, 2018).

Hasta eğitimi, sağlığı korumak, geliştirmek ve sürdürmek için gerekli olan bilgi, tutum ve becerileri kazandırmak amacıyla hastanın davranışlarını etkileme süreci olarak tanımlanabilir (Şenyuva ve Taşocak, 2007). Hasta eğitimi, stresle başa çıkmayı sağlamada, kaygıyı azaltmada, hastanede kalış süresini kısaltmada ve sonuç olarak da hasta memnuniyetini arttırmada önemli rol oynamaktadır (Yıldız, 2015).

Hasta eğitim süreci, hemşireler, hastalar ve aileleri arasındaki terapötik etkileşimlerin temelini oluşturan birey ve aile merkezli bakımın önemli bir parçasıdır (Younas, 2017). Hasta eğitimi, hastalar ve aileleri için öğrenme fırsatları sağlama sürecidir. Basitçe ifade etmek gerekirse, hemşirelik süreci, hemşirenin bütüncül bir hasta bakım planı geliştirmek için problem çözme ve eleştirel düşünme becerilerini kullanması gerektiren döngüsel bir yaklaşımdır. Hasta eğitimi ise, bütüncül hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biridir. Klinik ortamlarda etkin hasta öğretimi planı geliştirmek için, hemşirelik sürecinin beş aşaması kullanılmaktadır (Taşocak, 2017; Younas, 2017).

Hasta eğitim sürecinin ilk aşaması, veri toplama aşamasıdır. Hasta ve ailesinden toplanacak veriler öğrenme gereksinimlerini, hazır bulunma durumunu ve öğrenme isteğini belirlenmek amacıyla da toplanmalıdır. Veriler, sistematik ve sürekli bir şekilde toplanıp değerlendirilmelidir (Taşocak, 2017). Değerlendirme sürecinde hemşire çeşitli kaynaklardan bilgi toplamakta, bu bilgileri doğrular, verileri sınıflandırmakta ve yorumlamaktadır. Bu değerlendirme sonucunda, hemşirelik tanısı toplanan veri ve bilgilere dayanarak konulmaktadır. Eğitim fırsatları belirlendikten sonra, davranışı değiştirmek ve sonuçları iyileştirmek için gerekli olan en hayati öğrenme

gereksinimlerine öncelik vermek önemlidir. Hasta eğitim sürecinin ikinci aşamasında hemşire, toplanan verileri çözümleyip, yorumlayıp, gruplandırarak hastanın öğrenme gereksinimlerini neler olduğunu belirlemekte, sorunu tanımlamaktadır. Öğrenme süreci, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal alanları dikkate alarak belirlenmektedir. Öğrenmenin üç alanı (bilgi, tutum, beceri) ile tanılar sınıflandırılmaktadır. Örneğin, yeni başlanan bir ilaca bağlı bilgi eksikliği (bilgi), prognozu yanlış anlamaya bağlı bilgi eksikliği (tutum), uygulamayı bilmemeye bağlı bilgi eksikliği (beceri) tanıları olarak ifade edilebilmektedir (Erbaş, 2018). Planlama aşamasında öğrenim hedefleri belirlenmekte, hasta ve ailesi ile birlikte belirlenen hedefler doğrultusunda öğretim planı oluşturulmakta, hedeflere ulaşmak için uygun araç-gereç seçilmekte ve öğretim planı yazılı hale getirilmektedir. Planlama aşamasında bireylerin yaş, cinsiyet, ırk/etnik köken, kültür, dini yönelim, sosyoekonomik durum, görme veya işitme sorunları ve dil/lehçe gibi öğrenme sürecini etkileyebilecek olan bireysel hasta özelliklerini de hesaba katılmalıdır. Eğitimin uygulama aşamasında; bireyin öncelikli gereksinimlerinin karşılanması, öğrenmeye hazır olduğu bir zamanın seçilmesi, eğitimin verileceği ortam, eğitim sırasında kullanılan dil önemlidir (Erbaş, 2018). Değerlendirme, eğitimin her aşamasına ve sürekli olarak yapılmalıdır. Hastalar ile beraber beklenen sonuçlar oluşturulduğunda, muhtemelen değerlendirmelerin çoğunu hastalar kendileri yapacaklardır (Mayer ve Michael Villaire, 2007).

Tablo 1. Sağlık/hasta eğitimi süreci ile ilgili etik sorular

	Etik sorular
Veri toplama ve Tanılama	Veri toplarken, hastanın verdiği bilgileri gizli tuttum mu? Hasta ve ailesi ile görüşme sırasında onların özerkliklerine saygı duydum mu? Verileri, doğru kaynaklardan topladım mı? Hastanın gereksinimlerine göre tanı belirledim mi?
Planlama	Öğrenme biçimini belirledim mi? Uygun öğrenme yöntem ve stratejisini seçtim mi? Hastanın bireysel özelliklerine (yaş, dil, kültür/etnik vb.) uygun eğitim planı yaptım mı? Eğitim planı hazırlarken, hasta ve ailesi ile iş birliği yaptım mı? Eğitim planını yazılı hale getirdim mi?
Uygulama	Eğitim ortamını, hasta mahremiyetine uygun hazırladım mı? Hasta ve ailesinin anlayacağı şekilde, bilgi verdim mi? Hastanın, rahat soru sorabileceği ortam hazırladım mı? Hastaya, yakınının eğitimde bulunmasını isteyip istemediğini sordum mu?
Değerlendirme	Hasta ve yakınlarının, eğitimi anladığını belirledim mi? Eğitim sürecinde, kendimi değerlendirdim mi? Hastada, davranış değişikliği olduğunu takip ettim mi?

Eğitim bir haktır. Bu hak uluslararası düzeyde Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, Amsterdam Hasta Hakkarı Bildirgesi, Biyoetik Sözleşmesi, Avrupa Hasta Hakları Sözleşmesi ile ulusal düzeyde ise Hemşirelik Kanunu-2007, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik-2011 ve Hasta Hakları Beyannamesi ile de güvence altına alınmıştır.

Lizbon bildirgesi II'de "sağlık eğitimi hakkı" (9. madde) maddesinde, eğitimin sağlıklı yaşam, hastalıkların önlenmesi ve erken tanıya yönelik bilgi içermesi gerektiği belirtilmiş ve herkesin kendi sağlığına yönelik sorumlulukları da olduğunu vurgulamıştır. Amsterdam Hasta Hakkarı Bildirgesi'nde sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel hayat, bakım/tedavi ve sağlık hizmetlerine başvuru başlıkları yer almaktadır. Biyoetik Sözleşmesi, biyoloji ve tıbbın gelişmesi doğrultusunda insan haklarını ihlal edecek uygulamalara karşı hazırlanmıştır. Sözleşmede; insanın önceliği, sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma, mesleki standartlar, onam, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin korunması, özel yaşamın korunması gibi konulara değinilmiştir. Avrupa Hasta Hakları Sözleşmesi'nde; koruyucu tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerine erişim hakkı, bilgi hakkı, onam hakkı, özgür seçim hakkı, özel yaşam ve gizlilik, kişisel tedavi hakkı gibi bölümleri bulunmaktadır. Ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren hasta hakları yasal anlamda güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde; bireylerin sağlık hizmetlerinden adil ve hakkaniyete uygun yararlanma hakkı, bilgi isteme hakkı, uygun tedavi/bakım alma hakkı, tıbbı gereklilik dışında müdahale edilmemesi gibi hakları bulunmaktadır (Sert, 2019). Belirtilen bildirge ve sözleşmelere bakıldığında, içerikleri benzer olup, sadece hemşirelerin değil tüm sağlık profesyonelini etik açıdan da ilgilendirmektedir. İlgili yönetmelik ve bildirgeler bireylerin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, özel hayatın gizliliği ve mahremiyet konuları özellikle eğitim uygulamaları ile ilgili olup, hemşirelik etik kodlarına da vurgu niteliğindedir. Yasal olarak hemşireler, bilgi ve becerilerini hastalarının konforunu ve güvenliğini korumak için kullanmakla yükümlüdürler. Etik olarak hemşireler, hasta savunucusu rollerinde hastalarının haklarını korumakla da sorumludurlar (Wilkins, 2015).

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili diğer önemli bir belge ise, Alma Ata Bildirgesi'dir. Bildirgenin 7. maddesinde temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan faaliyetler belirtilmiştir. Bunlar; *uygun beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması, çocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama, salgın hastalıklardan korunma ve kontrol, genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi ve gerekli ilaçların sağlanması gibi sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma yollarını* içeren eğitimler yapılmasıdır (Alma Ata Bildirgesi, 1978).

3. Sağlık-Hasta Eğitiminde Etik İlkeler

Hemşirenin çağdaş rollerinden biri olan eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde hayati role sahiptir. Hemşireler, birey ve topluma uygun yöntem ve tekniklerle, ihtiyaçlarına ve özelliklerine göre, planlı ve sürekliliği olan eğitimler planlamaktadırlar

(Özpulat, 2010). Ancak, hemşireler eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirirken, bazı etik sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar; özerklik/bireye saygı ilkesi, zarar verme-yarar sağlama ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi çerçevesi içerisinde ele alınacaktır (Kahriman ve Çalık, 2017).

Özerklik/bireye saygı ilkesi; sağlık etiğinin ilkelerinden biridir. Bu ilke, insanların özerk varlıklar olduğu fikrine dayanmaktadır. Özerklik içinde, sağlıklı/hasta birey ve yakını (hasta kendi kararlarını veremezse), bakım ve tedavinin riskleri ve yararları da dahil olmak üzere, kendisine tıbbi müdahalelerin tam olarak açıklanması koşuluyla karar verme hakkına sahiptir. Bu aynı zamanda, yaşamı tehdit eden bir durum olmadıkça ve hastanın istekleri bilinmedikçe, hemşirenin hasta adına karar veremeyeceği anlamına da gelmektedir. Özerklik, seçim özgürlüğünü ve sağlık ekibinin hasta veya yakını tarafından alınan kararlara saygı duymasını ve bu kararları desteklemesini de içermektedir. Özerklik ilkesi, endikasyonun olmadığı veya kişiye fayda sağlamadığı durumlarda hastaların veya yakınlarının herhangi bir tıbbi tedavi talep edebileceği anlamına da gelmemektedir. Özerklik, hastanın yaşam deneyimlerinden, ilişkilerinden, değerlerinden ve hedeflerinden türetilen etkileri içermektedir. Bir hastanın otonomisinin altında yatan karakter, o hasta için neyin önemli olduğunun doğal bir sonucudur (Dewey ve Holecek, 2018).

Hemşireler, hasta eğitimi ile sağlıklı/hasta bireylerde olabilecek olası komplikasyonları önlenmesi, hastanın kendi kendine yetecek duruma gelmesinin sağlanması, hastalıklarla başa çıkmasını, hastalığa uyum sağlamasını, sağlık bakımıyla ilgili karar alma becerilerinin arttırılmasını, sağlığı geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili davranış değişikliklerinin kazanılmasını amaçlamaktadır. Hemşirelerin, hasta ve ailesi ile iş birliği içinde olması hasta bakımının kalitesini arttırmaktadır. Ayrıca bu süreçte, hasta ve ailesi eğitim sürecine etkin olarak katılmakta, hastalıkla mümkün olduğunca optimal düzeyde yaşamasını da öğrenmektedir (Yıldırım ve ark., 2017).

Günümüzde bireyler kolay ve hızlı ulaşım, göç, evlilik, seyahat, savaş, ekonomi, eğitim, sağlık, vb. nedenlerden dolayı kendi kültürünün dışına çıkabilmektedir. Bu durum, hemşireler için farklı ve çeşitli kültürlerden bireylere bakım vermeyi kaçınılmaz kılmaktadır. Kültürel çeşitlilik sadece farklı ülkelerden bireyler arasında olmamakta, aynı ülkede olup farklı etnik gruplardan, dini inançlardan sosyo-ekonomik yapılardan da kaynaklanabilmektedir (Karahan-Okuroğlu, 2022). Bireylerin kültür/değer/inançları; önleyici bakım, diyet, doğum ve ebeveynlik, tedavi ve alternatif terapilerde sağlık bakımı ve sağlık inaçlarını etkilemektedir. Örneğin, Türkçe konuşamayan hastaya eğitim vermek için gerekli tercümanı ayarlamamak etik bir sorun oluşturabilmektedir. Geleneksel olarak bebek kundaklaması yapılan bir kültü-

re sahip bir anneye, bebeğini kundaklamaması gerektiği hakkında eğitim verilse bile, bunu davranışa dönüştürmeyebilir.

Sağlıklı/hasta birey eğitiminde öğrenme güdüsü, yeterliliği önemli bir noktadır. Eğer bireyler öğrenme isteği duymazsa, öğrenmenin gerçekleşmesi zor olmaktadır. Öğrenme isteği olamayan bireyler sağlıklarını geliştirmek, sürdürmek ve korumak sonuç olarak da davranış değişikliği yapma konusunda istekli olamayabilir. KOAH olan bir birey yapılan eğitimlere rağmen, sigara içmeye devam edebilir ya da diyabeti olan bir birey diyetine uymayabilir. Bu durum, bireylerin sağlık inancı ile ilişkilidir. Genellikle hastaları motive etmek için korkutma yöntemleri kullanıldığını bilinmektedir. Çoğunlukla, eğitim vediğimiz bireyler çoğunlukla yetişkindir ve kendi özerk kararlarını verebilmektedirler (Toğluk Yiğitoğlu, 2022).

Her birey birbirinden farklıdır. Bu nedenle bireylerin öğrenme stilleri, bilgiyi alma, işleme ve düzenleme sürecinde izlediği yollar da farklı olacaktır (Toğluk Yiğitoğlu, 2022). Sağlıklı/hasta birey eğitiminde ilk adım, bireylerin öğrenme gereksinimlerini, öğrenme biçimlerini ve öğrenmeye hazır olup olmadığını değerlendirmektir. Böylece bireylerin neyi bildiği, neyi istediği ve neye gereksinim duyduğu, neleri öğrenmeye yetkin olduğu ve en iyi öğretme yöntemlerinin ne olduğu değerlendirilerek, birey merkezli eğitim gerçekleşmesi sağlanabilmektedir (Baysan ve ark., 2019). Hasta eğitiminde, hastanın öğrenme gereksinimi dikkate alınarak öğretim yöntemi ve tekniği belirlenmelidir. Çünkü hasta, görsel-işitsel materyalleri izlemek ya da dinlemek veya basılı materyal okumak isteyebilir. Örneğin; yeni ilaç kullanmaya başlayacak, okuma-yazma bilmeyen ya da sağlık okuryazarlığı düşük bir bireye yazılı eğitim materyalinin verilmesi; bireyin ilaç hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasına, eksik veya yanlış ilaç kullanımına bağlı hastalığın seyrinin de değiştirebilmesine neden olabilmektedir. Bu doğrultuda hemşire hem yasal hem de etik açıdan sorun yaşayabilmektedir.

Eğitimler sırasında hastaların özerkliklerini ihlal edecek uygulamalar farkında olmadan da yapılabilmektedir. Hemşireler hastaların kendileriyle aynı değer ve hedeflere sahip olduğunu düşünebilmekte, her bireyin düşünce yapısının diğerinden farklı olduğunun kabul edilmesinde ilgili eksiklikler olabilmekte ve hastaların kendi bilgi düzeyimizde bilgi sahibi olduğumuzu düşündüğümüz zamanlar olabilmektedir. Hemşireler özerklik sağlamak amacıyla, hastaların anlama düzeylerini değerlendirmeleri önemli olmaktadır.

	Diyabet polikiliniğinde takipli olan 46 yaşındaki bireyin HbA1c düzeyi % 8.3'tür. Düzenli olarak kontrollerine gelen bireye beslenme, sağlıklı yaşam hakkında eğitimler verilmiştir. Ayrıca sigara bırakma polikliniğine sevk edilmiştir. Diyabetli birey ile konuşulduğunda öncedeki kontrollerinde verilen beslenme programı uymadığı ve sigara içmeye de devam ettiği belirlenmiştir. Hemşire, "Eğer şeker düzeyiniz bu şekilde çıkmaya devam ederse, gözlerin kör olur, böbreklerin iflas eder, damarların tıkanır ve ayaklarında yaralar oluşur" diyerek hastayı korkutma yoluyla motive etmeye çalışmıştır. Diyabetli birey, sigara içmenin stresini azaltığını ve yemek yemeyi çok sevdiğini ifade etmiştir.

Yarar sağlama-zarar vermeme ilkesi; hemşirelerin hastalara yarar sağlayacak bir şekilde davranmasını gerektirmektedir (International Council of Nurses [ICN], 2021). Yarar sağlama ilkesinin temel 3 özelliği; iyilik yapmak ya da iyiliği desteklemek, zararı engellemek ve kötülüğü/zararı ortadan kaldırmaktır. Hemşireler, sadece zarar vermekten kaçınmakla kalmamalı, aynı zamanda hasta için iyilik yapmaya da niyet göstermesi beklenmektedir. Hemşireler, sıklıkla mesleğe iyilik yapma tutkusu ve insanlığın sağlığını ve yaşamlarını iyileştirme niyetiyle girmektedirler. Yarar sağlama, sağlayıcının hastalara yardım etme ve onların esenliğini savunma niyetini yansıtmaktadır. Öngörülen müdahalelerin istenmeyen etkileri tetikleyebildiği zamanlarda bile, genel niyet olumlu ise, yarar sağlama ilkesi korunmuş olmaktadır (Dewey ve Holecek, 2018).

Zarar vermeme ilkesi, yarar sağlama ilkesi ile ilişkili olup; kasıtlı zarar, zarar riski ve yarar verme eyleminin gerçekleştirilmesi sırasında ortaya çıkan zararlardan kaçınmayı gerektirmektedir (ICN, 2021). Sağlıklı/hasta bireye yönelik tüm müdahaleler, sağlığını veya konforunu iyileştirmek amacıyla yapılmaktadır. Sağlık profesyonelleri tıbbı müdahaleleri değerlendirirken yarar sağlama veya zarar vermeme ilkesini dengelemelidir. Hemşireler, potansiyel riskleri tanımlayabilmeli ve potansiyel zarardan kaçınmak için bunları hastanın yararına göre değerlendirebilmelidir. Hemşireler ayrıca, hastanın gerekli tüm bilgilere dayanarak kararını değerlendirebilmesi için önerilen müdahalenin herhangi bir istenmeyen etkisini açıklamalıdır (Dewey ve Holecek, 2018).

Sağlık-hasta eğitiminde, hemşireden beklenen yapılandırılmış planlı eğitimdir. Hasta eğitimi, çoğu zaman hemşirelik bakımı sırasında informal olarak yapılmaktadır. Herhangi bir bakım sırasında, hasta veya ailesi tarafından soru sorulabilir. Bu zamanlarda eğitim, son derece etkili olabilmektedir. Hemşire spontan eğitim zamanını fırsat çevirecek öğrenme-öğretme sürecini bilmeli, öğretme becerilerine hakim olmalı ve hastanın öğrenme gereksinimlerini doğru bir biçimde tanımlamalı, hasta ve ailesini sürece katmalıdır (Özkütük, 2015). Özellikle, taburculuk eğitiminde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Hemşirelerin taburculuk eğitimi kapsamında, hastaların evde öz bakım gücünü yükseltmeye, yeni duruma uyum sağlamasına ve olası komplikasyonları önlenmesine yardımcı olabilecek bilgi vermesi gerekmektedir

(Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Bu eğitimlerde, genellikle hastaları endişe duymalarını önlemek için olası yan etki veya komplikasyonlardan kısmen bahsedilmekte, her bireyin bilgi gereksinimleri birbirinden farklı olabileceği göz önünde bulundurulduğunda standart eğitim planı uygulanmakta, bireylerin öğrenme biçimlerine uygun eğitim materyali geliştirilememektedir. Bu etik bir sorun olmasına rağmen, sadece hemşire ile doğrudan ilişkisi olmamakla, kanun yapıcılar ve kurum politikası ile de ilişkilidir. Ancak, hemşirelerin de bu sorunları dile getirmesi ve hasta haklarını savunması gibi etik yaklaşımı da olmalıdır.

Hasta eğitimleri, genellikle bilişsel yani hastaların gereksinim duydukları konularla ilgili bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik yapılmakta, duyuşsal (tutum) ve psikomotor (beceri) alana özgü hasta eğitimi eksik kalmaktadır (Yaralı ve Hacıalioğlu, 2020). Bu doğrultuda hazırlanacak eğitim materyallerinin, mümkün olduğunca bu üç öğrenme alanına uygun olarak geliştirilmesi, materyal hazırlama ilkelerine uygun şekilde planlanması, bireylerin pedagojik durumu, sağlık okuryazarlık düzeyleri, kültür/etnik durum, dil gibi özelliklere dikkat edilerek hazırlanması yarar sağlama ilkesi içerisinde sayılabilmektedir. Sağlık-hasta eğitim materyali geliştirirken dikkat edilmesi gereken birtakım unsurlar arasında; hasta popülasyonunun okuma düzeyi, tıbbi terminolojinin mümkün olduğunca kullanılmaması, okunması kolay font boyutu ve stili, parlak kağıt kullanımı ve çeviri metaryallerinin kendi diline ve kültürüne uygun olarak düzenlenmesi yer almaktadır. Ayrıca, eğitim materyallerinin kanıta dayalı olarak hazırlanmaması ve tekrar gözden geçirilmemesi de yarar sağlama-zarar verme ilkesi kapsamında değerlendirilmelidir. Belirtilen noktalar, özerklik ilkesi içerisinde de değerlendirilebilir. Bunun nedeni, bireyler anlamadığı eğitim ile ilgili bilgi sahibi olamayacağı için, sağlığına ya da hastalığına yönelik özerk kararlar veremeyecektir.

Bir başka nokta ise, sağlıklı/hasta bireye çok fazla bilgi vermeye çalışmaktır. Eğitim sırasında en çok üç ya da dört konu üzerinde durulmalı, tıbbi terimlerden, istatistiklerden, korkutucu uyarılardan kaçınılmalı, kısa, anlaşılabilir cümlelerle net ve özgün mesajlar verilmelidir. Fazla bilgi vermek, eğitimin bireyler tarafından tam anlaşılmamasına neden olabilmekte ve yarar sağlama ilkesini de ihlal edilebilmektedir.



Hemşire, göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaya ölçülü doz inhaler kullanımı ile ilgili eğitim vermek için hasta odasına gitmiştir. Hastaya inhaler kullanımı hakkında bilgi vermiş, evde okuması için eğitim broşürü bırakmıştır. Eğitime başladığı sırada telefonu çalmış ve hasta odasından çıkmıştır. Hemşire "Hastaya eğitim broşürü verdim okuyup öğrenebilir, zaten tedavi zamanı geldi" diye düşünerek hasta odasına dönmemiştir. Hastanın ellerinde güçsüzlüğü olduğunu fark edememiş, hastaya gösterip yaptırma uygulamasını (demonstrasyon) yapamamıştır.

Adalet ve eşitlik ilkesi; hemşireler, sağlık kararlarının toplumun yararı için alındığını belirlemelidir. Ayrıca bu ilke, herkesin mevcut kaynaklar üzerinde haklara sahip olduğunu

ve bu kaynakların eşit olarak dağıtılması gerekliliğini içermektedir. Kaynaklara erişim ve kullanılabilirlik, önyargı veya ayrımcılık olmaksızın paylaştırılmalıdır. Bu, bireylere sosyal statü veya parasal imkanlar temelinde özel muamele yapılmasını önlemektedir. Büyük hasta gruplarını değerlendirirken, hemşireler etkilenen tüm bireylerin eşit faydalara sahip olması için eldeki kararın hem faydalarını hem de yüklerini değerlendirmelidir. (Dewey ve Holecek, 2018). Kısacası, adalet ilkesi, bireylere adil, eşit ve uygun bakım ve tedavinin sağlanması, materyal ve hizmetlerin dağıtılmasıdır (ICN, 2021).

Sağlık eğitiminin etik uygulamaları, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve kültürel faktörleri etkilemektedir. Özellikle, farklı kültürler ve topluluklar arasında sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılması ve adil bir şekilde dağıtılması açısından bakıldığında, hasta eğitimini gerçekleştirmedeki zorluklar ortaya çıkmaktadır. Çeşitli gruplar arasında, düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz etkisini azaltmaya yönelik stratejileri ve sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi mesajlarının en uygun şekilde iletilmesinde eşitliğin sağlanması bağlamında bu yaygın sorunun kabul edilmesinin önemini tartışılmalıdır. Birey, aile ve toplum sağlığını geliştirmek ve sürdürmek ile sorumlu olan hemşireler, sağlık iletişimi de dahil olmak üzere optimal sağlık eğitimi stratejilerinin sunumunda bütünlük sergilemelidir. Aynı zamanda, danışanların eğitim, dil becerileri, sosyo-ekonomik ve sigorta durumu ve sağlık bakım uygulamalarını etkileyen diğer faktörlerdeki önemli farklılıklarına rağmen, sağlık eğitimcileri "herkese eşit hizmet" sağlamalıdırlar.

Hemşirelerin, engelli bireylere sağlık eğitimi yaparken pek çok güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Bu güçlükler, hemşirelerin çalıştığı kurumlarda engelli bireylere yönelik eğitim materyallerinin eksik olması, hemşirelerin engelli bireyle iletişim kurmada ve eğitim için yeterli zaman ayırmada zorluk sorunlar olarak sıralanabilmektedir (Ayyıldız ve Ulupınar, 2019). Bu durum adalet ilkesi ile çelişmektedir.

Mahremiyet ve sır saklama ilkesi; gizliliği ve mahremiyeti içermektedir. Temel bireysel haklardan olan mahremiyet; bireyin kişisel bilgi ya da sırlarının başkalarına ifşa edilmesini kontrol etmesi anlamındadır (ICN, 2021). Bireylerin eğitim ortamında rahat olmalıdırlar. Hastalar eğitim sırasında yakınını yanında istemeyebilir, hastaya eğitim öncesi sorulmalıdır. Hastanın izni olmadan, aile üyeleri ve arkadaşları hasta eğitimine dahil edilmemelidir. Kan bağı olması, direk hasta eğitimine katılacağı anlamına da gelmemektedir.

	Hemşire, stomalı birey eğitimini izlemeleri için hemşirelik öğrencileri ile hasta odasına gitmiştir. Hasta, "Öğrenci sayısı fazla, üzerimi açmak istemiyorum"diyerek kendini ifade etmiştir. Bunun üzerine hemşire, "Burası eğitim kurumu öğrenmeleri gerekiyor" diyerek cevap vermiştir. Hasta, herhangi birşey söyleyememiş ve, kafasını diğer tarafa çevirmiştir.

4. Sağlık-Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin; bakım ile ilgili uygulayıcı, yönetici, eğitimci, araştırıcı ve profesyonel rolleri bulunmaktadır. Hemşirenin bağımsız rolleri, bakım, eğitim, araştırma ve hasta haklarını savunma durumlarında ortaya çıkmaktadır. Hemşireler bu roller ile sağlıklı-hasta bireyin sağlık gereksinimlerine uygun olumlu değişiklikler yaratmakta ve yeni sağlık davranışları kazandırmaktadır. Hemşire eğitici rolüyle; sağlığı geliştirici bilgi ve davranışı, gereksinimlerine uygun planlı bir şekilde birey ve topluma kazandırmaktır (Olgun, 2018). Profesyonel meslek üyesi olarak hemşireler rol ve sorumluluklarını yerine getirirken, etik ilkelere, yasalara, profesyonel etik kodlara ve mesleki değerlere göre hareket etmeleri beklenmektedir (Kahriman ve Çalık, 2017).

Sağlık hizmetlerinde, sağlıklı/hasta bireyin eğitimi için özel alanların/odaların bulunması hasta mahremiyet açısından önemlidir. Her bireyin öğrenme biçimleri birbirinden farklı olacağı için eğitim materyallerinin çeşitlendirilmesi, bu materyallerin ise öğrenme hedeflerine uygun olması ve kanıta dayalı bilgileri içermesi gerekmektedir. Kurum yöneticileri ise; hasta eğitimi için (özellikli birimler öncelikli) eğitim hemşirelerinin görevlendirmeli, sağlıklı/hasta bireylerin eğitimi için bütçe ayırmalı, hemşirelerin, hasta eğitimi süreçlerine katılmalarını sağlamak için eğitimler düzenlemelidir. Özellikle hemşireleri zaman yönetimi, iş gücü planlaması gibi konularda desteklemelidir. Ayrıca, hastane yönetiminin, hasta eğitiminin kapsamlı bir şekilde planlamasında sorumluluk üstlenmesi ve hasta eğitimi uygulamalarını takip ederek hemşireleri desteklemesi de önemlidir (Yıldırım ve ark., 2017).

Bu doğrultuda sağlıklı/hasta birey eğitimine ilişkin etik açıdan öneriler;

Tarafsız: Eğitim, bilimsel olarak titiz ve güvenilir olmalıdır. Eğitim, ön yargıyı tanımlamaya ve değerlendirmeye yönelik bir standart veya araçla birlikte ele alınmalıdır (Krug, 2013).

Kanıta dayalı: Hasta eğitimi içeriğine ilişkin kararlar, hastaların yararına olacak şekilde ve doğrulanmış kanıtlara ve kabul edilmiş bakım standartlarına dayalı olarak hazırlanmalıdır (Krug, 2013).

Şeffaflık: Destekleyici ve sponsor katılımı, eğitimin geliştirilmesi ve desteklenmesinde açıklanmalıdır. Eğitim başka bir kuruluşla işbirliği içinde geliştiriliyorsa, eğitimin yalnızca "bağımsız" eğitimle ilişkilendirilebilecek bir logoyu tasvir etmek yerine "işbirliği içinde geliştirildi" şeklinde açıklanması gerekir (Krug, 2013).

Çıkar çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması hastalara açıklanmalıdır. Çıkar çatışmalarının zaman zaman su yüzüne çıkabileceği anlaşılır bir durumdur ve kuruluşların bunları ele almak için çıkar çatışması çözüm süreçlerine sahip olması gerekir (Krug, 2013).

İçerik geliştirme: Geliştirilen eğitim içeriğinin ilgili uzmanlar tarafından bilimsel bir bakış açısıyla gözden geçirilmesini ve onaylanmasını sağlamak için prosedürler hayata geçirilmelidir (Krug, 2013).

Gereksinime dayalı: Eğitim, algılanan gereksinimlere göre değil, bireylerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için geliştirilen araçlarla ölçülmüş ve belgelenmiş olmalıdır (Krug, 2013).

Akran değerlendirmesi: Bilginin nesnel olduğundan emin olmak için, eğitim uygulanmadan önce titiz bir akran incelemesinden geçirilmelidir (Krug, 2013).

Sonuçlara dayalı: Müdahaleler, kalıcılığı veya davranış değişikliğini değerlendirmek için standart yaklaşımlarla sonuçları ölçmek için bir plan içermelidir (Krug, 2013).

5. Sonuç

Eğitim, hemşirenin bakım uygulamalarında sürekli olarak yaptığı bağımsız rollerinden biridir. Sağlık-hasta eğitimi otonomi ve yüksek düzey iyilik hali sağlamak amacıyla, hastayı güçlendirmek için kullanılan dinamik bir süreçtir. Eğitimler, kültür, dil, din, okuryazarlık düzeyi, öğrenmeye hazıroluşluk düzeyi değerlendirilerek yapılmalıdır. Her birey, birbirinden farklıdır ve öğrenme biçimleri de farklıdır. Hemşireler, sağlıklı/hasta bireyle birlikte arzu edilen davranış değişikliklerinin ne olduğunu belirlediklerinde, bireyler değişebilir, öz yönetimlerine katılabilir, bunun sonucunda da sağlık durumu üzerinde yararlı bir etkiye sahip olabilir. Hemşireler, etik rol ve sorumlulukları yerine getirirken; bireylerin özerkliklerine saygılı, gereksinimlerini karşılayan yarar sağlayacağı eğitim konularına yer vermeli ve eğitim ortamlarında mahremiyetine ve gizliliğine önem vermelidir.

Kaynakça / References

Alkan, H. Ö. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing, 7*(Sup 2), 41-47.

Akın, S. (2020). Hasta eğitimi. Pektekin, Ç. ve Akın, S. (Ed.) *Sağlık bilimlerinde eğitim kitabı* içinde. (s.130-175). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.

Ayyıldız, N. ve Ulupınar, S. (2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin engelli bireylere yönelik sağlık eğitimi etkinlikleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6*(1):51-61

Çetinkaya, F. ve Aşiret, G. D. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *10*(2), 93-99.

Baysan, A., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Z.Ç. ve Ayker, F.Ş. (2019). Stoması olan bireylerin wiedenbach'in hemşirelik kuramına dayalı eğitimi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(1), 20-25.

Dewey, A., & Holecek, A.(Eds.), (2019). *The Nurse's Healthcare Ethics Committee*. McGraw Hill. Retrieved from: https://apn.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3146&sectionid=263420478

Erbaş, N. (2018). Hemşirelik sürecinde hasta öğretiminin önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *27*(5), 358-364.

Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(2), 253-258.

ICN-International Council of Nurses (2021). Hemşireler İçin Etik Kodlar (THD, Çev.) Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/subeler/ICN/icn_etik_kodlar_2021.pdf

Kahriman İ. ve Çalık, K.Y. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 111-121.

Karahan- Okuroğlu, G. (2022). Yaşlılar ve Hasta eğitimi. Aydın, A. (Ed.), *Hasta Eğitimi kitabı* içinde. Istanbul: İstanbul Üniversitesi Açik Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

Krug, S. (2013). It's Time for a Code of Ethics in Patient Education. Retrieved from: www.PharmExec.com

Mayer, G.G., & Michael Villaire, M.S.L.M. (2007). Health literacy in primary care: A clinician's guide. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from: http://ebookcentral.proquest.com/lib/istanbul-ebooks/detail.action?docID=294968

Olgun, N. (2018). Multidisipliner ekip içinde hemşirenin rolü. *İnternational Student Congress* İçinde (s:18-19). İstanbul: Ege Reklam Basım Sanatları.

Okuroğlu, G.K., Bahçecik, N. & Ecevit Alpar, Ş. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, (1), 53-61.

Özkan, Ç.G., & Kaşıkçı, M.K. (2015). Ölçülü doz inhaler kullanımı ve hasta eğitim sürecinin yönetilmesinde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *2*(3), 355-362.

Özpulat, F. (2010). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, *Sempozyum Özel Sayısı*, Bildiriler, 293-297.

Özkütük N. (2015). Hasta Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Uysal, N. ve Çakırcalı, E. (Ed.), *Hemşirelik Esasları: İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları* (7.bs) *kitabı* İçinde (s.133-150) Ankara: Palme Yayıncılık.

Redman, B.K. (2004). *Advances in patient education*. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from: http://ebookcentral.proquest.com/lib/istanbul-ebooks/detail.action?docID=423599.

Sassen, B. (2017). *Nursing: Health education and improving patient self-management: health education and improving patient self-management.* Cham: Springer International Publishing. Retrieved from: https://books.google.com.tr/books?id=JDE5DwAAQBAJ&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Sert, G. (2019). *Uluslarası bildirgeler ve tıp etiği açısından hasta hakları* (2.bs.). İstanbul: Seçkin yayıncılık.

Şenyuva, E. ve Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *15*(59), 100-106.

Taşocak, G. (2017). *Hasta eğitimi* (4.bs). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Alma Ata Bildirgesi (1978). Erişim adresi: https://istanbulism.saglik.gov.tr/Eklenti/27594/0/almaatabildirisi1978pdf.pdf?_tag1=FC3E7AC48F1716DEA440C85126A-E87D30F858130

Toğluk-Yiğitoğlu, E. (2022). Hasta Eğitimi Planlama. Aydın, A. (Ed.) *Hasta Eğitimi kitabı* içinde. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açik ve Uzaktan Eğitim Fakültesi yayınları.

Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A. ve Doğan, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12*(3), 204-209.

Yaralı, S. ve Hacıalioğlu, N. (2020). Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9* (4),407-415. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.834613

Yıldırım, N., Çiftçi, B. ve Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231.

Yıldız, T. (2015). Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(2), 129-133.

Younas, A. (2017). The nursing process and patient teaching. *Nursing Made Incredibly Easy*!, *15* (6), 13-16. https://doi.org/10.1097/01.NME.0000525549.21786.b5

Yurdakul, M. ve Ardıç Çobaner, A. (2015). Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi, iletişim ve danışmanlık. *Turkiye Klinikleri Journal Obstetrics-Women's Health Diseases Nursing-Special Topics*, *1*(2), 28-34.

Wilkins, L.W. (2015). Fundamentals of nursing made incredibly easy!. Wolters Kluwer. Retrieved from: https://www.google.com.tr/books/edition/_/TrO-tmsKNR8C?hl=tr&gbpv=1

8. KISIM - PART 8

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM VE ETİK

NURSING MANAGEMENT AND ETHICS

31. BÖLÜM / CHAPTER 31

HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN NURSING MANAGEMENT: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Havva ÖZTÜRK[1]

[1]Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye
E-mail: ozturkhavva@gmail.com

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.31

ÖZ

Yönetimde davranışların, eylem veya faaliyetlerin etik yönü ile ilişkili olan yönetsel etik, yönetimde ahlaki kriterlere dayalı bir sorumluluk anlayışını, uyulması gereken ilkeler veya davranış kurallarını içermektedir. Teknolojik gelişmeler, iş yükü, artan rekabet, mali baskılar, kaynak kısıtlılıkları, kalite yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin yaşanan sorunlar, hızlı değişimler gibi birçok sorun yönetici hemşirelerin görev aldığı sağlık kurumlarında etik sorun ve ikilemlerle karşılaşılmasına, etik açıdan çatışmalara neden olmaktadır. Sağlık kurumlarında yönetici hemşireler, sorumluğu altındaki hastaların etkili, güvenli ve etik ilkelere uygun bir bakım almasından, bu bakım hizmetlerini sunan hemşirelerin de kişisel ve mesleki haklarının korunması, refahı ve güvenli bakım vermesinden sorumludurlar. Yönetici hemşireler bu hizmetleri, ulusal ve uluslararası mesleki ve yönetim örgütlerinin yayınlandığı etik standartları, kodları, ilkeleri ve sorumlukları ve ilgili yasal düzenlemeleri dikkate alarak sunmaları gerekmektedir. Ancak sorumlulukları gereği çoklu kurulan iletişim ve ilişkiler, yaşanan zorluklar ve baskılar altında yönetici hemşireler ve hemşireler, kişisel, mesleki ve günlük yönetsel işlerinde etik dışı davranışlara yönelebilmektedir. Yönetici hemşirelerin etik dışı davranışlardan uzak durabilmesi için etik kodlar, ilkeler ve yaklaşımların yanı sıra etik ikilemler ve sorunlar konusunda bilgi sahibi olması, bu ikilem ve sorunların çözümünde karar verme modellerinden, kurumsal teftiş/inceleme kurulları veya etik kurullardan yararlanması ve bu kurullarla iş birliği yapması önerilmektedir. Ayrıca yönetici hemşirelerin, hasta ve yakınları dahil, kurumdaki hemşirelerin, diğer yönetici ve çalışanların etik ilkeleri ve mesleki değerleri benimseyip kullanılması için etik çalışma ortamını desteklemesi ve etik liderler olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik, hemşireler, yönetici hemşireler, hemşirelik, yönetsel etik

ABSTRACT

Managerial ethics, related to the ethical aspect of behaviors, actions, or activities in management, includes an understanding of responsibility based on moral criteria in management, principles, or rules of conduct that must be followed. Many problems, such as technological developments, workload, increasing competition, financial

pressures, resource constraints, quality management, issues related to patient and employee safety, and rapid changes, cause ethical problems, dilemmas, and ethical conflicts in health institutions where nurse managers work. In healthcare institutions, nurse managers are responsible for ensuring that patients under their responsibility receive effective, safe, and ethical care and that nurses who provide these care services protect their personal and professional rights, ensure their well-being, and provide safe care. Nurse managers should provide these services by considering the ethical standards, codes, principles, and responsibilities published by national and international professional and management organizations and the relevant legal regulations. However, due to the multiple communication and relationships established due to their responsibilities, under the difficulties and pressures experienced, nurse managers and nurses may engage in unethical behaviors in their personal, professional, and daily managerial work. For nurse managers to avoid unethical behaviors, it is recommended that they should know ethical codes, principles, and approaches as well as ethical dilemmas and problems, benefit from decision-making models, institutional inspection/review boards, or ethics committees in solving these dilemmas and issues, and cooperate with these committees. In addition, nurse managers should support an ethical working environment and be ethical leaders so that nurses, other managers, and employees in the organization, including patients and their relatives, adopt and use moral values.

Keywords: Ethics, nurses, nurse administrators, nursing, managerial ethics

Extended Abstract

The concept of managerial ethics, discussed in the seventies and intensively studied after the nineties, has been included in the regulations on nursing services management after the middle of the 20th century and has gained more place in the nursing literature, especially in the 21st century. Managerial ethics, the ethical aspect of behaviors, actions, or activities in management, includes an understanding of responsibility based on moral criteria in management, principles, or rules of behavior that must be followed. Managerial ethics is a functional area of business and organizational ethics and a sub-dimension of professional ethics. In this respect, it is affected by changes and developments affecting health institutions/organizations and professions. Technological developments, workload, increasing competition, financial pressures, resource constraints, quality management, problems related to patient and employee safety, rapid changes, and similar developments cause ethical problems and dilemmas and ethical conflicts in health institutions. Despite these problems, dilemmas, and conflicts, nurse managers working in health care institutions are responsible for ensuring that patients under their responsibility receive effective, safe, and ethical care and that nurses who provide these care services protect their personal and professional rights, ensure their well-being and provide safe care. While providing these services, nurse managers can consider the ethical standards, codes, principles, and responsibilities published by national and international professional and management organizations and relevant legal regulations. These can be defined as; the “Code of Conduct for Healthcare Managers” published by the American College of Healthcare Executives (ACHE), “Code of Conduct for National Health Services (NHS) Managers” of the United Kingdom, “Nursing Administration: Scope and Standarts of Practice” and

"Standards of Professional Performance Standarts for Nursing Administration" of the American Nurses Association (ANA), "The ICN Code of Ethics for Nurses" of the International Council of Nurses (ICN), "Executive Nurses Competencies" of the American Organization of Nurse Executives (AONE), "The European Nurse Directors' Proto-Code of Ethics and Conduct" for Executive/ Director Nurses-Protocol" of the European Nurse Directors Association (ENDA), "Ethical Principles and Responsibilities for Nurses" of the Turkish Nurses Association, "Law on the Establishment of the Ethics Board for Public Officials and Amendments to Certain Laws" and "Regulation on the Principles of Ethical Conduct and Application Procedures and Principles for Public Officials in Turkey." In addition to these, the ethical principles that will guide nurse managers and that are valid for every profession and must be followed in management are justice, equality, honesty and integrity, impartiality, responsibility, human rights, humanism, loyalty, the rule of law, love, tolerance, secularism, respect, frugality, democracy, positive human relations, openness/ transparency, rights and freedoms, giving justice to labor, confidentiality, and privacy, resistance to illegal orders, accountability. However, due to their responsibilities, under multiple collaborations and communications, difficulties, and pressures, nurse managers and nurses may engage in unethical behaviors in their personal, professional, and daily managerial work. These unethical behaviors cause conflicts, reduce organizational culture, organizational commitment, organizational life quality, employee success, motivation, and job satisfaction, and should be avoided in decisions, actions, and transactions. These unethical behaviors are defined as; discrimination, favoritism, bribery, intimidation, neglect, abuse/exploitation, selfishness, violence-oppression-aggression, mixing politics into business relations, insult and swearing, physical and sexual harassment, bad habits, abuse of duty and authority, favoritism/sycophancy, corruption, embezzlement, dogmatic behavior, bigotry. In this context, for nurse managers to avoid unethical behaviors, it is recommended that they should be informed about ethical codes, principles, and approaches as well as ethical dilemmas and problems and that they should benefit from decision-making models, institutional inspection/review boards or ethics committees in solving these dilemmas and problems and cooperate with these boards. It is emphasized that nurses, other managers, and employees in the institution, including patients and their relatives, should support an ethical working environment and be ethical leaders to adopt and use moral values. In addition, it is expected to observe professional, ethical principles, respect human rights and employees, have self-awareness, ensure the establishment of an ethical culture in the institution and nursing services by adhering to ethical managerial principles, and believe that they are responsible for the formation of an ethical culture in the institution, and try to reduce the obstacles that force the maintenance of this cultural understanding. It is required to organize ethical programs and training within the nursing services management, to include ethical behaviors among the success evaluation criteria, to appreciate and reward ethical behaviors, to use and encourage the use of the communication line effectively for reporting ethical problems, to state and share the expected ethical behavior standards clearly.

1. Giriş

Davranış standartlarının ve ahlaki yargının incelenmesi olan etik, yöneticilerin çok iyi olması gereken bir mesleki uygulama alanıdır. Günümüzde klinik alanda giderek daha fazla sorun haline gelen etik konular, birçok hemşirenin kendini en yetersiz hissettiği alan olmaya devam etmektedir. Çünkü etikte doğru ve yanlış cevaplar genellikle mümkün değildir, sadece daha iyi veya daha kötü cevaplar vardır ve hemşireler zor durumlarla karşılaştıklarında yönetici hemşirelerden rehberlik ve danışmanlık beklemektedir. Bu kapsamda yönetici hemşirelerin, etik ilkeler ve uygulamalar konusunda derin anlayışa sahibi olması gerekmektedir (Broadway, 2019). Ancak yönetici hemşireler, sorumluluklarını ve görevlerini gerçekleştirirken ilgili yasal düzenlemeler, politikalar, iş/görev tanımları, kurumun yönetim biçimi, insani ve maddi kaynak yetersizliği veya kısıtlıkları, diğer sağlık ekibi üyeleri ve çalışanları, çalışanların eğitim farklılıkları, sağlık hizmetlerinin karmaşık olması ve artan iş yüküne bağlı çok sayıda etik sorun ile karşılaşmaktadır (Öztürk, 2014). Ayrıca yönetici hemşireler, hemşirelerde etik kaygılara ve ikilemlere sebep olan hastanın bakımı red etme hakkı, ölüm ve yaşam sonu, bitkisel hayattaki hastaların hidrasyonu ve beslenmesi ile ilişkili sorunlar, günümüzün sağlık hizmet yapısı içerisinde hastanın savunucusu olma ve hasta haklarını koruma, kaliteli sağlık bakımı sunumundansa maliyet tasarruflu önlemlerin ödüllendirildiği sağlık hizmet sunum sistemlerinde kaliteli ve nitelikli hemşirelik bakımının verilmesi gibi konularda önemli rol oynamaktadırlar (Broadway, 2019). Bakımın etkinliği için liderlik, planlama, organizasyon, insan kaynakları yönetimi ve denetim gibi alanların yanında yönetsel kararlar verme ve politika saptama sürecinde aktif rol alıp, etik davranmak (Hakko ve Kıvanç, 2018), kaynakları kurumun kural ve politikalarına uygun tahsis etmek durumdadırlar (Nasrabadi, Khoobi, Joolaee, Cheraghi ve Hedayat,, 2019). Bu açıdan yönetici hemşireler, sağlık hizmetlerinde benzersiz bir konuma, eylemleri, davranışları ve kararları ile hemşirelik çalışma ortamı ve mesleği üzerinde çok büyük bir etkiye sahiptir (Nasrabadi ve ark., 2019).

Her gün bir dizi kararla karşı karşıya kalan yönetici hemşireler, hastaların ve çalışanların sağlığını, güvenliğini ve esenliğini sağlamak için etik duruşlarını korumak zorundadırlar (Marquis ve Huston, 2017). Ayrıca çalıştıkları kurum/birimlerde etik tavrın/iklimin oluşturulmasından, tüm hastalar ve çalışanların haklarına saygı duyulmasını sağlamaktan sorumludurlar. Yönetsel faaliyetlerini etik bir şekilde gerçekleştirip, çalışanların haklarını korumalı ve profesyonel bir çalışma ortamı sağlamalıdırlar. Etik bir ortam yaratıp, çalışanların endişe duydukları konuları özgür bir şekilde bildirebilecekleri bir kültür veya ortam oluşturmalıdır (Motacki ve Burke, 2022). Bu anlamada yönetici hemşirelerin, uygun etik kararlar vermek adına etik ilkeler ve yaklaşımlarla ilgili bilgi sahibi olması, deneme yanılmayla değil, kanıt-

lanmış karar veremeye odaklanan mesleki bir yaklaşım kullanması, karar vermeye yardımcı olacak etik kurullar ve mesleki etik kurallar gibi mevcut örgütsel süreçlerden, etik araçlar ve teknolojiden yararlanması önerilmekte (Marquis ve Huston, 2017), ayrıca hemşirelik hizmetlerini yönetirken etik ve yönetsel etik anlayışı benimseyip uygulamalarında kullanması beklenmektedir.

2. Yönetsel Etik

Yönetim alanında etik, yönetsel etik olarak adlandırılmaktadır. İngilizce'de "adminstrative ethics veya managerial ethics" şeklinde tanımlanan yönetsel etik, bir örgüt içerisinde doğru davranışlara erişim için ihtiyaç olan ilke ve standartları kapsamaktadır (Öztürk, 2014). Yönetsel etik, ahlakın bir kurum içerisinde, o örgütte belirlenmiş kurallarla beslenerek ortaya çıkmış biçimidir (Utlu, 2016). Yönetsel etik, yönetimde davranış ve uygulamaların etik yönünü değerlendiren, çağdaş yönetim yaklaşımlarıyla hareket edilmesi gerektiğini savunan bir etik türüdür (Bayrak, 2023). Yöneticiler için ahlaki kriterlere dayalı bir sorumluluk anlayışı (Atılgan ve Kutvan, 2017), yönetsel uygulamalarda uyulması gereken ilkeler veya davranış kurallardır (Kolçak, 2013; Utlu, 2016). Yönetsel kararlar verilirken tutarlı, tarafsız ve gerçeklere dayanan, bireylerin varlık ve bütünlüğüne saygılı olmayı, herkes için en iyi olabilecek uygulamaların seçilmesini ve uygulama/faaliyetlerde dürüstlük, adalet, eşitlik, tarafsızlık, saygı ve sevgi, sorumluluk, hoşgörü ve açıklık gibi evrensel değerlere temellenip yöneticilere faaliyetlerinde rehberlik eden davranış ilkeleridir (Aydın, 2022). Bir başka açıdan yönetsel etik; çalışanların yönetsel kararlar verirken kullanılan etik standartların düzenlenmesini, analiz edilip kullanılmasını, ayrıca karar verirken bireysel ve profesyonel sorumluluk üstlenilerek davranılmasını içermektedir (Saylı ve Kızıldağ, 2007). Yönetsel etik, bireylerin ilişkilerini düzenleyen ve yönlendiren davranış standartları ve normlardır, ayrıca kurumun/örgütün eylemlerini ahlaki açıdan inceler, değerlendirip yorumlar. Yöneticilerin çalışanlara ve işe yönelik tutumlarında, iyi ve kötüyü sınıflandırır (Atılgan ve Kutvan, 2017). Yönetsel etik, iyi ve kötüden oluşan kültürel bir yaklaşımla yöneticilerin ahlaki davranış sergilemeleri için gereken şartları tanımlarken, çıkar çatışmaları ve etik iklimlerin çözümünde yöneticilerin kullanabilecekleri ilke ve standartları ortaya koymaktadır (Çelik ve Duyar, 2020; Çevikbaş, 2006).

Bir kurumda yönetsel etik, kurumdaki etik sorunlara çözmek üretmek ve mevcut veya gelecekte olabilecek etik dışı davranışları engellemek adına uygun bir iş ortamı oluşturulmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda yöneticilerden çalışma/iş ortamında etik standartları koruması, yüksek etik standartlara sahip olması, rol model olup örnek davranışlar göstermesi beklenmektedir. Çünkü çalışanlar, yöneticilerin eylem, tutum ve davranışlarını izleyip taklit etmektedir. Dolasıyla etik davranışların bir kurumda benimsenmesi, üst yönetim ile başlamalı,

sonra orta ve alt kademe yöneticilerle kurumdaki tüm çalışanlara yayılmalıdır. Ayrıca çalışanlar da etik ilkeleri koruyup ve sahip çıkmalıdır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

2.1. Yönetsel Etiğin Bölümleri

Yöneticilerin etik anlayış/yaklaşımları, kurumsal kararları ve eylemleri etkilemektedir. Bu kapsamda yönetsel etik; "kişisel uygulamalar ve ahlaki sorunlar, mesleki eylemler ve günlük yönetim işleri" olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

Kişisel uygulamalar ve ahlaki sorunlar; yasadışı olup yöneticilerin bireysel kazancı ve doyumu ile sonuçlanan etik seçimlerle ilgilidir. Ancak toplumsal beklentilerin ve yasal düzenlemelerin var olması, bu grupta etik kararlar alınırken daha az sorun yaşanmasına neden olmaktadır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

Mesleki eylemler; sorun çıkmaması için baskılara boyun eğme, adam kayırma ve işten atma gibi yöneticilerin mesleki konularda yaptıkları etik seçimlerle ilgilidir. Bunlar, tüm taraflar için olağanüstü karmaşık, yoğun ve ortaya çıktığında üzerinde önemli durulması gereken tehlikeli ve acil çözülmesi gereken ancak kısa süreli sorunlardır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

Günlük yönetim işleri; tehlikeli olmamakla birlikte sürekli, yaygın ve uzun dönem etkileri olan bireylerin ve kurumların şekillendirilmesi, doğru değerlerin belirlenmesi, gücün adil bir şekilde kullanımı ve uygulanan seçimlerin haklılığının yargılanması ile ilgilidir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

2.2. Yönetsel Etiği Etkileyen Etmenler

Kurumlarda yönetsel etiği; örgütsel faktörler, yöneticiler, kurumun dış çevresi etkiler ve yönetsel etik davranışları şekillendir. Örgütsel faktörler; kurumsal politikalar, yöneticilerin davranışları, çalışanların/ meslektaşların davranışlarıdır. Yöneticiye ilişkin faktörler; ailevi etkiler, dinsel değerler, kişisel standartlar ve gereksinimlerdir. Dış çevreye ilişkin faktörler; hükümet düzenlemeleri, toplumsal değerler ve normlar gibi faktörlerdir (Atılgan ve Kutvan, 2017).

Kurumda yöneticileri etik olmayan davranışlara sevk eden faktörler ise daha çok mevcut eğilimler, çıkar çatışmaları ve işe ilişkin baskılardır. Çıkar çatışmaları; beraberinde ahlaki sorunlar oluşturan, birey, grup, örgüt veya toplumda meydana gelen çatışmalardır. Bu çatışmalar, rüşvet verme, ayrımcılık, fiyat hilesi yapma, anlaşma ve sözleşmelerde dürüstlük gibi nedenlerle ortaya çıkar ve çalışanlarla örgütün çıkarları arasında çatışmalara sebebiyet verebilir. Mevcut eğilimler; kamuda bilgi edinme hakkı ile gelen gizliliğin ortadan kalkması ve medyanın kurum faaliyetlerini yakından takip etmesi ile ilişkilidir. Mevcut eğilimler, yönetsel etiği etkileyecek gelecekte en önemli faktörlerden biri olacaktır. İşe ilişkin baskılar; kurumlar-

da kıskançlık, öfke, kin ve intikam gibi ahlak dışı davranışlara zemin hazırlayan faktörlerdir. Sonuçta yönetimde, işlerin ahlaki açıdansa işin sonucuna odaklanması ve değerlendirmesi, söz konusu sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Atılgan ve Kutvan, 2017).

3. Yönetsel Etik ile İlgili Diğer Kavramlar

Yönetsel etiğin ilişkili olduğu kavramlar; iş etiği, örgütsel etik ve meslek etiğidir. Yönetsel etik, iş etiğinin (business ethics) ve örgütsel etiğin (organizational ethics) işlevsel bir alanıdır. Bu açıdan yönetsel etik, iş etiğinin alt alanları olan örgütsel etik (organizational ethics), çalışma etiği (work ethics) ve meslek etiği (professional ethics) ile yakından ilişkili bir kavramdır (Akbulut, Durur ve Kutlu, 2022; Bilgin ve Küçükhazar, 2018; Öztürk, 2014), ayrıca mesleki etiğin de bir alt bölümü olarak kabul edilmektedir (Çevikbaş, 2006).

İş etiği: Uygulamalı bir ahlak bilgisi olup iş yaşamında karşılaşılan tüm ahlaki sorunları incelemektedir (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2021). İş etiği, iş yaşamında doğru ve yanlış, iyi ve kötü davranışların neler olduğunu ve nelerin yapılıp yapılmaması gerektiğini inceleyen (Akbulut ve ark. 2022), bireylere ve gruplara yol gösteren ilkeler bütünüdür (Tonus ve Oruç, 2012). Ahlaki düşünce ve ilkelerin iş hayatına uygulanmasını içeren iş etiği, doğruluk-dürüstlük, gelenekler, değerler ve sürdürülebilirlik, çevreye duyarlı olma, ayrıca toplumun beklentilerinden adil rekabete, sosyal sorumluluktan tüketicinin bağımsızlığına ve kaynakların korunmasına kadar birçok boyutu olan uygulamalı bir ahlak felsefesi/öğretisidir (Bahçecik ve Özçelik, 2022). İş etiği, bir kurumdaki bireylerin faaliyetlerini ve davranışlarını yöneten çağdaş örgütsel/kurumsal standartları, ilkeleri, değer kümelerini ve normlarını açıklamaktadır. Ahlaki standart ve normların kurum kültürüne, politika, strateji ve uygulamalarına nasıl entegre edileceği üzerine odaklanmakta ve çalışma ortamlarında ortaya çıkabilecek ahlaki sorunlar veya etik ihlaller üzerinde çalışmaktadır. İş etiği, bir kurumu yönlendiren "normlar, değerler, etik politikalar, uygulamalar ve kodlarla ilişkili temel ilkelerdir (Kul, 2021). İş etiği; işletme/örgütsel etiği, meslek etiği, çalışma etiğini (Akbulut ve ark., 2022; Torlak ve Erdoğmuş, 2018) ve yönetsel etiği kapsamaktadır (Bahçecik ve Özçelik, 2022; Öztürk, 2014).

Örgütsel etik: İşletme etiği olarak da adlandırılan örgütsel etik, işletmelerde veya kurumlarda uygulanıp, çalışan herkes tarafından kabul görmüş, bireylerin yaptıkları işleri yasalara ve çalışma ilkelerine uygun gerçekleştirmesidir (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2021). İş yerinde doğruyu yapmak için oluşturulan kuralların, değerlerin, normların, eğilimlerin ve etik ilkelerin kurum davranışlarına yansıtılarak uygulanmasını kapsamaktadır (Bahçecik ve Özçelik, 2022). "Yasal bir çerçevede çalışanlarda aynı tür davranışların yerleştirilmesini sağlayan, örgütün topluma karşı yerine getirmeyi üstlendiği hizmetleri sağlarken, bazı toplumsal sorumlulukla-

rında üstlenildiğini gösteren ilkeler dizisidir" (Aydın, 2022). Örgütsel etik, sorunların çözümü için kuralların belirlenmesi ile oluşan kurum içi davranış kültürüdür (Hakko ve Kıvanç, 2018) ve örgüt kültürü içinde yerleşik değerlerle ve beklenen davranışlarla alakalıdır. Hemşirelik birimi de, örgütün bir alt kültürünü temsil ettiği için kurumun etik atmosferini/ iklimini ve kültürünü yansıtmalıdır. Dolayısıyla, hemşirelerin aynı değerlere sahip olması ve beklenen davranışları göstermeleri beklenmektedir (Weiss ve Tappen, 2015). Bunların yanı sıra örgütsel etik, örgütün dış politikalarını izlerken, üst düzey yönetimin ve çalışanların tüm işlerinde, günlük kararlar verilirken etik davranılması ile ilişkidir. Her işletme veya örgütün faaliyet alanı ve konusu farklı olduğundan dolayı etik kurallar belirlenirken, örgüt bir bütün olarak ele alınmalıdır. Örgütlerde etik kararlar ve uygulamalar, durumlara ve kültüre göre değişebileceği için farklı yönetim düzeylerinde bulunan yöneticiler, alacakları kararları ve olası sonuçları sürekli etik yönü ile değerlendirmelidir. Güncel ve gerçek bilgi toplamalı, bilgilerin ahlaki değerlerle ilişkisini kurup analiz etmeli, ön görülen kararlar ve faaliyetler, doğru ve yanlış temelli değerlendirmelidir. Ayrıca yöneticiler, işletme karar ve uygulamalarını; birey ve çevre için faydasını, yasalar ve insan haklarına uygunluğu, tarafsız ve adil, tarafların beklenti ve sorumlukları ile uyumlu olacak şekilde değerlendirerek vermelidir (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2021). Bu öğretiler doğrultusunda, etik değerlere sahip bir sağlık kurumu/ hastane oluşturmak için biz bilincine dayalı yerleşik bir örgüt kültürünün oluşturulması, sorumluluk bilincinin yerleşmesi, kurumda çalışan herkesin davranışlarından sorumlu olması, etik konularda sürekli, yoğun ve açık iletişime sahip olması gerekmektedir (Öztürk, 2014).

Mesleki etik: İş etiğinin önemli bir kısmını oluşturan meslek etiği, belirli bir meslek grubunun mesleğini yaparken uyguladığı ya da kendini bu alanda belirlenmiş ilkelere uymak zorunda hissettiği kuralların tamamıdır (Akbulut ve ark., 2022). Bir mesleğin üyelerinin uyacağı standartları belirten (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2021) veya aynı meslekte çalışanların, meslekle ilişkili faaliyetlerde ve işlemlerde uyması gereken davranış ve kurallar bütünüdür (Akbulut ve ark., 2022; Çevikbaş, 2006). Bir mesleğin uygulandığı toplumun genel değerleri ve mesleğin evrensel kabul görmüş ilkelerden oluşmaktadır (Çevikbaş, 2006). Mesleki etik, bir mesleğin paylaştığı ve bir örgüt ile bağlantısı olan, ahlaki olarak belirsiz durumları ele almak için kullanılan ahlaki norm ve düzenlemelerdir (Kul, 2021). Mesleki etiğin, meslekle-rinde yetersiz ve prensipleri olmayan çalışanları belirlemek, gerekirse meslekten ayrılmasını sağlamak, çalışanlar arasında meslek içi rekabeti düzenlemek ve çalışanların mesleki ideallerini ve sahip oldukları değeri korumak şeklinde üç temel fonksiyonu vardır (Akbulut ve ark., 2022). Mesleki etik, her mesleğe özgüdür ve her mesleğin kendine özgü mesleki etik ilkeleri bulunmaktadır. Bir mesleğin uygulamasında hizmeti alanların ve verenlerin haklarının

korunması ve hizmetlerin daha etkili sunulabilmesi için belirlenen kurallardan oluşan (Öztürk, 2014) mesleki etik ilkeler, ilgili meslek kuruluşları tarafından belirlenmekte ve kuruluşun güçlü olması etik disiplini etkileyerek mesleki etiğin gelişmesini sağlayıp saygı görmesinde etkili olmaktadır (Bahçecik ve Özçelik, 2022). Bu kapsamda çalışanların mesleki etik ilkelere uygun davranması hem bireyin hem de mesleğin gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Temelinde insan olan tüm işlerin, mesleki değerleri vardır. Bu değerler, meslek üyelerinin davranışlarına etik nitelik katarak, toplumun mesleğe güven duymasını sağlamaktadır. Bir mesleğe ilişkin kuralların tüm dünyada geçerliliğinin olması, mesleki etiğin en önemli özelliğidir (Hakko ve Kıvanç, 2018). Bu tanımlar doğrultusunda, hemşirelikte mesleki etik; hizmet verilen bireylerin dil, din, inanç, cinsiyet, sosyal ve ekonomik durumuna bakmaksızın, insan ve hasta haklarına saygılı, değer ve gereksinimlerini dikkate alıp, mahremiyetine ve sır saklama ilkesine bağlı kalarak, kişisel çıkar gözetmeden hizmet sunulmasıdır. Hemşireler, hemşirelik hizmetleri sunarken veya mesleki kararlar verirken, etik sorunların çözümünde onlara rehber olacak mesleki örgütlerin yayınladığı mesleki etik kodlar ve ilkelerden, etik çalışma ortamı yaratma ve sürdürmede yardımcı olabilecek mesleki standartlardan yararlanabilmektedir (Öztürk, 2014).

4. Yönetsel Etiğin Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan yönetim, sosyal bir ihtiyaç olarak yardımlaşma, bilgi, hizmet gibi nedenlerle insanların birbirleriyle ilişkileri sonucunda ortaya çıkmıştır. Başkalarını etkileyen kararlar vermeyi, kararların ve ilgili politikaların toplumun yararına olacak şekilde uygulanmasını, kurum ve bireysel düzeyde ihtiyaçların karşılanmasını, çatışmaların çözülmesini, görev, hak ve sorumlulukların adil bir şekilde paylaşılmasını (Çelik ve Duyar, 2020), çalışanların yansız değerlendirilmesini ve emeğin değerinin verilmesini, kurumsal kaynakların bireysel veya grup için değil kurumsal amaçların gerçekleştirilmesinde kullanılmasını kapsamaktadır (Aydın, 2022). Bu kapsamda yönetimde etik, örgüt veya kurumlarda keyfi hareket edilmemesi ve etik davranışlar sergilenmesi amacıyla ortaya çıkmış bir kavramdır. Tam tarih bilinmemekle birlikte, yönetimin var olduğu her dönemde kendine tartışma alanı bulmuş, birçok filozof ve devlet adamı tarafından ele alınmıştır. Yönetimde etik, tarihsel süreçte milattan önce 427 ile 347 arasında Antik Yunan'da Platon'un devletin yönetiminde görev alan bir yöneticinin erdemli olarak kabul edilmesi için mutlaka ölçülü, bilge ve cesaretli olması gerektiğini savunması ile yer almıştır. Türk yönetim tarihinde de etik açıdan liyakat, liderlik, doğruluk, iyilik gibi etik değer ve ilkelere yazılı belgelerde yer verildiği görülmüştür (Çelik ve Duyar, 2020).

Yönetsel etik kavramı ise ilk olarak 1940'larda Amerikan Kamu Yönetimi Topluluğu'nun (American Society for Public Administration-ASPA) yayınladığı "Public Administration Re-

view-PAR" isimli dergide yazılan çalışmalarda yer almıştır. Ancak Cooper, yönetsel etik ile ilgili çalışmaların 1970'li yıllarla başlatılmasını daha doğru bulmaktadır (Örselli, 2015). Bu doğrultuda yönetsel etik kavramı, yirminci yüzyılın ortalarında sosyal ve ekonomik politikalar doğrultusunda konuşulmaya başlanmış, 1960'lı yıllarda yönetimde sosyal sorumluluk kavramı ile yönetim bilimine girmiştir. 1970'li yıllarda konuya ilişkin akademik çalışmalar yayınlanıp, tartışmalar yapılırken, 1980'li yıllarda yönetsel etik ile ilgili akademik çalışmaların arttığı görülmüştür (Atılgan ve Kutvan, 2017; Çamur ve Aydın, 2022). Doksanlı yıllarda ise giderek daha fazla önem kazanmış, içeriği zenginleşmiş ve bilgi birikimi önemli derecede artmaya başlamıştır (Bahçecik ve Özçelik, 2022; Örselli, 2015; Öztürk, 2014). Birçok kitap ve akademik dergide makaleler yayınlanmış, ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlenmiştir (Örselli, 2015).

Sağlık hizmetleri yönetiminde ise etik, daha erken dönemlerde kendini göstermiştir. Amerikan Sağlık Kurumları Yöneticileri Birliği, 1939 yılında etik kodlar oluşturmuş ve üyelerinin şikâyet edilen etik dışı davranışlarını araştırmak için etik komite kurmuştur. Ayrıca Amerikan Hekimler Birliği ve Amerikan Hastaneler Birliği de kendi üyelerinin uyması gereken etik kodları belirlemiştir (Tengilimoğlu ve Akbolat, 2021). Bununla birlikte Amerikan Sağlık Yöneticileri Koleji (ACHE) ile Amerikan Sağlık Hizmetleri İdarecileri/Yöneticileri Kolejinin (Amerikan College of Health Care Administrators-ACHCA) yayınladığı etik kodlar, Birleşik Krallığın Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (NHS) 2002 yılında yayınladığı "Sağlık Hizmetleri Yöneticileri için Davranış Kuralları" ve uluslararası akreditasyon kuruluşu olan Uluslararası Birleşik Komisyonu'nun (Joint Comisision International-JCI) yedinci baskısı olan hastane setindeki "örgütsel ve klinik etik" standartlardan yararlanılarak "Sağlık Yöneticilerinin Uyması Gereken Kurallar" oluşturulup yayınlanmıştır (Akbulut, 2022). Bir sağlık yöneticisi olarak yönetici hemşireleri de ilgilendiren ve 2022 yılında güncellenen bu kurallar; "mesleğe, hastalara ve hizmeti verilen diğer kişilere, kuruma, çalışanlara, topluluk veya topluma, kural ihlallerini bildirme sorumlulukları" başlığı altında tanımlanmış ve yöneticiler bu kurallara uyulmakla sorumlu tutulmuşlardır (Ek 1) (ACHE, 2022; Akbulut, 2022). Birleşik Krallık'ta da sağlık kurumları yöneticilerine yaptıkları işlerde ve vermeleri gereken karar ve seçimlerde rehberlik yapacak, etik sorunlarla karşılaştıklarında çözüm aramak için yardımcı olacak davranış kuralları ve ilkeler tanımlanmıştır (Aitamaa, Leino-Kilpi, Iltanen ve Suhonen, 2016). Birleşik Krallık'ın NHS Yöneticileri için Davranış Kodları kapsamında yayınlanan bu etik ilkeler; "(1) hastaların bakımının ve güvenliğinin birincil öncelik haline getirilmesini ve onları riskten koruyacak şekilde hareket edilmesini; (2) topluma, hastalara, yakınlarına, bakıcılara, NHS personeline ve diğer kurumlardaki ortaklara saygı gösterilmesini; (3) dürüst

olunmasını ve doğrulukla hareket edilmesini; (4) kendi işini ve yönetilen insanların uygun performansı için sorumluluk kabul edilmesini, (5) NHS'deki ve daha geniş topluluktaki tüm meslektaşlarla birlikte çalışarak bir ekip üyesi olarak çalışmaya olan bağlılığın gösterilmesini ve (6) kendi öğrenimi ve gelişimi için sorumluluk alınmasını" vurgulamaktadır (NHS, 2002).

Hemşirelik hizmetlerinde ise Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), ilk olarak 1988 yılında "Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Standartlar ve Hemşire Yöneticilerin Sorumluluklarını" geliştirmiş ve yıllar içerisinde bu standartları güncellemiştir. Son baskısı "Hemşirelik Yönetimi: Kapsam ve Uygulama Standartları" başlığı altında 2022'de yayınlanan standartların "Hemşirelik Yönetimi İçin Profesyonel Performans Standartları" bölümü altında etik konusuna yer verilmiş ve "Standart 7-Etik: Yönetici Hemşireler Etik Kurallara Uygun Çalışır" şeklinde bu standart başlığı tanımlanmıştır (ANA, 2016). Standart kapsamında yönetici hemşireler için etik kuralların yanı sıra uygulamaya rehberlik edecek diğer düzenleyici standartlara uymanın önemini açıklanmıştır. Hassas bilgilerin korunması, uygulamada sosyal adalet, saygılı, şefkatli muamele kavramını içeren bu standartta, etik sorunların analiz edilmesi ve etik sorunları ele alırken liderlik yapılması gerektiği vurgulanmıştır (ANA, 2016). Bununla birlikte, yönetici hemşirelerden liderlik ve uygulamalarında "ANA'nın Hemşireler için Etik Kodlar kılavuzunun kullanılması gerektiği beyan edilmiştir. Yönetici hemşirelerden hastalar, aileler ve çalışanların saygınlığı, hakları, değerleri, inançları ve özgürlüklerini koruyan bir bakım hizmeti sunulmasının savunulması; sağlık hizmeti alan hastalar ve diğer kişilerin kişisel mahremiyeti, gizliliği, veri ve bilgilerini etik, yasal ve düzenleyici değişkenler bağlamında korunması, kurumun kültürel değerlerini ve politikalarını dikkate alarak hastaların özerkliklerini ve bilinçli karar vermelerini, etik konuları incelemeye ve çözmeye çalışan sistemlerin desteklenmesi; sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak için diğer sağlık uzmanları ve halkla beraber çalışılması; hemşirelerin yetkinlik gerektiren uygulamalarından sorumlu tutulması; hemşirelerin kişisel ve mesleğin bütünlüğünü korumak için hemşirelik değerlerinin net bir şekilde tanımlanması; sosyal adalet ilkelerinin hemşirelik uygulamaları ve politikalarıyla bütünleştirilmesi; güvenli, ulaşılabilir, eşitlikçi ve kaliteli bir sağlık hizmetine olanak sağlayan etik bir çevre oluşturulması ve korunmasının savunulması" istenmiştir (ANA, 2016). Bununla birlikte ilk kez 1953 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından yayınlanan, belirli dönemlerde güncellenen ve en son 2021'de revize edilen "hemşireler ve hastalar ya da bakım gerektiren diğer bireyler, hemşireler ve uygulamalar, hemşireler ve meslek, hemşireler ve küresel sağlık" başlıkları altında hemşireler için etik kodlar yayınlamıştır. Her bir kodun altında hemşirelerle birlikte lider ve yönetici hemşirelere yol gösterip rehberlik yapacak etik kurallar/ sorumluluklar açıklanmıştır (Ek 2) (ICN, 2021). Curtin'de yönetici hemşire/liderlere yaşadıkları etik sorun ve ikilemler karşısında yol göstere-

cek "tutumluluk, örgütsel becerilerde güvenirlilik, huzur sağlama, etik meseleleri tanımlama, sadakat/bağlılık, yetki devri, sorumlulukları iyileştirme, itibari sorumluluk, kişisel disiplin ve sürekli eğitim" başlıklarında on temel ilke tanımlamıştır (Curtin, 2000; Öztürk, 2014). Bununla birlikte Amerikan Yönetici Hemşireler Örgütü (AONE), yönetici hemşirelere ilişkin yetkinlikleri tanımlamıştır. "İletişim ve ilişki yönetimi, sağlık ortamı bilgisi, liderlik, profesyonellik, iş becerileri ve ilkeleri" şeklinde tanımlanan yetkinliklerinin "profesyonellik" boyutu altında "etik" başlığına yer vermiştir. Bu başlıkta "etik ilkeleri ve kurumsal uyumluluk standartlarını desteklemek", "etik uygulama standartlarına uymak için kendini ve personeli sorumlu tutmak", "etik ikilemleri tartışmak, çözmek ve bunlardan ders almak" gerektiği açıklanmıştır (AONE, 2015). Avrupa Direktör Hemşireler Birliği (ENDA) ise 2011 yılında "Avrupa Direktör Hemşireler İçin Etik ve Davranış Kodları-Protokolü" yayınlamıştır. Bu etik ve davranış kodları, Avrupa Birliği genelinde yönetici hemşireler için etik standartları ve profesyonel uygulama bilincini geliştiren politikaların tartışılmasına temel oluşturmanın yanı sıra hasta memnuniyeti, hasta güvenliği ve halkın korunmasına ilişkin Avrupa'daki yönetici hemşirelerde ortak bir anlayış oluşturmayı hedeflemektedir. Ayrıca yöneticilerin görev yaptığı Avrupa ülkelerindeki hemşirelik derneklerini ve kurumlarını, kendi tarihsel ve sosyal bağlamlarına göre kendi etik ve davranış kurallarını geliştirmeye teşvik etmektedir. Mesleki uygulama ilkelerini; "yetkinlik, bakım, güvenlik, enformasyon, personel, yaşam boyu öğrenme, çok sektörlü çalışma başlıkları altında ayrıntılı tanımlamıştır (Filkins ve Stievano, 2017). Avrupa'daki Yönetici/Direktör Hemşireler için Etik Temelleri ise "(1) yönetici hemşireler, bireylerin kişisel haklarını tüm eylemlerinin merkezine yerleştirir, (2) yönetici hemşirelerden kişisel bütünlük, nezaket, dürüstlük, güven ve karşılıklı saygı içinde hareket etmeleri beklenir, (3) yönetici hemşireler, etik ve profesyonel değerleri korur ve geliştirir, (4) yönetici hemşireler, kişisel sorumluluğu teşvik eder ve hem kendileri hem de kuruluşları için net bir profesyonel hesap verebilirlik oluşturur, (5) yönetici hemşireler, her türlü ayrımcılığa karşı durur" şeklinde tanımlamıştır (Filkins ve Stievano, 2017). Ayrıca ENDA, direktör, lider ve yönetici hemşireler, ilgili yetkili makamlar ve araştırmacılar için sunduğu etik ve davranış ilkelerini; (1) en yüksek ahlaki ve etik değerleri desteklemek, (2) kişisel sorumluluk almak, bireysel güçlü yanları ve sınırlamaları tanımak, (3) her alanda eşit haklara ve itibara bağlılık göstermek ve onurlandırmak, (4) doğruyu söylemek ve dürüstlük ilkelerini her düzeyde desteklemek ve geliştirmek, (5) adalet ve doğruluk ilkelerini korumak ve geliştirmek, her durumda adaletsizliğe meydan okumak, (6) bireysel özgürlük ilkelerini korumak ve geliştirmek, (7) iyilik yapmak ve zarardan kaçınmak olarak açıklamıştır (Filkins ve Stievano, 2017).

Türkiye'de ise Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından "Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar" kılavuzu yayınlanmış (THD, 2009) ancak yönetici hemşirelere yönelik resmi

olarak yayınlanmış etik kodlara veya ilkelere rastlanmamıştır. Türkiye'de Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Rehber Olacak Standartlar, 1994 yılında Velioğlu (1995) tarafından 14 standart başlığında tanımlansa da bu standartlarda etik başlığına yer verilmemiştir. 2019 yılında ise hemşirelikte yönetim alanında uzman görüşleri alınarak Yönetici Hemşireler Derneği başkanının danışmanlığında yürütülen bir doktora tezinde "Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Standartları: Yönetim ve Organizasyon, Liderlik, İnsan Kaynakları Yönetimi, Kalite Yönetimi, Profesyonellik" olmak üzere beş başlık ve 49 standart içerecek şekilde tanımlanmıştır. "Profesyonellik" standarttı altında ise etik konusuna 45. ve 47. standartta yer verilmiştir. 45. standart: "THD'nin Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar kılavuzu temel alınmalıdır" ve 47. standart "hemşirelik hizmetleri yöneticileri, güvenli, ulaşılabilir, eşitlikçi ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuna olanak sağlayan etik bir çalışma ortamı oluşturmalı ve sürdürmelidir" olarak açıklanmıştır (Yıldırım, 2019). Bunların dışında 2010 yılında bir yüksek lisans tezi olarak yönetici hemşirelerinin etik ve etik olmayan yönetsel davranışlarını saptamaya yarayacak ve yönetici hemşirelere yol gösterebilecek "Yönetsel Etik Davranışlar Ölçeği" Öztürk tarafından geliştirilmiştir (Öztürk, 2010). Yöneticilerin davranışlarını, doğruluk ve dürüstlük, hukukun sorumluluğu ve üstünlüğü, haklar ve özgürlük, iyi insan ilişkileri ve hümanizm, adalet ve eşitlik boyutlarında tanımlanıp, yayınlanmıştır (Öztürk, 2012). 2022 yılında ise Ayan tarafından "hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin uyması gereken yönetsel etik ilkelerin belirlenmesi"ne yönelik bir doktora tezi yürütülmüştür. Yayınlanmamış bu tezde hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin uyması gereken etik ilkeler; "adalet, eşitlik, doğruluk-dürüstlük, tarafsızlık, sorumluluk, gizlilik (mahremiyet), saydamlık (şeffaflık), insancıllık (hümanizm) başlıklarında tanımlanmıştır (Ayan, 2022).

Tüm bunların dışında Türkiye'de kamu kurumlarında çalışıp bir kamu görevlisi olan yönetici hemşireler, 2004 yılında yürürlüğe giren 5176 sayılı "Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun" (Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2004) ve bu kanunun uygulama yönetmeliği olan "Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine de uygun davranmak zorundadır (Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2005). Yönetmeliğe göre etik davranış ilkeleri madde 5- madde 22 arasında; görevin yerine getirilmesinde kamu hizmeti bilinci, halka hizmet bilinci, hizmet standartlarına uyma, amaç ve misyona bağlılık, dürüstlük ve tarafsızlık, saygınlık ve güven, nezaket ve saygı, çıkar çatışmasından kaçınma, görev ve yetkilerin menfaat sağlamak amacıyla kullanılmaması, hediye alma ve menfaat sağlama yasağı, kamu malları ve kaynaklarının kullanımı, savurganlıktan

kaçınma, bağlayıcı açıklamalar ve gerçek dışı beyan, bilgi verme, saydamlık ve katılımcılık, yöneticilerin hesap verme sorumluluğu, eski kamu görevlileriyle ilişkiler, mal bildirimi başlıklarında tanımlanmıştır (Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2005). Ayrıca etik davranış kuralları Anayasa'da, "657 sayılı Devlet Memurları Kanunu" nda, özellikle yolsuzluk suçları ve çıkar çatışması hallerinde "Türk Ceza Kanunu" nda yer almaktadır ve bu yasal düzenlemeler yönetici hemşireleri de ilgilendirmektedir (Zeren ve ark., 2016). Devlet Memurları Kanunu'nun yedinci maddesine göre memurlar; görevlerini tarafsız bir şekilde yapmak, devletin çıkarlarını korumak zorundadır. Ayrıca kanunun 14., 28. ve 29. maddesine göre eşitlik, tarafsızlık ve açıklık ilkelerinin uygulaması hükmedilmiştir. Türk Ceza Kanunu'nda ise rüşvet, irtikap (görevi kötüye kullanma), zimmet, alım-satım-kiralama ihalelerine hile ve fesat karıştırma gibi durumlar suç olarak belirtilmiş ve ilgili ceza durumu hükme bağlanmıştır (Minaz, 2019).

Sonuç olarak 1970'li yıllarda ele alınıp ve 1990 yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yürütülen yönetimde etik veya yönetsel etik kavramının, hemşirelik hizmetleri yönetimi ile ilgili düzenlemelerde 20 yüzyılın ortasından sonra ve hemşirelik literatüründe özellikle 21. yüzyılda daha fazla yer almaya başladığı görülmüştür. Bu doğrultuda, yönetici hemşirelere rehber olabilecek etik kod veya ilkeler tanımlanarak yayınlanmıştır.

5. Yönetsel Etik İlkeler

Yönetici hemşireler, görevlerini yerine getirirken hastalara, sağlık çalışanlarına ve diğer kurum personeline, kuruma ve kendilerine ilişkin birçok farklı etik sorunla yüzleşmektedir. Buna göre hemşirelerin yaklaşık yarısı veya yarısından fazlası, haftada en az bir kez etik sorunla karşılaşılmaktadır (Aitamaa, Suhonen, Puukka ve Leino-Kilpi, 2019). Karşılaştıkları bu etik sorunların veya iklimlerin çözümünde ise etik ilkelerden yararlanmaktadır. Etik ilkeler; yüksek davranış standartlarının geliştirilmesinde cesaretlendirici, güvenliği artırıcı ve karar verirken yardımcı, çıkar kavgalarını önleyici ve tarafsızlığı sağlayan yol gösterici unsurlardır (Öztürk, 2014). Yöneticilerin, etik ilkeleri özümsemesi ve davranış haline getirmesi, bu ilkelere ilişkin duyarlılık geliştirmesi kurumun amaçlarına ulaşması açısından önemlidir (Aydın, 2022). Bu kapsamda farklı ülkelerin sağlık kurumlarında yöneticilere özgü, etik kodlar ve ilkelerin oluşturulduğu görülmektedir (Akbulut ve ark., 2022). Örgütsel ilişkilere yol gösteren, kişiler arası ilişkileri uyumlaştıran, işbirliği içinde çalışılmasını sağlayan, her meslek için geçerli olan ve yönetimde uyulması gerekli olan etik ilkeler (Aydın, 2022); adalet, eşitlik, dürüstlük ve doğruluk, tarafsızlık, sorumluluk, insan hakları, hümanizm, bağlılık, hukukun üstünlüğü, sevgi, hoşgörü, laiklik, saygı, tutumluluk, demokrasi, olumlu insan ilişkileri, açıklık/şeffaflık, hak ve özgürlükler, emeğin hakkını verme, gizlilik ve mahremiyet, yasa dışı emir-

lere direnme, hesap verebilirlik olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2022; Bahçecik ve Özçelik, 2022; Çalışkaner, 2021; Erdem, 2015; Öztürk, 2014). Bu ilkeler:

Adalet; adil olma, doğruluk, hak ve hukuku gözetmedir. Hak ve hukuka uygun şekilde, davranışların yerine getirilmesidir. Yöneticide bulunması gereken ön koşuldur ve amacı bireylerin haklarını korumaktır (Kalfaoğlu ve ark., 2021; Öztürk, 2014). *Eşitlik*; insanların oluşturduğu her sınıfa, eşit davranılmasıdır. Faydaların, sıkıntıların, sorunların ve hizmetlerin dağıtımında uygulanacak sınırların belirlenmesini içermektedir (Öztürk, 2014). *Doğruluk-Dürüstlük içerisinde doğruluk*; yaşamı ve yapılan tüm faaliyet/hareketleri gerçekler üzerine kurmak, gerçeği ifade etmektir. *Dürüstlük* ise sözünü tutmak ve söylenenleri gerçekleştirmektir. Yönetici, kurumda güven ortamı yaratmak için yalandan uzak durmalı, doğruluğu konusunda çalışanlarda ve diğer yöneticilerde tam bir güven oluşturmalıdır. Gerçekler için astlarını korkutmamalı, onların haklarını ve çıkarlarını tanımalı, içten ve dürüst davranmalıdır. Tarafsızlık; bireylerin/nesnelerin olduğu gibi kabul edilmesidir. Yöneticilerin ilişkilerinde, toplumdaki bireylere ve çalışanlara yansız davranıp hizmet etmesini içermektedir. Çünkü yöneticinin taraflı davranması, çalışanlardaki adalet ve güven duygusunu zedeleyebilir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Sorumluluk*; bir görevin talep edilen kalitede ve nicelikte yerine getirilmesidir. Birinin eylemlerini veya yetki alanına giren bir olayın sonuçlarını üstlenmesidir. Sorumluluğun astlara/çalışanlara yüklenmemesini içermektedir (Aydın, 2022). Başkalarının gereksinimlerine yanıt vermeye hazır olmaktır (Öztürk, 2014). *İnsan hakları*; her bir bireyin insan olmanın getirdiği dokunulmazlık, devredilmez ve vazgeçilmez nitelikteki kişiliğine bağlı haklarıdır. İnsan haklarına saygı gösterilmesini içermekte ve yöneticilerin öncelikli değerleri arasında yer almaktadır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). Hümanizm, insancıl olma ve insan varlığının insani erdemlerle şekillenmesidir (Aydın, 2022). *Bağlılık*; örgütsel ve mesleki bağlığı kapsamaktadır. *Örgütsel bağlılık*; çalışanların örgütte/kurumda kalmak istemeleri, kurumun amaç ve değerlerini kabullenmeleri, kurum için ortaklaşa çaba göstermeleridir (Altuntaş, 2014). *Mesleki bağlılık*; kendini mesleğe adama, meslek için çaba sarf etme, mesleki amaç ve hedeflere, değerlere ve etik ilkelere bağlılıktır (Cihangiroğlu ve ark., 2015). *Hukukun üstünlüğü*; yetkili kişilerin ve yöneticilerin yasalara saygılı olması, uygun davranması, hukuk sisteminin sağlıklı ve düzenli çalışmasıdır. Bireylere göre, yasaların çifte standartlı uygulanmamasıdır. *Sevgi*; yöneticinin sağlıklı insan ilişkileri geliştirmesi, insanlarla ve insanlar için çalışması nedeni ile insanları ve yöneticiliği sevmesini içermektedir (Aydın, 2022). *Hoşgörü*; yasa ve etik kurallara aykırı olmayıp sevilmeyen/onaylanmayan şeylerin varlığına tahammül göstermektir. İnsanı anlamak, saygı duymak, farklı duygu, düşünce ve davranışları olabileceğini kabul etmektir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Laiklik*; çalışanların inanç veya din özgürlüğüne

karışılmaması, bu özgürlüğü zedeleyecek davranışlara girilmemesidir. *Saygı*; insanın her yönü ile saygıya değer olduğuna inanıp saygı göstermektir (Öztürk, 2014). *Tutumluluk*; kurumdaki maddi ve insani kaynakları etkili ve verimli şekilde kullanmaktır (Aydın, 2022). *Demokrasi*; kurum içinde demokratik bir ortam oluşturulması ve kurumda katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesidir. *Olumlu insan ilişkileri*; insanların beraber bir arada etkili bir şekilde çalışabilme becerisidir. Yöneticinin çalışanların görüş ve önerilerini alıp değer vermesi, uygunsa uygulamaya aktarmasıdır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Açıklık*; işlerde açık olmak, kararlarda ve eylemlerde gizli davranmamak, hesap verebilme açıklığını/şeffaflığını göstermektir. Kurumda çalışanlara bilgiyi düzenli, anlaşılabilir, tutarlı ve güvenilir şekilde sunmaktır (Çelik ve Duyar, 2020). Hak ve özgürlükler; kurumda çalışanların hak ve özgürlüklerinin dikkate alınıp korunmasıdır. Emeğin hakkını verme; çalışanın kurumda harcadığı emeğin karşılığının ödenmesi, başkalarının emek verdiği şeylerin kendine mal edilmemesidir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Gizlilik ve mahremiyet*; özel yaşamın, işlerin ve bilgilerin kamuya açık olmaması, bireylerin, grupların veya kurumların kendilerine ait bilgilerinin ne kadarının, nasıl ve ne zaman diğer kişiler tarafından bilineceğine karar verme hakkıdır. *Yasa dışı emirlere direnme*; hukuken suç olabilecek emirlerin yerine getirilmemesi hususunda yöneticilerin kesin tavır koymasıdır (Aydın, 2022). *Hesap verebilirlik*; eylemlerle ilgili sebep, bilgi ve hesap verme ve alma kapasitesi, yeteneği ve isteğidir. Çalışanların veya yöneticilerin görev ve yetkilerinin gereklerini yerine getirme yükümlülüğü ve bu yükümlülüğü yerine getirmediklerinde hesap sorulmasıdır (Çamur ve Aydın, 2022).

6. Yönetimde Etik Dışı Davranışlar

Etik dışı davranış, yasal düzenlemelerin, politikaların ve kurum kurallarının göz ardı edilip başkalarına zarar veren sonuçlar yaratan ve toplum tarafından yasa dışı veya ahlak dışı olarak kabul edilen davranışlardır (Saylı ve Kızıldağ, 2007). Etik dışı davranışlar, yönetsel karar, işlem ve eylemlerde kaçınılması gereken davranışlardır. Yönetime ve örgüte karşı güvensizliğe neden olan bu davranışlar, çatışmalara sebebiyet vermekte, örgüt kültürünü, örgütsel bağlılığı (Erdem, 2015), örgütsel yaşam kalitesini, çalışanların performansını/başarısını, motivasyon ve iş doyumunu azaltmaktadır (Bahçecik ve Özçelik, 2022; Erdem, 2015; Tonus ve Oruç, 2012). Bu olumsuz etik dışı davranışlar, yetersiz iletişim, örgütsel politikaların yetersizliği, maliyetleri azaltma faaliyetleri, örgüt kültürünün zayıf olması, yöneticiler üzerindeki kurum içi ve dışı baskılar, iş yükü, etkin şikâyet etme mekanizmasının olmaması gibi bazı nedenlerle oluşabilmektedir. Yönetim sürecinde kararlarda, uygulamalarda, eylem ve işlemlerde kaçınılması gereken davranışlar olarak tanımlanan etik dışı davranışlar; genellikle ayrımcılık, kayırma, rüşvet, yıldırma-korkutma, ihmal, istismar/sömürü, bencillik, şiddet-baskı-saldırganlık, iş iliş-

kilerine siyaset karıştırma, hakaret ve küfür, fiziksel ve cinsel taciz, kötü alışkanlıklar, görev ve yetkinin kötüye kullanımı, yaranma/dalkavukluk, yolsuzluk, zimmet, dogmatik davranma, bağnazlık altında toplanmaktadır (Aydın, 2022; Bahçecik ve Özçelik, 2022; Öztürk, 2014).

Ayrımcılık; bireylere kültür, din, ırk, siyasi görüş, yaş, cinsiyet ve fiziksel görünüşlerden dolayı adaletsiz ve zarar verecek biçimde ön yargılı davranılmasıdır (Atılgan ve Kutvan, 2017; Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Kayırma*; yakın çevre/akrabalık ilişkileri, nüfuslu kişilerin etkisi veya baskısı ile birtakım kişilere ayrıcalıklı davranılmasıdır. *Rüşvet*; mal, para, hediye gibi bir takım maddi çıkarlar karşılığında bunu sağlayan birey/gruplara ayrıcalıklı davranmadır. *Yıldırma-korkutma*; ayağını kaydırma, hileli davranış, dedikodu, yalancılık gibi yaklaşımlarla veya güç gösterisi yaparak yıldırmaya çalışmaktır. *İhmal*; sebebi ne olursa olsun görevlerin geciktirilmesi veya savsaklanması ya da görevin yerine getirilmemesidir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *İstismar/sömürü*; zorlaya veya aldatarak ya da gönüllü rızasıyla veya çıkar sağlanacağı düşüncesi ile insani ve maddi kaynakları kendi amaçları için kullanmadır (Aydın, 2022). *Bencillik*; yalnız kendi gereksinimlerini giderecek, kendi çıkarını sağlayacak, hatta bazen karşısındaki zarar verecek şekilde davranılmasıdır. *Şiddet-baskı-saldırganlık*; bir bireyin başkalarını fiziksel veya psikolojik olarak yaralayıp acı çektirmesi veya eziyet etmesidir. *İş ilişkilerine siyaset karıştırma*; bireylerin siyasi görüşüne göre taraflı davranılması, bilgi ve kaynak sunulması, siyasi ilişki ve kayırmayı yönetsel yeterliliğe üstün tutmadır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Hakaret ve küfür*; sözel bir şiddettir ve başkalarını sözle küçültüp, örselemeye çalışmadır (Aydın, 2022). *Fiziksel ve cinsel taciz*; tokat atma, kulak çekme veya söz atma, el, kol hareketi yapma, ırza geçme gibi davranışları içermektedir (Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Kötü alışkanlıklar*; iş saatleri içerisinde alkol, sigara, uyuşturucu gibi maddeler kullanma ve kaba davranışlarda bulunmadır (Atılgan ve Kutvan, 2017; Aydın, 2022; Öztürk, 2014). *Görev ve yetkinin kötüye kullanımı*; verilen yetkinin amacı dışı kullanılmasıdır. Yöneticilerin yetkisi dahilinde yapacakları işleri bir kenara bırakıp kendine/ başkalarına çıkar sağlamasıdır. *Yaranma ve dalkavukluk*; sahtekarlık ve rahatsızlık içermesine rağmen çalışanların yöneticiye yaranmak/kabul ettirmek için bulunduğu samimi olmayan davranışlardır. *Yolsuzluk*; yapılması gereken işleri veya işlemleri maddi veya maddi olmayan çıkar karşılığında hızlandırıp yarar sağlamadır. *Zimmet*; alıcısı ve vericisi olmadan çalışanın/yöneticinin mal, para gibi kurumsal bir kaynağı yasalara aykırı olacak şekilde tek taraflı kişisel kullanımına geçirmesini veya harcamasını içeren bir yolsuzluk türüdür. *Dogmatik davranma*; kişisel inanç ve kavramları değiştirmeye ve yenilikleri benimsemeye karşı sonuna kadar direnç gösterme, kopamayacak derece onlara bağlanmadır. *Yobazlık-bağnazlık*; tek doğrunun kendi doğrusu olduğuna inanma,

kendi gibi düşünmeyenlere çok ağır düzeyde saldırma, düşünceleri konusunda tartışmaya yer vermeyip sevgisiz ve hoşgörüsüz davranmadır (Aydın, 2022; Öztürk, 2014).

Bunların dışında yapılan hataları gizlenme, yalan söyleme, suistimal olacak şekilde sık izin alma, ara tatil, mola sürelerini uzatma, işi erken terk etme, hırsızlık yapma, projenin süresini gereksiz uzatma, hediye kabul etme, kayıtları değiştirme gibi etik dışı davranışlar da yöneticiler ve çalışanlar tarafından yapılabilmektedir (Atılgan ve Kutvan, 2017).

7. Hemşirelik Yönetiminde Yönetsel Etik

Sağlık kurumlarına bakıldığında, bu kurumların karşılaştığı zorlukların sayısının ve öneminin emsalsiz olduğu belirtilmektedir. Artan finansal baskılar, ödeme beklentileri, mali tablolar, hasta güvenliği ve kalite iyileştirme sorunları, işgücünün korunması ve güvenliği, sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin ve bunların nüfusun sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinin tanınması, toplumun gelişmiş sağlık talepleri, öncelikleri belirleme ve sağlık reformuna katılım gibi durumlar, sağlık kurumlarını çok fazla zorlamakta ve büyük strese sokmaktadır. Ayrıca, mevcut ulusal iklim ve sosyal eşitsizliklerin görülmesi etik kaygıları ve çatışmaları artırmıştır (ACHE, 2020). Dolasıyla sağlık kurumları, benzersiz özellikleri ve karmaşık kurumsal yapıları nedeni ile etik sorunların sık yaşandığı kurumlardır (Akbulut ve ark., 2022). Bu ortamlarda diğer sağlık çalışanları ile hemşireler, ahlaki seçimler ve baskılar altında çalışırken zorlanmaktadır. Yeni teknoloji, çeşitli ve artan talepler, sınırlı kaynaklar ve çelişen değerler sürekli etik sorunlar yaratmaktadır. Hemşirelerin güvenli, yetkin ve etik bir şekilde bakım vermesi için gerekli desteğe sahip olmadığı, dolasıyla ahlaki/etik sorunlar yaşadığı açıklanmaktadır. Ayrıca performanslarının düştüğü, tükenmişlik ve meslekten ayrılmayı istedikleri (Devik ve ark., 2020), iş doyumsuzluğu yaşadığı ve olumsuz imajdan dolayı sorunları olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2014). Bu kapsamda; yönetici hemşirelerin kurumun işleyişinde, bakımın kalitesini ve hemşirelerin refahını/iyilik halini sağlamada/sürdürmede önemli paydaş oldukları, çalışanların etik yeterliliğini desteklerken, etik standartların sürekli karşılanmasını sağlamaları gerektiği vurgulanmaktadır. İnsan onuruna saygı duyan ve hasta güvenliğini sağlayan uygulamaları teşvik etmede önemli rol oynadıkları belirtilmektedir (Devik ve ark., 2020). Ayrıca yönetici hemşirelerin, çalışanları, hastaları ve akranlarını günlük faaliyetlerinde, kültürel farklılıkların, toplumsal cinsiyet sorunlarının ve ırksal kaygıların üstünde olan, bireylerin karar verme ve bu kararlara göre yaşama hakkını kabul eden "diğerlerine saygı ilkesine" uygun davranmaya yöneltmede lider ve örnek kişi olarak hizmet etmesi gerektiği açıklanmıştır (Broadway, 2019).

Bu açıklamalar dikkate alındığında, hemşirelik yönetiminde etik, klinikte ve diğer yönetim alanlarında uygulanan etikten oldukça farklıdır. Çünkü yönetici hemşirelerin birçok liderlik rolü ve yönetim işlevi, hemşireliğe özgüdür. Bu farklılıklar, yönetici hemşirelerin hemşirelik dışı yönetimde karşılaşılmayan benzersiz yükümlülüklerle ve etik ikilemlerle uğraşmasını gerektirmektedir (Marquis ve Huston, 2017). Bu etik iklimler; hasta bakımı ve yönetsel görevler arasındaki dengesizlik, sınırlı yatak sayısına rağmen fazla sayıda hasta kabul etme baskısı, personel eksikliği nedeniyle iyi bakımın sağlanamaması, klinik alana uygun olmayan yönetsel direktifler, bir hemşirenin ve birimin ihtiyaçları arasındaki çelişkiler, hasta/aile şiddeti, ekipman eksikliği, hastaya ayrıcalıklı muamele yapılmasına ilişkin baskılar, hastanın ve ailesinin gereksinimleri arasındaki çatışmalardır (Ganz, Wagner ve Toren, 2015). Bunlara ek olarak, yönetici hemşirelerin sorumlulukları farklılık gösterdiği için uygun eylemlere karar verirken yaşadıkları potansiyel içsel çatışma, çoklu savunuculuk rolleri ve mesleğe hesap verebilirlik, uygulamalarında etik ikilemlerle karşılaşma olasılıklarını gittikçe daha fazla arttırmaktadır (Marquis ve Huston, 2017). Ancak yapılan bir araştırmada, hemşirelere göre orta düzey yönetici hemşirelerin daha az etik ikilem ve ahlaki sıkıntı yaşadıkları, bununla birlikte yönetsel anlamda ikilemlerin yine de önemli ahlaki sıkıntılara neden olduğu bulunmuştur (Ganz, Wagner ve Toren, 2015; Marquis ve Huston, 2017). Aitamaa ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) ise yönetici hemşirelerin hem yönetsel hem de hemşirelik bakımı ile ilgili olarak işlevlerinde çeşitli etik sorunlarla karşılaştığı ve bu sorunların; hastalardan, çalışanlardan, kurumdan ve yöneticilerin kendisinden kaynaklandığı belirlenmiştir (Aitamaa ve ark., 2019). Ayrıca Aitamaa ve arkadaşları (2016), yine yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%94) günlük yönetsel kararlarında etik sorunlarla karşılaştığını, ayrıca etik sorunlar yaşadığını ve bu sorunların ise sessizlik, paranın nereye harcanacağı, kurumun ihtiyaçlarına karşı bireylerin hakları ve üst yönetimin/örgütün haksız uygulamaları gibi hepsinin sıkıntı ve hüsranla ilişkili sorunlar olduğunu açıklamışlardır. Benzer şekilde, Laukkanen ve arkadaşları da çalışmasında (2016), yönetici hemşirelerin çalışanlardan (%31), kendilerinden (%29), kaynaklardan (%17), hastalardan (%12), üstlerinden (%7) ve kurumdan (%4) kaynaklanan etik sorunlarla karşılaştıklarını belirtmiştir. Yönetici hemşirelerin, en çok çalışan (%31) kaynaklı etik sorun yaşadığını ve çalışan davranışı, personel eksikliği, kayıt tutma gizliliği, uyuşturucu maddelerin kullanımı, maaş düzenlemesi, çalışanlar arasındaki ilişki ve eğitim konularında etik sorunlar yaşadıklarını belirlemiştir (Aitamaa ve ark., 2016). Erdem ise çalışmasında (2021), hemşirelerin yöneticilerine ilişkin yaşadıkları yönetsel sorunları; "adaletsizlik, kayırmacılık, iletişimsizlik, yargılayıcılık, mobbing, umursanmama, despotluk, değersiz hissettirme, rencide edilme, yalnız bırakılma" gibi etik dışı davranışlar olarak açıklamıştır (Erdem, 2021). Öztürk ise (2012) çalışmasında; hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin üst yönetiminde çalışan

yönetici hemşirelerin, genel olarak yönetsel açıdan etik ilkelere göre davrandığını ancak adalet ve eşitlik gibi önemli yönetsel etik ilkeleri sağlayamadığını ve olumlu insan ilişkilerini kuramadığını saptamıştır. Bu nedenle, hemşirelerin iş doyum düzeyinin azaldığını ve hemşirelerin üst yönetimdeki yönetici hemşirelerinden memnun olmadıklarını belirtmiştir (Öztürk, 2012).

8. Yönetici Hemşirelerin Yönetsel Etik Açıdan Rol ve Sorumlulukları

Yönetici hemşirelerin hemşirelik hizmetlerinin yönetimine ilişkin yönetsel etik ile ilgili rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Yönetsel etik açıdan yönetici hemşireler;

1. İnsanların hakları, görevleri ve hedefleri hakkında temel inanç ve değerlere ilişkin öz farkındalığa sahip olmak; bazı belirsizlik ve kararsızlıkların tüm etik karar verme sürecinin bir parçası olduğunu ve nitelikli sorun çözme ve karar verme yaklaşımlarının benimsenmesine karşın olumsuz sonuçların olabileceğini kabul etmek, etik kararlar verirken risk almak; mesleki standartlar, etik kodlar ve bunların yorumlarına uygun etik kararlar vermek için rol model olmak; beklenen etik davranış standartlarını açıkça bildirmekten sorumludur (Marquis ve Huston, 2017).

2. Etik sorun özelliği taşıyan, yönetsel sorunların çözümünde ve karar vermede sistematik yaklaşım kullanmak; her zaman uğraşılan ve kaçınılması gereken etik kararların sonuçlarını tanımlamak; değerleri ve inançları netleştirmek için kanıtlanmış etik oluşum/yapılar kullanmak veya etik programlar uygulamak; kararlarını hangi inanç veya değerlerin şekillendirdiğini belirlemek için etik muhakeme ilkelerinden yararlanmak; etik kararlara yol gösteren yasal düzenlemelerin farkında olmak ve yasal uygulamalara ters düşen durumlardan sorumlu olmak; karar verirken ve sorun çözerken kendi etik kararlarının niteliğini sürekli olarak yeniden değerlendirmek; çalışanların etik davranışlarını takdir edip ödüllendirmek, çalışanların etik dışı davranışlara yönelmesini önlemeden sorumludur (Marquis ve Huston, 2017).

3. Kurumda etik davranışı teşvik etmek için yasal ve etik sorunların birbirinden ayrılması, etik kurullarla iş birliği yapılması, kurum inceleme/teftiş kurullarının uygun şekilde kullanılması ve etik açıdan uygun bir çalışma ortamının desteklemesini içeren stratejileri kullanmalıdırlar (Marquis ve Huston, 2017). Bu stratejiler; hemşirelik etik kütüphanesi (etik konularda kitap, dergi vb. içeren sanal/gerçek kütüphane vb.)/ ya da dergi kulübü oluşturma, hemşirelik etik/araştırma komitesine destek olma, günlük işler sırasında karşılaşılan etik konuların açık bir şekilde tartışılmasını sağlanma ve cesaretlendirecek yaklaşımları destekleme; etik olguların/vakaların tartışıldığı yıllık eğitim programları oluşturma, sık karşılaşılan etik sorunlara yönelik araştırmalar yapma, diğer kurumlardaki etik konular, komiteler, politikalar ve eğitsel programlardan haberdar olmak için temsilci gönderme ve kurumun etik komitesi/ teftiş kurulunda bir yönetici hemşire/hemşirenin yer almasını sağlamaktır (Öztürk, 2014).

4. Kurumda etik kültürün oluşmasının profesyonel sorumlulukları olduğuna inanmak, etik kültürün sürdürülmesinin önündeki tüm engelleri azaltmaya çalışmak da sorumluluklarıdır. Diğer sağlık yöneticileri gibi, etik bir kültür yaratmak için (a) etik klinik, liderlik, yönetim, araştırma ve kalite iyileştirme uygulamaları dahil olmak üzere etik davranış standartlarının geliştirilmesini ve uygulanmasını desteklemelidir, (b) etik belirsizliklere ilişkin davranış standartlarını geliştirmek, yaymak ve açıklığa kavuşturmak için etik komite de dahil olmak üzere etkili ve kapsamlı etik kaynaklarından yararlanmalıdır (c) etik eğitimler gibi sistemli yaklaşımları desteklemelidir (d) kurumsal etik değerleri gözetmelidir (ACHE, 2020).

5. Etik bir lider olarak, davranmaları gerekmektedir. Yalnızca etik davranışlar üzerinde konuşmamalı, bunu eylemleri ile göstermelidir. Yozlaşmış davranışa ilişkin açık ve net bir dil kullanmalı, etik değerler üreten ve gelişime katkıda bulunan davranışı teşvik etmeli ve maliyetli olsa da doğru olanı yapma konusunda ısrarcı olmalıdır (Boone ve Kurtz, 2011). Ortak değerlerin, iş yapma/mesleki ilkelerin ve etik ilkelerin anlaşılması, desteklenmesi ve benimsenmesi için *etik bilinç oluşturmalı*, etik değerlere uyulması hususunda hemşirelere *sorumluluk vermeli*, istikrarlı ve dürüst davranışlarıyla *örnek olmalı*, etik değerlerle uyumlu *etik kararlar vermeli*, *politika ve uygulamaların uyum içinde olmasına özen göstermeli*, *değerler ve etik konusunda eğitim vermeli/ sağlamalı*, meslektaşlarının, çalışanların, müşteri/ hastaların, alanındaki diğer insanların görüşlerini, duygularını, tepkilerini içeren *algılara dikkat etmeli*, etik kurallar, değerlere uygun olarak birçok alanda çok sayıda iyileştirme yaparak *değişime odaklanmalı*, *etik değerlere sahip insanlarla çalışmalı*, etik ilkeleri çağın yönelimlerine uygun güncelleyerek *kendini güncellemelidir* (Taş, 2019).

9. Sonuç

Yönetici hemşirelerin mesleki ve yönetsel etik kod ve ilkeleri benimsemeleri ve uymaları, etik davranışlar sergilemeleri, kurumda ve hemşirelik hizmetlerinde bu davranışları desteklemeleri, etik dışı davranışlardan uzak durmaları, grubuna ve meslektaşlarına etik davranış ve yaklaşımlarıyla örnek olmaları gerekmektedir. Yönetici hemşireler etik belirsizlikler, ikilemler ve sorunlar karşısında etik kararlarlar alabilmek için etik kodlar, ilkeler ve yaklaşımlar konusunda bilgi sahibi olmalı, etkisi kanıtlanmış karar verme model ve yaklaşımlarından yararlanmalı, mesleki etik ilkelerden yararlanmalı, kurumsal teftiş/inceleme kurulları veya etik kurullarla iş birliğinde bulunmalıdır. Yönetimde etik değerlerin benimsenip kullanılması için işinde ehil, deneyimli, adil ve dürüst olmalı, etik bir çalışma ortamını desteklemek için etik davranışlarıyla rol model ve etik lider olmalıdır.

Kaynakça / References

Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S. & Suhonen, R. (2016). Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nurse Ethics*, *23*(6), 646-658. https://doi.org/10.1177/0969733015579309

Aitamaa, E., Suhonen, R., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2019). Ethical problems in nursing management-across-sectional survey about solving problems. *BMC Health Services Research, 19*(417), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4245-4

Akbulut, Y., Durur, F. ve Kutlu, G. (2022). Sağlık kurumları yönetiminde etik. Yorgancıoğlu Tarcan, G. (Ed.), *Sağlık hizmetlerinde etik kitabı* içinde (s. 69-78). Ankara: Pelikan Yayınevi.

Altuntaş, S. (2014). Örgütsel güven, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı. Tatar Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), *Hemşirelik hizmetleri yönetimi kitabı* içinde (s. 697-714). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Amerikan Nurses Association (ANA). (2016). *Nursing Administration: Scope and Standards of Practice* (2nd ed.). USA: ANA.

American College of Healthcare Executives (ACHE). (2020, November 16). *Creating an ethical culture within the healthcare* organization. Retrieved from https://www.ache.org/about-ache/our-story/our-commitments/ethics/ache-code-of-ethics/creating-an-ethical-culture-within-the-healthcare-organization

American College of Healthcare Executives (ACHE). (2022, December 5). ACHE *Code of Ethics.* Retrieved from https://www.ache.org/about-ache/our-story/our-commitments/ethics/ache-code-of-ethics

American Organization of Nurse Executives. (2015). *AONE Nurse Executive Competencies*. Chicago, IL: Author.

Atılgan, S. ve Kutvan, A. B. (2017). *Örgütlerde yönetsel etik ve etik yönetimi*. İstanbul: Çağlayan Kitabevi.

Ayan, G. (2022). *Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin uyması gereken yönetsel etik ilkelerin belirlenmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Aydın, İ. (2022). *Yönetsel etik, mesleki ve örgütsel etik*. Ankara: Pegem Akademi.

Bahçecik, A.N. ve Özçelik, S.K. (2022). Yönetsel etik. Tatar Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), *Hemşirelikte yönetim kitabı* içinde (s. 507-534). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Bayrak, B. (2023). Bakımın etik yönü ve teknoloji. Sarıoğlu Kemer, A. ve Asiltürk, A. (Ed.), *Hemşirelik ve teknoloji kitabı* içinde (s. 255-269). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bilgin, R. ve Küçükhazar, M. (2018). Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *7*(13). e-ISSN: 2626-7815.

Boone, L.E. & Kurtz, D.L. (2011). *Çağdaş işletme* (Yalçın, A., Çev.). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Broadway, M. A. (2019). Legal and Ethical Issues. In P.S. Yoder-Wise (Ed.), *Leading and managing in nursing* (7th ed.) (pp. 32-69). Missouri/USA: Elsevier.

Cihangiroğlu, N., Teke, A., Özata, M. ve Çelen, Ö. (2015). Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *57,* 367-372.

Curtin, L. L. (2000). The first ten principles for the ethical administration of nursing services. *Nursing Administration Quarterly*, *25*(1), 7-13. https://doi.org/10.1097/00006216-200010000-00010

Çalışkaner, D. (2021). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde profesyonellik, etik davranışlar, liderlik ve teknolojinin etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, *3*(2), 124-139.

Çamur, Ö. ve Aydın, A. (2022). Yeni kamu yönetimi anlayışının etik temelleri ve kamu yönetiminde etik yönetimin gelişmesi üzerindeki etkisi. *Denetişim*, *13*(25), 148-159.

Çelik, V. ve Duyar, Z. (2020). Türk yönetim kültüründe temel etik değerlerin incelenmesi: Bir siyasetname örneği olarak el medinet'ül fazıla. *Turkish Studies-Social Sciences*, *15*(1), 187-206.

Çevikbaş, R. (2006). Yönetimde etik ve yozlaşma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *20*(1), 265-289.

Devik, S. A., Munkeby, H., Finnanger, M., & Moe, A. (2020). Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nursing ethics*, *27*(8), 1669–1680. https://doi.org/10.1177/0969733020935958

Erdem, A.R. (2015). Eğitim yönetimi etiği ve eğitim yönetiminde etik liderliğin kritiği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *3*(10), 1-15.

Erdem, İ. (2021). Hemşirelerin yönetimsel sorunları: Çalışan hemşireler üzerine bir araştırma, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *7*(1), 151-162.

Filkins, J., & Stievano, A. (2017). *The European Nurse Directors' Proto-Code of Ethics and Conduct* (2nd ed.). European Nurse Directors Association/ENDA. Retrieved from: https://enda-europe.com/wp-content/uploads/2019/07/enda-proto-code-of-ethics_2017_2nd-edition.pdf

Ganz, F.D., Wagner, N., & Toren, O. (2015). Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nursing Ethics*, *22*(1), 43-51. https://doi.org/10.1177/0969733013515490

Hakko, A. ve Kıvanç Madenoğlu, M. (2018). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etik davranışlar oluşturma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *5*(3), 227-232.

International Council of Nurses (ICN) (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva/ Switzerland. Retrieved from: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Kalfaoğlu, S., Attar, M. ve Tekin, E. (2021). Etik liderliğin örgüt kültürüne etkisinde örgütsel adaletin aracılık rolünün araştırılması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, *13*(2), 1107-1126.

Kolçak, M. (2013). *Meslek etiği* (2. bs). Bursa: Ekin Yayınevi.

Kul, B. (2021). *Yönetimde etik zekâ ve etik yeterlilik*. Ankara: İksad Publishing House.

Laukkanen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2016). Ethical activity profile of nurse managers. *Journal of Nursing Management*, *24*(4), 483-491. https://doi.org/10.1111/jonm.12348

Marquis, B. L., & Huston C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing*. Chinia: Wolters Kluwer.

Minaz, M.B. (2019). Okul yönetiminde etik liderlik. M.A. Akın (Ed.), *Etik liderlik kitabı* içinde (s. 58-204). Ankara: Pegem Akademi.

Motacki, K. & Burke, K. (2022). *Nursing delegation and management of patient care* (3rd ed.). USA: Elsevier.

Nasrabadi, A.N., Khoobi, M., Joolaee, S., Cheraghi, M.A., & Hedayat, M.A. (2019). Disrupted value system among nursing care managers: A qualitative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *13*(3), 1-5. https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/39668.12680

National Health Services (NHS). (2002). *Code of conduct for NHS managers*. Retrieved from: https://www.porthosp.nhs.uk/about-us/policies-aguidelines/policies/HR/Code%20of%20Conduct%20for%20NHS%20Managers.pdf

Türk Hemşireler Derneği (THD). (2009). *Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar*. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Örselli, E. (2015). Yönetsel etik değerler: Kavramsal bir analiz. Bircan, H.H. ve Dilmaç, B. (Ed.), *Değerler bilançosu. Felsefe, sosyoloji, kamu, eğitim kitabı* içinde (s. 121-141). Konya: Çizgi Kitapevi.

Öztürk, H. (2010). *Yönetici hemşirelerin etik davranışları ve bir araştırma.* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Öztürk, H. (2012). Development of an administrative ethical behaviour scale. *Nursing Ethics*, *19*(2), 289-303.

Öztürk, H. (2014). Yönetsel etik. Tatar Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), *Hemşirelik hizmetleri yönetimi kitabı* içinde (s. 733-765). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. (2004, 25 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı: 25486). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5176.pdf

Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2005, 13 Nisan). *Resmi Gazete* (Sayı: 25785). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8044&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.

Saylı, H. ve Kızıldağ, D. (2007). Yönetsel etik ve yönetsel etiğin oluşmasında insan kaynakları yönetiminin rolünü belirlemeye yönelik bir analiz. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *9*(1), 231-251.

Taş, H. (2019). Sınıf yönetiminde etik liderlik. Akın, M.A. (Ed.), *Etik liderlik kitabı* içinde (s. 205-231). Ankara: Pegem Akademi.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2021). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (4.bs). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tonus, H.Z. ve Oruç, İ. (2012). İnsan kaynakları yönetiminde etik dışı davranışlar ve yönetimi: bir işletmenin personel yönetmeliği içerik analizi. *İş Ahlakı Dergisi*, *5*(10), 149-181.

Torlak, Ö. ve Erdoğmuş, N. (2018). İş ahlakı: Temelleri, kapsamı ve sınırları. N. Erdoğmuş, Torlak, Ö. ve Tiryaki, B.K. (Ed.). *Temelleri ve uygulamalarıyla iş ahlakı kitabı* içinde (s. 22-43). İstanbul: İGİAD.

Türk Hemşireler Derneği (THD) (2009). *Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar*. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Utlu, N. (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ilkeler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, *29,* 17-35.

Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin düşünsel temelleri*. İstanbul: Alaş Ofset.

Weiss, S.A. ve Tappen, R.M. (2015). *Essentials of nursing leadership and management*. Philadelphia, PA/USA: F.A. Davis Company.

Yıldırım Öztürk, T. (2019). *Hemşirelik hizmetleri yönetim standartlarının oluşturulması.* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Zeren, H.E., Yılmaz, E.A. ve Yardımcıoğlu, M. (2016). Kamu yönetiminde etik algısı: Aydın Büyükşehir Belediyesi uygulaması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, *3*(4), 32-46.

EK 1.
Amerikan Sağlık Yöneticileri Etik Kod/Kuralları (ACHE, 2022)
Mesleğe Karşı Sorumluluklar
ACHE'in misyonu, değerlerine ve etik kurallarına bağlı kalmak Mesleki faaliyetleri mesleği iyi yansıtacak şekilde dürüstlük, bütünlük, saygı, hakkaniyet, adalet ve iyi niyetle yürütmek Sağlık hizmetleri yöneticisinin bulunduğu veya mesleki faaliyetler yürüttüğü yetki alanında, tüm yasa ve yönetmeliklere uymak Kişisel bir değerlendirme programı ve sürekli mesleki eğitim uygulayarak sağlık hizmet liderliğinde yetkinliği ve yeterliliği sürdürmek Kişisel kazanç amacıyla mesleki ilişkilerini istismar etmekten kaçınmak Yöneticilerin açıklamalarına ilişkin bir yönetim kurulu incelemesi ile tanımlanan ve gerektiğinde finansal ve diğer çıkar çatışmalarından kaçınmak ve ifşa etmek Bu kuralları, kendi çıkarlarına hizmet etmek için değil, mesleğin çıkarları için kullanmak Mesleki sırlara saygı göstermek Halkı bilgilendirme programlarıyla mesleğin saygınlığını ve imajını geliştirmek Mesleğinin güvenilirliğini ve saygınlığını azaltan herhangi bir faaliyete katılmaktan kaçınmak Bir sağlık yöneticisinin etik kurallarına uymadığına inandıkları durumu ele almak
Hastalara veya Hizmet Verilen Diğer Kişilere Karşı Sorumluluklar
Saygı, eşitlik ve duyarlılık kültürü oluşturmaya çalışmak Tüm hastalar ve ailelerinin yanı sıra toplumun tüm üyeleri arasında güven oluşturmak Sunulan bakımın veya hizmetin güvenliğini, değerini, kalitesini ve eşitliğini değerlendirecek bir süreç oluşturmaya çalışmak Hastaların mali sorunlarında adaleti ve hakkaniyeti sağlamaya çalışmak Örgütsel/kurumsal ayrımcılıkların oluşmasına izin vermeyecek güvenceler oluşturmaya çalışmak Mevcut sağlık hizmetlerine ilişkin haklar, fırsatlar, sorumluluklar ve riskler konusunda hastalara ve hizmet verilen diğer kişilere açık ve doğru bir şekilde öneriler sunacak bir süreç oluşturmaya çalışmak Hastaların ve ailelerinin kişisel değerleri, çalışanların ve hekimlerden farklı olduğunda oluşabilecek çatışmaların çözümünü kolaylaştıracak bir sürecin yürürlükte olmasını sağlamaya çalışmak Hastaları ve hizmet verilen diğer kişileri, tehlikeye atacak şekilde gücün kötüye kullanılmasına karşı sıfır tolerans göstermek Hastaların ve hizmet verilen diğer kişilerin özerkliğini ve kendi kaderini tayin hakkını sağlayacak bir süreç oluşturmaya çalışmak Hastaların ve hizmet verilen diğer kişilerin gizliliğini ve mahremiyetini koruyacak prosedürlerin varlığını sağlamaya çalışmak Kurum genelinde, kanıta dayalı klinik uygulamaları gözden geçirmek, geliştirmek ve tutarlı bir şekilde uygulamak için devam eden bir süreç ve prosedür varlığını sağlamaya çalışmak
Kuruma Karşı Sorumluluklar
Hasta bakımına öncelik verilmesi hususunda kuruma liderlik/öncülük etmek Mevcut kaynaklarla, tutarlı sağlık hizmetleri sağlamak ve sınırlı kaynaklar olduğunda adalet, hakkaniyet ve şeffaflık gibi etik konuları yansıtan bir kaynak tahsis süreci oluşturmaya çalışmak Toplum sağlık hizmetlerini, iyileştirecek, geliştirecek, rekabetçi ve işbirlikçi faaliyetler yürütmek Yönetim standartlarının, etik liderliğin ve sağlam iş uygulamalarının kullanılması ve iyileştirilmesinde kuruma liderlik yapmak Kurumun felsefesiyle tutarlı olarak hastaların veya hizmet verilen diğer kişilerin geleneklerine, inançlarına ve uygulamalarına saygı göstermek Her türlü, mesleki ve kurumsal iletişimde dürüst olmak ve yanlış, yanıltıcı veya aldatıcı bilgiler yaymamak Olumsuz finansal ve diğer bilgileri, hızlıve doğru bir şekilde bildirmek ve uygun işlemi başlamak Tartışmalı ve/veya yanlış finansal raporlarla sonuçlanabilecek dolandırıcılık ve suistimal edilebilecek ve agresif muhasebe uygulamalarını önlemek. Klinik ve liderlik hatalarının, en aza indirildiği ve meydana geldiklerinde etkin bir şekilde ifşa edildiği ve ele alındığı bir örgütsel ortam yaratmak

Kurumun, yürürlükteki tüm yasa ve yönetmeliklere uymasını sağlamaya çalışmak Uygun ön planlama ve bu tür planların tatbikatı da dahil olmak üzere, tanımlanmış halk sağlığı acil durumlarına yeterli yanıtı sağlamak için yerel, bölgesel, eyalet çapında ve federal? özel kuruluşlarla birlikte çalışmak Çıkar çatışması ilkeleri ve muhbir koruma dahil olmak üzere kurumsal etik kuralları uygulamak ve uyumluluğu izlemek Kurumsal ve klinik etik konularını ele almak üzere personel, hastalar ve aileleri için yetkin ve etkili etik kaynakları ve mekanizmalarının mevcut olmasını sağlamak
Çalışanlara Karşı Sorumluluklar
Etik ve hakkaniyetli davranışı destekleyen bir çalışma ortamı yaratmak Etik kaygıların özgürce ifade edilmesini teşvik eden ve bu tür kaygıların tartışılması ve ele alınması için etkili mekanizmalar sağlayan bir çalışma ortamı sağlamak Cinsel veya her türlü tacizden ve özellikle yasa dışı veya etik olmayan eylemlerde bulunmaya yönelik her tür zorlamadan uzak durmayı içeren sağlıklı bir çalışma ortamını teşvik etmek Irk, etnik köken, din, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş ve engellilik temelinde ayrımcılığı önlemeye yönelik kapsayıcı bir kültür sağlamak Hastalar ve ailelerinin, sağlık uzmanlarına ve stajyerlere karşı ayrımcı davranışlardan kaçınma amaçlı bir klinik ortamı teşvik etmek İş gücü üyeleri veya birey ile kurum arasında, doğabilecek çatışmaların çözümünü kolaylaştıracak bir sürecin yürürlükte olmasını sağlamaya çalışmak Çalışanların bilgi ve becerilerinin uygun şekilde kullanılmasını teşvik eden bir çalışma ortamı sağlamak Güvenli, sağlıklı ve hakkaniyetli bir çalışma ortamı sağlamak Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanların hastalar, aile üyeleri veya ziyaretçiler tarafından şiddete veya önlenebilir herhangi bir zarara maruz kalmamasını sağlamak Çalışanlara, yaptıkları işe temellenen adil ücret ve menfaat sağlayan bir kültürü teşvik etmek
Topluluk ve Topluma Karşı Sorumluluklar
Toplumdaki diğer kuruluşları, belirlemek ve onlarla ortaklaşa olarak toplumun sağlık gereksinimlerinikarşılamaya çalışmak Toplumda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini teşvik etmek için fırsatları belirlemeye ve araştırmaya çalışmak Tüm insanların, sağlık hizmetlerine erişimini desteklemeye çalışmak Sağlık hizmeti politikası konularında kamu diyaloğunu teşvik etmek ve buna katılmak, kaliteli sağlık hizmetini teşvik edecek ve toplumun sağlık durumunu ve bakıma erişimi iyileştirecek çözümleri savunmak Sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bir anlayış göstermek ve teşvik etmek, bunları etkileyen eğitim, barınma, istihdam ve sağlık, işlevsellik ve yaşam kalitesi sonuçlarını ve risklerini etkileyen benzer konularda kısa ve hem toplulukları hem de toplumu etkileyen liderlik kararlarına yönelik uzun vadeli değerlendirmeler yapmak Olası hastalara ve diğerlerine yeterli ve doğru bilgi sağlayarak, onların hizmetler ve maliyetleri hakkında aydınlatıcı kararlar vermesini sağlamak Tüm insanların, özellikle yetersiz hizmet alan ve haklarından mahrum bırakılanların sağlık hizmetlerine erişimini desteklemeye çalışmak
Kural İhlallerini Bildirme Sorumluluğu
Bir üyenin bu etik kuralları ihlal ettiğine inanmak için makul gerekçeleri olan bir ACHE üyesi, bu tür gerçekleri ACHE Etik Komitesine iletmekle yükümlüdür.

EK 2.
Uluslararası Hemşireler Konseyi Etik Kodları (ICN, 2021) **(Hemşireler, Lider ve Yönetici Hemşireler için Etik Kurallar)**
Hemşireler ve Hastalar veya Bakım/Hizmet Gerektiren İnsanlar
İnsan odaklı, kültürel olarak uygun, insan haklarına saygılı ve önyargı veya haksız ayrımcılık olmaksızın insanların değerlerine, geleneklerine ve inançlarına duyarlı bakım sağlayınız. Hemşirelik ve/veya tıbbi bakım için bilgilendirilmiş onay sağlayınız. Bu, tedavileri seçme veya reddetme hakkını içermektedir. Hasta tercihlerine ve toplum güvenliğine uygun olarak ve ilgili tüm yasalara uygun olarak insan haklarının, mahremiyetin ve mahremiyetin korunmasını sağlamak için ister elektronik ister kâğıt tabanlı olsun, bilgilerin, sağlık kayıtlarının ve raporlama sistemlerinin kullanımında profesyonel etik muhakemede bulununuz. İnsanların güvenliğini tehdit eden tüm riskleri, uygunsuz davranışları veya teknolojilerin kötüye kullanımını ilgili yöneticilere ve/veya yetkililere iletin ve bunu destekleyen gerçekler sağlayınız. Hemşirelerin teknoloji gelişirken işin içinde olması, teknoloji ve bilimsel gelişmelerle riskleri gözlemleyip raporlaması gerekir. Hemşirelerin etik yükümlülüklerini ve sorumluluklarını karşılayınız ve mesleğin değerlerini ve ideallerini aktif olarak onaylayınız. İşyerinde güvenliği geliştiriniz ve izleyiniz.
Hemşireler ve Uygulama
Okuma ve çalışma yoluyla, mesleki gelişimi takip ediniz. Bilgi ve becerileri geliştirmek için, sürekli eğitim talep ediniz ve katılınız. Sürekli eğitimi başlatınız ve işyeri yönetişimine, profesyonel performans sistemlerine, değerlendirmeye ve çalışma ruhsatının sistematik olarak yenilenmesine katılınız. Hemşirelik personelinde uygulamaya uygunluğu izleyin, teşvik edin ve değerlendirin. İş-yaşam dengesi, devam eden kişisel gelişim ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye çalışınız. Çatışma ve gerilimleri yönetmek için meslekler arası iş birliğini teşvik ediniz. Paylaşılan etik değerlerin olduğu bir ortamı teşvik ediniz. Bakım ve güvenliğin kalitesini iyileştirmek için, misilleme korkusu ortadan kaldırılmalıdır. Bu herkes için, sağlığı geliştirmeye yönelik önemli konuşmaları kucaklayan daha açık ve şeffaf bir kültür yaratacaktır. Hastalar ve meslektaşları ile uygun profesyonel ilişkiler geliştirmek için; profesyonel muhakemede bulunun ve hediyeleri veya rüşveti reddediniz ve çıkar çatışmalarından kaçınınız Bir eylemin, hemşireye zarar verebileceği veya ahlaki açıdan sakıncalı olduğu durumlarda, vicdani ret uygularken hasta için bakımın sürekliliğini sağlayınız.
Hemşireler ve Meslek
Hasta bakımı, hemşirelik ve sağlık ile ilgili araştırmaların yürütülmesini, yayılmasını ve kullanılmasını desteklemek için meslektaşlarınızla iş birliği yapınız. Hemşireler için uygun sosyo-ekonomik ve çalışma koşullarını teşvik etmek amacıyla dayanışma ve iş birliği oluşturmak için ulusal hemşire birliklerine katılımı teşvik ediniz. Pandemi veya çatışmalar gibi, acil krizler sırasında ahlaki sıkıntılarla başa çıkmak için etik davranışlar uygulayın ve stratejiler geliştiriniz. Zorbalık, şiddet, cinsel taciz, yorgunluk, güvenlik ve yerel olay yönetimi gibi iş yeri sorunları için yönergeler geliştiriniz. Her ortamda etik ve etik işyeri sorunları ile ilgili çalışmalara katılınız. Acil durumlara, afetlere, çatışmalara, salgın hastalıklara, pandemilere ve kıt kaynakların koşullarına hazırlanınız ve bunlara müdahale ediniz. Milliyet, ırk, etnik köken veya dil ne olursa olsun, diğer kültürlerden ve ülkelerden meslektaşlarına karşı ayrımcılık yapmayınız.
Hemşireler ve Küresel Sağlık
İnsan ticaretini önleme ve tespit etme, savunmasız nüfuslara yardım etme, evrensel eğitim sağlama ve açlığı ve yoksulluğu azaltma gibi insan hakları çabalarına katılınız. Mevcut ve gelişmekte olan teknolojiler dahil olmak üzere, küresel sağlık konusunda kendinizi ve meslektaşlarınızı eğitiniz. Güvenlik, haysiyet, mahremiyet, mahremiyet ve insan haklarıyla uyumlu teknolojinin ve bilimsel ilerlemelerin etik kullanımını savununuz. İklim değişikliğinin, insan sağlığı ve gezegen üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgi edininiz ve dağıtınız. Hemşirelik mesleğinin değerleri ile uyumlu olarak toplum sağlığını iyileştirmek için sosyal medya ve teknolojilerin etik ve yetkin kullanımını destekleyiniz.
Yoksulluk, gıda güvenliği, barınma, göç, cinsiyet, sınıf, etnik köken, ırk, çevre sağlığı, onurlu iş ve eğitim gibi sağlığı etkileyen yerel ve küresel konularda harekete geçiniz. Barış, barış diplomasisi ve barış inşası kavramlarını günlük uygulamaya katınız/yerleştiriniz.

32. BÖLÜM / CHAPTER 32

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ VE ETİK

NURSING MANAGEMENT AND ETHICS

Şehrinaz POLAT[1]

[1]Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye
E-mail: polats@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.32

ÖZ

İşyerinde etik ilkelerin uygulanması, özellikle sağlık sektöründe hem zorlu hem de zorunlu bir görevdir. Yönetimin, çalışanlara işyerinde etik ilkeleri aşılamada önemli bir rolü bulunmaktadır. Yönetici hemşireler, yönetimde temsil ettikleri hemşirelerin haklarını korumaya çalışırken, hemşirelere hak ettikleri şekilde, etik uygulamalarla hemşirelere katkı sağlamalıdır. Yöneticilerin, başarılı uygulamaları hemşirelerin performansını da olumlu yönde etkilemektedir. Yönetici hemşireler, etik ilkeleri teşvik etmek, politikaları yönetmek, etik standartları uygulamak, eğitim sağlamak, danışmanlık yapmak, etik sorunlara çözüm bulmak ve hasta haklarına saygı göstermek gibi önemli rol ve sorumlulukları ile hemşirelik hizmetlerinin etik açıdan uygun ve kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadırlar. Yöneticiler, hemşirelerin iyi uygulamalara ulaşabilmesi için, tüm uygulamaları etik ilkelere uygun olarak planlamalı, organize etmeli, yürütmeli ve kontrol etmelidir. Yönetim uygulamaları, performansı artırmak ve rekabet avantajı elde etmek amacıyla eşitlik, adalet, şeffaflık ve fırsat eşitliği gibi etik ilkelere dayalı olarak uygulanmalıdır. Yöneticilerin kendileri de etik uygulamalarla ilgili olarak çalışanlar için bir ilham kaynağı olacak şekilde örnek olmalıdır. Yöneticiler, etik ilkelerin uygun şekilde uygulanamaması sonucunda insan kaynakları sorunlarıyla karşı karşıya gelebilirler. Bu bölümde, yönetici hemşirelerin yapmakta olduğu görevlerden insan kaynakları yönetiminde etik uygulamalar üzerinde durulmuştur. Bu amaçla, etikle ilgili olarak sırasıyla, işe alma, seçme ve yerleştirme uygulamaları, eğitim uygulamaları, performans değerlendirme uygulamaları, kariyer yönetimi uygulamaları, ücretlendirme ve yan hakların yönetimi, sendikal ilişkilerin yönetimi, çalışanlarla ilişkiler, disiplin yönetimi ile çalışan sağlığı ve güvenliği uygulamalarına yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yönetici hemşire, etik, insan kaynakları yönetimi, adalet, doğruluk

ABSTRACT

The implementation of ethical principles in the workplace is both a challenging and imperative task, especially in the health sector. Management has an important role in instilling ethical principles in the workplace. While trying to protect the rights of the nurses they represent in management, nurse managers should contribute to nurses with ethical practices in the way they deserve. Successful practices of managers also positively affect the performance of nurses. Nurse managers ensure that nursing services are provided in an ethically appropriate and quality manner with their important roles and responsibilities such as promoting ethical principles, managing policies, implementing

ethical standards, providing education, counseling, finding solutions to ethical problems, and respecting patient rights. Managers should plan, organize, execute, and control all practices in accordance with ethical principles so that nurses can achieve good practices. Management practices should be implemented based on ethical principles such as equality, fairness, transparency, and equal opportunity to improve performance and gain a competitive advantage. Managers themselves should set an example of ethical practices as a source of inspiration for employees. Managers may face human resource problems as a result of failure to implement ethical principles appropriately. In this section, ethical practices in human resources management among the tasks performed by nurse managers are emphasized. For this purpose, recruitment, selection, and placement practices, training practices, performance evaluation practices, career management practices, management of remuneration and fringe benefits, management of union relations, relations with employees, discipline management, and employee health and safety practices were included respectively.

Keywords: Nurse manager, ethics, human resource management, justice, integrity

Extended Abstract

Recruitment of nurses with ethical values is important in increasing ethical practices in nurses. Accurate and clear information should be provided in nurse advertisements. Selection criteria and standards should be communicated to candidates. The validity, reliability, and cultural appropriateness of the tests and exams that can be conducted according to the requirements of the task should be evaluated and implemented. Candidates must be given an egalitarian, fair, and objective evaluation and confidentiality must be observed at all stages. Unethical practices such as discrimination and favoritism should be avoided. The candidate should be made to feel respected during interviews. Candidates should be given accurate and complete information about the organization and the job. Candidates who are not selected should be informed as soon as possible in a respectful and empathetic manner. Managers should explain ethical policies, rules, and procedures by providing ethics training to nurses and ensuring that employees are more aware of ethical issues. While determining the training needs, employees working in all units should be taken into consideration; there should not be training only for specific areas. All training that is legally required to be given to nurses should be given to all nurses, including nurse managers. All employees who are willing and have expertise in this field should be taken into consideration in the selection of trainers. Nurses should be provided with training that will ensure their professional development. Training should be training that will support nurses to become more effective and efficient in their duties and there should be no waste of resources in training programs. Nurses should have the opportunity to participate in ethics training and all other training. It is ethically important that performance evaluations are conducted in an objective, open, accurate, valid, and fair manner and that human beings are respected at all stages. Evaluation criteria should be clear, objective, honest, understandable, and optimum number related to the job responsibilities of the employee. The techniques and by whom or by whom the evaluations will be made are also important in terms of ethical practices. Those who evaluate the performance of nurses should have sufficient oppor-

tunity to observe the performance of nurses during the evaluation period and should be qualified to evaluate performance. Managers should consider ethical behaviors in performance evaluations. Managers should conduct performance evaluations by providing regular feedback to employees. Performance evaluations should not be used to punish and threaten, possible mistakes should be avoided as much as possible, and nurses whose performance is evaluated as low should be provided with environments and training where they can improve their performance. Career management is the process of determining one's goals in professional life, making career planning, and taking the necessary steps to achieve these goals. Ethics, on the other hand, provides a guideline on this journey, distinguishing between right and wrong, and providing a guideline for exhibiting good faith and honest behavior. Managers support employees' career development and success. Seniority alone and independently of ability should not be considered as a justifiable criterion for promotions. Incompetent people should not be promoted and there should be no injustice, unfairness, or favoritism in promotions. When managers support ethical practices in career management, it encourages employees to adhere to ethical values and contributes to the creation of a fair, reliable, and successful culture in the work environment. There are many relationships between remuneration and ethics. General ethical issues involved in managing human resources relate to salaries, benefits, and compensation, including annual incentives, flexible working hours, vacations, and more. Rewarding employees for their contributions is one of the ethical rules that an organization can adopt. Management should encourage employees to do their jobs ethically by providing them with fair compensation. Employers should provide clear and understandable information about their employee compensation policies and explain compensation decisions fairly. Furthermore, remuneration decisions should not be based on personal characteristics or on any basis of discrimination, such as gender, race, ethnicity, religion, age, or sexual orientation. Managers should design, develop, and implement innovative best practices to reflect an ethical orientation in pay and reward management functions. Trade union rights allow employees to act together to protect their rights and interests. These rights also help to create a democratic environment in the workplace and increase employee participation in business decisions. Through union membership, employees can expose injustice, unfairness, and discrimination in the workplace and ensure that necessary measures are taken. There should be no friendly relations between management and the union to the detriment of employees. Trade unions should protect workers' rights. Management should not restrict nurses' union activities and should not force or try to persuade nurses to join another union. Nurse managers should be transparent in their communication. Provide the necessary information to nurses completely and without distortion, and be objective while providing information. They must protect the privacy rights and personal information of nurses. Information about management should not leak from nurse managers. Managers should use professional language with nurses, and should not use derogatory and condescending language. Nurse managers should create environments that increase communication and interaction with nurses, be together with nurses as

often as possible, allocate time fairly to all nurses, listen to and try to understand them, and make nurses feel listened to and understood. Disciplinary rules and ethical principles of the organization should be communicated to the employees and these rules and principles should be clear, understandable, and applicable. Complaints made by nurses and complaints made about nurses should be meticulously examined, privacy should be protected in all disciplinary practices, and sufficient opportunity and time should be provided for all relevant parties to express themselves and defend themselves. When an employee is found to be at fault in disciplinary practices, the sanctions, and penalties given should be proportional to the crime committed, and attention should be paid to the environment in which the crime was committed. Some employees should not be discriminated against, and an objective, fair, and accurate evaluation should be made. Employees should have the right to appeal the decision. Nurse managers should insist on taking the necessary policies and measures regarding employee health and safety and enforcing legal rights. Nurses should be given clear, objective, accurate, and complete information about the task before being assigned to dangerous and risky tasks, and the right to accept or reject this task should be left to the employee. Managing nurses should take an active role in the supervision of employee health and safety practices and employee health and safety training. They should also be active in monitoring, reducing, and reporting occupational accidents.

1. Giriş

İşyerinde etik ilke ve değerlerin uygulanması, özellikle sağlık sektöründe, zorlu bir görevdir çünkü hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve iyiliği söz konusudur. Yöneticiler, etik ilkeleri yönetimle ilgili uygulamalarda etkin şekilde kullanarak çeşitli insan kaynakları sorunlarını önleyebilirler. Yönetimin, çalışanlara işyerinde etik ilkeleri aşılamada önemli bir rolü bulunmaktadır. Yöneticiler, kendilerini çalışanlar için bir ilham kaynağı olacak şekilde örnek tutum ve davranışlar göstermelidir. Çalışanları motive etmek, onlara doğru ve yanlış arasındaki farkı göstermek, etik ilke ve değerlere uygun davranışlar sergilemek yönetimin sorumluluğundadır.

Yönetim ve çalışanlar arasındaki sürekli iletişim, işyerinde ilkelerin aşılanmasında büyük önem taşımaktadır. Çalışanlar, yöneticileriyle açık bir iletişim kurarak, etik konularda sorularını sorabilmeli ve zorluklarla karşılaştıklarında destek alabilmelidir. Yönetim uygulamaları, performansı artırmak ve rekabet avantajı elde etmek amacıyla adalet, şeffaflık ve fırsat eşitliği gibi etik ilkelere dayalı olarak uygulanmalıdır. Bu, çalışanların eşit fırsatlara sahip olmalarını sağlamakta, kuruma bağlılıklarını ve motivasyonlarını arttırmaktadır. Ayrıca, dürüstlük, şeffaflık ve eşitlik gibi etik ilkelerin işyerinde uygulanmasıyla çalışma ortamının kalitesi yükseltilebilir. Çalışanların bağlılığını, motivasyonlarını arttırarak kurumda kalmalarına destek olarak, kurumda entelektüel sermayeyi ve örgütsel performansı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sonuç olarak, etik ilkelere ve mesleki değerlere dayalı yönetim uygulamaları toplumun refahını da artırmaktadır, çünkü sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunmak önemlidir ve toplumun sağlık gereksinimlerine etik bir yaklaşımla yanıt vermek gerekmektedir.

2. Hemşirelik Hizmetleri ve Etik

Bu bölümde yönetici hemşirelerin yönetim uygulamalarından biri olan insan kaynakları yönetimi uygulamalarında etik uygulamaların nasıl olabileceği, nelere dikkat edilmesi gerektiği ele alınmıştır.

2.1. Seçme ve Yerleştirme Uygulamaları ve Etik

Hemşire işgücü planlamasına göre, hemşire gereksinimi oluştuğunda kurum ihtiyacının giderilebilmesi için, işe alım ve yerleştirme uygulamaları yapılarak, bu hemşire eksikliği giderilmeye ve bu sayede hasta bakımının zarar görmesi önlenmeye çalışılmaktadır. Hemşire işgücüne öncelikle ne kadar gereksinim olduğunun, doğru olarak belirlenmesi gerekmektedir. Hemşire işgücünün belirlenmesinde de etik açıdan uygulamalara dikkat edilmesi son derece önemlidir.

Çalışan işe alımı ve seçimi, belirlenen politika ve prosedürleri izlemesi ve işe alınan kişinin iş için gerekli beceri ve yetkinliklere sahip olması ve aynı zamanda kurumun kültürüne uyması, adil, önyargısız veya ayrımcılıktan uzak bir işe alımla sonuçlanması halinde etik olduğu ifade edilmektedir (Sang ve Kirui, 2019). İşe alım, etikle ilgili hususları kurumun işe alım politikalarına dahil etmek ve kurumun etik açıdan duyarlılığını işe alım yoluyla iletme fırsatı vermektedir (De Silva ve Opatha, 2016). İşe alma ve seçme süreci, çalışanlara kurumun kültürünü ve iç işleyişini tanıttığından işe alımda görev alan yöneticiler, ilk etik sınavlarını bu aşamada vermektedirler (Bias ve Sims, 2021). Etik açıdan uygun olmayan işe alım ve seçim süreci, adil olmayan bir iş yerinin belirtisi olduğu gibi aynı zamanda beceri ve yetkinliklere sahip olmayan adayların işe alınmasıyla sonuçlanmakta, belirlenmiş politika ve prosedürlere uyulmadığını göstermektedir (Rop ve Sang, 2019).

İşe alım süreci adil ve doğru bir şekilde yapılmalıdır. Her adayın eşit bir şansı olduğuna ve değerlendirmenin adil ve tarafsız bir şekilde yapılacağına inanmaları sağlanmalıdır. Seçim sürecinin adil olmadığını düşünen adaylar kuruma karşı olumsuz bir tutum geliştirebilir ve iş tekliflerini kabul etme olasılıkları azalabilmektedir. Adil davranılmadığını düşünen adayların, başkalarını da firmadaki pozisyonlara başvurmaktan caydırma olasılığı daha yüksek olmaktadır (Celani, Deutsch-Salamon ve Singh, 2008; Rop ve Sang, 2019). Öte yandan etik olmayan veya adil olmayan işe alım ve seçim uygulamaları, kurumun kötü bir kurumsal imaja sahip olmasına ve kötü bir itibar kazanmasına neden olmaktadır (Sang ve Rop, 2019). Asgari unsurları taşımayıp elenenler ya da daha sonra elenenler ne için elendiklerini bilmelidirler (Başarır, 2006). Bu sayede, kurumun işe alım ve seçim uygulamalarıyla ilgili olumsuz algılarının oluşması önlenebilmektedir.

İşe alma ve seçme uygulamalarında rol alan yönericilerin çalışanların işe alınması konusunda etik ikilemlerle karşılaşma olasılığı daha yüksektir. Yaygın olarak karşılaşılan zorluklardan biri, yüksek mevkideki bir yöneticinin akrabasını veya arkadaşını işe alma baskısıdır (Suresh, 2011). İşe alım sürecinde ayrımcılık yapılmamalı, eşit davranılmalı ve insan haklarına saygı gösterilmelidir. Yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, din, köken, engellilik, etnik köken, Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu (HIV/AIDS) mağdurları temelinde ayrımcılık, işe alım ve seçimde etik olmayan uygulamalardır (Christopher, Ogunyomi ve Badejo, 2012). Kişisel tercihler veya kayırma unsurlarının etkisi minimize edilmelidir (Al-Tarawneh, 2020). Engelli adaylar, hamile kadınlar, yaşlı bireyler gibi özel durumları olan adaylar da işe alım sürecinde aynı fırsatları elde etmelidir. İşe başvuran adaylara okudukları üniversiteye göre, öncelik tanınması adil olmayan bir uygulamadır (Christopher ve ark., 2012).

Etik işe alım ve seçim, kurumun uzun vadeli performansını ve hayatta kalmasını garanti altına alabilecek gerekli becerilere, bilgiye, yetkinliğe ve etik değerlere sahip doğru çalışan-

ları işe almaya yardımcı olabilmektedir (Rop ve Sang, 2019). İşe alma ve seçme işlevleri, etik duyarlılığı yüksek kişileri kuruma kazandırma şansına sahiptir. Aday görüşmelerinde rol alan yöneticiler, adayın etik duyarlılığını seçim sürecindeki ana kriterlerden biri olarak değerlendirmelidir. Etik değer ve ilkelere uyma eğilimine dayalı işe alım ve seçim, yeni çalışanın etik davranışlar sergileme olasılığını tamin edebilmektedir. Bir kurum, yüksek uyumlu ve etik duyarlılığı olan kişileri işe alarak ve seçerek kurum içinde olumlu bir kurumsal etik iklim geliştirebilir (Arulrajah, 2015; Tay, Tan ve Yahya, 2017). Güvene layık kişileri, işe alma konusundaki dikkatsizlik nedeniyle dürüst olmayan kişiler işe alındığında yüksek düzeyde performans gösterseler dahi, etik olmayan davranışlarının görülme sıklığı daha fazladır (Murthy, 2009). Etik konusunda yeterli bilince sahip, özel yaşam alanında da vatandaş olarak etik davranan adayların seçilmesi ve kuruma yerleştirilmesi, çalışanlara olumlu rol modelleri olarak işlev gören referans kişileri sağlamaktadır (De Silva ve Opatha, 2016; Valentine, 2010). Özgeçmişler veya davranışsal mülakatlardan elde edilen davranışsal bilgilerin incelenmesi, referans/geçmiş kontrolleri, dürüstlük tarama testleri ve mülakatta etik ikilemlerin ortaya konması gibi teknikler seçim yöntemleri olarak kullanılabilirler (De Silva ve Opatha, 2016). Adayın etik, değer ve etik ilkelere verdiği öneme ilişkin bilgilere, adayın önceki kurumundaki uygulamaları ve bu uygulamalarla ilgili düşüncelerini anlatması istenerek yüz yüze görüşmeler yoluyla da erişilebilir (Tay ve ark., 2017). İş ilanlarına temel teşkil edecek olan iş analizi ve iş tanımına bir görev olarak etik boyutların dahil edilmesi gerekmektedir. Etik yetkinlikler, beklenen etik standartlar, iş şartnamesine özel bir gereklilik olarak dahil edilerek başvuru sahiplerine açıklanmalı ve imzalatılmalıdır (De Silva ve Opatha, 2016).

Seçim sisteminin adil ve etik olarak algılanmasını sağlamak için yöneticiler tarafından seçim kriterleri açıkça ortaya konulmalı, adaylar ve seçime dahil olan kişiler tarafından bilinmelidir (Sah, 2015). İş ilanlarının verilmesinde etik davranılmalıdır. İş ilanlarında boş pozisyonlar için gereken nitelikler iş için gerekenlerden fazla veya farklı şekilde bildirilmemeli, ayrımcılık içeren faktörler (cinsiyet, din gibi) söz konusu olmamalı, seçim prosedürlerine, kuruma, göreve, gereken niteliklere ilişkin eksik veya yanlış bilgiler verilmemeli, kişinin işe girdikten sonra bizzat uygulayacağı unsurlara yer verilmelidir, ayrıca iş ilanı herkes tarafından anlaşılabilir olmalıdır (Başarır, 2006; Bayraktaroğlu ve Yılmaz, 2012; Karasu, 2009; Sang ve Rop, 2019).

İşe alım ve seçim uygulamalarında, kişisel hayatın gizliliği korunmalıdır. Başvuru formlarında özel yaşama ilişkin çok özel sorulardan kaçınılmalı ve kişinin özel durumlarıyla ilgilenmekten çok kişinin işe uygunluğuna bakılmalıdır. Ayrıca tüm başvuruların, gizli tutulmasına özen gösterilmelidir (Karasu, 2009). Başvuru formları dahil değerlendirme sürecinde kulla-

nılan kriterler, adayların yeteneklerini, deneyimlerini ve uygunluklarını ölçmek için objektif olmalıdır. Performans, bilgi ve beceriler gibi belirli ölçülebilir faktörlere dayandırılmalıdır. Başvuru formlarının değerlendirilmesinde, her adaya aynı ölçüde yaklaşılmalıdır. Başvuru süreci ve değerlendirme kriterleri, adaylara açık bir şekilde iletilmelidir. Adaylar, nasıl değerlendirildiklerini anlayabilmeli ve sonuçların nasıl belirlendiğini bilebilmelidir. Şeffaflık, adayların sürece güvenmelerini ve sonuçlara itiraz edebilmelerini sağlamaktadır.

Başvuru formu ve değerlendirme süreci, adayların gizliliğini korumalıdır. Kişisel bilgiler ve değerlendirme sonuçları, sadece ilgili yetkililerle paylaşılmalı ve adayların rızası olmadan üçüncü taraflarla paylaşılmamalıdır. Böylece başvuru formlarının değerlendirilmesi adayların haklarını çiğnemeden adil, objektif ve şeffaf bir şekilde gerçekleştirilebilir. Bu, başvuranların güvenini kazanmaya ve işyerinde etik değerlere uygun bir yaklaşımı teşvik etmeye yardımcı olacaktır.

İş görüşmeleri, adayların kendilerini ifade etme ve değerlendirilme sürecidir. Aşağıda, adaylarla yapılan görüşmelerde uygulanması gereken bazı etik uygulamalar bulunmaktadır (Al-Tarawneh, 2020; Başarır, 2006; Karasu, 2009; Mondy ve Mondy, 2017; Murthy, 2009):

- Görüşme için belirlenen saate uygun hareket etmek önemlidir. Adayın zamanını boşa harcamamalı ve ona saygı göstermek için görüşme zamanında başlatılmalıdır.
- Adaylara karşı, saygılı ve nazik bir tutum sergilenmelidir. Gururlarını incitecek ya da onları küçümseyecek cümlelerden kaçınılmalıdır. İletişim tarzı, açık, anlayışlı ve destekleyici olmalıdır.
- Yetkililer, adayların yerine kendilerini koyarak davranış sergilemelidir. Adayların heyecanlarından kaynaklanan hatalara ve endişelere hoşgörüyle yaklaşılmalıdır. Adayları rahatlatmak ve kendilerini ifade etmelerini sağlamak için destekleyici bir ortam oluşturulmalıdır. Adaylara saygılı davranılmalıdır.
- İş ilanında olduğu gibi, görüşmelerde de adaylara yanıltıcı bilgiler verilmemeli ve işin olumlu olduğu kadar olumsuz özellikleri de başvuru sahiplerine açıklanmalıdır.
- Görüşme sürecinde adaylar, objektif kriterlere dayalı olarak değerlendirilmelidir. Kişisel tercihler veya önyargılar, değerlendirme sürecine yansıtılmamalıdır. Adil ve tarafsız bir yaklaşım sergilenmelidir. Görüşmelerde, tüm görüşülen kişilere tek tip sorular sorulmalıdır.
- Adayın da soru sormasına fırsat verilmelidir. Adayın soruları dürüst olarak, açıklık ilkesine göre cevaplanmalı, eksik ve yanıltıcı bilgi verilmemelidir.

- Görüşmenin yapılacağı fiziksel mekân, görüşmeyi engelleyici, rahatsız edici bir ortam olmamalıdır. Görüşme sık sık telefon vb. ile bölünmemelidir.
- Görüşmede görüşmeye katılan yöneticiler, adaylara önyargı ile yaklaşmamalı, aday üzerinde baskı kurmaya çalışmamalıdır.
- Görüşmede, adaya özel hayatı ile ilgili soru sormaktan sakınılmalıdır.

Görüşmeyi yapan yönetici, görüşme sırasında etik ilkelere uygun bir yaklaşım göstermesi açısından eğitilmiş olmalıdır.

Etik ilkeler, adaylarla yapılan görüşmelerin adil, saygılı ve objektif bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır. Adayların, kendilerini ifade etmelerine ve potansiyellerini gösterebilmelerine olanak tanımaktadır. Ayrıca, adaylar da etik ilkelere ve değerlere uygun bir şekilde muamele gördüklerini hissetmekte ve iş yerinde etik bir kültürün oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Murthy, 2009). Mülakatlar sonunda, seçim kararının daha adil olması için bir kurul ya da komite düzenlenerek elde edilen bilgilere göre adaylar arasında bir karşılaştırma ve değerleme yapılabilir, adayların özellikleri analiz edilebilir, aynı özelliklere sahip adaylar objektif olarak seçilebilir (Al-Tarawneh, 2020).

İşe alım ve seçim, adayları etik değer ve ilkelere dayalı olarak işe alacak ve seçecek şekilde tasarlanmalı, test ve görüşme süreçleri adil, tarafsız, objektif, geçerli ve güvenilir olmalıdır (Murthy, 2009). Testler ve mülakatlar, adayların kabiliyetlerini, uygunluklarını ve işe uygunluklarını değerlendirmede önemli araçlardır. Ancak, bu süreçlerin adil ve etik olarak algılanabilmesi için aşağıdaki prensiplere dikkat edilmesi önemlidir (Başarır, 2006; Christopher, Ogunyomi ve Badejo, 2012; Karasu, 2009; Mondy ve Mondy, 2017; Murthy, 2009; Sah, 2015):

- Testlerin geçerlilik ve güvenilirlik açısından kanıtlanmış olması önemlidir. Bu, testin gerçekten istenen özellikleri ölçtüğünü ve sonuçlarının tekrarlanabilir olduğunu göstermektedir. Testlerin pozisyonla ilişkili olması ve doğru bir şekilde adayların yeteneklerini değerlendirebilmesi gerekmektedir.
- İstihdam testleri, tüm kültürler tarafından eşit şekilde anlaşılabilen ve yanıtlanabilen maddeler içermelidir. Kültürel farklılıkları dikkate almak, adil bir seçim süreci sağlamak için önemlidir.
- Testlerin hazırlanmasında, yönlendirici sorulara yer verilmemelidir. Soruların, tüm adaylar tarafından aynı şekilde anlaşılabilmesi ve değerlendirilebilmesi önemlidir.

- Tüm adaylar, aynı sorularla karşılaşmalı ve aynı değerlendirme kriterlerine tabi tutulmalıdır. Puanlama sistemi adil ve objektif olmalıdır, böylece her aday eşit bir şekilde değerlendirilebilir.
- Testler ve mülakat sonuçlarının değerlendirilmesinde, adaletli davranış sergilenmelidir. Kişisel tercihler veya önyargılar değerlendirmeye yansıtılmamalıdır. Objektif kriterlere dayanarak, adayların yetenekleri ve uygunlukları değerlendirilmelidir.

Bu prensiplere uygun olarak testlerin ve mülakatların kullanılması, seçim sürecini daha adil, objektif ve etik bir hale getirmektedir. Adayların eşit fırsatlarla değerlendirildiğini hissetmelerini sağlamakta ve organizasyonun doğru yetenekleri seçme ve istihdam etme konusunda yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, işverenin işe alım sürecinde etik bir tutum sergilediği ve adayların haklarını koruduğu algısını oluşturmaktadır. Bu sayede, adayların sürece güven duymasına ve adayın kurumun adil bir işe alım politikası uyguladığına dair inancına katkı sağlayabilmektedir. Aynı zamanda, kurumun en iyi yetenekleri seçme ve istihdam etme amacını desteklemektedir. Adayların değerlendirme sürecinde dürüstlük, doğruluk ve açıklık prensiplerine dayalı olarak, muamele görmeleri önemlidir. Aşağıda, değerlendirme sürecinde diğer hususlar yer almaktadır (Başarır, 2006; Christopher ve ark., 2012; Karasu, 2009; Murthy, 2009; Sang ve Rop, 2019; Sah, 2015):

- Değerlendirme sürecinde, adayların puanlama ve değerlendirme işlemleri dürüst bir şekilde yapılmalıdır. Adayların verdikleri cevaplar, okunmuyor diye puansız bırakılmamalı, mümkün olduğunca okunmaya çalışılmalıdır. Değerlendirme, adayın ve işletmenin çıkarları doğrultusunda yapılmalıdır.
- Değerlendirme ve seçim aşamaları ile ilgili prosedürler açık bir şekilde uygulanmalıdır. Adaylar, nasıl bir puanlama sistemi kullanıldığını ve neden elendiklerini bilmelidir. İstenen belgelerin, amacı ve kullanımı adaylara açıklanmalıdır. Adaylar, sürecin adil olduğuna ve kararların şeffaf bir şekilde verildiğine inanmalıdır.
- Adaylarla ilgili özel bilgiler işletme tarafından gizli tutulmalıdır. Özel unsurların ifşa edilmesi, adayların gizlilik haklarını ihlal etmekte ve güvenlerini sarsabilmektedir. Adayların gizlilik haklarına, saygı gösterilmelidir. İşe alınmayan adayların kişisel bilgileri ve değerlendirme evrakları gizlenmelidir. İşe alınan adayların da başvuru formları, değerlendirme evrakı, kişisel bilgileri personelin özlük dosyasında saklanmalı ve yetkili kişiler haricinde kimseye gösterilmemelidir.
- Tüm iş başvurusu sahiplerine, sürecin en başından itibaren onurlu ve saygılı bir şekilde davranılmalıdır. Adayların hakları korunmalı ve değerlendirme sürecinde, insan onuruna yakışmayacak muamelelerden kaçınılmalıdır.

- Seçim kararları, kurumun çıkarlarını ön planda tutarak ve liyakate dayalı olarak verilmelidir. Kişisel tercihler veya dış etkiler, seçim kararlarını etkilememelidir.

Doğruluk ve dürüstlük ilkesine uygun olarak, işe yerleştirilen iş görenlere, yanlış bilgi vermek veya eksik bilgi vermek etik bir davranış değildir. İşe alınan çalışanlara, iş ve işletme hakkında tüm bilgileri doğru bir şekilde açıklamak ve dürüst iletişim yoluyla bilgilendirmek önemlidir. Adalet ilkesine göre, işe yerleştirilen iş görenlere adil bir iş dağılımı yapılması gerekmektedir. İş görenler, işe başladıkları ilk günden itibaren gözlerini korkutmaya yönelik aşırı iş yüklemelerine maruz bırakılmamalıdır. İş görenlere, kaldırabilecekleri bir iş yükü verilmeli, iş ve iş gören adil bir şekilde birleştirilmelidir. İşe alıştırma programları, mevcut çalışanların etik ilkelere uygun davranmaları için bir araç olabilir. Bu programlar, yeni çalışanların etik ilkelere ve değerlere aşina olmalarını sağlamaya yönelik bileşenleri içermeli ve kurumsal hedefleri etik davranışları teşvik etmeyi içermelidir. Ayrıca programlar, mevcut çalışanların etik davranışlarını veya etik rol modellerini göstermek için geliştirilebilir. Bu aşamada, yeni çalışanları etik davranışlara teşvik etmek ve mevcut çalışanların etik ilke ve değerleri benimsemesini sağlamak için kurumsal çabalar sarf edilmelidir. Eşitlik ilke gereği, işe yerleştirilen tüm iş görenlere eşit davranılması önemlidir. Farklı iş görenlere, farklı prosedürler uygulanmamalıdır. İş görenlerin, hepsi aynı aşamalardan geçirilmeli ve eşit muamele görmelidir. Oryantasyon eğitimi, projeler veya raporlar gibi iş görenlere uygulanan uygulamalarda eşitlik ilkesine aykırı davranışlardan kaçınılmalıdır (Başarır, 2006; De Silva ve Opatha, 2016).

Yöneticilerin işe alım ve seçim sırasındaki etik rollerinden bazıları aşağıda belirtilmektedir:

- Çok sayıda iş başvurusu oluşturmak,
- İşe alınacak en iyi çalışanları, herhangi bir ayrımcılık veya kayırmacılığa dayanmadan seçmek,
- İşe başvuran kişinin işe alınmadan önce, işin bir ön izlemesini görebilmesi için gerçekçi iş ön izlemeleri sağlamak,
- Tüm iş başvurusu yapanlara, onurlu ve saygılı davranmak ve haklarını korumak ve kurum için en iyi olan seçim kararlarını vermek,
- Seçim kararları verirken, kendilerinden ödün verilmesine izin vermemek, kurumun çıkarlarını ön planda tutmak ve liyakate dayalı seçim kararları vermek,
- Kurumun işe alım ve seçim sırasında özel değerlendirmelerde bulunduğu durumlarda, örneğin belirli gruplara özel değerlendirmelerin yapıldığı pozitif ayrımcılık gibi, bu

değerlendirmeler kurumun politika beyanında iyi bir şekilde belirtmek ve yasal olarak izin verilen bir muamele hazırlamaktır (Sang ve Kirui, 2019),

Dikkat edilmesi, sorgulanması gereken hususlar ise aşağıda belirtilmektedir:

- Potansiyel çalışanlara, kurumun gerçekten doğru bir resmi mi yoksa sadece olumlu yönleri mi sunuluyor?
- Kurum dürüst ve etik davranış geçmişi olan çalışanları arayıp seçiyor mu, yoksa seçimde bu kriter göz ardı mı ediliyor?
- En nitelikli kişiler mi işe alınıyor, yoksa karar önyargı, iltimas veya adam kayırmaya mı dayanıyor? (Bias ve Sims, 2021).

Özet olarak; işe alım sürecinde adayların eşit fırsatlarla değerlendirilmesi önemlidir. İş ilanı, ilana başvuru süreci, mülakat ve seçim sürecinde her adayın aynı koşullarda değerlendirilmesi gerekmektedir. Adayların cinsiyet, ırk, renk, din, yaş ve cinsel yönelim gibi özelliklerine bakılmaksızın, sadece işle ilgili kriterler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, işe alım sürecinde adaylara dürüst davranılması, açık ve net bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. İşe alım sürecinde; etik ilke ve değerlerin göz önünde bulundurulması, kurumun itibarını korumasına, adil bir çalışma ortamı yaratmasına ve çalışanlarının motivasyonunu arttırmasına yardımcı olacaktır. Bir kurum, adaylara herhangi bir ayrım yapmadan eşit istihdam fırsatı sağlamalıdır.

2.2. Eğitim Uygulamaları ve Etik

Eğitimde etik, eğitim programlarının tasarımına, sunumuna ve değerlendirilmesine rehberlik eden ilke ve değerleri ifade etmektedir. Eğitim ve geliştirme çalışmaları, kurumsal ve bireysel etiği teşvik etmek için çok sayıda fırsat sunmaktadır (Bias ve Sims, 2021). Olumlu etik iklimin sürdürülebilmesi için, kurum içinde eğitim ve gelişim çok önemlidir (Arulrajah, 2015). Etik uygulamalara bağlılık kurumlarda, bireylerin, kurumların ve toplumun çıkarlarına olumlu şekilde yansıyan çalışanlara yönelik eğitim ve geliştirme faaliyetleri aracılığıyla somutlaştırılmaktadır. Kurum, çalışanların kurum içindeki haklarından biri olarak eğitim ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmaktadır (Al-Tarawneh, 2020).

Yönetim ve eğitim sorumluları, çalışanların (yöneticiler dahil) eğitim gereksinimlerini gerçeğe uygun olarak belirlemelidirler. Eğitimler, kuruma faydalı olmalıdır. Hangi eğitimlere öncelik verilmesi gerektiği, dürüstçe ve doğru biçimde ortaya konmalıdır. Öncelik sırası belirlenirken, kullanılan kriterler de açıkça bildirilmelidir. Yasal olarak verilmesi gereken eğitimler mutlaka verilmeli ve yasalara uyulmalıdır. Kullanılacak olan bütçe, eğitimlere adaletli olarak

dağıtılması, kısıtlı olan kaynakların etkin kullanılabilmesi adına oldukça önemlidir (Başarır, 2006). Kurum, eğitim ve geliştirme programlarını; kaynak israfına, zimmete para geçirmeye ve idari yolsuzluğa alet etmemelidir (Al-Tarawneh, 2020). Eğitim tüm sorunların çözümü olarak görülmemeli ve eğitim ile giderilebilecek sorunların çözümünde eğitim kullanılmalıdır. Bu sayede, eğitimlerin gerekliliğini tüm çalışanlar kabul edebilmekte ve katılım artabilmektedir. Eğitimde etik, eğitim programlarının çalışanın zamanına ve kaynaklarına saygılı bir şekilde sunulmasını sağlamayı da içermektedir. Bu, eğitim programlarının uygun bir zamanda ve yerde planlanması ve çalışanların katılmak için kişisel zamanlarını veya kaynaklarını kullanmalarını gerektirmemesi gerektiği anlamına gelmektedir. Eğitimde temel etik ilkelerden biri, eğitim programının çalışanın iş sorumluluklarıyla ilgili ve uygulanabilir olmasını sağlamaktır. Eğitim içeriği, kurumun değerleri ve misyonu ile uyumlu olmalı ve eğitim hedefleri açıkça tanımlanmalıdır.

Etik ve eğitim fırsatlarına eşit erişim birbiriyle yakından ilişkilidir. Mükemmel performansı teşvik etmek, işle ilgili becerileri, yetkinlikleri, kapasiteyi geliştirmek ve aynı zamanda çalışanların uyum sağlayabilmelerine ve işyerindeki değişikliklere ayak uydurabilmelerine yardımcı olmak amacıyla çalışanlara eşit eğitim ve gelişim fırsatları sunulmalıdır. Yönetim, tüm çalışanlara eşit eğitim ve fırsat olanakları sağlamadığında, bu etik olmayan bir uygulama olmaktadır (Sang ve Kirui, 2019). Eğitimde fırsat eşitliğine dikkat edilmeli, eğitim duyuruları zamanında ve herkesi kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Eğitimlere katılımda ayrımcılık ve adam kayırmacılık yapılmaması, hak edenlerin, ihtiyacı olanların yetiştirme ve geliştirme faaliyetlerinden yararlandırılması etik açıdan uygun uygulamalardır (Ulubulut, 2010).

Performansı artırmaya yönelik mesleki eğitimler yanında, çalışanları kişisel olarak güçlendirecek, stresi önlemeye, gidermeye yönelik eğitimler de planlanarak yürütülmelidir. Duyarlılık eğitim grupları, farkındalık grubu, yaratıcılık grubu gibi gruplar stresi azaltarak üretkenliği artırmaya yardımcı olabilirken, aynı zamanda grup çalışmaları, bazen çalışanların en içten duygularının açığa çıkmasına da neden olabilmekte ve bu durum çalışanın psişik mahremiyetinin ihlali anlamına gelebilmektedir. Bu nedenle, çalışanlara bu tür faaliyetlere katılıp katılmama konusunda özgür bir seçim hakkı tanınmalıdır (Murthy, 2009).

Eğitim alacak çalışanlar, objektif kriterlere göre belirlenmelidir. Farklı düşünce ve görüş sahibi olan, cinsiyet, ırk, renk, din, milliyet ve diğerleri gibi herhangi bir nedenle hiç kimse bu programlardan dışlanmamalıdır (Al-Tarawneh, 2020). Eğitime katılabilme fırsatı tüm çalışanlar için eşit olmalıdır. Steil, De Cuffa, Iwaya, ve Pacheco (2020)'in bir çalışmasına göre, çalışanlarda öğrenme fırsatları algısı arttıkça, kurumda kalma niyeti artmakta, eğitime katılabilme ile ilgili algılanan fırsatlar azaldıkça da profesyonellerin kurumdan ayrılma niyeti artmaktadır.

Bir kurum, tüm çalışanlarına hitap edecek özel eğitim programları tasarlamalıdır (Arulrajah, 2015). Kurumların eğitim fırsatlarına eşit erişim sağlarken, gözetmeleri gereken etik ilkelerden biri de eğitim programlarının çalışanların farklı ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlanmasını sağlamaktır. Bu, eğitim programlarının farklı öğrenme tarzlarına, eğitim geçmişlerine ve kültürel perspektiflere sahip çalışanlar için erişilebilir olması gerektiği anlamına gelmektedir. Ayrıca, eğitim herhangi bir birey veya gruba karşı ayrımcılık yapmamalı ve işyerinde çeşitliliği ve kapsayıcılığı destekleyecek şekilde tasarlanmalıdır. Bu ilke, çalışanların işlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalarını sağladığı ve aynı zamanda işyerinde adalet ve eşitliği teşvik ettiği için önemlidir. Yönetici ve diğer üst düzey pozisyonlara ulaşma olasılığı düşük olanlar için mesleki gelişim kursları tasarlamak gibi uygulamalar da yararlı olabilecektir (Mihailovic, Cvijanović ve Simonović, 2015).

Eğitime katılanlarda olduğu gibi, eğitim verecek olanların da seçimi titizlikle yapılmalı, liyakate ve uzmanlığa saygı duyulmalıdır. Sadece, yönetici ve eğitimden sorumlu olanlara yakınlık veya kişisel ilişkileri nedeniyle eğitimci olarak seçim yapılmamalıdır. Özellikle bu durum, eğitimci olarak ücret ve yan hakların kullanımında etkili ise daha da önemli hale gelmektedir. Ayrıca, kurum içerisinde verilecek eğitimlerle ilgili olan, konusunda uzman ve eğitim verme kabiliyeti olan çalışanlar var iken, kurum dışından ücretli olarak eğitimci davet etmeye gerek olmayabilir. Kıt kaynakların tasarruflu kullanılması gerekmekte, ayrıca kurum içi çalışanlara eğitimci olma fırsatı sağlanmalıdır. Yönetim kurum için eğitimci olarak, ek görev yapan çalışanlara da eğitimci eğitimi eğitimleri vererek, eğitim ve eğitimcilerin niteliğini artırabilmektedir.

Eğitimlere katılacak hemşirelerin, eğitimlerde olduğu süre içerisinde, hemşirenin kliniklerindeki hastalarının aldığı hizmetlerde herhangi bir aksama olmaması sağlanmalıdır. Bakım ve tedavi uygulamalarının tam olarak sunulması için, gerekli tedbirler de alınmalıdır. Hemşirelerin aldıkları eğitimleri hastaların yararına hemşirelik bakımında veya iş ortamında fayda sağayacak şekilde kullanıp kullanılmadığı ve sonuçları da değerlendirilmelidir. Fayda sağlamadığı tespit edilen hemşireler ve eğitimlerin izlenmesi gerekmektedir.

Yönetimin etik konusunda eğitim verme sorumluluğu da vardır ki, etik eğitimi, çalışanları etik davranışa yönlendirmede kilit rol oynamaktadır (Sang ve Kirui, 2019). Kurumlarda olumlu etik kültür ve iklimin sağlanması için, her düzeyde sistematik ve sürekli bir etik eğitimine ihtiyaç vardır. Etik farkındalık eğitimi de bunlardan biridir. Etikle ilgili farkındalık eğitimi, etiğin değeri konusunda ortak bir anlayış oluşturmakta, bireysel ve kurumsal sonuçları iyileştirmek için etik davranışlar yaratılmasına yardımcı olmaktadır (Arulrajah, 2015). Eğitim ve gelişim programları, davranış kuralları ve etik seminerleri yoluyla, etik ilke ve değerleri

öğretmeli, böylece çalışanların rol ve sorumlulukları ile ilgili etik konuları ve sorunları farkına varmaları sağlanmalıdır (Valentine, 2010). Eğitim, katılımcıların etik sorunları tanıma ve eleştirel düşünme becerilerini kullanarak etik karar verme çerçevelerini ve protokollerini uygulama becerilerini arttırmalarını sağlamalıdır. Çalışanlar, etik ikilemlerin anlaşılması ve ele alınmasında çeşitliliğin ve sosyal adaletin rolünü giderek daha fazla tanımak ve benimsemek üzere eğitilmelidir (Sah, 2015). Etik eğitimi, sürekli ve kurum çapında olmalı (Bias ve Sims, 2021), tüm çalışanları kapsamalı ve çalışanın görev süresi boyunca devam etmelidir. Etik eğitimlerinde, çalışanlar sorunlar hakkında açıkça konuşabilmeli, otorite figürlerini sorgulayabilmeli ve endişelerini bildirmekte kendilerini özgür hissetmelidir. Böylece çalışanlar güçlü bir etik kültürü destekleyebilirler (Becker, 2010). Etik hakkında doğru bilgi ve becerileri kazandırmak, özel bir eğitim programı aracılığıyla çalışanları etik uygulamaları benimseyecek hale getirmek için tasarlanmıştır. Çalışanların etik konusundaki eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için eğitim ihtiyaç analizi yapmak gerekir (De Silva ve Opatha, 2016). Etik iklimin yaratılması ve sürdürülmesinde, öncelikle üst düzey yöneticilere ve daha sonra diğerlerine farkındalık eğitimi verilmesi için yukarıdan aşağıya bir eğitim stratejisi önemli olabilmektedir (Arulrajah, 2015). Etik eğitimi, yöneticiler, liderler ve idareciler de dahil olmak üzere tüm çalışanlar için zorunlu olmalıdır (Bias ve Sims, 2021). Etik eğitimi sonucunda, çalışanların işlerinde karşılaşacakları etik ikilemlerle nasıl başa çıkacaklarını bilmeleri beklenmektedir (Becker, 2010). Etik farkındalık eğitimlerinin yanı sıra, hasta bakımında ve ekip ilişkilerinde etik yaklaşımlarla ilgili düzenli eğitimler de verilmesi gerekmektedir.

Etik eğitimi ve eğitimde etik uygulamalar için dikkat edilecek hususlar aşağıda belirtilmektedir:

- Tüm etik eğitimlerine, etik bir boyut dahil edilmiş midir?
- Etik eğitimi, her seviyedeki çalışanlar için zorunlu mu?
- Etik dışı davranışlar, müdahaleleri tetikliyor mu?
- Kurum başarıyı sonuçlara ve bu sonuçların elde edilme şekline göre mi tanımlıyor?
- Liderler, dürüst ve etik bir mesaj iletiyor mu?
- Kendileri, meslektaşları ve kurum için etik davranışları zorunlu kılıyorlar mı?
- Liderler, etik davranışlardan sorumlu tutuluyor mu?
- Amirler ve yöneticiler, çalışanlarına etik davranmaları için koçluk yapmak ve onları geliştirmekle aktif olarak ilgileniyorlar mı?

- Liderler ve yöneticiler etiği mi yoksa ne pahasına olursa olsun kazanmayı mı örnek alıyor?
- Etik ve etik olmayan davranışlarla ilgili, uygun ve zamanında geri bildirim sağlanıyor mu? (Bias ve Sims, 2021).

Etik olmayan eğitim ve geliştirme uygulamalarından bazı şunlardır (Christopher ve ark., 2012):

- Kanıtlanmış bir ihtiyaç olmaksızın sırf eğitim yapmış olmak için eğitim verilmesi,
- Eğitim ve geliştirmenin, uygunsuz bir şekilde değerlendirilmesi,
- Eğitim ve geliştirmeye önem veriliyormuş gibi davranılıp aslında gereken önemi verilmemesi,
- Yöneticisinin gözüne girmeye çalışan veya yalakalık yapan çalışanların eğitilmesi,
- Eğitim programının eğitilenler tarafından, bir tür iş tatili olarak görülmesi,
- Cinsiyet, yaş, renk, etnik köken veya yöneticiye yakınlık temelinde ayrımcılığa dayalı eğitim verilmesidir.

Özetle, eğitimde etik, eğitim programlarının ilgili, erişilebilir ve çalışanların haklarına ve onuruna saygılı olmasını sağlamak için gereklidir. Eğitimde etik ilkeleri gözeten kurumlar, çalışanlarının performansını arttırabilmekte, iş memnuniyetini geliştirebilmekte, çeşitliliğe ve kapsayıcılığa değer veren olumlu bir çalışma kültürü yaratabilmektedir

2.3. Performans Değerlendirme Uygulamaları ve Etik

Performans değerlendirmeleri, kurumlar tarafından çalışan performansını değerlendirmek, güçlü yönleri ve iyileştirilmesi gereken alanları belirlemek ve gelecekteki büyüme ve gelişim için geri bildirim sağlamak amacıyla kullanılan performans yönetim sistemlerinin önemli bir parçasıdır. Etik, kurumların performans yönetimine yaklaşım biçimlerini ve kararlarına rehberlik eden değer ve ilkeleri etkilediği için performans değerlendirmelerinde kritik bir rol oynamaktadır. Etik davranış, kurumsal yaşamın her alanına olduğu gibi performans değerlendirme sürecine de dahil edilmelidir.

Performans değerlendirme, bir çalışanın belirlenmiş performans standartlarına ve hedeflere ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek amacıyla yapılan bir süreçtir (Dessler, 2020). Performans değerlendirme süreci, hemşirelik yöneticilerinin hemşirelerin performansını ve bakım kalitesini değerlendirmek, personelin gelişim potansiyelini belirlemek, sorunlu durum-

ları ele almak ve kurum içindeki işleyişi yönlendirmek için kullandığı bir yönetim aracıdır. Bu süreç, hemşirelik hizmetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesine, etkili liderlik ve kaliteli hasta bakımı sağlamaya yardımcı olur (Jones, 2007). Etik, performans değerlendirmesinin temeli olmalıdır. Performans değerlendirmesinin öznel doğası, etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Çünkü performans değerlendirmesinin temel amacı, çalışanın performansının dürüst bir şekilde değerlendirilmesi olmalıdır. Son derece etik olan performans değerlendirmesi; performansın dürüst bir şekilde değerlendirilmesini ve çalışanların etkinliğini artırmak için adımlar atılmasını gerektirmektedir (Sang ve Kirui, 2019). Etik odaklı performans değerlendirme politikası, prosedürleri ve uygulamaları geliştirerek ve uygulayarak yöneticiler, performans değerlendirme işlevi aracılığıyla etik iklim yaratabilmekte ve bunu sürdürebilmektedir (Arulrajah, 2015). Yönetim etik bir ortamın kurumsallaşmasını kolaylaştırmak için önyargılardan arınmış performans yönetim sistemleri geliştirmelidir (Valentine, 2010). Performans değerlendirme sistemi etik kaygılarla tasarlamalı, geliştirmeli ve etik bir şekilde uygulanması sağlanmalıdırlar (Arulrajah, 2015). Sağlık sektöründe performans yönetimi sistemlerinin zayıf uygulamaları, çalışanların adalet ve hesap verebilirlik algıları üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve bu da yüksek personel devrine ve kötü klinik sonuçlara yol açmaktadır (Madlabana, Mashamba-Thompson, ve Petersen, 2020).

Çalışanlar tarafından, açık ve anlaşılır olan ölçütler ve değerlendirme yöntemleri kullanılmalı, değerlendirme kriterleri açık, objektif, doğru, anlaşılabilir ve çalışanın iş sorumluluklarıyla ilgili optimum sayıda olmalıdır. Kriterler, hem işin özelliklerine hem de sorumluluk düzeyine dikkat edilerek belirlenmelidir (Al-Tarawneh, 2020; Başarır, 2006). Hemşire performans değerlendirme standartları ile hemşirelik görevlerinin uyuşmaması yönetici hemşirenin performans değerlendirme sürecinde çatışmalar ve sorunlarla karşılaşmasına neden olabilmektedir (Nikpeyma, Abed-Saeedi, Azargashb ve Alavi-Majd, 2014). Çalışanın iş performansının etikle ilgili kriterlere göre değerlendirilmesi ve performans değerlendirmesine etik davranışların eklenmesi de oldukça önemlidir (De Silva ve Opatha, 2016; Küçükoğlu, 2012). Yöneticiler, performans değerlendirme için astlarının performansını değerlendirecekleri açık standartlar geliştirmeli ve bunları çalışanlara da iletmelidirler (Longenecker ve Ludwig, 1990). Kriterler ve standartlar; insan haklarına ve ilgili yasalara uygun şekilde düzenlenmeli, ulaşılabilir olmalı, çok katı veya çok hoşgörülü olmamalıdır (Başarır, 2006). Birçok performans değerlendirmesinde, subjektif değerlendirme soruları kullanılmaktadır. Böyle kötü bir tasarım, adil olmayan değerlendirmelere yol açabilmektedir (Sadeq, 2018). Yüksek kalitede bakım sağlanması ve geliştirilmesi önemli bir kriter olarak kullanılmalıdır (Aitamaa, Leino-Kilpi, Iltanen ve Suhonen, 2010). Hemşirelik mesleğiyle ilgili performan-

sı, tam olarak yansıtabilecek kriterler ve değerlendirme formu olmaması değerlendirmenin etik açıdan uygun olmamasına, değerlendirmeyi, değerlendirilenlerin adil, güvenilir, objektif bir değerlendirme olarak görmemelerine neden olmaktadır. Mevcut değerlendirme formları, mesleki bilgi, klinik ve iletişim becerilerini içeren gerçek hemşirelik performansını değerlendirmeliyken, uygulamada farklılıklar görülebilmektedir (Nikpeyma ve ark., 2014). Yöneticiler, kurumlarındaki performans değerlendirme sistemlerinin hangi davranışları teşvik ettiğini incelemelidir (Murthy, 2009).

Değerlendirmelerin, kim veya kimler tarafından yapılacağı da etik uygulamalar açısından önemlidir. Performansı değerlendirenin kim olacağı, sonuçların etkinliğini de etkileyecektir. Değerlendirme süreci, başkalarıyla ilgilenme becerisine sahip deneyimli kişiler tarafından yapılmalıdır (Al-Tarawneh, 2020). Performans değerlendirenler, değerlendirme dönemi boyunca çalışanların performansını gözlemlemek için yeterli fırsata sahip olmalıdır (Sillup ve Klimberg, 2010). Davranışların az izlenebildiği bir değerlendirmede etik sorunların ortaya çıkma eğilimi daha yüksektir (Murthy, 2009). Değerlendiricinin önyargılı olması da hem çalışanlara hem de kuruma ciddi zararlar verebilmektedir (Sadeq, 2018). Değerlendirme sürecinde yönetici hemşirenin nazik davranması, hemşirelerin performans sorunlarını herkesin içinde değil, gizlilik içinde belirtmesi ve çalışanın onuruna saygı göstermesi gerekmektedir (Nikpeyma ve ark., 2014). Yöneticiler, performans değerlendirmesine herhangi bir müzakereye hazırlanır gibi hazırlanmalı, alternatifleri, stratejileri ve uzun ve kısa vadeli sonuçları ciddi bir şekilde incelemelidir. Hem yazılı hem de yüz yüze değerlendirmeler dikkatle planlanmalı ve uygulanmalıdır (Longenecker ve Ludwig, 1990). Bir bireyin performansının değerlendirilmesi, öznel ve etkisiz olan gözlem ve yargılara dayandığında performans değerlendirmesi etik bir sorun haline gelmektedir. Bu durum, bazı yöneticilerin performans derecelendirmesini ilgisi olmayan faktörlere (örneğin, çalışanın değerlendirme yapan kişiye sadık olmaması veya değerlendirilen kişinin farklı bir topluluğa, dine, cinsiyete, ırka veya etnik gruba mensup olması) dayanarak yaptığı durumlarda görülebilmektedir (Sang ve Kirui, 2019). Uygulamanın adaletini, objektifliğini, tarafsızlığını ve kabul edilebilirliğini artırabilmek için birden fazla değerlendiriciye görev verilebilir. Daha yüksek stratejik sonuçların kasıtlı olarak yanlışlık yapılmasını gerektirecek kadar zorlayıcı olduğuna inanan yöneticiler, değerlendirmelerini ve düşüncelerini üstleri veya insan kaynakları departmanı tarafından gözden geçirmeye istekli olmalıdır (Longenecker ve Ludwig, 1990). Değerlendiricilerle ilgili bir husus da, değerlendiricinin eğitimidir. Değerlendirmeler, gerçek iş performansı ile ilişkilendirilmeli ve bu nedenle yöneticiler veya değerlendirmeyi yapan diğer kişiler, iş performansını değerlendirme tekniklerini kullanmak üzere eğitilmelidir (Mihailovic, 2015). Değerlendirmeyi yapacak kişilerin, etik ilkelere uygun olarak değerlendirme yapabilmesi

için değerlendirme yöntemi, standartlar, kriterler, değerlendirmenin nasıl yapılması gerektiği, değerlendirme hatalarının neler olduğu, nasıl bu hataların yapılmayacağı ve diğer konularda eğitilmelerine ve deneyim kazanmalarına yardımcı olunmalıdır.

Adalet ilkesi gereğince, belirlenecek olan teknikler içinde, kişilerin performanslarını en adil bir şekilde değerlendirmeye imkân tanıyacak olan tekniğin seçilmesi gerekmektedir (Başarır, 2006). Kendi performanslarını değerlendirme fırsatı bulan çalışanların, motive olduğu ve etik dışı muamele konusunda daha az endişe duyabildiği de bildirilmektedir (Sillup ve Klimberg, 2010). Adalet ve eşitlik ilkesi gereğince, her seviyedeki (yöneticiler dahil) çalışanların resmi ve gayri resmi performans değerlendirmeleri yapılmalıdır (Christopher ve ark., 2012). Etik olmayan performans değerlendirmelerinin temelinde sıklıkla yer alan bir diğer konu da, derecelendirmelere ilişkin objektifliktir (Sillup ve Klimberg, 2010). Adil bir performans değerlendirmesi, çalışan merkezli olmalı ve çalışanların iş performanslarını geliştirmelerine yardımcı olmalıdır (Hazein Fathima ve Umarani, 2023). Yöneticinin taraflı bir değerlendirme yapması, bazı çalışanlara haksız muamele yapılmasına ve bazı durumlarda işten çıkarılmalarına, bazılarında ise haksız terfilere yol açabilmektedir. Performans değerlendirmesinin uygunsuz kullanımı sadece moral bozucu değil, aynı zamanda açıkça etik dışı bir uygulamadır (Sadeq, 2018).

Performans değerlendirme görüşmesi, önceden çalışanla planlanmalı, görüşme ertelenmemeli, görüşme ortamı görüşmeye uygun olmalıdır. Görüşme öncesinde çalışana, performans değerlendirme sonucu bu konuda hazırlık yapabilmesi için önceden bildirilmelidir. Performans değerlendirme görüşmesi yapan yöneticinin, bu konuda özel bir eğitim alması ve deneyimli olması gerekmektedir. Görüşme olumlu bir atmosferde geçekleşmeli ve önce çalışanların olumlu performansları bildirilmelidir. Görüşme tehdit edici olmamalı, yöneticiler incitici konuşmamalı, her iki taraf da yapıcı olmalıdır (Akgeyik, 2012; Dessler, 2020; Marquise ve Huston, 2011; Uyargil, 1994). Değerlendirme sistemi açık olmalı ve gizli olmamalıdır, böylece çalışanlar performans derecelendirmelerinin yanı sıra güçlü ve zayıf yönleri hakkında geri bildirim alabilmektedirler (Christopher ve ark., 2012). Yöneticiler sürekli geribildirim sağlamalı, performans değerlendirmeyi yılda bir ya da iki kez yapılan bürokratik bir etkinlik değil, devam eden bir süreç haline getirmelidir (Longenecker ve Ludwig, 1990). Performans değerlendirmesi sırasında, elde edilen bilgiler hem işverenler hem de çalışanlar için faydalıdır (Hazein Fathima ve Umarani, 2023). Performans geri bildirim görüşmesine, etik konusundaki ilerleme için de ayrı bir bileşen dahil etmek uygun olmaktadır (De Silva ve Opatha, 2016). Sağlanan geri bildirim, yapıcı ve saygılı olmalıdır. Ayrıca etik, çalışanlara değerlendirme sonuçlarını açıkça ve dürüst bir şekilde geri bildirimde bulunmayı da kapsamalıdır. Çalışanlara

değerlendirme sürecine ilişkin görüşlerini ifade etme fırsatı verilmelidir. Bu sayede çalışanın girdileri, performansı hakkında değerli bilgiler sağlayabilmekte ve ele alınması gereken endişelerin veya sorunların belirlenmesine yardımcı olabilmektedir.

İyi bir performans değerlendirme sisteminin temel unsurları arasında yer alan bazı unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlar arasında;

- Standartlaştırılmış performans değerlendirme sistemi kullanılması,
- Performans standartlarının tanımlanması,
- Değerlendiricilerin eğitimli olması,
- İlgili değerlendirme araçlarının veya yöntemlerinin kullanılması,
- İş analizine dayalı olması,
- Objektif olarak doğrulanabilir verilerin kullanılması,
- Halo etkisi, merkezi eğilim, hoşgörü ve ciddiyet gibi derecelendirme sorunlarından kaçınılması,
- Tutarlı belgelerin muhafaza edilmesi,
- İnanç, renk, cinsiyet, ırk, din ve bölgeye dayalı ayrımcılık yapılmaması yer almaktadır (Sah, 2015).

Performans değerlendirmeleri; doğru, güvenilir ve geçerli bilgilere dayanmalı ve değerlendirme süreci şeffaf, objektif ve tutarlı olmalıdır. Adil, objektif ve şeffaf bir değerlendirme süreci, çalışanlar ve yönetim arasında güven ve saygı oluşturulmasına yardımcı olarak daha iyi çalışan bağlılığı, iş memnuniyeti, genel performansa ve etik iklime katkı sağlamaktadır.

2.4. Kariyer Yönetimi Uygulamaları ve Etik

Kariyer yönetimi, bir kişinin iş yaşamındaki hedeflerini belirlemesi, kariyer planlaması yapması ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli adımları atmasıdır. Etik ise bu yolculukta, doğru ve yanlış arasındaki ayrımı yaparak, iyi niyetli ve dürüst davranışlar sergileme konusunda yönlendirici bir kılavuz sunmaktadır. Kariyer planlaması, çalışanların yeteneklerini ve uzun vadeli hedeflerini belirlemelerine yardımcı olurken, kurumun gelecekteki insan kaynağı ihtiyaçlarını planlamasını da sağlamaktadır (Bias ve Sims, 2021). Yöneticiler, kariyer yönetiminde etik uygulamaları benimsemek ve teşvik etmek için öncü bir rol oynamaktadırlar. İş dünyasında etik ilke ve değerlere uygun davranan yöneticiler, çalışanların motivasyonunu artırmakta, takım çalışmasını teşvik etmekte ve uzun vadeli başarıyı desteklemektedir.

Terfi, hak sahiplerine gelişmiş statü, daha iyi ücret, artan sorumluluklar ve daha iyi çalışma koşulları sağlamaktadır. Yetkinliğe karşı kayırmacılığa dayalı terfi, etik değildir. Ayrıca çalışanların cinsiyetleri veya diğer özellikleri temelinde ayrımcılığa dayalı terfi ve transfer de etik açıdan uygun olmamaktadır (Christopher ve ark., 2012). Terfilerde en çok yapılan tartışmalardan biri, terfinin kıdeme göre mi yoksa liyakate göre mi yapılması gerektiğidir. Murthy (2009)'ye göre eğer iki ya da daha fazla aday eşit liyakate sahipse, yönetim aralarında en kıdemli olanı terfi ettirmelidir. Böylece kıdem, eşit liyakate sahip adaylar arasından bir seçim yapılacağı zaman belirleyici ve tayin edici bir faktör haline gelebilmektedir. Ancak kıdem, tek başına ve yetenekten bağımsız olarak terfiler için haklı bir kriter olarak ele alınamaz. Uygulamada liyakatı olmayanların, önemli görevlere veya üst görevlere atanması etik olmayan bir durumdur (Murthy, 2009).

Yetersiz kişinin terfisi, Murthy (2009)'ye göre aşağıdaki nedenlerden dolayı gerçekleşmektedir (Murthy, 2009):

- Nepotizm: Liyakat ve uygunluklarına bakılmaksızın, akrabalara ve yakın arkadaşlara iltimas gösterilmesi uygulamasıdır.
- Kurum içinde güç siyaseti: Bu tür durumlarda, üst düzey yöneticiler ve direktörler lehine olan güç denklemini sürdürmek ve korumak için yararlı ve yardımcı olan kişiler, göreve uygunluklarına ve yeteneklerine bakılmaksızın terfi ettirilmesidir.
- Kişisel önyargı ve taraf tutma: Liyakat ve performansları dışındaki nedenlerle yönetici tarafından daha çok sevilen kişilerin terfi ettirilmesidir. Böyle bir uygulama, terfide objektiflik, rasyonellik ve adaletten yoksun olduğu için çok sakıncalıdır.
- Siyasi partiler, sendikalar, çıkar grupları vb. gibi dış tarafların ve nüfuzlu kişilerin baskısı. Bu tür nedenlerle yapılan terfiler, terfi etmek için kişinin liyakatini ve performansını geliştirmeye odaklanmak yerine, toplumun ve kurumun bu tür unsurlarıyla yararlı ve karşılıklı fayda sağlayan kişisel temaslar ve bağlantılar geliştirmesi gerektiği mesajının verilmesi anlamına gelir.
- Terfi için objektif, rasyonel ve güvenilir bir kriterin olmaması. Böyle bir durum kafa karışıklığı, belirsizlik ve muğlaklık yaratmaktadır. Kimsenin terfiyi nasıl alabileceğinden emin olmamasıdır.

Kariyer yönetiminde, etik açıdan uygulamalara dikkat etmek isteyen yöneticiler öncelikle aşağıdaki soruları cevaplamalıdır (Bias ve Sims, 2021):

- Amirler ve yöneticiler, çalışanlarına kariyer planlamasında başarılı bir şekilde rehberlik edebilecek donanıma sahip mi?
- Yöneticiler, çalışanlarına kariyer planlaması konusunda rehberlik ediyor mu yoksa bencilce kendi ihtiyaçlarını karşılamak için onları geride mi tutuyor?

Kariyer yönetiminde etik uygulamalar, çalışanların adil ve eşit fırsatlara sahip olmalarını sağlayarak liyakate dayalı bir ilerleme süreci oluşturmayı hedeflemektedir. Yönetici hemşirelerin, kariyer yönetimindeki etik uygulamalarından bazıları aşağıda belirtilmektedir:

Kariyer ilerlemeleri, adaletli bir şekilde yönetilmelidir. Yeni pozisyonlar veya terfiler için, adaylar tarafsız ve objektif bir değerlendirme sürecine tabi tutulmalı, ayrımcılık yapılmamalı, her çalışana eşit fırsat sunulmalıdır. Cinsiyet, renk, ırk, din, etnik köken veya diğer ayrımcı faktörlere dayalı olarak değil, adil ve tarafsız bir şekilde, yeteneklere, deneyime, performansa, liyakate ve etik uyuma dayalı olarak en uygun adaylar seçilmelidir. Pozisyonlar, çalışanların bu ölçütlere göre değerlendirilerek atanmalıdır. Her pozisyonda, hak edenler bulunacak şekilde atamalar yapılmalıdır.

- Yönetici hemşirenin kendisi de, etik açıdan kariyer uygulamalarına dayanarak adil bir şekilde, kayırmacılık olmadan, hakkıyla bu göreve gelmiş olmalıdır. Bu sayede hemşireler, yöneticinin kariyer yönetiminde adil, objektif, hak edeni koruyan bir davranış ve tutum sergileneceğine inanabilsin.
- Kariyer için kriterler, beklentiler ve süreç çalışanlarla paylaşılmalı, açık ve anlaşılır bir şekilde iletilmelidir. Çalışanların neye dayanarak ilerleyebildiğini ve ne gibi beklentilerin olduğunu bilmeleri önemlidir. İlerlemelerde öncelikle, hemşirelerin hasta bakımında gösterdiği performans ve bakımda etiği uygulaması dikkate alınmalıdır.
- Açıklık ilkesi gereğince, çalışanlara kariyerlerinde ilerleyebilecekleri noktalar ve bunun için gerekli kriterlerin neler olduğu çalışanlara işe girişlerinde bildirilmelidir.
- Çalışanların, kariyerlerini geliştirmeleri için eğitim, mentorluk, rotasyon ve danışmanlık gibi yeteneklerini geliştirmeleri ve potansiyellerini ortaya çıkarmaları destekleyici fırsatlar sunulmalı, çalışanlar teşvik edilmelidir.
- Kariyer ilerlemeleri, objektif performans ölçütlerine dayalı olarak yapılmalıdır. Performans değerlendirmeleri, adil ve tarafsız bir şekilde gerçekleştirilmeli, çalışanların katkıları ve başarıları objektif bir şekilde değerlendirilmelidir.
- Kariyer yönetimi, çalışanların iş-yaşam dengesini sağlamalarını desteklemelidir. Çalışanların, kişisel hayatlarına zaman ayırabilmeleri ve sağlıklı bir çalışma ortamında

olmaları önemlidir. Çalışanların, kişisel yaşamlarını sürdürebilmeleri için esnek çalışma düzenleri veya uyumlu çalışma politikaları uygulanmalıdır.

- Kariyer yönetiminde liderler ve yöneticiler, adil, etik ve destekleyici bir rol üstlenmelidir. İnsanların kariyer hedeflerine ulaşmaları için, gerekli yönlendirme sağlanmalı ve çalışma motivasyonu için teşvik edilmelidir
- Kariyer ilerlemesiyle ilgili kararlar alınırken, çalışanların onayı ve katılımı önemlidir. Çalışanlar, kendi kariyer hedeflerini belirlemek ve bu süreçte aktif bir şekilde yer almak için desteklenmelidir. Kariyeriyle ilgili karar verilirken, çalışanın da istekliliği dikkate alınmalı, genel olarak "iyi bir terfi" olarak nitlendirilmiş dahi olsa çalışanın bunu kabul edip etmediği, onayı olup olmadığı öğrenilmeli, bu karara katılımı sağlanmalıdır.
- Çalışanlarla düzenli iletişim kurulmalı ve geribildirim sürekli olarak sağlanmalıdır. Performans geribildirimi, kariyer hedefleri ve gelişim planları hakkında açık iletişim sürdürülmelidir.
- Çalışanlar hakkında karar verebilmek için onları yakından tanıyacak fırsatlar, olanaklar hazırlanmalıdır. Çalışanların potansiyellerinin fark edilebilmesi için farklı zamanlarda farklı geçici sorumluluklar verilebilir.

Etik açıdan bakıldığında, kariyer yönetimi sürecinde bir kişinin sahip olduğu yetenekler ve deneyimler doğrultusunda, dürüst ve adil bir şekilde iş arayışına girmesi önemlidir. Kariyer yönetimi sürecinde, kişinin etik ilkelere ve değerlere uygun davranması, iş yerinde dürüstlük, saygı ve sorumluluk bilinci ile hareket etmesi, başkalarına karşı adil davranması, işe sadakat göstermesi ve şeffaf bir şekilde işini yapması, saygın bir iş insanı olmasını sağladığı gibi kişinin başarılı bir kariyer yolculuğu için önemlidir.

2.5. Ücretlendirme - Yan Hakların Yönetimi ve Etik

Ücretlendirme sistemlerinin istihdam ilişkilerinde oynadığı hayati rol göz önünde bulundurulduğunda, bu sistemlerin insanların kendilerine itibar, güven ve saygıyla davranıldığını hissedip hissetmediklerini ve kurumun değerlerinin ve kültürünün tam bağlılıklarına ve en yüksek çabalarına layık olduğuna inanıp inanmadıklarını şekillendirmede önemli bir rol oynaması da çok muhtemeldir (Bloom, 2004). Yan haklar genellikle ikramiyeler, ödenekler ve kar paylaşımı gibi finansal ödülleri içermektedir. Parasal faydalar çalışan memnuniyetini etkilese de, finansal olmayan ödüller ve faydalar da çalışanların motivasyonunda ve elde tutulmasında önemli kabul edilmektedir. Finansal olmayan ödüller; tanınma, takdir ve işle ilgili

diğer esneklik ve faydaları içermektedir (Hazein Fathima ve Umarani, 2023). Ücretlendirme ve etik arasında birçok ilişki bulunmaktadır. İnsan kaynağını yönetirken yer alan genel etik konular, yıllık teşvikler, esnek çalışma saatleri, tatiller ve daha pek çok şey dahil olmak üzere maaşlar, yan hakları ve tazminatlarla ilgilidir. Çalışana katkılarının karşılığının verilmesi, örgütün benimseyebileceği etik kurallardan biridir.

İşverenler, çalışanlarına adil bir ücret sunarak, onların işlerini etik bir şekilde yapmalarını teşvik etmelidirler. Adalet, herkes hakkı olanı aldığında gerçekleşmektedir (Murthy, 2009). Herhangi bir kurumdaki çalışanlar, kuruma yaptıkları katkı karşılığında adil bir karşılık istemektedirler (yani adil bir anlaşma, adil bir iş için adil bir ücret). Kurumlar eşit değerdeki iş için, eşit ücret sağlamalıdır. Ücret eşitliğinin kapsamı, adalet, periyodiklik ve düzenlilik, ücret yönetiminde etik konulardır (Christopher ve ark., 2012; Murthy, 2009). Yönetim, adalet duygusunu aşılayan tazminat politikaları oluşturmalıdır (Valentine, 2010). Adil ücret ve yan hakların kullanılmasındaki temel inanç, çabaları ve performansları uygun ücret ve yan haklar şeklinde takdir edilen ve tanınan çalışanların buna daha fazla bağlılıkla karşılık vereceği ve kurumda kalacağıdır (Hazein Fathima ve Umarani, 2023). Ücretler, asla işle ilgili olmayan hususlarla ilişkilendirilmemeli, her zaman performansa bağlı olmalıdır. Performansa bağlı ücretler, çalışanın liyakati, çabası ve katkısı için faydalıdır. Aynı zamanda, kurum için de faydalıdır. Çünkü uygun bir şekilde ödüllendirileceği için, çalışanları kuruma ellerinden gelenin en iyisini sunmaya motive ederek üretkenlik ve verimlilik atmosferi yaratmakta ve beslemektedir (Murthy, 2009). Adil ücretlendirme, işverenin çalışanın iş performansını, işin gerektirdiği beceri ve bilgi düzeyini ve piyasa koşullarını dikkate alarak ona adil bir ücret ödemesi anlamına gelmektedir. İşverenler, çalışanlarına adaletli bir ücret ödemekle, onların motivasyonlarını ve iş memnuniyetlerini artırarak, daha verimli ve etik bir çalışma ortamı yaratmaktadırlar. Çalışanların ücretlendirilmesinde, şeffaflık ve dürüstlük de önemlidir. İşverenler, çalışanlarının ücretlendirme politikaları hakkında net ve anlaşılır bilgi vermeli ve ücretlendirme kararlarını adil bir şekilde açıklamalıdırlar. Ayrıca, ücretlendirme kararları, kişisel özelliklere veya cinsiyet, renk, ırk, etnik köken, din, yaş, cinsel yönelim gibi herhangi bir ayrımcılık temeline dayanmamalıdır.

Performans seviyelerine ek olarak, etik standartları da ücret ve yan haklara entegre etmek gerekmektedir. Bunun için ücretin "girdi eşitliği" ile etik performans ve etik yeterlilik arasında bağlantı kurmak, etik davranışı daha iyi yönetmeye çalışanlara, etik iş performanslarına örgüt üyeleri için teşvikler ve ödüller olabilmektedir. Finansal teşvikler vermek, çalışanlara etik davranışları için övgü ve takdir gibi finansal olmayan teşvikler vermek, izin hizmetleri, avanslar ve krediler, ulaşım hizmetleri vb. gibi belirli refah hizmetlerini yalnızca etik olanlara sağlamak faydalı olabilmektedir. Yöneticiler, ücret ve ödül yönetimi işlevlerinde etik yönelimi

yansıtacak yenilikçi en iyi uygulamaları tasarlamalı, geliştirmeli ve uygulamalıdır. Örnek teşkil eden etik davranışlar ödüllendirilmeyi hak ederken, etik olmayan davranışlar sürekli olarak disipline edilmelidir. Etiğe değer veren kurumlar tazminat, ödül ve terfi kararlarında etik davranışlara ağırlık verirler (Arulrajah, 2015; Bias ve Sims, 2021; De Silva ve Opatha, 2016; Saylı ve Kızıldağ, 2007). İmzalanan sözleşmeye bağlılıkta eksiklik, ödüllendirme sistemindeki eşitsizlik, önyargı ve şeffaflık eksikliği çalışma ortamını olumsuz etkileyecek ve kurumun gelişme ve yenilik yapma kabiliyetini felce uğratacaktır.

Ücretlendirme ve yan haklarla ilgili etik uygulamalarda dikkat edilecek bazı sorular aşağıda belirtilmektedir (Bias ve Sims, 2021; Murthy, 2009):

- Çalışanlar birlikte çalışmaya ya da ne pahasına olursa olsun, başarılarını artırmaya teşvik ediliyor mu?
- Ücretlendirme sistemleri, hangi davranışları teşvik etmektedir? Çalışanlara ne kadar kişiye hizmet verdikleri için mi yoksa nasıl hizmet verdikleri için mi ödeme yapılır? Son derece yüksek ödeme seviyelerinin, bazen etik olmayan yollarla sonuçlara ulaşmak için çok güçlü bir cazibe sağladığı unutulmamalıdır.
- Çalışanlar kötü haberlerin taşıyıcısı oldukları için, cezalandırılıyor mu, yoksa iyileştirme fırsatlarını belirledikleri için ödüllendiriliyor mu?
- Çalışanlar, yaptıkları iş için adil ve eşit bir şekilde ücretlendiriliyor mu?

2.6. Sendikal İlişkilerin Yönetimi ve Etik

Çalışan-işveren (yönetim) ilişkilerinde, en dikkat çeken hususlardan biri sendikalarla ilişkilerin nasıl olduğudur. Etik ve sendikal haklar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sendikal haklar, çalışanların birlikte hareket ederek, haklarını ve menfaatlerini korumalarına olanak sağlamaktadır. Bu haklar, işyerinde demokratik bir ortamın oluşmasına ve çalışanların iş kararlarına katılımının artırılmasına da yardımcı olmaktadır. Sendika üyeliği sayesinde, çalışanlar işyerindeki adaletsizlikleri, haksızlıkları ve ayrımcılığı ortaya çıkarabilmekte ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmektedir. Sendikal haklar, çalışanların örgütlenme özgürlüğünü sağlayarak, haklarını ve menfaatlerini korumalarına olanak tanımaktadır. Toplu pazarlık veya çalışan yönetim sistemi, kurumda yöneticilerin çalışanlarına karşı davranışlarını etkilemektedir. Eğer kurumda, çalışanların veya onların sendikalarının düşman olarak görüldüğünde inanılıyorsa, yönetime güvenmeme olasılığı daha yüksektir (Murthy, 2009).

Sendikal faaliyetler ile ilgili etik olmayan sorunlar ve uygulamalar, genellikle şu şekilde sıralanmaktadır (Christopher ve ark., 2012; Sang ve Kirui, 2019):

- Etik sorunlar arasında; sendika yetkililerinin yönetimle dostane ilişkiler geliştirmesi ve çalışanların sesi olma rolleri kapsamında ele almaları gereken adaletsizlik ve haksızlık konularını göz ardı etmeleri de yer almaktadır.
- Yönetim aracılığıyla, yönetimin etik olmayan uygulamalara devam etmek için sendika yetkililerine ödün vermeye çalıştığı durumlarda, yönetim ve sendikaların genel işgücünün aleyhine işbirliği yaptığı etik olmayan iş ilişkileri sorunları ortaya çıkmaktadır.
- Her iki taraf da, farklı görüşleri konusunda katı tutumlar sergilememeli, kurumun ve toplumun genel yararını da göz önünde bulundurmalıdır.
- Sendikalar grevde olsalar dahi, işverenin mallarını korumak gibi etik açıdan sorumluluğa sahipken, işverenler de çalışanlarına saygı ve haysiyet çerçevesinde davranmak ve çalışanların toplu pazarlık amacıyla sendikalara üye olma özgürlüğüne izin vermek gibi etik bir sorumluluğa sahiptir.
- İşverenler, çalışanlarının sendikalara katılmasına karşı çıkmamalı veya bunu zorlaştırmamalıdır.
- Grev hakkı ve grev faaliyeti de etik soruları gündeme getirmektedir. Çünkü grevler, sadece işvereni ve çalışanları etkilememekte, aynı zamanda kurumun hizmet verdiği topluma da yayılmaktadır. Toplumu tehlikeye atan grevler etik dışı kabul edilirken, şiddete başvuran işçiler veya işverenler de etik dışı kabul edilmektedir.
- Çalışanların daha iyi koşullar için grev ve grev gözcülüğü yapma hakkını baltalamayı amaçladığı için yedek işçilerin kullanılması da etik dışı davranış olarak kabul edilmektedir. Bu durum, işçilerin değiştirilme korkusuyla grev yapma özgürlüğünü ihlal etmektedir.
- Çoğunluk kuralı ve zorunlu sendikalaşma, bir başka etik sorundur, çünkü işçilerin seçme özgürlüğü veya karşıt görüşe sahip olma hakkını ihlal etmektedir. Sendikalar "bedavacılık sorununu" engellemek için bir pazarlık biriminin tüm üyelerini üye olmaya zorladığında, bazı çalışanların seçme özgürlüğü haklarının ihlal edildiğini "zorlanmış" hissedebilecekleri etik sorunlar ortaya çıkabilir.
- Hem işverenler hem de sendikalar tarafından üyeleri adına yapılan haksız iş uygulamaları yapmak etik bir sorundur.

- Toplu sözleşmelerin uygulanmaması veya süresi dolan sözleşmelerin yenilenmemesidir.
- Grev eylemlerine katıldıkları için, sendika yetkililerinin mağdur edilmesi etik bir sorundur.

Çalışan ilişkileri uygulamaları, çalışanların memnuniyetini ve örgütsel hedeflerin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamada, çalışan bağlılığını artırmak, çalışanlar ve işverenleri arasında sağlıklı iş ilişkilerinin sürdürülmesi için bir kurum tarafından izlenen uygulamaları ifade etmektedir. Kurumun ilgi ve desteğinden memnun olan çalışanlar, buna artan duygusal bağlılık ve azalan geri çekilme davranışı ile karşılık vermektedirler. Etkili bir istihdam ilişkisini sürdürmek için, çalışan etkileşimlerinde adalet, saygı ve açıklık önemli kabul edilmektedir (Hazein Fathima ve Umarani, 2023). Etik iklimin yaratılması ve sürdürülmesi için kurumlar, etik odaklı çalışan ilişkileri uygulamaları geliştirebilmekte ve uygulayabilmektedir. Yönetim aracılığıyla, iyi çalışan ilişkilerinin oluşturulması ve sürdürülmesi, kurumlarda olumlu etik kültür ve iklimin ortaya çıkmasını sağlayabilmektedir (Arulrajah, 2015). Etik açıdan bakıldığında, işverenlerin, çalışanların sendikal haklarını tanımaları ve saygı duymaları önemlidir. Ayrıca etik yaklaşımla, işverenlerin ve yöneticilerin, sendikal hakların korunmasında, işyerinde adil ve eşitlikçi bir çalışma ortamının oluşmasında, çalışanların insan haklarının korunmasında ve çalışanların örgütlenme özgürlüklerinin sağlanmasında önemli katkıları bulunmaktadır.

2.7. Çalışanlarla İletişim ve Etik

Yönetici hemşireler, yönetimindeki hemşirelerle iletişimlerini geliştirmeye çalışırlarken, diğer taraftan da astları arasındaki veya astlarının hastalar ve diğer ekip üyeleri ile arasında olan çatışmaların da en aza indirilmesi, çatışma olduğunda da çözülmesi sürecinde kilit isim olma durumuyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Aitamaa ve arkadaşları (2016)'nın bir çalışmasında, çalışanlar arasındaki çatışmaların birimin işlevselliğine zarar verdiği, çalışanlar arasında sorunların yapıcı bir şekilde çözülemediğini, yöneticilerin de çatışmanın hangi tarafın haklılığına inanmasıyla ilgili etik sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (Aitamaa, Leino-Kilpi ve Iltanen, 2016). Bu gibi durumlarda, yönetici hemşirenin çalışma sahasına yakın olması, hemşireleri ve çalışma ortamındaki çatışmaya neden olabilecek faktörleri iyi tanıması ve hemşireleriyle yakın iletişim halinde olması bu etik sorunların çözümünde yardımcı olacaktır.

İyi yönetim uygulamaları için iletişim ve işbirliğinde de adil, eşitlikçi, şeffaf, dürüst ve açık iletişim geliştirilmelidir. Çalışanlara özerklik, kişilere saygı ve rıza gibi etik ilkeler doğrultusunda yaşamlarını etkileyen konulara katılma şansı verilmelidir. Çalışanlar ve işveren

arasındaki güç ilişkilerindeki dengesizlik nedeniyle bazen bu durum göz ardı edilmekte ve çalışanlara olumlu katkı yapabilecek sorumlu kişiler gibi davranılmadığı için etik sorular ortaya çıkmaktadır (Sang ve Kirui, 2019). Tarafların birbirine karşı, şeffaflığının olması gerekmektedir. Şeffaflık ise, bir kurumun açık ve dürüst bir şekilde iletişim kurmasını gerektirmektedir. İletişimin şeffaf, açık ve dürüstçe olması ilişkileri güçlendirmekte, güven duygusunu pekiştirmeketedir (Sims ve Bias, 2021; Ünsür, 2020). Bunun yapılmaması, kurum ile çalışanları ve diğer paydaşları arasında güvensizliğe ve bazı durumlarda etik olmayan davranış ve tutumlara yol açmaktan başka bir işe yaramayacaktır (Sims ve Bias, 2021). Etik uygulamalar için, etkileşimsel şeffaflık gerekmektedir. Etkileşimsel şeffaflık, birden fazla bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler, aşağıda belirtilmektedir (Sims ve Bias, 2021):

- İlk olarak, şeffaf iletişim, ilgili bilgilerin paylaşılmasını içerir. Örneğin, kurum liderleri etik açıdan hangi bilgilerin çalışanlar, müşteriler, tedarikçiler vb. için önemli veya ilgili olduğunu açıkça anlamak için zaman ayırır.
- İkinci olarak, şeffaf iletişim, kararların ardında yatan nedenler ve gerekçeler konusunda açık sözlü olmayı içerir. Gerekçelere ilişkin bu tür bir şeffaflık, iletişim süreçlerini sıklıkla sekteye uğratabilen hatalı atıf sorunlarının önlenmesine yardımcı olur.
- Üçüncü olarak, şeffaf iletişim proaktif bir şekilde geri bildirim almayı ve vermeyi içerir. Şeffaf iletişim iki yönlü ve işbirliğine dayalı olup, örneğin kurum liderleri ve diğer çalışanlar arasında stratejik kararlar, etik açıdan riskler ve etik ya da etik olmayan davranışlar gibi konularda serbest ve açık bilgi alışverişini içerir.

Yöneticiler, aldıkları kararlardan etkilenecek olan gruplara, kararlarıyla ilgili bilgiler vermelidir. Bu bilgi verilirken, nedenleri ve uygulamayla ilgili bilgileri içermelidir. Ayrıca, yapılan uygulamalardan faydalanamayan çalışanlar varsa, onlarla ayrıca ilgilenilmelidir. Akrout, Bouraoui, ve Abdelkader (2022)'in vurguladığı gibi "Eylemden zarar görenlerin, onurunu iyileştirmek" gerekir. Yani, yöneticiler imkânları ve avantajları dağıtmaya gittiklerinde, imkânları ve avantajları alamayanlar ve diğerlerinden daha az alanlar vardır ve bu kişilerle özel olarak ilgilenilmeli, bilgilendirilmelidir (Akrout ve ark., 2022). İletişim süreci, tüm taraflarda olumlu etkiler bırakıyorsa, iletişim sürecinin gereksinimleri karşılamış olduğunu, değer verildiklerini hissediyorlarsa bunun olumlu bir iletişim olduğunu ve doyum sağladığını (Kaya, 2015) ayrıca etik açıdan da istenilir bir süreç olduğunu gösterebilmektedir.

İletişim ve bilgilendirmede aşağıdaki etik konular önem arz etmektedir (Başarır, 2006; Bias ve Sims, 2021; Christopher ve ark., 2012; Çağlar ve Kılıç, 2011; Güven, 2013; Kaya, 2015):

- Yöneticiler, iletişimlerinde şeffaflığı benimsemelidir. Hedefler, stratejiler, kararlar ve sonuçlar konusunda açık ve net bir iletişim sağlamalıdır. Çalışanların bilgilendirilmesi, güven ve işbirliği ortamının oluşmasını sağlamaktadır.
- Resmi bilgi kaynağı olarak söylentilere ve dedikodulara aşırı güvenmekten kaçınılmalıdır.
- Belirli bilgilerin, tahrif edilmesine karşı doğru bilgileri aktarmak gerekmektedir
- Çalışanların, aynı şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bazılarına birebir bilgi verilirken, bazılarına mesajla bilgi verilmemelidir.
- Bilgilendirmenin objektif yapılması gerekmektedir.
- Çalışılanlara bilgi verirken, tümüne eşit biçimde bilgi verilmeli ve bazı kişilere eksik bilgi vermekten sakınılmalıdır.
- Bilgilendirmeyi yapanlar, özenle yapmalı ve baştan savma bilgilendirme yapılmamalıdır.
- Açıklamalar ve bilgilendirmeler, çalışanların anlayabileceği şekilde yapılmalıdır. İlk anlatıldığında, anlamayanlara hoşgörü ile yaklaşılmalıdır.
- Kurumun gizli bilgilerini rakiplerine veya dışarıdakilere ifşa eden kişinin etik dışı davranmış olduğu unutulmamalıdır.
- Yöneticinin her zaman doğru sözlü olmak için, elinden geleni yapması gerekmektedir.
- Kasıtlı olarak, yerine getirilemeyecek sözler vermekten sakınılmalıdır.
- Yönetici, gerçeği çarpıtmamalı veya başkalarını yanıltmamalıdır.
- Çalışanların, ihtiyaç duyduğu işle ilgili bilgileri saklamamak gerekmektedir.
- Yöneticiler, çalışanların gizlilik haklarını ve kişisel bilgilerini korumalıdır. Özel veya hassas bilgilerin sızdırılmaması ve izinsiz paylaşılmaması gerekmektedir. Bilgilendirmenin yanı sıra çalışanların bilgilerinin de güvenliği sağlanmalıdır.
- Yöneticinin, başkalarının kendisine yapmasını istemediği şeyleri başkalarına kendisinin de yapmaması gerekmektedir
- Yöneticiler, işbirliği ve açık iletişimi teşvik etmelidir. Çalışanlar arasında, iletişim kanallarını açık tutmalı, farklı görüşlere saygı göstermeli ve çatışmaları yapıcı bir şekilde çözmelidir.

- Yöneticiler, iletişimlerinde profesyonel bir dil kullanmalıdır. Hakaret, küfür veya aşağılama içeren dil kullanmamalıdır. Çalışanlara karşı, düşünceli ve saygılı bir dil benimsemek, etik açıdan iletişimi sağlamak ve sürdürmek için önemlidir. Yöneticiler, iletişimde karşılıklı saygıyı ve empatiyi ön planda tutmalı, önyargılı, suçlayıcı, aşırı şakacı olmamalı, azarlama ve tehdit etmekten, küçümsemekten kaçınılmalıdır.
- Tehdit edici olmayan bir iş ortamı yaratılarak, çalışanlara açık iletişim imkanı tanınmalıdır.
- Yöneticiler, empatik iletişim becerilerini geliştirmeli ve kullanmalıdırlar.
- Beden diline dikkat edilmelidir. Sözel ve sözel olmayan mesajlar, birbiriyle uyumlu kullanılmalıdır.
- Yöneticiler, iletişimlerinde tarafsızlık ilkesine bağlı kalmalıdır. Ön yargılarla, iletişim gerçekleştirilmemelidir. Adaletli davranışlar, güvenin oluşmasını ve adil bir iş ortamının sürdürülmesini sağlamaktadır.
- Çalışanlar etkin dinlenmeli, etkin dinleme ilkeleri unutulmamalıdır.
- Birbiriyle çelişen mesajlar verilmemelidir.

İletişim uygulamalarında etik ilke ve değerleri yerleştirmek için çalışanların dinlenilmesi önemli bir husustur. Yönetici hemşireler, hemşireleri dinlemek için gerekli zamanı vermeli ve onların sorunlarını dinlemelidir. Dinleme becerisi de, yöneticilerin çalışanlarla iletişimlerini geliştirmelerine katkıda bulunmaktadır. Dinlemek için, zaman ayırmada ayırımcılık yapılmamalı ve çalışanların ihtiyacına göre adil olarak süre ayrılmalıdır. Yöneticiler, hemşireler ile yaptığı görüşmelerde gerçekten dinlemeli, anlamaya çalışmalı, dikkatini hemşireye vermelidir. Hemşireler, yargılanmadan dinlenildiklerini, kendilerinin anlaşıldığını hissettiklerinde ve yöneticilerinin bu bilgilerin güvenliğini sağlayarak kendilerine sorunların çözümünde yardımcı olacağına inandıklarında yöneticilerine güvenmeye başlamaktadırlar. Güven ise, etik iklimin önemli unnsurlarından biridir. Ancak bu güvenin boşa çıkarılmaması gerekmektedir.

2.8. Disiplin Yönetimi ve Etik

Disiplin uygulamalarında, etik ilkelere uygun davranmak isteyen yöneticilerin dikkat etmesi gereken bazı konular bulunmaktadır. Bu konular: (Caldwell ve Okpala, 2018; De Silva ve Opatha, 2016; Kılınç ve Aydın, 2017; Murthy, 2009):

- Disiplin sürecinin amacı, çalışanların davranışlarını düzeltmek ve performanslarını geliştirmektir. Bu nedenle, disiplin cezalarıyla birlikte iyileştirici tedbirler ve destek

sağlanmalıdır. Çalışanların, neden hatalı davrandıklarını anlamaları ve gelecekte tekrarlamamaları için rehberlik ve eğitim verilmelidir.

- Etik ile ilgili davranış kurallarını formüle etmeli, kurumun disiplin kuralları ve etik ilkeleri, tüm örgüt çalışanlarına (yöneticiler de dâhil) tam olarak bildirilmeli ve açıklanmalıdır.
- Disiplin sürecinde, çalışanlarla dürüst ve net bir iletişim kurulmalıdır. Disiplin prosedürleri, kurallar ve beklentiler açık bir şekilde ifade edilmeli ve çalışanlara adil bir şekilde açıklanmalıdır.
- Disiplin ve etik kurallar, açık, anlaşılır ve uygulanabilir bir özellikte olmalıdır. Disiplin kararları, objektif kriterlere dayanmalı ve disiplin cezaları orantılı olmalıdır. Disiplin prosedürleri, iş yasalarına, kurumun politikalarına ve çalışma sözleşmelerine uygun olarak uygulanmalıdır.
- Doğru ve yanlışla ilgili kuralları ihlal eden çalışanları, cezalandırmak için aşamalı bir disiplin sistemi geliştirmelidir.
- Disiplin uygulamaları, bütün çalışanlara adil ve eşit şekilde uygulanmalıdır. Adil yargılama son derece önemlidir, yargılamanın her aşamasında adalet, eşitlik ve doğruluk ilkesine uygun davranılmalıdır. Disiplin sürecinde, tüm çalışanlara eşit şekilde davranılmalı ve disiplin cezaları objektif kriterlere dayandırılmalıdır. Kişisel ön yargılar veya ayrımcılık yapılmamalıdır.
- Disiplin süreci sırasında, ilgili taraflar arasında işbirliği ve danışmanlık yapılmalıdır. Çalışanlar, disiplin konusunda savunma yapma fırsatına sahip olmalı ve adil bir şekilde dinlenmelidir.
- Cezaya odaklanmış bir disiplin anlayışından kaçınılmalıdır. Bir disiplin cezası, ancak her bir vakanın esasına ilişkin objektif bir değerlendirme yapıldıktan sonra önerilmelidir. Niteliksel bir analize ihtiyaç vardır. Çalışanın söz konusu disiplinsiz davranışı, hangi koşullar altında gerçekleştirdiği iyice incelenmelidir. Her vaka için, genel geçer bir kural uygulanamaz. Eğer bir çalışan kötü niyetliyse ve bu nedenle hatalı davranmışsa, hiç şüphesiz çalışan disiplin cezasını hak etmiştir.
- Çalışanın sözde yanlış eylemi, bunun gerçek anlamda bir yanlış eylem olup olmadığının anlaşılması için titizlikle analiz edilmelidir.
- Suçlanan çalışana, davasını savunması ve sözlerini sunması için adil bir imkan verilmelidir.

- Tüm belgeler ve kanıtlar iyice kontrol edilmelidir.
- Tek taraflı bir karar verilmemeli ve suçlanan kişinin açıklama ve izahatları gerektiği şekilde dikkate alınmalıdır.
- Soruşturmayı yapan görevli tarafsız olmalı ve davanın taraflarından herhangi biriyle ya da davanın kendisiyle herhangi bir ilgisi olmamalıdır.
- Soruşturma, korkusuz bir atmosferde ve çalışanın herhangi bir baskı hissetmeyeceği bir ortamda yürütülmelidir.
- Disiplin soruşturmaları ve müdahaleler sırasında çalışanların mahremiyeti ve kişisel bilgilerinin korunması önemlidir. Bu bilgilerin, izinsiz paylaşımı veya kötüye kullanımı etik dışıdır.
- Gerçeğin ortaya çıkarılması için, her türlü girişimde bulunulmalı ve herhangi bir kişinin herhangi bir gerçeği gizlemesi ciddi bir şekilde ele alınmalıdır.
- Eğer suçlanan çalışan görevi kötüye kullanmaktan suçlu bulunursa ve bu nedenle cezalandırılması gerekiyorsa, kendisine verilen ceza suçunun ciddiyetiyle orantılı olmalıdır.
- Kurum kurallarına uyan, etik davranışlar sergileyen çalışanlar ödüllendirilerek bu davranışları sergilenmesi özendirilmelidir.
- Çalışanların, kendilerine zarar veren kararlara itiraz edebilmelerini sağlayan bir şikayet süreci olmalıdır. Bu süreç, prosedürel adalet sağlayan yönetim politikaları, değerlendirme süreci adil ve tarafsız olduğunda çalışanların haklarının korunmasına yardımcı olmaktadır.
- Disiplin yönetimi süreci, sürekli olarak değerlendirilmeli ve iyileştirilmelidir. Geri bildirimler alınmalı, çalışanların deneyimleri ve memnuniyeti dikkate alınmalı ve disiplin politikaları geliştirilmelidir.
- Bu etik uygulamalar, disiplin sürecinin adaletli, şeffaf ve işbirlikçi bir şekilde yürütülmesini ve çalışanların haklarını korurken aynı zamanda kurumun düzenini ve disiplinini sağlamaktadır.

Disiplin prosedüründe gerekli süreç işletilmeden çalışanların işine son verilmesi etik değildir (Christopher ve ark., 2012). İşe alma ve işten çıkarma kararları; etnik köken, ırk, cinsiyet, cinsel tercih veya dini inançlara bakılmaksızın verilmelidir. İşten çıkarmalar, adil veya şeffaf bir şekilde yapılmadığında etik sorun ortaya çıkmaktadır. Disiplin işleri sonucunda ağır ceza

almış veya işten çıkarmaya karar verilmiş ise, bu bilginin nasıl iletildiği ve çalışanların bu haberle başa çıkmak için nasıl hazırlandığı da etik açıdan önemli diğer bir konudur. Adalet ve hakkaniyet ortamında ve etkilenen bireylerin saygınlığı göz önünde bulundurularak gerçekleştirilirse eylem etiktir. İşten çıkarmalar ve fesihler, diğer tüm alternatifler araştırıldıktan sonra varılacak en son sonuç olmalıdır (Sang ve Kirui, 2019).

2.9. Çalışan Sağlığı-Güvenliği Uygulamaları ve Etik

Yönetim, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirerek çalışanlarına önem verdiğini, onları korumak, güvenliğini sağlamak için yapılması gerekenlerin tümünü yaptığını göstermektedir. Yönetici hemşireler, hemşirelerin çalışma alanlarında sağlığını ve güvenliğini korumak, artırmak için üst yönetimle işbirliği yapmalı, yükümlülüklerin yerine getirilmesinde ısrarcı olmalıdır. O zaman çalışanlar, yöneticilerinin kendi haklarını koruyacağına güvenebilirler ki bu durum, etik bir iklim geliştirmeye yardımcı olabilmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği konularında işverenlerin ve yöneticilerin dikkat etmesi gereken etik hususlar aşağıda özetlenmektedir (Christopher ve ark., 2012; Jackson, Schuler ve Werner, 2018; Murthy, 2009):

- Kanun kapsamındaki haklara saygı göstermek ve ayrımcılık veya misilleme yapmamak gerekir. Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği haklarını kullanırken ayrımcılığa veya misillemeye maruz kalmamalıdır. İşverenler ve yöneticiler, bu haklara saygı göstermeli ve çalışanların güvende hissetmelerini sağlamak için gerekli önlemleri almalıdır. İş sağlığı ve güvenliği standartlarının gerektirdiği testlerin yapılması gerekir. Örneğin, işyerindeki hava kalitesini ölçmek için hava örneklemesi yapmak veya işitme muayeneleri gibi tıbbi testleri sağlamak önemlidir.
- Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda gereken önlemlerin alınması ve ihmalin olmaması gerekir. İşverenler ve yöneticiler, iş yerindeki potansiyel tehlikeleri tanımlamalı, önlemek ve çalışanların güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri almalı ve bu konuda yeterli kaynakları sağlamalıdır. İş yerinde, ilk yardım müdahale imkanının olması ve acil durumlarda çalışanlara hızlı ve etkili müdahale imkanı sağlayacak önlemlerin olması gerekir. Bu şekilde olmaması çalışanların sağlık ve güvenliğini tehlikeye atar.
- Sağlık ve güvenlik denetimleri düzenli ve kararlı olarak yapılmalı, iş yerinde olası riskler değerlendirilmeli ve önleyici önlemlerin alınması için önemli bir adımdır. Bu denetimlerin yapılmaması, potansiyel tehlikelerin gözden kaçmasına ve çalışanların zarar görmesine neden olabilir.

- Çalışanlara ciddi tehlikeler içermeyen bir işyeri sağlamak ve tüm güvenlik ve sağlık standartlarına uymak gerekir. İşyerindeki tehlikeleri değerlendirmek ve uygun önlemleri alarak çalışanların güvenliğini sağlamak önemlidir.
- Yönetimin tehlikeli, riskli durumlarda çalışanın haksız yere, bilmeden ve istemeden bir riski kabul etmesi için haksız yere yönlendirilmemesi gerekir. Tehlikeli işler hakkındaki tüm bilgiler, çalışanlara bildirilmelidir. Gerekli tazminatlar, mutlaka ödenmelidir. Diğer benzer rekabetçi işgücü piyasalarında, yaygın olan risk primini yansıtan ücretler sunulmalıdır. Bilinmeyen tehlikelere karşı uygun sağlık sigorta programları gibi uygulamalarla güvence altına alınmalıdır. Eğer bu riskleri üstlendikleri için, tam olarak ücretlendiriliyorlarsa ve özgürce ve bilerek ücret karşılığında riski kabul etmeyi seçmişlerse, o zaman işverenlerinin etik davrandığı varsayılabilir.
- Çalışanları, tehlikeler hakkında bilgilendirmek ve eğitim vermek gerekir. Alarmlar, renk kodlu sistemler, kimyasal bilgi formları gibi etiketleme ve bilgilendirme yöntemleri kullanarak çalışanları tehlikeler konusunda bilinçlendirmek gerekmektedir. Çalışanların riskleri tanıma, önleme ve uygun şekilde yanıt verme konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamak için sağlık ve güvenlik eğitimi ve kılavuzlarının olması gerekir; olmadığında iş kazaları ve sağlık sorunlarına yol açabilir.
- Çalışanları işyerindeki potansiyel tehlikeler hakkında bilgilendirmek ve gerekli eğitimleri sağlamak gerekir. Bu bilgilerin, eksik veya yanıltıcı olması veya gerekli eğitimlerin yetersiz olması, çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atar.
- Çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği konularında seslerini duyurabilmeli ve şikayetleri dikkate alınmalıdır. Yönetimin, çalışanların sağlık ve güvenlik endişelerini ciddiye almaması, şikayetlerini görmezden gelmesi veya baskı yaparak susturmaya çalışması etik dışı bir uygulamadır.
- Yönetimin, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği haklarını ihlal etmesinin engellenmesi gerekir. Örneğin zorunlu koruyucu ekipmanların sağlanmaması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılmaması veya çalışma saatlerinin yasal sınırları aşması gibi durumlar etik dışıdır.
- İşyerinde mobbing veya taciz engellenmelidir. İş sağlığı ve güvenliği alanında etik dışı bir uygulama olarak kabul edilen mobbing veya taciz, çalışanların psikolojik veya duygusal sağlığını olumsuz etkileyen davranışlardır. Bu tür davranışlar çalışanların güvenli bir ortamda çalışma hakkını ihlal eder.

- Sağlık veri gizliliği ihlalleri olmamalıdır. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili kişisel veya tıbbi verilerin izinsiz olarak paylaşılması veya kötü niyetle kullanılması, çalışanların mahremiyet haklarını ihlal eder ve etik dışı bir uygulamadır. Çalışanların iş mahremiyetinin ihlali, tıbbi kayıtların açıklanması gibi durumlar etik olmayan uygulamalara örnek olarak verilebilir. Çalışanların sağlık durumuyla ilgili bilgilerin gizli tutulması ve sadece ilgili kişilerle paylaşılması önemlidir.
- İşyerinde HIV/AIDS mağdurlarına yönelik ayrımcılık kabul edilemez bir durumdur. HIV/AIDS hastalığına sahip olan çalışanlar, diğer çalışanlarla aynı haklara ve fırsatlara sahip olmalıdır. Ayrımcılık, etik olmayan bir davranıştır ve çalışanların sağlık durumuna dayalı olarak ayrımcılığa uğramamaları gerekmektedir.
- İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili verilerin takip edilmesi, belirli dönemlerde açıklanması gerekir. Çalışanlara, işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği verilerini ve istatistikleri paylaşmak, sorunları belirlemek ve gerekli önlemleri almak için şeffaf bir yaklaşım benimsemek önemlidir.
- İş kazalarını iş sağlığı ve güvenliği birimlerine bildirmek gerekir. İşverenler, meydana gelen iş kazalarını hızlı bir şekilde rapor etmek ve gerekli incelemelerin yapılmasını sağlamak zorundadır. Raporlama veya kayıtların manipüle edilmemesi gerekir. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili raporların veya kayıtların yanlış veya eksik bir şekilde düzenlenmesi, gerçek durumu gizlemek veya istatistikleri yanıltmak amacıyla yapılması etik dışı uygulamalardır.

Bu önlemler, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve çalışanların güvende olmalarının sağlanması için önemlidir. Yönetimin bu ilkelere uyum sağlaması, çalışma ortamının daha güvenli ve sağlıklı olmasını sağlamakta ve çalışanların memnuniyetini artırmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği alanında, etik olmayan uygulamalardan kaçınılmalı ve çalışanların sağlık ve güvenliği her zaman öncelikli olarak ele alınmalıdır.

3. Yönetici Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Yönetici hemşireler, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde etik uygulamaları teşvik etmek ve desteklemekten sorumludurlar. Yönetici hemşirelerin etik uygulamalar için görev ve sorumluluklarından bazıları aşağıda belirtilmektedir:

- Yönetici hemşireler, sağlık kurumlarında etik politikaların geliştirilmesine, etik kuralların ve politikaların uygulanmasında katkıda bulunurlar. Bu politikalar, hasta haklarını koruma, mahremiyetin sağlanması, adaletin sağlanması ve hasta bakımında etik ilkelerin uygulanması gibi konuları kapsar.

- Yöneticiler, etik ilke ve kodlara uygunluğu teşvik eder, etik rehberleri ve prosedürleri tanımlar ve güncel tutarlar.
- Yönetici hemşireler, etik ilkelerin hemşirelik uygulamalarına yansımasını sağlamak ve hasta bakımında etik politikaların uygulanmasında liderlik etmekle sorumludur.
- Yönetici hemşireler, sağlık hizmeti sunumunda etik ilkelere uygun davranılmasını sağlar. Etik davranışları desteklemek, hasta bakımında adaletli ve eşitlikçi bir yaklaşımı teşvik etmek, hasta güvenliği ve memnuniyetini sağlamak gibi sorumlulukları yerine getirirler.
- Yöneticiler, çalışanlar için bir rol modeldir. Etik davranışları benimsemek ve sergilemek, diğer çalışanlara doğru bir örnek oluşturur. İş hayatında, etik ilke ve değerlere uygun davranan yöneticiler, çalışanların da bu değerleri benimsemelerini teşvik eder.
- Yöneticiler, adaletli davranarak etik bir ortamı desteklerler. Eşit muamele ilkesine uygun olarak, çalışanların yeteneklerini ve katkılarını takdir ederler. Kararlarını tarafsız bir şekilde verir ve çıkar çatışmalarına özen gösterirler.
- Yönetici hemşireler, hemşirelerin etik bilincini artırmak için eğitimler ve bilinçlendirme programları düzenler. Etik konuları gündeme getirir, etik ilkelere liderlik eder ve hemşirelerin etik ilke ve değerleri anlamalarına ve uygulamalarına yardımcı olur.
- Yönetici hemşireler, hemşirelerin etik sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için danışmanlık sağlar. Etik sorunları ele alır, karar verme süreçlerine rehberlik eder ve etik ilke ve değerlere uygun davranışların teşvik edilmesini sağlar. Hemşirelerin etik ilkeleri anlamalarını, uygulamalarını ve etik açıdan karmaşık durumlarda doğru kararlar vermelerini desteklerler.
- Yönetici hemşireler, etik açıdan zorlu durumlarla karşılaşıldığında, hemşirelere rehberlik eder ve çözüm bulmalarına yardımcı olur. Etik komitelerde yer alır ve etik konuları tartışarak kararlar alır.
- Yöneticiler, etik ihlallerin raporlanması ve ele alınması için bir sürecin olduğunu çalışanlara açıklarlar. Çalışanların etik ihlalleri güvenilir bir şekilde bildirmelerini teşvik ederler. Şikayetleri inceler, gerektiğinde soruşturma yapar ve disiplin önlemlerini alır. Yönetici hemşireler, etik ihlalleri raporlama ve değerlendirme süreçlerini yönetir. Etik ihlalleri tespit eder, soruşturma yapar ve gerekli düzeltici önlemleri alır. Adil ve objektif bir şekilde hareket ederek, etik ihlallerin önlenmesini ve etik ilkelerin korunmasını sağlar.

- Yönetici hemşireler, etik kültürün oluşturulmasında liderlik eder. Etik ilke ve değerleri vurgular, hemşireler arasında etik tartışmaları teşvik eder ve çalışma ortamında etik bir atmosferin gelişmesini sağlar. Çalışanlara etik ilkelere ve değerlere dayalı davranışları modellemek suretiyle örnek olurlar.
- Yönetici hemşireler, hasta güvenliği ve mahremiyetinin sağlanmasında liderlik eder. Yönetici hemşireler, hasta haklarının ve mahremiyetin korunmasını sağlamak için politikaları oluşturur. İlgili politika ve prosedürlerin uygulanmasını sağlar, hasta bilgilerinin gizliliğini korur ve hasta haklarının saygı gösterilmesini sağlar. Etik ilkelere uygun hasta bakımı sağlanmasını destekler.
- Yönetici hemşireler, etik komitelerde aktif olarak yer alır. Bu komiteler, etik politikaların oluşturulması, uygulanması ve gözden geçirilmesi gibi konularda kararlar alır ve etik konuları tartışır.
- Yöneticiler, açık ve dürüst iletişim kurarak etik bir çalışma ortamı oluştururlar. İş arkadaşları ve alt kademedeki çalışanlarla iletişimde şeffaf olmak, güven ortamını güçlendirir ve çalışanların etik davranışlara daha fazla bağlı kalmasını sağlar.
- Yönetici hemşireler, çalışanların iş-yaşam dengesini destekler. Yönetici hemşireler, çalışanların sağlık ve güvenliğini önemser. İş sağlığı ve güvenliği politikalarının uygulanmasını sağlar, çalışma ortamının güvenli ve sağlıklı olmasını temin eder ve çalışanların fiziksel ve duygusal sağlığını destekler. Yönetici hemşireler, kriz durumlarında çalışanların yanında olurlar.

4. Sonuç

Hemşirelerin ve diğer çalışanların zorlu çalışma koşullarında çalıştığı, birçok stres faktörüyle baş etmeye çalıştığı günümüzde yönetimin çalışanlarını destekleyici, haklarını koruyucu uygulamalar yapması gittikçe daha önemli hale gelmektedir. Çalışanlar yönetime güvenmek, tüm çalışanlara adil davranıldığını görmek, yönetimle ilişkilerinde doğruluk, dürüstlük, açıklık ve eşitlik hissetmek istemektedirler. Çalışanların kuruma bağlılıkları, motivasyonları ve performansları gibi birçok faktörde yöneticilerin çok önemli görevleri vardır ki bu ancak etik yönetim uygulamalarıyla sağlanabilir. Yönetici hemşireler, etik ilkeleri teşvik etmek, politikaları yönetmek, etik standartları uygulamak, eğitim sağlamak, danışmanlık yapmak, etik sorunlara çözüm bulmak ve hasta haklarına saygı göstermek gibi önemli rolleri ve sorumlulukları üstlenmekte ve bu sayede hemşirelik hizmetlerinin etik açıdan uygun ve kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadırlar. Yöneticiler etik liderlik sergileyerek etik kararlar verdiklerinde tüm yönetim uygulamaları etik açıdan daha iyi uygulamalar haline gelebilecektir.

Kaynakça / References

Akgeyik, T. (2012). Performans değerlendirme. Dolgun, U. (Ed). *İnsan kaynakları yönetimi kitabı* içinde (s.165-190). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

Akrout, Z., Bouraoui, M.A., & Abdelkader, S.B. (2022). The management of human resources between ethics and practice. *International Journal on Humanities and Social Sciences*, *32*, 198-208. https://doi.org/10.33193/IJoHSS.32.2022.401

Al-Tarawneh, K.I. (2020). Business ethics in human resources management practices and its impact on the organizational performance. *Business: Theory and Practice, 21*(1), 402-411. https://doi.org/10.3846/btp.2020.11344

Arulrajah, A.A. (2015). Contribution of human resource management in creating and sustaining ethical climate in the organizations. *Sri Lankan Journal of Human Resource Management, 5*(1), 31-44. https://doi.org/10.4038/sljhrm.v5i1.5626

Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., & Suhonen, R. (2016). Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nursing Ethics, 23*(6), 646-658. https://doi.org/10.1177/0969733015579309

Becker, W. (2010). Ethics in human resources: An exercise involving new employees. *Journal of Human Resources Education, 4*(4), 26-34.

Bayraktaroğlu, S. ve Yılmaz, S. E. (2012). İş etiği ve insan kaynakları yönetimi ilişkisi: İnsan kaynakları yönetimi fonksiyonları bazında bir tartışma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14*(1), 1-23.

Başarır, Ç. (2006). *İnsan kaynakları yönetiminde etiksel ilkelerin yerleştirilmesi ve bir uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bölümler Enstitüsü, Balıkesir.

Bias, S.K. & Sims, R.R. (2021). Human resources management and ethics: An introduction and overview. In Sims, R.R. & Bias, S.K. (Eds.), *Human resources management and ethics: Responsibilities, actions, issues, and experiences* (pp. 1-24). North Carolina: Information Age Publishing.

Bloom, M. (2004). The ethics of compensation systems. *Journal of Business Ethics, 52*, 149-152.

Caldwell, C. & Okpala, C.O. (2018). Human resource management and transformative ethics. *Open Journal of Human Resource Management, 1*(1),16-21.

Celani, A., Deutsch-Salamon, S., & Singh, P. (2008). In justice, we trust A model of the role of trust in the organization in applicant reactions to the selection process. *Human Resource Management Review, 18*(2), 63-76. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.04.002

Christopher, C.O., Ogunyomi, P.O., & Badejo, A.E. (2012). Promoting ethical human resource management practices in work organizations in Nigeria: Roles of HR professionals. *International Journal of Human Resource Studies, 2*(2), 116. https://doi.org/10.5296/ijhrs.v2i2.1889

Çağlar, İ. ve Kılıç, S. (2011). *Genel İletişim*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

De Silva, V.A., Opatha, H.H.D.N.P., & Gamage, A.S. (2016). Towards extending the ethical dimension of human resource management. *International Business Research, 9*(10), 151-161.

Dessler, G. (2020). *Human resource management*. ABD: Pearson Education.

Güven, B. (2013). İletişim kavramı ve iletişim sürecinin temel ögeleri. Güven, B. (Ed). *Etkili iletişim kitabı* içinde (s.1-22). Ankara: Pegem Akademi.

Hazeen Fathima, M., & Umarani, C. (2023). Fairness in human resource management practices and engineers' intention to stay in Indian construction firms. *Employee Relations: The International Journal, 45*(1), 156-171. https://doi.org/10.1108/ER-07-2021-0308

Jackson, S. E., Schuler, R. S., & Werner, S. (2018). *Managing human resources*. New York: Oxford University Press.

Jones, R.A.P. (2007). *Nursing leadership and management: theories, processes, and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Karasu, Y. (2009). *İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarının etik açıdan çalışanlar tarafından algılanışı ve örgütsel bağlılıkla ilişkisine yönelik bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kaya, A. (2015). İletişime giriş: Temel kavramlar ve süreçler. Kaya, A. (Ed). *Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim kitabı* içinde (s.1-29). Ankara: Pegem Akademi.

Kılınç, E., ve Aydın, A. (2017). Disiplin yönetiminin yönetsel etik açıdan incelenmesi: Bir kamu üniversite hastanesi örneği. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi, 2*(2), 11-22.

Küçükoğlu, M.T. (2012). Etik değerler ve etiğin kurumsallaşması. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 177-185.

Longenecker, C. & Ludwig, D. (1990). Ethical dilemmas in performance appraisal revisited. *Journal of Business Ethics, 9*, 961-969.

Madlabana, C.Z., Mashamba-Thompson, T.P., & Petersen, I. (2020). Performance management methods and practices among nurses in primary health care settings: a systematic scoping review protocol. *Systematic reviews, 9*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s13643-020-01294-w

Marquis, B.L., Huston, C.J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Mihailović, B., Cvijanović, D., & Simonović, Z. (2015). Role of business ethics in the management of human resources. *Economy, 61*(1), 85–96. https://doi.org/10.5937/ekonomika1501085M

Mondy, R.W. & Mondy, J.B. (2017). *İnsan kaynakları yönetimi*. (Tozkoparan, G. ve Çolak, M., Çev. Ed). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Murthy, C.S.V. (2009). *Business ethics*. Mumbai: Himalaya Publishing House.

Nikpeyma, N., Abed Saeedi, Z., Azargashb, E., & Alavi-Majd, H. (2014). Problems of clinical nurse performance appraisal system: A qualitative study. *Asian Nursing Research, 8*(1), 15-22. https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.11.003

Rop, W. & Sang, H.W. (2019). Effect of unethical recruitment and selection practices on organizational sustainability: A case study of selected organizations in Kericho and Nakuru County, Kenya. *International Journal of Mathematics and Statistics Invention*, *7*(1), 83-90.

Sadeq, A.H.M. (2018). Islamic ethics in human resource management. *International Journal of Islamic Management and Business, 7*(1), 43-55.

Sah, P.V. (2015). Ethics at workplace. *Ethics, 2*(4), 1-3.

Sang, H.W. & Rop, W.C. (2019). Role of HR professional in maintaining ethical hiring practices in selected private and public organizations in Nakuru and Kericho County, Kenya. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies, 6*(3), 126-131.

Sang, H.W. & Kirui, J. (2019). Ethical issues in selected human resource management practices and sustainable human resource management. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies, 6*(4), 156-162.

Saylı, H. ve Kızıldağ, D. (2007). Yönetsel etik ve yönetsel etiğin oluşmasında insan kaynakları yönetiminin rolünü belirlemeye yönelik bir analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 231-251.

Sims, R.R. & Bias, S.K. (2021). Human resources management and ethics: A look to the future. In Sims, R.R. & Bias, S.K. (Eds.), *Human resources management and ethics: Responsibilities, actions, issues, and experiences* (pp. 269-297). North Carolina: Information Age Publishing.

Sillup, G.P. & Klimberg, R. (2010). Assessing the ethics of implementing performance appraisal systems. *Journal of Management Development, 29*(1), 38-55. https://doi.org/10.1108/02621711011009063

Steil, A.V., de Cuffa, D., Iwaya, G.H., & Pacheco, R.C.D.S. (2020). Perceived learning opportunities, behavioral intentions, and employee retention in technology organizations. *Journal of Workplace Learning, 32*(2), 147-159. https://doi.org/10.1108/JWL-04-2019-0045

Suresh, S. (2011). Ethical issues in human resource management. *Management and Labour Studies, 36*(4), 367-370. https://doi.org/10.1177/0258042X1103600405

Tay, L.C., Tan, F.Y., & Yahya, K.K. (2017). The power of ability-motivation-opportunity enhancing human resource management practices on organizational ethical climate. *International Journal of Business and Society, 18*(3), 547-562. https://doi.org/10.33736/ijbs.3146.2017

Ulubulut, S. (2010). *İnsan kaynakları yönetiminin etik boyutu ve konuya ilişkin bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Uyargil, C. (1994). *İşletmelerde performans yönetimi sistemi*. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları.

Ünsür, A. (2019). The moral perspective on human resources management: Evaluating HRM processes in terms of moral values. *İş Ahlakı Dergisi, 12*(2), 132-153.

Valentine, S. (2010). Human resource management, ethical context, and personnel consequences: A commentary essay. *Journal of Business Research, 63*(8), 908-910. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.02.029

33. BÖLÜM / CHAPTER 33

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ VE ETİK KARAR VERME

NURSING MANAGAMENT AND ETHICAL DECISION MAKING

Ebru ÖZEN BEKAR[1]

[1]Dr. Öğr.Üyesi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

E-mail: ebrubekar@duzce edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.33

ÖZ

Yönetici hemşirelerin temel sorumluluğu, hastaların gereksinimleri ve kaliteli bakım alma haklarının karşılanmasını sağlamaktır. Diğer sorumlulukları da, hemşirelerin hastalarına kaliteli bakım sağlayabilecekleri güvenli ve etik bir çalışma ortamı oluşturmaktır. Ancak günümüz karmaşık sağlık sistemi içerisinde, hemşirelerin hakları hastaların kaliteli bakım alma haklarıyla çatıştığında, yönetici hemşirelerin etik açıdan doğru kararı vermesi beklenmektedir. Yöneticinin bu şeçimde adalet, doğruluk, tarafsızlık ve sorumluluk gibi etik ilke ve değerleri göz önünde bulundurulması hemşirelik yönetimin gerekliliğidir. Yönetici hemşirenin verdiği kararın kendisine ya da başka birisine fayda ya da zarar getirme olasılığı varsa, etik ilke ve değerler bu karar da önem kazanmaktadır. Bu aşamada, yönetici hemşireler karar vermenin tüm süreçlerinde etik ilkeleri kullanmalı ve buna göre bir karar vermelidir. Yönetimsel olarak karar verme süreci, bilimsel sorun çözme yöntemine dayanmaktadır ve bu süreç sorunu tanımlama, durumu değerlendirme, seçenekleri belirleme ve seçim yapma aşamalarından oluşmaktadır. Etik karar verme sürecinde, yönetici hemşirelerin temel yetkinliği sağlanması önemlidir. Bu yetkinliğin kazanılabilmesi için, ilk olarak yönetici hemşireler etik teoriler ve etik ilkeler hakkında temel bilgiye sahip olmalı ve daha sonra bu bilgiyi karar verme süreçlerinde uygulamalıdır. Yönetici hemşirelerin, etik bir çalışma ortamı oluşturma ve etik sorunların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmalar yapma sorumlulukları vardır. Ayrıca sağlık sisteminin içindeki adaleti sağlamaya yönelik sağlık politikalarının sağlanmasın da yönetici hemşireler rol almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karar verme, etik karar verme, etik, etik ikilem, yönetici hemşire

ABSTRACT

The main responsibility of nursing managers is to meet the needs of patients and to ensure that their rights to receive quality care are met. Another responsibility is of nurses to their patients to create a safe and ethical working environment where they can provide quality care. However, when one looks at nurses' rights in today's complex healthcare system, they are expected to make ethically correct decisions which may clash with their rights and the

rights of patients to receive quality healthcare. In this choice, the nursing manager must take into consideration ethical values such as justice, honesty, impartiality, and responsibility. This is a requirement of the management. In any nursing manager's decision ethical values must be used and this gains importance if there is a possibility of the decision bringing benefit or harm either to themselves or to someone else. At this stage, nursing managers should use ethical principles in every stage of the decision-making process and make their decisions accordingly. In making an ethical decision fundamental competence is important. In order to gain this competence, nursing managers should have a basic theoretical knowledge of ethical theories and ethical principles and then apply this knowledge in their decision-making processes. An ethical work environment should be created and efforts should be made to prevent problems from occurring in the first place. Also, nursing managers should be involved in the provision of health policies that aim at ensuring justice within the system for nurses.

Keywords: Decision-making, ethical decision-making, ethics, ethical dilemma, nursing manager

Extended Abstract

The importance of doing the job well and with correct ethical values is increasing today. Some individuals question whether the decisions they make in the field they work in are ethical or not. The adequacy of work ethics in the working environment is an important issue in nursing management since it protects employees from the negative effects of this emotional work and at the same time encourages staff loyalty. The primary responsibility of nursing managers is to meet the patient's needs and ensure their right to quality health care. Another responsibility is to create a safe and ethical working environment. However, in today's complex healthcare system, nurses' rights need to be matched with the rights of patients to quality care, and when a conflict arises nursing managers are expected to make an ethically correct decision. He or she is expected to evaluate the possibilities and choices and then make a decision that will benefit the organization and employees the most. In this situation, justice, and ethical values such as accuracy, impartiality, and responsibility must be considered a necessity for nursing managers. Employees want to see these values in the decisions made. True, ethical principles have an important role to play in decision-making and in regulating the decision-making process. Ethical principles are significant in decision-making because they are standard for measuring actions, in addition, they help to give and act, as a guide or appropriate behaviour. Here, the concept of ethical decision-making emerges; when making ethical decisions, recognizing an ethical issue is to make the right decision from amongst conflicting potential solutions. The most critical role in the healthcare system belongs to the nursing managers. In hospitals problems such as personnel shortage or lack of resources, both of which are frequently experienced, can throw the delivery of healthcare into jeopardy. Nursing managers trying to provide safe care must make decisions within these constraints. The decisions of nursing managers on care coordination, workflow, patient safety, and staff well-being all have important implications. If the decision made by the nursing manager is likely to bring benefit or harm to him/herself or someone else, ethical values also gain importance. At this stage, executive nurses should

use ethical principles in all decision-making processes and make a decision accordingly. Nursing managers, regardless of their field of practice, face a variety of ethical issues. These problems can be listed as patient-related, staff-related, organization-related, and other problems. It is stated that the problems are usually caused by conflicts, lack of appreciation, ignoring the problems, and inadequacies experienced in practical situations. Nursing managers have managerial ethics experience in the areas of professional ethics, human-centered management, professional empowerment, perfectionism, and patient-centered care, and they have ethical responsibilities to the nurses and caregivers. Therefore, nursing managers need to be sensitive to possible ethical problems in the decision-making process. Decision-making process and ethical elements; At the stage of defining the problem, nursing managers should consider ethical values when acknowledging the existence of the problem, defining the problem, and setting goals. Values, risks, benefits, and harms should be well evaluated for employees and patients. Aitemaa et al. (2016) found in their study that there are problems that require ethical decisions but are not addressed. When one looks at these unaddressed issues, examples include non-patient-focused routines in the hospital that tend to serve professionals or the organization rather than patients, or the protection of inadequate key people awaiting retirement. In addition, when managers encounter a potential ethical problem, they should not forget that ignoring the problem may lead employees to unethical behaviour. At the stage of evaluating the situation; the accuracy and sufficiency of the information that poses the problem is important. All variables that may influence the decision should be well examined and accurate data should be obtained. However, due to the complexity of health care, nurse managers often have to make decisions based on incomplete data and have to settle for "satisfactory" solutions instead of optimizing solutions. One is not able to manage the ethical decision process with incomplete and incorrect information. At this stage, nursing managers should identify or ensure that options are determined with impersonal methods within the framework of issues such as discrimination, employee health, and safety, and international labour standards. Making choices; Nursing managers make decisions by making a choice between making ethical decisions or acting unethically. At this stage, the determination of managers to make ethical decisions is important. Executive nurses often rely on their personal skills, management team, other nurses, and ethics when deciding how to address ethical issues. As a result, decision-making, which is a managerial responsibility, is a process that nursing managers carry out in a complex health system. In finding the right solutions to ethical problems and dilemmas, it is important to have high ethical awareness and not be afraid of making decisions.In terms of ethical decision-making, it is an important issue that firstly executive nurses themselves should be developed.

1. Giriş

Etik ilke ve değerlerle işini iyi ve doğru yapmanın önemi günümüzde artmaktadır. Bireyler çalıştıkları alanlarda, aldıkları kararların etik olup olmadığını sorgulamaktadır (Özdemir ve Karakaya, 2021). İş etiğinin çalışma ortamındaki yeterliliği, çalışanı duygusal emeğin olumsuz etkilerinden koruduğu ve aynı zamanda kurumsal bağlılığı doğrudan teşvik ettiği için hemşirelik yönetiminde önemli bir konudur (Mauno, Ruokolainen, Kinnunen ve De Bloom, 2016). Yönetici hemşirelerin temel sorumluluğu, hastaların gereksinimleri ve kaliteli bakım alma haklarının karşılanmasını sağlamaktır. Diğer bir sorumlulukları da, hemşirelerin hastalarına kaliteli bakım sağlayabilecekleri güvenli ve etik bir çalışma ortamı oluşturmaktır. Ancak günümüz karmaşık sağlık sistemi içerisinde, hemşirelerin hakları hastaların kaliteli bakım alma haklarıyla çatıştığında, yönetici hemşireler etik açıdan doğru kararı vermekte zorlanmaktadır (Toren ve Wagner, 2010). Sağlık sisteminin amaçlarına ulaşabilmesi için yönetici hemşirelerin karar verirken, etik ilkelere uyması gerekmektedir. Yönetici hemşireler, çalışmalarındaki etik sorunları belirleme ve iş yerinde karar verme gücüne sahip olduklarını belirtmektedir. Hemşirelik yöneticilerinin etik karar verme konusundaki hassasiyetinin; içgörü, bağlılık ve girişkenlik yoluyla en iyi kararı vermelerini sağladığı ifade edilmektedir (Aitamaa, Suhonen, Puukka ve Leino-Kilpi, 2019).

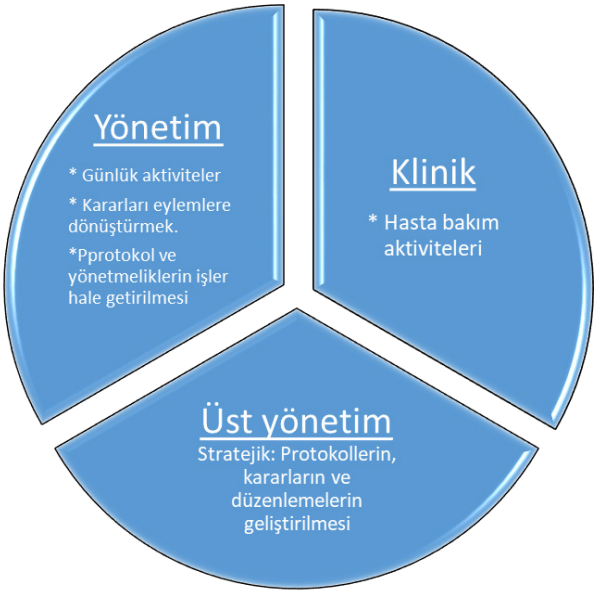
Verilen kararlarda, etik ilk eve değerlerin kullanımı etik liderlik kavramının temelidir. Etik liderler, çalışanlarla olan etkileşimlerinde güvene ve saygıya değer veren ve duruma uygun davranışı yansıtan yöneticilerdir (Alan, Gül ve Baykal, 2022; Babalola, 2016). Bu yönetici tarzının, hemşirelerin yönetime olan güvenini, işe bağlılığını, iş tatminini artırdığı ve hastalarda memnuniyeti, bakım kalitesinde artışı sağladığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Barkhordari-Sharifabad, Ashktorab ve Atashzadeh-Shoorideh, 2018; Zappalà ve Toscano, 2020). Ayrıca COVID-19 döneminde, yönetici hemşirelerin verdikleri kararlar ve bunların etik yönleri daha da önem kazanmıştır (Ali Awad ve Al-anwer Ashour, 2022; Markey, Ventura, Donnell ve Doody, 2021; Ozmen ve Arslan Yurumezoglu, 2022).

Yönetici hemşirelerin etik kararlar verebilmeleri için, etik farkındalığının olması, bir sorunun etik bir sorun olup olmadığını fark edebilmesi, sorunla ilişkili doğru verileri toplayabilmesi etik konuları dikkate alarak çözüm seçenekleri belirlemesi ve etik bir karar vermesi beklenmektedir. Kısacası yönetici hemşireler, etik karar verme süreçlerine hakim olmalıdır (Öztürk, 2014). Etik karar vermek, sağlık sisteminde etik ilkelerin takip edilmesini sağlamaktadır (Gül, 2022; Roshanzadeh, Vanaki ve Sadooghiasl, 2019). Bu nedenlerle, hemşire yöneticilerin etik ilke ve değerleri nasıl kullandığı, etik ikilemlerde nasıl davrandığı ve nasıl etik karar verdiği önemli bir konudur.

2. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi ve Etik Karar Verme

Karar verme, yönetici sorumluluğudur. Yöneticiler hangi iş yapılacak, nasıl yapılacak, kim yapacak gibi birçok soruya verilen alternatif cevaplardan birisini seçmek durumundadır. Yöneticinin seçimi onun kararıdır. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde karar; "Bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı" karar verme ise "bir sorunu karara bağlamak, kararlaştırmak" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Karar vermek, sorunları çözmede ve var olan engelleri aşmada önemli bir işlev ve eylemdir. Karmaşık bir yapıda olan ve eleştirel düşünme becerisini gerektiren karar verme, çok zor ve aynı zamanda çok zahmetli bir eylemdir (Yıldırım ve Özkahraman, 2012). Yönetici, kendisine belirli amaçlar için kaynakların verildiği kişidir ve yöneticinin kararına göre bu kaynaklar kullanılmaktadır. Planlama, örgütleme, yöneltme, eşgüdüm sağlama ve denetim olmak üzere yönetim sürecinin her aşamasında kaynakların kullanımı ile ilişkili kararları yöneticiler vermelidir. Karar verme, yöneticiler için en önemli unsurlarından biridir ve yönetim sürecinin temeli olarak kabul edilmektedir (Koçel, 2020).

Dünya genelinde yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklar, nüfus artışı, göçler, teknoloji, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerini zor ve karmaşık bir yapıya çevirmiştir. Bu yapı içerisinde hemşirelik hizmetleri toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir hizmet vermektedir (Gedük, 2018). Yönetici hemşireler, bu karmaşık yapı içerisinde zamanlarının çoğunu durumları analiz etmekle ve karar vermekle geçirmektedirler. Hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliğinin ön planda tutulduğu bir çalışma ortamının yaratılmasında, yönetici hemşireler hastayı, hemşireleri ve organizasyonel sonuçları etkileyen sayısız karar almak durumundadırlar. Bu kararlara zaman olarak bakıldığında geçici kararlar, yakın gelecekteki kararlar ve uzun vadeli kararlar olarak sınıflandırılmaktadır. Geçici kararlar arasında yeterli personelin sağlanması, cerrahi prosedürlerin yeniden planlanması, somut kaynakların teyidi ve günlük birim operasyonunun takibi gibi kararlar yer almaktadır. Yakın gelecekteki kararlar; cerrahi prosedürlerin ve somut kaynakların planlanması, hemşire tahsisinin planlanması, uzun vadeli kararlar ise birimdeki insan kaynakları, hemşirelik gelişimi, malzeme ve ekipman gibi kararlardır (Siirala, Peltonen, Lundgrén-Laine, Salanterä ve Junttila, 2016). İşlevsel olarak, yönetici hemşirelerin aldıkları kararlar incelendiğinde, üst yönetim kararları, yönetim kararları ve klinik karar olarak sınflandırılabilir (Chisengantambu-Winters, Robinson ve Evans, 2020).



Şekil 1. Sağlık kuruluşlarında alınan karar türleri
Kaynak: Chisengantambu-Winters, C., Robinson, G. M., & Evans, N. (2020). Developing a decision-making dependency (DMD) model for nurse managers. *Heliyon, 6*(1), e03128.

Sağlık kuruluşlarında en kritik rol yönetici hemşirelere aittir. Yönetici hemşirelerin verdikleri kararların hemşireler ve hastalar üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Yönetici hemşireler hangi karar çeşidi olursa olsun karar verirken, kuruma ve çalışanlara en fazla yarar sağlayacak olasılıkları değerlendirmeli ve bir seçim yapmalıdır. Hastanelerde sıklıkla yaşanan hemşire sıkıntısı, kaynak eksikliği gibi sorunlar bakım sunumunun tehlikeye atıldığını göstermektedir. Yönetici hemşireler güvenli bakım sağlamaya çalışırken, kısıtlamalar içinde karar vermek durumundadır (O'Donnell, Markey ve O'Brien, 2022). Bu kararların özellikle bakım koordinasyonu, iş akışını, hasta güvenliğini ve hemşirelerin refahını etkilediği görülmektedir (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020).

Yönetici hemşirenin verdiği kararın kendisine ya da başka birisine fayda ya da zarar getirme olasılığı varsa etik ilke ve değerler, bu karar da önem kazanmaktadır. Bu aşamada, yönetici hemşireler karar vermenin tüm süreçlerinde etik ilkeleri kullanmalı ve buna göre bir karar vermelidir (Aitamaa ve ark., 2019; Khursheed, 2019). Yönetici hemşireler, uygulama alanları ne olursa olsun hastalar, hemşireler, organizasyon ve kendileri ile ilgili çok çeşitli etik sorunla karşılaşmaktadır. Yönetici hemşireler, mesleki etik, insan odaklı yönetim, profesyonel güçlendirme, mükemmeliyetçilik ve hasta merkezli bakım alanlarında yönetsel etik deneyimi yaşamaktadır. (Nejat, Zand, Taheri ve Khosravani, 2023). Bu sorunların nedenleri

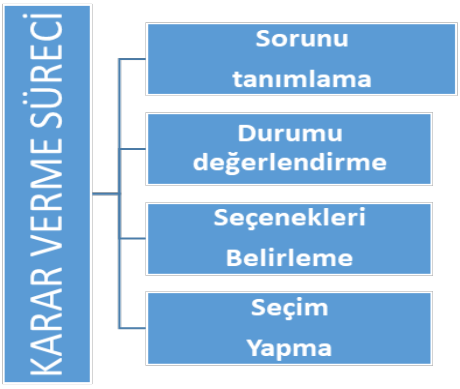
incelendiğinde, birçok etken ortaya çıkmaktadır. Sorunların genelde uygulama alanlarında çatışmalar, takdir eksikliği, sorunları göz ardı etme ve çalışma ortamındaki yetersizliklerden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Aitamaa, Leino-Kilpi, Iltanen ve Suhonen, 2016; Aitamaa ve ark., 2019).

Yönetici hemşirelerin beraber çalıştığı hemşirelere ve bakım verilen hastalara karşı etik sorumlulukları vardır (Aitamaa ve ark., 2016). Yöneticinin adalet, doğruluk, tarafsızlık ve sorumluluk gibi etik ilke ve değerleri göz önünde bulundurulması yönetimin gerekliliğidir. Çalışanlar, verilen kararlarda bu ilke ve değerleri görmek istemektedirler (Kıral, 2015). Doğru karar vermede ve karar verme sürecini düzenlemede, etik ilkeler önemli bir role sahiptir (Maghsoudi, Mohsenpour ve Nazif, 2021). Etik ilkeler, eylemleri ölçmek için bir standart olduklarından uygun davranışlar için rehber görevi görmekte ve karar vermeye yardımcı olmaktadırlar (Huber, 2015). Bu nedenle, yönetici hemşirelerin karar verme sürecindeki olası etik sorunlara karşı duyarlı olması gerekmektedir. Burada etik karar verme kavramı ortaya çıkmaktadır. Etik karar verme; bir etik sorunun farkedilmesi durumunda, birbiriyle çelişen çözüm seçenekleri arasından doğru kararı verebilmektir (Gül, 2022; Öztürk, 2014). Etik karar verme kavramına hemşirelik mesleği açısından bakıldığında; "hemşirenin etik sorun içeren herhangi bir durum karşısında bilişsel yetilerini kullanarak bir yargıda bulunması ve bu yargının gerektirdiği eylemin uygulamaya yansıtılması" olarak tanımlanmaktadır (Cerit, 2017). Bu kararı verirken, belirli bir süreç takip edilmektedir. Etik karar vermede, karar verme sürecindeki aşamalarla aynı süreç takip edilmektedir. Bu süreç; sorun tanımlama, veri toplama, çözüm seçeneklerinin ortaya koyulması, uygun olan seçeneği seçme, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır (Gül, 2022; Öztürk, 2014).

Yönetici hemşirelerden, etik kararlar vermesi beklenmektedir. Etik karar verme sürecinde, yönetici hemşirelerin temel yetkinliğinin sağlanması önemlidir. Bu yetkinliğin kazanılabilmesi için ilk olarak yönetici hemşireler etik teoriler ve etik ilkeler hakkında temel bilgiye sahip olmalı ve daha sonra, bu bilgiyi karar verme süreçlerinde uygulamalıdır. Ayrıca, etik bir çalışma ortamı oluşturmalı ve etik sorunların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Daha sonra sağlık sisteminin içindeki adaleti sağlamaya yönelik sağlık politikalarının sağlanmasında rol almalıdırlar (Hamric, Hanson, Tracy ve O'Grady, 2013; Öztürk, 2014). Çoğu yöneticinin etik kararlar almaya istekli olduğu düşünüldüğünde, etik karar verme eğitimleri düzenlenerek içgörülerinin kapsamını daha da geliştirmek gerekmektedir. Ayrıca, kişisel ve örgütsel düzeylerdeki bazı etik engellerin ele alınmasıyla, yöneticilerin atılganlığı geliştirilebilmekte ve bu da onların etik karar almalarını kolaylaştırabilmektedir (Roshanzadeh ve ark., 2019).

2.1. Karar Verme Süreci ve Etik Sorunlar

Karar verme, bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Karar vericinin geçmiş deneyimleri, değerleri, inançları, becerileri ve mesleki bilgisi gibi birçok etken, karar verme sürecini çevreleyen evrenin bir parçasıdır (Eduardo, Peres, Almeida, Roglio ve Bernardino, 2015). Yönetimsel olarak karar verme süreci, bilimsel sorun çözme yöntemine dayanmaktadır ve bu süreç sorunu tanımlama, durumu değerlendirme, seçenekleri belirleme ve seçim yapma aşamalarından oluşmaktadır (Kıral, 2015; Koçel, 2020; Sönmez, 2014).



Şekil 2: Karar Verme Süreci

2.1.1. Sorunu Tanımlama

Karar verme süreci, yöneticinin karar gerektiren bir durumun varlığını kabul etmesi ile başlamaktadır. Bazı yöneticiler için, var olan ya da olası durum bir sorunken bazıları için sorun olmayabilir. Bu nedenle, her yönetici için durum bir karar gerektirmeyebilir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Koçel, 2020). "Var olan durum, karar gerektiren bir sorun mudur?" Bu ilk soru ile birlikte, birçok etik unsur karar verme sürecinde rol alabilmektedir. Bazen sorunu görmezden gelmekte, birçok etik sorunu beraberinde getirmektedir (Emhan, 2007). James Rest (1994), etik karar sürecini anlamak için teorik bir çerçeve geliştirmiştir. Sonraki yıllarda Jones, Mcdonald ve Schwartz bu modeli geliştirmiştir. Modelin dört bileşeni vardır: Etik farkındalık, etik motivasyon, etik yargı ve etik eylem. Bu modelde kararın ilk adımında, kişi karar sürecinde etik bir konunun oluşabileceğini fark etmelidir (Karabay, 2020). Etik farkındalık, karar verme sürecinin ilk aşamasında önemli bir unsurdur. Etik farkındalık "etik sorunu farkedebilmek" olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2022).

Yönetici hemşireler sorunun varlığını kabul ederken, sorunu tanımlarken ve amaç belirlerken etik ilke ve değerleri göz önüne almalıdır. Değerler, riskler yarar ve zararlar çalışanlar

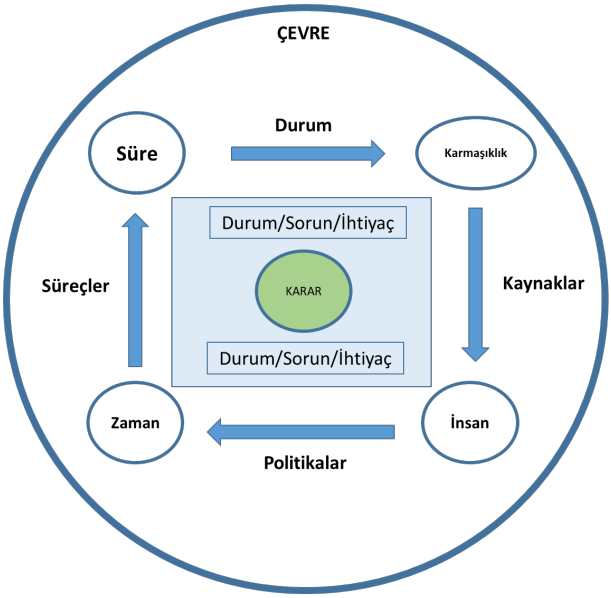
ve hastalar için iyi değerlendirilmelidir. Aitamaa ve arkadaşları (2016)'nın çalışmasında karar verme sürecinde ele alınmayan sorunlar olduğunu, bu sorunların ele alınmamasının etik birer durumu ortaya çıkardığı ifade edilmektedir (Aitamaa ve ark., 2016). Örneğin, hastanede hastalardan çok profesyonellere veya organizasyona hizmet etmeye meyilli hasta odaklı olmayan rutinler ya da emekliliği bekleyen yetersiz kilit kişilerin korunması bu sorunlara örnek verilebilir. Ayrıca yöneticiler potansiyel etik bir sorunla karşılaştığında sorunu görmezden gelmelerinin çalışanları etik dışı davranışlara yöneltebileceğini unutmamalıdır. Çalışanların etik karar verebilmesinde, etik karar verme sürecini doğru kullanan yöneticilerin önemli bir rolü vardır (Karabey, 2020).

Bu nedenlerle sorun tanımlanırken, etik farkındalık önemli bir konudur (Karabey, 2020). Fakat yalnızca etik farkındalık, yöneticilerin etik kararlar vereceklerini garanti etmemektedir ve bu nedenle yönetici hemşirelerin etik karar verme konusunda yeterli duyarlılığı geliştirmeleri gerekmektedir (Žydžiūnaite, Suominen, Åstedt-Kurki ve Lepaitė, 2010). Karar verme sürecinin her aşamasında, etik unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.2. Durumu Değerlendirme

Yöneticiye durumu anlamak için birçok bilgi ve veri akışı sağlanmaktadır. Bu verilere göre, kararı gerektiren bir durum var mıdır sorusunun yanıtını yönetici vermektedir (Koçel, 2020). Etik karar vermek için düşünülmesi ve araştırılması gereken birçok soru bulunmaktadır. "Gelen bilgilerdeki boşluklar ya da eksikler nelerdir? Bu bilgiler, kimden gelmektedir? Konu ya da sorun nedir? Durumdan kimler etkilenebilir? Değerler ya da inançlarla ilgili çatışma var mıdır?" Bu sorulara verilen yanıtlar, hem yöneticinin amaçlarını belirlemesini hem de kararın içerisindeki etik yönleri görmesini sağlayacaktır (Sönmez, 2014). Verilen kararların kalitesini yükseltmek için, yönetim bilgi sistemleri de kullanılabilir (Emhan, 2017).

Chisengantambu-Winters ve arkadaşları (2020), hemşire yöneticilerin kararlarını nasıl aldığını etkileyen sekiz temel değişkene dayanan bir model geliştirmiştir. Bu modelde ele alınacak durum, kararın verilmesi gereken süre, meslektaşlardan gerekli girdiler, görevin ve ortamın karmaşıklığı, karar verme zamanı ve süresi, kaynakların mevcudiyeti, karar verme ortamı ve kişisel özellikler, kararlarını nasıl aldığını etkileyen bağımlılık faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu sekiz değişkenin, birbiriyle ilişkili olduğu ve kararların nasıl alındığı üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri olduğu belirtilmektedir (Chisengantambu- Winters ve ark., 2020).



Şekil 3. Hemşire Yöneticilerin Kararlarını Nasıl Aldığını Etkileyen Sekiz Temel Değişken
Kaynak: Chisengantambu-Winters, C., Robinson, G. M., & Evans, N. (2020). Developing a decision-making dependency (DMD) model for nurse managers. *Heliyon, 6*(1), e03128

Karar vermenin bu aşamasında, sorunu ortaya koyan bilgilerin doğruluğu ve yeterliliği önemlidir. Kararı etkileyebilecek tüm değişkenler iyi incelenmeli ve doğru veri alınmalıdır (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığından dolayı, hemşire yöneticilerinin genellikle eksik verilerle kararlar almak zorunda kaldıkları ve optimize edici çözümler yerine "tatmin edici" çözümlerle yetinmek zorunda kaldıkları ifade edilmektedir (Effken, 2010). Eksik ve yanlış bilgi ile, etik karar sürecini yönetmek mümkün olmayacaktır.

2.1.3. Seçenekleri Belirleme

Karar verme, çeşitli alternatif senaryolar arasından bir hareket tarzı seçmek için kullanlan süreçleri ifade etmektedir (Wang ve Ruhe, 2007). Bu aşamada amaçları karşılayacak, sorunu çözecek alternatif senaryolar ortaya koyulmalıdır. Alternatif senaryoları belirlerken, sorunu çözebilecek farklı bakış açıları, ve yenilikçi düşünceler önemlidir (Koçel, 2020). Bu aşamada, seçeneklerden hangilerinin etik açıdan sağlam ve geçerli olduğu belirlenmelidir. Yöneticiler bu aşamada ayrımcılık, çalışan sağlığı ve güvenliği, uluslararası emek standartları gibi konular çerçevesinde bireysellikten uzak yöntemlerle seçenekler belirlemeli ya da belirlenmesini sağlamalıdır (Karabey, 2020; Öztürk, 2014).

2.1.4. Seçim Yapma

Yönetici hemşireler, etik liderler olmalıdır (Alan ve ark., 2022). Etik liderler, etik kararlar vererek rollerini yerine getirebilirler. Bu nedenle seçim yapılacağında seçilen alternatif sonucunda, arzu edilen ve edilmeyen sonuçlar göz önünde bulundurulmalı ve en iyi seçeneğe karar verilmelidir. Karar verme süreci, kararı verenlerden ve uygulayanlardan bir şekilde etkilenmektedir. Kurumlarda yöneticilerin birçok kısıtlamadan dolayı, rasyonel karar veremedikleri belirlenmiştir (Kıral, 2015). Sadece akılcı davranışlar değil, sezgisel davranışlar da hatta bazen deneyimler de karar alma sürecinde devreye girmektedir (Gılıç, Çelikten, Çelikten ve Yıldırım, 2019) Ferrel ve Gresham'ın, Etik Karar Verme Modeli'nde etik kararların doğrudan bilgi, değer, tutum gibi bireysel faktörlerden, baskı ve fırsat gibi örgütsel faktörlerden ve gruplararası etkileşim gibi çevresel faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (Karabey, 2020). Yönetici hemşirelerin kişisel özellikleri, deneyimleri, kurumsal faktörler ve mesleki otoriteleri, etik karar vermelerinde etkili faktörler arasında yer almaktadırlar (Zydziunaite ve Suominen, 2014).

Son aşamada, yöneticiler kararlarını vermelidir. Yönetici hemşireler, etik karar verme ya da etik dışı davranma arasında bir seçim yaparak karar vermektedirler. Bu aşamada, yöneticilerin etik karar verme konusundaki kararlılığı önemlidir (Karabey, 2020). Yönetici hemşireler, etik sorunları nasıl ele alacaklarına karar verirken, genellikle kişisel becerilerine, yönetim ekibine, diğer hemşirelere ve etik ilkelere ve değerlere güvenmektedirler (Harun-Or-Rashid ve Sokomoro, 2011).

2.2. Seçim Aşamasında Karşılaşılan En Büyük Sorun: Etik İkilemler

Hemşirelik yönetiminde, karar verme yeteneği temel bir yeterliliktir. Fakat karar vermek, yönetici hemşireler için bazı durumlarda zorlayıcı olabilmektedir. Bu durumların en önemlilerinden birisi, etik ikilemlerdir (Alhourani, Opinion, Sudha, Mihdawi ve Renjith, 2022; Öztürk, 2014). Etik ikilem, her birinin farklı değerleri koruduğu bilinen iki ya da daha fazla alternatifler arasından sadece birini seçmek zorunda kalma durumudur. Etik ikilemlerin özellikleri;

- Mutlak doğru ya da yanlış olmayan, en az iki seçenek arasında seçim yapılmasını gerektirmektedir.
- Seçim sonucunda, insan ve toplum üzerinde etkileri bulunmaktadır.
- Etik ikilem, yaşanan durumla ilgili bireylerin değer yargıları bulunmaktadır.
- Yapılan seçimler, istenmedik sonuçlara yol açabilmektedir.
- Verilen etik karar, sınırlı kaynakların dağılımını gerektirebilmektedir (Gül, 2022).

İki seçenek arasında verilen kararlar, etik açıdan makul olmalıdır (Ejder Apay, Gürol, Gür ve Church, 2020). Yönetici hemşirelerin, hem hasta hem çalışan hemşirelerin sağlığını ve haklarını koruma noktasında da etik sorumlulukları bulunmak ve bu noktada etik ikilem yaşayabilmektedirler. Yönetici hemşireler, karar verme sürecinde birçok etik ikilemle karşı karşıya kalmaktadır (Alhourani ve ark., 2022). Yönetici hemşirelerin karar vermede formalitelerden sapma riskleri alma, güç ve insancıllığı dengeleme, mesleki hiyerarşiyi sürdürme, değişime karşı direnci yönetme, sınırlı seçeneklerle yönetme ve hemşirenin mesleki ve/veya insan onurunun düşüşünü yaşama konularında yönetici hemşireler bazı ikilemler yaşayabilmektedir (Zydziunaite ve ark., 2015). Bu ikilemlere örnek olarak; hemşirelerin gayri resmi lider olarak gördükleri deneyimli uzman bir hemşire ile diğer hemşireler arasında yöneticinin karar vermesi gerektiğinde, deneyimli hemşire lehine karar vermek etik bir sorundur. Bir diğer durum ise yönetici hemşirelerin, çalışanlarla çatışmak istemeyip bazı davranışları görmezden gelmesi ya da bir süreliğine müdahale etmemesidir. Bu durumda, diğer çalışanlar yönetici hemşirenin sorunu ele alıp almadığını bilmeyecek ve hayal kırıklığı yaşayacaktır (Lindy ve Schaefer, 2010).

Etik ikilemleri ele almak, bunları yönetmede çözümler geliştirmek için yönetici hemşireler en iyi konumdadır. Hemşire yöneticilerinin denetimlerinde hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemlere ilişkin daha fazla içgörü geliştirmeleri ve kısıtlamalar dahilinde çalışmaya devam ederken inançları ve değerleri yeniden düzenlemeleri için hemşireleri desteklemesi gerekmektedir. (Du, Huang, Lu, Ma, Lai ve Li, 2022; O'donnell ve ark., 2022). Zydziunaite ve Suominen (2014) çalışmasında, yönetici hemşirelerin, etik ikilemlerde karar vermeyi yönetmekten çok 'işi yapmaya' odaklanan, sürdürme odaklı, liderlik stilleri sergiledikleri belirtilmektedir (Zydziunaite ve Suominen, 2014). Bu nedenle yönetici hemşirelerin karar verme sürecinde, her aşamayı etik karar verme çerçevesinde ele alması önemlidir.

2.3. Etik Karar Vermeyi Etkileyen Durumlar

Etik karar vermeyi etkileyen yaş, cinsiyet, ırk, renk, eğitim düzeyi, kültür gibi bireysel ve ödül sistemleri, otorite, bürokrasi gibi durumsal faktörlerden bahsedilmektedir (Karabey, 2020). Hemşirelerin, etik karar verme becerileri ile sezgileri (Alba, 2018) ve profesyonellik davranışları (Cerit ve Dinç 2013; Sabancıoğulları, Kol, Arslantaş, Toğantemur ve Ülker, 2018) arasında ilişki saptanmıştır. Çevresel faktörler (Rizalar ve Baltaci, 2020), stres ve iş yükünün karar verme süreçlerini etkilediği ortaya koyulmuştur (Shirey, Ebright ve McDaniel, 2013). Ayrıca etik duyarlılık, ahlaki muhakeme yetkisi, etik eğitimi ve yetki ve sorumluluk bilgisininde etik karar vermeyi etkilediği belirtilmektedir (Gül, 2022). Yönetici hemşireler için etik karar vermeyi etkileyen durumlara bakıldığında, literatürde sınırlı kaynak bulunmaktadır.

Yönetici hemşirelerin kişisel özellikleri, deneyimleri, kurumsal faktörler ve mesleki otoriteleri etik karar vermelerinde etkili faktörler olduğu ifade edilmektedir (Zydziunaite ve Suominen, 2014). Yönetici hemşirelere verilen etik karar verme eğitimlerinin etik karar vermelerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Aaron, Glover, Sterling, Downs, ve Lesandrini, 2021).

Etik karar verme konusunda ele alınması gereken bazı gruplar bulunmaktadır. Özellikle yeni yönetici hemşirelerin, etik karar verme konusunda üst yöneticileri tarafından izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Yeni yönetici henmşireler, ilk yıllarında birimlerindeki hemşirelerle, güven krizi gibi sorunlar nedeniyle çatışmalar yaşayabilmektedir. Sorunlarla başa çıkmak için, etik liderlik özelliklerini geliştirmeleri gerekmektedir (Cao, Bian, Xiao ve Jia, 2022). Ayrıca diğer bir grupta, karar vermekten korkan kararsız yöneticiler yer almaktadır. Bu yöneticilerin birimleri için hedefler açıklayabileceği, ancak beklentileri konusunda net olamayacağı, sorumluluk veremeyeceği ve çalışanları doğru değerlendiremeyaceği düşünülmektedir. Bu durumun, etik sorunları beraberinde getireceği göz önünde bulundurulmalıdır (Huber, 2015). Etik karar verme konusunda yetersiz olan yöneticilerin kurumsal olarak desteklenmesi önemlidir.

3. Hemşirelik Yönetimi ve Etik Karar Vermede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin bakım verici, tedavi edici, hasta hakları savunucu, eğitici, işbirlikçi, danışman, araştırıcı ve liderlik gibi birçok rolü vardır (Erten, Bayraktar ve Açmaz, 2017). Hemşireler tüm bu rollerini yerine getirirken bir çok sorunla karşılaşmaktadır. Hemşirelerden beklenen yaşadıkları tüm sorunlarda verdikleri karalarının etik çerçevede olmasıdır (Bahçecik ve Özçelik, 2022). Çalışanların etik kararlar vermesini etkileyen unsurlardan biri de hemşire yöneticilerdir. Hemşire yönetici olmak için, birçok yetkinliğe sahip olmak gerekmektedir. Bu yetkinliklerden birisi de, etik ilkelere uymaktır (Khan, Sultan, Hanif, Jamil ve Batool, 2022). Etik ilkelere uygun davranan yönetici hemşireler, etik liderlerdir. Etik liderlik, hemşirelerin örgütsel bağlılığı, davranışları ve hasta güvenliği kültürü algısı gibi bir çok değişkeni etkilemektedir (Lotfi, Atashzadeh-Shoorideh, Mohtashami ve Nasiri, 2018; Zhang, Li, Gong ve Xu, 2019).

Yönetici hemşireler, yöneticinin en önemli işlevi olan karar verme süreçlerinin her aşamasında etik ilkeleri kullanmalı ve etik kararlar vermelidir. Etik karar verme sürecinin her aşaması yönetici hemşire tarafından doğru değerlendirilmelidir. Etik karar vermek zor bir süreçtir. Bu nedenle yönetici hemşireler, bu konuyla ilişkili güncel bilgiyi takip etmeli ve yönetim sürecine yansıtmalıdır. Hemşire yöneticilerin verdikleri etik kararlar ile etik bir ça-

lışma ortamı oluşturulmasına yol açılabilmektedir. Ayrıca hemşirelerin etik kararlar vermesi desteklenebilir. Özellikle üst düzey hemşire yöneticilerin en büyük sorumluluğu, verdiği etik kararlar ile çalışanlarına rol model olmasıdır.

4. Sonuç

Sonuç olarak bir yönetici sorumluluğu olan karar verme, yönetici hemşirelerin karmaşık sağlık sistemi içerisinde yürüttükleri bir süreçtir. Bu süreç etik sorunlar ve etik iklemleri içerdiğinde yönetici hemşireler için zor bir sorumluluktur. Yönetici hemşireler hem hasta bakımını hemde hemşireler için çalışma ortamlarını etkileyen etik karar verme zorunluğunun bilincinde olmalıdır. Karar verme sürecinin tüm aşamalarında yönetici hemşireler etik konuları göz önünde bulundurmalıdır. Etik sorunlara ve etik ikilemlere doğru çözümün bulunmasında, etik farkındalıkları yüksek olması ve karar vermekten korkmaması önemlidir. Etik karar verme konusunda, günümüzde yönetici hemşirelerin kendilerini geliştirilmesi önemli bir konudur.

Kaynakça / References

Aaron, B., Glover, A., Sterling, E., Downs, S., & Lesandrini, J. (2021). Impact of a novel method of ethics education on nurse leaders' capacity for moral decision-making: An exploratory qualitative study. *Nurse Leader, 19*(6), 639-645. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.03.014

Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., & Suhonen, R. (2016). Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nursing Ethics*, *23*(6), 646-658. https://doi.org/10.1177/0969733015579309

Aitamaa, E., Suhonen, R., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2019). Ethical problems in nursing management–a cross-sectional survey about solving problems. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4245-4

Alan, H., Gül, D., & Baykal, Ü. (2022). The relationship between the conflict management strategies and ethical leadership behaviours of nurse managers perceived by nurses. *Journal of Nursing Management. 30*(7), 2370-2378 https://doi.org/10.1111/jonm.13840

Alba, B. (2018). Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing Ethics, 25*(7), 855- https://doi.org/866. 10.1177/0969733016674769

Alhourani, F., Opinion, F.B., Sudha, A.R., Mihdawi, M.O., & Renjith, V. (2022). Ethical dilemma experiences of nurses in a tertiary hospital, Kingdom of Bahrain: A Cross-sectional Survey. *Journal of Nursing Regulation*, *13*(2), 40-48. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(22)00066-7

Ali Awad, N.H., & Al-anwer Ashour, H.M. (2022). Crisis, ethical leadership, and moral courage: Ethical climate during COVID-19. *Nursing Ethics*, *29*(6), 1441-1456. https://doi.org/10.1177/09697330221105636

Babalola, S.S. (2016). The effect of leadership style, job satisfaction and employee-supervisor relationship on job performance and organizational commitment. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, *32*(3), 935-946. https://doi.org/10.19030/jabr.v32i3.9667

Barkhordari-Sharifabad, M., Ashktorab, T., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. *Nursing Ethics*, *25*(8), 1051-1063. https://doi.org/10.1177/0969733016687157

Bahçecik, A.N. ve Özçelik, S.K. (2022). Yönetsel etik. Tatar Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), *Hemşirelikte yönetim kitabı* içinde (s. 507-534). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Burkhardt, M.A, Nathaniel, A. K. (2013). *Çağdaş hemşirelikte etik* (Ecevit Alpar, Ş., Bahçecik, A.N. ve Karabacak, Ü. Çev. Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Cao, L., Bian, J., Xiao, J., & Jia, Y. (2022). Trust crisis: New frontline nurse managers' ethical experience in their units. *Journal of Nursing Scholarship*, *54*(2), 250-257. https://doi.org/10.1111/jnu.12727

Cerit, B., & Dinç, L. (2013). Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: a correlational study. *Nursing Ethics*, *20*(2), 200-212. https://doi.org/10.1177/0969733012455562

Chisengantambu-Winters, C., Robinson, G.M., & Evans, N. (2020). Developing a decision-making dependency (DMD) model for nurse managers. *Heliyon*, *6*(1), p. e03128. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03128

Du, J., Huang, S., Lu, Q., Ma, L., Lai, K., & Li, K. (2022). Influence of empathy and professional values on ethical decision-making of emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, *63*, 101186. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101186

Ejder Apay, S., Gürol, A., Gür, E.Y., & Church, S. (2020). Midwifery students' reactions to ethical dilemmas encountered in outpatient clinics. *Nursing Ethics*, *27*(7), 1542-1555. https://doi.org/10.1177/0969733020922875

Eduardo, E.A., Peres, A.M., Almeida, M.D.L.D., Roglio, K.D.D., & Bernardino, E. (2015). Analysis of the decision-making process of nurse managers: a collective reflection. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(4),582-588. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680414i

Effken, J.A., Verran, J.A., Logue, M.D., & Hsu, Y.C. (2010). Nurse managers' decisions: fast and favoring remediation. *The Journal of Nursing Administration, 40*(4), 188. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181d40f7c

Emhan, A. (2007). Karar verme süreci ve bu süreçte bilişim sistemlerinin kullanılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *6*(21), 212-224.

Erten, Z.K., Bayraktar, E., ve Açmaz, G. (2017). Etik ve etik liderlik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *4*(1), 62-68.

Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(2), 253-258.

Gılıç, F., Çelikten, M., Çelikten, Y. ve Yıldırım, A. (2019). Karar verme süreci. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *15*(2), 581-592.

Gül, S. (2022). Hemşirelikte etik sorunlar ve etik karar verme süreci. Yalım, Y. ve Göçmen Baykara, Z. (Ed.), *Hemşirelik ve etik kitabı* içinde (s. 122-125). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Hamric, A.B, Hanson, C.M, Tracy, M.F, & O'Grady, E.T. (2013). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences.

Harun-Or-Rashid, M., & Sakamoto, J. (2011). Nurse managers' experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, *12*(1), 1-7.

Huber, D. (2017). *Leadership and nursing care management.* Missouri: Elsevier.

Ozmen, S., & Arslan Yurumezoglu, H. (2022). Nurse managers' challenges and opportunities in the COVID-19 pandemic crisis: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2609-2619. https://doi.org/10.1111/jonm.13817

Özdemir, A., ve Karakaya, A. (2021). Yöneticilerin etik karar verme durumları üzerine bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *19*(Armağan Sayısı), 110-120. https://doi.org/10.18026/cbayarsos.678981

Öztürk, H. (2014). Yönetim etiği. Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), H*emşirelik hizmetleri yönetimi kitabı* içinde (s. 733-740). İstanbul: Akademi Yayıncılık.

Karabey, C.N. (2020). *İşletmelerde etik karar verme*. Konya: Eğitim Yayınevi.

Khan, S., Sultan, A., Hanif, J., Jamil, K., & Batool, Z. (2022). Nurses' perception regarding barriers to use of health information system in the teaching hospital of Abbottabad. *Pakistan Journal of Health Sciences*, *3*(4),183-187. https://doi.org/10.54393/pjhs.v3i04.87

Khursheed, U., Sehar, S., & Afzal, M. (2019). Importance of ethical decision making; Application of james rest model. *Saudi Journal of Nursing and Health Care, 2*(12), 427-430. https://doi.org/10.36348/sjnhc.2019.v02i12.007

Kıral, E. (2015). Yönetimde karar ve etik karar verme sorunsalı. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, *6*(2), 73-89.

Koçel, T. (2020). *İşletme yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Lindy, C., & Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: An ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, *18*(3), 285-292. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01080.x

Lotfi, Z., Atashzadeh-Shoorideh, F., Mohtashami, J., & Nasiri, M. (2018). Relationship between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, *26*(6), 726-734. https://doi.org/10.1111/jonm.12607

Maghsoudi, S., Mohsenpour, M., & Nazif, H. (2021). Comparison of ethical decision-making and interpersonal communication skills training effects on nurses' ethical climate. *Clin Ethics,17*(2), 184–190. https://doi.org/10.1177/14777509211034139

Markey, K., Ventura, C.A.A., Donnell, C.O., & Doody, O. (2021). Cultivating ethical leadership in the recovery of COVID-19. *Journal of Nursing Management*, *29*(2), 351-355. https://doi.org/10.1111/jonm.13191

Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(5), 1169-1181. https://doi.org/10.1111/jan.12906

Nejat, N., Zand, S., Taheri, M., & Khosravani, M. (2023). Understanding lived experiences of nurse managers about managerial ethics. *Nursing Ethics*, *30*(2), 162-179. https://doi.org/10.1177/09697330221130599

O'Donnell, C., Markey, K., & O'Brien, B. (2022). Guiding nurse managers in supporting nurses in dealing with the ethical challenge of caring. *Journal of Nursing Management*, *30*(7), 2357-2361. https://doi.org/10.1111/jonm.13658

Rizalar, S., & Baltaci, N. (2020). Ethical decision-making levels of nurses and it's affecting factors. *Int J Caring Sci*, *13*(1), 42-52.

Roshanzadeh, M., Vanaki, Z., & Sadooghiasl, A. (2019). Sensitivity in ethical decision-making: The experiences of nurse managers. *Nursing Ethics, 27*(5), 1174-1186. https://doi.org/10.1177/0969733019864146

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.

Shirey, M.R., Ebright, P.R., & McDaniel, A.M. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, *21*(1), 17-30. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x

Siirala, E., Peltonen, L.M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Junttila, K. (2016). Nurse managers' decision-making in daily unit operation in peri-operative settings: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Nursing Management*, *24*(6), 806-815. https://doi.org/10.1111/jonm.12385

Sönmez, B. (2014). Sorun çözme ve karar verme. Baykal, Ü. ve Türkmen, E. (Ed.), H*emşirelik hizmetleri yönetimi kitabı* içinde (s. 357-360). İstanbul: Akademi Yayıncılık.

Toren, O., & Wagner, N. (2010). Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics, 17*(3), 393-402. https://doi.org/10.1177/0969733009355106

Türk Dil Kurumu. (2023). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/

Wang, Y., & Ruhe, G. (2007). The cognitive process of decision making. *International Journal of Cognitive Informatics and Natural Intelligence, 1*(2), 73–85. https://doi.org/10.4018/9781605661704.ch009

Yıldırım, B. ve Özkahraman, Ş. (2012). Hemşirelikte karar verme süreci. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, *2*(1), 165-173.

Zappalà, S., & Toscano, F. (2020). The Ethical Leadership Scale (ELS): Italian adaptation and exploration of the nomological network in a health care setting. *Journal of Nursing Management*, *28*(3), 634-642. https://doi.org/10.1111/jonm.12967

Zhang, N., Li, M., Gong, Z., & Xu, D. (2019). Effects of ethical leadership on nurses' service behaviors. *Nursing Ethics*, *26*(6), 1861-1872. https://doi.org/10.1177/0969733018787220

Žydžiūnaitė, V., Suominen, T., Åstedt-Kurki, P., & Lepaitė, D. (2010). Ethical dilemmas concerning decision-making within health care leadership: A systematic literature review. *Medicina*, *46*(9), 595. https://doi.org/10.3390/medicina46090084

Zydziunaite, V., & Suominen, T. (2014). Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: Reasons and consequences. *Contemporary Nurse*, *48*(2), 150-167. https://doi.org/10.5172/conu.2014.48.2.150

Zydziunaite, V., Lepaite, D., Åstedt-Kurki, P., & Suominen, T. (2015). Head nurses' decision-making when managing ethical dilemmas. *Baltic Journal of Management*, *10*(2), 166-187. https://doi.org/10.1108/BJM-12-2013-0194

34. BÖLÜM / CHAPTER 34

HEMŞİRELİKTE ETİK LİDERLİK

ETHICAL LEADERSHIP IN NURSING

Handan ALAN[1], Şehrinaz POLAT[2]

[1]Doç. Dr, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: handanalan@yahoo.com.tr

[2]Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: polats@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.34

ÖZ

Liderler; insanları etkileyen, koordine eden ve kurumun amaçları doğrultusunda yönlendirebilen kişilerdir. Liderlik ise, bu amaçların ya da vizyonun gerçekleşebilmesi yönünde ekibi etkileme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Liderliğin etik boyutu hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu konuya dikkat "liderler nasıl olmalıdır" sorusuna odaklanan felsefi bir bakış açısına dayanmaktadır. Etik lider; kendisi dışındaki kişilerin de haklarını ve onurlarını değerli bulan, saygı gösteren bir liderdir. Liderlerin doğru değerlere, sağlam ve iyi karakterlere sahip olması durumu ise etik liderlik olarak ifade edilmektedir. Etik liderlik, kişinin kendini, özellikle de duygusal ve pratik sınırlarını bilmesiyle başlar. Etik liderlerin etik davranışları, takipçilerini olumlu yönde etkilerken etik dışı davranışları ise olumsuz yönde etkilemekte, onlara kötü bir model olmaktadır. Dolayısıyla liderler ve çalışanlar arasındaki etkileşim, etik davranışlardan etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar, genellikle etik liderliği örgüt üyelerinin bakış açısından keşfetmeye çalışan niteliksel araştırmalardır. Bu bölümde, etik liderliğin kavramsal çerçevesi ve hemşirelikte etik liderliğin önemi ele alınmıştır. Bu liderlik kavramının anlaşılması için, yönetimdeki etik ilke ve değerlerin kavranması önemlidir. Hemşire iş gücünün tüm üyeleri, günlük hemşirelik işlevlerinde etik uygulamalara dikkat ettikleri ve başkaları için etik rol model oldukları sürece etik liderlerdir. Hemşirelik mesleğinde dürüstlük, merhamet ve kaliteli bakım kültürünün geliştirilmesinde etkili olan etik liderlik, hasta sonuçlarını, kurum kültürünü ve hemşirelerin profesyonel gelişimini etkileyerek hemşirelikte çok önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lider, etik lider, hemşire, yönetici hemşire, sağlık kurumları

ABSTRACT

Leaders are individuals who influence, coordinate, and guide people toward the goals of an organization. Leadership is defined as the ability to influence a team towards the realization of these goals or visions. Limited knowledge exists regarding the ethical aspect of leadership. The significance of this matter is approached from a philosophical standpoint, examining the ideal qualities of leaders. An ethical leader is someone who values the rights

and dignity of others, apart from themselves and shows respect. Ethical leadership involves leaders having the right values, solid character, and integrity. Ethical leadership starts with a leader knowing oneself, especially understanding emotional and practical boundaries. The ethical behavior of ethical leaders positively influences their followers, while unethical behavior has a negative impact, setting a poor example for them. Therefore, the interaction between leaders and employees is influenced by ethical behaviors. Research in this area primarily consists of qualitative studies, aiming to explore ethical leadership from the viewpoint of individuals within organizations. This section delves into the conceptual framework of ethical leadership and highlights its importance in the field of nursing. To grasp this leadership concept fully, one must comprehend the ethical values embedded in management. Every member of the nursing workforce can exhibit ethical leadership by prioritizing ethical practices in their daily nursing duties and serving as ethical role models for others. Ethical leadership plays a vital role in nursing, fostering a culture of integrity, empathy, and quality care. It exerts influence on patient outcomes, organizational culture, and the professional growth of nursing staff.

Keywords: Leader, ethical leader, nurse, nurse manager, health institutions

Extended Abstract

The concepts of leader and manager are often used interchangeably, but they are actually two different concepts. A manager is a person who may not always have leadership qualities but carries out tasks through employees based on the authority given by their position. On the other hand, a leader is someone who sets goals to take the organization beyond its current position, guides employees by creating an effective communication environment to achieve these goals, and does not necessarily need to have the existence of an organization or formal authority. Leadership is not only about directing people, mentoring or guiding them, but also a holistic process that includes elements such as influence, setting an example, and motivating. An ethical leader is someone who exhibits behavior within normative compliance, emphasizing qualities such as honesty, reliability, and justice, ultimately becoming a trustworthy role model. They not only demonstrate ethical behaviors but also use communication tools to convey these behaviors to followers and ensure their adoption. When an ethical leader shows respect to employees in their sphere of influence, employees feel competent. When they treat everyone without showing favoritism, except for exceptional circumstances, and convey reality to their employees, they are perceived as fair and honest. When they serve in a way that is focused on the employees, benefits others, and prioritizes the interests of others, and when they align appropriate goals for both themselves and their employees, they establish unity. Ethical leadership considers the concept of ethics as a whole in behaviors, decision-making processes, setting an example for employees, and creating an ethical climate in the work environment. Ethical leadership is a type of leadership that directs the behavior of organizational employees in accordance with ethical rules, positively influencing organizational behavior such as organizational commitment and trust in the workplace, job satisfaction, and taking responsibility. Every service provider wants to work with a manager who behaves in accordance with ethical va-

lues and has an ideal leadership understanding. In healthcare services, which have a direct impact on human life, even the slightest mistake can have irreversible consequences. Given the importance of intensive service provision and human life, it is important to have leaders and managers who provide services within certain ethical rules in healthcare institutions. Ethical rules are guidelines that distinguish right from wrong, and good from bad. Therefore, ethical leadership is an important style of leadership against unethical behaviors that lead to wrong practices. The ethical leadership model built on specific ethical principles and values is a type of leadership that attracts significant attention in healthcare institutions, especially in nursing human resources. Ethical leadership is a concept that encompasses the integration of ethical principles, values, and behaviors into the leadership role. It involves leading with honesty, making ethical decisions, and being a positive moral example for others. Nurses are assigned tasks by unit managers or other executives, and therefore, this healthcare workforce is influenced more by the moral standards and rules of their managers or superiors. All nurses can act as ethical role models for others and therefore need to pay more attention to ethical rules compared to other healthcare professionals. Ethical leaders enhance the effectiveness and efficiency of care delivery by creating an ethical culture that values patient safety, promotes open communication, builds trust, and facilitates teamwork. This creates an environment where potential risks and errors can be identified and addressed immediately by healthcare providers. Ethical decision-making in nursing is of vital importance to maintain patient autonomy, ensure beneficence, and uphold justice. Empowered and supported nurses are more likely to provide compassionate care and demonstrate job satisfaction. As a result, it contributes to better patient outcomes and overall quality of care. Ethical nurse leaders should provide continuous education and training programs on ethical principles, decision-making frameworks, and ethical dilemmas to enhance nurses' ethical competence and promote ethical leadership behaviors. This is essential for sustaining the ethical integrity of the nursing profession.

1. Giriş

Liderlik, insanın hiyerarşik doğası düşünüldüğünde, tarihin her devrinde var olan bir kavramdır. Liderlik, sadece işletmeleri değil, politika, sanat, spor, sağlık ve bilim gibi birçok alanı kapsamaktadır. İnsan hayatı üzerinde doğrudan etkisi olan sağlık hizmetlerinin sunumunda, en ufak bir hata bile geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilir. Yoğun hizmet sunumu ve insan hayatının önemi göz önüne alındığında, sağlık kurumlarında belirli etik kurallar dahilinde hizmet sunan lider ve yöneticilere sahip olmak önemlidir. Etik bir lider, normatif uyum içinde davranış sergileyen, dürüstlük, güvenilirlik ve adalet gibi nitelikleri vurgulayan ve nihayetinde güvenilir bir rol model olan kişidir. Sadece etik davranışlar sergilemekle kalmaz, aynı zamanda bu davranışları takipçilerine aktarır ve benimsenmelerini sağlarlar. Etik bir lider tarafından desteklenen hemşirelerin, şefkatli bakım sağlama ve iş tatmini gösterme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bölümde; liderlik, etik liderlik, karar verme, sağlık kurumlarında etik liderlik kavramlarına yer verilmiş olup, bu kapsamda hemşirenin rol ve sorumlulukları ele alınmıştır.

2. Liderlik ve Yönetim

Literatür incelendiğinde, liderlik ile ilgili farklı bakış açılarına göre tarihsel süreç içerisinde birçok tanımın yapıldığını görmek mümkündür. Bu tanımlarda liderlik;

"Kurumun elemanlarını etkileyerek, hedefler doğrultusunda onları yönlendirebilmek ve yönetebilmek" (Mirze, 2010),

"Hedefleri gerçekleştirmek üzere, diğerlerini etkileme süreci" (Certo, 2000),

"Liderlik, izleyiciler ve koşullardan oluşan bir süreç" (Ataman, 2002),

"İnsanların düşüncelerini ve eylemlerini etkileyebilmek için eldeki gücün kullanılması" (Zalenik, 1996) olarak belirtilmektedir. Lider ise "insanları bir amaç doğrultusunda, davranmaya yönlendiren ve onları etkileyen kişi" (Ataman, 2002) olarak tanımlanmaktadır.

Lider ve yönetici kavramları, birbirinin yerine kullanılan ama aslında birbirinden farklı iki kavramdır. Yönetici, her zaman liderlik özelliklerine sahip olmayıp, makamının verdiği yetkiye dayanarak, işleri çalışanlar aracılığıyla yerine getiren kişidir. Lider ise, kurumu olduğu konumdan daha ileriye taşımak için hedef belirleyen ve bu hedefleri gerçekleştirmek amacıyla etkili bir iletişim ortamı yaratarak çalışanları yönlendiren ve bu süreçte bir kuruma ya da formal yetkilere sahip olması gerekmeyen kişidir (Can, Azizoğlu ve Aydın, 2015). Liderlik sürecinin temelinde, başkalarını etkileyebilmek olduğu düşünüldüğünde, bu etkileme aşamasında, herhangi bir formal yetki avantaj sağlayabilir ancak şart değildir. Aynı şekilde

liderlik özelliği, yönetim işlevleri arasında yer almasına rağmen, her yöneticinin iyi bir lider olduğunu kanıtlamaz (Can ve ark., 2015). Yönetici ile lider arasındaki fark, "yönetici işleri doğru yapar; lider ise, doğru işleri yapar" şeklinde ifade edilirken (Ataman, 2002); liderin misyon ve vizyonunu belirleyen, yöneticinin ise bunları yönetsel faaliyetlerle harekete geçiren kişi olduğunu belirten ifadeler de bulunmaktadır (Mirze, 2010).

Liderlik, sadece üst yönetimde değil yönetimin her kademesinde ortaya çıkabilecek bir kavramdır (Koçel, 2020). Kurumlarda yöneticiye güvenilmesi, saygı gösterilmesi, hayranlık duyulması ve çalışanların yönetici ile etik kurallar çerçevesinde iletişimde olması, yöneticinin yetki ve güçlerini doğru kullanmasına bağlıdır. Bunları başarılı bir şekilde kullanan yöneticiler "lider yönetici" niteliğine sahip yöneticilerdir. Liderlik, sadece insanları yönlendirme, onlara mentorluk veya kılavuzluk yapma değil, aynı zamanda etkileme, örnek olma, heveslendirme gibi unsurları olan bütünsel bir süreçtir.

3. Etik Liderlik

Etik kavramı, hayatın her çizgisini çevreleyen normatif bir yapıdadır. Etik, hem iş yaşamını hem de kişinin özel hayatını düzenleyen kurallar bütünü olup, iyi insan olmanın gereklerini ve kişinin davranışlarını etkileyen kuralların neler olduğunu ortaya koyma olmak üzere iki temel hedefi bulunmaktadır. Yönetsel anlamda ele alınan etik kavramı ise, etik ve yönetim arasındaki iş süreçlerinin mevzuata uygun olarak yürütülmesini içermektedir (Tutar, Altınöz ve Çakıroğlu, 2011). Yönetsel etik liderlik ise, karmaşık hâle gelen durumlarda doğru kararlar veren ve bu durumlarda sorumluluk üstlenen kişilerin benimsediği liderlik türüdür (Enderle, 1987).

Brown ve arkadaşları (2005) etik liderliği ortaya çıkaran ilk çalışmalara öncülük etmişler ve felsefeciler ile sosyal bilimcilerin etik liderliği farklı bakış açıları ile tanımladıklarını vurgulamışlardır (Brown, Trevino ve Harrison, 2005). Felsefeciler, daha da çok etik liderlerin nasıl olması gerektiğine (normatif bakış açısı) odaklanırken, sosyal bilimciler ise etik liderlik, öncülleri ve sonuçlarını birlikte ele almışlardır (Brown ve Mitchell, 2010). Ancak yapılan çalışmalar, etik liderliğin daha çok normatif etik kapsamında ele alındığını göstermektedir (Erdoğan, 2002; Kar, 2014; Mihelic, Lipicnik ve Tekavcic, 2010; Piccolo ve ark., 2010). Bu kapsamda etik liderlik ile ilgili tanımlardan bazıları şu şekildedir:

Etik liderlik,

►Etik ilke ve değerleri, ön plana çıkaran liderlik türüdür (Erdoğan, 2002).

►Etik standartları, kurumun değerleri ile bütünleştiren ve bunları uygulayan liderlik türüdür (Piccolo, Greenbaum, Hartog ve Folger, 2010).

► Alınacak kararların ortaya çıkaracağı sonuçları, avantaj ve dezavantajları hesaba katarak hareket eden liderliktir (Mihelic ve ark., 2010).

► Doğru karar verebilme ve bazı eylemlere karşı proaktif davranabilme yeteneğidir (Yaman, 2010).

► Temel değerlerin bilincinde olmak ve bu değerleri hayatın her alanında ortak iyiliğe hizmet etmek amacıyla yaşamaktır (Kar, 2014).

Özetle etik liderlik "eylemlerinde ve kişilerarası ilişkilerinde normatif uygunluk dâhilinde yönetim sergileyen; izleyicilerle iki yönlü iletişimi pekiştirmeyi ve ahlâki düşünce yapısını teşvik eden bir liderlik yaklaşımı"dır (Alkan ve Arıkboğa, 2017). Etik liderin, normatif uygunluk içerisinde davranışlar sergilemesi; bu davranışlarında dürüstlük, güvenilirlik, adalet gibi özellikleri vurgulaması, sonuç olarak güvenilir bir rol model olması (Alkan ve Arıkboğa, 2017) ve sadece etik davranışlar sergilemekle kalmayıp, iletişim araçları ile bu davranışlarını izleyicilere aktarması ve benimsenmesini sağlaması önemlidir (Tuna, Bircan ve Yeşiltaş, 2012). Etik liderlik, etik kurallara uygun olarak örgüt çalışanlarının davranışlarına yön veren bir liderlik türü olup (Yılmaz, 2010), çalışma ortamında örgütsel bağlılık ve güven (Özdaşlı ve Akın, 2013), iş tatmini, sorumluluk alma gibi örgütsel davranışlarda çalışanları olumlu yönde etkilemektedir (Hunt, Wood ve Chonko, 1989).

3.1. Etik Liderlik Özellikleri

Etik liderliğin temelinde, etik konulara bağlılık bulunmaktadır. Liderler kendi davranışlarını kurumun tümüne yansıtarak, çalışanlara davranışlarıyla da rol model olmaktadır (Palmer, 2009). Liderin, gerek fikirleri gerek uygulamalarıyla etki alanındaki kişilere rol model olabilmesi için, etik ilke ve değerleri de göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu nedenle, etik liderlerin değerlere ve normlara uygun etik davranışlar sergilemesi rol model alınması yönünden önemlidir.

Etik lider, öncelikle uygun iletişim becerileriyle, çalışanların ahlaki davranışlarına etki edebilmeli ve kurumsal değerlerin benimsenip etik bir kültür oluşturulmasını sağlamalıdır. Etik liderler, çalışanların kurumları ile özdeşmelerini sağlayarak, sorumluluk ve görev bilinci oluşturmaya çalışmaktadır (Alkan ve Arıkboğa, 2017). Etik liderler, karşılaşılan durumlarla ilgili doğru veya yanlış karar verme yeteneğine yani etik olgunluğa sahip olmalıdır (Duffield ve McCuen, 2000). Etik liderler; farklı kültür, etnik köken ve kuşaklardan çalışanların yer aldığı örgütlerde, etik ilke ve değerlere uymaya, haksız rekabeti ortadan kaldırmaya çalışan, dürüst, güvenilir, topluma ve insanlara önem veren, mesleki ve kişisel hayatlarında etik davranan adil karar vericilerdir (Brown ve Trevino, 2006).

Etik liderliğin, etik hesap verilebilirlik, etik farkındalık, toplum ve/veya insan odaklılık, motive edicilik, cesaretlendiricilik ve güçlendiricilik olmak üzere altı temel özelliği olduğu ifade edilmektedir (Resick, Hanges, Dickson ve Mitchelson, 2006). Northouse (2018) ise; etik liderliğin sahip olduğu ilkeleri, saygılı, adil, dürüst, birlikteliği sağlayan ve hizmet eden şeklinde ifade etmektedir (Northouse, 2018). Etik lider, etki alanındaki çalışanlara saygı gösterdiğinde, çalışanlar kendilerini yetkin hissedebilmekte; özel durumlar hariç olmak üzere hiç kimseye özel muamele göstermediğinde, çalışanlarına gerçekliği eksiksiz aktardığında ve başkalarına karşı tamamen açık olduğunda adaletli ve dürüst olarak algılanmakta; çalışan odaklı, başkalarına fayda sağlayacak ve başkalarının çıkarlarını ön planda tutacak şekilde hizmet ettiğinde ve hem kendisi hem çalışanları için uygun olan hedefleri bir noktada birleştirdiğinde birlikteliği sağlamış olacaktır (Northouse, 2018).

Etik liderler, düşünce ve davranışlarında samimi davranışlar sergileyerek, çalışma arkadaşlarına ve örgüte karşı sadık olmalıdır. Kendi bilgisini sorgulayabilme, gerektiğinde çalışma arkadaşlarından yardım isteyebilme, yaptığı hataları kabullenebilme (Akdoğan ve Demirtaş, 2014) ve adaletli olma (Can, Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2016) etik liderin sahip olması gereken diğer önemli özelliklerdir (Akdoğan ve Demirtaş, 2014). Etik liderlik yaklaşımına göre lider, çalışanlarına olumlu duygular ile yaklaşmalı ve yargılayıcı olmamalıdır (Cullen, Parboteeah ve Victor, 2003). Etik liderlerden beklenen husus etik ilkeleri örgütün bir parçası haline getirmek ve ödül ceza yöntemi ile etik ilkelere uygun olan davranışları ödüllendirmek, ilkelere uymayan davranışları ise cezalandırmaktır (Plinio, 2009).

3.2. Etik Liderlik Boyutları

Çalışanlara ve örgüte karşı dürüst ve adil olma, güvenilir, alçak gönüllü olma gibi özellikler, etik liderin başlıca özellikleri olup, çalışanların istek ve sorunlarını dikkate alma, çalışanlarla yakından ilgilenme ve çalışan performansını artırma gibi özellikler de etik liderlik rolü ile yakından ilgilidir. Etik liderlik, etik kavramını davranışlarda, karar verme sürecinde, çalışanlara örnek olmada ve çalışma ortamında etik iklim oluşturması bağlamında bir bütün olarak ele almaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda etik liderlik özellikleri; "iletişim etiği, iklim etiği, karar vermede etik ve davranışsal etik" şeklinde dört boyutta ele alınmaktadır (Brown ve ark., 2005; Brown ve Trevino, 2006).

3.2.1. İletişimsel Etik

Kurumlar belli hedefler için kurulmakta ve hem bu hedeflere ulaşabilmeleri için hem de etkin bir yönetim için iyi bir iletişim ağı oluşturmaları gerekmektedir (Demir, 2014). Kurum içerisinde kurulan doğru bir iletişim ağı, örgütlerin varlıklarını uzun süre devam

ettirebilmelerinde etkili olan bilgi üretme, bilgiyi iletme ve bu bilgiyi anlamlı hale getirme ile yakından ilişkilidir (Hermond, 2006). İletişim, örgütlerin etkinliği üzerinde büyük bir öneme sahiptir. Çünkü çalışanlarına iş yaptırtmak için yöneticilerin kullandığı en temel araçtır ve dolayısıyla kurumun başarısı için de en önemli etkenlerden biridir. Kurum içindeki dayanışma, uyum, iyi ilişkiler ve koordinasyon etkin bir iletişime bağlıdır (Atak, 2005). Bu ortamı yaratmak ve iletişim becerilerini zamanında ve uygun bir şekilde kullanmak, etik liderin de başarısını etkilemektedir. İyi liderler, iyi iletişim becerilerine sahiptirler. Liderler, örgütün işleyişini devam ettirmek ve amaçlarına ulaşmak için örgüt içinde ya da örgüt dışında düşünce ve bilgi akışını sağlayabilmek için iyi iletişimci olmak durumundadırlar (Yiğit, 2002). İyi iletişim becerileriyle çalışanlarının kendisini takip etmelerini teşvik etmekte, gerekli anlayış ve güven ortamını oluşturmaktadırlar (Barrett, 2006). Liderler iletişimi etik çerçevede oluşturduklarında, çalışanlar tarafından örnek alınabilecek konuşma ve düşünce modelini oluşturmaktadırlar (Tamer, 2021; Trevino, Brown ve Hartman, 2003). İletişimsel etik; kişiler arası ilişki, paylaşım ve sosyal hayat açısından önemli olmakla birlikte, kısaca uygun iletişimin kurulması olarak özetlenebilmektedir (Erdoğan, 2006). Etik perspektifle oluşturulan iletişim ile çalışanların işleri, kurumları ve liderleri ile olan bağının da güçleneceği, bu bağlamda iletişimsel etiğin sağlanabildiği kurumlarda verimliliğin artacağı ifade edilmektedir. Etik ilkelere uygun olmayan iletişim ise, kurum içi çatışmalara neden olup, çalışan performansını olumsuz yönde etkileyeceği öngörülebilmektedir. Bu açıdan liderler, etik ilkelere dayalı iletişim yolu aracılığıyla sahip olduğu etik ilke ve değerleri çalışanlara yansıtmaları oldukça önemlidir (Bennis, 2009).

3.2.2. İklimsel Etik

Her örgütün, kendine özgü bir yapısı bulunmaktadır ve bu da kurumun iklimsel kaynağını oluşturmaktadır. İklim, kurumun bütün ilişkiler yapısının sonucunda ortaya çıkmaktadır (Erdoğan, 2011). İklimsel etik ya da etik iklim kavramı, etik ilke ve davranışlardan oluşmakta ve kurum içerisindeki davranışları açıklamaktadır. Çalışanların hangi davranışının etik olarak doğru, hangisinin yanlış olduğu ya da hangi davranışının kabul edilebilir ya da hangi davranışının kabul edilemez olduğunun açıklanmasına yardımcı olan (Parboteeah, Cullen, Victor ve Sakano, 2005), kısaca kurumdaki çalışanlardan beklenen davranışları ifade etmektedir. Kurum kültürünün bir parçası olan etik iklim, örgüt içindeki çatışmaları azalttığı gibi ahlâki davranışları desteklemekte, etik ilke ve değerlere öncelik ve önem vermekte ve etik problemlerin çözülmesinde çalışanlara rehberlik etmektedir (Şahin ve Dündar, 2011). Örgütte iklimin oluşmasına zemin hazırlayan kişiler liderlerdir. Bu nedenle etik lider, örgütte iklimsel etiğin sağlanabilmesi bakımından önemli bir rol üstlenmektedir (Toor ve Ofori, 2009).

3.2.3. Karar Vermede Etik

Karar verme, örgüt yönetimi açısından elzem bir unsurdur ve karar vermedeki en büyük pay ise lidere düşmektedir. Karar verme, bir sorunu kararlaştırmak ya da karara bağlamak anlamına (TDK, 2023) gelirken, etik karar verme ise, bir etkinlik ya da davranışın sonuçlarını etik ilke ve değerlerle bağdaştırarak doğru ya da yanlışa karar verme ve bu karar doğrultusunda tutarlı davranışlarda bulunma sürecidir (Özdemir, 2009; Turhan ve Çelik, 2011). Lider, etkin yönetim için etik kararlar almalıdır. Bu süreç "ahlaki farkındalık, ahlaki yargılama, ahlaki motivasyon ve ahlaki davranış" şeklinde dört aşamadan oluşmaktadır (Tuncer, Ayhan ve Varoğlu, 2014). Ahlaki farkındalık, problemin ahlak çerçevesi içerisinde tanımlanmasını ve problemin ortaya çıktığı ortamı değerlendirmeyi içermektedir. Bu aşamada etik lider, koşullara uygun şekilde ahlaki değer ve kuralları tanımlamaktadır (Trevino, Weaver ve Reynolds, 2006). Ahlaki yargılama aşaması, etik lider ahlaki olarak problemi fark ettiğinde başlamakta, lider etik ilke ve değerlere uyma, beklentilere cevap verme ve kurduğu iletişimin etik değerlere uygun olma düzeyini değerlendirmektedir (Rest, Narvaez, Bebeau ve Thoma, 1999). Ahlaki motivasyon aşamasında, etik değerler çerçevesinde verilen kararlar bilinçli ya da bilinçsizce bireyin örgüte bağlanması ve örgütün değer ve yargılarını benimsemesini sağlamakta (Rest ve ark., 1999). Son aşama olan ahlaki davranış, liderlerin davranışlarının sorumluluğunun farkına vararak daha etik davranmasıdır (Trevino ve Youngblood, 1990). Kısaca etik liderler, verdikleri kararların etik ilke ve değerler kapsamında olmasına önem vermelidir. Etik kararlar alırlarken de, önce etik sorunu fark etmeli, sorundan etkilenenleri ve onların beklentilerini dikkate almalı, sorunun çözülmesi yönünde çeşitli stratejiler oluşturmalı, bu stratejilerden uygun olanı uygulamalı ve elde edilen sonuçların her açıdan değerlendirilmesine önem vermelidir (Haban, 2018). Etik liderler, etik standartları belirleyerek çalışanlarına iletmektedirler. Etik liderler, çalışanlarının da etik karar vermelerini desteklemeli ve onları teşvik etmelidirler. Etik liderin fiziksel olarak bulunmadığı durumlarda da çalışanlar liderlerini rol model aldıkları için etik kararlar vereceklerdir (Brown ve Trevino, 2006).

3.2.4. Davranışsal Etik

İnsanların çalışma ortamlarında, davranışlarının hangilerinin doğru ya da yanlış, hangilerinin etik ya da etik dışı olduğu belirli kurallarla belirlenmektedir. Bu durum, çalışmaların sağlıklı bir biçimde yürütülmesi ve kurum içinde güven ortamının sağlanması açısından önemlidir (Tonus ve Oruç, 2012). Kurumlar etik iklim ortamını yaratmak amacıyla etik değer ve ilkelerin yanı sıra, yöneticilerin örgütte etik iklimi geliştirip sürdürebilmelerine destek olmak için etik kod, etik eğitim programları ve prosedürler gibi işlemler uygulamaktadırlar.

Bu yöntemler, liderin davranış ve tutumu ile desteklenmesi durumunda daha büyük bir etkiye sahiptir (Neubert, Carlson, Kacmar, Roberts ve Chonko, 2009). Etik liderler, önyargısız olan, etik davranışlar sergileyen, tarafsız olan, çalışanların ihtiyaçlarına önem veren, çalışanların haklarını destekleyen, çalışanlara karşı önyargısız olan, çalışanlar arasında adil davranan ve bu davranışlarıyla çalışanlarına karşı güven inşa eden kişilerdir (Tayfur, Beytekin ve Yalçınkaya, 2013). Liderin etik değerlerle davranış sergilemeleri, kurumsal güven açısından önemli bir etkiye sahip olduğu gibi (Tayfur ve ark., 2013) çalışanlara örnek olarak çalışanların da aynı şekilde davranmaları üzerinde de etkili olmaktadır (Zhu, May ve Avolio, 2004).

4. Sağlık Kurumlarında Etik Liderlik

Sağlık kurumları yönetimi, hem bireylerin hem de toplumun sağlık durumunu korumak ve geliştirmek üzere sağlık hizmetleri üretimi ile oluşan süreci (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018; Tengilimoğlu, Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat, 2018) ve bu süreçte beşerî ve maddi kaynakların planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesini içermektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2018). Sorumlu oldukları kurumun bu işleyiş sürecini bozan yanlış uygulamaların, önüne geçmek de lider yöneticilerin en önemli amacıdır. Sağlık kurumlarında benimsenen liderlik anlayışları ile diğer sektördeki liderlik anlayışları arasında farklı özellikler bulunmamaktadır. Lider, yeniliklere açık, disiplinli, güvenilir, adaletli ve kriz anını yönetme ve sorun çözme gibi becerilere sahip bireydir.

Her hizmet sunucusu, etik ilke ve değerlere uygun davranan, ideal lider anlayışına sahip yönetici ile hizmet vermek istemektedir. İnsan hayatı üzerinde doğrudan etkisi olan sağlık hizmetlerinde, en ufak bir hatanın meydana gelmesi geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Nitekim yoğun hizmet sunumunun olması ve insan hayatının önemi nedeniyle sağlık kurumlarında belli etik kural çerçevesinde hizmet sunan lider yöneticilerin bulunması önemlidir (Mayer, Aquino, Greenbaum ve Kuenzi, 2012). Etik kurallar, yanlış ile doğruyu, iyi ile kötüyü gösteren kurallardır. Bu sebeple etik liderlik, yanlış uygulamalara sebep olan etik dışı davranışlara karşı önemli bir liderlik tarzıdır (Bennis, 1992). Etik liderlik, etik ilkelerin, değerlerin ve davranışların liderlik rolüne entegrasyonunu kapsayan bir kavramdır. Dürüstlükle liderlik etmeyi, etik kararlar vermeyi ve başkaları için olumlu bir ahlaki örnek olmayı içermektedir. Etik liderler, takipçileri, kuruluşlar ve daha geniş toplumla olan etkileşimlerinde etik davranış, adalet ve hesap verebilirlik davranışlarını göstermektedirler.

Liderlik öncelikle hedef belirleme, değişim yaratma ve başarıya ulaşma ile ilgilidir. Oysaki etik liderlik, sadece amaçlanan hedeflere ulaşma ile ilgili değil, bu amaçlara ulaşmada sergilediği davranışları ve karakteriyle de ilgilidir. Etik liderlerin cesaret, güvenilirlik, saygı,

adalet ve bütünlük gibi bazı ahlaki erdemlere sahip olması gerekmektedir (Banks ve Gallagher, 2009). Etik liderlik özelliğine sahip liderlerin, davranış ve tutumları sağlık çalışanlarının lidere karşı olan güvenini etkilemektedir. Büyük risklerin olduğu sağlık sektöründe, çalışanların lidere olan güveni çalışanların bu riskler karşısında yüksek performans ile çalışmasını mümkün kılmaktadır (Akay ve Çetin Gürkan, 2021). Etik liderlik rolüne sahip liderlerin, kurum içerisinde çalışanlara adil davranması çalışan motivasyonunu ve performansını pozitif yönde etkilemektedir (Ayan, 2015; Çıraklı, Uğurluoğlu, Şantaş ve Çelik, 2014).

5. Etik Liderlikte Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Belirli etik ilke ve değerler üzerine inşa edilen etik liderlik modeli, sağlık kurumlarında özellikle hemşire insan gücünde oldukça ilgi gören bir liderlik türüdür. Sağlık kurumları; insan gücünün çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu ancak, hekim özerkliğinin daha yoğun olduğu ve tüm sağlık çalışanlarının mesleki ve yönetsel işlerinde üstlerine yönelik bir emir-komuta ilişkisi bulunan örgütlerdir. Hemşireler, birim sorumluları ya da diğer yöneticiler tarafından görevler verilmekte ve dolayısıyla bu sağlık insan gücü, yöneticilerinin veya üstlerinin ahlâki standartlarından ve kurallarından daha çok etkilenmektedirler (Sonğur, Özer ve Say Şahin, 2017). Ancak etik, tüm hemşireler tarafından bakım verdikleri bireylere, onların yakınlarına, meslektaşlarına, kurumlarına ve nihayetinde topluma karşı üstlendiği sorumluluk ve görevlerin bir parçası olarak görülmelidir. Tüm hemşireler başkaları için etik rol model olarak hareket edebilir ve bu nedenle de, hemşirelerin etik kuralları diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha fazla dikkate alması gerekmektedir. Etik lider, her zaman çalışanların saygısını kazanan ve ahlaki otoriteye sahip "hemşire yönetici" kimliğine sahip olmayabilir, etik rol model olarak davrandığı sürece hemşirelerde etik liderdir. Bu nedenle, tüm hemşireleri hem lider hem de takipçi olarak kabul etmek önemli bir unsurdur.

Çağdaş hemşirelik zorlayıcıdır ve değer çatışmaları yaygındır. Hemşireler, kurumsal değerler ile mesleki değerlerin çelişebileceği durumlarda etik zorlukların ne zaman ortaya çıkabileceğini önceden tahmin edebilmelidirler. Tüm hemşireler, bakım verdikleri savunmasız hastalardan, birlikte çalıştıkları meslektaşlarından ve öğrencilerden sorumludur. Her bir hemşire, aynı zamanda meslektaşlarına, mesleğe ve topluma karşı sorumludur. Sağlık sektörünün çalışma şekli, iş ahlakı, hasta hakları, hasta-çalışan boyutu, çalışanın sorumlulukları bazı etik kodlar altında yürütülmektedir. Hemşireler etik yükümlülükleri içeren kodlar çerçevesinde mesleğin amaçlarını yerine getirmeye çalışmaktadırlar (Akay ve Çetin Gürkan, 2021).

Etik liderlik, hemşirelik mesleğinde hasta bakımını, kurum kültürünü ve hemşirelerin mesleki gelişimini etkileyen çok önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin yatak başında çalı-

şan bir hemşire, hastasına uygun iyi bir bakım vererek rol model olmakta ve etik liderlik sergilemektedir. Bu hemşireler, eylemleri ve kararları aracılığıyla etik normlar, değerler ve beklentiler oluşturmaktadırlar. Kurumun her seviyesinde etik davranışı, etik karar vermeyi ve hesap verebilirliği teşvik eden bir kültür oluşturmaktadır (Gallagher ve Tschudin, 2010). Etik bir örgüt kültürü, etik hemşirelik uygulamaları, ekip çalışması ve hasta merkezli bakım için bir temel oluşturmaktadır. Hemşirelikte etik liderlik, bunlara ek olarak hasta güvenliğini ve bakım kalitesini arttırabilmekte, güven ve iş birliği kültürünü geliştirmekte, etik karar vermeyi teşvik etmekte, hemşireleri güçlendirmekte ve desteklemekte ve etik kurum kültürünü geliştirmektedir (Lachman, 2017). Alan yazın incelendiğinde etik liderliği benimseyen sağlık kurumlarında, adalet algısı ve buna bağlı olarak da performansın arttığı (Çıraklı ve ark., 2014); çalışanların içsel motivasyonunun yüksek olduğu (Ayan, 2015) ve yenilikçi davranışların desteklendiği de (Arıkök ve Çekmecelioğlu, 2017) belirtilmektedir.

6. Sonuç

Etik liderler, hasta refahına öncelik verir ve etik hususların karar verme süreçlerine entegre edilmesini sağlamaktadırlar. Aynı zamanda, hemşirelik ekipleri içinde ve disiplinler arasında bir güven ve iş birliği kültürünü oluşturarak açık iletişim, karşılıklı saygı ve psikolojik güvenliğe değer verilen bir ortamı teşvik etmektedir. Etik liderler, hasta güvenliğine değer veren ve açık iletişimi teşvik eden bir etik kültür oluşturarak, güven inşa ederek ve ekip çalışmasını kolaylaştırarak, bakım sunumunun etkinliğini ve verimliliğini artırmakta; bu da sağlık hizmeti sağlayıcılarının potansiyel riskleri ve hataları hızlıca tespit edip ele alma olasılığının daha yüksek olduğu bir ortam yaratmaktadır (Lachman, 2017). Bu da, daha iyi hasta sonuçlarına ve genel bakım kalitesine katkıda bulunmaktadır.

Etik liderlik, hemşireleri etik karar verme sürecine dahil olmaları için desteklemekte ve güçlendirmektedir. Etik liderler, hemşirelere karmaşık etik ikilemlerde yardımcı olmak için rehberlik yapmakta, kaynaklar ve etik çerçeve sağlamaktadır. Profesyonel gelişim, mentorluk ve ilerleme için fırsatlar yaratmaktadırlar. Destekleyici bir ortamı teşvik eden etik liderler, hemşirelerin başarılı olmalarını ve hasta bakımına anlamlı bir şekilde katkıda bulunmalarını sağlamaktadır. Adil iş yükü dağılımını, iş-yaşam dengesini ve hemşirelerin katkılarının tanınmasını savunmaktadırlar (Schluter, Winch, Holzhauser ve Henderson ark., 2019). Hemşirelikte etik karar verme, hasta özerkliğini sürdürmek, yararlılığı sağlamak ve adaleti sürdürmek için hayati öneme sahiptir. Güçlendirilmiş ve desteklenen hemşirelerin şefkatli bakım verme ve iş tatmini gösterme olasılığı daha yüksektir.

Etik hemşire liderler, hemşirelerin etik yeterliliğini artırmak ve etik liderlik davranışlarını teşvik etmek için; etik ilkeler, karar verme çerçeveleri ve etik ikilemler hakkında sürekli eğitim ve öğretim programları sağlamalıdır. Çalışanların etik kaygılarını ele almak ve hemşireler arasında etik tartışmaları teşvik etmek için açık iletişimi, aktif dinlemeyi ve geri bildirimi destekleyen bir ortam yaratmalıdır. Ayrıca karmaşık etik durumları ele almada hemşirelere rehberlik etmek için etik çerçeveler, etik komiteler veya danışma hizmetleri kullanmak gibi etik karar vermeye yönelik yapılandırılmış yaklaşımları benimsemeleri, etik değerleri vurgulayan, etik sorunları ele alan ve çeşitli hemşirelik bağlamlarında etik karar verme için rehberlik sağlayan kurumsal politikalar geliştirmeleri önerilmektedir.

Kaynakça / References

Akay, D. ve Çetin Gürkan, G. (2021). Sağlık çalışanlarında etik lider algısının bireysel yenilikçilik düzeyi üzerindeki etkisi. *Journal of Organizational Behavior Review, 3*(1), 1-18.

Akdoğan, A. ve Demirtaş, Ö. (2014). Etik liderlik davranışlarının etik iklim üzerindeki etkisi: örgütsel politik algılamaların aracı rolü ve bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, *12*(2), 595-616.

Alkan, D.P. ve Arikboğa, F.Ş. (2017). Etik liderlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracılık etkisi ve bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, *24*(2), 349-369.

Arıkök, M. ve Çekmecelioğlu, H. G. (2017). Etik liderliğin üretim karşıtı iş davranışları üzerindeki etkisi: Ankara üretim sektöründe bir uygulama. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10*(52), 918-1012.

Atak, M. (2005). Örgütlerde resmi olmayan iletişimin yeri ve önemi. *Journal of Aeronautics and Space Technologies*, *2*(2), 59-67.

Ataman, G. (2002). *İşletme yönetimi – Temel kavramlar & yeni yaklaşımlar*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Ayan, A. (2015). Etik liderlik tarzının iş performansı, içsel motivasyon ve duyarsızlaşma üzerine etkisi: kamu kuruluşunda bir uygulama. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, *10*(3), 117-141.

Banks, S., & Gallagher, A. (2009). *Ethics in professional life: Virtues for health and social care.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Barrett, D.J. (2006). *Leadership communication: a communication approach for senior-level managers*. Emerald Group Publishing Limited.

Bennis, W. (2009). *On becoming a leader* (20th ed.). New York: A Member of the Perseus Books Group.

Bennis, W.G. (1992). Managing the dream: Leadership in the 21st century. *The Management of Human Resources: Selected Readings*, *30*(6), 166-168.

Brown, M.E., & Mitchell, M.S. (2010). Ethical and unethical leadership: exploring new avenues for future research. *Business Ethics Quarterly, 20*(1), 583-616. https://doi.org/10.5840/beq201020439

Brown, M. E., & Trevino, L. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The Leadership Quarterly, 17*(6), 595-616. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.004

Brown, M.E., Trevino, L.K., & Harrison, D.A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 97*, 117–134. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002

Can, H., Azizoğlu, Ö.A., & Aydın, E.M. (2015). *Örgütsel Davranış* (1.bs). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Can, H., Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2016). *Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi* (8.bs). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Certo, S.C. (2000). *Modern management: Diversity, quality, ethics and the global environment* (8th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Çıraklı, Ü., Uğurluoğlu, Ö., Şantaş, F. ve Çelik, Y. (2014). Etik liderlik davranışlarının örgütsel adalet üzerindeki etkisi: hastanede bir uygulama. *İşletme Bilimi Dergisi*, *2*(2), 53-69.

Cullen, J.B., Parboteeah, K.P., & Victor, B. (2003). The effects of ethical climates on organizational commitment: A two-study analysis. *Journal of Business Ethics, 46*(2), 127-141.

Demir, E. (2014). Örgütlerde iletişim. Elma, C. ve Demir, K. (Ed.), *Yönetimde çağdaş yaklaşımlar kitabı* (4.bs) içinde (s.67-89). Ankara: Anı Yayıncılık.

Duffield, J.F., & McCuen, R.H. (2000). Ethical maturity and successful leadership. *Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice, 126*(2), 79-82. https://doi.org/10.1061/(ASCE)1052-3928(2000)126:2(79)

Enderle, G. (1987). Some perspectives of managerial ethical leadership. *Journal of Business Ethics, 6*(8), 657-663.

Erdoğan, İ. (2002). *Eğitimde değişim yönetimi*. Ankara: Pegem Yayıncılık

Erdoğan, İ. (2006). Medya ve etik: Eleştirel bir giriş. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 23,* 1-26.

Erdoğan, İ., (2011). *İletişimi anlamak*. Ankara: Pozitif Yayıncılık.

Gallagher, A., & Tschudin, V. (2010). Educating for ethical leadership. *Nurse Education Today*, *30*(3), 224-227. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.11.003

Haban, M. M. (2018). O*rtaöğretim kurum yöneticilerinin etik liderlik davranışlarına ilişkin bir karma yöntem çalışması*. (Doktora Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Gaziantep.

Hermond, D. (2006). Ethical leadership is not optional: How LPPs can help. *International Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity Electronic*, *8*(1), 1-5. https://doi.org/10.1057/jdg.2009.20

Hunt, S.D., Wood, V.R., & Chonko, L.B. (1989). Corporate ethical values and organizational commitment in marketing. *Journal of Marketing, 53*(3), 79-90.

Kar, S. (2014). Ethical leadership: Best practice for success. *Journal of Business and Management, 1*(14), 112-116.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Koçel, T. (2020). *İşletme yöneticiliği* (18.bs.). İstanbul: Beta Yayınları.

Lachman, V.D. (2017). *Ethical leadership and decision making in nursing* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.

Mayer, D. M., Aquino, K., Greenbaum, R. L., & Kuenzi, M. (2012). Who displays ethical leadership, and why does it matter? An examination of antecedents and consequences of ethical leadership, *Academy of Management Journal*, *55*(1), 151-171. https://doi.org/10.5465/amj.2008.0276

Mihelic, K.K., Lipicnik, B., & Tekavcic, M. (2010). Ethical leadership. *International Journal of Management and Information Systems*, *14*(5), 31-41. https://doi.org/10.19030/ijmis.v14i5.11

Mirze, K.M. (2010). *İşletme*. İstanbul: Literatür Yayınları.

Neubert, M.J., Carlson, D.S., Kacmar, K.M., Roberts, J.A., & Chonko, L.B. (2009). The virtuous influence of ethical leadership behavior: evidence from the field. *Journal of Business Ethics, 90*, 157-170.

Northouse, P.G. (2018). *Leadership: Theory and practice* (8th ed.). CA: SAGE Publications.

Özdaşlı, K. ve Akın, O. (2013). Etik liderlik ve örgütsel bağlılık ilişkisi: muhasebe bürolarında çalışanlar üzerine bir araştırma. *Muhasebe ve Denetime Bakış, 40*, 29-42.

Özdemir, E. (2009). Pazarlama araştırmasında etik karar alma. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, *64*(02), 119-144.

Palmer, D.E. (2009). Business leadership: Three levels of ethical analysis. *Journal of Business Ethics*, *88*(3), 525–536. I https://doi.org/10.1007/s10551-009-0117-x

Parboteeah, K.P., Cullen, J.B., Victor, B., & Sakano, T. (2005). National culture and ethical climates: A comparison of US and Japanese accounting firms. *Management International Review*, *45*(4), 459-481.

Piccolo, F.R., Greenbaum, R., Hartog, D.N., & Folger, R. (2010). The relationship between ethical leadership and core job characteristics. *Journal of Organizational Behavior*, *31*, 259-278. https://doi.org/10.1002/job.627

Plinio, A.J. (2009). Ethics and leadership. *International Journal of Disclosure and Governance*, *6*(4), 277-283.

Resick, C.J., Hanges, P.J., Dickson, M.W., & Mitchelson, J.K. (2006). A Cross-cultural examination of the endorsement of ethical leadership. *Journal of Business Ethics*, *63*(4), 345–359. https://doi.org/10.1007/s10551-005-3242-1

Rest, J.R., Narvaez, D., Bebeau, M.J., & Thoma, S.J. (1999). *Postconventional moral thinking: A neo Kohlbergian approach* (1st ed.). Maneah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Şahin, B. ve Dündar, T. (2011). Sağlık sektöründe etik iklim ve yıldırma (mobbing) davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Ankara* Üniversitesi *SBF Dergisi*, *66*(01), 129-159.

Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2019). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, *26*(1), 3-20. https://doi.org/10.1177/0969733007088357

Sonğur, C., Özer, Ö. ve Say Şahin, D. (2017). Etik liderliğin örgütsel adalet üzerine etkisi: Bir kamu hastanesinde uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20*(4), 445-456.

Tamer, G. (2021). The role of ethical leadership in increasing employees' organizational commitment and performance: the case of healthcare professionals. *Journal of Life Economics, 8*(1), 133-146. https://doi.org/10.15637/jlecon.8.1.13

Tayfur, M., Beytekin, O.F. ve Yalçınkaya, M. (2013). İlköğretim okul yöneticilerinin etik liderlik özellikleri ile okullardaki örgütsel güven düzeyinin incelenmesi (İzmir İl Örneği). *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, *21*, 84-106.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat M. (2018). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tonus, H.Z. ve Oruç, İ. (2012). İnsan kaynakları yönetiminde etik dışı davranışlar ve yönetimi: Bir işletmenin personel yönetmeliği içerik analizi. *İş Ahlâkı Dergisi*, *5*(10), 149-181.

Toor, S.R., & Ofori, G. (2009). Ethical leadership: Examining the relationships with full-range leadership model, employee outcomes, and organizational culture. *Journal of Business Ethics*, *90*(4), 533-547. https://doi.org/10.1007/s10551-009-0059-3

Trevino, L.K., & Youngblood, S.A. (1990). Bad apples in bad barrels: A causal analysis of ethical decision-making behavior. *Journal of Applied Psychology, 75*(4), 378-385.

Trevino, L.K., Brown, M., & Hartman, L.P. (2003). A qualitative investigation of executive ethical leadership: Perceptions from inside and outside the executive suite. *Human Relations, 59*(1), 5-37.

Trevino, L.K., Weaver, G.R., & Reynolds, S.J. (2006). Behavioral ethics in organizations: A review. *Journal of Management*, *32*(6), 951-990.

Tuna, M., Bircan, H. ve Yeşiltaş, M. (2012). Etik liderlik ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Antalya örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 26*(2), 143-155.

Tuncer, D., Ayhan, D. Y. ve Varoğlu, D. (2014). *Genel işletmecilik bilgileri* (6.bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Turhan, M. ve Çelik, V. (2011). Okul yöneticilerinin etik liderlik davranışlarının okuldaki sosyal adalet üzerindeki etkisi. *e-Journal of New World Sciences Academy, 6*(1), 438-452.

Türk Dil Kurumu, (2023). Karar verme, içinde *Güncel Türkçe Sözlük*. Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr

Tutar, H., Altınöz, M., & Çakıroğlu, D. (2011). Is ethical leadership and strategic leadership a dilemma? A descriptive survey. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *24*, 1378-1388.

Yaman, A. (2010). İç denetçinin yeni rolü: Etik liderlik. *Denetişim*, *5*, 9-16.

Yiğit, R. (2002). İyi bir lider olmanın yolları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6*(1), 17-21.

Yılmaz, E. (2010). The analysis of organizational creativity in schools regarding principals' ethical leadership characteristics. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *2*(2), 3949-3953.

Zalenik, A. (1992). Managers and leaders: Are they different? *Harvard Business Review*, *70*(2), 126-135.

Zhu, W., May, D.R., & Avolio, B.J. (2004). The impact of ethical leadership behavior on employee outcomes: the roles of psychological empowerment and authenticity, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, *11*(1), 16-26.

9. KISIM - PART 9

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE ETİK

PUBLIC HEALTH NURSING AND ETHICS

35. BÖLÜM / CHAPTER 35

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK: TARİHÇESİ, GELİŞİMİ VE ÖNEMİ

ETHICS IN PUBLIC HEALTH NURSING: HISTORY, DEVELOPMENT AND IMPORTANCE

Elif ATEŞ[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: elif.ates@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.35

ÖZ

Halk sağlığı alanı, sanitasyon, sağlığın korunması, epidemiyoloji, çevre sağlığı, finansman, gözetim dahil olmak üzere sağlığın teşviki ve geliştirilmesi veya klinik bakımın sağlanmasına kadar uzanan geniş bir faaliyet alanını ve profesyonel disiplinleri içerir. Bu disiplinlerin her biri, etik ikilemlerle karşılaşan sistemlerde çalışır, bu da halk sağlığı çalışanlarının mesleklerinin etik ilkelerini anlama ve uygulama motivasyonuna sahip olmalarını önemli kılar ve böylece etiği, eğitim ve uygulamanın önemli bir bileşeni haline getirir. Halk sağlığı etiği yeni gelişen bir alandır. Ancak alanda tartışılan etik konular yeni değildir. En temel etik sorun, bireysel özgürlüklerin etik açıdan ihlal edilme ikilemleridir. Halk sağlığı profesyonelleri, faaliyetlerinde bireysel özgürlüklere saygılı olma ile nüfusun sağlığını koruma eylemlerini etik açıdan dengelemelidirler. Bu alandaki etik kurallar, 2002 yılında Halk Sağlığı Liderlik Enstitüsü tarafından ifade edilmiştir. Kabul edilen halk sağlığında temel etik değerler, yükümlülükler (Profesyonellik ve güven, saygı ve güvenlik, sağlık adalet ve hakkaniyet, bağımlılık ve dayanışma, insan hakları ve sivil özgürlükler, kapsayıcılık ve etkileşim) önemlidir ve kavramsal olarak çok yönlüdür. En son 2019 yılında güncellenen "Halk Sağlığı Etik Kuralları", hem halk sağlığı uygulayıcıları hem de kurumlar için etik standartlar ve yükümlülükler içermekte olup, özellikle etik açıdan zorlu durumlarda bireysel ve toplu karar vermeye yönelik rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Halk sağlığı hemşireleri de sağlık bakım hizmeti verirken, üstlendikleri rol ve sorumluluklarda, etik değerleri ve bu rehberleri göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı hemşireliği, etik, değerler, etik ikilemler, etik kurallar

ABSTRACT

The field of public health includes a wide scope of activities and professional disciplines, ranging from sanitation, health protection, epidemiology, environmental health, financing, and health promotion, including supervision, or the provision of clinical care. Each of these disciplines works in systems that face ethical dilemmas, making it important that public health workers have the motivation to understand and practice within the ethical guidelines of their profession, thus making ethics an important component of training and practice. Public health

ethics is a newly developing field. However, the ethical issues discussed in the field are not new. The most fundamental ethical problem is the dilemma of ethical violations of individual freedoms. Public health professionals must ethically balance respecting individual freedoms with protecting the health of the population in their activities. Ethical guidelines in this field were articulated by the Public Health Leadership Institute in 2002. The recognized core ethical values and obligations in public health (professionalism and trust, respect and safety, health justice and equity, interdependence, and solidarity, human rights and civil liberties, inclusion and interaction) are important and conceptually multifaceted. The "Code of Ethics for Public Health", last updated in 2019, contains ethical standards and obligations for both public health practitioners and institutions and aims to provide guidance for individual and collective decision-making, especially in ethically challenging situations. Public health nurses should also consider ethical values and these guidelines in their roles and responsibilities while providing health care services.

Keywords: Public health nursing, ethics, values, ethical dilemmas, ethical rules

Extended Abstract

The ethical issues inherent in public health practice date back to the past. After years of academic interest in bioethics, the field of public health ethics is still in its infancy. The Centers for Disease Control in the US defines public health ethics: "As a field of study, public health ethics seeks to understand and clarify principles and values which guide public health actions. Principles and values provide a framework for decision-making and a means of justifying decisions. Because public health actions are often undertaken by governments and are directed at the population level, the principles and values that guide public health can differ from those that guide actions in biology and clinical medicine (bioethics and medical ethics) which are more patient or individual-centered. There are several possible answers to the question "Why now?" about public health ethics. With the increased interest in terrorism over the last decade, public health professionals have been asked to clarify ethical issues when considering the strategies and tactics to be used and the rationale for their use in working to protect the public from danger. In an era of limited and dwindling resources for local public health departments, the spread and preventability of disease and stopping deaths have inevitably led professionals to make challenging ethical choices. The ethical issues discussed in the field of public health are of profound importance to professionals. For example, in core public health activities, practitioners must balance the need to respect individual freedoms with actions to protect the health of the population. In discussions on the management of chronic diseases, it is sometimes argued that it may not be ethically acceptable to propose an intervention that benefits a group of patients and is not necessarily beneficial for each individual patient. For example, regular blood transfusion therapy for stroke prevention in sickle cell disease significantly reduces the rate of relapse or new stroke in people at risk. These regular blood transfusions should be given to all individuals at risk. However, not all such patients will have strokes, which means that some patients receive an intervention that does not provide real benefits for them. When analyzed through a public health ethics framework, as in these scenarios, questions can be raised. In 2002,

the Public Health Leadership Institute formally articulated ethical foundations and guidelines for public health practice. In 2005, the Centers for Disease Control (CDC) and Prevention established the Public Health Ethics Committee (PHEC) to provide leadership on public health ethics within the. In 2019, the American Public Health Association published an updated Code of Public Health Ethics to provide guidance for policy and programmatic decision-making. The Code states that public health professionals should consider 8 factors before any action is considered ethical. These are (1) permissibility, (2) respect, (3) reciprocity, (4) effectiveness, (5) responsible use of scarce resources, (6) proportionality, (7) accountability and transparency, and (8) public participation. In addition, public health ethics as a field of practice is the application of relevant principles and values to public health decision-making processes. Public health ethics inquiry carries out three core functions; first, identifying and clarifying the emerging ethical dilemma; second, analyzing alternative courses of action and their consequences, and third, resolving the dilemma by deciding which course of action best combines and balances guiding principles and values. The public health nurse should carry out the basic nursing roles and responsibilities within the framework of ethical rules while providing health care services. In particular, the care given to society and the individual should include the four ethical principles of autonomy, non-harming, helpfulness, and justice. By putting these four key principles into practice, public health nurses can better protect and preserve the human rights of the individual, community, or community they serve. Public health nurses are increasingly faced with ethical, moral, cultural, and political conflicts in today's society. Because of these increasing problems, it is imperative that public health nurses are competent and well-educated in human rights.

1. Giriş

Halk sağlığı, 100 yılı aşkın bir süre önce, bireylerden çok, toplumların sağlığını iyileştirmek üzere, organize bir disiplin olarak başlamıştır. Bununla birlikte, nüfusa dayalı olan odağı göz önüne alındığında, halk sağlığı erişiminin uygun kapsamı ve faaliyetlerinin, bireysel özgürlükleri etik açıdan ihlal edip etmediği konusu, sürekli olarak ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Abbasi, Majdzadeh, Zali, Karimi ve Akrami, 2018; Kass, 2001).

Geleneksel halk sağlığı hedeflerini ve müdahaleleri, bireysel özgürlükleri ve sosyal adaleti en üst düzeye çıkarırken, morbidite veya mortaliteyi azaltmalıdır. Bir halk sağlığı programında elde edilen veriler, morbidite veya mortaliteyi azaltacağı kanıtlanmalıdır. Uygulanan veya planlanan programın yükleri belirlenmeli ve en aza indirilmelidir. Program adil bir şekilde uygulanmalı, zaman zaman önceden var olan, sosyal adaletsizlikleri en aza indirmeli ve bir topluluk için hangi yüklerin kabul edilebilir olduğunu belirlemeye yönelik adil prosedürler kullanılmalıdır (Abbasi ve ark., 2018; Kass, 2001). Bu bağlamda halk sağlığı etiği, hekimler ve bireysel olarak hastalar, arasındaki ilişkiye odaklanmak yerine, popülasyonlara odaklanmaktadır.

Halk sağlığı etiği, yeni bir biyoetik alanı olarak görülmektedir. Ancak halk sağlığı etiği alanı henüz gelişme aşamasındadır. Etik analizler, sağlık otoritesinin rolü, halkın sağlığını koruyan ve geliştiren toplu eylemler, nüfus içindeki çok çeşitli değerler ve gereksinimler, sağlığın nüfus içindeki adaletsiz dağılımı gibi, halkın özelliklerine göre şekillenmektedir. Ancak tabii ki halk sağlığı etiği, bireysel sağlığı, hakları ve değerleri göz ardı etmeyi gerektirmez. Etik analizler yapılırken, nüfusa odaklanılmaktadır, tek tek insanların endişeleri değerlendirilmekte ve diğerleri ile bir bütün olarak dengelenmelidir (Saenz, 2021).

2. Toplum, Nüfus Sağlığı, Halk Sağlığı ve Etik

Yale Halk Sağlığı Okulu'nun kurucusu olan Charles-Edward A. Winslow, 1920 yılında, halk sağlığını "toplum, kuruluşlar, kamu ve özel sektör, topluluklar ve bireylerin bilinçli seçimleri ve organize çabaları yoluyla hastalıkları önleme, yaşamı uzatma, fiziksel sağlığı ve verimliliği geliştirmeyi içeren bilim ve sanat" olarak tanımlamıştır (Singleton, 2022). Nüfus sağlığı ise, 2000 yılında bir tartışma konusu olarak ortaya çıkan, halk sağlığının bir alt kümesidir. Nüfus sağlığı, ırk, yaş, yer veya hastalığa göre kategorize edilmiş belirli bir grup, bireyin sağlığı ile ilgilenmektedir. Yetkililer daha sonra bu belirli insan grupları için, politikalar tasarlamışlardır. Politika yapıcılar, bireyin sağlık durumunu etkileyebilecek sosyo-ekonomik durum, eğitim ve okuryazarlık, hoş olmayan çalışma ortamı, barınma, mahalle güvenliği, yeterli besleyici yiyecek veya su eksikliği veya mesleki risk faktörlerine maruz kalma gibi

tıbbi olmayan faktörleri araştırmaktadır (Singleton, 2022). Halk sağlığı açısından bakıldığında ise, yaygın olarak, bireyi sahip olduğu özellikler bakımından, bir alt gruba indirgemekte ve bireysel gereksinimleri veya ait oldukları grupla örtüşmeyecek bireysel sağlık endişelerini kapsamamaktadır (Singleton, 2022).

Biyoetik kavramı, 1960'ların sonlarında ve 1970'lerin başlarında ortaya çıkmış olup, tıp etiğinin önemli ölçüde genişlemesini temsil etmektedir. 1970'lerin ve 1980'lerin kültürel eğilimlerine uygun olarak, siyasi sol ile piyasa odaklı sağ, bir seçim ve özgürlük konusunda sıklıkla bir araya gelmiştir. Evrensel sağlık hizmetlerine duyulan bariz gereksinim, sağlık durumundaki ırksal ve etnik eşitsizliklerin devam etmesi ve arka plandaki sosyal ve ekonomik faktörlerin önemi, birçok kişinin dikkatini çekmiştir. Etik konular, hekim-hasta ilişkisi ve tıp profesyonelliğinin ötesinde, organ nakilleri, genetik, üreme biyolojisi ve kaynak tahsisi gibi yeni alanlara taşınmıştır (Callahan ve Jennings, 2002). Ancak, ilk yıllarda biyoetik konuları olarak, halk sağlığının doğasında var olan belirgin etik sorunlara çok az ilgi gösterilmiştir. Biyoetik, ilk çıkış noktasını, insan denek araştırmalarının kötüye kullanılmasından, hasta hakları hareketinin ortaya çıkışından ve ileri teknoloji ile tıbbın ilişkisinden almıştır. Teknolojiye olan odaklanmayla, 19. yüzyıldan beri, halk sağlığında temel ilgi konusu olan sosyal ve ekonomik eşitsizlik sorunlarıyla, kapsamlı bir şekilde ilgilenme eksikliği şeklinde süreç devam etmiştir. Bu arada, halk sağlığı alanı, 1950'lerdeki çocuk felci salgınları, sigara ve akciğer kanseri raporları ve Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS) salgını tarafından ara sıra kamuoyunun dikkatini çekmiş olsa da, sağlık alanındaki ilerlemelerle bir dereceye kadar gölgede kalmıştır. 1990'ların ortalarına gelindiğinde ise, halk sağlığına ilgi artmıştır. Halk sağlığı programlarının karşılaştığı etik ikilemler dikkat çekmiş ve halk sağlığı okullarının müfredatlarında etik ve halk sağlığı derslerine daha sık yer verilmeye başlanmıştır (Callahan ve Jennings, 2002).

İlerleyen zamanlarda, sağlık alanındaki gelişim ve değişimler devam etmiş olup, son on yılda, halk sağlığı için kamu görünürlüğüne olan gereksinim artmış olup, yeniden canlanmalar meydana gelmiştir. Bunun en az iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi, yeni ortaya çıkan veya var olan bazı bulaşıcı hastalıkların hala net çözümünün olmadığıdır. İkincisi ise, halk sağlığı uzmanları işlerini tam olarak yapabilmeleri için, her ne kadar biyotıp tekniklerine ve tarama programlarına özellikle gereksinim duyulsa da, toplum sağlığını geliştirmek için biyomedikal gelişmelerden çok, halk sağlığı önlemlerinin iyi alınması ve sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesi konusu önem arz etmektedir. Bu durum, halk sağlığı camiasında uzun zamandır sıradan bir konu olmakla birlikte, alanın dışındaki çoğu kişi tarafından ihmal edilmiş bir gerçektir. Sağlıkla ilgili politika yapıcıların kaygısı, sağlık sonuçlarına, maliyet

etkinliğine ve yaşam döngüsü boyunca önleyici tedbirlere (birincil, ikincil ve üçüncül koruma) yöneldikçe, halk sağlığı alanı giderek daha fazla kamu ve yasal önem kazanmaktadır. Uzun süredir biyomedikal araştırma savunuculuğuna odaklanan, Research America, şimdi sağlık ve hastalık önleme araştırmalarını teşvik etmek için güçlü bir koalisyonla çalışmakta ve birçok özel vakıf, bu tür araştırmalara destek vermektedir (Callahan ve Jennings, 2002).

Halk sağlığı alanı daha ön plana çıktıkça, onunla ilgili etik sorunlar da gündeme gelmektedir. Kamu alanında etik konularda daha fazla eğitim ve araştırma yapılmaktadır. "Halk sağlığının temel etik sorunları nelerdir? Bu konuların açıklığa kavuşturulmasında ve çözümünde, en çok hangi etik yönelimlere gereksinim duyulmaktadır? Halk sağlığı kurumlarında ve programlarında, etik ilkeler ve kavramlar karar alma süreçlerine nasıl dahil edilmelidir? Halk sağlığı politikasının etik boyutları, ne kadar yeterli bir şekilde tanımlanmakta ve tartışılmaktadır?" gibi sorular düşünülmektedir (Callahan ve Jennings, 2002).

Halk sağlığı alanında çalışan, küçük ama büyüyen bir etik uzman kadrosu vardır. 1980'lerde, Amerikan Halk Sağlığı Derneği, biyoetik üzerine, özel bir grup, Biyoetik Forumu (şimdiki adı Etik Forumu) kurmuştur. Bu grup, halk sağlığı etiği akademisyenlerinin tartışmalarını ve ağ kurmalarını kolaylaştırmaktadır. Etiğin önemi, 1997'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri CDC 'nin Direktör Danışma Komitesi'nin, bir alt etik komitesi kurmasıyla yeniden anlaşılmıştır. Etik yönergeler, "American College of Epidemiology ve American Statistical Association" tarafından geliştirilmiştir. Son zamanlarda, Halk Sağlığı Liderliği Derneği'nin bir çalışma grubu, alan için etik kuralları geliştirmek üzere bir grup kurmuş ve Halk Sağlığı Okulları Birliği (ASPH), kamuda etik öğretimini ilerletmek için tasarlanan bir müfredat geliştirme projesi başlatmıştır. Görüldüğü gibi, etik ve halk sağlığına olan ilgi açıkça artmaktadır (Callahan ve Jennings, 2002).

Halk Sağlığı Liderlik Enstitüsü 2002 yılında, halk sağlığı uygulamaları için etik bir temelin var olduğu varsayımının ötesine geçerek, resmi olarak etik kuralları ifade etmiştir. Halk sağlığı alanının etik temellerinin hem açıklığa kavuşturulması, hem de halka duyurulması için etik kodların oluşturulması adına, ortak bir çaba harcanmıştır. Çok sayıda bilim insanı benzer şekilde, halk sağlığı uygulamalarında ve politikalarında yaşanan etik sorunlara, gerilimlere ve tartışmalara yol açtığı öne sürülen alanları belirlemiştir. Genellikle, halk sağlığı etiği, klinik tıpta ortaya çıkan etik zorluklar ile halk sağlığı uygulamalarında ortaya çıkanlar arasındaki ayrımları vurgulamaktadır. Birçoğu, halk sağlığının yöneliminin, sorunlarının ve değerlerinin tıbbınkinden yeterince farklı olduğunu ve biyoetik veya tıp etiğinin araç ve yapılarının halk sağlığındaki etik sorunları ele almak için yetersiz olduğunu savunmuştur. Özellikle bilim adamları, biyoetikte bireysel özerkliğe yapılan vurgunun halk sağlığının nüfus yönelimi ile

tutarlı olmadığını öne sürmektedir (Baum ve ark., 2009; Brandenburg ve ark., 2011; Thomas, 2005).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), 2005 yılında, kurum içinde halk sağlığı etiği konusunda liderlik sağlamak için Halk Sağlığı Etik Komitesini (PHEC) kurmuştur. Komitenin oluşturulması, CDC'nin halk sağlığı uygulamalarında ortaya çıkan etik sorunları ele almak için sistematik bir sürece sahip olma gereksinimini dile getirmiştir. Bunun önemi, 2004-2005 mevsimsel grip aşısının bulunmaması ve halk sağlığı yetkililerinin sınırlı miktardaki aşıyı, kime uygulayacaklarına karar vermede ki, gerekliliği vurgulamıştır. Bu olayın ardından CDC, halk sağlığı etiği liderleri olarak atanan, CDC personelinden ve kurumun her bir merkezinden yedekleriyle oluşan bir komite oluşturmuştur. Halk Sağlığı Etik Komitesi, halk sağlığı uygulamalarında ortaya çıkan etik kaygıları ele almada program liderlerine yardımcı olmak için bir Halk Sağlığı Etiği Danışmanlık Hizmeti (ECS) sağlamaktadır (Klingler ve ark., 2020).

Amerikan Halk Sağlığı Derneği ise, 2019 yılında, politika ve programatik karar verme konusunda rehberlik sağlamak için, güncellenmiş bir Halk Sağlığı Etik Kuralları yayınlamıştır. Kurallar, halk sağlığı uzmanlarının herhangi bir eylemin etik olarak kabul edilmesinden önce 8 faktörü göz önünde bulundurması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar; (1) izin verilebilirlik, (2) saygı, (3) karşılıklılık, (4) etkililik, (5) kıt kaynakların sorumlu kullanımı, (6) orantılılık, (7) hesap verebilirlik ve şeffaflık ve (8) halkın katılımıdır. Ayrıca, araştırmacılar ve uygulayıcılar, halk sağlığındaki etik konulara giderek daha fazla dikkat etmektedirler (Gollust ve ark., 2008).

3. Halk Sağlığı Etiğinin Kapsamı

Halk sağlığının kapsamı geniş olduğu gibi, alandaki etik konuların aralığı da oldukça geniştir. Etik, insanların barış, karşılıklı saygı ve adalet içinde bir arada yaşamaları için gerekli olan değerlerin, erdemlerin ve ilkelerin araştırılması olarak anlaşıldığında, halk sağlığı alanında her konu, etik bakış açısına uygundur. Bu geniş alanın kapsamı sınırlandırmaya çalışılırsa, bu tür konular dört genel kategori içerisinde toparlanabilmektedir. Bu dört konu başlığı; sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, riskin azaltılması, epidemiyolojik ve diğer halk sağlığı araştırma tasarımları ve sağlık durumundaki yapısal ve sosyoekonomik eşitsizlikler olarak tanımlanmaktadır (Callahan ve Jennings, 2002).

Halk sağlığı etiğinde, bu konularda uygulama yaparken ve karar verirken, bazen yaşanılan zor durumlarda, etik analizlerin kullanılması, pratik bir öneme sahip olmasından öte, halk sağlığı uygulamalarına değer katmaktadır. Temelde etik, yapılandırılmış düşünce ve analiz

için pratik bir kılavuzdur. Etik, can sıkıcı zorlukların doğasını ve neden bazı zorlukların diğerlerinden daha can sıkıcı olduğunu, daha iyi anlamamıza, neyi dikkate almamız gerektiğine, nihai olarak neyi bilmemiz gerektiğine yardımcı olabilmektedir (Pestronk ve Jacobson, 2008). Şöyle ki yaşamı veya ölümü, tek bir kişiyi veya bir insan topluluğunu etkileyecek bir sorunla karşılaştığımızda, kimi dikkate almamız gerektiği veya "doğru" seçimin ne olabileceği konusunda, sonuçlara varmamıza, kimin yardım etmesi gerektiği konusunda düşünmeye sevk etmektedir. Ayrıca vardığımız kararların nedenlerini, daha şeffaf ve açık bir hale getirmeye yardımcı olmaktadır (Pestronk ve Jacobson, 2008).

4. Halk Sağlığında Etik Kodlar

Halk sağlığında, etik davranmak ve halka karşı yükümlülükleri yerine getirmek, dikkatli bir şekilde düşünmeyi ve kasıtlı karar vermeyi gerektirmektedir. Halk sağlığında etik kurallar, halkın güveninin kazanılması, halk sağlığı uzmanlarının davranışlarında profesyonellik standartlarının oluşturulması ve bu profesyonel standartları uygulayabilmek için, karşılaşılan baskılar ve kararlarla, etik açıdan başa çıkmada, gerekli yeteneklere sahip olunmasını savunmaktadır (Jennings, 2018).

Halk Sağlığı Etik Kuralları, alandaki halk sağlığı uygulayıcılarına yönelik bir dizi mesleki standart ve beklentilerdir. Halk Sağlığı Liderlik Derneği 2002 yılında, bir projeye katılan halk sağlığı uygulayıcılarından oluşan bir ekip tarafından, Halk Sağlığı Etik Uygulama İlkeleri başlıklı bir kod geliştirmiştir. Bu ilkeler, Amerikan Halk Sağlığı Derneği tarafından benimsenmiş ve American Journal of Public Health 'de yayınlanmıştır. O zamanlar, halk sağlığı alanının dinamik bir büyüme yaşadığı ve kodların belirli zaman aralıklarla, yeniden incelenip muhtemelen revize edilmesi halinde, bu alana en iyi şekilde hizmet edeceği kabul edilmiştir (Thomas ve ark., 2002).

Halk sağlığı uygulayıcıları, yerel, eyalet ve ulusal devlet halk sağlığı departmanları dahil olmak üzere ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, çeşitli yerel ve uluslararası sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ve akademi ile aynı ortamlarda çalışmaktadırlar. Her ortamdaki uygulayıcılar çeşitli disiplinlerden gelmekte ve çok sayıda bilimsel ve teknik çalışma alanını temsil etmektedirler. Halk sağlığının değerleri ve standartları, bu ve diğer halk sağlığı ortamları ve disiplinlerdeki uygulayıcılar için geçerlidir (American Public Health Association, 2019).

Halk sağlığı kadar karmaşık, pratik ve çok disiplinli faaliyetlerde, etik davranmak ve etik yükümlülükleri yerine getirmek, dikkatli bir şekilde gerektiğinde reddetmeyi ve kasıtlı olarak karar vermeyi gerektirmektedir. Halk sağlığı kanıta dayalı bir uygulama alanıdır. Halk sağlığı eylemleri, bilimsel gözlem ve çıkarımlara, yaşanmış deneyimlere ve halk sağlığı uy-

gulayıcıları tarafından değer verilen kavramlara dayanmaktadır. Halk sağlığı kararları, çeşitli bireylerin, grupların ve toplulukların sağlığını ve esenliğini etkilemektedir (American Public Health Association, 2019).

Halk Sağlığı Etik Kuralları, hem halk sağlığı uygulayıcıları, hem de kurumlar için etik standartlar ve yükümlülükler içermekte olup özellikle etik açıdan zorlu durumlarda bireysel ve toplu karar vermeye rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Halk sağlığı profesyonellerinin, karmaşık bir etik sorunu ele alırken, aşağıdaki bir dizi beceriye sahip olması gerekmektedir:

- Halk sağlığı çalışmalarının etik boyutlarını belirlemek,
- Ortaya çıkan çelişkili değerleri ve etik ikilemleri dile getirmek,
- Halk sağlığı çalışmalarından etkilenen bireyleri ve grupları dahil eden kapsayıcı yöntemler kullanarak seçenekler ve eylem planları üzerinde uzlaşmak,
- Özellikle bilginin sınırlı olduğu veya hızla geliştiği durumlarda, süreci revizyona açık tutmak için çözümler uygulamak ve değerlendirmektir (American Public Health Association, 2019).

Aileler ve toplumlar içerisinde yer alan, tüm insanların etik standartları, hakları, yükümlülükleri ve kişisel bir ahlaki vicdanı bulunmaktadır. İnsanlar profesyonel olduklarında, mesleki bilgi ve yetkilerinin nasıl ve hangi amaçlar için kullanılması gerektiğine ilişkin, ikinci bir dizi özel sorumluluk ve yükümlülük üstlenmektedirler. Bazen kişinin profesyonel kimliğinin özel yükümlülükleri, kişisel çıkarları ve hatta yükümlülükleri ile çatışabilmektedir. Bir profesyonelin özel etik yükümlülüklerini yerine getirmesi kolay değildir. Örneğin; bir halk sağlığı çalışanı, acil durum sırasında göreve geldiğinde, korkutucu ve zor bir dönemde, evlerini ve ailelerini terk etmek zorunda kalırlar ki, böyle bir süreç pandemi döneminde yaşanmıştır. Halk sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin mesleki etik bir yükümlülük olarak risk almaları ve kendilerini tehlikeye atmaları beklenmektedir. Ayrıca kamu yararını ve kamu güvenini, kendi kişisel çıkarlarının önüne koymaları, görev ve yetkilerini asla kişisel çıkarları için kötüye kullanmamaları beklenmektedir. Kodlar, bu tür özel mesleki yükümlülüklerin taahhüt edildiği ve açıklandığı belgelerdir (American Public Health Association, 2019).

4.1. Halk Sağlığının Temel Değerleri ve Yükümlülükleri

Halk sağlığında temel etik değerler önemlidir ve kavramsal olarak çok yönlüdür. Bu etik değerler ve yükümlülükler uygulamada farklı şekillerde gerçekleştirilebilirler. Basit tanımları yoktur. Sürekli ve açık bir şekilde reddedilme ve yeniden olumlama gerektirirler (Jennings, 2018).

A. Profesyonellik ve Güven: Halk sağlığı politikalarının, uygulamalarının ve eylemlerinin etkinliği, etik, bilimsel ve profesyonel standartlara dayanan kararlarla kazanılan, kamu güvenine bağlıdır. Sağlık uygulamalarında, toplum bilgilendirildiği sürece, halkın güveni kazanılmaktadır. Bazen halk sağlığı uygulayıcıları, karar vermede tam bir bilimsel bilginin yokluğunda, doğru karar verebilmek için, etik bir çerçeveye sahip olması gerekmektedir. Halk sağlığı uygulayıcıları ve kuruluşları, yeterliliği, dürüstlüğü ve doğruluğu teşvik etmektedir. Halk sağlığı karar vericilerinin, çatışan çıkarları ve etkileri ifşa etme konusunda, şeffaf ve dürüst olmaları gerekmektedir (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

B. Sağlık ve Güvenlik: Sağlık ve güvenlik, insanın dört dörtlük olması için temel koşullardır. Halk sağlığı uygulayıcıları ve kuruluşları, sağlığa zararlı durumları önlemek, en aza indirmek ve azaltmak için, kamu güvenliğini, sağlığı ve refahı/konforu teşvik etmek ve korumak adına, etik bir sorumluluğa sahiptir (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

C. Sağlık Adalet ve Hakkaniyet: Halk sağlığı profesyonelleri ve kuruluşları, bir bireyin veya bir grubun sosyal hiyerarşilerdeki göreceli konumuna bakmaksızın, sağlıkla ilgili yüklerin, faydaların ve fırsatların eşit dağılımını teşvik etmek için bilgi, beceri, deneyim ve etkilerini kullanma konusunda etik bir yükümlülüğe sahiptir. Sağlıkta adalet ve hakkaniyet, halk sağlığı faaliyetlerinin sağlık eşitsizliklerini şiddetlendirmemesini sağlamaya kadar uzanmaktadır. Ayrıca sağlık adaleti, yalnızca kıt kaynakların bireyler arasındaki işlemlerde dağıtılmasıyla ilgili değildir; aynı zamanda ses, güç ve zenginlikle ilgili eşitsizliklerden kaynaklanan yapısal ve kurumsal tahakküm biçimlerinin iyileştirilmesini de içermektedir (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

D. Bağımlılık ve Dayanışma: Her bireyin sağlığı, insan topluluğu içindeki diğer tüm bireylerin sağlığına, diğer canlılara ve çevresel ekosistemlerin bütünlüğüne ve işleyişine bağlıdır. Halk sağlığı profesyonelleri ve kuruluşlarının, insanları, toplulukları, insan olmayan hayvanları ve içinde yaşadıkları ekolojileri koruyup ilerletecek şekilde bireyler, toplumlar ve çevreler arasındaki olumlu ilişkileri güçlendirme ve olumsuzları hafifletme konusunda etik bir yükümlülüğü bulunmaktadır (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

E. İnsan Hakları ve Sivil Özgürlükler: Davranışı sınırlayan, zorlayıcı yasal önlemler belirli durumlarda etik olarak haklı gösterilebilirken, genel olarak halk sağlığının etkili ve etik uygulaması, kişisel özerkliğe, kendi kaderini tayin hakkına, mahremiyete ve birçok kişilerarası alanda tahakkümün yokluğuna saygının, sosyal, kültürel ve kurumsal biçimlerde koşullarına bağlıdır. Çağdaş halk sağlığı, bu sosyal ve kültürel koşullara saygı duymakta

ve bu koşulların sürdürülmesine yardımcı olmaktadır (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

F. Kapsayıcılık ve Etkileşim: Olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek ve bireyleri, toplumları ve ekosistemi korumak için, etkilenen bireyleri ve toplulukları dahil eden kamusal alanda, bilinçli karar verme süreçleri gerektirmektedir. Halk sağlığı profesyonelleri ve kuruluşlarının şeffaf olma, genel olarak halka karşı hesap verebilir olma ve çeşitli halkları, toplulukları veya paydaşları karar alma süreçlerine dahil etme konusunda etik sorumlulukları bulunmaktadır (American Public Health Association, 2019; Jennings, 2018).

4.2. Halk Sağlığı Alanında Etik Kararlar İçin Rehber

Etik kararlar, halk sağlığı uzmanlarının ve kuruluşlarının neyi, neden yapmaları gerektiğini değerlendirmelerine yardımcı olmaktadır. Yapılan eylemi, temel değerlere dayandırmak, halk sağlığı uygulayıcılarına, savunulabilir bir yaklaşım sağlamaktadır. Buna ek olarak, bazen değerler ve etik yükümlülükler çatışabilmekte, bu da ortak bir zemin bulma ve bütünlüğü sürdüren bir uzlaşma arama ihtiyacıyla sonuçlanmaktadır. Etik problemleri çözmek, doğru cevabı bulmak anlamına gelmez; bunun yerine, her şey dikkate alındığında, ahlaki açıdan uygun bir yol aramak anlamına gelmektedir (American Public Health Association, 2019).

Önerilen halk sağlığı eylemlerine ilişkin profesyonel müzakere ve muhakeme uygulamasının ayrılmaz bir parçası olan, etik karar verme ve akıl yürütme becerisi, halk sağlığı uygulayıcıları ve karar vericileri içinde önemli bir yeterliliktir. Önerilen veya planlanan halk sağlığı eylemlerinin, etik analizi dört önemli bileşeni içermektedir:

- Önerilen eylemin, halk sağlığı hedeflerinin belirlenmesi,
- Etik olarak, ilgili gerçeklerin ve belirsizliklerin belirlenmesi,
- Etkilenen bireylerin ve toplulukların sağlığı ve hakları için, eylemin anlam ve sonuçlarının analizi,
- Önerilen eylemin, temel halk sağlığı değerleriyle nasıl örtüştüğünün analizidir.

Etik hedefler ve değerler, genellikle bir halk sağlığı eyleminde veya kararında söz konusudur. Bu hedeflerin ve değerlerin, nasıl sıralanması gerektiği veya farklı amaç ve değerler arasındaki çelişkilerin nasıl çözülmesi gerektiği her zaman net değildir. Halk sağlığı profesyonelleri, müzakereci bir karar verme sürecinde, aşağıdaki hususları ciddi bir şekilde tartışarak, halk sağlığındaki yetki ve gücün keyfi, ayrımcı veya başka bir şekilde halkın güvenini suistimal edecek şekillerde kullanılmamasını sağlamaya çalışmalıdırlar. Aşağıda, halk sağlığı müdahalelerinin ve politikalarının planlandığı ve bu tür müdahaleler ve politikalara ilişkin

önemli kararların alındığı, hemen hemen her ortamda ortaya çıkması gereken sekiz husus bulunmaktadır. Bu hususlar dikkate alınmadığında, nihai karar ne olursa olsun, kararın yeterince etik açıdan incelendiğini söylemek güç olacaktır (American Public Health Association, 2019).

Müsaade Edilebilirlik: "İyi bir sonuca sahip olsa bile, kabul edilen eylem etik olarak yanlış olur mu?" Etik, ahlaki olarak izin verilen davranışları, ahlaki olarak yasaklanan davranışlardan ayırmaya çalışmaktadır. Bir eylemin genellikle iki faktöre dayalı olarak, ahlaki açıdan kabul edilebilir olduğuna karar verilmektedir. Bunlar, eylemin dışsal sonuçları ve eylemin içsel doğası veya anlamıdır. Bazen motivasyon ve niyet de hesaba katılmaktadır. Etik açıdan şüpheli eylemleri belirlemek için, halk sağlığı profesyonelleri, önerilen eylemin sosyal ve kültürel bağlamını dikkate almalıdır. Belirli bir eylemin gelecekte yararlı bir şekilde kullanılabilecek yeni bilgiler edinmek gibi, izin verilen sonuçları olabilir ancak yine de sosyal, kültürel ve tarihsel deneyim ve fikir birliği nedeniyle yasaklanmış bir eylem türü olabilmektedir. İzin verilmeyen eylemin açık bir örneği işkencedir; bir diğeri ise ırk, cinsiyet, etnik köken veya işlev bozukluğuna dayalı ayrımcılıktır. Bu tür eylemler, bugün halk sağlığı misyonunun merkezi olarak kabul edilen değerleri ihlal etmektedir (American Public Health Association, 2019).

Halk sağlığında karar verme ve uygulama, normalde etik olarak izin verilen eylemler alanı içinde işlev görecektir, ancak bu alan içinde bile zor ve önemli değer değiş tokuşları yapılmalıdır. Örneğin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını sınırlamak, bireylerin mahremiyet hakları ile bir popülasyonda hastalığın yayılmasını sınırlamada etkili olan temaslı takibi gibi yöntemlerin kullanımı arasında bir denge kurulmasını gerektirmektedir.

Saygı: "Önerilen eylem, sağlığa yararlı olsa bile bireyleri ve toplulukları aşağılayıcı veya saygısız bir durum içine sokar mı?" Saygı, işlemlerde, değiş tokuşlarda ve ilişkilerde insan onurunu desteklemektedir. Bu hususlar, dahil olan taraflar arasında, gereksinim veya kaynaklar açısından önemli bir eşitsizlik olduğunda söz konusu olabilmektedir. Saygı aynı zamanda, adalet ve eşitlik gibi önemli değerlerin yanı sıra, karşılıklı bağımlılık ve dayanışmayı da gerektirmektedir. Özellikle genç yaş veya bilişsel engelleri nedeniyle demokratik müzakerelere tam olarak katılamayacak veya rıza gösteremeyecek, hatta tasdik edemeyecek kişilerin haysiyetini korumak önemlidir (American Public Health Association, 2019).

Karşılıklılık: "Önerilen eylemin bireylere ve topluluklara dayattığı potansiyel zararları ve kayıpları dengelemek için makul olanı yaptık mı?" Karşılıklılığın etik ideali, sosyal hayatın tek taraflı dayatmasından ziyade, karşılıklı değişimi ve iş birliğini yansıtması gerektiği fikrini doğrulamaktadır. Karşılıklılık, halk sağlığı politikasına bağlı kalmanın getirdiği yükleri makul olduğu ölçüde hafifletmemizi zorunlu kılmaktadır. Bir kamu makamı, bireylerin ve topluluk-

ların önemli bir toplumsal girişime katkıda bulunmalarını veya katılmalarını talep ettiğinde, bu tür katkıların gereksiz veya makul olmayan bir şekilde külfetli olmamasını sağlamak için gerekli araçları sağlamak, o makamın görevidir. Örneğin, halk sağlığı uygulayıcıları, bir halk sağlığı acil durumunun bulunduğu yere gönderilirse, onlara uygun eğitim ve uygun ekipman sağlanmalıdır. Benzer şekilde, halk sağlığı bireyleri zorunlu karantinaya veya sosyal mesafe önlemlerine tabi tutuyorsa, uygun tıbbi yardım, barınma koşulları, beslenme, dış iletişime erişim, izolasyonlarının seyri ve diğer insan hakları korumalarını sağlamak halk sağlığının ve diğer görevlilerin, kurumların etik sorumluluğudur (American Public Health Association, 2019).

Etkililik: "Mevcut en iyi kanıtlara ve geçmiş deneyimlere dayanarak, önerilen eylemin belirtilen sağlık hedeflerine ulaşmasını beklemek makul müdür?" Önerilen bir halk sağlığı eyleminin planlanan hedeflerinin, ahlaki açıdan izin verilebilir olduğu belirlendikten sonra, bu izin verilen hedeflere, ne kadar iyi ulaşılacağının değerlendirilmesi gerekmektedir. Şu anda mevcut olan en iyi bilgiler göz önüne alındığında, önerilen bir halk sağlığı eylemi veya kararı, amaçlanan halk sağlığı hedefine ulaşabilmelidir. Bir eylem kendi iyiliği için, makul etkili bir başarı olasılığı olmadan, etik olarak gerekçelendirilemez. Örneğin, özellikle bilinmeyen bir patojeni veya ciddi bir bulaşıcı hastalığı içeren bir salgın durumunda, salgını kontrol altına alma etkinliklerine ilişkin kanıtlar zayıf olsa bile, karantina, seyahat veya toplanma kısıtlamasını içeren önlemler siyasi nedenlerle değerlendirilebilmektedir. Önemli insani, çevresel ve ekonomik maliyetler, mevcut veya uzun vadeli bu tür önlemlerle ilişkilidir, etkinliklerine dair kanıt eksikliği, kullanımlarına karşı bir etik argüman sağlamaktadır (American Public Health Association, 2019).

Kıt Kaynakların Kullanımı: "Önerilen eylem, iyi bir şekilde yönetiliyor mu ve halkın halk sağlığı profesyonellerine duyduğu güveni hak ediyor mu?" Neredeyse her halk sağlığı eylemi, özellikle zor etik yargılara varılması gerekenler, insan becerisi, yetenek ve zaman gibi kıt kaynakların kullanımını içermektedir; tıbbi ekipman ve sarf malzemeleri veya diğer alt yapı, doğal kaynakların tüketimi ve diğer faaliyetlere yönlendirilebilecek fonlar gibi. Kendi şartlarında izin verilebilir ve etkili olsa bile, etik karar verme, belirli bir eylemin, şu anda veya öngörülebilir gelecekte dikkat edilmesi gereken diğer ihtiyaçlar veya sağlık hedefleri ile ilgili olarak kaynakların harcanmasını, hak edip etmediğinin değerlendirilmesini gerektirir. Örneğin, büyük miktarlarda tıbbi malzeme veya ekipmanlar yedekte stoklanırsa, gelecekteki olası bir acil durumda daha az yıkıcı olabilir. Ancak, devam eden diğer halk sağlığı programları ve hizmetleri yetersiz finanse edilirken, bu stoklanmış kaynaklar uzun süre de kullanılmayabilir (American Public Health Association, 2019).

Orantılılık: "Önerilen eylem, halk sağlığı profesyonellerinin güçlerini ve yetkilerini sağduyulu ve alçakgönüllülükle kullandıklarını gösterecek mi?" Hemen hemen her halk sağlığı eyleminin, özellikle zor etik yargılara varılması gerekenlerin hem faydaları hem de maliyetleri vardır. Orantılılık, bir eylemin veya kararın olumlu ve olumsuz göreceli etkilerinin değerlendirilmesini içermektedir. Orantılı bir eylem, bir halk sağlığı hedefine ulaşmak için kullanılan araçların, getirdikleri faydalar ve yükledikleri maliyetler ışığında, bu fayda ve maliyetlerin adil ve ayrımcı olmayan bir şekilde, dağıtılması koşuluyla olacaktır. Tersine, orantısız bir eylem, çok küçük bir olasılıkla birkaç kişiye önemli fayda sağlama ve birçok kişi için yaygın bir yoksunluk veya zarar verme maliyeti içeren bir eylem olacaktır. Örneğin, halk sağlığı ve güvenliği hedeflerinin zaman zaman kişisel özgürlük gibi, diğer değerleri haklı olarak geçersiz kılabileceği, ancak yine de bu eylemlerin, halk sağlığı hedeflerini karşılayacak şekilde, en az kısıtlayıcı yaklaşımı benimsemesi gerektiği ileri sürülmüştür. Orantılılık kavramının mekânsal olduğu kadar, zamansal olarak da düşünülebileceğine dikkat edilmelidir. Orantısız zarar riski, olasılığı hem mevcut hem de gelecek nesiller için geçerli olabilir. Bu yargılar, gelecekteki kişiler üzerindeki etki durumlarında, belki daha karmaşıktır, ancak bu, onların etik önemini göz ardı etmek için bir neden değildir (American Public Health Association, 2019).

Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık: "Önerilen eylem, detaylı etik incelemeye dayanacak mı ve genel kamuoyunun anlayacağı, geçerli nedenlerle gerekçelendirilecek mi?" Halk sağlığı uygulamasında, her iki kavram da bireylerin ve toplulukların güven veren desteğine ve gönüllülük iş birliğine dayanmaktadır. Güven, devam eden şeffaflık ve hesap verebilirlik üzerine kuruludur. Bu, hiçbir kritik soru sorulmadığı zaman bile, eylemleri ve güdüleri açıklamayı içermektedir. Halk sağlığı profesyonelleri, bir programın arkasındaki mantığı ve kanıtları açıklayarak, etkilenen topluluklara ve paydaşlara saygı göstermelidir. Bu aynı zamanda, söz konusu belirli karar veya sonuçla aynı fikirde olmasalar bile, toplum üyelerinin karar verme süreçlerine dahil olmalarını, anlamalarına yardımcı olmaktadır. Özellikle kriz veya acil durumlarda, şeffaflık her zaman uygulanabilir veya istenmeyebilir; bireysel mahremiyeti korumak ve kamusal panikten kaçınmak, ağır basan hususlar olabilir. Ancak kanıtların geriye dönük şeffaflığı ve etik muhakeme neredeyse her zaman iyi bir etik uygulamadır. Bu, öğrenen organizasyonların ve yansıtıcı profesyonel uygulamanın ayırt edici özelliğidir (American Public Health Association, 2019).

Halkın Katılımı: "Önerilen bir eyleme karar verirken, potansiyel olarak etkilenen tüm paydaşlara katılım fırsatı verildi mi, bazıları kasıtlı olarak karar verme sürecinden dışlanacaksa, bunu yapmanın etik bir gerekçesi var mı?" Halkın katılımı, halk sağlığı araştırmalarına, karar vermeye, planlamaya, politikaya ve uygulamaya halkın anlamlı bir şekilde dahil edilmesini

ifade etmektedir. Halkın katılımı hem katılımcıların hem de karar vericilerin karşılıklı olarak bilgilenmesini, diyalog ve fikir alışverişinde bulunmasını sağlamalıdır. Bu, halka yönelik tek yönlü iletişimden daha fazlasını gerektirmektedir (örneğin, kamu hizmetleri duyuruları, sosyal medya kampanyaları veya pazarlama gibi). Azınlık ve marjinal toplulukların güvenini etkileyen veya oldukça hassas ve bölücü olan kararlar, etkilenen paydaşları dahil etmek için uyumlu çabalar gerektirmektedir. Halkın katılımı, karar vermenin meşruiyetini, şeffaflığını ve adaletini arttırmakta ve kamu kurumlarında güven inşa etmektedir. Genç yaşları veya bilişsel engelleri nedeniyle kamusal söylemlere tam olarak katılamayan vatandaşlara uygun ilginin gösterilmesi gerekmektedir (American Public Health Association, 2019).

4.3. Halk Sağlığı Alanında Politika ve Uygulama İçin Etik Eylem Rehberi

Halk sağlığı mesleği, işlevleri ve uygulamaları için etik bir misyon ve kimlik sağlayan temel değerler ve üzerinde düşünmeleri gereken temel hususlar, birlikte ele alındığında, etik karar vermede, daha spesifik bir etik eylem rehberi oluşturulmaktadır. Etik eylem rehberinin amacı; topluma hizmet verirken ortaya çıkan, farklı işlevsel alanlardaki etik sorunları vurgulamak ve bu konuların nasıl anlaşılması ve ele alınması gerektiğine dair rehberlik sağlamaktır. Bu rehber bilimsel araştırmalarda, uzmanlık alanlarında, yasal ve sosyal otorite kararlarında, kamu güveni sağlama, etik sorumluluk alma gibi, halk sağlığı kuruluşlarının ve uygulayıcılarının günlük uygulamalarında kullanılmaktadır (American Public Health Association, 2019).

Etik eylem rehberleri/kılavuzları, bir etik sorunla karşılaşınca kararı aydınlatmak içindir. Ne olursa olsun uyulması gereken etik "kurallar" değildirler. Halk sağlığı karar vericilerinin, bu tavsiyelere uyması gerektiği varsayılmalıdır, ancak belirli bir kararın verilmesi gereken gerçekler ve koşullar, zaman zaman bu varsayımı çürütebilmektedir. Başka bir deyişle, tavsiyeler en iyi şekilde etik başlangıç noktaları olmakla birlikte, belirli politikalar ve kararları etkileyen belirli koşullar ve faktörler tarafından meşru bir şekilde geçersiz kılınabilen varsayımlar olarak anlaşılabilir (American Public Health Association, 2019). Eylem rehberi önerileri;

Alan 1: Toplumun karşı karşıya olduğu, sağlık durumuna ve halk sağlığı sorunlarına odaklanan değerlendirmeler yürütmek ve yaymak

- Toplum sorunlarını tanımlamak ve sağlığın nedensel faktörlerini veya sosyal belirleyicilerini belirlemek için disiplinler arası iş birliğine teşvik edilmelidir.
- Sağlık değerlendirmelerini yürütmek ve yaymak için toplum üyeleri dahil edilmeli, yetkilendirilmeli ve eğitilmelidir.

- Toplum sağlığını iyileştirmek için algılanan gereksinimler ile uzmanlar tarafından tanımlanan ihtiyaçlar arasında denge kurulmalıdır.
- Sağlık sorunlarına öncelik verilmeli ve ilgili bulgular yaygınlaştırılmalıdır.
- Halk sağlığı bilgilerinin bireylere veya topluma zarar vermemesi için önlemler alınmalıdır.
- Araştırma sürecinde ön yargıların etkisini en aza indirmek için, geri bildirim verilmesine teşvik edilmelidir.

Alan 2: Toplumu korumak için sağlık sorunlarını ve çevresel tehlikeleri araştırmak

- Halk sağlığı tehditleri hızlı ve verimli bir şekilde tespit edilmeli, tanınmalı ve kabul edilmelidir.
- Halk sağlığı tehditlerini kabul etme isteğini engelleyebilecek çıkar çatışmalarından kaçınılmalıdır.
- Araştırmacıların, kaynakları verimli ve etkili bir şekilde kullanması sağlanmalıdır.
- Veri geçerliliği sağlanmalı, mevcut verilerin sınırlamaları hesaba katılmalı, önemi tanımlamak için istatistiksel eşikler belirlenmeli, medya ve politika yapıcılar da dahil olmak üzere verileri kullanan diğer kişilere neden ve sonuçla ilgili uygunsuz sonuçlara varmamaları için yardımcı olmak adına adımlar atılmalıdır.
- Veri toplarken bireylerin mahremiyetinin korunmasına özel önem verilmeli, yalnızca hastalık kontrolü veya korunma için gerekli olan veri unsurları ve örnekler toplanmalı ve kişisel tanımlayıcı bilgiler, artık ihtiyaç kalmadığı anda veri kümesinden çıkarılmalıdır.
- Halkın bilgi ihtiyacı ile bir soruşturmanın sonuçlarının, toplumlar, gruplar, bireyler için gereksiz bir yük oluşturma veya diğer olumsuz sonuçlara, yol açma olasılığı dengelenmelidir.
- Bulguların, özellikle soruşturmaya veri sağlayan bireylere ve toplum ortaklarına, derhal bildirilmesi zorunlu kılınmalıdır.
- Ortaya çıkan müdahalelerin, halkı korumak için gereken en az kısıtlamaya sahip olduğundan emin olunmalıdır.
- Ortaya çıkan müdahalelerin azınlık veya başka şekilde savunmasız nüfuslar (çocuklar ve yaşlılar dahil) üzerinde orantısız bir şekilde, olumsuz bir etkiye sahip olmadığın-

dan ve gelecekte zararları önlemek için nüfusların ve ekosistemlerin direncini artırmaya yönelik bir çaba olduğundan emin olunmalıdır.

- Toplum üyeleri ve paydaşlar, karar verme sürecinde aktif katılımcılar olmaları konusunda teşvik edilmelidir.

Alan 3: Halkı sağlık sorunları ve işlevleri hakkında bilgilendirmek ve eğitmek

- Toplumun tüm üyeleri dahil edilmelidir.
- Farklı kitlelerin gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Doğru ve dürüst olunmalıdır.
- Riskler çeşitli şekillerde tanımlanmalıdır.
- Halk sağlığı sorunlarına karşı bireysel ve toplumsal çözümlerin geliştirilmesinde bireyler ve topluluklar dahil edilmeli, deneyimler kullanılmalı ve bakış açıları birleştirilmelidir.

Alan 4: Sağlık sorunlarını belirlemek ve ele almak için toplumla etkileşim kurmak

- Sağlıkla ilgili zorlukları, fırsatları ve eylem önceliklerini belirlemek için, paydaşlarla ve toplumla diyalog kurulması adına, anlamlı fırsatlar yaratılmalıdır.
- Yaşamın erken dönemlerinden itibaren bireyler, kendi sağlıkları üzerindeki kapasitelerini arttırmaya yönelik teşvik edilmelidir.
- Sağlık planlama ve programlama faaliyetlerinde öncelikli olan toplumu ve grupları belirlemede çaba sarf edilmelidir.
- Politika ve müdahale geliştirme, uygulama ve değerlendirmenin tüm aşamalarında paydaşlar bir araya getirilmelidir.
- Sağlık sorunları, fırsatlar ve eylem öncelikleri hakkında toplum perspektiflerine duyarlı olunmalıdır.
- Pozitif değişim yaratmak için beklenmedik fikirlere açık olunmalıdır.
- Toplum sağlığını etkileyen kültürel, sosyal ve tarihi bağlamlara uyum sağlanmalıdır.
- Toplum ortaklarıyla karar verme, bilgi ve kaynak paylaşımı teşvik edilmelidir.
- Bireylerde ve toplumlarda dayanıklılık ve etkililik geliştirmeye çalışılmalıdır.
- Bireylerin haysiyetini, yeteneklerini ve toplumun varlıklarını, güçlerini kabul ederek, karşılıklı saygıya dayalı ilişkiler ve ortaklıklar kurulmalıdır.

Alan 5: Halk sağlığı politikalarını ve planlarını geliştirmek

- Toplum üyelerinden gelen veriler toplanmalı ve yerel değerlere, geleneklere duyarlı olunmalıdır.
- Bilimsel olarak incelenmiş, araştırmaya dayalı veriler, mümkün olan en geniş ölçüde kullanılmalıdır.
- Bir toplumda veya diğer benzer toplumlarda, politika ve planları tasarlama, uygulama deneyimleri göz önünde bulundurulmalı ve bu deneyimlerden öğrenilen dersler gelecekteki tasarım ve uygulama çabalarına dahil edilmelidir.
- Toplum sağlığını ve esenliğini artıran politikalar teşvik edilmelidir. Politikalardan ve planlardan etkilenen bireylerin ve toplulukların mahremiyetine, haysiyetine ve özgürlüklerine saygı gösterilmelidir.
- Toplum içindeki belirli grupların kasıtsız olarak damgalanmasından kaçınılmalıdır.
- Mevcut eşitsizlikler ve eşitsizliklerden etkilenen tüm savunmasız nüfusların sağlığı ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hedeflenmelidir.
- İnsanların büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar da dahil olmak üzere, bir kişinin genetik yapısı ve kişisel davranışları dışında kalan, sağlığın belirleyicileri göz önünde bulundurulmalı ve mümkünse ele alınmalıdır. Bu belirleyiciler, bireysel kaynakları, topluluk kaynaklarını, tehlikeli durum maruziyetlerini ve fırsat yapılarını içerebilir.
- Toplum ve çevre üzerindeki olumsuz etkiler azaltılmalı veya ortadan kaldırılmalıdır. Özellikle de bu olumsuz etkilerin, sağlık eşitsizlikleriyle karşı karşıya kalan bireyler tarafından, orantısız bir şekilde yaşanma eğiliminde olduğunda, bunun farkında olunmalıdır.
- Makul alternatif seçeneklerin dikkate alındığından ve değerlendirildiğinden, nihai halk sağlığı politikalarının ve planlarının, zarar verme olasılığını en aza indirirken, belirtilen hedeflere en etkili şekilde ulaşmak için tasarlandığından emin olunmalıdır.
- Halk sağlığı uygulamalarında, politikaların ve planların etik uygunluğunu değerlendirmek için tarafsız mekanizmaların yanı sıra, etik standartlara bağlılığına yönelik sisteme mekanizmalar dahil edilmelidir.
- Halk sağlığı politikalarından ve planlarından etkilenen bireylerin ırkına, etnik kökenine, cinsiyetine, cinsel yönelimine, cinsiyet kimliğine ve diğer benzersiz özelliklerine duyarlı olunması sağlanmalıdır.

Alan 6: Halk sağlığı yasalarını uygulamak

- Halk sağlığı yasalarını uygulama yetkisine sahip hükümet yetkilileri tarafından kurulmalıdır.
- Sağlık eşitsizlikleri azaltılmalıdır.
- Bireysel özgürlükleri ve mahremiyeti ihlal etmekten mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.
- Sivil toplum kuruluşlarının katılımı teşvik edilmelidir.
- Halk sağlığı yasasının uygun şekilde yayınlanması sağlanmalı ve halk yasanın hem yazılı haline, hem de ruhuna uygun davranılması konusunda eğitilmelidir.

Alan 7: Sağlık ve sağlık hizmetlerine uygun sosyal kaynaklara erişimi sağlamak

- Sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sunumunu iyileştirmek için, diğer sağlık uzmanları, meslek kuruluşları ve sivil gruplarla iş birlik teşvik edilmelidir.
- Kapsamlı ve evrensel teminat sağlayan sürdürülebilir bir sağlık sigortası sisteminin gereklilikleri hakkında politika yapıcıları ve halkı bilgilendirme sürecinde, araştırma ve gerekçeli argüman sunarak yardım edilmelidir.
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde damgalama, korku, utanç gibi stratejilerle değil, bireylerin haysiyetine ve kapasitesine saygıya dayanan yaklaşım sergilenmelidir.
- Sosyal çevreye katılarak, bireyin bilinçli seçimini ve önleyici bakıma erişimini destekleyen, sağlığı geliştirmeye yönelik programlar geliştirilmelidir.
- Toplum temelli halk sağlığı hizmetlerine erişim iyileştirilmeli ve yetersiz hizmet alan nüfusa ve sağlık eşitsizliklerinden en çok etkilenen bireylere ulaşılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerine erişim sağlama konusundaki etik yükümlülüğün, sadece kişilerle sınırlı olmadığı kabul edilmeli ve buna göre hareket edilmelidir.
- Artan gereksinime cevap verilmeli ve hizmetlere eşit erişimi sürdürmek için halk sağlığı altyapısının kapasitesini artırmak üzere program planlamalarına katılım sağlanmalıdır.

Alan 8: Halk sağlığı işgücünü yetkin bir şekilde sürdürmek

- İşgücü ile ilgili tüm alanlarda sürekli eğitim sağlanmalıdır.
- Farklı sosyal, kültürel, ekonomik ve diğer geçmişlerden ve topluluklardan gelen halk sağlığı çalışanlarının eğitim ve öğretimi teşvik edilmelidir.

- Halk sağlığı eğitim ve öğretim erişimi desteklenmeli ve ihtiyaca göre mali yardım sağlanmalıdır.
- Yeterli performans sağlanması için, kurumsal ve profesyonel destek sağlanmalıdır.
- Eğitim ve öğretim gereksinimleri hakkında geniş ve yaratıcı düşünce teşvik edilmelidir.
- Eğitim ve öğretim programlarının/faaliyetlerinin devam eden değerlendirmelerine dahil edilmelidir.
- Halk sağlığı ve devam eden eğitimlerin, merkezi bir parçası olarak, etik eğitimin alınması sağlanmalıdır.

Alan 9: Süreçleri, programları ve müdahaleleri değerlendirmek ve sürekli iyileştirmek

- Tüm temel programatik bileşenlerde, sürekli iyileştirme süreçlerine yönelik bir taahhüt içermelidir.
- İyileştirme sürecine, geniş bir paydaş yelpazesi dahil edilmelidir.
- Temel program bileşenleri için, ölçülebilir hedeflere yönelik, uygun stratejik planlar geliştirilmelidir.
- Belirli hedefler bağlamında, tüm temel program unsurları düzenli incelemelerle, bir araya getirilmelidir.
- Değerlendirme yaklaşımlarındaki iyileştirmeler için, ortamlar değerlendirilmelidir.
- Kalite iyileştirme süreçleri, düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Öğrenme müdahaleleri yoluyla, geri bildirim sağlamaya yönelik yaklaşımlarda, ilgili yeniliklere yatırım yapılmalıdır.

Alan 10: Halk sağlığının kanıt tabanına katkıda bulunmak ve uygulamak

- Halk sağlığı çalışmalarına rehberlik etmek için mevcut en iyi kanıtlar kullanılmalıdır.
- Bilimsel kanıtın farklı derecelerde, kesinlik ve olasılık ile farklı biçimlerde geldiği vurgulanmalıdır.
- Birden çok disiplinden gelen kanıtlar göz önünde bulundurulmalıdır. Halk sağlığı kuruluşları, uzak belirleyicilerin karmaşıklığı ve sağlığın çeşitli yakın belirleyicileri ele alınmalıdır.
- Farklı kanıt türlerinin gücü ve uygunluğu değerlendirilmelidir.

- Kanıtın ne zaman değiştiği, eksik olduğu ve varsayımların, bağlamların kanıtın alaka düzeyini değiştirdiği fark edilmeli ve kabul edilmelidir.
- Etik ve metodolojik olarak sağlam kanıtların toplanmasına kaynak yatırımı yapılmalıdır.

Alan 11: İdari ve yönetim kapasitesini korumak

- İdari rollerde yüksek nitelikli halk sağlığı pratisyenlerinin işe alınması, elde tutulması ve kariyer gelişimi sağlanmalıdır.
- İşe alma, işte tutma ve terfi konularında, ayrımcı olmayan personel uygulamaları kullanılmalıdır.
- Tüm direktörler, yönetim, personel ve kuruluşun kendisi için geçerli olan algılanan çıkar çatışmaları da dahil olmak üzere, periyodik mali açıklamalar ve yasaklar tanımlanmalıdır.
- Personel, dış toplum ve kuruluşun halk sağlığı programları ve hizmetlerinden yararlananlar arasındaki ilişkilerde etik bütünlüğü, eşit saygınlığı ve saygıyı teşvik eden bir kurumsal kültür sürdürülmelidir.
- Etik davranış standartlarına ve halk sağlığı değerlerine dayalı, çalışan performans standartları ve değerlendirmeleri oluşturulmalıdır.
- Hem personeller arasında hem de daha geniş toplulukta kuruluşun çalışmaları boyunca ortaya çıkan etik sorunlarla ilgili periyodik eğitim ve personel eğitimi için kaynaklar sağlanmalıdır.
- Etik anlaşmazlıkları ve zorlukları ele almak ve çözmek, kurumsal etik ve karar vermeyi geliştirmek için etik komiteler gibi resmi yapılar oluşturulmalıdır.
- Etik, kalite iyileştirme ve performans yönetimine, politika ve faaliyetlerine dahil edilmelidir.

Alan 12: Halk sağlığını yöneten kuruluşlarla ilişki kurma kapasitesini sürdürmek

- Halk sağlığı mevzuatını hazırlayan ve yasalaştıran halk, sivil toplum kuruluşları, bireyler ve gruplar ile halk sağlığı faaliyetlerini geliştiren ve uygulayan hükümet içindeki bireyler ve gruplar arasında yapıcı iletişim teşvik edilmelidir.
- Sivil toplum kuruluşları, hükümetle açık diyaloga girmeleri için güçlendirilmelidir.
- Kaynak tahsisi ve performans iyileştirme konusunda hükümet, sivil toplum kuruluşları ve halk arasında ki açıklık teşvik edilmelidir.

- Halkın sağlığını korumak için, politika geliştirme teşvik edilmelidir (American Public Health Association, 2019).

5. Halk Sağlığı Hemşireliğinde Etik Konular

Halk sağlığı hemşireliği ve genel olarak hemşirelik yıllardır etik kurallara sahiptir. Bununla birlikte, halk sağlığı hemşirelerinin, sağlık hizmetlerinde kamu yararına yönelik endişeleri arttıkça, insan hakları ve etik konularındaki rolleri de ancak son zamanlarda ele alınmaya başlanmıştır. Son zamanlarda, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasındaki sorunlar, teknolojik ilerlemeler ve genetikteki ilerlemeler sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların tümü, halk sağlığı hemşirelerinin etik ve insan haklarına saygılı bakım sağlamadaki rollerini anlamalarını zorlaştıran, değer çatışmalarının yanı sıra yeni etik ve insan hakları sorunlarını gündeme getirmektedir (Ivanov ve Oden, 2013).

Sağlığın iyi olmasının değeri ve hükümetlerin vatandaşlarının sağlığını koruma sorumlulukları ön plandadır. Halk sağlığı hemşirelerinin temel bakış açısı da, hastalığı önlemek, sağlığı korumak, yaşamı uzatmak ve sağlığı geliştirmekle ilgilidir. Ancak toplum sağlığını korumak için yapılması gerekenler, çeşitli etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Toplum için fayda sağlama ile bireylerin haklarını koruma arasında gerilimler olabilmektedir. Örneğin; epidemiyolojik veri toplama, mahremiyet hakkıyla çatışabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri, ataerkil veya müdahaleci olabilir. Halk sağlığına yönelik kaynaklar, diğer meşru taleplerle rekabet halinde olabilmektedir (Rogers, 2004).

Halk sağlığı ayrıca tipik olarak tüm nüfusa veya topluluklara, onların ortak iyiliğine odaklandığından, kaynak tahsisiyle ilgili zorluklar, bireysel ve nüfus yararına dayalı seçimler arasındaki çatışmalar ve siyasi gücü etkileyen uygulamalarla ilgili sorunlar özellikle, halk sağlığı uygulamalarında etik sorunlar olarak, sağlık hizmetlerinde belirtilmiştir (Asahara ve ark., 2012). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanları, yöneticiler, hemşireler, halk sağlığı danışmanları ve uzmanları, araştırmacılar, kursiyerler ve diğer halk sağlığı personelleri ile yapılan bir çalışmada, halk sağlığı uygulamaları ve yaşanan etik sorunlar başlığında, üç ana etik sorun kategorisi belirlenmiştir. Bunlar ataerkillik, sorumluluklar ve etik karar vermedir. Toplumla danışmak hizmetleri ve bilgi paylaşımı, ataerkillik ve dürüstlük sorunları gündeme getirilmiştir. Katılımcılar birden çok ve bazen birbiriyle çelişen sorumluluklar belirlemişlerdir. Sorumlulukları yerine getirmenin önündeki engeller arasında hedeflere ulaşmak, ortaklarla çalışmak ve siyasi etkiler yer almaktadır. Sorumlulukların sınırlarını belirlemek zorluklar doğurmuştur. Katılımcılar ideal karar verebilmek için değerleri belirlemişlerdir ancak zaman eksikliği genellikle ortaya çıkan bir durum olmuştur (Rogers, 2004).

Halk sağlığı etiği, halk sağlığı hemşirelerinin yalnızca bireylerin haklarını koruma geleneğine bağlı kalmayıp, aynı zamanda risk altındaki popülasyonların sağlığını da, en üst düzeye çıkarmak gibi ek hedeflere sahiptir. Halk sağlığı hemşireliğindeki etik kararların, genellikle bireysel veya toplum iyiliğine dayalı seçimler arasındaki çatışmanın bir sonucu olduğu, bu sorunun hastane veya kurumsal hemşirelikte, daha az ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Oberle ve Tenove, 2000). Halk sağlığı hemşireliğinde 20 yıldan bugüne gelen etik sorunların ana temaları incelendiğinde;

- Sağlık hizmetleri ile ilişkiler (Meslekler arası profesyoneller)
- Sistem sorunları (kaynak dağıtımı, destek veya kısıtlama olarak politika ve yasalar, hemşirelik uygulamaları için sistem desteği gibi)
- İlişkilerin karakteri/özellikleri (ilişkilerin bağlamı/doğası-güçlendirmeye veya bağımlılık-sınırları belirleme)
- Kişilere saygı (özerklik–gizlilik-bağlamı onurlandırma)
- Kendini riske atmak (değer çatışmaları-fiziksel tehlike) gibi maddeler yer almaktadır (Oberle ve Tenove, 2000).

6. Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelik mesleğinin genel amacı bireylere ve topluluklara sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmektir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011; Kangasniemi ve ark., 2015; Uluslararası Hemşireler Konseyi, 2012). Ancak mesleğin amacı toplumsal, ekonomik ve eğitimsel etkilerden dolayı sürekli değişmektedir. Ayrıca sadece hastalıkları tedavi etmekten sağlıklı yaşam ve hastalıkların önlenmesine doğru bir ilerleme olmuştur. Tüm bu değişiklikler, hemşirelik mesleğinin etik düzeyde ele aldığı değer konularını gündeme getirmektedir. Bu bağlamda bir halk sağlığı hemşiresinin rolü, çok sayıda sorumluluğu kapsamaktadır. Ayrıca uygulamalarının temeli olarak da, halk sağlığı hemşireleri etik kurallara uymalıdır. Sir William David Ross tarafından 1940'larda geliştirilen etik kurallar, dört ilkeden oluşan bir dizidir. Bu ilkeler özerklik, zarar vermeme, yararlı olma ve adaleti içermektedir (Ivanov, 2013). Hemşirelik uygulamalarında dikkate alınması gereken etik ilkeler ise; özerklik, yararlılık, zarar vermeme, dürüstlük, gizlilik, adalet ve sadakattir (Karadağlı, 2016). Halk sağlığı hemşireleri, bu etik ilkeleri uygulamaya koyarak, hizmet ettikleri birey, toplum veya toplumun insan haklarını daha iyi koruyabilir ve muhafaza edebilirler.

Halk sağlığı hemşireleri, günümüz toplumunda giderek artan bir şekilde etik, ahlaki, kültürel ve politik çatışmalarla karşı karşıya kalmaktadır (Ivanov, 2013). Artan bu sorunlar nedeniyle, halk sağlığı hemşirelerinin insan hakları konusunda yetkin ve iyi eğitimli olmaları

bir zorunluluktur. Bir halk sağlığı hemşiresinin işi, hastane temelli bir hemşirenin işinden büyük ölçüde farklıdır. Halk sağlığı hemşireleri, tek bir bireyin tedavi ve değerlendirmesinin ötesine geçmelidir. Birey odaklı olmaktan ziyade, topluluk veya nüfus odaklı olmalıdırlar. Uygulamaları, bireyler, aileler, gruplar, mahalleler ve topluluklar dahil olmak üzere çeşitli bakım düzeylerini kapsamaktadır (Kulbok ve ark., 2012).

Halk sağlığı hemşireleri, bireye ve topluma bakım verirken, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme, hasta savunuculuğu ve bakım verme gibi temel altı hemşirelik rollerinin üzerine, iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon, tedavi, kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma, danışmanlık gibi çağdaş hemşirelik rollerini de gerçekleştirirler (Açıkgöz ve Baykal, 2023). Bu rolleri gerçekleştirirken, halk sağlığı hemşiresi, bilimsel bilgi içeriğini kullanarak, mesleğe özgü etik kurallara ve değerlere sahip olması gerekmektedir. Örneğin bireyin mahremiyet hakkını güvence altına almak için, gizlilik konusu sağlık bilgi sistemlerinin kullanımında etik sorunlar içerebilir. Epidemiyolojik veri tabanlarında, bulaşıcı hastalıkların ve doğum kusurlarının zorunlu olarak bildirilmesi gibi ayrıntılı bireysel verilerin kullanılması, nüfus sağlığının izlenmesi ve hastalık salgınlarının, epidemiyolojik yönetiminin iyi yapılabilmesi ve rutin izleme işlevleri için hayati önem taşıyan, vaka bulma ve takip faaliyetleri için gereklidir. Yine çocuklar, kadınlar, yaşlılar, etnik azınlık grupları veya genel halk gibi savunmasız grupların, zorbalık, taciz, şiddet veya soykırıma teşvikten kaynaklanan ciddi zararlardan korunması için, gerekli önlemlerin alınabilmesi adına, cinsel istismar ve suçla bağlantılı yaralanmalar için fiziksel bildirim zorunludur (Tulchinsky, 2018). Halk sağlığı hemşiresi bu rol ve sorumluluklarını yerine getirirken, etik ilkeleri ve kuralları göz önünde bulundurması gerekmektedir.

7. Sonuç

Halk sağlığı profesyonelleri, hastalık, sakatlık ve ölümün önlenmesi için, çok sayıda kararla karşı karşıyadır. Halk sağlığı uygulamaları, ahlaki temellere dayanıp, etik önlemler alınmasına rağmen, yine de bazı müdahaleler özerklik ve mahremiyet gibi ahlaki normları tehdit edebilmektedir. Halk sağlığı ile ilgili etik soruların çözümünde, geleneksel tıp etiğinden farklı bir yaklaşım gerektiği yaygın olarak kabul edilmiştir. Halk sağlığının birincil ve temel amacı, hastalığın tedavisinden ziyade, hastalığın önlenmesini içermektedir. Hastaların bakım ve tedavisiyle ilgili tıbbi uygulamalardan farklı olarak, halk sağlığı uygulamaları halkın sağlığına odaklanmaktadır. Hastalıkları önlemeye yönelik halk sağlığı uygulamalarının odağı, uygulamaların başarılı olması, uygun kapsamı ve faaliyetlerin kişisel özgürlüğe, ahlaki müdahalesi konusunda ikilemlerle karşı karşıya kalmıştır (Abbasi ve ark., 2018; Faden ve Shebaya, 2016,). Bu etik sorunlarda çözüm bulmak adına, halk sağlığı alanındaki etik eylem rehberlerinin önerileri kullanılabilmektedir.

Kaynakça / References

Abbasi, M., Majdzadeh, R., Zali, A., Karimi, A., & Akrami, F. (2018). The evolution of public health ethics frameworks: systematic review of moral values and norms in public health policy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *21*, 387-402.

Açıkgöz, G. ve Baykal, U. (2023). Yasal düzenlemeler çerçevesinde hemşirelerin mesleki rolleri ve özerklik. *Istanbul Kent University Journal of Health Sciences*, *2*(1), 29-34.

American Public Health Association. (2019). APHA Public Health Code of Ethics. Retrieved from: file:///C:/Users/User/Desktop/100.%20Y%C4%B1l%20Halk%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Eti%C4%9Fi/CODE_OF_ETH%C4%B0CS.pdf

Asahara, K., Kobayashi, M., Ono, W., Omori, J., Todome, H., Konishi, E., & Miyazaki, T. (2012). Ethical issues in practice: A survey of public health nurses in japan. *Public Health Nursing, 29*(3), 266-275.

Baum, N.M., Gollust, S.E., Goold, S.D., & Jacobson, P.D. (2009). Ethical issues in public health practice in Michigan. *American Journal of Public Health, 99*(2), 369-374.

Brandenburg, T., Guillory, J., Melnick, A., Thomas, J.C., & Williams, C. (2004). The Public in Public Health Ethics: The Public Health Society Responds. *American Journal of Public Health, 94*(1), 7-7.

Callahan, D., & Jennings, B. (2002). Ethics and public health: forging a strong relationship. *American Journal of Public Health*, *92*(2), 169-176.

Faden, R., & Shebaya, S. (2016). *The stanford encyclopedia of philosophy: public health ethics*. Metaphysics research lab. Stanford University.

Gollust, S.E., Baum, N.M., & Jacobson, P.D. (2008). Politics and public health ethics in practice: right and left meet right and wrong. *Journal of Public Health Management and Practice*, *14*(4), 340-347.

Ivanov, L.L., & Oden, T.L. (2013). Public health nursing, ethics and human rights. *Public Health Nursing*, *30*(3), 231-238.

Jennings, B. (2020). Ethics codes and reflective practice in public health. *Journal of Public Health*, *42*(1), 188-193.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P., & Korhonen, A. (2015). Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(8), 1744-1757.

Karadağlı, F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6*(3), 197-200.

Kass, N.E. (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1776-1782.

Klingler, C., Barrett, D.H., Ondrusek, N., Johnson Jr, B.R., Saxena, A., & Reis, A.A. (2020). Beyond research ethics: novel approaches of 3 major public health institutions to provide ethics input on public health practice activities. *Journal Of Public Health Management and Practice: JPHMP, 26*(2): pE12-E22.

Kulbok, P.A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P.S. (2012). Evolving public health nursing roles: focus on community participatory health promotion and prevention. *Online J Issues Nurs*, *17*(2), 1.

Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, *7*(5), 425-438.

Pestronk, R.M., & Jacobson, P.D. (2008). Ethics and governmental public health practice. *Journal of Public Health Management and Practice, 14*(4), 327-328.

Rogers, W.A. (2004). Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. *Journal of Epidemiology & Community Health, 58*(6), 446-450.

Saenz, C. (2021). Broadening the scope of moral responsibility of clinicians: What medical ethics can learn from public health ethics. *The American Journal of Bioethics, 21*(1), 17-19.

Singleton, M. (2022). Balancing the Needs of Society and the Individual Patient. *Issues L. & Med., 37,* 241.

Thomas, J.C. (2005). Skills for the ethical practice of public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, *11*(3), 260-261.

Thomas, J.C., Sage, M., Dillenberg, J., & Guillory, V.J. (2002). A code of ethics for public health. *American Journal of Public Health, 92*(7), 1057-1059.

Tulchinsky, T.H. (2018). Ethical issues in public health. *Case Studies in Public Health*, 277-316.

36. BÖLÜM / CHAPTER 36

AŞILAR VE ETİK

VACCINES AND ETHICS

Merve KOLCU[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: merve.kolcu@sbu.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.36

ÖZ

Aşılar bağışıklık sistemini güçlendirmenin, hastalıklardan korunmanın, hayat kurtarmanın en basit, güvenli ve etkili yoludur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından, Bağışıklama Danışma Kurulu'nun önerileri de dikkate alınarak kimlere, ne zaman ve nasıl aşı uygulanacağına yönelik kararlar alınmaktadır. Bu doğrultuda aşılamada, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük görev düşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan sağlıklı/hasta bireylerle sürekli iletişim içerisinde olan, bakım, tedavi gibi hizmetlerin yürütülmesi sırasında hemşireler rol ve sorumlulukları doğrultusunda çoğunlukla etik sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu sorunlardan biri de, bağışıklama hizmetleri için önemli bir tehdit olan aşı karşıtlığıdır. Bağışıklama hizmetleri kapsamında, toplum bağışıklığının sağlanamaması aşıyla korunabilen hastalık salgınlarına ve bu salgınlar sonucunda da toplumun en hassas grupları başta olmak üzere tüm toplumu olumsuz yönde etkileyecektir. Bu nedenlerle birinci basamak sağlık çalışanlarının, aşı uygulamasını kaygı ve kuşkuyla karşılayan bireylere ve dini inançlarına saygı göstermeleri, aşı tereddütü ve neden olan faktörlerin farkında olmaları son derece önemlidir. Sağlık çalışanları tarafından aşı tereddütü ve aşı reddi ile karşılaşıldığında, bilimsel veri ışığında bireyi anlamaya ve bilgilendirmeye odaklanmış, yargılayıcı ve ötekileştirici olmayan yaklaşım izlenmelidir. Aşılama ile ilgili tereddütlerin, bu duruma yol açan nedenlerin ve bu konuya ilişkin tartışmaların farkında olunması da son derece önemlidir. Birinci basamak sağlık çalışanları tarafından aşı reddi ve aşı karşıtlığı ile mücadelede bireyi anlayabilen, bilgilendirebilen, ötekileştirmeyen ve yargılayıcı olmayan tutum sergilenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, aşı tereddüdü, aşı karşıtlığı, bağışıklama, etik, hemşirelik

ABSTRACT

Vaccines are the simplest, safest, and most effective way to strengthen the immune system, prevent diseases, and save lives. In Turkey, the Ministry of Health makes decisions regarding who, when, and how to vaccinate, taking into account the recommendations of the Immunization Advisory Board. In this respect, primary health care services greatly participate in vaccination. Nurses in constant communication with healthy/sick individuals working in primary health care services often encounter ethical problems in line with their roles and responsibilities during the execution of services such as care and treatment. One of these problems is anti-vaccination, which is a significant

threat to immunization services. Failure to provide community immunity within the scope of immunization services will negatively affect society, especially the most sensitive groups, due to disease outbreaks that can be protected by vaccines. For these reasons, it is extremely important for primary healthcare workers to respect individuals concerned about vaccination, respect their religious beliefs, and be aware of vaccine hesitancy and the factors that cause it. When faced with vaccine hesitancy and vaccine refusal by healthcare professionals, a non-judgmental and non-othering approach should be followed, focused on understanding and persuading the individual in the light of scientific data. It is also extremely important to be aware of the hesitations about vaccination, the reasons for this situation, and the discussions on this issue. In the fight against vaccine rejection and anti-vaccination, primary health care workers need to be able to understand, persuade, not marginalize and non-judge the individual.

Keywords: Vaccine, vaccine hesitancy, vaccine opposition, immunization, ethics, nursing

Extended Abstract

Immunization is the process by which a person is protected against disease by vaccination. It is one of the most reliable and cost-effective ways to prevent disease, morbidity, and mortality. Immunization is extremely important to prevent vaccine-preventable diseases in childhood and to control the same diseases in youth, adulthood, and old age. One of the main obstacles to vaccination is the wrong and/or insufficient vaccination information for individuals. Providing immunization information to the individual, family, and society in every environment, providing advice about vaccines, and correcting false beliefs are among the important duties of nurses. The World Health Organization launched the Expanded Program on Immunization in 1977 due to the vaccine's importance in child health. The Extended Immunization Program in Turkey was initiated by the Ministry of Health in 1981. With the national immunization schedule, the scope of which is gradually being expanded, vaccination of healthy children still continues regularly in our country. According to the World Health Organization, 3 million people are vaccinated yearly, protecting them from vaccine-preventable diseases. Despite this, vaccine hesitancy is a complex global problem that requires constant monitoring. The multifactorial and complex causes of vaccine hesitancy require a wide range of approaches at national levels, including the individual, the vaccine supplier, and the health system. In the face of vaccine hesitancy, healthcare professionals remain the most trusted advisers and influencers of vaccination decisions. Healthcare workers greatly influence a family's decision to vaccinate their child. To effectively communicate with families who are hesitant about vaccination, the health worker must understand the family's concerns about vaccination and provide precise and easy-to-understand answers about the safety and efficacy of vaccines, known undesirable effects, and accurate information about vaccination. Childhood vaccinations in Turkey are generally carried out by healthcare professionals in primary care. According to the vaccination program, each vaccine must be administered to the child by the family physician to whom the child is attached within one month at the latest, according to the

date determined according to the child's age. In case of temporary contraindication or inability to reach the family, the family physician may delay the vaccination and record the situation in the medical reason report. If the family states that they will not be vaccinated, the relevant form is signed by the family and sent to the district health directorate. The increase in vaccine refusal in Turkey over the years and the presence of irregular internal migration and vaccine-preventable diseases in the European region have increased the role of healthcare professionals in completing vaccines. The communication of healthcare professionals with the family about the vaccine, the approach to vaccination, and their approach in case of vaccine hesitancy are extremely important in childhood vaccination in the primary care service. Communication and education are important in eliminating vaccine hesitations, especially doubts, and mistrust regarding vaccines. Parents, vaccines, and vaccine components; need to be informed about the possible side effects of vaccines and the benefits of vaccination. WHO talked about the role of healthcare professionals in the determinants of hesitation and stated that if healthcare professionals hesitate about vaccines, society may also be affected by this situation. Healthcare professionals are expected to know the risks and benefits of vaccines and the risks of vaccine-preventable diseases and to convey this information to sick/healthy individuals in the best possible way. Vaccination recommendations of healthcare professionals for their patients are significantly affected by their knowledge and attitudes about vaccines. The most reliable source of information about vaccines is healthcare professionals. For this reason, healthcare professionals should have sufficient knowledge about vaccine opposition and be competent in approaching people who are hesitant about vaccination. In our country, a guide titled "Ethical Principles and Responsibilities for Nurses" and the necessary principles have been published for nurses by the Turkish Nurses Association (2009). These principles are important for nurses to use while performing their duties; do no harm-beneficial, autonomy/respect for the individual, justice and equality, privacy, and keeping secrets. In line with these ethical principles, nurses faced with vaccine hesitancy should try to obtain up-to-date information about vaccines and understand the reasons for recommending vaccines. In this way, they can understand the reasons for parents' hesitations and have access to accurate and reliable information to help them make the best decision for their children.

1. Giriş

Aşılar bağışıklık sistemini güçlendirmenin, hastalıklardan korunmanın ve hayat kurtarmanın en basit, güvenli ve etkili bir yoludur (Akşit, 2012). Bu nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyanın her noktasında aşılanmayı artırmak için çalışmakta ve Uluslararası düzeyde önerilerde bulunmaktadır (CDC, 2021).

Ülkemizde de DSÖ'nün önerileri doğrultusunda, Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) doğrultusunda aşı programı uygulanmaktadır. Bu programda amaç; aşı ile önlenebilen enfeksiyon hastalıklarından korunmak ve oluşabilecek sakatlıkların, ölümlerin önüne geçmektir. Program dahilinde, Türkiye'de aşılama oranlarının %97'nin üzerinde tutulması hedeflenmektedir (EKMUD, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020).

Aşılamada, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük görev düşmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu yönergede koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hem çocuk hem yetişkin bağışıklama programlarının yürütülmesinde aile hekimlikleri görevlendirilmiştir (Göl ve Açıkgöz, 2021).

Aşının bulunmasıyla birlikte aşı karşıtı düşüncelerde kendini göstermeye başlamıştır. O yıllarda henüz "aşı reddi" kavramının evrensel bir tanımı olmasa da, çeşitli sebepler öne sürerek aşıyı reddeden ve bu düşünceleri insanlara yaymaya çalışan kişiler ortaya çıkmıştır. Günümüzde var olan hiçbir aşının kabul edilmemesi durumu, aşı reddi olarak tanımlanmaktadır (Omer, Salmon, Orenstein, deHart ve Halsey, 2009). Aşı karşıtı düşüncelerin özellikle son on yıl içerisinde artış göstermesi ile DSÖ 2014 yılında literatüre yeni bir terim kazandırarak "Aşı Tereddütü Raporu"nu yayınlamıştır. Böylece aşıları, tamamen reddedenler ile birçok nedenden kaynaklı aşı olmayı geciktiren veya bir kısım aşıları reddedenler; "aşı tereddütü" kavramıyla birbirinden ayrılmıştır (WHO, 2019). Aşı karşıtı kampanyalar 19. yüzyıldan bu yana var olmuş ve çok fazla değişikliğe uğramadan günümüze kadar varlığını sürdürmüştür.

2. Bağışıklık

Canlıda hastalıklara karşı koruma sağlayan, tümör hücreleri ve patojenleri tanıyarak onları yok eden işleyişlerin toplamı bağışıklık (immün) sistemini oluşturmaktadır. Bakteri, virüs ve mantar gibi çoğu organizma yabancı olarak tanımlandığından, bu maddeleri belirleme ve yok etme yeteneği bulaşıcı hastalıklardan koruma sağlamaktadır. Bağışıklık sistemi, bu sistemi uyarabilen maddeler olan antijenlere karşı bir savunma geliştirmektedir. Bu savunma, bağışıklık tepkisi olarak tanımlanmaktadır. Bağışıklık ise, vücudun hastalık yapıcı mikroorganizmalara karşı gösterdiği direnç olarak ifade edilmektedir. Bağışıklık ikiye ayrılmaktadır (Göl ve Açıkgöz, 2021).

Aktif bağışıklık; bir kişinin kendi bağışıklık sistemi tarafından üretilen korumadır. Bağışıklık sistemi, antikor ve hücresel bağışıklık üretmek için bir antijen tarafından uyarılır. Aktif bağışıklık sağlamanın bir başka yolu da aşılamadır.

Pasif bağışıklık; vücudun antijenlere karşı antikor yapmasını gerektirmez. Vücut bazı durumlarda, gereksinim olan antikorları üretemediğinde, önceden hazırlanmış olan antikorlar vücuda dışarıdan verilerek bağışıklık sağlanır. Yılan ısırması sonrası uygulanan yılan panzehiri enjeksiyonu bu tür bağışıklığa örnek olarak verilebilir (yapay pasif bağışıklık). En yaygın pasif bağışıklık biçimi, bir bebeğin anneden aldığı bağışıklıktır (doğal pasif bağışıklık).

3. Bağışıklama

Bağışıklama, aşı yoluyla kişiyi hastalıktan ya da enfeksiyondan koruma olarak tanımlanmaktadır. Yirminci yüzyılın en büyük toplum sağlığı kazanımları arasında yer almaktadır. Amacı; morbidite ve mortalite olasılığı yüksek olan enfeksiyon hastalıklarına karşı koruma sağlamak, salgınları önlemek, aşılanmamış kişilerin de ilgili hastalığa karşı bağışık hale gelmesini sağlamak (toplum bağışıklığı), hastalığın o bölgeden (eliminasyon) veya yeryüzünden ortadan kalkmasını (eradikasyon) sağlamaktır (Black ve Rappuoli, 2010).

4. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetleri

DSÖ, tüm çocukların hayat kurtaran aşıdan yararlanmasını sağlamak için 1974 yılında GBP'nı başlatmıştır. Küresel olarak kabul gören program kapsamında tüberküloz, difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık ve çocuk felci olmak üzere aşı ile önlenebilir altı hastalıkla mücadele edilmesi hedeflenmiştir (WHO, 2019). Yıllar içerisinde, dünyanın tüm ülkeleri halk sağlığı müdahalelerine aşı uygulamalarını dahil ederek bir yaşın altındaki çocukların %80'inden fazlasına aşıların ulaşmasını sağlamıştır. Günümüzde yeni aşıların araştırılması ve geliştirilmesi, sadece çocukluk çağı hastalıkları ve ölümlerinin önlenmesinde değil adölesanlar ve yetişkinler için de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede edilmesinde son derece önemlidir. Ulusal programa bir aşının alınmasına karar vermede; hastalığın önceliği hastalık yükü, aşının etkinliği ve programın uygulanabilirliği gibi faktörler etkili olmaktadır (Eskiocak ve Marangoz, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2021; Türk Tabipleri Birliği, 2019).

5. Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2009) tarafından, Bağışıklama Danışma Kurulu'nun önerileri de dikkate alınarak kimlere, ne zaman ve nasıl aşı uygulanacağına yönelik kararlar alınmaktadır. Bu doğrultuda GBP hedefleri belirlenmiştir (Şekil 1) (Sağlık Bakanlığı, 2021).



Şekil 1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Hedefleri
Kaynak: Sağlık Bakanlığı. (2021). Aşı türleri. Erişim adresi: https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77805/asi-turleri.html

Sağlık Bakanlığı'nın 1981 yılında yürürlüğe koyduğu GBP kapsamında Verem (BCG), Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Çocuk felci ve Kızamık hastalıklarına karşı bağışıklama hizmetlerine başlanırken, günümüzde BCG, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Çocuk felci, Hepatit B, Hepatit A, Pnömokok, Haemophilus influenzae Tip b (Hib), Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ve Suçiçeği hastalıklarına yönelik çocukluk çağı aşı uygulamaları ülke çapında ücretsiz olarak yapılmaya devam etmektedir. Çocukluk çağı bağışıklama hizmetlerinde, aşılama kapsayıcılık hızları bakımından önemli bir artış sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Uzuner ve ark., 2018).

Buna karşın GBP kapsamında, çocuklarına aşı yaptırmayan ebeveynlerin çocuklarının hastalığa maruz kalması ve buna bağlı komplikasyon gelişimi ebeveynlerin bireysel tercihine bırakılmaması gerektiği açıktır. Çocukların aşı olması ile sağlanacak yarar/fayda ile aşı olmadığında geçireceği hastalık sonucunda karşılaşacağı zarar/komplikasyon oranı göz önünde bulundurulduğunda, etik açıdan yarar/fayda sağlama kavramının ön plana çıktığı görülmektedir.

Bu nedenlerle aşılama hizmetlerine herkesin dahil olması amacıyla, gerekli durumlarda yerel aşı günleri, kampanya gibi destekleyici aktiviteler yürütülmelidir. Aşılamanın yeterli olamadığı durumlarda, duyarlı nüfusun artma ihtimalinin olması ve bu nüfusu koruma kapsamına almak (özellikle poliomyelit ve kızamık için) ve salgını önlemek için duyarlı yaş gruplarında yakalama (catch-up) ya da takip (follow-up) gibi ek aşılama programları yürütülmelidir (CDC, 2021; Göl ve Açıkgöz, 2021).

6. Ulusal Aşı Takvimi

İnsan yaşamının, özellikle ilk bir yılı, hastalıklara karşı zayıf ve savunmasız dönemdir. Bu nedenle, hastalık etkenleri ile karşılaşmadan önce bebeklerin ve çocukların tam aşılı olarak gerekli koruma kalkanını oluşturmaları önemlidir. Aşı takvimine göre, aşılarına başlanmış ancak herhangi bir sebeple aşılanması yarım kalmış çocukların aşılanmalarına kaldıkları yerden devam edilerek yaşına uygun olarak aşıları tamamlanmaktadır. Ülkemizde, uygulanan ulusal çocukluk dönemi aşılama takvimi Tablo 1'de sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Tablo 1. Ulusal Aşı Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay[3]	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği[1]						I				
KKK						I			II	
Hep-A[2]							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

[1] 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[2] 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.
[3] 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı. (2020). Ulusal aşı takvimi. Erişim adresi: https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2

Ülkemizde Ulusal Aşı Takvimi etkin olarak yürütülmektedir. Ancak aşılamanın reddedilmesinin yasal sonuçlarını belirten özel bir kanun yer almamaktadır. Bununla birlikte, Çocuk Koruma Kanunu (2005) hükümleri doğrultusunda aşılanmamış çocuklar, koruma ihtiyacı olan

çocuklar olarak kabul edilmekte ve sağlık çalışanları herhangi bir sebeple çocuğunu aşılamayı reddeden ebeveynlerle karşılaştıklarında bu durumu Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü'ne bildirmekle yükümlüdür (Eskiocak ve Marangoz, 2019; Türk Tabipleri Birliği, 2019).

7. Özel Gruplarda Bağışıklama

7.1. Adölesanlar

DSÖ'ne göre adölesan dönemi (10-19 yaş grubu) çocukluk ile erişkinlik arasındaki geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Yaşamın sağlıklı bir dönemi olarak düşünülmesine karşın adölesan dönemde önlenebilir ya da tedavi edilebilir nedenlerle önemli oranda ölüm, hastalık ve yaralanma yaşanmaktadır. Hem adölesanın hem de yaşadığı toplumdaki bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde adölesan dönemde bağışıklama hizmetlerinin önemli bir yeri vardır (CDC, 2021; Göl ve Açıkgöz, 2021).

7.2. Yetişkin ve Yaşlı Bireyler

Bulaşıcı hastalıkların yetişkin ve yaşlı bireylerde görülme sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Ancak, çocukluk döneminde yapılması gereken bazı aşıların eksik olması, bazılarının koruyuculuk özelliklerinin azalması, bağışıklığın sürdürülmesi için rapel dozlara gereksinim duyulması, kronik hastalıklar, çalışma yaşamında ve sosyal ortamlarda aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı risk altında olma gibi nedenlerle yetişkinlerde bağışıklama hizmetleri sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi için gereklidir (Camarago ve Grant, 2015; Kutlu, 2019).

Yaşlanma, organizmanın savunma mekanizmalarının değişimi, eşlik eden hastalık sayısı ile enfeksiyonların görülme sıklığı ve şiddetinde artma ile karakterizedir. Bu bağlamda, bağışıklama hizmetlerinde yaşlı nüfus önemli bir hedef grup olarak değerlendirilmekte, mortalite ve morbiditede önemli rolü olan hastalıklardan korunmalarına yönelik düzenli aşılama hizmetlerinin uygulanmasını gerekli kılmaktadır (Kutlu, 2019). Yaşlı bireylerin aşılanması en az çocukların aşılanması kadar önem teşkil etmektedir. Bu nedenlerle, aşıların ücretsiz temininin sağlanması ve ülkemizde birinci basamakta uygulanan, bebek ve çocuklara yönelik yapılan aşı takibinin, 65 yaş ve üstü kişilere de yapılması aşılanma oranlarının artmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

7.3. Gebeler ve Emzirenler

Gebelikte geçirilen ve yüksek ateşle görülen tüm enfeksiyon hastalıkları, intrauterin enfeksiyonlar ve gebelikte uygulanan canlı aşılar abortusla, erken doğumla ya da doğumsal malformasyonlarla sonlanabilir (American Academy of Pediatrics, 2009).

Canlı aşıların uygulanmasını gerektiren durumlarda ise, planlanan gebelikten en az dört hafta önce aşılama yapılmalıdır. İnaktif aşılar ise hem gebelikten önce hem de gebelik süre-

cinde uygulanabilir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın en önemli hedeflerinden biri de tespit edilen tüm gebelere en az iki doz Td aşısı yapılarak maternal ve neonatal tetanozun eliminasyonunu devam ettirmektir. Aşının ikinci dozu doğumdan en az iki hafta önce uygulanmalıdır (Göl ve Açıkgöz, 2021).

7.4. Göçmenler ve Mülteciler

Dünya genelinde olduğu gibi Avrupa Bölgesi'nde de önemli bir halk sağlığı sorunu olan göçler artmaya devam etmektedir. Göçmenler ve mülteciler, genellikle, farklı epidemiyolojik profilleri olan ve/veya çeşitli sosyopolitik zorluklar nedeniyle rutin aşılamanın da dahil olduğu sağlık hizmetlerinin kesintiye uğradığı ülkelerden gelmektedir. Bu nedenle, göçmenler ve mülteciler, aşı ile önlenebilir hastalıklara yakalanma konusunda daha hassastırlar (Black ve Rappuoli, 2010).

Bu tür hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite riskleri ise yerel nüfusa göre daha yüksektir. Göçmen ve mültecilerin temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak aşılama hizmetlerinden yararlanmaları, hem kendilerinin aşı ile önlenebilir hastalıklardan korunarak sağlık ve refahlarını artırmada hem de yerel nüfusun sağlığının korunmasında önemlidir (Göl ve Açıkgöz, 2021).

Ülkelerin göçmen aşılama politikaları birbirinden farklıdır. DSÖ ülkelere; her yaş grubundaki göçmen ve mültecilerin aşılanma durumlarının sorgulanması, yetersiz/eksik aşılı olanların aşılanması, bunun için yoğunlaştırılmış aşılama programlarının oluşturulması ve göçmen merkezlerinde çalışanların aşılanmasını önermektedir (EKMUD, 2019).

Ülkemizde 2011 yılından itibaren, özellikle Suriyeli göçmen sayısında artış yaşanmış olup, göçmen nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için Sağlık Bakanlığı'nca çeşitli yasal düzenlemeler yapılarak aşılama programları başlatılmıştır. Aşılama hizmetleri; GBP çerçevesinde belirlenen ulusal aşı takvimi ile Polio Eradikasyon Programı, Kızamık Eliminasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı gibi ilgili programlar doğrultusunda yürütülmektedir (Göl ve Açıkgöz, 2021).

Türkiye'de aşılar Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ya da Göçmen Sağlığı Merkezleri'nde uygulanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen aşı günleri ile geçici koruma altındaki nüfusun aşılarını hızlandırma ve eksik aşılarının tamamlanması çalışmaları yapılmaktadır (Göl ve Açıkgöz, 2021).

Göçmenlere hizmet veren merkezlerde ve göçmenlerle doğrudan temas halinde çalışanlara en az biri yetişkin tip boğmaca aşısı içeren Td aşısı, mevsimsel influenza, Kızamık, Kızamık-

çık, Kabakulak (KKK), Hepatit B, Hepatit A, Suçiçeği, oral polio (Ulusal aşı takvimine göre oral polio aşısı yapıldığı belgelenemediğinde) ve meningokok aşıları yapılması önerilmektedir (EKMUD, 2019).

Börekçi ve Binici (2021) tarafından yapılan bir çalışmada; Suriyeli çocukların aşılanma durumunun düşük olduğu, yaş arttıkça aşılarını tamamlayanların sayısının da azaldığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmamalarının en sık nedeni dil sorunu olup, aşılar hakkında da yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (Börekçi ve Binici, 2021). Ülkemizde aşılanma oranları yüksek düzeyde olsa da, göçmen ve mültecilerin mevcut durumu bu başarıyı etkileyebilmektedir. Bu nedenlerle, ülkemizde yürütülen aşılama programlarında göçmen ve mültecilerin de aşı takiplerinin yapılması ve ailelerin bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi önem taşımaktadır.

7.5. Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılanması Gereken Çalışanlar

Sağlık çalışanları (İnfluenza, Hepatit B, KKK, Td/Tdap, Suçiçeği, Hepatit A, Meningokok, Polio, Tifo ve Kuduz) ile mesleği nedeniyle risk altında olan diğer çalışanlara (İnfluenza, Hepatit B, KKK, Td/Tdap, Suçiçeği, Hepatit A, Meningokok, Kuduz) yapılması gereken aşılar belirlenmiş ve uygulanmaktadır (Göl ve Açıkgöz, 2021).

7.6. Uluslararası Seyahat Edecek Bireyler

Uluslararası seyahat edecek bireyler için aşılar, enfeksiyon hastalıklarına karşı diğer korunma önlemleri ile beraber yurtdışında karşılaşabilecekleri birçok hastalıktan kaçınma imkânı sunmaktadır. Aşılanmış birey hem seyahat eden diğer bireylere hem de seyahat edilen bölgedeki nüfusa potansiyel olarak tehlikeli hastalıkların bulaştırılması olasılığını düşürmektedir. Tüm yolculara, uygulanacak bir seyahat aşılaması programı yoktur. Yolcunun aşılama geçmişine, ziyaret edilecek ülkeye, seyahatin türüne/süresine ve ayrılmadan önce mevcut olan süreye göre aşı programının bireye özgü oluşturulması gerekmektedir. Optimum aşılama programlarının tamamlanması için yeterli sürenin sağlanması amacıyla, yolcuların seyahate çıkmadan 4-8 hafta önce seyahat aşılarının programlanması gerekmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Seyahat Sağlığı Merkezleri'nde" ücretsiz olarak seyahat aşıları yapılmaktadır (EKMUD, 2019).

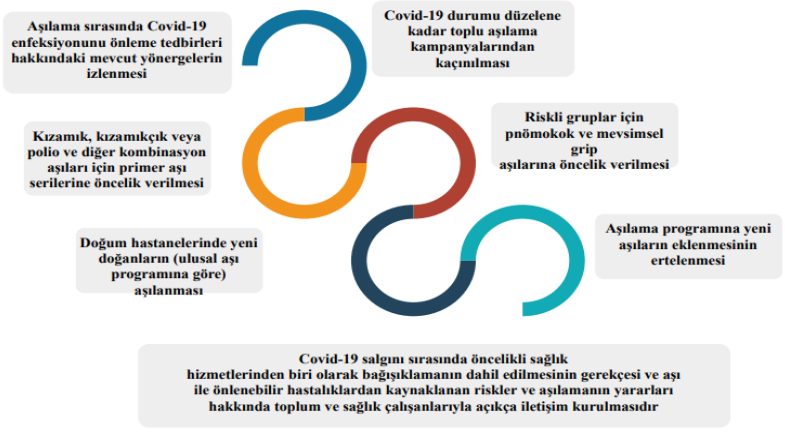
8. COVID-19 Pandemisinin Bağışıklama Hizmetlerine Etkisi

Uluslararası önemli bir halk sağlığı acil durumu olarak ortaya çıkan yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) salgını dünya çapında dikkat çekmiştir. Tüm ülkeler ve bölgeler, bulaşmayı kontrol altına almak, hafifletmek ve salgının sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini azaltmak

için sağlık hizmeti kaynaklarının COVID-19 ile mücadeleye yönlendirilmesi de dahil olmak üzere pek çok girişim başlatmıştır (Feleszko, Lewulis, Czarnecki ve Waszkiewicz, 2021).

Bir salgın sırasında, rutin aşılama hizmetleri gibi temel sağlık hizmeti sunumunun geçici olarak aksaması bile, iyileşme aşaması sırasında veya sonrasında kızamık salgınları gibi ikincil sağlık krizlerine yol açarak salgının ekonomik hasarını artırabilir, morbidite ve mortaliteyi şiddetlendirebilir. Dünyada COVID-19 pandemisi nedeniyle çocuk aşılamalarında önemli aksamalar meydana gelmiştir. Hindistan'da Mart 2019 verileri ile karşılaştırıldığında, Mart 2020'de çocuklara kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılamasında %69 azalma olduğu gözlenmiştir (Leigh ve ark., 2022).

DSÖ, aşılamanın bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için öncelik verilmesi ve mümkün olan durumlarda COVID-19 salgını sırasında da devamlılığının sağlanması gereken temel bir sağlık hizmeti olduğunu belirtmektedir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu (UNICEF), 2020 Avrupa Aşı Haftasında yaptıkları basın açıklamasında da COVID-19 pandemisi sırasında rutin bağışıklama hizmetlerinin devam ettirilmesinin hayati önem taşıdığını belirtmiştir. COVID-19 pandemisinin başlangıcında bağışıklama hizmetleri gibi temel sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramadan yürütülmesi amacıyla aşılama hizmetlerine ilişkin rehber ilkeler yayınlanmıştır (Şekil 2) (Leigh ve ark., 2022; WHO, 2019).



Şekil 2. COVID-19 Pandemisi Aşılamaya İlişkin Rehber İlkeler
Kaynaklar: Leigh, J. P, Moss, S. J., White, T. M., Picchio, C. A., Rabin, K. H., … Lazarus, J. V. (2022). Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in 23 countries. *Vaccine,* 40(31), 4081-9.

World Health Organization (WHO). (2021). Ten threats to global health in 2019. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019

COVID-19 pandemisinin başlamasından sonra çok hızlı bir şekilde geliştirilen aşılarla, pandemi önemli ölçüde kontrol altına alınmıştır. Ancak COVID-19 pandemisi gibi durumlarda, hızlıca bir aşı bulma baskısı, araştırmalarda bilimsel metodolojiden sapma ve gönüllülerin hak ve esenliğinin göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Pandemiyle birlikte salgının aşı çalışmalarına etkisi, aşıya erişim, tedarik ve dağıtım, öncelikli grupların belirlenmesi, aşılarda patent sorunu, aşı kararsızlığı veya karşıtlığı başlıca etik sorunların oluşmasına neden olmuştur (Leigh ve ark., 2022; WHO, 2019).

Bu nedenlerle aşılamanın başlangıcında öncelikli grupların bilimsel kanıtlarla belirlenmesi ve gerek küresel düzeyde gerekse ülke içinde aşılara adil ve hakkaniyetli erişimin sağlanması gerekmektedir. COVID-19 pandemisi gibi durumlarda sınırlı aşı kaynaklarının dağıtımında yararı artırmak, olası zararları önlemek, eşitsizlikleri azaltmak, adil ve şeffaf olma gibi etik ilkelerin göz önünde bulundurulması son derece önemlidir (WHO, 2019).

9. Etik Kavramı ve Aşılar

Etik kelimesi, Yunanca "alışkanlık töre, görenek, karakter" anlamına gelen "Ethos" sözcüğünden türemiştir. "Ethos" sözcüğünden türetilen "ethics" kavramı ise, belirli bir durum için ahlak kurallarının ve değerlerinin incelenmesi sonucu ortaya çıkmış, doğru olan eylemleri yapmak ve yanlış olanları yapmamaktır (Pınar ve Peksoy, 2016; Ruyak, Wright ve Levi, 2017).

Halk sağlığı çalışmaları, tüm popülasyonlara ve bunların ortak yararına odaklanmaktadır. Bu nedenle, kaynak tahsisi ile ilgili zorluklar, bireysel ve toplum yararına dayalı seçimler arasındaki çatışmalar, politik gücü etkileyen uygulamalar ilgili sorunlar halk sağlığı uygulamalarında etik konuların ortak özelliklerini oluşturmaktadır (Trobec ve Starcic, 2015).

Halk sağlığı çalışanları, kendi yaşamlarını devam ettirirken bireyler ve ailelerle yakın ilişkiler geliştirmekte ve aynı zamanda bazı topluluklar veya topluma hizmet sunmaktadırlar. Bu nedenle halk sağlığı çalışanları, toplum için iyiyi optimize etmenin en iyi yolu nedir sorusuna cevap aramaktadırlar (Camarago ve Grant, 2015).

Halk sağlığı hemşireleri, tüm basamaklardaki birçok kurumdan, birçok disiplinden profesyonellerle etkileşimde bulunduğundan arada çıkan anlaşmazlıklar nedeniyle bireylerin ve ailelerin mahremiyetinin korunmasında etik sorunlar yaşanabildiğini bildirmiştir (Pınar ve Peksoy, 2016; Ruyak ve ark., 2017). Halk sağlığı hemşireleri, ahlaki kararlar verilmesinin gerektirdiği bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama gibi durumlarda, insan haklarını ihlal etmeden ve etik temellere dayandırarak karar verici olarak yer almaktadır. Örneğin; bulaşıcı hastalıklarda hizmet sunma yükümlülüğü için haklı çıkarılabilen bir sınır var mıdır? Varsa, hangi koşullarda

hangi hastalıklar böyle bir sınırın ötesinde kalır? Aileler çocuklarını ulusal bağışıklama programında yer alan bir aşıyı yaptırmama hakkına sahip olmalı mıdır? (Pınar ve Peksoy, 2016; Türk Tabipleri Birliği, 2019).

Halk sağlığı ile ilgili uygulamaların ilk örnekleri, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemeye ve onlardan korumaya yönelik önlemlerin sistemli biçimde uygulanmış olması ile ortaya çıkmıştır. Bulaşıcı hastalıklar, sadece ortaya çıkmasındaki nedenler açısından değil tüm toplumdaki bireylere yönelik risk oluşturdukları için diğer hastalıklardan farklıdır. Kamu politikaları, hukuk ve etik, başkalarına zarar verme potansiyeli olan bireylerin özerkliğini, tanı ve tedavi seçeneklerini sınırlandırarak bu ayrımı onaylamaktadır (Ruyak ve ark., 2017).

Bağışıklama, önemli bir halk sağlığı önlemidir ve özellikle çocukların sağlığı için önemlidir. Sonucu ölüme bile neden olabilen birçok bulaşıcı hastalık, aşılama ile önlenebilmektedir. Doğumdan itibaren, çocukluk döneminde yürütülen bağışıklamaya yönelik halk sağlığı programları, toplumsal düzeyde yararlılık göstermektedir (Akşit, 2012; Kader, 2019).

Aşı uygulamasını yürüten birinci basamak çalışanlarına, büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanları; aşıları kaygı ve kuşkuyla karşılayan kişilere ve onların dini inançlarına saygılı bir biçimde yaklaşmaları önemlidir. Aşı konusundaki tereddütün, buna yol açan etmenlerin, bu alanda sık kullanılan tartışmaların farkında olunmalıdır. Aşı reddi ve aşı karşıtlığı ile mücadelede bilimsel verilere dayanan ve karşıdaki kişiyi anlamaya ve bilgilendirmeye çalışan, ötekileştirici, yargılayıcı olmayan bir yaklaşım izlenmelidir (CDC, 2021).

10. Aşı Tereddütü

Aşılama yoluyla bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalitenin önlenmesi, 20. yüzyılın en önemli halk sağlığı başarılarından biridir. Küresel düzeyde yürütülen bağışıklama programları; difteri, tetanoz boğmaca, grip ve kızamık gibi hastalıklardan her yıl 2-3 milyon ölümü engellemektedir. Ancak, bu ilerlemeye rağmen dünya genelinde, her yıl yaklaşık 20 milyon bebek dahil olmak üzere, çok fazla sayıda birey aşılanamamaktadır. Bazı ülkelerde bu ilerleme durma noktasında iken, bazı ülkelerde gerileme göstermeye başlamıştır. Dünya genelinde kızamık ölümleri, 2016 yılından 2019 yılına gelindiğinde %50 oranında artmış, 2019 yılında 207.500'den fazla ölüme neden olmuştur (WHO, 2015; WHO, 2019).

Ülkemizde ise, 1981 yılında başlatılan GBP kapsamında başarılı aşılama programları yapılarak 2002 yılında çocuk felci eradike edilmiş, 2009 yılında yüksek düzeyde mortaliteye neden olan yenidoğan tetanozu elimine edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Aşı tereddütü; aşılama oranlarında düşüşe ve aşı ile korunabilir hastalıkların sıklığında artışa yol açan önemli nedenlerden biridir. Aşıların her yıl milyonlarca çocuğun hayatını kurtardığına dair önemli ve ikna edici kanıtlar olmasına rağmen aşı tereddütü giderek artan bir ilgi ve endişe odağı haline gelmiştir. DSÖ, aşı tereddütünü 2019 yılında küresel sağlığa yönelik tehditler arasında sıralamıştır (WHO, 2019). Bireyin hastalığı, sadece kendisinin değil içinde yaşadığı toplumun da sorunudur. Dolayısıyla, bireyin hastalıklardan korunmaması yaşadığı toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bakış açısından yola çıkarak, aşılara yönelik bireylerin/ebeveynlerin endişelerinin ne olduğunu, hangi nedenle tereddütlerinin arttığını anlamak önemlidir. Aşılama programlarının başarısı, yüksek oranda kabul görmesine ve kapsayıcılığına bağlıdır (Göl ve Açikgöz, 2021).

Bireylerin/ebeveynlerin aşılamayı reddetme, erteleme veya tereddüt etme nedenleri farklılık göstermekle birlikte dört kategoride açıklamaktadır; dini nedenler, kişisel inançlar/felsefi nedenler, güvenlik endişeleri, sağlık hizmeti sağlayan kurum/kuruluşlar ile sağlık profesyonellerinden daha fazla bilgi alma isteğidir (Göl ve Açikgöz, 2021; Karakaya, 2018).

Aşı tereddütlerini gidermede ise, özellikle aşılara yönelik kuşku ve güvensizliğin giderilmesinde, iletişim ve eğitim önemlidir. Ebeveynlerin, aşılar ve aşı bileşenlerine; aşıların olası yan etkilerine ve aşılamanın yararlarına yönelik bilgilendirilmeye gereksinimleri vardır. Nitekim, DSÖ tereddütün belirleyenlerine yönelik sağlık çalışanlarının rolünden bahsetmiş ve eğer sağlık çalışanları aşılara yönelik herhangi bir tereddüte sahip olur ise bu durumdan toplumun da etkilenebileceğini belirtmiştir (Kader, 2019).

Sağlık çalışanlarının aşının risk ve yararlarını, aşı ile önlenebilir hastalıkların risklerini bilmeleri ve bu bilgileri hasta/sağlıklı bireylere en iyi şekilde iletmeleri beklenmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarına yönelik aşı önerileri, aşılar hakkındaki bilgi ve tutumlarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Aşılar hakkında en güvenilir bilgi kaynağı sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle sağlık çalışanları, aşı karşıtlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve aşı tereddütü olan kişilere nasıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiği konusunda yetkin olması gerekmektedir (Göl ve Açikgöz, 2021; Karakaya, 2018).

Ülkemizde Türk Hemşireler Derneği (2009) tarafından hemşireler için "Hemşireler İçin Etik İlkeler ve Sorumluluklar" başlıklı bir rehber ile gerekli ilkeler yayınlanmıştır. Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken kullanacağı önemli olan bu ilkeler; zarar vermeme-yarar sağlama, özerklik/bireye saygı, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama olarak belirlenmiştir (Türk Hemşireler Derneği, 2009). Bu etik ilkeler doğrultusunda aşı tereddütü ile karşılaşan hemşireler, aşılarla ilgili güncel bilgiyi edinmek ve aşıların önerilme nedenlerini

anlamak için çaba göstermelidir. Böylelikle, ebeveynlerin tereddütlerinin nedenlerini anlayabilir, çocukları için en iyi kararı almalarına yardımcı olmak üzere doğru ve güvenilir bilgiye erişimlerini sağlayabilirler.

11. Aşılamada Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları arasında en büyük grubu oluşturmakta, ulusal bağışıklama hizmetlerinin amaç ve hedeflerine ulaşmasında önemli bir konumda yer almaktadır. Yürürlükte olan mevzuatlar doğrultusunda, bağışıklama hizmetlerinde hemşirelerin önemli görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır. Diğer taraftan, birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sorumlulukları üstlenmek hemşirelerin mesleki etik yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Bu yükümlülüklerini yerine getirmelerini kolaylaştıran araçlardan biri, en önemli halk sağlığı müdahalelerinden olan bağışıklama hizmetlerindeki rolleridir. Bağışıklama hizmetlerinin başarıyla yürütülebilmesinde hemşireler anahtar role sahiptir (ICN, 2013).

Aşılamanın önündeki başlıca engellerden biri, bireylerin aşılama bilgisinin yanlış ve/veya yetersiz olmasıdır. Her ortamda birey, aile ve topluma bağışıklama bilgisini sağlamak, aşılarla ilgili öneriler sunmak ve yaygın mitlere dair yanlış inançlarını düzeltmek hemşirelerin önemli görevlerindendir. Bu görevi yerine getirebilmek için ise, öncelikle hemşireler bağışıklama bilgisine sahip olmalıdır. Bağışıklamanın önemi, aşıların yararları, yaygın mitler, güncel aşı uygulamaları, aşı uygulama ilkeleri ve yöntemleri, aşı yan etkileri ve kontrendikasyonları, aşı sonrası istenmeyen etkiler, aşıların taşınması ve saklanması, aşı kayıtları ile ilgili konularda hemşireler yeterli ve yetkin olmalıdır (Göl ve Açikgöz, 2021).

Bireylerin aşıya karşı tutumları aşılama oranlarında önemli bir belirleyicidir. Aşı ile önlenebilir hastalıkların olumsuz sonuçlarına dair herhangi bir kanıt göremeyen bireyler, bu hastalıklardan korunmak için aşılama hizmetlerinin devamlılığı ve gerekliliği gerçeğini gözden kaçırabilmektedir. Aşılamanın ardından çok küçük bir yan etkinin bile sansasyonel olarak medyada yer alması ile birlikte bireylerin acılara dair endişe ve korkuları artabilmektedir (ICN, 2013; Göl ve Açikgöz, 2021).

Aşılama sonrası sıklıkla hafif ve oldukça nadir olarak yaşamı tehdit edecek kadar ciddi istenmeyen etkiler gözlenmesine karşın, KKK aşısının otizme ve aşıların bebeklerin bağışıklık sistemini zayıflattığına yönelik yaygın mitlerinde olduğu bilinmektedir. Aşılara karşı olumsuz tutum aşılama oranlarının düşmesine, yaşamı tehdit eden ve aşı ile önlenebilir hastalıkların artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler; bağışıklamanın önemi, aşıların yararları ve aşı güvenliği konusunda bireylere doğru ve zamanında bilgi sağlamalı; bireylerin

aşılara karşı ciddi yan etki riskinin düşük olduğunu anlamasına ve endişelerinin giderilmesine yardımcı olmalı; bireylerin aşı tereddütü ve/veya reddi altında yatan nedenlerini anlamaya çalışarak yanlış tutum ve inançlarını düzeltmelidir (ICN, 2013; Göl ve Açıkgöz, 2021).

12. Sonuç

Bağışıklama, kişinin bir hastalığa karşı aşılama yoluyla korunduğu süreçtir. Aşılar; hastalığı, morbidite ve mortaliteyi önlemenin en güvenilir ve maliyet açısından da en etkili yollarından biridir. Bağışıklama ile her yıl 2 ile 3 milyon ölüm önlenebilmektedir.

Bağışıklama sadece çocukluk dönemindeki aşı ile korunabilir hastalıkların önlenmesini değil aynı zamanda gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde de aynı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamada son derece önemlidir. Aşılamanın önündeki başlıca engellerden biri, bireylerin aşılama bilgisinin yanlış ve/veya yetersiz olmasıdır. Her ortamda birey, aile ve topluma bağışıklama bilgisini sağlamak, aşılarla ilgili öneriler sunmak ve yaygın mitlere dair yanlış inançlarını düzeltmek hemşirelerin önemli görevlerindendir.

Kaynakça / References

Akşit, S. (2012). Aşılarla ilgili genel kurallar. *Klinik Gelişim*, 25, 4-11.

American Academy of Pediatrics. (2009). Immunization in special clinical circumstances. In Pickering, L.K., Baker, C.J. Kimberlin, D.W., & Long, S.S (Eds.), *Red book: 2009 report of the committee on infectious diseases* (28th ed.) (pp. 68-104). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics,

Black, S. & Rappuoli, R. (2010). A crisis of public confidence in vaccines. *Sci Transl Med*., *2*(61),61mrl.

Binici, N. ve Börekçi, G. (2021). Suriye'den göç ile gelen çocukların aşılanma durumlarının belirlenmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, *6*(2), 169-181.

Camarago, K., & Grant, R. (2015). Public health science and policy debate: Being right is not enough. *American Journal of Public Health*. *105*(2), 232-235.

CDC (2021). Vaccines & Immunizations. Retrieved from: https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/immunity-types.htm

EKMUD. (2019). Erişkin bağışıklama rehberi. Erişim adresi: https://ekmud.org.tr/emek/rehber/indir//97

Göl, İ. ve Açıkgöz, S. (2021). Bağışıklama. Ö. Erkin, A. Kalkım ve İ. Göl (Ed.), *Halk sağlığı hemşireliği kitabı* içinde (s. 575-597). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Eskiocak, M., Marangoz, B. (2019). *Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin durumu.* Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/turkiyedebagisiklama.pdf

Feleszko, W., Lewulis, P., Czarnecki, A., Waszkiewicz, P. (2021). Flattening the curve of COVID-19 vaccine rejection international overview. *Vaccines (Basel), 9*(1), 44.

ICN. (2013). Adult and childhood immunization: 2013 revised edition. Retrieved from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2013_adult_and_childhood_immunisation.pdf

Kader, Ç. (2019). Aşı karşıtlığı: Aşı karasızlığı ve aşı reddi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı*, *4*(3), 377-88.

Karakaya, I. (2018). Otizm ve aşılar arasında bir ilişki var mı? *Toplum ve Hekim, 33*(3), 213-216

Kutlu, R. (2019). Yaşlılarda bağışıklama. İzbirak, G. (Ed.), *Birinci basamakta yaşlı sağlığı kitabı* (1.bs) içinde (s. 58-62). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Leigh, J.P, Moss, S.J., White, T.M., Picchio, C.A., Rabin, K.H., … Lazarus, J.V. (2022). Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in 23 countries. *Vaccine, 40*(31), 4081-9.

Omer, S.B, Salmon, D.A., Orenstein, W.A., deHart, M.P., Halsey, N. (2009). Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med*, *360*(19), 1981-8.

Pinar, G., & Peksoy, S. (2016). Simulation-based learning in healthcare ethics education. *Creative Education*, *07*(01), 131-138.

Ruyak, S., Wright, M., Levi, A. (2017). Simulation to meet curricular needs in ethics. *Clinical Simulation in Nursing*, *13*(3), 121-6.

Sağlık Bakanlığı. (2020). Ulusal Aşı Takvimi Erişim adresi: https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2

Sağlık Bakanlığı. (2021). Aşı Türleri. Erişim adresi: https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77805/asi-turleri.html

Trobec, I., Starcic, A.I. (2015). Developing nursing ethical competencies online versus in the traditional classroom. *Nursing Ethics*, *22*(3), 352-66.

Türk Tabipleri Birliği. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi2.pdf

Türk Hemşireler Derneği. (2009). Hemşireler için etik, ilke ve sorumluluklar. Erişim adresi: https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf

Uzuner, A., Arabacı, Ş., Yücel, A.İ., Kocatürk, A.C., Kaynar, E., & Khan, A. (2018). Knowledge, attitude, and behaviors of adults about adulthood immunization. *Turkish J Fam Med Prim Care*. *12*(3), 215-25.

Yılmaz, H. İ., Turğut, B., Çıtlak, G., Mert, O., Paralı, B. … Alimoğlu, O. (2021). People's view of COVID-19 vaccine in Turkey. *Dicle Med J*, *48*(3), 583-94.

World Health Organization (WHO). (2015). Vaccine hesitancy: A growing challenge for immunization programs. Retrieved from: https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes

World Health Organization (WHO). (2019). Ten threats to global health in 2019. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-toglobal-health-in-2019

37. BÖLÜM / CHAPTER 37

KÜRESEL SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE ETİK

GLOBAL HEALTH INEQUALITIES AND ETHICS

Kübra İNCİRKUŞ[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-mail: k.incirkus@iku.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.37

ÖZ

Sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, dezavantajlı nüfusların sağlık ve ilgili hizmetlere yeterince ulaşamamasına rağmen sağlık risklerine daha fazla maruz kalmaları ve buna bağlı ölüm oranlarının daha yüksek olması nedeniyle eşitsizliklerin tüm dünyada artarak devam ettiği bildirilmektedir. Tüm bu eşitsizlikler nedeniyle, küresel etik zorluklarının önemi giderek artmaktadır. Etik teori sağlığın değerli olduğunu, insan yaşamına saygıyı, sağlığın iyileştirilmesiyle eşitsizliklerin azaltılabileceğini kabul etmektedir. İnsanların belli bir ülkede doğdukları için hastalık ve ölüm riski taşımalarının etik olarak kabul edilemez olduğu vurgulanmaktadır. Etik talepler, eşitsizliklerin önlenmesinde asıl sorumluluğun devletlerde olması gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşireler (özellikle halk sağlığı hemşireleri) eşitsizliklerin önlenmesi, adil yaşam şartlarının sağlanması, hastalık ve ölüm risklerinin azaltılması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması için ilk sıralarda yer alan sağlık profesyonelleridir. Evde bakım hizmetleri ve ev ziyaretleri gibi temel hemşirelik uygulamaları yoluyla anne bebek ölümleri riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Eşitsizliğin önlenmesinde hemşirelerin en önemli rollerinin savunuculuk ve liderlik olduğu belirtilmekle birlikte, hemşirelerin özellikle yönetim ve politika süreçlerine katılım, mesleki örgütlenmeleri destekleme, eşitsizliklerle mücadele ile ilgili eğitim ve araştırmalar yürütmede eksikliklerinin olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hemşirelik eğitiminde eşitsizlik konularına yeterince yer verilmediği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak; hemşirelerin eşitsizlikler konusundaki farkındalıklarının artırılması, savunucu rollerinin desteklenmesi, hemşirelik eğitiminde eşitsizliklere yer verilmesi, hemşirelerin politika ve yönetimsel süreçlere katılımının sağlanması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, eşitsizlik, etik, halk sağlığı, hemşire

ABSTRACT

It has been reported that inequalities continue to increase all over the world due to the increasing costs of health services, the fact that disadvantaged populations are more exposed to health risks despite not having adequate access to health and related services, and the death rates associated with this are higher. Because of all these inequalities, the importance of global ethical challenges is increasing. Ethical theory accepts that health is valuable, respect for

human life, and that inequalities can be reduced by improving health. It is emphasized that the main responsibility should be on the government. Nurses (especially public health nurses) are health professionals who are at the forefront of preventing inequalities, providing fair living conditions, reducing the risks of death and disease, and increasing access to health services. They play an important role in reducing the risk of maternal and infant mortality through basic nursing practices such as home care services and home visits. While it is stated that the most important roles of nurses in preventing inequality are advocacy and leadership, it is stated that nurses have deficiencies especially in participating in management and policy processes, supporting professional organizations, and conducting training and research on fighting inequalities. In addition, it is emphasized that inequality issues are not adequately addressed in nursing education. As a result, it is extremely important to increase nurses' awareness of inequalities, support their advocacy roles, including inequalities in nursing education, and ensure nurses' participation in policy and managerial processes.

Keywords: Health, inequality, ethics, public health, nurse

Extended Abstract

All over the world, important developments are seen in the prevention of maternal and child deaths, the frequency of communicable and non-communicable diseases, and premature deaths. However, since 2015, a significant stoppage has been observed in these recovery numbers. If this situation continues, there are global concerns that it will be difficult to reach the Sustainable Development Goals for 2030. On the other hand, it is reported that inequalities continue to increase due to the increasing costs of health services, the fact that disadvantaged populations are more exposed to health risks despite not having adequate access to health and related services, and due to higher mortality rates. Considering the current situation in Turkey, it is seen that the sustainable development score is 70.4 and it ranks 71st among 163 countries. It is stated that the data on gender equality, women's education level, women's labor force participation, preventable maternal and child deaths, premature death rate and communicable disease rates, and equality in income distribution are still not at the targeted level. It is stated that there are points that need to be improved in the current situation in terms of other indices developed by the United Nations Development Program (UNDP), which are used to measure data such as development, inequality, and poverty. Because of all these inequalities, the importance of global ethical challenges is increasing. The state of illness is one of the primary inequalities that cause suffering, social injustice, premature deaths, and economic losses and is an ethical problem. Ethical theory accepts that health is valuable, respect for human life, and that inequalities can be reduced by improving health. It is emphasized that it is ethically unacceptable for people to carry the risk of illness and death because they were born in a specific country. Social justice puts the individual at the center and includes treating all people fairly, regardless of where or with whom they live. Ethical demands will guide the activating of individuals, national and global actors, who are primarily responsible for the prevention of inequalities, and the definition of their roles. At this point, it is emphasized that the

main responsibility should be on the government. It is also stated that global and national organizations have various responsibilities in preventing inequalities in both developed and developing countries. Unfortunately, it is stated that some organizations may cause negative effects on issues such as personal benefits, conflicts of interest, and cooperation, countries are reluctant to make sufficient efforts to fight inequalities and ethical expressions are not sufficiently included in health policies. At this point, it is stated that although the importance given to economic growth provides a limited advantage, conditions such as illness and poverty will cause serious problems in the long term and this situation cannot be accepted ethically. Nurses (especially public health nurses) are at the forefront of preventing inequalities, ensuring fair living conditions, reducing the risks of death and disease, and increasing access to health services. They play an important role in reducing the risk of maternal and infant mortality through basic nursing practices such as home care services and home visits. Nurses have duties such as critical thinking, identifying the factors that cause inequality, ensuring cooperation between sectors, participating in policies, empowering vulnerable groups, and organizing practices that will increase the education and awareness of the community. While it is stated that the most important roles of nurses in preventing inequality are advocacy and leadership, it is stated that nurses have deficiencies especially in participating in management and policy processes, supporting professional organizations, and conducting training and research on fighting inequalities. In addition, it is emphasized that inequality and ethical issues are not adequately addressed in nursing education. As a result, health inequalities are morally disturbing, as they deprive people of their capacity to be healthy. International and national responses to health inequalities should be based on ethical values related to health and healthcare delivery; because ethical principles have the power to motivate and hold global and national actors accountable to achieve common goals. In this direction, the importance of the awareness of nurses, who have the most contact with the community, about inequalities, supporting their advocacy roles, creating policies that ensure their participation in social and health inequalities, and guiding and raising public awareness practices about inequalities.

1. Giriş

Tüm dünyada 2000'li yılların başlangıcından bu yana; çocuk ölümlerinin yarı yarıya azalması, anne ölümleri üçte bir oranında düşmesi, tüberküloz ve sıtma gibi birçok bulaşıcı hastalığın görülme sıklığının ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan ve yaralanmalardan erken ölüm risklerinin azalması, doğumda beklenen yaşam süresinin 67 yıldan 73 yıla yükselmesi gibi, dikkate değer birçok küresel gelişmeler görülmüştür. Bu başarılar, temel sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinden tütün kullanımı, alkol tüketimi ve çocukların yetersiz beslenmesi gibi sağlık risklerine maruz kalmanın azaltılmasına kadar, sağlığı etkileyen birçok alanda kaydedilen ilerlemeyle tutarlıdır. Bununla birlikte, Binyıl Kalkınma Hedefleri döneminde bu göstergelerin çoğu için, yaygın olarak gözlemlenen hızlı ilerleme, 2015'ten bu yana belirgin bir şekilde durmuş ve 2030 yılı için belirlenen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne zamanında ulaşılması giderek güçleşmiştir. Sağlık hizmetleri maliyetlerinden kaynaklanan mali sıkıntının artması, dezavantajlı nüfusların sağlık ve ilgili hizmetlere yeterince ulaşamamasına rağmen, sağlık risklerine daha yüksek düzeyde maruz kalması ve buna bağlı ölüm oranlarının daha yüksek olması nedeniyle eşitsizlikler devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2023 yılı raporunda, tüm bu eşitsizliklerin COVID-19 salgını sırasında daha da çok hissedildiği ve pandeminin küresel krizlere yanıt vermede ilerlemeyi engellediği belirtilmektedir (WHO, 2023).

Sağlık eşitsizlikleri, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı sosyal koşullardan kaynaklanan, sağlık durumlarındaki veya sağlık kaynaklarının farklı nüfus grupları arasındaki dağılımındaki sistematik farklılıklardır. Eğitim, istihdam durumu, gelir düzeyi, cinsiyet ve etnik köken gibi sosyal faktörlerden etkilenen bu eşitsizliklerin hem bireyler hem de toplumlar için önemli sosyal ve ekonomik maliyetleri bulunmakta, ülkelerin gelişmesini yavaşlatmaktadır. Bireyin sosyo-ekonomik düzeyi düştükçe sağlıksız olma olasılığı da o oranda artmakta, düşük, orta veya yüksek gelirli tüm ülkelerde, farklı sosyal grupların sağlık durumlarında büyük eşitsizlikler olduğu bildirilmektedir (WHO, 2018). Birleşmiş Milletler, üye devletleri tarafından eşitlik anlayışını temel alan ve eşitsizlikleri azaltmaya odaklanan Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamında yayınlanan "Sürdürülebilir Kalkınma Raporu"na göre savaş ve diplomatik krizler nedeniyle yoksulluk, gıda güvensizliği, enerjiye erişim sorunları ciddi bir artış göstermektedir. Ek olarak, iklim ve biyolojik çeşitlilik krizleri de bu olumsuz etkileri artırmıştır. Üst üste ikinci yıldır, dünya genelinde kalkınma hedeflerinde ilerleme kaydedilemediği ve hatta kısmen yoksul ve savunmasız ülkelerdeki yavaş veya hiç olmayan iyileşme nedeniyle ortalama puanın da düştüğü bildirilmektedir. Türkiye'nin sürdürülebilir kalkınma skoru 70,4'tür ve 163 ilke arasında 71. sırada yer almaktadır. Türkiye'nin raporda

tanımlanmış 17 hedefe ulaşma durumu incelendiğinde; 2 hedefte (yoksulluğa son, erişilebilir ve temiz enerji) zorlukların devam ettiği, 5 hedefte (açlığa son, nitelikli eğitim, temiz su ve sanitasyon, sürdürülebilir şehirler, amaçlar için ortaklıklar) önemli zorlukların devam ettiği, 10 hedefte ise (sağlık ve kaliteli yaşam, toplumsal cinsiyet eşitliği, insana yakışır iş ve ekonomik büyüme, endüstri, yenilikçilik ve altyapı, eşitsizliklerin azaltılması, sorumlu tüketim ve üretim, iklim eylemi, sudaki yaşam, karasal yaşam, barış, adalet ve güçlü kurumlar) ciddi zorlukların devam ettiği bildirilmektedir. Ek olarak "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği" hedefinin alt hedeflerine bakıldığında; 15-49 yaş arası kadınlarda modern yöntemlerle karşılanan aile planlaması talebi konusunda verilere ulaşılamadığı; kadın-erkek ortalama eğitim yılı oranı, kadın-erkek işgücüne katılım oranı oranı, ulusal parlamentoda kadınların sayısının önceki ölçüme göre değişmediği; cinsiyetler arası ücret farkının kötüleştiği görülmektedir (Sachs, Lafortune, Kroll, Fuller ve Woelm, 2022). Benzer şekilde Türkiye İstatistik Enstitüsü (TÜİK) 2022 yılı verilerine göre; 25 yaş ve üzerindeki kadınlarda en az bir eğitim düzeyini tamamlama oranı %87,3 iken (erkeklerde 97,1), yükseköğretim mezunlarının oranı %20,9'a (erkeklerde 25,1) düşmektedir. Cinsiyete göre değişiklik gösteren diğer göstergeler incelendiğinde, 2021 yılında erkek ve kadın arasındaki eşitsizliklerin devam ettiği görülmektedir (Tablo 1). Raporda kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe, işgücüne katılma oranlarının artış gösterdiği belirtilirken, okuryazar olmayan kadınlarda iş gücüne katılma oranının %12,8 (erkekte 28,6), yükseköğretim mezunlarında ise %67,6 (erkekte 84,6) olduğu, üç yaş altında çocuğu olan kadınlarda bu oranın %26,1'e düştüğü ve bölgeler arasında işgücüne katılımlarda ciddi farkların olduğu bildirilmektedir.

Tablo 1. Türkiye'deki cinsiyete göre eğitim ve istihdam göstergeleri (2021)

Göstergeler	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
Okuryazar olmayan nüfus aranı (25 yaş üzeri)	3,5	1,0	6,1
Yükseköğretim mezunu nüfus oranı (25 yaş üzeri)	23,0	25,1	20,9
Istahdam oranı (15 yaş üzeri)	45,2	62,8	28,0
İşgücüne katılım oranı (15 yaş üzeri)	51,4	70,3	32,8
Işsizlik oranı (15 yaş üzeri)	12,0	10,7	14,7

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2023, 06 Mart). İstatistiklerle kadın 2022. [Web page]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamındaki "Sağlık ve Kaliteli Yaşam" hedefinin alt hedefleri ölüm ve yaşam istatistiklerini (beklenen yaşam süresi, erken ölümler, anne ölümleri, bebek ölümleri vb.) içermektedir (Sachs ve ark., 2022). Sosyoekonomik sağlık eşitsizliklerine ilişkin, küresel karşılaştırma çalışmaları henüz yaygınlaşmadığından dolayı, genel sağlık eşitsizliğinin ölçülmesinde ölüm ve yaşam istatistikleri daha fazla dikkat çekmekte ve ülkeler

arasında karşılaştırma yapmanın en iyi yolu olarak görülmektedir. Ayrıca ölüm yaşları arasındaki eşitsizliklerin ölçülmesinin, ahlaki açıdan da önemli olduğu ve hangi eşitsizliklerin adaletsiz olarak kabul edilmesi gerektiğini belirlemede başlangıç noktası olarak kullanılabileceği belirtilmektedir (Stromme ve Norheim, 2017). Bu doğrultuda mevcut durum incelendiğinde:

Anne ölümleri, hem ülkeler arasında hem de ülke içinde yüksek ve düşük gelir düzeyi arasındaki geniş uçurumları gösteren önemli bir sağlık göstergesidir. Gelişmekte olan ülkeler, dünyadaki yıllık anne ölümlerinin %99'unu oluşturmaktadır (WHO, 2018). Türkiye'deki anne ölüm oranı, 2021 yılında yüz bin canlı doğumda 13,1 iken, bu oran üst gelir grubu ülke ortalaması (yüz binde 13,3) ile DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması (yüz binde 11,4) arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Dünyada her gün 16 bin beş yaş altındaki çocuk, bulaşıcı ve diğer hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Kırsal ve yoksul bölgelerde yaşayan çocukların bu durumdan ciddi olarak etkilendiği, en yoksul %20'lik kesimdeki çocukların en zengin %20'lik kesimdekilere göre beş yaş altında ölme oranlarının iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (WHO, 2018). Türkiye'deki beş yaş altı ölüm hızı, önceki yıla göre 0,6 artış göstererek 2021 yılında binde 11,2 olarak raporlandırılmıştır (TÜİK, 2023).

Türkiye'de 2019 verilerine göre, doğumda beklenen yaşam süresinin 78,6 (erkekte 76,4 ve kadında 80,7), doğumda sağlıklı yaşam beklentisinin 68,4 (erkekte 67,8 ve kadında 69,0) olduğu bildirilmektedir (WHO, 2023). Bu oranların üst gelir grubu ülkelerin (80,3) altında, DSÖ Avrupa bölgesi ortalamasının (77,4) üzerinde olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Türkiye'de kaba ölüm hızı 2020 yılında binde 6,1 iken, bu oranın 2021 yılında 6,7'ye yükselmiştir. Ölüm nedenleri incelendiğinde; ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%33,4) yer alırken, onu iyi huylu tümörler (%14,0) ve solunum sistemi hastalıkları (%13,4) izlemektedir. Dört ana bulaşıcı olmayan hastalıktan (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) herhangi biri nedeniyle erken (30-70 yaş arasında) yaştaki ölüm olasılığının %15,6 olduğu bildirilmektedir (TÜİK, 2023; WHO, 2023).

Dünya geneline bakıldığında; dört ana bulaşıcı olmayan hastalık, 2000-2019 yılları arasında %28'lik bir artışla yaklaşık 33,3 milyon insanın ölümüne neden olmuştur ve bu veriler göz önüne alındığında, DSÖ bölgelerinin hiçbirinin 2030 yılına kadar üçte bir oranında azalmayı öngören Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'ne ulaşamayacağı öngörülmektedir (WHO, 2023).

Sürdürülebilir Kalkınma Raporu'ndaki "Eşitsizliklerin Azaltılması" hedefinin alt hedefleri incelendiğinde; gelir dağılımı eşitsizliğinin önemli göstergelerinden biri olan Gini

katsayısının (0,41) ve Palma oranının (1,80) önceki ölçüme göre değişmediği; 66 yaş ve üstü nüfusun yoksulluk oranının (11,1) ise önceki yıllara göre iyileşme gösterdiği belirtilmektedir (Sachs ve ark., 2022). TÜİK verilerine göre; yaşlı nüfusun yoksulluk oranının kadınlarda (%12,6) erkeklere (%9,9) göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Aynı raporda, 2020 yılında toplam gelirden en fazla ve en az pay alan %20'lik kesimlerin oranını ifade eden P80/P20 oranının 7,4'ten 8,0'a yükseldiği, toplam gelirden en fazla ve en az pay alan %10'luk kesimlerin oranını ifade eden P90/P10 oranının ise 13,0'dan 14,6'a yükseldiği belirtilmektedir (TÜİK, 2021).

Birleşmiş Milletler (BM) Kalkınma Programı tarafından geliştirilen gelişmişlik, eşitsizlik ve yoksulluk gibi olguları ölçmeye yarayan diğer endeksler ve Türkiye'deki duruma bakıldığında:

2. İnsani Gelişme Endeksi (İGE)

İnsan gelişiminin üç temel boyutu olan uzun ve sağlıklı yaşam, bilgiye erişim ve uygun yaşam standardının uzun vadeli değerlendirmesini içeren özet bir ölçüdür. Türkiye'nin 2021 yılı İGE değeri 0,84'tür (çok yüksek kategorisinde) ve 191 ülke arasında 48. sırada yer almaktadır. Türkiye'nin 1990-2021 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresinin 8,3 yıl, ortalama okullaşmasının 4,2 yıl, beklenen okullaşmasının 9,3 yıl ve kişi başına gayri safi milli hâsılanın (GSMH) yaklaşık yüzde 138,7 arttığı ve bunun sonucunda İGE değerinin yüzde 0,60'dan 0,84'e yükseldiği bildirilmektedir (UNDP, 2022).

3. Cinsiyet Gelişim Endeksi (CGE)

Sağlık (doğumda kadın ve erkek yaşam beklentisi), bilgi (çocuklar için kadın ve erkeklerin beklenen eğitim süresi ve 25 yaşında ortalama eğitim süresi) ve yaşam standartları (kadın ve erkeklerde kişi başına tahmini GSMH) arasındaki cinsiyet farklarını ölçen bir ölçüdür. Diğer bir deyişle, kadının İGE değerinin erkek İGE'ye oranıdır. Türkiye için; 2021 kadın İGE değerinin 0,81 ve erkekler için 0,86 olduğu, bu durumda CGE değerinin ise 0,94 olduğu bildirilmektedir (UNDP, 2022).

4. Eşitsizliğe Uyarlanmış İGE (EUİGE)

İGE'nin üç boyutundaki eşitsizlikleri dikkate alan bir ölçüdür. İGE ile EUİGE arasındaki fark eşitsizlikten kaynaklanan insani gelişmedeki 'kayıp' olarak değerlendirilmektedir ve bir ülkede eşitsizlik arttıkça, insani gelişmedeki kayıpların da arttığı belirtilmektedir. Türkiye'nin eşitsizlikten kaynaklanan kaybın, %14,4 olduğu ve bu kaybın İGE'yi 2021'de %0,72'ye düşürdüğü bildirilmektedir (UNDP, 2022).

5. Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (CEE)

Cinsiyet eşitsizliklerini (kadın ve erkek arasındaki eşitsizlik nedeniyle insani gelişmedeki kayıp) üç temel boyutta: üreme sağlığının güçlendirilmesi (anne ölüm oranı ve ergen doğum oranları), sahip olunan parlamento/meclis koltukları ve en az orta öğretime sahip nüfusun payı ve işgücüne katılım oranları ile ölçülmektedir. Türkiye'nin 0,27 CEE değerine sahip olduğu ve 2021'de 170 ülke arasında 65. sırada yer aldığı bildirilmektedir (UNDP, 2022).

6. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (ÇBYE)

İnsanların yoksulluğu nasıl deneyimlediklerini anlamak için sağlık, eğitim ve yaşam standardı gibi 10 göstergeden oluşmaktadır. Bu ağırlıklı göstergelerin, en az üçte birinde yoksunluk yaşayan kişiler, çok boyutlu yoksullar kategorisine girmektedir (UNDP, 2022).

7. Gezegen Baskıları Düzeltilmiş İGE (GBDİGE)

Gezegendeki aşırı insan baskısını hesaba katmak için, kişi başına düşen karbondioksit emisyonları ve kişi başına düşen karbon ayak izi ile hesaplanan insani gelişme düzeyi ölçütüdür. Gezegen üzerinde hiçbir baskının olmadığı ideal bir senaryoda bu değer İGE'ye eşittir. Ancak baskılar arttıkça, İGE'nin altına düşmektedir (UNDP, 2022). Şantaş'ın (2021), BM Kalkınma Programı tarafından geliştirilen endeksler ve gelir dağılımındaki eşitliği ölçmeye yarayan Gini katsayısı arasındaki ilişkisini incelediği çalışmada, endeksler ve Gini katsayısı puanları arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Bu doğrultuda; yüksek gelişmişlik düzeyinin yüksek sağlık sonuçlarıyla, yüksek yoksulluk ve eşitsizliklerin ise yüksek ölüm aranları ve hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Şantaş, 2021).

8. Sağlıkta Eşitsizlikler ve Etik

Sağlık eşitsizlikleriyle bölünmüş bir dünya, küresel sağlık için etik zorlukları da beraberinde getirmektedir (Ruger, 2006). Kötü sağlık, büyük insani ıstıraba ve sosyal adaletsizliğin devam etmesi potansiyeli taşıyan öncelikli yetersizliklerden biridir. Sağlığın diğer birçok insani beceri için önkoşul olduğu dikkate alındığında, sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen kararlar zorunlu olarak bir etik problemdir (Prasad ve Sengupta, 2019; Ruger, 2006). Çünkü etik teori, genellikle ortalama sağlığın iyileştirilmesi ile sağlıkta eşitsizliğin azaltılacağını varsaymaktadır (Stromme ve Norheim, 2017). Etik ilkeler, sağlığın değerli olduğunu ve tüm insanların yaşamına eşit derecede saygı duyulması gerektiğini kabul etmektedir (Ruger, 2006).

Küresel sağlık eşitsizliklerinin ahlaki açıdan rahatsız edici olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü tüm insanlara eşit saygı duymayla ilgili algı ve etik yaklaşımlar, sırf belli bir ülkede veya toplumda doğduğu için, kişinin sağlık durumunun kötüleşme riskinin artmasının ahlaki açıdan

zalimce olduğu ve düzeltilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kişinin sağlığının ve hayatta kalma durumunun temeli ahlaki olarak keyfiyete bağlı olmamalıdır (Ruger, 2006). Ayrıca sosyal gruplar arasındaki önlenebilir sağlık eşitsizliklerinin, haksız ve mücadele etmeyi gerektiren ahlaki bir zorunluluk olduğu belirtilmektedir (Bradley, 2021). Bu noktada duyulan temel ahlaki kaygı nedeni, fiziksel ve zihinsel işleyiş hatta canlı olma yeteneğinin azalmasıdır. İşlevsellik yeteneğindeki yoksunluklar, bireylerin olmak istedikleri şey olma özgürlüklerini ellerinden almaktadır. Bu açıdan bakıldığında; yaşamı sürdürmek için gerekli sosyal ve ekonomik koşulları yaratabildiği halde, bireylerin erken ölmesine ve çeşitli hastalıklara maruz kalmasına izin veren küresel bir topluluk adaletsizdir. Temel adalet ilkesi, bireyleri adaletin merkezi ve ahlaki birimi olarak ele almaktadır, bu durum onların nerede yaşadıklarına ve herhangi bir kişinin veya insanların onlarla olan özel ilişkisine bakılmaksızın tüm insanlar için geçerlidir. Sağlıkta adalet, toplumların, bireylerin gelişen yaşamlara sahip olabilmeleri için mümkün olan en yüksek sağlık eşik düzeyine ulaşmaları için gerekli koşulları sağlamasını gerektirmektedir (Ruger, 2006).

Etik taleplerin motive edici, ilke, görev ve sorumlulukları belirleyici ve ortak hedeflere ulaşmada küresel ve ulusal paydaşları ahlaki olarak sorumlu tutucu bir güce sahip olması nedeniyle; sağlık eşitsizliklerine verilen uluslararası ve ulusal tepkilerin etik değerlere dayanması gerektiği vurgulanmaktadır. Çünkü kişi ve kurumların görev ve yükümlülüklerinin tanımlanmasında adalet teorilerine gereksinim duyulduğu ve küresel sağlık adaleti sorunlarını çözmek için ahlaki bir çerçevenin olmadığı belirtilmektedir. Bu noktada onaylanan etik ilkeler, sağlığın esenliğe içsel değerini, tüm insanların yaşamına eşit saygıyı, sağlığın bireysel ve küresel önemini, bir grubun sağlık durumundaki eksiklik kavramını, dezavantajlı gruplara öncelik vermek ve yardım etmek için yüksek çabaya duyulan gereksinimi içermektedir. Daha güçlü bir insani gelişim kavramını ve tüm insanların sağlıklı olduğu bir dünyada yaşama arzusunu desteklemektedir. Bu yaklaşım devlete, yurttaşlara ve yerel topluluklara yönelik görev ve yükümlülükleri azaltmamakla birlikte, özellikle devletin birincil ahlaki sorumluluğunu ön plana çıkarmaktadır (Ruger, 2006). DSÖ'de, sağlık eşitsizliklerinin hükümet politikalarının doğru müdahalesiyle azaltılabileceğini kabul etmektedir (WHO, 2018). Ancak bu noktada sağlık eşitsizlikleri bir adalet sorunu olarak çerçevelenmeli, sadece zararlı davranışların yasaklandığı önlemlere odaklanma ve paternalist devlet yaklaşımları reddedilmelidir. Bunun yerine yeterli barınma, beslenme, egzersiz, eğitim ve istihdama erişim konularında bireylerin kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini artırmalarına izin veren olumlu girişimler teşvik edilmelidir. Küresel kurum ve kuruluşlar ise (BM, DSÖ, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu vb.) refah, güç ve sosyal, ekonomik, politik fırsatlarda var olan küresel eşitsizlikleri gi-

dermekle yükümlüdür (Prasad ve Sengupta, 2019; Ruger, 2006). Yalnızca ulusal çıkarlar üzerinde kolektif olarak işlev görme değil, daha geniş yaklaşımla küresel piyasa başarısızlıklarını düzeltme, kamu malları yaratma ve küresel ölçekte adalet ve hakkaniyet endişelerini ele alma gücünü temsil ederler ve ülkelerin sağlığını geliştirmesi ve teşvik etmesi için destekleyici ve kolaylaştırıcı bir role sahip olmalıdırlar. Genel olarak gelişmekte olan ülkelerde büyümeyi kolaylaştırmak, küresel finansal istikrarı teşvik etmek, küresel kamu mallarını finanse etmek, küresel forumlarda ülke katılımını geliştirmek, borç yardımı ve kalkınma yardımı sağlamak, gelişmiş ülkelere adil ticaret ve açık pazarlar sunmak, gelişmekte olan ülkelere teknik yardım ve teknik bilgi sağlamak ve küresel kamu mallarını finanse etmek gibi görevleri bulunmaktadır. Küresel sağlık kurumlarının ise, daha dar bir dizi yükümlülük ve görevi vardır. Bunlar genel olarak: bilgi ve enformasyonu üretmek ve yaymak, ulusal ve küresel forumlarda bireyleri ve grupları güçlendirme çalışmalarını desteklemek, adil ve verimli sağlık sistemleri için teknik ve mali yardım sağlamak, küresel savunuculuk ve kurumları koordine etme şeklinde özetlenebilmektedir (Ruger, 2006).

Küresel bir bakış açısıyla, sağlık eşitsizliklerini gidermek için atılması gereken ilk adım, mevcut durumun adaletsizliğini göstermek ve önerilen eylemin dayandırıldığı temel değerleri açıklamaktır. İkincisi, bu tür eşitsizlikleri gidermek için küresel ve ulusal eylemlere rehberlik edecek ilkeler geliştirmektir (Ruger, 2006). Sağlık eşitsizliklerinin düzeltilmesinde, halkı ve politikacıları mevcut durumu olduğu gibi korumanın büyük ölçüde adaletsiz olduğuna ve tolere edilmemesi gerektiğine ikna etmek, sıkıntılarla karşılaşılsa bile daha adil ve sağlıklı bir toplum talep etmeyi öğrenmeye teşvik etmek gerektiği vurgulanmaktadır (Bradley, 2021). Sağlık eşitsizliklerini azaltmak, sosyal örgütlenmeyi ve dört temel işlevin ortak eylemini gerektirir. Bunlar: toplum içinde ve toplumlar arasında kaynakların yeniden dağıtılması, bu dağıtımın yapılabilmesi için ilgili mevzuat ve politikaların düzenlenmesi, toplum düzenlemeleri ve izlemi ve toplum üretiminin sağlanmasıdır. Pek çok ülkede, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kaynakların toplum içindeki dağılımı adaletsizdir. Bu noktada etik taahhütler gereklidir, çünkü bu tür normlar olmadan kaynakları sosyal olarak organize etmek ve yeniden dağıtmak mümkün değildir. Bu çabalar gönüllü olmalı, zorlama olmamalı ve ahlaki temellere dayanmalıdır. Çünkü bireylerin organizasyonu ve kaynakların yeniden dağıtması sırasında, mevcut kaynaklarının ve özerkliklerinin bir kısmı da feda edilebilmektedir. Bireyler bu etik taahhütleri içselleştirdiklerinde, bu koşulları özgürce kabul ederler ve toplumun bunlara uyması için yükümlülükler yaratırlar. Bireylerin ayrıca sosyal eylemlerini başkalarına yönelik veya özgeci davranışlara motive eden genel ahlaki normları içselleştirmeleri gerekmektedir. Kolektif eylem yoluyla özerkliklerinin ve kaynaklarının bir kısmından vazgeçmeye istekli bi-

reyler, bu amaca ulaşmak için adımlar atabilirler. Bu nedenle, bireylerin, devletlerin ve küresel kuruluşların yükümlülükleri, insan gelişimi ve sağlığı tehdit altında olan kişiye makul yardım sağlamayı ciddi bir şekilde değerlendirmelerini gerektirmektedir (Ruger, 2006).

Şaşırtıcı bir şekilde, küresel sağlık eşitsizliklerinin ahlaki temelleriyle başa çıkmak için yeterli çabanın gösterilmediği, konuyla ilgili genel bir görüşün olmadığı, sağlık politikası tartışmalarında etik ifadelere nadiren yer verildiği belirtilmektedir. (Bradley, 2021; Prasad ve Sengupta, 2019; Ruger, 2006). Birçok düşük gelirli ülkedeki nüfusun büyük bir bölümünün sağlık hizmetlerine erişiminde devam eden ve kabul edilemeyecek kadar yüksek birincil eşitsizliğin mevcut durumu, etik çerçevede ihmal edilen bir konu olarak kabul edilmekte ve politika yapıcılar tarafından nadiren önemli bir etik sorun olarak kabul edilmektedir. Ayrıca bazı küresel kurum ve vakıfların küresel ticari çıkarlara fayda sağlamak için ulusal politikaları ve uluslararası organizasyonları olumsuz olarak etkilediği, genellikle sağlık ve sağlık hizmetlerine eşit erişim, kamu-özel ortaklıkları ve çıkar çatışması gibi konularda zararlı bir etkiye sahip oldukları belirtilmektedir. Bu noktada; sağlığın bir meta değil, hükümetlerin korumak ve geliştirmekle yükümlü olduğu temel bir insan hakkı olduğunun hatırlatılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri, diğer sektörler gibi bir sektör değildir, çünkü insanların süregiden hastalık ve ıstıraplarından kâr elde etmek ve yoksulluğu ilerletmek, ekonomik büyümeye sınırlı bir şekilde katkıda bulunsa bile, pek arzu edilir veya etik değildir. Bu temel gerilimin, küresel sağlık etiği alanının geç kalmadan ekonomik büyüme gündeminin egemenliği yerine hak temelli bir söyleme ağırlık vermesini gerektirdiği belirtilmektedir (Prasad ve Sengupta, 2019).

9. Küresel Sağlık Eşitsizliklerinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık eşitsizlikleri, toplumda savunmasız ve dezavantajlı grupların oluşmasına neden olurken, dezavantajlı grupları sağlık yönünden daha fazla dezavantajlı konuma indirmekte ve hastalık risklerini artırmaktadır (Soner ve Avcı, 2019). Hemşireler eşitsizliklere karşı, tüm bireylerin adil yaşam şartlarına ve eşit hastalık yüküne sahip olması, ölüm risklerinin azaltılması, gereksinim duydukları sağlık hizmetlerine erişebilmeleri için kişisel veya iş birliğiyle mücadele edebilecek sağlık profesyonelleridir. Özellikle halk sağlığı alanındaki hemşireler, eşitsizlikler konusunda daha duyarlı ve farkında olması gereken bir pozisyondadır ve ev ziyaretleri, evde bakım gibi temel hemşirelik girişimleriyle anne bebek ölümleri gibi önlenebilir risklerin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadırlar (Bahar ve Aydoğdu, 2011; Demirel ve Akın, 2014). Bu konuda eleştirel düşünme, eşitsizliklere neden olan politik, sosyal, ekonomik faktörlerin tanımlanması, birbirini etkileyen bu çok faktörlü sorunun çözümünde sektörler arasındaki işbirliğinin desteklenmesi, kamu ve özel sağlık kurumlarının katılımının sağlanması, mevcut politika ve uygulamaların sosyal adalet ile eşitlikçi bir anlayışa dayandırılması, sa-

vunmasız grupların güçlendirilmesi, toplum eğitimleriyle farkındalığın oluşturulması yoluyla değişimi başarabilirler (Bahar ve Aydoğdu, 2011; Demirel ve Akın, 2014; Rozendo, Salas ve Cameron, 2017). Toplumun korunması ve gereksinimlerinin karşılanmasında bireylerin en yakınındaki sağlık profesyoneli olan hemşirelerin eşitsizliğin önlenmesinde en önemli rollerinden biri savunuculuktur. Savunuculuk rolü sayesinde bireylerin güçlenmesi, bilgilenmesi, güvenlik ve yaşam kalitesinin artmasının yanı sıra; hemşirenin de mesleki doyum ve ahlaki olarak mutluluğunun sağlanabileceği belirtilmektedir. Bu role ek olarak mesleki ve toplumsal iş birlikleri, politik süreçlere ve mesleki örgütlere katılımı içeren hemşirenin liderlik rolü de vurgulanmaktadır (Demirel ve Akın, 2014; Rozendo ve ark., 2017).

Eğitim sosyal adalet ve eşitliğin teşvikinde önemli bir faktör olduğu için etik, eşitlik ve sosyal adalet konularının hemşirelik eğitimi müfredatında yer alması bir zorunluluktur (Rozendo ve ark., 2017). Rozendo ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) hemşirelik müfredatında sosyal ve sağlık eşitsizlikleri genel olarak;

► Sosyal ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunabilecek unsurlara (sosyal adalet, savunuculuk, sosyal sorumluluk, etik, esneklik vb.),

► Eşitsizlik temasını ele almak için kullanılan eğitim ve araştırma stratejilerine,

► Sosyal ve sağlık eşitsizlikleri konusundaki farkındalığı artırmak için savunmasız gruplara (evsizler, etnik azınlıklar, yoksullar, kırsal nüfus, göçmen/mülteciler vb.) odaklanıldığı bildirilmektedir (Rozendo ve ark., 2017).

Genel olarak hemşirelik eğitiminde sosyal adalet kavramının öğretilmesinde eksiklikler olduğu, uygulama ve etik konularda öğrencilere rol model olması gereken öğretim elemanlarının etik olmayan davranışlar sergileyebildiği, derslerde etik değerler yerine tıbbi ve klinik bakıma ağırlık verildiği belirtilmektedir. Bu konuda, hemşirelik müfredat içeriği ve eğitim yaklaşımlarının değiştirilmesi, eğitimcilerin etik ve sosyal adalet konularına duyarlı olması ve bu konulardaki eğitimlere daha fazla önem verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Akbaş, Kadıoğlu ve Tuncer, 2017; Habibzadeh, Jasemi ve Hosseinzadegan, 2021). Genel olarak hemşirelerin eşitsizliklerle mücadelede de geri planda kaldığı, politik süreçlere, mesleki örgütlenmeye, eşitsizliklerle ilgili eğitim ve araştırmalara katılımlarının yeterince yüksek olmadığı, sağlık profesyonellerinin eşitsizlikler ve hizmet sunumunda karşılaşılan zorluklarla mücadelede hazırlıksız olduğu belirtilmektedir (Demirel ve Akın, 2014; Rozendo ve ark., 2017). Bu doğrultuda sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren politikaların desteklenmesi, ülkeler arasındaki işbirliğinin artırılması, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet anlayışıyla sunulmasına dikkat çekilmekte, hemşire eğitimcilerinin bu konu-

lara daha fazla değinmesi gerektiği, hemşirelerin eşitsizliklerin temel nedenleriyle yüzleşme konusunda eleştirel bilgilerinin artırılması ve siyasi mücadeleye katılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (Bahar ve Aydoğdu, 2011; Rozendo ve ark., 2017).

10. Sonuç

İnsanların sağlıklı olma kapasitelerinde mahrum kalmalarına neden olduğu için sağlık eşitsizliklerinin ahlaki açıdan rahatsız edicidir. Sağlıkta adalet, toplumların, bireylerin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmaları için gerekli koşulları sağlamasını gerektirmektedir. Bu açıdan bakıldığında, yaşamı sürdürmek için gerekli sosyal ve ekonomik koşulları yaratabildiği halde, bireylerin erken ölmesine ve gereksiz hastalıklara maruz kalmasına izin veren küresel bir topluluk adaletsiz olarak değerlendirilmektedir. Ek olarak, konuyla ilgili etik ilkeler doğrultusunda sağlık eşitsizliklerine yönelik uluslararası ve ulusal tepkiler, sağlık ve sağlık hizmetlerinin dağıtımıyla ilgili temel etik değerlere dayanmalıdır; çünkü etik ilkeler, ortak hedeflere ulaşmak için küresel ve ulusal paydaşları motive etme ve sorumlu tutma gücüne sahiptir. Bu doğrultuda, toplumla en çok temasta bulunan sağlık profesyoneli olan hemşirelerin eşitsizlikler konusundaki farkındalıklarının artırılması, savunucu rollerinin desteklenmesi, özellikle müfredat eğitim programlarında sosyal ve sağlık eşitsizliklerine hemşirelerin katılımının sağlandığı politikaların oluşturulması, eşitsizliklerle ilgili uygulamalara yol göstermesi açısından zamanında ve güvenilir verilere sahip olmanın önemi göz ardı edilmemelidir.

Kaynakça / References

Akbaş, M., Kadıoğlu, S. ve Tuncer, İ. (2017). Türk hemşirelik eğitimcileri açısından hemşirelik eğitiminde etik. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, *19*, 104-112. https://doi.org/10.1080/09751122.2017.1397435

Bahar, Z. ve Aydoğdu, N. G. (2011). Sağlıkta eşitsizlik ve hemşirelik. *DEUHYO-ED*, *4*(3), 131-136.

Bradley, S. H. (2021). The ethics and politics of addressing health inequalities. *Clin Med Journal*, *21*(2), 147-149.

Demirel, T. ve Akın, B. (2014). Sağlıkla ilişkili olarak sosyal adalet, eşitlik ve hemşirelik. *DEUHYO ED*, *7*(3), 238-245.

Habibzadeh, H., Jasemi, M. & Hosseinzadegan, F. (2021). Social justice in the health system: A neglected component of academic nursing education: a qualitative study. *BMC Nurs, 16*. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00534-1

Prasad, V. & Sengupta, A. (2019). Perpetuating health inequities in India: global ethics in policy and practice. *Journal of Global Ethics, 15*(1), 67-75. https://doi.org/10.1080/17449626.2019.1582553

Rozendo, C.A., Salas, A.S. & Cameron, B. (2017). A critical review of social and health inequalities in the nursing curriculum. *Nurse Education Today*, *50*62-5071. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.006

Ruger, J.P. (2006). Ethics and governance of global health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, *60*, 998–1003. https://doi.org/10.1136/jech.2005.041947

Sachs, J.D., Lafortune, G., Kroll, C., Fuller, G. & Woelm, F. (2022). *Sustaınable development report 2022: From crisis to sustainable development: The sdgs as roadmap to 2030 and beyond.* United Kingdom: Cambridge University Press.

Şantaş, G. (2021). Analysis of the relationship between the indices of the United Nations Development Program and Gini coefficient and health indicators. *Turkish J Public Health, 19*(1), 1-19. https://doi.org/10.20518/tjph.789713

Soner, G. ve Avcı, İ.A. (2019). Savunmasiz gruplar, risk yönetimi ve halk sağliği hemşiresinin rolü. *Samsun Sağ Bil Der*, *4(*1), 14-22.

Stromme, E.M. & Norheim, O.F. (2017). Global Health Inequality: Comparing inequality-adjusted life expectancy over time. *Public Health Ethics*, *10*(2), 188-211. https://doi.org/10.1093/phe/phw033

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2021.* Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Yayınları.

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2021, 15 Haziran) Gelir ve yaşam koşulları araştırması 2020. [Web page]. Retrieved from https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Income-and-Living-Conditions-Survey-2020-37404

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2023, 06 Mart). İstatistiklerle kadın 2022. [Web page]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2023, 22 Haziran) Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2021 [Web page]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715&dil=1

United Nations Development Programme (UNDP). (2022). *Human Development Report 2021-22: Uncertain times, unsettled lives: shaping our future in a transforming world.* New York: Human Development Report Office.

World Health Organization [WHO]. (2018, February 22). Health inequities and their causes [Web page]. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes

World Health Organization [WHO]. (2023). *World Health statistics 2023: Monitoring health for the sdg's, sustainable development goals.* Geneva: World Health Organization Press.

38. BÖLÜM / CHAPTER 38

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE ETİK

HEALTH PROMOTION AND ETHICS

Merve ALTINER YAŞ[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E-mail: merve.altineryas@iuc.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.38

ÖZ

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerinin artmasını ve optimal sağlık düzeyine ulaşmalarını amaçlayan bir süreçtir. Klinik ortamda bireyler, bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Ancak, sağlığı geliştirmede hastalıkların önlenmesi için bireyler talepleri olmadan bir programa dahil edilebilmekte ve davranış değiştirmeye teşvik edilebilmektedir. Ayrıca, sağlığı geliştirme amacı ile toplum ve sağlık sistemini güçlendirme ve sağlıklı toplum politikaları geliştirmeye ilişkin çeşitli kararlar alınmaktadır. Bu noktada, kamu yararı ile bireylerin temel hakları arasında gerilim ve ikilemlerin ortaya çıkması söz konusu olabilmektedir. Biyoetikte vurgulanan özerkliğe saygı ilkesi ile toplum temelli faydayı amaçlayan sağlığın geliştirilmesi uygulamaları tutarlılık göstermeyebilir. Bu kapsamda, pandemi ve biyoterörizm gibi krizler nedeniyle hızla gelişen halk sağlığı etiği, sağlığı geliştirme uygulamalarının etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Sağlığı geliştirme uygulamalarının toplum sağlığı için gerekliliği ile insan hakları arasındaki denge özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, sağlıkta adalet ve eşitlik, profesyonellik ve güven, dayanışma, kapsayıcılık ve katılım ve yetkinlik ilkeleri temel alındığında sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesinde kilit bir konumda yer alan halk sağlığı hemşireleri de etik sorunları belirleme, etik ikilemleri dile getirme, sağlığı geliştirme uygulamalarından etkilenen birey ve gruplara yönelik seçenekler ve eylem planları geliştirme ve bilgi kaynağının sınırlı olduğu veya bilginin hızla geliştiği durumlarda uygulamayı yeniden gözden geçirmeye yönelik önemli rol ve sorumluluklara sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Etik, etik ilkeler, halk sağlığı etiği, halk sağlığı hemşireliği, sağlığı geliştirme

ABSTRACT

Health promotion is a process of aiming to increase the control of individuals over their health and reach the optimal health level. In the clinical setting, individuals apply to healthcare services exposed to a disease symptom. However, in health promotion, individuals can be included in a program without occurring disease and their demands and be encouraged to change their behaviour. Various decisions are also taken to strengthen the community and health system and develop healthy society policies for improving health. Tensions and dilemmas may arise between the public benefits and the fundamental rights of individuals. The respect for autonomy emphasized in bioethics may

not be consistent with the perspective of health promotion aiming the community-based benefit. Public health ethics, which has developed rapidly due to crises such as pandemics and bioterrorism, enable health promotion practices to be evaluated within the ethical principles. Ethical principles that enable human attitudes and behaviours to be evaluated as right or wrong and good or bad guide the identification and resolution of dilemmas in health promotion practices. A balance between human rights and the necessity of health promotion practices for public health can be achieved with the principles of respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, health justice and equity, professionalism and trust, solidarity, inclusivity and participation, and competence. Public health nurses, who are in a key position in health promotion, also have an important role and responsibilities in identifying ethical issues, voicing ethical dilemmas, developing options and action plans for individuals and groups affected by health promotion practices, and reconsidering practice in case of the limited or rapidly evolving source of information.

Keywords: Ethics, ethical principles, public health ethics, public health nursing, health promotion

Extended Abstract

Health promotion is a process of maintaining health to the highest attainable standard as a fundamental human right. The center of the health promotion approach includes the effects of social and economic determinants of health, systems that govern the physical environment, and cultural structures on individual and community health. Ethics is a science that evaluates human attitudes and behaviours right or wrong, good or bad. It solves problems with social values, guides decisions and actions, and investigates moral reasons. Health promotion practices have many value judgments, including decisions about what practices are needed to promote the health of individuals, families, and communities, how and when to implement them, the extent to which individuals can be held responsible for their own health, whether health promotion practices is ethical or not if there is insufficient scientific evidence, and how to persuade the public to choose a lifestyle that is considered healthy. Various strategies such as campaigns, taxation, prohibitions, and limitations in lifestyle options use in health promotion for strengthening the individual, community, and health system and developing healthy society policies. Here, governments, institutions, and health professionals make decisions for the individual, family, and community in the planning, implementing, and evaluating health promotion programs. Public health ethics provide to assess the decisions and actions related to health promotion practices with the ethical principles. Ethics in health promotion contributes to the balance between the community benefits and ethical issues in decisions and actions, such as resource allocation in the face of exceeding the current capacity during disasters, the effect on cultural aspects of the community, democratic processes, and the individual's consent. There are four components in the ethical assessment of health promotion practices, including 1) identifying the objectives of health promotion practice for community health, 2) identifying potential ethical ambiguities and dilemmas, 3) determining the effects of health promotion practices on the health and rights of individuals and communities, and 4) assessing the alignment of health promotion practice with the community. Nurses are responsible for considering principles of res-

pect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, health justice and equity, professionalism and trust, solidarity, inclusivity and participation, and competence in their decision-making process to prevent health promotion practices from being used in ways that are manipulative, discriminatory or that abuse public trust. Community needs assessment in developing health promotion practices, or programs is one of the roles of public health nurses as an ethical approach. It provides a guide determining the financing possibilities required for health promotion practices and the institutions and organizations to cooperate with. Public health nurses are responsible for taking precautions to prevent harm to individuals or communities and to reduce the impact of prejudices on the assessment process. Accurate and accessible information is essential for building healthy homes, schools, workplaces, and communities. It is critical that individuals and communities should be informed by evidence to prevent misinterpretation. In this context, public health nurses need to use various communication techniques and teaching methods for different populations to achieve the goal of health promotion. Planning health education according to the needs of different target groups is also essential for ethically fulfilling the obligations of professionalism and trust, health justice and equity, inclusivity, and participation. Policies and programs in health promotion can be effectively implemented based on evidence-based research and knowledge gained through community participation. In the process, maintaining the confidentiality of research and avoiding conflicts of interest are the ethical roles and responsibilities of public health nurses. Health promotion practices should be sensitive to the values and traditions of communities and prevent harm or stigmatization of individuals living in the community. Public health nurses are responsible for protecting and respecting the privacy and autonomy of individuals and minimizing the negligence and negative consequences for their freedom. In communities where the burden of disease is high, inequalities may arise due to discrimination related to race, ethnicity, age, social status, geography, and immigration status. Public health nurses should pay attention to adapting cultural and social characteristics while collaborating with the community in health promotion practices. Participation of public health nurses in decisions and actions related to health promotion is vital to assess ethical issues about the level of health literacy in individuals, social determinants, and inequalities in accessing health promotion services. In conclusion, a balance between human rights and health promotion practices must be provided with the principles of respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, health justice and equity, professionalism and trust, solidarity, inclusivity and participation, and competence. Public health nurses, who are in a critical position in health promotion, have an important role and responsibility in evaluating decisions and actions related to health promotion with ethical principles, voicing ethical dilemmas, and developing options and action plans for individuals and groups affected by health promotion practices.

1. Giriş

İnsanların bireysel ve toplumsal ilişlerinin ahlak kuralları ve değerleri çerçevesinde incelenmesi sonucu etik kavramı ortaya çıkmıştır (Albertsen, 2022; Türk Dil Kurumu [TDK] Sözlükleri, 2023). Etik, insan tutum ve davranışlarını doğru ya da yanlış, iyi ya da kötü yönde değerlendiren ahlak ile ilgili bir felsefe dalıdır. Bilimsel olarak etik; toplumsal değerler ile sorunlara çözüm arayan, karar ve eylemlere rehberlik eden, ahlaki nedenleri araştıran ve kuramlar geliştiren bir alandır (Holland, 2023; Løgstrup, 2020; TDK Sözlükleri, 2023). Sağlığı geliştirme yaklaşımının merkezinde de sağlığa yönelik davranışlar, insan hakları, yaşam koşulları, sosyal ve kültürel değerler yer almaktadır (Dawson ve Verweij, 2016; Güler Baysoy, 2021; Holland, 2023). Devletler, kurumlar ve sağlık profesyonelleri sağlığı geliştirme programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecinde birey, aile ve topluma yönelik kararlar almaktadır (Solberg, 2021). Bu noktada, sağlığın geliştirilmesine yönelik alınan kararlar ve planlanan eylemlerin insanları nasıl etkileyebileceğine ilişkin etik ilkelerin dikkate alınması gerekir (American Public Health Association [APHA], 2019; Centers For Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmalarını ve optimal sağlık düzeyine ulaşmalarını amaçlayan bir süreçtir. Sağlığın geliştirilmesinde, sağlığın temel bir insan hakkı olarak mümkün olan en iyi seviyede tutulması gerektiği ve bunun dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu vurgulanmaktadır (Lalonde, 1974; World Health Organization [WHO], 1986). Sağlığın çok boyutlu tanımı düşünüldüğünde, sağlığı geliştirme uygulamaları sağlığın sosyal ve davranışsal belirleyicilerinin tanılanması, bilgiye ve kaynaklara erişimde eşitsizliğin önlenmesi, toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin yetkilendirilmesi, sağlıklı yaşam tarzını destekleme, sağlığı destekleyici çevreler oluşturma, sağlığı güvence altına alan politika, program ve hizmetlere yatırım yapma ve mevcut kaynakların harekete geçirilmesini kapsamaktadır (Öztek, 2018; WHO, 1986). Bu nedenle, sağlığı geliştirme programlarında sağlığı etkileyen eğitimsel, organizasyonel, kültürel, çevresel, psikolojik ve politik faktörlere göre de uygulama yöntemleri geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Güler Baysoy, 2021; Robinson, 2021). Örneğin, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/ Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonunun toplumda yayılması, insan davranışları ile bağlantılıdır. Bu nedenle, enfeksiyonun yayılmasında hem biyolojik hem de sosyokültürel belirleyiciler bulunmaktadır. Bu kapsamda, HIV enfeksiyonunun yayılmasını önlemeye yönelik sağlığı geliştirme uygulamalarında insan davranışlarını etkileyen karmaşık sosyokültürel, ekonomik ve çevresel faktörler dikkate alınması gerekmektedir (Beltran ve ark., 2022). Sağlığı geliştirmenin dinamik ve çok yönlü yapısı nedeni ile birey, aile ve

topluma yönelik uygulamalar birçok değer yargılara sahiptir. Bunlar; birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik uygulamaların ne olduğu, uygulamaların nasıl ve ne zaman gerçekleştirileceği, bireylerin kendi sağlıklarından ne ölçüde sorumlu tutulabileceği, yeterli bilimsel kanıtların olmadığı sağlığı geliştirme uygulamalarının başlatılmasının etik olup olmadığı ve sağlıklı kabul edilen bir yaşam tarzının seçimini sağlamak için toplumu bilgilendirme sürecinde nasıl davranılması gerektiğidir (APHA, 2019; Dawson ve Verweij, 2016; Solberg, 2021).

Sağlığı geliştirme programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecinde halk sağlığı hemşireleri anahtar bir konumdadır (Güler Baysoy, 2021; Nies ve McEwen, 2022; Quad Council Coalition [QCC], 2018). Çünkü halk sağlığı hemşireliğinin bakış açısı sağlığın karmaşık ve çok boyutlu doğasını dikkate alarak birey, aile ve toplumların olası ve mevcut gereksinimlerini, olanaklarını ve eşitsizliklerini değerlendirme ve değerlendirmeler doğrultusunda toplum yararına dönüştürecek girişimler planlamayı içermektedir (Nies ve McEwen, 2022). Çevresel ve sosyal adalet konularını ele alarak toplum sağlığının etkilendiği noktalarda program geliştirme, savunuculuk ve liderlik yapma gibi rolleri ile sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (QCC, 2018). Bu noktada, sağlığın geliştirilmesine yönelik kararların ve eylemlerin etik ilkeler doğrultusunda değerlendirilmesinde halk sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları oldukça önemlidir (American Nurses Association [ANA], 2015; Goranova-Spasova, Shtereva-Nikolova, Vodenicharova ve Gradinarova, 2023; International Council of Nurses [ICN], 2021). Genel olarak hemşireliğin doğasında kültürel haklar, yaşama ve seçme hakkı ve onurlu olma gibi insan haklarına saygı yer almaktadır. Bu nedenle, hemşirelik doğası da etik ilkelere sahiptir. Bu bölümde, sağlığın geliştirilmesinde etik ilkeler ve halk sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

2. Sağlığın Geliştirilmesi ve Etik

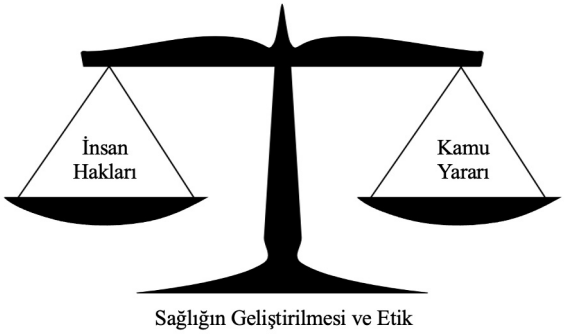
Etik sözcüğünün "törebilim, mesleklerin uyması veya kaçınması gereken davranışlar ve etik bilimi" olmak üzere birçok tanımı bulunmaktadır (TDK Sözlükleri, 2023). Bu kapsamda, etik iyi bir insan olmanın ne anlama geldiği veya yapılacak doğru eylemin ne olduğu hakkında sistematik olarak akıl yürütmeyi amaçlamaktadır (Løgstrup, 2020). Biyoetik ise yıllardır hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişkide meydana gelen değer sorunlarına odaklanmaktadır. Ancak, halk sağlığını koruma ve geliştirme bağlamında olası etik sorunlar farklılık göstermektedir (Solberg, 2021). Klinikte etik sorunlar, sağlıklı/hasta birey olarak hasta hakları çerçevesinde incelenmektedir. Halk sağlığında uygulamalar, çoğunlukla bir nüfus ya da topluluk düzeyinde yararları amaçladığı için etik olarak toplum ya da gruplara odaklanmaktadır (CDC, 2022). Bu kapsamda, biyoetik bir halk sağlığı yaklaşımı olan sağlığın geliştirilmesinde ortaya

çıkan değerler ile ilgili sorunların belirlenmesi ve çözümlenmesinde sınırlı kalabilmektedir. Toplum düzeyinde sağlık uygulamalarına yönelik biyoetik konularında halk sağlığı bakış açısına gereksinim olduğu savunulmaktadır (Dawson ve Verweij, 2016; Holland, 2023). Pandemi ve biyoterörizm gibi krizlerden dolayı halk sağlığı etiği 2000'li yıllardan itibaren biyoetiğin geniş alanı içinde bir alt disiplin olarak hızla gelişmeye başlamıştır. Sağlığın geliştirilmesi de, bir halk sağlığı yaklaşımı olduğu için halk sağlığı etiği içinde değerlendirilmektedir (CDC, 2022; Solberg, 2021).

Sağlığı geliştirme kavramı, dünyada 1970'li yıllarda ortaya çıkan yeni sağlık anlayışı ile ön plana çıkmıştır (Öztek, 2018). Bu noktada, 1974 yılında yayınlanan Kanada'nın Lalonde Raporu ve 1986 yılında yayınlanan Ottawa Bildirgesi etkili olmuştur (Lalonde, 1974; WHO, 1986). Lalonde Raporu'nda sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi hedefleri belirlenmiştir (Lalonde, 1974). Ottawa Bildirgesi kapsamında da sağlık geniş bir bakış açısı ile ele alınarak gıdaya erişim, güvenli barınma, ekonomik kaynakların yeterliliği, sağlık hizmetlerine erişim, huzurlu yaşam ve sürdürülebilir bir çevre gibi bazı ön şartlara yer verilmiş ve sağlık kavramının temel bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır (WHO, 1986). Bu kapsamda, sağlığın geliştirilmesi bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmalarını ve optimal sağlık düzeyine ulaşmalarını amaçlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Merkezinde bütüncül sağlık anlayışının yer aldığı sağlığın geliştirilmesinde sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin, fiziksel çevreyi yöneten sistemlerin ve kültürel yapıların birey ve toplum sağlığına etkilerine odaklanılmaktadır (Dawson ve Verweij, 2016).

Sağlığı geliştirme amacı ile birey, toplum ve sağlık sistemini güçlendirme ve sağlıklı toplum politikaları geliştirmeye ilişkin çeşitli stratejiler uygulanmaktadır (Andreyeva, Marple, Marinello, Moore ve Powell, 2022; Çalıkoğlu ve Köyceğiz, 2019; Radó ve ark., 2022). Sağlığı geliştirme uygulamalarında, klinikte sunulan sağlık hizmetinden farklı etik ikilemler ön plana çıkabilmektedir (Dawson ve Verweij, 2016). Bireylerin sağlığına ilişkin tercihlerine devlet müdahalesinin olması etik ikilemler oluşturabilecek önemli uygulamalardan biridir (Solberg, 2021). Toplum kampanyaları ile bilgilendirme, bireyleri sağlıklı yaşam tarzına teşvik etmek için sıklıkla yapılan uygulamalardandır. Bu noktada, kanıta dayalı doğru ve güvenilir bilgiler verilmesi ve uygun iletişim tekniklerinin kullanılması ortaya çıkabilecek etik sorunların önlenmesinde önemlidir (Dawson ve Verweij, 2016). Örneğin, tütün kullanımını önlemeye yönelik geliştirilen kampanyalarda korku ve tiksinti duygularına hitap eden yöntemlerin kullanımı bireylerin damgalanma riskini artırabilir. Dezavantajlı birey ve grupların güçlendirilmesi amaçlanırken, toplumun bu gruplara yönelik olumsuz tutum ve davranış geliştirmesine de yol

açılabilmektedir (Solberg, 2021). Tütün, alkol ve şeker gibi sağlığı olumsuz etkileyen ürünlerden vergi alınması, hem damgalama riski az ve zorlayıcı hem de toplum sağlığı için etkili sonuçlar elde edilmesini sağlayan uygulamalardan biridir. Vergilendirme, sağlıksız ürünlere talebin azalmasına ve bireylerin sağlıklı seçim yapmaları için daha gerçekçi fırsatlar sunulmasına katkıda bulunabilir (Andreyeva ve ark., 2022; Çalıkoğlu ve Köyceğiz, 2019; Radó ve ark., 2022). Yasak ve sınırlamalar ise halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde bireyleri daha zorlayıcı uygulamalardandır (Solberg, 2021). Ülkemizde tütün ürünlerine başlanmasının ve pasif içiciliğin önlenmesine yönelik politikalardan biri dumansız hava sahasının oluşturulmasıdır. Dumansız hava sahası politikası ile tütün ürünlerinin iş yerleri ve restoranlar gibi belli yerlerde tüketiminin yasaklanması ve uyum sağlamayanlara ceza uygulanması sağlığın geliştirilmesi kapsamında getirilen yasaklara örnektir (Çalıkoğlu ve Köyceğiz, 2019). Bu tür uygulamalarda, bireylerin karar verme ve seçme özgürlüğü ile halkın sağlığını koruma ve iyilik halini sürdürme arasında bir çelişki ortaya çıkabilmektedir. Ancak, bireylerin seçme özgürlüğünün topluma zarar vermesi veya diğer bireylerin seçme özgürlüğünü kısıtlaması durumu söz konusu olduğunda yasak ve sınırlamalara yönelik sağlığı geliştirme politikalarının uygulanabileceği belirtilmektedir (APHA, 2019; Solberg, 2021). Çünkü, sağlığı geliştirme uygulamalarının amacı; nüfus ya da topluluk düzeyinde yarar sağlamak ve morbidite ve mortalite hızlarını etkili bir şekilde düşürmektir (Andreyeva ve ark., 2022; Dawson ve Verweij, 2016; Güler Baysoy, 2021). Tüm bu bilgiler ışığında, sağlığın geliştirilmesinde kamu yararı ile bireylerin temel hakları arasındaki denge sağlanarak kararların alınması oldukça önemlidir (APHA, 2019; Güler Baysoy, 2021) (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlığın Geliştirilmesi ve Etiğin Temel Yapısı
Kaynak: Nakazawa, E. (2023). COVID-19 pandemic and public health ethics in japan. *JMA Journal, 6*(1), 76-80.

Sağlığın geliştirilmesi, toplum düzeni için gereken bir bakış açısıdır (Dawson ve Verweij, 2016). Sağlığın geliştirilmesi sağlığın yaşam için bir kaynak olması, sosyal, çevresel ve eko-

nomik belirleyicilerinin bir ürünü olması, eşitlikçilik ve toplumla iş birliği içinde çalışmayı gerektirmesi nedeni ile ahlaki bir sorumluluktur (Solberg, 2021). Halk sağlığı hemşireliğinin doğasında da, çevresel ve sosyal adalet konuları temel alınarak toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi yer almaktadır. Toplum içinde çeşitli ortamlarda sağlık hizmeti veren halk sağlığı hemşireleri, sağlığı geliştirme kapsamında hem birey, aile ve toplumlarla hem de farklı disiplinlerdeki kişiler ile iş birliği halinde çalışırlar (Nies ve McEwen, 2022). Bu noktada, halk sağlığı hemşireleri sağlığın geliştirilmesinde hedef popülasyonun kimlerden oluşacağı, hangi uygulamaların gerçekleştirileceği ve sonuçlarının nasıl değerlendirileceğine ilişkin kararlarında etik sonuçları düşünmelidir (ICN, 2021). Sağlığı geliştirme uygulamalarında etik ilkeler, halk sağlığı hemşirelerine olası ahlaki belirsizlikleri ve ikilemleri önlemek için rehberlik etmektedir. Ancak, karmaşık etik sorunları ele alabilmek için halk sağlığı hemşirelerinin etik sorunları belirleme, ahlaki çelişkileri ve etik ikilemleri dile getirme, sağlığı geliştirme uygulamalarından etkilenen birey ve gruplara yönelik seçenekler ve eylem planları geliştirme ve bilgi kaynağının sınırlı olduğu veya bilginin hızla geliştiği durumlarda uygulamayı yeniden gözden geçirmeye yönelik çözümler geliştirme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (APHA, 2019; Goranova-Spasova ve ark., 2023; ICN, 2021). Bu noktada, bir sonraki bölümlerde sağlığın geliştirilmesinde etik ilkeler ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları açıklanmaktadır.

3. Sağlığın Geliştirilmesinde Etik İlkeler

Teolojik ve deontolojik yaklaşımlar, etik ilkelerin temelini oluşturmaktadır (Holland, 2023). Teolojik olarak etik, bir eylemin bireylerde meydana getirdiği mutluluk oranının o eylemin doğruluğunun ölçüsünü gösterdiğini öne sürmektedir. Deontolojik etik ise, eylemlerin sonuçları yerine ahlak öğretilerinden kaynaklanan sezgi, görev ve kurallara göre hareket edilmesi gerektiğini savunmaktadır (Løgstrup, 2020). Ross (2002) teoloji ve deontoloji yaklaşımlarına dayalı olarak belirlediği etik değerlerde, bir eylemin doğru olduğuna ilişkin eğiliminde yardımseverlik, kişisel gelişim ve adalet gibi birkaç farklı özelliğin belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca, teoloji ve deontoloji temelli yaklaşımlar temel alınmadan önce tüm insanların aşağıda belirtilen görevlere uyması gerektiğini belirtmiştir.

- Sadakat ve doğruyu söyleme
- Haksız bir eylemden doğan zarara karşı, tazminat düzenlemeleri
- Yararı olan insan eylemlerine yönelik, takdir etme ve minnettar olma
- Zarar vermeme ve başkalarına zarar vermeyi önleme
- Faydaların ve risklerin adil dağılımı
- Başkalarını geliştirme
- Kendini geliştirme (Ross, 2002)

Sağlığı geliştirme uygulamalarının etik ilkeler kapsamında değerlendirilmesi, halk sağlığı hemşirelerinin hangi uygulamaları neden yapmaları gerektiğini anlamasına yardımcı olabilmektedir (Goranova-Spasova ve ark., 2023; Güler Baysoy, 2021; ICN, 2021). Sağlığı geliştirme uygulamalarını temel etik değerlere dayandırmak, halk sağlığına savunulabilir bir yaklaşım sağlamaktadır (APHA, 2019; CDC, 2022; Dawson ve Verweij, 2016). Bazen değerler ile etik yükümlülükler çatışınca, ortak bir noktada uzlaşma gereksinimi doğmaktadır. Etik çatışmaları çözmek, doğru cevabı bulmak değil ahlaki açıdan uygun bir yol aramak anlamına gelmektedir (Holland, 2023; Løgstrup, 2020). Önerilen sağlığı geliştirme eylemlerinde etik değerlendirme ve akıl yürütme becerisi, halk sağlığı hemşireleri ve diğer karar vericilerin sahip olması gereken önemli bir yetkinliktir (APHA, 2019; Goranova-Spasova ve ark., 2023; QCC, 2018). Bu noktada, planlanan sağlığı geliştirme uygulamalarının etik açıdan değerlendirilmesi dört önemli bileşeni içermektedir:

- Sağlığı geliştirme uygulamasının toplum sağlığına yönelik hedeflerinin belirlenmesi,
- Etik açıdan olası belirsizliklerin ve ikilemlerin belirlenmesi,
- Sağlığı geliştirme uygulamasının birey ve toplumun sağlığı ve hakları üzerine etkilerinin belirlenmesi,
- Sağlığı geliştirme uygulamasının toplum ile uyumunun değerlendirilmesi (APHA, 2019; Dawson ve Verweij, 2016).

Etik değerlendirme en iyi kanıtların belirlenmesini, toplumun veya paydaşların deneyimlerinin anlaşılmasını ve planlanan sağlığı geliştirme uygulamasının veya programının ahlaki gerekçesinin halka en iyi şekilde nasıl gerekçelendirilerek açıklanabileceğini düşünmeyi sağlamaktadır (APHA, 2019; Holland, 2023; Solberg, 2021). Etik değerlendirme, toplumun veya paydaşların değerlerine saygı duyan ve karar verme sürecine doğrudan veya dolaylı katılımını sağlayan süreçler oluşturmaya yönelik adımları da içermektedir. Sağlığın geliştirilmesinde, toplum sağlığına yönelik eylemler ile toplum değerleri arasındaki çelişkilerin nasıl çözülmesi gerektiği her zaman net değildir. Halk sağlığı alanında çalışan hemşireler ve diğer meslek grupları, etik karar verme sürecinde aşağıda belirtilen etik ilkeleri tartışarak, sağlığı geliştirme uygulamalarının çıkarcı, ayrımcı veya halkın güvenini suistimal edecek şekillerde kullanılmamasını sağlamalıdır (APHA, 2019; CDC, 2022; Dawson ve Verweij, 2016; Güler Baysoy, 2021; Holland, 2023; Solberg, 2021).

3.1. Özerkliğe Saygı

Özerklik, bireylerin kişisel seçimler yapma becerisidir. Kişisel seçimleri etkili bir şekilde yapabilme, karar verme sürecinde gerekli tüm bilgilerin toplanmasını gerektirmektedir (Løgstrup, 2020). Halk sağlığı hemşireleri de karar verme sürecinde, bireylerin sağlığını koruma

ve geliştirmeye yönelik yeterli bilgi sağlama sorumluluğuna sahiptir (Ivanov ve Oden, 2013). Ancak, bireye, aileye veya topluma zarar verme durumu söz konusu olduğunda özerklik ilkesinin sınırlanabileceği de belirtilmektedir. Örneğin, salgın durumunda bireylerin bağışıklanması toplum düzeyinde koruma sağladığı için bir değer olarak toplum yararının birey özerkliğinin üzerinde olduğu kabul edilmektedir. Başka bir örnek ise, COVID-19 pandemisinde hızla artan vakaları kontrol altına almada teması azaltmak için yapılan karantina, seyahat kısıtlamaları, toplantıların yasaklanması ve okulların kapatılması gibi toplum temelli uygulamalardır (Trnka ve ark., 2021). Bu durumlarda, birey özerkliğinden toplum sağlığı adına orantılı ve ölçülü fedakârlık beklenmektedir (APHA, 2019). Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında, kamu yararı ile bireylerin temel hakları arasında denge iyi kurulduğu sürece salgınlar etkili bir şekilde kontrol altına alınmaktadır (Nakazawa, 2023) (Şekil 1). Bu noktada, bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin kısıtlandığı sağlığı geliştirme uygulamalarında toplum refahını korumada haklı çıkaracak kanıtlara ve etik değerlere dayandırarak halkı bilgilendirmek gerekmektedir. Aksi takdirde, salgının yayılımını kontrol etme çabaları direnişe yol açabilmektedir (APHA, 2019).

Sağlığı geliştirme amacı ile bireylerin davranışını kısıtlayan zorunlu yasal önlemlerin bazı durumlarda toplum için etik olarak gerekli olduğu düşünülmektedir. Örneğin, şiddet veya madde kullanımının yaygın olduğu bir toplumda uygulanması gereken sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri için özerkliğin sınırlanabileceğidir. Bu noktada, "sağlığı geliştirme uygulaması yararlı olsa bile birey ve toplum için incitici ve aşağılayıcı olur mu?" ve "planlanan sağlığı geliştirme uygulaması halk sağlığı hemşirelerinin yetkilerini sağduyulu ve alçakgönüllülükle kullandıklarını gösterecek mi?" soruları akla gelmelidir. Çünkü halk sağlığı hemşirelerinin bireylerin insan hakları gereği sahip olduğu aydınlatılmış onam ve özerkliğe saygı duyma sorumlulukları devam etmektedir (Ivanov ve Oden, 2013). Özerkliğe saygı ilkesi aynı zamanda adalet, eşitlik ve karşılıklı dayanışma gibi etik değerleri de korumaktadır. Yaşın küçük olması veya bilişsel engelin olması nedeni ile karar verme süreçlerine tam olarak katılamayacak veya rıza gösteremeyecek olanların onurunu korumak da özellikle önemlidir. Çünkü çağdaş halk sağlığı uygulamaları, birey ve toplumların sosyal ve kültürel koşullarına saygı duyulması ve sürdürülmesine yardımcı olmaktadır (APHA, 2019; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2015).

3.2. Zarar Vermeme

Halk sağlığı hemşireleri, sağlığı geliştirme uygulamaları sırasında verdikleri bakımın sağlıklı/hasta bireye zarar veya gereksiz risk getirmediğinden emin olmalıdır (ICN, 2021). Zarar, her düzeyde acı ve ıstırap olarak tanımlanabilmektedir. Zararın etkisi, bir bireyde veya

toplumda fiziksel, duygusal veya ekonomik olarak ortaya çıkabilmektedir (APHA, 2019). Örneğin; obezitenin önlenmesine yönelik sağlığı geliştirme programlarında vücut ağırlığına yönelik girişimler ve verilen mesajlar bireylerin beden imajları ve kişisel değerleri ile ilgili olduğu için etik kaygılar içerebilir (Kahrass, Strech ve Mertz, 2017). Başka bir örnek ise, teknolojiyi en çok kullanan yaş grubu arasında yer alan adölesanların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmaları ve bilgiyi doğru anlamaları için stratejik olarak bilgisayar ve video oyunları araç olarak kullanılmaktadır. Bu noktada, teknoloji bağımlılığı riski ile toplum yararı arasında etik olarak bir dengenin sağlanması gerekir (Kaimara, Oikonomou ve Deliyannis, 2022). Hastaların gereksiz riske maruz kalmaması için, halk sağlığı hemşireleri bireylere sağlık durumları veya verilecek sağlık hizmetleri hakkında mümkün olduğunca fazla bilgi vermelidir. Örneğin, uzun süreli faydalar elde etmek için yapılan influenza aşılarının uygulama aşamasında ani ve geçici ağrı yaşanabileceği bilgisi verilmelidir. Bireylerin kendilerini potansiyel zarar, hastalık veya yaralanma riskine maruz bırakmadan bilinçli kararlar alabilecek düzeyde olması sağlanmalıdır (APHA, 2019; Ivanov ve Oden, 2013).

3.3. Yarar Sağlama

Toplumun herhangi bir alanında veya kesiminde, bireyler iyi eylemleri yapmaya teşvik edilmelidir. Mesleki, kişisel çalışmalar veya eylemler, hem bir toplum içinde yaşayan bireylere hem de bir bütün olarak topluma yarar sağlamalıdır. Yarar sağlama ilkesi, toplumda iyi sonuçların ortaya çıkması amacı ile başkalarının sağlığını ve refahını geliştirmeyi kapsamaktadır. Ancak, yarar sağlama ilkesinde bir eylemin iyi olup olmadığını tanımlamak zor olabilmektedir. Bu noktada, mevcut ve gelecekteki kişisel ve toplumsal faydaların yanı sıra fırsat ve hak kaybı gibi maliyetler de dikkate alınmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi kapsamında ise; hastaneler, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, okullar, gündüz bakımevleri, ibadethaneler, üniversiteler, evler ve iş yerlerindeki tüm bireylerin yaşadıkları, çalıştıkları ve zaman geçirdikleri mekânlarda yarar sağlama ilkesi doğrultusunda sağlığın, iyilik halinin ve verimliliğin nasıl daha ileriye taşınabileceği düşünülmelidir (Güler Baysoy, 2021; Hilli ve Pedersen, 2021; Ivanov ve Oden, 2013; Kuhn, Müller, Heidbrink ve Buyx, 2020).

Sağlığı geliştirmeye ilişkin program ve politikaların temelinde yarar sağlama ilkesi bulunmaktadır (Andreyeva ve ark., 2022; Güler Baysoy, 2021). Kamusal bir mal olarak bireylerin sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimlerine erişiminin, yaşlı bireyler için ekonomik kaynaklara erişimin ve güvenli konutların sağlanması ile çevrenin korunması gibi eylemler modern ve gelişmiş toplumların çoğunda hükümetlerin önemli rol ve sorumluluklarıdır (Robinson, 2021; Solberg, 2021). Mevcut kaynakların sınırlılığı göz önüne alındığında, her toplumda hangi hizmet türlerinin bulunduğu ve ne kadar yararlanıldığı konusunda denge sağlanması önemlidir.

Bu noktada, karar vericiler farklı eylem veya politikaların maliyet ve faydalarını karşılaştırarak en büyük etkiye ulaşmak için toplum kaynaklarının nereye ve ne kadar yatırılabileceğini belirleyebilirler. Örneğin, aşı kaynaklarının sınırlı olması durumunda, aşının öncelikle kime yapılması gerektiğine ilişkin bir politika belirlenmeden önce hastalığa yakalanma ve ciddi komplikasyon risklerine bağlı olarak hangi nüfusların aşıdan en fazla fayda sağlayacağına ilişkin veriler toplanabilir. Bu örnekte, kesin sonucun olumlu mu yoksa olumsuz mu olacağını belirlemek için faydalar (olumlular) ile maliyetler (olumsuzlar) karşılaştırılır (APHA, 2019; Dawson ve Verweij, 2016; Güler Baysoy, 2021; Trnka ve ark., 2021). Halk sağlığı hemşireleri de bireylere çeşitli hastalıklar için bakım ve tedavi seçenekleri, seçeneklerin zararları (engellilik, acı, finansal maliyet vb.) ve faydaları (yaşam kalitesi ve süresi vb.) hakkında bilgilendirme, rehberlik ve danışmanlık yaparak yarar sağlama ilkesini uygulamaktadırlar (APHA, 2019; ANA, 2015; ICN, 2021; Ivanov ve Oden, 2013).

3.4. Adalet ve Eşitlik

Adalet ilkesi, bir toplumdaki tüm bireylere adil ve eşit davranılması anlamına gelmektedir (Albertsen, 2022). Adalet ilkesinin, karşılaştırmalı veya karşılaştırmalı olmayan olarak iki ayrımı bulunmaktadır. Karşılaştırmalı olmayan adalet ilkesi, her insanın içsel bir değere sahip olduğunu ve kişiye gerçekten hak ettiği gibi davranılarak bu içsel değere saygı duymakla yükümlü olunduğunu varsaymaktadır. Bireylerin haklarının korunmasını sağlamaya odaklanmaktadır. Karşılaştırmalı adalet ise, toplum kaynaklarının olumlu ve olumsuz yönler dikkate alınarak dağıtılmasını sağlamaktadır (Holland, 2023; Ivanov ve Oden, 2013). Örneğin, toplum kaynakları üzerinde kaç kişinin hak iddia ettiğini ve kaynakları eşit bir şekilde paylaşmanın ne olması gerektiğini bilmektir. Halk sağlığı alanı öncelikle karşılaştırmalı adalet ile ilgilidir. Ayrıca, çeşitli adalet teorileri toplum kaynaklarının herkese eşit ve gereksinime, çabaya, katkıya, liyakate, serbest piyasa değişimine göre dağıtımını belirlemeye yardımcı olmaktadır (Albertsen, 2022; APHA, 2019; Holland, 2023; Ivanov ve Oden, 2013).

Sosyal adalet olarak da adlandırılan ekonomik adalet kavramını geliştiren teorist Rawls, insanların doğduğu anda ailesini, etnik kökenini, fiziksel ve zihinsel özelliklerini ve sosyoekonomik durumunu kendilerinin seçmediğini ve bu nedenle toplumsal yaşamın şekillenmesinde eşitlik ve adalet ilkelerinin dikkate alınmasını savunmuştur (Lynøe, Engström ve Juth, 2022). Rawls, önceden belirlenmiş özellikler veya kaynaklara dayanmayan kararlar alınmasını ve toplumun dezavantajlı üyelerinin en yüksek faydayı elde etmesini önermektedir (Sarela, 2022). Tıbbi bakımdan elde edilen toplum yararının nasıl en üst düzeye çıkarılabileceğini düşünmenin önemini vurgulaması ile sağlık politikası alanında önemli etkileri olmuştur (Lynø ve ark., 2022; Sarela, 2022) Ancak, Rawls'ı eleştirenler, bireysel kaynakların bu şekilde dağı-

tımının toplum içinde ek kaynak ve zenginliği azaltacağını savunmaktadır (Ivanov ve Oden, 2013; Lynø ve ark., 2022). Bu noktada, adalet ilkesi sınırlı kaynakların dağıtımına rehberlik etmektedir. Zaman, para ve tıbbi kaynaklar sınırlı olduğunda ve bu kaynaklar için rekabet ortaya çıktığında dağıtımın nasıl yapılması gerektiğine ilişkin çoğunlukla adalet ve eşitlikle ilişkili sorunlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bulaşıcı hastalıktan kaynaklanan salgınlarda ve deprem gibi afetlerde ortaya çıkan sağlık kaynaklarına gereksinim mevcut kapasiteyi hızlı bir şekilde aşabilir. Sınırlı kaynaklara yönelik rekabet halindeki gereksinimler dengelenmeli ve kaynakların (zaman, para, tıbbi bakım) dağılımında etik ilkelere bağlı kararlar alınmalıdır (APHA, 2019; Robinson, 2021; Trnka ve ark., 2021) (Şekil 1).

Özü itibari ile insan haklarının incelenmesine dayanan adalet ilkesi, sağlıkla ilgili haklar, mevcut düzenlemeler ve uygulamada yaşananların değerlendirilmesini destekler (Albertsen, 2022; Holland, 2023). Bu kapsamda, sağlığın geliştirilmesine yönelik programların planlama ve uygulanmasında adaletin nasıl sağlanacağına ilişkin sorulara yanıt aranmaktadır. Dezavantajlı gruplar öncelikli olmak üzere bireylerin nasıl korunacağı ve kaynakların kısıtlı olması halinde dağıtımının nasıl yapılacağı adalet ilkesi altında yer alan sorulardandır (APHA, 2019). Halk sağlığı hemşirelerinin, adalet ilkesi kapsamında odaklandığı yaklaşımlar ise aşağıdaki gibidir:

- Faydacı (kamu yararını en üst düzeye çıkarmaya odaklanan),
- Özgürlükçü (sonuçlardan ziyade adil uygulamalara odaklanan),
- Toplumcu (bir toplumdaki geleneklere ve uygulamalara odaklanan),
- Eşitlikçi (kaynaklara eşit erişime odaklanan) (APHA, 2019; ICN, 2021; Ivanov ve Oden, 2013).

Halk sağlığı hemşireleri sağlık hizmetine erişme hakkını gözeten, gereksinime göre kaynakların eşit dağılımını sağlayan, özel çıkarları değil toplumun yararını savunan, dezavantajlı grupları gözeten ve herhangi ayrımcılığa karşı çıkan bir adalet anlayışını savunmakla yükümlüdür (Nies ve McEwen, 2022; QCC, 2018). Halk sağlığı hemşireleri; bir birey veya toplumun sosyal konumuna bakmaksızın, sağlığı geliştirme ile ilgili fırsatların ve faydaların eşit dağılımını desteklemede bilgi ve beceri olarak etik sorumluluğa sahiptir. Ayrıca, sağlığı geliştirme uygulamalarının sağlıkta eşitsizliği artırmamasına da dikkat edilmelidir (ANA; 2015; APHA, 2019; ICN, 2021; Ivanov ve Oden, 2013). Sağlıkta adalet ve eşitlik hem sınırlı kaynakların bireyler arasında eşit dağılımını hem de toplumun sesinin, gücünün ve finansal eşitsizliklerden kaynaklanan yapısal zorluklarının iyileştirilmesini içermektedir (APHA, 2019; Güler Baysoy, 2021; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2015).

3.5. Profesyonellik ve Güven

Sağlığı geliştirme politikalarının ve uygulamalarının etkinliği yüksek etik değerlere sahip, bilimsel ve profesyonel standartlara dayalı kararların sağladığı güven ile ilişkilidir. Güven duygusu, şeffaflık ve hesap verebilirlik üzerine kuruludur. Bilimsel bilgi ve yöntemlere dayalı sağlığı geliştirme uygulamaları, toplum katılımını ve güven duygusunu geliştirmektedir (APHA, 2019; Solberg, 2021). Kanıtların olmadığı veya yetersiz olduğu durumlarda, bilimsel yöntemler kullanılarak sağlığı geliştirme uygulamaları geliştirilmeye veya iyileştirilmeye çalışılmaktadır (Holland, 2023). Halk sağlığı hemşireleri de, sağlığı geliştirme uygulamalarının etik bir çerçeveye sahip olup olmadığına yönelik bilimsel bilgilere ulaşmak ve toplumu yanlış yönlendirecek söylem ve eylemlerden kaçınmak zorundadır (ICN, 2021; Ivanov ve Oden, 2013; Nies ve McEwen, 2022). Bu noktada, "sağlığı geliştirme uygulaması etik değerlere dayandırılarak ve akla uygun nedenlerle halka açıklanabilir mi?" sorusu akla gelebilir. Çünkü bir halk sağlığı uygulaması olarak sağlığı geliştirme, güven ilişkisi doğrultusunda bireylerin ve toplumların desteğine ve gönüllü iş birliğine dayanmaktadır (APHA, 2019). Bu kapsamda, halk sağlığı hemşireleri ve çalıştıkları kurumlar dürüst, doğruları söyleyerek ve çıkar ilişkisine girmeden sağlığı geliştirme uygulamalarını desteklemelidir. Halk sağlığı hemşireleri sağlığı geliştirme programın mantığını ve kanıtlarını açıklayarak toplumlara ve paydaşlara saygı göstermelidir. Aynı zamanda, toplumda karar vericilerin de çıkar çatışmalarından uzak durma konusunda şeffaf ve dürüst olmaları beklenmektedir (APHA, 2019; Ivanov ve Oden, 2013; QCC, 2018).

"Mevcut en iyi kanıtlar ve geçmiş deneyimler dikkate alındığında, planlanan sağlığı geliştirme uygulaması ile sağlık hedeflerine ulaşılması mümkün mü?" sorusu, sağlığı geliştirme politikalarının ve uygulamalarının etkinliğini öngörmeye katkı sağlayabilmektedir (APHA, 2021). Mevcut bilgiler göz önüne alındığında, mantıklı bir etki olasılığı olmayan eylemler etik olarak gerekçelendirilemez. Ancak, halk sağlığı için tehdit oluşturan bir salgın durumunda, yeterli kanıt olmasa bile salgının yayılmasını önlemek için karantina veya seyahat kısıtlamasını içeren önlemler konuyla ilgili uzman görüşleri alınarak değerlendirilebilir (Trnka ve ark., 2021). İnsani, çevresel ve ekonomik maliyetler kısa veya uzun vadeli bu tür önlemlerle ilişkili olduğundan halk sağlığı eylemlerine dair kanıt eksikliğine karşı bir etik argüman sağlayacaktır (APHA, 2019).

3.6. Dayanışma

Her bireyin sağlığı toplum içinde yaşayan diğer bireylerin sağlığına, canlılara ve ekosistemin bütünlüğüne ve işleyişine bağlıdır. Halk sağlığı hemşireleri bireyleri, toplumları, hay-

vanları ve içinde yaşadıkları çevreyi koruyup geliştirecek şekilde tüm canlılar ve ekosistem arasındaki ilişkiyi güçlendirme konusunda etik sorumluluğa sahiptir (QCC, 2018; Robinson, 2021; Solberg, 2021). Ayrıca, "Planlanan sağlığı geliştirme uygulamasının bireyler ve toplumlarda oluşturacağı olası zararları ve kayıpları önlemek için gerekenler yapıldı mı?" sorusu akla gelmelidir. Çünkü sağlığı geliştirme uygulamaları sosyal hayatın tek taraflı sınırlanmasından ziyade iş birliğine dayalı gerçekleştirildiğinde etkili olmaktadır (APHA, 2019). Örneğin, pandemi gibi ortak tehditlerde kurulan ulusal ve uluslararası ölçekli dayanışmalar, ayrımcılığa maruz kalma riski olan grupların refahını etkileyen eşitsizliklerle mücadele etme çabalarını destekler. Bu noktada, Yeni Zellanda COVID-19 pandemisi ile mücadelede uygulamaları, toplum ile beraber omuzlaması ile önemli başarılar elde etmiştir (Trnka ve ark., 2021).

Bireylerin ve toplumların önemli bir sağlığı geliştirme programına katılmaları istendiğinde, mantıklı ve uygun araçların kullanılması gerekir. Örneğin, halk sağlığını tehdit eden acil bir durum için görevlendirilen halk sağlığı hemşirelerine kurum ve kuruluşları tarafından gerekli eğitim materyalleri ve uygun ekipmanlar temin edilmelidir. Başka bir örnek ise, halk sağlığını koruma ve geliştirme kapsamında bireyler zorunlu karantinaya veya sosyal mesafe önlemlerine tabi tutulduğunda gerekli tıbbi malzemeye erişim, güvenli ve yeterli barınma koşulları, beslenme, iletişimi sürdürme ve diğer insan haklarının korunması birçok meslek gruplarının ve kurumların etik sorumluluğudur (APHA, 2019; Ivanov ve Oden, 2013; Trnka ve ark., 2021).

3.7. Kapsayıcılık ve Katılım

Olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi ve ekosistemlerin korunması ve geliştirilmesi, birey ve toplumların dahil edildiği ve bilgilendirildiği karar alma süreçlerini gerektirmektedir. Halk sağlığı hemşireleri ve çalıştıkları kurumların şeffaf olma, halka hesap verebilme ve çeşitli toplumları veya paydaşları karar alma süreçlerine dahil etme konusunda etik sorumluluğu vardır (APHA, 2019; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2015; Solberg, 2021). Bu noktada, "Sağlığı geliştirme uygulaması paydaşların katılımına fırsat sağlıyor mu?" ve "Bazı paydaşların karar verme sürecinde yer almaması gerektiğine ilişkin etik bir gerekçe var mı?" soruları akla gelebilir (APHA, 2019). Katılım ilkesinin "toplum katılımı", "işbirlikçi karar verme" ve "katılımcı eylem araştırması" gibi pek çok anlamı bulunmaktadır. Toplum katılımı, sağlığı geliştirmeye ilişkin araştırmalara, karar vermeye, planlamaya, politikaya ve uygulamaya toplumun dahil edilmesini ifade eder. Katılımcıların ve karar vericilerin karşılıklı olarak bilgilenmesini, iletişim kurmasını ve fikir alışverişinde bulunmasını sağlamaktadır (APHA, 2019; Dawson ve Verweij, 2016; Ivanov ve Oden, 2013). Sosyal medya kampanyaları ve kamu duyuruları gibi topluma yönelik tek yönlü iletişimden daha fazlasını kapsar (Ghahra-

mani, de Courten ve Prokofieva, 2022). Toplumların güvenini etkileyen hassas kararlarda katılımı sağlamak için toplumla uyumlu çabalar gerekmektedir. Toplum katılımı, kararların şeffaflığını, adaletini ve halk sağlığı çalışanları ve kurumlarına karşı güveni artırabilmektedir (APHA, 2019).

3.8. Yetkinlik

Halk sağlığı hemşireleri, mesleğine özgü bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Yenilikleri izleyen ve kendini sürekli geliştiren halk sağlığı hemşireleri etik değerler doğrultusunda sağlığı geliştirme uygulamalarını analiz edebilmekte ve gerekli hallerde bilimsel yöntemler ile iyileştirebilmektedir. Yetkin olmadığı alanlarda, etik değerlendirme konusundaki talepleri ilgili kişi ve kurumlara yönlendirmektedir (Nies ve McEwen, 2022; QCC, 2018). Çeşitli çalışma ortamlarına sahip olan halk sağlığı alanı, ekip çalışmasına gereksinim duyar. Halk sağlığı hemşireleri de sağlığı geliştirme uygulamalarında farklı disiplinlerle iş birliği içinde çalışmaya özen göstermelidir (APHA, 2019; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2015).

Sağlığı geliştirme uygulamalarının etik açıdan analizi, halk sağlığı hemşirelerinin neyi neden yapmaları gerektiğini anlamalarına yardımcı olmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi amacı ile planlanan eylemler bazen değerler ve etik sorumluluklar ile çatışmaktadır ve bu da ortak bir zemin bulma ve bütünlüğü sürdüren bir uzlaşma arama ihtiyacıyla sonuçlanmaktadır. Etik çatışmaları çözmek, doğru cevabı bulmak değil, ahlaki açıdan uygun bir yol aramak anlamına gelmektedir (Şekil 1). Sağlığı geliştirme uygulamalarına karar verirken etik açıdan analiz yapma ve akıl yürütme, halk sağlığı hemşireleri ve diğer karar vericiler için önemli bir yetkinliktir (ANA, 2015; APHA, 2019; ICN, 2021).

4. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Profesyonel hemşirelik ile birlikte halk sağlığı alanları içinde de önemli konumda yer alan halk sağlığı hemşirelerinin, sağlığı geliştirme uygulamalarında önemli sorumlulukları vardır. Bu noktada, sağlığı geliştirme programları planlanırken yapılması gereken öncelikli uygulamalardan biri toplumun sağlık problemlerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesidir. Birey, aile ve toplum hakkında sistematik ve kapsamlı şekilde veri toplayarak sağlık değerlendirmesi yapma, halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluklarındandır (Nies ve McEwen, 2022, QCC, 2018). Toplum sağlığı değerlendirmeleri sağlığı geliştirme uygulamalarının ya da programlarının planlanmasında ve hangi uygulamaların önceliklendirilmesi gerektiğine ilişkin karar vermede önemli katkı sağlar (ICN, 2021). Sağlığı geliştirme uygulamaları veya programları için gereken finansmana ilişkin olanakların ve iş birliği yapılacak kurum ve kuruluşların belirlenmesinde yol gösterici olur (APHA, 2019). Halk sağlığı hemşireleri toplum

sağlığını etkileyen sosyal belirleyicileri tanılayabilmek için ise disiplinler arası iş birliğine gereksinim duyar (QCC, 2018). Kültürel farklılıklara duyarlı yaklaşım ve farklı disiplinlerin bakış açıları, toplumun sağlık sorunlarını ve gereksinimlerini belirlemeyi güçlendirir (Robinson, 2021). Ayrıca, sağlık değerlendirmelerinde iş birliği yapılan topluma eğitim verme ve yetkilendirme, sağlığı geliştirmenin temel amaçlarından biri olan toplum katılımını ve kapasitesini artırmaya katkı sağlamaktadır (APHA, 2019; Robinson, 2021). Bu süreçte, halk sağlığı hemşireleri birey/aile/toplumun zarar görmemesi için önlemler alınmasından ve ön yargıların sağlığın değerlendirilme sürecindeki etkisini azaltmaktan sorumludur (APHA, 2019; ICN, 2021; QCC, 2018).

Toplumda ele alınan sağlık sorunları, bulaşıcı hastalıklar gibi kısa süreli veya çevresel maruziyet ile ilişkili kanserler gibi uzun süreli etkiler sonucu ortaya çıkabilmektedir. Halk sağlığı hemşireleri toplum sağlığını koruma ve geliştirmek için kanıt düzeyi yüksek araştırmalar yapma ve toplumda sağlık risklerini belirlemek için de sağlık taramaları yürütmekten sorumludur (ICN, 2021; QCC, 2018). Halk sağlığı araştırmaları ve uygulamaları sıklıkla sınırlı kamu kaynaklarının kullanımını gerektirmektedir (Robinson, 2021). Bu nedenle, halk sağlığı hemşirelerinin araştırmalar ile kaynakları verimli ve etkili bir şekilde kullandıklarını kanıtlamaları son derece önemlidir (APHA, 2019). Sağlığı geliştirme uygulamalarının dezavantajlı gruplar üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmadığından ve gelecekteki zararları önlemek için toplumların ve ekosistemlerin direncini artırmaya yönelik bir eylem olduğundan emin olunmalıdır. Araştırma sürecinde bireylerin gizliliğini korumak ve çıkar çatışmalarından kaçınmak gibi etik kurallar da halk sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları arasındadır (ICN, 2021; QCC, 2018). Veri toplama aşamasında göz ardı edilebilecek dezavantajlı grupların (çocuklar, yaşlılar vb.) dahil edilmesine de dikkat edilmelidir (APHA, 2019). Halk sağlığı hemşireleri hangi hedef grupların inceleneceği, hangi verilerin toplanacağı, araştırma sonuçlarının nasıl paylaşılacağı ve toplumu korumak için nasıl açıklama yapılacağına karar vermelidir (ICN, 2021; QCC, 2018). Toplumda araştırma sonuçlarının yanlış yorumlanmasına karşı önlem almak için verilerin geçerli ve güvenilir şekilde toplanmasına ve veri analizinde uygun istatistiksel yöntemlerin kullanılmasına dikkat edilmelidir (ANA, 2015; APHA, 2019).

Halk sağlığı hemşireleri, diğer sağlık profesyonelleri, kurum ve kuruluşlar, yöneticiler ve liderler halk sağlığı sorunları ve yapılması gerekenler hakkında halka doğru ve erişilebilir bilgiler sunmaktan sorumludur (APHA, 2019; QCC, 2018). Doğru ve herkes için erişilebilir bilgiler sağlıklı evler, okullar, işyerleri ve toplumlar oluşturmak için önemli bir girdidir (Hilli ve Pedersen, 2021; Robinson, 2021). Bu noktada, halk sağlığı hemşirelerinin toplum sağlığını geliştirme hedefine ulaşabilmeleri için farklı kitlelere yönelik çeşitli iletişim teknikleri ve

öğretim yöntemlerini kullanmaları gerekmektedir (APHA, 2019). Halk sağlığı hemşireleri demografik özelliklere, sosyokültürel faktörlere, sağlık durumu farklılık gösteren birey ve toplumlara hizmet vermektedir (ANA, 2015; Nies ve McEwen, 2022). Sağlığı geliştirme uygulamalarının etkili olmasında hemşirelerin birey ve toplumların katılımını sağlaması önemlidir. Bu noktada verilecek sağlık eğitimleri, birey ve toplumları güçlendirecek mesajlar içermelidir. Ayrıca, halk sağlığı hemşireleri de sağlık eğitimleri sırasında dinleme ve öğrenmeye açık olmalıdır. Sağlık eğitiminin farklı hedef kitlelerin gereksinimlerine göre planlanması, etik olarak profesyonellik ve güvenlik, adalet ve eşitlik, kapsayıcılık ve katılım yükümlülüklerini yerine getirmede oldukça önemlidir (ANA, 2015; APHA, 2019; QCC, 2018).

Sağlığı geliştirme politikalarını ve programlarını geliştirme, uygulama ve değerlendirmede halk sağlığı hemşireleri, halkın karar alma süreçlerine dahil edilmesi için fırsatlar oluşturma ve karşılıklı saygı ve öğrenmeye dayalı ortaklıklar kurulmasına destek olmalıdır (ANA, 2015; ICN, 2021). Bu iş birlikleri ile, toplum sağlığını geliştiren ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltan politikalar ve uygulamalara katkı sağlanmaktadır. Aynı zamanda, bireyler ve toplumlar arasında dayanışmayı geliştirerek ve sağlık kurumlarında hesap verebilirliği teşvik ederek güveni artırmaktadır (APHA, 2019). Halk sağlığı hemşireleri, toplumun sosyal koşulları ve sağlık problemleriyle mücadelede yaşadığı deneyimleri dikkate almalıdır. Aksi takdirde, sağlığı geliştirme programlarının etkisiz ve ayrılan kaynakların boşa harcanmasına yol açabilmektedir. Bu durum, sağlığı geliştirme uygulamalarına karşı güvensizliğin ortaya çıkmasına neden olabilir (ANA, 2015; APHA, 2019; ICN, 2021). Halk sağlığı hemşireleri toplum ile iş birliği yaparken kültürel ve sosyal özelliklere uyum sağlamaya dikkat etmelidir. Çünkü hastalık yükünün çok olduğu toplumlarda ırk, etnik köken, yaş, sosyal statü, yaşanılan coğrafya, göçmenlik durumu ile ilgili ayrımcılık nedeniyle sağlıkta eşitsizlikler ortaya çıkabilir (APHA, 2019; Nies ve McEwen, 2022; Robinson, 2021).

Halk sağlığı hemşirelerinin sağlık politikaları ve programları geliştirmede ve uygulamada öncü rolleri bulunmaktadır (Nies ve McEwen, 2022; QCC, 2018). Sağlığı geliştirme politikaları ve programları, kanıt düzeyi yüksek araştırma sonuçları ve toplum katılımı yoluyla elde edilen bilgiler ile bütünleştirildiğinde etkili bir şekilde uygulanmaktadır (Robinson, 2021). Halk sağlığını geliştirmeye yönelik politika ve programlar, toplumların değerlerine ve geleneklerine duyarlı ve toplumda yaşayan bireylerin zarar görmesini veya damgalanmasını önleyecek girişimleri içermelidir (APHA, 2019). Bu kapsamda, halk sağlığı hemşireleri bireylerin mahremiyetine ve özerkliğine saygı gösterecek ve özgürlüklerine yönelik ihmal ve olumsuz sonuçları en aza indirecek önlemleri almalıdır (ANA, 2015; ICN, 2021). Sağlık politikaları ve programları geliştirilirken, toplumda uygulanabilirliğini mantığa uygun şekilde açıklama ve

kanıtlamaya özen gösterilmelidir. Ayrıca, sağlığı geliştirme programlarının uygulanmasında zorluğa neden olabilecek sosyal ve çevresel belirleyicileri ve bu belirleyicilerin olası zararlarını önceden belirlemek ve önlemek oldukça önemlidir. Bu nedenle, sağlığı geliştirme ile ilgili politika ve programları geliştirme, uygulama ve değerlendirmede sistematik olarak etik değerlendirmeler yapılmalıdır (APHA, 2019).

Halk sağlığı hemşireleri, epidemiyolojik, klinik ve sosyal araştırmalara dayalı çoklu stratejileri kullanarak birey ve toplum sağlığını geliştirme için çaba göstermelidir (APHA, 2019). Bu kapsamda, halk sağlığı hemşirelerinin toplum sağlığını geliştirmeye yönelik artan gereksinimlere cevap vermek ve hizmetlere erişimi eşit şekilde sürdürmek için sağlığı geliştirme programlarını planlama aşamasına katılımları önemlidir (Nies ve McEwen, 2022; QCC, 2018). Bu noktada, bireylerin sağlık bilgisi ve okuryazarlığı, sağlığı koruma ve geliştirmeyi engelleyen sosyal belirleyiciler ve eşitsizlikler, halk sağlığı hizmetlerine ve hemşirelik bakımına eşit erişime ilişkin etik eylemler değerlendirilmelidir (APHA, 2019).

5. Sonuç

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmalarını ve optimal sağlık düzeyine ulaşmalarını amaçlayan bir süreçtir. Merkezinde bütüncül sağlık anlayışı yer almakta ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin, fiziksel çevreyi yöneten sistemlerin ve kültürel yapıların birey ve toplum sağlığına etkilerine odaklanılmaktadır. Sağlığı geliştirme amacı ile birey, toplum ve sağlık sistemini güçlendirme ve sağlıklı toplum politikaları geliştirmeye ilişkin çeşitli kararlar alınmakta ve stratejiler uygulanmaktadır. Bu noktada, bireyler kendi talepleri olmadan bir sağlığı geliştirme programına dahil edilebilmekte ve aşı olmaya ya da davranış değiştirmeye teşvik edilebilmektedir. Sağlığı geliştirmenin çok disiplinli yapısı ve toplum düzeyindeki uygulamaları göz önüne alındığında, kamu yararı ile bireylerin temel hakları arasında gerilim ve ikilimlerin ortaya çıkması söz konusudur. Bu noktada, doğru eylemin ne olduğu hakkında sistematik olarak akıl yürütmeyi amaçlayan etik ilkelerden yararlanılması gerekir. Sağlığın geliştirilmesi uygulamalarında dikkate alınması gereken temel halk sağlığı etik ilkeleri "özerkliğe saygı", "zarar vermeme", "yarar sağlama", "sağlıkta adalet ve eşitlik", "profesyonellik ve güven", "dayanışma", "kapsayıcılık ve katılım" ve "yetkinlik" ilkeleridir. Sağlığının geliştirilmesinde kilit bir konumda yer alan halk sağlığı hemşireleri de halk sağlığı etik ilkeleri doğrultusunda etik sorunları belirleme ve dile getirme, sağlığı geliştirme uygulamalarından etkilenen birey ve gruplara yönelik seçenekler ve eylem planları geliştirme ve bilgi kaynağının sınırlı olduğu veya bilginin hızla geliştiği durumlarda uygulamayı yeniden gözden geçirmeye yönelik önemli rol ve sorumluluklara sahiptir.

Kaynakça / References

Albertsen, A. (2022). Democratic ethical consumption and social Justice. *Public Health Ethics*, *15*(2), 130-137. https://doi.org/10.1093/phe/phac011

American Nurses Association (ANA). (2015). *The code of ethics for nurses with interpretive statements*. Maryland, Amerika Birleşik Devletleri: Silver Spring.

American Public Health Association (APHA). (2019). Public health code of ethics. Retrieved from: https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/code_of_ethics.ashx

Andreyeva, T., Marple, K., Marinello, S., Moore, T.E., & Powell, L.M. (2022). Outcomes following taxation of sugar-sweetened beverages: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, *5*(6), e2215276-e2215276. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.15276

Beltran, R.M., Holloway, I.W., Hong, C., Miyashita, A., Cordero, L., Wu, E., ... Frew, P.M. (2022). Social determinants of disease: HIV and COVID-19 experiences. *Current HIV/AIDS Reports*, *19*(1), 101-112.

Calikoglu, E.O., & Koycegiz, E. (2019). Tobacco control policies in Turkey in terms of MPOWER. *The Eurasian Journal of Medicine*, *51*(1), 80–84. https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.18009

Centers For Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Public health ethics. Retrieved from: https://www.cdc.gov/os/integrity/phethics/index.htm#:~:text=Public%20health%20ethics%20involves%20a,and%20scientific%20and%20other%20information

Dawson, A. ve Verweij, M. (2016). *Etik, önleme ve halk sağlığı* (Bulut, A., Bilgin, A.C., Çokar, M. ve Yardım, M. Çev.). Ankara: HASUDER.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. (2015). Halk sağlığı etik ilkeleri. Erişim adresi: https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/73439a8d-869b-43a5-b1de-e44ec6bb5641

Hilli, Y., & Pedersen, G. (2021). School nurses' engagement and care ethics in promoting adolescent health. *Nursing Ethics*, *28*(6), 967-979. https://doi.org/10.1177/09697330209851

Holland, S. (2023). *Public health ethics*. United States: John Wiley & Sons.

International Council of Nurses (ICN). (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Retrieved from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Ivanov, L.L., & Oden, T.L. (2013). Public health nursing, ethics, and human rights. *Public Health Nursing*, *30*(3), 231-238. https://doi.org/10.1111/phn.12022

Ghahramani, A., de Courten, M. & Prokofieva, M. (2022). The potential of social media in health promotion beyond creating awareness: An integrative review. *BMC Public Health,* 22, 2402.

Goranova-Spasova, R., Shtereva-Nikolova, N., Vodenicharova, A., & Gradinarova, N. (2023). Ethical dimensions of professional duty in nursing. *Trakia Journal of Sciences*, *21*(2), 199. https://doi.org/10.15547/tjs.2023.02.020

Güler Baysoy, N. (2021). Halk sağlığı bakışıyla COVID-19 pandemisi ve etik. *Biruni Health and Education Sciences Journal, 4*(1), 10-28.

Kahrass, H., Strech, D., & Mertz, M. (2017). Ethical issues in obesity prevention for school children: A systematic qualitative review. *International Journal of Public Health*, *62*, 981-988.

Kaimara, P., Oikonomou, A., & Deliyannis, I. (2022). Could virtual reality applications pose real risks to children and adolescents? A systematic review of ethical issues and concerns. *Virtual Reality*, *26*(2), 697-735.

Kuhn, E., Müller, S., Heidbrink, L., & Buyx, A. (2020). The ethics of workplace health promotion. *Public Health Ethics*, *13*(3), 234-246.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians.* Retrieved from: https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

Løgstrup, K.E. (2020). *Ethical concepts and problems*. United Kingdom: OUP Oxford.

Lynøe, N., Engström, I., & Juth, N. (2022). Rawlsian reasoning about fairness at the end of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*. http://dx.doi.org/10.1136/spcare-2021-003500

Nakazawa, E. (2023). COVID-19 Pandemic and Public Health Ethics in Japan. *JMA journal*, *6*(1), 76-80.

Nies, M.A., & McEwen, M. (2022). *Community/Public health nursing e-book: Promoting the health of populations.* Amerika Birleşik Devletleri: Elsevier Health Sciences.

Öztek, Z. (2018, Mart). Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). Erişim adresi: https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf

Quad Council Coalition (QCC). (2018). Community/public health nursing [C/PHN] competencies. Retrieved from: https://www.cphno.org/wp-content/uploads/2020/08/QCC-C-PHN-COMPETENCIES-Approved_2018.05.04_Final-002.pdf

Radó, M.K., Laverty, A.A., Hone, T., Chang, K., Jawad, M., Millett, C., ... Filippidis, F. T. (2022). Cigarette taxation and neonatal and infant mortality: A longitudinal analysis of 159 countries. *PLOS Global Public Health*, *2*(3), e0000042. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000042

Robinson, S. (2021). *Priorities for health promotion and public health: Explaining the evidence for disease prevention and health promotion*. UK: Taylor & Francis.

Ross, W.D. (2002). *The right and the good*. New York: Oxford University Press.

Sarela, A.I. (2022). Rawlsian justice in healthcare: A response to Cox and Fritz. *Journal of Medical Ethics, 48*, 413-415. https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107144

Solberg, B. (2021). *The ethics of health promotion: from public health to health care*. In Haugan, G., & Eriksson, M. (Eds.), *Health promotion in health care–Vital theories and research.* Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_3

Trnka, S., Long, N. J., Aikman, P. J., Appleton, N. S., Davies, S. G., Deckert, A., … Tunufa'i, L. (2021) Negotiating risks and responsibilities during lockdown: Ethical reasoning and affective experience in Aotearoa New Zealand. *Journal of the Royal Society of New Zealand, 51*(1), 55-74. https://doi.org/10.1080/03036758.2020.1865417

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri. (2023). Güncel Türkçe sözlük. Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/

World Health Organization (WHO). (1986). Ottawa charter for health promotion. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf

39. BÖLÜM / CHAPTER 39

AFETLERDE TRİYAJ VE ETİK

TRIAGE AND ETHICS IN DISASTERS

Yasemin GÜMÜŞ ŞEKERCİ[1]

[1]Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
E-mail: yasemin.sekerci@selcuk.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.39

ÖZ

Afetler fiziksel, psikolojik, ruhsal, çevresel, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan, ulusal veya uluslararası düzeyde yardım talebi gerektiren ani gelişen beklenmedik olaylardır. Türkiye, önemli afet bölgelerinden biridir. Afet hemşiresi, afet sürecinde kaliteli bakımın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, mortalitenin en aza indirilmesi ve hayatta kalma insidansının arttırılmasında rol oynamaktadır. Afet hemşiresinin rolleri; kritik durumlara müdahale etmeyi, tehlikeyi tespit etmeyi, yaralanmaları azaltmayı veya ortadan kaldırmayı, afet bölgesinde yaşanabilecek olayları ve tıbbi ekipmanı yönetmeyi, toplu bakımı, acil tedavileri ve triyajı içermektedir. Afet yönetiminde başarılı olabilmesi için hemşireler tarafından triyaj sistemlerinin kullanılması esastır. Triyaj sistemlerinin kullanılması, acil durumlar ve afetlerin neden olduğu toplu olaylara yanıt olarak alınan en önemli önlemlerden biridir. Afet triyajı, olay yerindeki tüm hasta/yaralıların en iyi bakım ve tedavi alabilmesi amacıyla durumlarının ciddiyetine, sağlık hizmetlerinin ve ulaşım olanaklarının mevcudiyetine göre kategorize edilmesi, hızlı ve sistematik olarak sınıflandırılması süreci olarak tanımlanabilir. Bir afet sırasında, hemşireler triyaj nedeniyle farklı etik zorluklarla karşılaşabilirler. Hasta/yaralının bakım kalitesini artırmak amacıyla afet triyajında, hemşirelerin etik sorunlara çözüm bulması gerekir. Afet triyajında tıp biliminin yarar sağlama, adalet, eşitlik, adil olma, bakım yükümlülüğü, şeffaflık, tutarlılık, orantılılık, hesap verebilirlik, kaynak yönetimini içeren tüm etik bileşenleri kullanılmalıdır. Fakat büyük bir afette tıbbi kaynakların ve hemşirelerinin kapasitesi ile hasta/yaralıların gereskinimleri arasında akut ve öngörülemeyen bir dengesizlik sonucu tıbbi bakım kaynakları yetersiz kalır ve sağlık kaynaklarının zamanında ve adaletli dağılımı gecikebilir ve böylece etik ikilemler oluşabilir. Afet hemşireleri etik ikilemler oluşturmadan etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir. Bu nedenle bu bölümde, afetlerde triyaj etiğinin önemi incelenmiş ve triyaj uygulamasında etik ikilemleri kaldırabilecek önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Afet hemşiresi, afet yönetimi, afet triyajı, afete etik yaklaşım, triyaj etiği

ABSTRACT

Disasters are sudden and unexpected events that cause physical, psychological, spiritual, environmental, social, and economic problems and require national or international assistance. Turkey is one of the important disaster regions. Disaster nurses play a role in providing quality care, preventing complications, minimizing mortality, and increasing the incidence of survival in the disaster process. The roles of the disaster nurse include intervening in

critical situations, detecting danger, reducing or eliminating injuries, managing events and medical equipment that may occur in the disaster area, mass care, emergency treatments, and triage. The use of triage systems by nurses is essential for successful disaster management. Triage systems are one of the most important measures taken in response to mass incidents caused by emergencies and disasters. Disaster triage can be defined as the process of rapidly categorizing and systematically classifying all patients/injured at the scene according to the severity of their condition and the availability of health services and transportation facilities to ensure that they receive the best treatment and care. During a disaster, nurses may face different ethical challenges due to triage. To improve the quality of care of the patient/injured, nurses need to find solutions to ethical problems in disaster triage. All ethical components of medical science, including utilitarianism, justice, equity, fairness, duty of care, transparency, consistency, proportionality, accountability, and resource management, should be used in disaster triage. However, in a major disaster, as a result of an acute and unpredictable imbalance between the capacity of medical resources and nurses and the needs of patients/injured, medical care resources may be insufficient, and timely and equitable distribution of health resources may be delayed, thus ethical dilemmas may occur. Disaster nurses should act in line with ethical principles without creating ethical dilemmas. Therefore, this chapter examines the importance of triage ethics in disasters, and suggestions are made to eliminate ethical dilemmas in triage practice.

Keywords: Disaster nurse, disaster management, disaster triage, ethical approach to disaster, triage ethics

Extended Abstract

Disasters are increasing day by day both in the world and in Turkey. Turkey is frequently exposed to natural disasters due to its location in earthquake zones, its young and sloping landforms, various climatic conditions, lack of vegetation, having lands with abundant snowfall, and being a developing country. In the report of the Emergency Event Database (EM-DAT) for 2021, it is reported that there were 432 natural disasters in the world, 101.8 million people were affected by these disasters, and disasters caused the death of 10,492 individuals. In Turkey, Disaster and Emergency Management Presidency (AFAD) (2020) reported 1,465 disasters and emergencies in 2017, 1,788 in 2018, and 3,724 in 2019. The latest report published by AFAD (2021) reported that 321 earthquakes with a magnitude above 4.0, 107 landslides, 17 rock falls, 11 avalanches, and 177 floods/floods occurred in 2020. Many national and international teams were involved in each event. Disaster nurses play an active role in every stage of disaster management, including preparation and planning, safety, incident management, assessment, communication, rescue, intervention, law, and ethics. Disaster nurses should determine the needs and requirements, identify the risk groups that may be affected by the disaster, plan studies to strengthen these risk groups, determine and apply vaccine and training requirements that may be effective in case of disaster, communicate and interact with the necessary institutions and organizations, keep their knowledge up-to-date on triage, disaster epidemiology, basic life support that will contribute to their own development, and contribute to appropriate intervention, triage, nursing care, and treatment practices. There are many factors affecting the ability of nurses to cope with disasters. Disaster preparedness knowledge was associated with place of residence, work experience, time spent as a nurse, age, education level,

previous disaster training, and workplace and triage decision-making skills. Triage is one of the most effective resources in dealing with a major accident or disaster. The use of triage systems by nurses is essential for successful disaster management. Triage systems are one of the most important measures taken in response to mass casualty events caused by emergencies and disasters. Disaster triage can be defined as the process of rapidly categorizing and systematically classifying all patients/injured at the scene according to the severity of their condition and the availability of health services and transportation facilities to ensure that they receive the best treatment and care. The triage philosophy is to deliver most health services to the largest number of people using limited medical resources and to reduce the negative consequences that may occur through rapid assessment. When individuals are sorted according to the severity of their health condition, patients can be quickly isolated before their condition deteriorates further, or those with highly contagious diseases can infect others. Accordingly, being competent in triage is critical for disaster nurses. It is not possible for a limited number of disaster nurses to respond to the needs of all patients/injured with inadequate equipment. Therefore, the disaster nurse should prioritize the treatment, evacuation, or transportation of each patient/injured person at the scene. During a disaster, nurses may face different ethical challenges due to triage. It is necessary to identify the ethical problems of nurses in disasters to improve the quality of care for the patient/injured. As in all medical practices, triage in disasters should be based on an ethical basis. In disaster triage, all ethical components of medical science, including utilitarianism, justice, equality, fairness, duty of care, transparency, consistency, proportionality, accountability, and resource management, are valid. However, in a major disaster, as a result of an acute and unpredictable imbalance between the capacity of medical resources and nurses and the needs of patients/injured, medical care resources may be insufficient, and timely and equitable distribution of health resources may be delayed, thus creating ethical dilemmas. Disaster nurses should know how to intervene in ethical dilemmas and act according to ethical principles.

1. Giriş

Afetler; ani gelişen (Ekinci, Büyüksaraç, Ekinci ve Işık, 2020), ulusal veya uluslararası düzeyde yardım talebi gerektiren, can ve mal kayıplarına neden olan beklenmedik olaylardır (Azizpour ve ark., 2022). Afetler önemli ölçüde fiziksel, psikolojik, ruhsal, çevresel ve ekonomik kayba, büyük yıkımlar sonucu insanların evlerinden uzaklaşarak mağdur olmalarına ve önemli sosyal sorunlara neden olmaktadır (World Medical Association [WMA], 2022). Afetler, gerek dünyada (Elbaih ve Kallas, 2020) gerekse Türkiye'de gün geçtikçe artırmaktadır. Türkiye, deprem kuşaklarının üstünde yer alması, sahip olduğu genç ve eğimli yer şekilleri, çeşitli iklim koşulları, bitki örtüsünden yoksun olması, bol kar yağış alan arazilere sahip olması ve gelişmekte olan bir ülke olması sebebiyle sıklıkla doğal afetlere maruz kalmaktadır.

Dünya'da Acil Olay Veri Tabanı (Emergency Event Database [EM-DAT]) 2021 yılı raporunda 432 doğal afet yaşandığını, bu afetlerden 101,8 milyon insanın etkilendiğini, afetlerin 10,492 bireyin ölümüne neden olduğunu bildirilmektedir. Türkiye'de Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) (2020) tarafından yayınlanan raporda 2017 yılında 1,465, 2018 yılında 1,788, 2019 yılında 3,724 müdahale edilen afet ve acil durum olayı olduğu belirtilmiştir. AFAD (2021) tarafından son yayınlanan raporda; 2020 yılında büyüklüğü 4,0'ın üstünde olan 321 deprem, 107 heyelan, 17 kaya düşmesi, 11 çığ olayı, 177 sel/su baskını meydana geldiği bildirilmiştir. Ayrıca, Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde asrın felaketi olarak adlandırılan Kahramanmaraş ili Pazarcık merkezli 7,7 büyüklüğünde ve Elbistan merkezli 7,6 büyüklüğünde iki deprem meydana gelmiştir. Deprem; Kahramanmaraş, Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerini etkilemiştir. Veriler her geçen gün değişmekle birlikte, 6 Şubat-6 Mayıs 2023 tarihleri arasında bölgede 33,591 artçı deprem meydana gelmiştir. Deprem kaynaklı toplam 50,783 kişinin hayatını kaybettiği duyurulmuş, 115,353 kişinin yaralandığı bildirilmiştir. Bölgede AFAD, Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) personelleri başta olmak üzere 40,648 ulusal ve uluslararası arama kurtarma personeli görev yapmıştır (AFAD, 2023).

Afet yönetiminin her aşamasında yer alan hemşireler, afet planının uygulanmasında hayati rol oynamaktadır (Amberson, Wells ve Gossman, 2020; Şimşek ve Gündüz, 2021a). Afet durumunda ön saflarda yer alan hemşirelerin; afette yönelik hazırlıkları ve bilgileri, kaliteli bakımın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, mortalitenin en aza indirilmesi (Murphy ve ark., 2021) ve hayatta kalma insidansının arttırılmasında (Elbaih ve Kallas, 2020) önemlidir. Afet hemşireleri; yaralıları tedavi eden, afetzedelere gerekli tıbbi bakımı sağlayan (Rajabipoor ve Mohammadi, 2021) ve dolayısıyla acil durumlara ilk müdahale eden kişilerdir (Cheraghi ve ark., 2019). Afet hemşiresinin rolleri; kritik durumlara müdahale etmeyi, tehlikeyi tespit

etmeyi, yaralanmaları azaltmayı veya ortadan kaldırmayı, afet bölgesinde yaşanabilecek olayları yönetmeyi, tıbbi ekipmanı yönetmeyi ve dağıtmayı, toplu bakımı, acil tedavileri ve triyajı içermektedir (Beyramijam ve ark., 2021).

Triyaj, büyük bir kaza ya da afetle başa çıkmada en etkili kaynaklardan biridir (Elbaih ve Kallas, 2020). Afet yönetiminde başarılı olabilmesi için hemşireler tarafından triyaj sistemlerinin kullanılması esastır (Bazyar ve ark., 2019). Triyaj sistemlerinin kullanılması, acil durumlar ve afetlerin neden olduğu toplu yaralanma olaylarına yanıt olarak alınan en önemli önlemlerden biridir (Bazyar ve ark., 2020). Afet triyajı olay yerindeki tüm hasta/yaralıların en iyi tedavi ve bakımı alabilmesi amacıyla durumlarının ciddiyetine, sağlık hizmetlerinin ve ulaşım olanaklarının mevcudiyetine göre kategorize edilmesi, hızlı ve sistematik olarak sınıflandırılması süreci olarak tanımlanabilir (Elbaih ve Kallas, 2020). Triyajın felsefesi, sınırlı tıbbi kaynakları kullanarak çoğu sağlık hizmetini en fazla sayıda kişiye ulaştırıp, hızlı değerlendirme yoluyla oluşabilecek olumsuz sonuçları azaltmaktır. Bireyler sağlık durumlarının ciddiyetine göre sıralandığında, hastaların durumları daha fazla kötüleşmeden ya da yüksek bulaşıcı hastalığı olanlar diğer kişilere bulaştırmadan hızla izole edilmiş olmaktadır (Effa ve Otu, 2023). Bu doğrultuda, triyajın kullanımlarında yetkin olmak afet hemşireleri için kritik önem taşımaktadır. Sınırlı sayıda afet hemşiresinin yetersiz ekipman ile tüm hasta/yaralının gereksinime cevap vermesi mümkün değildir. Bu nedenle, afet hemşiresi olay yerindeki her hasta/yaralının tedavisi, tahliye ya da nakil için öncelik sırası belirlemelidir.

Bir afet sırasında hemşireler triyaj nedeniyle farklı etik zorluklarla karşılaşabilirler. Hasta/yaralının bakım kalitesini artırmak amacıyla afetlerde, hemşirelerin etik sorunlarını belirlemek gereklidir. Tüm tıbbi uygulamalarda olduğu gibi afetlerde triyajda da, etik bir temele dayanmalıdır. Afet triyajında tıp biliminin yarar sağlama, adalet, eşitlik, adil olma, bakım yükümlülüğü, şeffaflık, tutarlılık, orantılılık, hesap verebilirlik, kaynak yönetimini içeren tüm etik bileşenleri geçerlidir. Fakat büyük bir afette, tıbbi kaynakların ve hemşirelerinin kapasitesi ile hasta/yaralıların gereksinimleri arasında akut ve öngörülemeyen bir dengesizlik sonucu, tıbbi bakım kaynakları yetersiz kalmakta ve sağlık kaynaklarının zamanında ve adaletli dağılımı gecikebilmekte ve böylece etik ikilemler oluşabilmektedir (Erbay, 2020; Şen, 2018). Afet hemşireleri, etik ikilemler oluşturmadan etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir.

2. Afet Hemşireliği ve Triyaj

Afetler, tıbbi olarak çok sayıda yaralının ya da yardıma gereksinim duyan kişilerin olduğu, verimli ve zamanında hizmet sunma kapasitesinin aşıldığı olaylar olarak tanımlanmaktadır. Afetler, etkilenen nüfusun genel sağlığı ve esenliği üzerinde her zaman olumsuz bir etkiye

(Rahmani ve ark., 2016) ve kaynak kısıtlılığı oluşturma potansiyeline sahiptir (Erbay, 2020). Böyle bir durumda tıbbi bakım kaynakları yetersiz kalır ve sağlık kaynaklarının zamanında ve adaletli dağılımı gecikebilir. Afetler sırasında, triyajın normal şartlardaki triyajdan farklı amaçları ve süreçleri vardır. Afetlerde triyaj sayesinde hasta/yaralılar doğru sınıfa yerleştirilerek ölüm oranları azaltılabilir. Ayrıca sağlık kuruluşunun sınırlı kaynaklarının bu kaynaklara gerçekten ihtiyacı olan hasta/yaralılara verilmesine yardımcı olur (Bazyar ve ark., 2019).

Afet yönetiminde yaygın kullanılan modellere göre afet öncesi; önleme yani hazırlık ve zararın azaltılması basamağı bulunmaktadır. Önleme ve azaltma aşaması; risk analizi, bina stoklarının güçlendirilmesi, tehlikeli bölgelerin haritalanması, alt yapı çalışmaları, kaynak düzenlemeleri gibi nispeten teknik faaliyetleri içermektedir. Afete hazırlık aşamasında; erken uyarı sistemleri, afet anında yapılacakların planlaması, eğitimler ve tatbikatlar sayılabilir. Afet meydana geldikten sonra, müdahale aşaması yer almaktadır. Bu aşamada; acil arama kurtarma faaliyetleri, afet bölgesine acil insani yardım ve hasar tespit çalışmaları gelmektedir. Kurtarma aşaması; mümkün olan en kısa sürede bölgenin normalleşmesi için yapılması gerekenlerdir. Enkaz temizleme, mali yardım, gıda desteği, güvenlik, yeniden yapılanma ve rehabilitasyon çalışmaları bu aşamada gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleridir. (Iqbal, Perez ve Barthelemy, 2021; Hassoy, Yeşilfidan ve Özsavurmaz, 2022). Afet yönetimi dairesel bir döngü şeklinde düşünülerek, afetin her aşamasına yönelik ileriye dönük planlamalar yapılmalı ve konuya ilişkin literatür sürekli güncellenmelidir (Sawalha, 2020).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses [ICN]) tarafından afet hemşirelerinin; hazırlık ve planlama, güvenlik, olay yönetimi, değerlendirme, iletişim, kurtarma, müdahale, hukuk ve etik alanlarında yetkin olması gerektiği bildirilmiştir (ICN, 2021). Afet yönetiminin hazırlık aşamasında hemşireler; gereksinimleri saptamalı, afetten etkilenebilecek olan risk gruplarını belirlemeli, bu risk grupların güçlendirilmesine yönelik çalışmalar planlamalı, afet durumunda etkisini gösterebilecek aşı ve eğitim gereksinimlerini saptayarak uygulamalı, gerekli kurum ve kuruluşlarla iletişim ve etkileşim halinde olmalı ve faaliyetleri beraber planlamalıdır. Aynı zamanda, kendi gelişimine katkı sağlayacak afet alında acil yapılması gerekenler, triyaj, afet epidemiyolojisi (Akpınar ve Ceran, 2020; Kalanlar ve Kubilay, 2015) ve temel yaşam desteği konularında bilgilerini güncel tutmalıdır. Afet anında; afetin etkisini azaltacak temel yaşam desteği, uygun müdahale, triyaj, hemşirelik bakımı ve tedaviye yönelik uygulamalarda katkı sağlamalıdır. Afetzedelerin acil gereksinimlerini karşılamak amacıyla oluşturulan geçici barınma alanlarında sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler, psikolojik destek, beslenme ve gıda hizmetlerine yönelik ihtiyaç yönetimi, atık kontrolü, sanitasyon ve gerekli ise izolasyon önlemleri almalıdır (Akpınar ve Ceran, 2020; Kalanlar ve Kubilay, 2015).

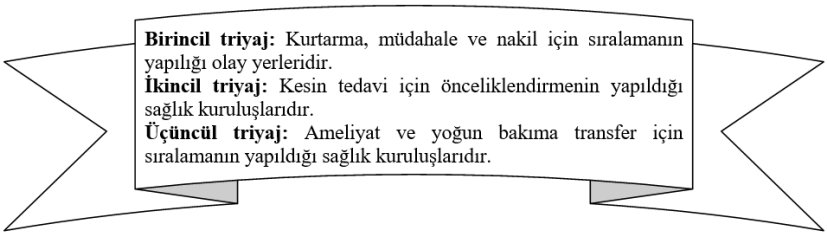
Afetler sırasında hemşirelerin sınırlı tıbbi kaynakları göz önüne alındığında, onların afetlerle baş etme becerilerini etkileyen faktörlerin anlaşılması önemlidir. Yapılan çalışmalar, hemşirelerin çoğunluğunun büyük bir afet durumunda kendilerine güvenmediklerini (Schneider, 2019) ve afete hazırlık bilgilerinin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur (Emaliyawati ve ark., 2021; Ghazi, 2021; McNeill ve ark., 2020). Ayrıca literatürde hemşirelerin afete hazırlık bilgileri ikamet yeri, iş deneyimi, hemşire olarak geçirilen süre, yaş, eğitim düzeyi (Brewer ve ark., 2020; Ghazi, 2021; King, Spritzer ve Al-Azzeh, 2019), önceki afet eğitimi (Abuadas ve Albikawi, 2022) ve iş yerleri ile ilişkilendirilmiştir. Afete hazırlık bilgisi yüksek olan acil hemşirelerinin triyaj karar verme becerileri daha yüksek bulunmuştur (Azizpour ve ark., 2022). Hemşireler afete müdahale aşamasında ilk müdahale eden kişi olarak hareket etmezlerse ikincil afetler meydana gelebilir (Uhm ve ark., 2019). Hazırlıksız bir hemşire yanlış triyaj kararlarına, tıbbi kaynak kaybına, tedavide gecikmelere, memnuniyetsizliğe ve olumsuz sonuçlara yol açabilir (Ghazali ve ark., 2020).

Çok uluslu müdahale gerektiren afetlerin giderek daha sık görülmesi, kanıta dayalı, tutarlı ve evrensel geçerliliğe sahip afet triyajı sistemlerine duyulan gereksinimi arttırmaktadır. Afet durumunda triyaj kararı stresli olup, yaşanan büyük zorluklardan biridir (Habibinezhad ve ark., 2021). Afetler sırasında triyajın iki temel amacı vardır (Şimşek ve Gündüz, 2021b). Birinci amaç, afet triyajı bireyin sağ kalımından ziyade toplumun sağ kalımına odaklanır. İkinci amaç ise, acil durum triyajında hayatta kalma şansı düşük olanlar ilk önce bakım verilmesi gereken grubu oluştururken, afet triyajında en son bakım verilmesi gereken grubu oluştururlar (Nakao, Ukai ve Kotani, 2017). Bu doğrultuda afet triyajını acil durum triyajından ayırın en önemli husus, saha/alandaki hasta yönetimi ve hasta/yaralının sağlık kuruluşuna transferinde geçerlidir. Afetlerde sınırlı sayıda tıbbi hizmetleri alması gereken çok sayıda hasta/yaralı bulunmaktadır. Bu nedenle hasta/yaralının uygun şekilde sınıflandırılması ve transfer edilmesi gerekmektedir (Azizpour ve ark., 2022; Christian, 2019). Hemşireler hasta/yaralıyı klinik durumlarına göre gruplara ayırıp (1. grup: ayakta tedavi olabilecek hasta/yaralıyı; 2. grup: durumu orta riskte olan ve uzuv kaybı riski taşıyan hasta/yaralıyı; 3. grup: akut ve ölümcül tehdit altındaki hasta/yaralıyı içerir), transfer etmelidir (Çap, 2022). Afet triyajı genel olarak acil hasta/yaralılar içinde elde bulunan kaynaklardan yararlanma olasılığı ve hayatta kalma ya da iyileşme şansı en yüksek olanlara öncelik vermeye yöneliktir.

Triyaj sistemleri, hasta/yaralıları sağlık durumunun aciliyetine göre sınıflandırmanın yanında, triyaj kararının verilmesine rehberlik eden bir çerçeve ve algoritma sağlamaktadır (Özüçelik, 2019). Dünyada birçok triyaj sistemi olmakla birlikte triyajın nasıl yapılması gerektiğine dair evrensel fikir birliği bulunmamaktadır (Şimşek ve Gündüz, 2021b). Bazyar ve

arkadaşları (2019) tarafından acil durum ve afetler sırasında mevcut triyaj sistemlerini belirlemek ve bu sistemler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri ortaya koymak amacıyla yapılan bir inceleme çalışmasında triyaj sistemleri birincil, ikincil ve hastane triyaj sistemleri olarak üç gruba ayrılmıştır. Aynı çalışmada, 20 birincil yetişkin triyaj sistemi, 2 birincil çocuk triyaj sistemi ve 2 ikincil triyaj sistemi tanımlanmıştır. Belirlenen birincil triyaj sistemleri arasında; START, Homebush Triage Standardı, Sieve, CareFlight, STM, Military, CESIRA Protocol, MASS, Revers, CBRN Triage, Burn Triage, META Triage, Mass Gathering Triage, SwiFT Triage, MPTT, TEWS Triage, Medikal Triage, SALT, Mstart ve ASAV yer almıştır. Çocuklar için tanımlanan triyaj sistemleri ise Jump START ve PTT olarak bildirilmiştir. Ek olarak ikincil triyaj için; Sort Triage ve SAVE sistemleri belirlenmiştir. Hastane triyaj sistemleri ise, ESI ve CRAMS triyaj sistemleri olarak bildirilmiştir. Tüm bu sistemlerinin incelenmesinde en etkili triyajın; sağlık çalışanları tarafından kolaylıkla uygulanabilen, hasta/yaralıları karmaşık kriterlere göre sınıflandırmaya gereksinim duymayan ve aynı zamanda hastaların prognozunu optimal düzeyde belirleyen bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bazyar ve ark., 2019).

Afet triyajı dinamik bir süreç olup, üç aşamalı olarak uygulanmaktadır (Şimşek ve Bektaş, 2021b). İlk aşama, afet bölgesinde kurtarma ve transfer önceliğinin belirlenmesi işlemlerini içerir. İkinci aşama, hasta/yaralının sağlık kuruluşuna ulaştığı anda yapılan triyajdır. Bu aşama; yaralı kişinin hızlı bir şekilde değerlendirilmesini, ilk müdahalenin yapılmasını ve kesin tedavi için farklı bir birime transfer edilip edilmeyeceğine kararın verilmesini amaçlar. Son aşama ise, çoğu durumda hastane acil servislerinden ameliyathaneye veya yoğun bakım ünitesine transferin gerçekleştiği triyajdır (Bazyar ve ark., 2019) (Şekil 1). Bu doğrultuda, her kurumun her üç aşamaya yönelik hazırlamış olduğu ve etkinliğinin sürekli kontrol edildiği, belli bilinç ve beceri seviyesine ulaşması sağlanmış yönergeleri ya da protokolleri olması beklenmektedir (Ekşi, 2015).



Şekil 1. Üç Aşamalı Afet Triyajı

Triyajda esas zorluk, sahada görev yapan afet hemşirelerinin hasta/yaralılarla bizzat temas ettiği aşamada yaşanmaktadır (Erbay, 2020). Aslında sağlık çalışanları, kendileri o esnada bunun farkında olmasa bile, ikiden fazla yaralının olduğu her durumda bir triyaj kararı vermek-

tedirler. Bu karar verme sürecini zorlu kılan başlıca üç unsur ise, hızlı karar alma gerekliliği, kaynakların kısıtlı olması ve sahanın öngörülemez tıbbi, sosyal ve güvenlik riski boyutlarıdır.

Bir afet durumunda fiziksel olarak sıklıkla baş ve boyun yaralanmalarının yanı sıra; omurga, toraks, karın yaralanmaları, ekstremite kırıkları (Xu ve ark., 2022), kompartman sendromları ve ezilmeler (Tang ve ark., 2017) görülebilmektedir. Depremin ilk saatlerinde kafa, toraks ve karın içi organ rüptürleri ve kanama nedeniyle mortalite artarken, sonraki süreçlerde toz inhalasyonuna bağlı asfiksi, göğüs kompresyonu, hipotermi ve hipovolemik şok mortalite nedeni olmaktadır. Günlerce göçük altında kalanlarda ise mortaliteye dehidratasyon, hipotermi, hipertermi ve crush (ezilme) sendromu (Özkaya ve Yalçın, 2022) neden olmaktadır. Ekstremite travması yaşayan kişilerde ise, enfeksiyon riski ve kompartman sendromu gelişebilir. Ayrıca fasyotomi (Özkaya ve Yalçın, 2022) ve amputasyona gereksinim duyulabilir. Bu doğrultuda, enkaz altından çıkan kişilerin tamamı çoklu travması olan bireyler olarak kabul edilmeli ve buna uygun yaklaşılmalıdır. Bu doğrultuda; hasta/yaralı için oluşabilecek tıbbi riskin ortadan kaldırılmasında hızlı karar alma gerekliliği oldukça önemlidir. Hastane öncesi sürede; çoklu travma hastalarını tanımak, temel yaşam desteği protokollerine uygun müdahale etmek hastaların sağ kalımını önemli ölçüde artırır. Bu nedenle, zamanında ve etkin bir müdahale travma hastaları için oldukça anlamlı ve hayat kurtarıcıdır (Erbay, 2020).

3. Afet Triyajı ve Etik Yaklaşımlar

Afetlerde ve afet triyajında etik yaklaşım, gerek afeti yaşayanlar gerekse afete müdahale edenlerde afet sonrası kalıcı bir iz bırakmaması adına önemlidir. Afet triyajında kararlar genellikle hızlı, bağımsız ve zaman kısıtlamaları altında alınmaktadır (Gökkaya ve Dinç, 2020). Bu nedenle alınan kararlar, hasta sonuçları ve durumu üzerinde ciddi bir etkiye sahip olabilir (Azizpour ve ark., 2022; Schneider, 2019). Yapılan çalışmalar; triyaj kararının süresi ve doğruluğu üzerinde kritik düşünme, bilişsel beceriler, deneyim ve sezginin etkili olduğunu göstermektedir (Alzahrani ve Kyratsis, 2017; Azizpour ve ark., 2022). Afet triyajı; karar verme, proaktif olarak tanımlanmış hedefler ve etik ilkeler ile yapılandırılmış bir yaklaşıma gereksinim duymaktadır. Etik, pratik uygulamaları zor olsa da ortak bir zemin sağlayan insan hakları, etik ilkeler ve insan onuru hakkında geniş çapta kabul gören görüşleri desteklemektedir.

Tüm tıbbi uygulamalarda olduğu gibi afet triyajı da etik bir temele dayanmalıdır. Afet triyajında, birçok etik ikilem yaşanmaktadır. Bu etik ikilemler aşağıda sıralanmaktadır:

- Rutin durumlarda, acil müdahale yapılacak olan tıbben ölmemiş kişilerin "ölü" kategorisine alınması ve acil tıbbi müdahale yapılmaması,

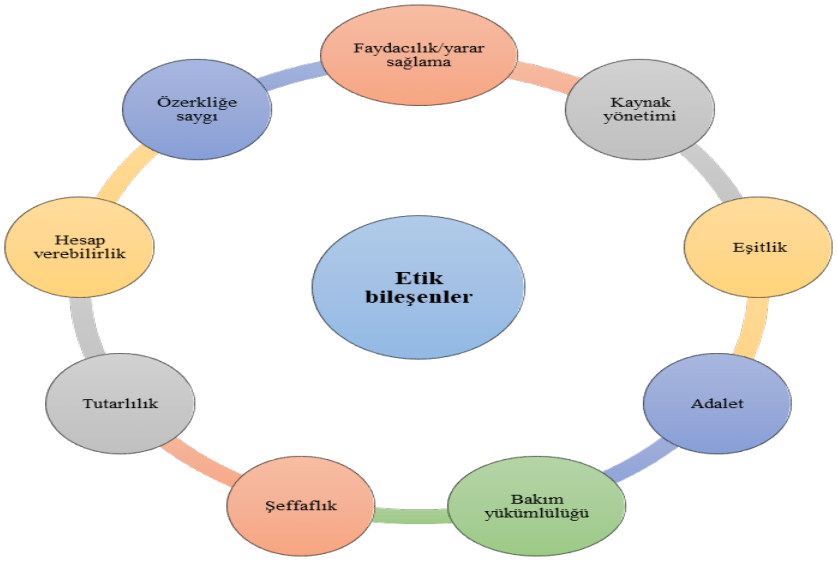
- Bazı yaralılara öncelikle müdahale edebilmek için bazılarının uzun süre acil sağlık hizmeti ve hastaneye nakil için beklemek zorunda kalması,
- Triyaj alanında triyaj ekibinin yakını ya da tanıdığının olması,
- Triaj alanında farklı dil, din ve ırka sahip bireylerin bulunması,
- Hasta/yaralının triaj uygulamalarına ve acil müdahaleye karşı gelmesi,
- Hasta/yaralının yakınları tarafından çeşitli müdahalelerde bulunulması,
- Afet durumunda müdahale ekiplerinin hangi triyaj sistemini kullanması gerektiği konusunda yasal belirsizliklerin olması,
- Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamaya karar vermede yaşanan ikilemler,
- Hastane koordinasyonunun da yaşanan sorunlar olarak sıralanabilir (Gökkaya ve Dinç, 2020).

Afet triyajında etik karar verme için makul ve yaygın olarak kabul edilen kriterler bulunmaktadır. Etik karar vermenin kriterleri araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Birçok araştırmacı triyaj da etik yaklaşımı "yarar sağlama ilkesi" üzerine kurmuştur (Bauzon, 2015; Erbay, 2020; Şen, 2018). Bu ilkenin temel amacı "en çok sayıda bireye, en yüksek düzeyde yarar sağlamak" tır (Ghanbari ve ark., 2021). Diğer bir ifade ile, mümkün olan çok sayıda bireyi kurtarmaktır. Yapılan bir çalışma, hastaların hayatta kalma şanslarına göre sınıflandırılmasının triyaj görevlileri tarafından dikkate alması gereken bir önlem olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada, triyajdan hayatta kalma olasılığı daha yüksek olan hasta/yaralıya öncelik verildiğinde daha etkili olduğu bildirilmiştir. Hayatta kalma şansı çok az olan hasta/yaralılara öncelik vermek, bir felakette kıt kaynakların optimal olmayan bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır (Ghanbari ve ark., 2021).

Zarar vermeme yaklaşımı ile birlikte hasta/yaralının refah düzeyini de arttıracak uygulamalarda bulunulması gerektiğini savunan bir ilkedir. Hasta/yaralılar yarar sağlama ilkesi gereği sınıflandırırken, en fazla tıbbi yararın sağlanabileceği bireyler daha öncelikli olarak sıralanmalıdır. Fakat bu ilkeye göre, afet triyajında sadece bireyler değil toplum yararı da göz önünde bulundurulmalıdır. Büyük çaplı bir depremde, hasta/yaralılar arasında kurtarma personeli ya da sağlık profesyoneli olması durumunda tedavi ve kaynak önceliği ona verilmelidir. Çünkü tedavi edilen sağlık profesyoneli sahaya geçip triyaj ekibine yardımcı olabilecek ve böylece daha çok insan yaşamının kurtarılması sağlanacaktır (Carter, 2015). Benzer şekilde savaş durumunda komutana, stratejik bir konuma sahip olması sebebi ile öncelik verilerek bakım ve tedavisinin sağlanmasıçoğunluğun yararına bir durum olduğundan etik bir yaklaşım

olacaktır. Şen (2018) tarafından yapılan bir çalışmada; sağlık profesyonellerinin afet triyajında etik ikilemlerin oluşturulduğu senaryolar sayesinde etik karar verebilme düzeyleri belirlenmiştir. Yaralılar arasında yer alan bir hekim senaryosunda katılımcıların yarıdan fazlası hekimi öncelik sırasına alarak tedavi etmek istemişler, diğer katılımcılar ise etik ikilem yaşamışlardır (Şen, 2018). Bu durum yarar sağlama ilkesi ile paralellik göstermesine rağmen adalet ilkesi ile ters düşmektedir. Ayrıca bu ilkede "yarar" kavramının net olarak açıklanmaması çeşitli tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yarar sağlama, triyajı uygulayan sağlık çalışanının tutumdan (cesaret, fedakârlık, esneklik, uyanıklık vb.) ve sağlık sisteminin yapısından etkilenebilir (Erbay, 2020). Etik ikilemin yaşanmaması için sağlık çalışanının tutumu ile sağlık sisteminin kurumsal yapısının örtüşüyor olması gerekir. Ayrıca etik karar verme, bilgi ve deneyim gerektirmektedir (Gökkaya ve Dinç, 2020). Etik karar alma prosedürleri, kişisel ve kişiler arası gerilimi ve çatışmayı azaltma, güven oluşturma ve bu güveni sürdürmeye yardımcı olma potansiyeline sahiptir.

Bunun için, sağlık çalışanlarının triyaj (Cairo ve ark., 2018) ve triyajda etik yaklaşım konuları üzerine eğitim alması gereklidir.



Şekil 2. Afet triyajında etik karar verme bileşenleri

Kaynak: Gündüz, A. (2020, Kasım). Triyaj uygulamalarında etik ikilemler. 16. Ulusal Acil Tıp Kongresi & 7. Intercontinental Emergency Medicine ve 7. International Critical Care Congress'de sunulan bildiri, ATUDER, Antalya. Erişim adresi: https://www.atuder.org.tr/etkinlikler/72/uluslararasi-kongre/369/16-ulusal-acil-tip-kongresi-7-intercontinental-emergency-medicine-ve-7-inter

"Kaynak yönetimi" ya da "kaynak paylaşımı" afet triyajının önemli bir diğer ilkesidir (Christian, 2019). Hasta/yaralı sayısının kısa bir süre içinde nakil ve tedavi kaynaklarını aştığı; kaynakların tahsisini (paylaştırmayı) içeren müdahale planlarının devreye girdiği durumlarda afet triyajı gereklidir (Biddison ve ark., 2018). Kaynak yönetimi, eldeki mevcut kaynakları kullanarak en fazla sayıda hasta/yaralıda en iyi sonucu elde etmeye çalışmaktır (Gündüz, 2020). Kaynakların yönetiminde, yarar sağlayıcı kararlar alınmak zorunda kalınmaktadır (Kunt ve Karaca, 2020). Ghanbari ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada, hasta/yaralıların tıbbi gereksinimlerinin öncelikli bir faktör olarak dikkate alınması, kaynakların maksimum şekilde kullanılmasını sağlar şeklinde bildirilirken; Caro ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada, hasta/yaralının sınıflandırılmasında hem hasta ihtiyaçlarının hem de tahsis edilen kaynaklardan yararlanma şansının aynı anda dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca kaynak kısıtlamasını gerektiren bir durumda, bunun derecesi kaynaklara duyulan gereksinimle orantılı olmalıdır (Gündüz, 2020).

Triyaj felsefesi genel olarak, "yarar sağlama" yaklaşımı ve "kaynak yönetimi" üzerine kuruludur (Erbay, 2020). Fakat afet triyajında; yarar sağlama ve kaynak yönetiminin yanı sıra farklı felsefi akımlardan etkilenen ilke ve değerler bulunmaktadır. Bu doğrultuda, yapılan çalışmalarda afet triyajında eşitlik (her hasta/yaralıya eşit şans verme) (Erbay, 2020), adalet (tıbbi kaynakların ihtiyaca göre eşit ve dürüstçe dağıtılması) (Şen, 2018), bakım yükümlüğü (sağlık profesyonellerinin hasta/yaralılara en üst düzeyde bakım vermesi), şeffaflık (triyaj süresince şeffaf davranılması), tutarlılık (triyajın olay yerindeki herkese aynı şekilde uygulanması), hesap verebilirlik (triyaj görevlileri, kararlarını savunabilmeli ve onlara karşı sorumlu olmalı, triyaj kararları belgelenmeli ve gerektiğinde incelenebilmeli) (Gündüz, 2020), özerkliğe saygı ilkelerinin (Şen, 2018) de olduğu bildirilmektedir (Şekil 2). Gökkaya ve Dinç (2020) tarafından yapılan çalışmada, UMKE çalışanlarının afet hizmeti sunumunda; %20 ,4'ünün zarar vermeme, %23,9'unun yararlı olma, %17,9'unun adalet, %19,9'unun özerklik, %17,9'unun mahremiyet yükümlülüğünü dikkate almadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada UMKE çalışanlarının afet durumlarında çoğu zaman karar vermekte zorlandıkları ve etik ikilemde kaldığı saptanmıştır.

4. Afet Yönetiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

- Afet yönetiminde, hemşirelerin oynadığı roller ve afet hemşiresinin önemi yakın tarihlerde keşfedilmiştir (Masters, 2020). Bir afet olayının tüm aşamalarında sağlık ekibinin tüm üyeleriyle birlikte çalışan hemşireler önemli bir rol oynar. Hemşireler afet öncesinde, sırasında ve sonrasında eğitim, toplum katılımı ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi için müdahaleler uygular (National Academies of Sciences, Engi-

neering, and Medicine, 2021). Hemşireler, afetzedeleri değerlendirerek ilk yardım ve triyaj uygular, eldeki kaynakları belirler, devam eden fiziksel ve ruhsal sağlık gereksinimleri izler, müdahale protokolleri ve güvenlik önlemleri geliştirerek birey ve toplum düzeyindeki verilerin istatistiksel analizini yapar ve organizasyonel lojistiğe yardımcı olurlar (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

- Hemşireler, afet öncesi zarar azaltma çalışmalarına katılmalıdır. Bu aşamada hemşireler; toplumsal afet tehditlerinin belirlenmesi, gerçek ve olası afet tehditlerinin saptanması, alınabilecek önlemlerin belirlenmesi, farklı kurum ve kuruluşlarla işbirliği aktivitelerinin yürütülmesi, toplumun farkındalığının arttırılmasında görev alır. Bu rol ve sorumlulukların yerine getirilmesinde; daha önce yaşanan afetler, afetlerin tipleri ve büyüklükleri, afet oluşumuna yol açan bölgesel hava koşulları, şimdiki toplumsal afet planları, mevcut sağlık çalışanlarının durumu, bölgesel kurum ve organizasyonlar ile işbirliğine yönelik bilgi toplar.
- Hemşirelerin, afet öncesi aşamada kendi yeterliliğini geliştirmesi için atacağı adımlarda oldukça önemlidir. Hemşireler, iletişim ve disiplinlerarası ekip yaklaşımı ile çalışma ruhu, topluma ilişkin bilgi birikimi, afet yönetimine ilişkin kurallar ve protokoller, ilk yardım, temel yaşam desteği ve triyaj konularında bireysel olarak kendilerini geliştirmelidir.
- Hemşireler; öncelikleri belirlemeli, kurumsal acil durum operasyon planlarını etkinleştirmeli, olay komuta sistemlerine katılmalı, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımını denetlemeli ve genellikle kendi sağlıklarını riske atarak kriz liderliğini üstlenmelidir.
- Yetersiz hizmet alan nüfusa erişim sağlayarak, fiziksel ve sosyal gereksinimleri belirlemelidir. Ayrıca risk grbunda yer alan yaşlıların bakımına (Kleier, Krause ve Ogilby, 2018) ve kadınların bir afet sırasında sağlıklı bebek sahibi olmalarını sağlamak için doğuma yardımcı olurmalı (de Mendoza ve diğerleri., 2012) ve arama kurtarma sırasında birbirinden ayrılan aileleri yeniden birleştirmek için çalışmalıdır.
- Hemşireler; afet bölgesinde hastalıkları tarama, sağlık eğitimi ve danışmanlık sunma, toplumsal kaynakların sevki, acil gereksinimleri saptama, akut bakım, psikolojik destek, halkın moral değerlerinin en üst düzeyde tutulması, gıda-su-ilaç-haberleşme olanaklarının sağlanması gibi birçok görevde aktif rol almalıdır.
- Hemşireler, triyaj sistemlerini kullanmalıdır (Bazyar ve ark., 2019). Dünyadaki triyaj modellerinin çeşitliliği ve her sistem için tanımlanan kriterler dikkate alındığında, her

ülkenin, bölgenin kendine özgü koşulları, acil durum ve afetlerin çeşitliliği, merkezlerinin tesis ve kaynakları dikkate alınarak, doğru ve uygun kriterlere sahip bir model seçmeli ya da önermelidir. Bu sistemin doğruluğunu senaryolar veya yaralı insanlar üzerinde test etmelidir.

- Hemşireler ve sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından afet triyajına yönelik etik ilkeler oluşturulmalı, oluşturulan etik ilkeler risk grupları (yaşlılar, gebeler, çocuklar, kadınlar vb.) için özel kriterler içermelidir. Triyaj protokollerine ilişkin yasal düzenlemeler, özellikle sınırlı kaynakların yönetimi ve resüsitasyon kısıtlaması konusundaki uygulamaları kapsamalıdır.
- Hemşireler, etik ikilemlerin çözümü için yasal düzenlemeleri referans almalıdır. Fakat bir afet durumunda yasal düzenlemeler yaşanabilecek sorunların çözümü için yeterli olmayabilir ve etik ikilemleri oluşturabilir. Böyle bir durumda evrensel düzeyde geçerliliğe sahip olan genel tıp etiği ilkeleri ikilemlerin çözümününde hemşirelere yardımcı olabilir.

5. Sonuç

Sonuç olarak, afetlerde kısıtlı kaynakların uygun kullanımının önemli olduğu, kısıtlı kaynakların kullanımı açısından afet planlarının, afet triyajının ve afet triyaj protokollerinin oluşturulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca afet hemşiresinin, afet triyajına yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının etik karar vermede önemli olduğu saptanmıştır. Afet triyajında, etik yaklaşımları değerlendirirken triyajın etik açıdan gerekçelendirilebilmesinin güç olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıda yer alan öneriler getirilmiştir:

- Afet hemşirelerine yönelik, triyaj da etik uygulamaları kapsamlı bir şekilde ele alan rehber niteliğinde bir rehber/kılavuz oluşturulmalı ve bu rehber/kılavuz eğitim sistemine entegre edilmelidir. Klavuzun oluşturulmasında afet hemşireleri etkin rol almalı ve yaşadığı toplumun kültürel değerlerini dikkate alarak etik ikilemleri belirlemeli, çözüm önerileri getirmelidir.
- Afet hemşirelerine periyodik aralıklarla afet yönetimi ve triyaj uygulamalarına yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Triyaj görevlileri bu alanda eğitim alan kişilerden seçilmeli, bu kişiler aldıkları triyaj kararlarını kayıt altına almalıdır.
- Afet hemşirelerinin afet durumunda etik karar verebilmelerini desteklemek amacıyla simülasyon uygulamaları, tatbikatlar ve masaüstü egzersizler yapılmalıdır.

Kaynakça / References

Abuadas, M.H., & Albikawi, Z.F. (2022). Predictors of disaster preparedness among registered nurses in Saudi Arabia: A structural equation modeling analysis. *Australas Emerg Care, 25*(2), 132–139. https://doi.org/10.1016/j.auec.2021.07.004

AFAD. (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) (2021). 2020 yılı doğa kaynaklı olay istatistikleri. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Istatistikler/2020yilidogakaynakliolayistatistikleri.pdf

AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) (2023, 2 Haziran). 06 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan (Kahramanmaraş) Mw:7.7–Mw:7.6 Depremleri Raporu (s. 140). Erişim adresi: https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmara% C5%9F%20Depremi%20%20Raporu_02.06.2023.pdf

Azizpour, I., Mehri, S., & Soola, A.H. (2022). Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses-Ardabil, Iran. *BMC Health Serv Res*, *22*, 934. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08311-9

Alzahrani, F., & Kyratsis, Y. (2017). Emergency nurse disaster preparedness during mass gatherings: A cross-sectional survey of emergency nurses' perceptions in hospitals in Mecca, Saudi Arabia. *BMJ Open, 7*(4), e013563. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013563

Amberson, T., Wells, C., & Gossman, S. (2020). Increasing disaster preparedness in emergency nurses: a quality improvement initiative*. J Emerg Nurs*., *46*(5), 654–665.e21. https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.05.001

Bauzon, S. (2015). Classical distributive justice and the European healthcare system: rethinking the foundations of European health care in an age of crises. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *40*(2), 190–200. https://doi.org/10.1093/jmp/jhu078

Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: a review study with a worldwide approach*. J Med Sci, 7*(3), 482–494. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119

Bazyar, J., Farrokhi, M., Salari, A., & Khankeh, H.R. (2020). The principles of triage in emergencies and disasters: a systematic review. *Prehosp Disaster Med., 35*(3), 305-313. https://doi.org/10.1017/S1049023X20000291

Beyramijam, M., Farrokhi, M., Ebadi, A., Masoumi, G., & Khankeh, H. (2021). Evaluation the disaster preparedness in emergency medical service agencies: a systematic review. *J Educ Health Promot*., *10*(1), 1-5. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1280_20

Akpınar, N.B. ve Ceran, M.C (2020). Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1* (1), 28-40.

Biddison, E.L.D., Gwon, H.S., Schoch-Spana, M., Regenberg, A.C., Juliano, C., Faden, R.R., & Toner, E.S. (2018). Scarce resource allocation during disasters: a mixed-method community engagement study. *Chest, 153*(1), 187-195. https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.001

Brewer, C.A., Hutton, A., Hammad, K.S., & Geale, S.K. (2020). A feasibility study on disaster preparedness in regional and rural emergency Departments in New South Wales: Nurses self-assessment of knowledge, skills, and preparation for disaster management. *Australas Emerg Care*, *23*(1), 29–36. https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.005

Cairo, S.B., Fisher, M., Clemency, B., Cipparone, C., Quist, E., & Bass, K.D. (2018). Prehospital education in triage for pediatric and pregnant patients in a regional trauma system without collocated pediatric and adult trauma centers. *Journal of Pediatric Surgery, 53*(5), 1037-1041. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.02.033

Caro, J.J., De Renzo, E.G., Coleman, C.N., Weinstock, D.M., & Knebel, A.R. (2011). Resource allocation after a nuclear detonation incident: unaltered standards of ethical decision making. *Disaster Med Public Health Prep*., *5*(S1), 46–53. https://doi.org/10.1001/dmp.2011.14

Carter, R. (2015). *Secial considerations in disaster zones. emergency medical services: clinical practice and systems oversight*. USA: Wiley.

Cheraghi, F., Yousefzadeh Chosari, M.R., Beyrami Jam, M., & Afshari, A. (2019). Review paper: emergency medical technicians' ethical challenges in the prehospital emergency services: A review article. *Heal Emerg Disasters Quarterly, 5*(1), 5-12. https://doi.org/10.32598/hdq.5.1.151.2

Christian, M.D. (2019). Triage. *Crit Care Clin., 35*(4), 575-589. https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.009

Çap, G. (2022). Bir triyaj kanununa ihtiyaç var mı?. *TAAD, 49*, 265-288. https://doi.org/10.54049/taad.1055757

De Mendoza, V.B., Savage, J., Harville, E., & Giarratano, G.P. (2012). Prenatal care, social support, and health-promoting behaviors of immigrant Latina women in a disaster recovery environment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *41*(1), 119-162. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01362_21.x

Effa, E., & Otu, A. (2023). Triaging and Managing Covid – Inequities and Ethical Decision-Making. In Ogunyemi, K. & Onaga A.I. (Eds.), *Responsible Management of Shifts in Work Modes–Values for Post-Pandemic Sustainability, Volume 2* (pp. 97-107). UK: Emerald Publishing Limited.

Ekinci, R., Büyüksaraç, A., Ekinci, Y.L., & Işık, E. (2020). Bitlis ilinin doğal afet çeşitliliğinin değerlendirilmesi. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, *6*(1), 1-11. https://doi.org/10.21324/dacd.535189

Ekşi, A. (2015). Afet yönetiminde içsel denetim aracı olarak etik. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 15*, 89-102. https://doi.org/10.18092/ijeas.80069

Elbaih, A.H., & Kallas, A.G. (2020). Sort Triage in Disaster Management. *J Emerg. Med. Care*., *3*(1),104.

Emaliyawati, E., Ibrahim, K., Trisyani, Y., Mirwanti, R., Ilhami, F.M., & Arifin, H. (2021). Determinants of nurse preparedness in disaster management: a cross-sectional study among the community health nurses in coastal areas. *Open Access Emerg Med*., *13*, 373–379. https://doi.org/10.2147/OAEM.S323168

Erbay, H. (2020). Hastane öncesi alan triyajında etik yaklaşımlar. *Hastane Öncesi Dergisi*, *5*(1), 57-66.

Ghanbari, V., Ardalan, A., Zareiyan, A, Nejati, A., Hanfling, D., Bagheri, A., & Rostamnia, L. (2021). Fair prioritization of casualties in disaster triage: a qualitative study. *BMC Emerg Med.*, *21*, 119. https://doi.org/10.1186/s12873-021-00515-2

Ghazali, S.A., Abdullah, K.L, Moy, F.M., Ahmad, R., & Hussin, E.O.D. (2020). The impact of adult trauma triage training on decision-making skills and accuracy of triage decision at emergency departments in Malaysia: a randomized control trial. *Int Emerg Nurs.*, *51*, 100889. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100889

Ghazi, B.O. (2021). Preparedness assessment for managing disasters among nurses in an international setting: Implications for nurses. *Int Emerg Nurs*., *56*, 100993. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100993

Gökkaya, E. ve Dinç, A. (2020). UMKE çalışanlarının afet durumunda etik yaklaşımlarının incelenmesi: Güney Marmara örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(1), 17-24.

Gündüz, A. (2020, Kasım). *Triyaj uygulamalarında etik ikilemler*. 16. Ulusal Acil Tıp Kongresi & 7. Intercontinental Emergency Medicine ve 7. International Critical Care Congress'de sunulan bildiri, ATUDER, Antalya. Erişim adresi: https://www.atuder.org.tr/etkinlikler/72/uluslararasi-kongre/369/16-ulusal-acil-tip-kongresi-7-intercontinental-emergency-medicine-ve-7-inter

Habibinezhad, Z., Parvaresh Masoud, M., Vahedian, M., & Akbari, M. (2021). The effect of interactive training on emergency nurses' readiness and attitude through triage in Fasa City Hospital 2018. *Iran J Nurs Res*., *16*(1), 28-38.

Hassoy, D., Yeşilfidan, D., ve Özsavurmaz, S. (2022). Olağanüstü durumlar ve afetlerde hemşirelik. Recep Akkaya (Ed.), *Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 3 kitabı* (1.bs.) İçinde (s.65-70). Ankara: Bilgin Kültür ve Sanat Yayınları.

Iqbal, U., Perez, P., & Barthelemy, J. (2021). A process-driven and need-oriented framework for review of technological contributions to disaster management. *Heliyon*, *7*, e08405. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08405

Kalanlar, B., ve Kubilay, G. (2015). Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. *F.N. Hem. Derg, 1*(23), 57-65.

King, H. C., Spritzer, N., & Al-Azzeh, N. (2019). Perceived knowledge, skills, and preparedness for disaster management among military health care personnel. *Mil Med*., *184*(9–10), E545–551. https://doi.org/10.1093/MILMED/USZ038

Kleier, J. A., Krause, D., & Ogilby, T. (2018). Hurricane preparedness among elderly residents in South Florida. *Public Health Nursing*, *35*(1), 3–9.

Kunt, M.M. ve Karaca, M.A. (2020). COVID 19 Pandemisi ve Acil Servis Triyajı. *Anatolian J Emerg Med*., *3*(3), 96-98.

Masters, K. (2020). *Role development in professional nursing practice.* Burlington: Jones & Bartlett Learning,

Mc Neill, C., Adams, L., Heagele, T., Swanson, M., & Alfred, D. (2020). Emergency preparedness competencies among nurses: implications for nurse administrators. *J Nurs Adm., 50*(7–8),407 413. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000908

Murphy, J.P., Kurland, L., Rådestad, M., Magnusson, S., Ringqvist, T., & Rüter, A. (2021). Emergency department registered nurses overestimate their disaster competency: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs., 58*, 101019.

Nakao, H., Ukai, I., & Kotani, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine & Surgery*, *4*(4), 379-384. https://doi.org/10.1002/ ams2.293

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021*). The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity.* Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25982

Özkaya, U. ve Yalçın, M.B. (2022). Deprem yaralanmalı hastada kompartman sendromu ve ezilme (crush) sendromu ayrımı: Fasyotomi kime ve ne zaman?. *TOTBİD Dergisi, 21*, 312-315.

Özüçelik, D.N. (2019). Triage in disasters. *Turkey Clinics-Special Topics in Emergency Medicine, 5*(1), 32-39

Rahmani, E., Khani Jeihooni, A., & Hosseini, F. H. (2016). Knowledge and skills of hospital disaster management team members about triage in times of disaster; a cross-sectional study. *Iran J Emerg Med*., *3*(4), 143–148. https://doi.org/10.22037/ijem.v3i4.12556.

Rajabipoor Meybodi, A., & Mohammadi, M. (2021). Identifying the components of spirituality affecting the resilience of nurses. *J Nurs Manag*, *29*(5), 982–988. https://doi.org/10.1111/jonm.13235

Sawalha, I.H. (2020). A contemporary perspective on the disaster management cycle. *The Journal of Futures Studies, Strategic Thinking and Policy*, *4*(22), 469-482. https://doi.org/10.1108/FS-11-2019-0097

Schneider, B.C. (2019). *An investigation of the relationships between and among disaster preparedness knowledge, perceived use of intuition, and triage decision making of emergency Department Registered Nurses in Acute Care Hospitals Using Benner's Novice to Expert Theory*. Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs). Retrieved from: https://scholarship.shu.edu/dissertations/2667

Şen, G. (2018). Sağlık profesyonellerinin afet triajı yapabilme ve etik karar verebilme düzeyleri: İzmir ili örneği. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *9*(1),57-66.

Şimşek, P. ve Gündüz, A. (2021a). Türkiye'de afet hemşireliği. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *47*(3), 469-476. https://doi.org/10.32708/uutfd.981301

Şimşek, P. ve Gündüz, A. (2021b). Afet Triyajı: Genel Bakış. Duran, E. ve Donbaloğlu, M.O. (Ed.). *Sağlık Bilimlerinde Yeni Yaklaşımlar kitabı* İçinde (s.135-248). Fransa: Livre de Lyon.

Tang, B., Chen, Q., Chen, X., Glik, D., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2017). Earthquake-related injuries among survivors: A systematic review and quantitative synthesis of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, 159-167. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2016.12.003.

Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat, Ş. G., Akyolcu, N., Kanan, N. ve Nur, F. (2017). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *20*(2), 83-89.

World Medical Association (WMA). (2022). WMA Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters 2017. Retrieved from: file:///C:/Users/AcerPC/Downloads/wma-statement-on-medical-ethics-in-the-event-of-disasters.pdf

Uhm, D., Jung, G., Yun, Y., Lee, Y., & Lim, C. (2019). Factors affecting the disaster response competency of emergency medical technicians in South Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 13*(4), 264–269. https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.005

Xu, S., Shi, B., Yuxian, J., He, M., Yang, P., Xu, W., Liu, G. … & Wang, D. (2022). Comparative analysis of the wounded in patients and deaths in a hospital following the three major earthquakes in Western China. *Front Public Health*, *10*, 775130. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.775130

10. KISIM - PART 10

HEMŞİRELİKTE ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ

RESEARCH AND PUBLICATION ETHICS IN NURSING

40. BÖLÜM / CHAPTER 40

HEMŞİRELİKTE ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ

RESEARCH AND PUBLICATION ETHICS IN NURSING

Nurten KAYA[1]

[1]Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye
E-mail: nurka@iuc.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.40

ÖZ

Bilimsel araştırmalar; bilgiyi üretme, edinme, yorumlama ve akademik olarak yaymayı hedefleyen süreçlerden oluşmaktadır. Bu sürecin; belli etik ilkeler çerçevesinde yürütülmesi gerekmektedir. Bilimin, teknolojiyle paralel olarak hızla gelişmesi; bilimsel araştırmaların sayısını artırırken, bilgiyi elde etmeyi kolaylaştırarak etik dışı davranışların görülmesine de katkıda bulunabilmektedir. Hemşirelik; odağı insan olan, insan yaşamına dokunan ve aynı zamanda insan hayatını korumakla da yükümlü bir meslektir. Hemşirelik alanında yapılan bilimsel araştırmalar, doğrudan insan yaşamını ilgilendirdiği için araştırma sürecinde ve sonrasında etik ilkeler doğrultusunda titizlikle hareket edilmelidir. Etik ilkeler doğrultusunda yapılacak araştırmalar sonucunda, kaliteli yayınlar meydana gelecek ve bu yayınların uygulamaya aktarılmasıyla birlikte kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının gelişimine katkıda bulunulabilecektir. Bu sayede ise, hemşirelik bakımnın kalitesi artırılacak ve bilime dayalı güvenli hemşirelik bakımı verilebilecektir. Bilimsel bilginin üretilmesinde araştırma ve yayın etiği ilkelerine uymak her bilim insanının görevidir. Buna karşın bilimsel araştırma sürecinde yayın etiği ilkelerine uymayarak etik ihlallerde bulunan yazarlarla da karşılaşılabilmektedir. Bilimde etik dışı davranışlara çözüm önerileri getirebilmek için öncelikle bu davranışların nedenlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Çözüm önerilerinin uygulamaya konularak etik dışı davranışların azaltılması, bilimsel saygınlığı da artıracaktır. Bu bölümde; araştırma ve yayın etiği ile ilgili kavramlara, araştırma ve yayın sürecinde etik dışı davranışlar ve ihlal türlerine, bu davranışların nedenlerine ve çözüm önerilerine, bu davranışlar sonucu uygulanabilecek idari ve hukuki yaptırımlara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yayın etiği, bilimsel araştırma, etik ihlal, intihal, atıf, hemşirelik

ABSTRACT

Scientific research consists of processes aiming to produce, acquire, interpret, and academically disseminate knowledge. This process needs to be carried out within the framework of certain ethical principles. While the rapid development of science in parallel with technology increases the number of scientific research, it may also contribute to the occurrence of unethical behaviours by making it easier to obtain knowledge. Nursing is a profession focusing

on people and touching human life and is also obliged to protect human life. Since scientific research in the field of nursing directly concerns human life, meticulous action should be taken in line with ethical principles during and after the research process. As a result of the research to be carried out in line with ethical principles, quality publications will be produced, and the implementation of these publications will contribute to the development of evidence-based nursing practices. In this way, the quality of nursing care will be improved and safe nursing care based on science will be provided. It is the duty of every scientist to comply with the principles of research and publication ethics in the production of scientific knowledge. On the other hand, authors committing ethical violations by not complying with the principles of publication ethics in the scientific research process may also be encountered. In order to propose solutions to unethical behaviours in science, the causes of these behaviours must first be identified. Reducing unethical behaviours by putting the solution suggestions into practice will also increase scientific prestige. This chapter includes concepts related to research and publication ethics, unethical behaviours and types of violations in the research and publication process, the reasons for these behaviours and solution suggestions, and administrative and legal sanctions that can be applied as a result of these behaviours.

Keywords: Publication ethics, scientific research, ethical violation, plagiarism, citation, nursing

Extended Abstract

As a result of the rapid development and change in science, the number of scientific research is increasing gradually. In addition to professions, the correct and beneficial use of science and scientific knowledge in daily life has many contributions both individually and socially. On the other hand, unethical behaviours contrary to science aiming at the welfare of humanity may also be encountered. With the development of science at an unprecedented pace, there is an increase in the rate of ethical violations. Some ethical rules must be followed in the organization, conduct, and evaluation of scientific research. Otherwise, significant problems may arise. The main issue is to minimize the occurrence of unethical incidents causing great unrest and waste of time in the scientific world with good information at the beginning of the research process. Planning research in order to obtain information to improve the profession, increase the quality of service, and protect and improve the health of the individual, family, and society is the basic moral responsibility of the nursing profession as in every profession. In this direction, it is very important to bring nurses who can conduct scientific research and transfer the results of this research to practice by exhibiting ethical behaviours into the profession. Nursing is a profession that respects human rights, values life, and is obliged to protect human health. Due to this feature, nurse researchers, nurse training educational institutions, and nursing organizations should support and fulfill ethical rules in research. Research conducted by considering ethical rules will increase the quality of nursing practices and contribute to the process of professionalization. The findings obtained from nursing research are extremely important in terms of gaining both knowledge and skills. The achievement of these gains will be realized by transferring scientific reality to practice. Scientific truth can only be revealed through scientific honesty. It is necessary to act in accordance with the principles of scientific publication ethics both in the scientific world and in the creation of social trust. It is the duty of

every scientist to comply with the principles of research and publication ethics in the production of scientific knowledge. Publication ethics in scientific research is defined as "a field of applied ethics aiming to ensure that scientific research and publications are carried out in accordance with basic principles such as honesty, openness, objectivity, respect for the findings and creations of others, and works to achieve this". However, errors and violations may occur in the production of scientific knowledge. Unethical behaviours and violations encountered in the scientific research process can be listed as follows; Cheating, Intentional (deliberate) or undisciplined (careless and sloppy) research, Authorship rights problems (ghost authorship, guest/honorary authorship, gift editorship), Piracy/plagiarism, Fabrication and Falsification, Duplication, Salami Slicing, Biased publication / Conflict of Interest, Biased selection of sources, Disrespect for human-animal ethics, Failure to specify the supporting institutions and organizations (Ethical problems related to financial support) and Acknowledgements in scientific publications. In order to propose solutions to unethical behaviours in science, the causes of these behaviours must first be identified. Examples of these reasons include the lack of scientific research education and discipline at the beginning of academic life, the lack of teaching scientific research ethics, the excessive feelings of scientists such as promotion and acceptance among other academics, having the wrong idea that a large number of publications increases scientific prestige, and the researchers who receive financial support are forced to publish rapidly with the financial support they receive. The elimination of the problem of ethical violations depends, first of all, on ensuring that individuals do not feel disadvantaged when they are honest from the primary education level. In addition, if the understanding that being a successful scientist and a creative thinker is based on scientific honesty is instilled in researchers during their student years, the desire for dishonesty and theft in science can be reduced. Individuals/researchers should be trained in both technically correct quotation and citation and should be informed about the sanctions of plagiarism. It can only be done correctly in accordance with the nature of science by following the rules of research ethics. The institution that monitors whether these rules are followed is the ethics committee. Nowadays, ethics committee approval is required for all research projects. Ethics committees play an important role in preventing violations of research and publication ethics. Ethics committees examine the study protocol of scientific research to be conducted on human and animal subjects and the written documents to be used in the research and approve or reject the research in line with the benefit of human and animal subjects as a result of the examination. Ethics committees follow the progress of the scientific research they approve and request a final report from the researchers when the research is completed. In addition to ethics committee approval, researchers studying human subjects should also be aware of the rights of individuals in the research process and take responsibility in this regard. These rights include informed consent, the right to free will (risk groups requiring special protection), the right to confidentiality and protection of privacy, respect for autonomy, anonymity, and security, fair treatment, do-no-harm/benefit, the right of the subject to withdraw from participation in rese-

arch without fear or duress, even if this would harm the research project, and the right to receive services in addition to participation in research. In line with this responsibility as a researcher studying human subjects, nurses should ensure the balance between the researcher's role and the care responsibilities inherent in the profession.

1. Giriş

Ulusal ve uluslararası alanda, bilimsel araştırma sayısı ciddi şekilde artmaktadır ve bu duruma paralel olarak etik ihlal oranlarında artış görülmektedir. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA), bilimde ilerlemenin ve nitelikli yayın yapmanın temel koşulunun bilim insanına duyulan güvenle sağlanabileceğini vurgulamaktadır (TÜBA, 2002). Bu nedenle, bilim insanı bu güveni sağlayacak nitelik ve nicelikte araştırmalar yapmakla yükümlüdür (Emiroğlu, 2005). Bu bölümde; araştırma ve yayın etiği ile ilgili kavramlar kısaca açıklanmış, ardından sırası ile hemşirelikte araştırma, araştırma ve yayın etiği konuları ele alınmıştır.

2. Konu ile İlgili Kavramlar

2.1. Bilim ve Bilgi

Sürekli değişmesi, gelişmesi, çok yönlü ve karmaşık olması, incelediği konuların, olayların, kullandığı yöntemlerin sınırlarının belli olmaması nedenleri ile bilimin herkes tarafından kabul gören tek tanımı bulunmamaktadır. Yapılan bazı tanımlar ele alındığında; Türk Dil Kurumu Sözlüğü (TDK, 2023)'nde, bilim "Evrenin veya olayların bir bölümünü konu olarak seçen, deneye dayanan yöntemler ve gerçeklikten yararlanarak sonuç çıkarmaya çalışan düzenli bilgi, ilim'' olarak tanımlanmaktadır. Bekaroğlu (2018), bilimin "Gözlem ve gözleme dayalı akıl yürütme yoluyla önce evrene ilişkin olguları açıklama, sonra bu olguları birbirine bağlayan yasaları bulma çabasıdır'' şeklindeki tanımına vurgu yaparken; Çavuş Güngören (2019) ''Bilim, sürekli devinim içerisinde olan insan aktivitesidir'' olarak bilim kavramını ele almaktadır. Einstein bilimi, her türlü düzenden yoksun duyu verileri ile düzenli mantıksal düşünme arasında uygunluk sağlama çabası olarak tanımlayarak bilime akılcı bir açıdan yaklaşırken, Russell doğadaki düzenden ve bilimin bu düzeni bulma ve ifade etme çabasından bahsetmiştir (Arı, 2010).

Bilim kavramı üzerinde görüş birliğine varılmış ortak bir tanımın olmamasına karşın, tüm tanımlarda bulunan bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özelliklere göre bilim; evreni açıklamak için bir yoldur, deneyseldir, gözlem ve çıkarıma dayanır, hayal gücü ve yaratıcılık içerir, değişebilir, keşfetme, sorgulama, araştırma ve problem çözme becerilerine dayanır, mantıksal akıl yürütme ile oluşur, sosyal ve kültürel yapının bir parçasıdır (Bekaroğlu, 2018). Bilim, konu ve kullanılan yöntemlere göre alt dallara ayrılmaktadır. Aşağıda bu alanlar sıralanmıştır:

- Doğa olaylarının ve canlıların incelendiği, fen bilimleri ve doğa bilimleri
- İnsan davranışı ve sosyal olayları inceleyen, sosyal bilimler
- Bilimle elde edilen bilgilerin uygulamaya dönüştüğü uygulamalı bilimler (Soslu, 2021).

Hem doğa bilimleri hem de bazı yönleri ile sosyal bilimlere benzeyen ve bunlarla iç içe olan matematik ayrı gruplandırılabilmektedir.

Bilimdeki hızlı gelişim ve değişimler, dünya tarihindeki en önemli olaylar arasında yer almaktadır. Bu nedenle bilim, okulların eğitim-öğretim programlarına dâhil edilmiştir. Bilimin ve bilimsel bilginin mesleklerin yanı sıra günlük yaşamda, doğru ve yararlı bir şekilde kullanılmasının hem bireysel hem de toplumsal birçok katkısı bulunmaktadır (Doğan Bora, 2005). Bilgi, bilimsel süreç becerileri ve bilimin doğası, bilimi oluşturan öğelerdir (Soslu, 2021). Aşağıda bilgi, bilimin bir öğesi olarak kısaca açıklanmıştır.

Bilgi ve Bilme

TDK Sözlüğü'ne göre bilgi; "insan aklının erebileceği olgu, gerçek ve ilkelerin bütünü, bili, malumat" ve "öğrenme, araştırma veya gözlem yolu ile elde edilen gerçek, vukuf" şeklinde tanımlanmakta ve bilim ile eş anlamlı kullanılabileceğini belirtilmektedir. Bilgi (knowledge, episteme); bilen (özne, süje) ile bilinen (nesne, obje) arasında bağ kurma sürecidir (Yıldırım, 2013). Platon, bilgiyi; görünüşlere dayalı olarak elde edilen bilgi (doksa) ve akıl aracılığıyla diyalektik bir soruşturma sürecinden geçerek kavranan bilgi (epistêmê) olarak sınıflandırmıştır (Eker, 2021). Günümüzde bilgi; gündelik bilgi (gelişi güzel, empirik bilgi), dini bilgi, sanat bilgisi, felsefi bilgi, teknik bilgi, bilimsel bilgi olarak gruplandırılmıştır (Soslu, 2021).

TDK Sözlüğü'nde bilme "bilmek işi", "bir şeyin ne olduğunun bilincine varma" ve "bilgi edinmenin gaye ve sonucu" şeklinde tanımlanmaktadır. Chinn ve Kramer'e (2011) göre bilme, "insanın benliğini ve dünyayı deneyimleme ve anlama süreçleri" dir. Hemşirelik bilgisini edinmenin gaye ve sonucu, hemşirelikte bilmeyi gerektirmektedir. Bilmek, dinamik bir süreçtir, öncülleri deneyim, farkındalık ve yansımadır. İnsan yaşarken ve etkileşimde bulunurken, kişisel yansıma ve dönüşümün bir sonucu olarak anlamak ve anlam bulmak istemektedir. Hemşirelikte bilme, kişisel deneyimlerdeki öznel bakış açısına arayüz olan nesnel bilgiden oluşan eşsiz, kendine özgü bir kişisel bilgi türüdür (Bonis, 2009). Hemşirelikte bilme yolları ise; ampirik, estetik, kişisel ve etik olarak sınıflandırılmış, Chinn ve Kramer (2011) bu dört bilme yoluna özgürleştirici bilmeyi dâhil etmiştir. Aşağıda hemşirelikte bilme yolları kısaca açıklanmıştır (Danacı ve ark., 2022; Vicdan, 2020; Yıldırım, 2013):

Ampirik Bilme: Sistematik olarak bilimsel ilkelere göre düzenlenmekte, araştırma metodolojisine göre yapılmış gözlem veya ölçümlerle elde edilen bilgiyi temsil etmektedir.

Etik Bilme: Doğru-yanlış, iyi-kötü, arzu edilen-istenmeyen vb. durumlar hakkında karar verirken gereken bilgiyi kapsamakta, ahlaki kurallar ve etik bilgi yoluyla ifade edilmektedir.

Kişisel Bilme: Öz-bilinç, kişisel farkındalık, empati üzerine odaklanan bilgiyi temsil etmektedir ve kişinin kendisi, özgünlüğü ve biricikliği ile ilgilidir.

Estetik Bilme: Sağlık gereksinimi olan birey ile etkileşimde, anlamlı ve önemli olanın algılanmasıdır ve hemşireliğin sanat yönü ile ilgilidir.

Özgür Bilme: İnsanın sahip olduğu potansiyeli, sosyal, kültürel ve politik durumundan haberdar olması ve eleştirel düşünme düzeyidir. Özgürleştirici bilme bilincine sahip olan hemşire, toplumsal adaletsizliklerin ve eşitsizliklerin farkında olmaktadır ve politikaların oluşturulmasında ve uygulanmasında sorumluluk almaktdır.

Bireyin hemşirelik bakımı gereksinimlerinin karşılanmasında, farklı bilme yolları ile edinilen bilgi kullanılmaktadır. Yukarıda sıralanan bilme yollarına "spiritüel bilme" eklenmiştir ve insanın manevi doğasının dikkate alınarak, bakımın sunulmasında, önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir. Sonuç olarak, insanoğlu çevresini ve olayları anlamada birbirini tamamlayıcı olarak görülen farklı yollar izlemiştir. Bunlar deneyim, akıl yürütme ve araştırmadır (Kaya, 2023). Aşağıda araştırma kavramı kısaca açıklanmıştır.

2.2. Bilimsel Araştırma

"Araştırma", Türk Dil Kurumunun Güncel Türkçe Sözlüğü'nde "bilim ve sanatla ilgili olarak yapılan yöntemli çalışma; araştırı" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Araştırma, doğrunun ve gerçeğin aranması olayıdır. Bilimsel araştırma ise, veri toplama, çözümleme ve yorumunda belli kuralların kullanılması yoluyla yapılan araştırma olarak tanımlanabilir (Bülbül, 2004).

Araştırma; ilgi duyulan bir konuda, bilgi-veri toplamak için belirli koşullar altında amaçlı, planlı, sistemli bir biçimde yapılan gözlem ve ölçümlerdir. Araştırma, hangi alanda olursa olsun, yeni bilgilerin yaratılması amacıyla yapılmaktadır. Ancak insanın çevresini tanıma ve bilme uğraşı, araştırma kavramını yansıtmaz. Bilimsel araştırmalar, bilimsel ilkelere dayalı olarak, dizgesel bir sorgulama süreci ile gerçekleşmektedir. Bir dizi güvenilir bilgilerden hareket ederek, yeni şeylerin bulunmasına çalışılmaktadır. Bu bilgiler bilimsel bulgular olup, doğruluğu test edilmiş, düşünme ilkeleri ile çelişkili olmayan dizgeli ve düzenlenmiş bir yapıya sahip bilgi bütünüdür. İlkeler araştırmanın yürütüldüğü özel disiplin ya da bilime göre değişmektedir (Bayık, 2002a).

Berlinger; bilimsel araştırmayı "doğal fenomenler arasında varsayılan ilişkilerle ilgili, yapılan önermelerin ampirik, sistematik, kontrollü ve eleştirel incelenmesi" olarak tanımlamaktadır. Bu ve diğer tanımlar sonucu, bilimsel araştırmanın, yaşanan ya da yaşanması/de-

neyimlenmesi olası soru/sorunları, gözlenen olgu/olayları açıklama, çözümleme, denetleme, genelleme yöntemleri ile belirli bir plana ve sistematiğe bağlı uygulanarak, güvenilir bilgi ve çözümler elde etmeye yaradığı ifade edilebilir (Babadağ, 1995).

Hemşirelikte Bilimsel Araştırma

Hemşirelikte araştırma kullanımı, 1850'lerde Florence Nightingale'in ölüme neden olan uygulamaları belirlemek amacı ile veri toplaması ve değerlendirmesi ile başlamıştır. 1960'lı yıllarda hemşirelik süreci ve model/kuram konuları hemşirelik literatüründe görülmeye başlamış ve hemşireler mesleki gelişim için bilgi birikiminin bilimsel temele dayalı yöntemlerle elde edilmesi gerektiğini fark etmişlerdir. Hemşirelik araştırmaları, mesleki bir sorumluluk olarak görülmüş ve hemşirelik uygulamalarının temeli olarak kabul edilmiştir (Karabulut ve ark., 2019).

Araştırma, problemlerin çözümü, soruların cevabı için kullanılan sistematik bir yöntemdir. Araştırmanın temel amacı, bilgiyi arttırmak ve doğruluğunu ortaya koymaktır. Hemşirelikte araştırma, hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan sorunların sistematik bir şekilde sorgulanmasıdır. Henderson'ın tanımına göre hemşirelik araştırması; "hemşireliğin etkileri ile ilişkili uygulama sorunları konusunda yapılan çalışmalar"dır. Abdellah'a göre ise; "Hemşirelik mesleğini ve uygulamasını geliştirmeye özgü bir sorunla ilişkili gerçekleri bulmak ya da doğrulamak amacıyla yapılan sistematik, ayrıntılı girişimler"dir (Craven ve Hirnle, 2006).

Hemşirelikte araştırmaların önemli olmasının yanı sıra araştırmaların uygulamaya yansıtılması ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, klinikteki hemşireler ile araştırmacı hemşireler arasındaki iş birliğinin yetersiz olmasıdır. Araştırma sonuçlarının kullanılmasında, meslek kaynaklı engellerden birisi de yeterince uygun rol modellerinin olmamasıdır. Ayrıca hemşirelerin kendilerini bağımsız bir meslek olarak algılamamaları, araştırmaya dayalı değişim yapacak gücü duymamaları ve bu konuda desteklenmemeleri diğer sorunlar arasında yer almaktadır (Öztürk ve ark., 2010).

Hemşirelikte araştırma, hemşirelerin hem bilgi hem de uygulama becerisi geliştirme bağlamında önem kazanmaktadır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kapsamlı hasta bakımı konularına katkıda bulunacak araştırmaların yapılmasına duyulan gereksinim hemşirelikte araştırma konusunun kapsamlı bir şekilde tartışılmasını zorunlu kılmıştır. Doğrudan insan üzerinde yapılan araştırmalar, daima etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bilimsel bir araştırmanın düzenlenmesi, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde bazı etik kurallara uyulması zorunluluğu vardır. Aksi durumda, önemli sorunlar ortaya çıkabilmektedir. İnsanlar üzerinde yapılacak araştırmalarda, bilerek ya da bilmeyerek insana zarar verecek hiçbir uygulamanın yapılmaması gerekmektedir.

Hemşirelik; doğası gereği insan haklarına saygı duyan, yaşamına değer veren, insan sağlığını korumakla yükümlü bir meslektir. Bu özelliği nedeniyle hemşire araştırmacılar, hemşire yetiştiren okullar ve hemşirelik örgütleri, araştırmada etik kuralları desteklemeli ve yerine getirmelidir. Etik kurallar dikkate alınarak yapılan araştırmalar, hemşirelik girişimlerinin kalitesini artıracak ve meslekleşme sürecine katkıda bulunacaktır. Mesleğin geliştirilmesi, hizmetin kalitesini artırmak, birey, aile ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgi elde etmek amacıyla araştırmaların planlanması her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de temel ahlaki sorumluluğudur (Babadağ 1995). Ayrıca bir araştırmanın etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesi, temelde insan haklarına saygı gösterilmesi ile olasıdır (Bayık, 2002b). Bu bağlamda aşağıda etik kavramı, araştırma ve yayın etiği kısaca açıklanmıştır.

2.3. Etik

TDK Sözlüğü (2020)'nde etik; "(1) Töre bilimi, (2) Çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü, (3) Etik bilimi." olarak tanımlanmaktadır. Tıp etiği, sağlık bakımı sisteminin tüm hizmetlerinde faaliyet gösteren sağlık ekibi üyelerinin uymak zorunda olduğu etik türüdür. Tıp etiğinde kullanılan evrensel etik ilkeler; zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ve otonomidir. Özerkliğe saygı, yararlılık, kötü davranmama, bilgilendirilmiş olur (aydınlatılmış onam) alma, adil olma, gizliliğe saygı, insan onuruna saygı, yaşama saygı, mahremiyete saygı, doğruluk, dürüst olma, sözünde durma, sır saklama, gerçeğe uyma, alturizm/özgecilik gibi ilkeler kökenini sözü edilen dört evrensel etik ilkeden almaktadır (Kaya, 2022; Turan ve Kaya, 2023).

Aşağıda evrensel etik ilkeler, bilimsel araştırma ve yayın yapma süreci ile ilişkilendirilerek kısaca açıklanmıştır:

Zarar vermeme: Hipokrat tarafından "primum non nocere" olarak ifade edilen "öncelikle zarar verme" ilkesi, zarar vermekten kaçınma yükümlülüğüdür. Zarardan kaçınma, zararlı etken ve koşulları ortadan kaldırma veya önlemeyi ve başkaları için iyilik yapmayı içermektedir. Etik kararlar verirken, bütün canlıların yaşamına saygı duyulmalıdır ve bu nedenle gerek sağlık gereksinimi karşılanırken gerekse araştırmalarda insan da dahil tüm canlılara zarar verilmemelidir (Kaya, 2022).

Yarar sağlama: Bu etik ilke zarar vermeme, zararı önleme veya ortadan kaldırma, güzeli- iyiyi-doğruyu yapma ve yararlı olmayı kapsamaktadır. Yarar sağlama, araştırma sürecinde denekler için optimal iyiliği sağlamanın yanı sıra ortaya çıkabilecek bilginin çevre ve topluma yansımasını irdeleme ve sonuçları konusunda gerekli uyarıları yapma anlamındadır. Bu durumda birey, toplum ve evren için en iyinin ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Etik

analiz ve bilime dayanılarak belirlenen iyi ile bireyin özerkliğine saygı duyulması ilkeleri, bazen birbiriyle çatışabilmektedir. Böyle bir durumda, bilgilendirilmiş olur daha ayrıntılı bir şekilde elde edilmelidir (Kaya, 2022; Turan ve Kaya, 2023).

Zarar vermeme ve yarar sağlama ilkesi, etik kararlar verilirken çoğu kez birlikte değerlendirilmektedir. Durumun etik analizinde, risk-yarar dengesine göre karar verilmektedir. Araştırma sürecinde deneğe uygulanacak girişim, zarardan çok yarar sağlıyor ise genellikle sorun yoktur. Fakat sağlanacak yarar, uygulamanın vereceği zarar kadar ise etik kurul kararları ve bireyin otonomisi dikkate alınmalıdır. Bazı durumlarda, etik kurulların kararına göre eylem planı oluşturulmaktadır. Girişim yarardan çok zarar veriyor ise, söz konusu uygulamadan vazgeçilmelidir. Tüm araştırmalarda, zarar olmamalı ya da mümkün olan en az zararın aynı zamanda en fazla yararın olması gereklidir. Bu ilke doğrultusunda, bireylerin araştırma sonuçlarından olumlu etkilenmeleri sağlanmalıdır. Bireylerin araştırmaya katılmasının yanı sıra, hizmet alma hakkı da vardır.

Adalet: Adalet doğruluk, açıklık ve eşitlik demektir. Sağlık bakımına gereksinimi olan bireylere ve topluma eşit, insan onuruna yakışır hizmetin sunulması ve sınırlı kaynakların dağıtılmasını ifade etmektedir (Kaya, 2022). Aynı zamanda bu ilke içinde tartışılabilecek dürüstlük ve güven; araştırmacı ile denek arasındaki etik sorunların çözümünde önemli rol oynamaktadır. Bu ilke kapsamında, deneğe gerçeğin söylenmesi gerekmektedir ve bu bir etik yükümlülüktür. Bu amaçla alınan bilgilendirilmiş ve gönüllü olur formları, araştırma etiğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Araştırmaya katılan bireyi bilgilendirmede, çalışmanın amacı, bilgi toplama yöntemi, uygulanacak girişimler, olası yarar/zarar ve alternatif tedaviler tam ve doğru olarak açıklanmalıdır. Katılımcıların anladıkları ve araştırmanın tamamen anlaşılıp anlaşılmadığı değerlendirilmelidir. Öte yandan plasebo ve kontrollü çalışmalarda, yarar sağlayacağı öngörülen uygulamalardan bu grupların mahrum bırakılması bu ilke kapsamında, etik bir sorun olarak tartışılmaktadır. Böyle bir durumda, uygulamanın yarar sağladığının doğrulandığı araştırmanın sonunda, plasebo/kontrol gruplarına test edilmiş uygulamanın yapılması, bir çözüm önerisi olarak sunulmaktadır.

Otonomi: Yunanca "autos" (kendi, öz) ve "monos" (yasa) sözcüklerinden gelmektedir ve özerklik anlamındadır. Bireylerin kendi kaderlerini tayin etme haklarının olduğunu gösteren etik ilkedir. Aynı zamanda otonomi, bireyin özgürlük hakkı, kişisel seçimleri, gizlilik ilkesi, gelecekteki özgürlüğü gibi pek çok alanı içine alan bir kavramdır (Gökçe ve Bulduklu, 2015). Araştırma kapsamına alınacak bireyden, izin alınması (bilgilendirilmiş ve gönüllü olur) ve bireye ait bilgilerin sadece araştırma amacı ile kullanılması otonomi etik ilkesi ile ilişkilidir. Ayrıca denekleri bu yönden korumak amacı ile, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu düzen-

lenmiştir. Kişisel verilerin gizliliğinin yanı sıra bireyin fiziksel gizliliğinin sağlanması da oldukça önemlidir.

2.4. Bilim, Araştırma ve Yayın Etiği

Bilimsel gerçekliği ortaya çıkarmak, bilimsel dürüstlükle mümkündür. Hem bilim dünyasında hem de toplumsal güvenin oluşturulmasında bilimsel yayın etik ilkeleri gereğince, hareket etmek gerekmektedir.

Bilimsel bilgi üretiminde teknik koşulların yanı sıra araştırıcıların özellikleri de önemlidir ve etik olarak donanımlı araştırmacılar bilimin önkoşuludur. Bilimsel araştırma ve yayın etiği konuları, bilim dünyasına yeni katılan araştırıcı ve akademisyenlerin, daha yolun başında bilmeleri ve uygulamaları gereken öncelikli bir konudur. Esas olan, bilim dünyasında büyük huzursuzluklara ve zaman kaybına neden olan etik dışı olayların yaşanmasını, daha başlangıçta iyi bilgilendirmelerle en aza indirgemektir (Boydak, 2011). Bilimsel çalışmalar; bilgiyi üretme, edinme, yorumlama ve akademik olarak yaymayı hedefleyen süreçlerden oluşmaktadır. Bu sürecin; dürüst, bağımsız ve sorumluluk gibi ilkeler çerçevesinde yürütülmesi gerekmektedir. Bilimsel anlamda bilim üreten her bilim insanı, bir değer olarak 'bilim etiği' kavramında birleşmektedir (Uluç, 2012). Bilim etiği, bilimsel araştırma sürecinde ortaya çıkan değer sorunlarının çözümünde, bilim toplumunun vicdanını temsil eden ilkeler bütünüdür. Diğer bir tanıma göre; bilim etiği, gerçek nedir sorusuna yanıt arayan bilim insanlarının bilimi üretme sürecin dürüstlük ilkesinden ayrılmadan uydukları kurallar bütünüdür. Dolayısı ile; bilim etiği, araştırma ve yayın ile ilgili tüm etik değerleri içermektedir (Yazıcı, 2011).

Bilimsel bilginin üretilmesinde araştırma ve yayın etiği ilkelerine uymak her bilim insanının görevidir. Bilimsel araştırmalarda yayın etiği, *"bilimsel araştırma ve yayınların dürüstlük, açıklık, nesnellik (objektif olma), başkalarının bulgu ve yaratılarına saygı gibi, temel ilkelere uygun biçimde yapılmasını sağlamayı amaçlayan ve bunun gerçekleşmesi için çalışmalar yapan uygulamalı etik alanı"* olarak tanımlanmaktadır. Yayın etiği ise, araştırmayı yapan bilim insanlarının araştırdığı konu ile ilgili olarak bir araştırmanın planlamasından, araştırmanın uygulanmasında yayınlanmasına kadar geçen süreçte belli ilkeler doğrultusunda hareket etmesini içermektedir. Yayın etiği, sadece araştırma sahibi olan bilim insanını değil, aynı zamanda bilim insanın çalıştığı kurumu, araştırmanın yayınlandığı dergiyi, bilimsel hakem üyelerini ve o yayını okuyan tüm bireylerin gözetmesi gereken kurallar bütünüdür (Töreci, 2010).

Bilim, objektif ve nesnel olmayı gerektirmektedir. Bilim, toplumu yanıltıcı, hatalı bilgilerin engellenmesini sağlamaktadır. Bilimsel bilginin en önemli özelliklerinden biri, aynı zamanda topluma hizmet etme amacını taşımasıdır. Toplumların ilerlemesi, bilimsel ve tekno-

lojik açıdan gelişip zenginleşmeleri bilimsel bilginin nasıl üretildiği ile de ilişkilidir (Bülbül, 2021). Bilimsel bilginin üretilmesi aşamasında hatalar ve ihlaller söz konusu olabilmektedir. Bu kapsamda, aşağıda bu etik dışı davranışlar ve ihlaller ele alınmıştır.

3. Araştırma ve Yayın Sürecinde Etik Dışı Davranışlar ve İhlaller

Bilimsel araştırma ve yayının çıkış noktası, araştırıcının doğal ve edinsel yeteneklerinin yarattığı bir denencedir. Bilimsel ahlakın özünde, bilimsel yöntemler kullanılarak, bu denecenin tarafsız yaklaşımlarla irdelenmesi ve reddedilmeye çalışılması yer almaktadır (Yazıcı, 2011). Bilimsel araştırma ve yayın etiği, sorunun/denencenin belirlenmesinden yayının tamamlanmasına kadar geçen sürecin tüm aşamalarında, bilim etiğine özen göstermeyi gerektirmektedir (Boydak, 2011). Bilimsel araştırmaya ilişkin etik sorunlar, araştırmayı yapan/lar, bilimsel sürece katılanlar ve araştırma sonuçlarından etkilenenler kapsamında incelenmelidir. Bu kapsam, bilim-etik ilişkisinin çok yönlü ve gelişen sorunların karmaşık bir yapıya sahip olduğu gerçeğine işaret etmektedir. Son yıllarda, bilimsel araştırmalar ve onların doğal sonuçları olan bilimsel yayınlar konusunda çok önemli etik sorunlar saptanmıştır. Bu sorunlar; "kopya çekmek", "disiplinsiz (dikkatsiz ve özensiz) araştırma", "yazarlık hakkı sorunları", "korsanlık, intihal-aşırma (plagiarism)", "uydurmacılık (fabrikasyon) ve sahtecilik, aldatmaca, çarpıtma (falsification)", "çoklu yayın (duplikasyon)", "bölerek yayınlama (salami slicing)", "taraflı yayın, çıkar çatışması (conflict of interest)", "kaynakların taraflı seçilmesi", "insan-hayvan etiğine saygısızlık", "destek veren kurum-kuruluşları belirtmeme" ve "bilimsel yayınlarda teşekkür" şeklinde sınıflandırılabilir. Bu etik sorunlar aşağıda açıklanmıştır (Bülbül, 2021).

3.1. Kopya çekmek (Cheating)

Kopya çekmek; kendisinde olmayan herhangi bir bilgiyi başka bir kişinin izni olmadan alması, kullanması olarak tanımlanabilmektedir. Genellikle sınavlar sırasında sık görülen, etik ve yasal sorunlardan biridir (Uluç, 2012). Bilimsel araştırmalarda ise, bu duruma "intihal" denilmektedir. Bu sorun zaman zaman karşımıza çıkmakla birlikte, bütün eğitim yaşantısında kopya çekme alışkanlığının bir sonucu olduğu ifade edilebilir.

Bilimsel yayınlarda intihal olarak nitelendirilen bu durum, en çok makalelerde kullanılan bilgilerin kaynağının gösterilmeyişi yani atıf olarak verilmemesiyle meydana gelmektedir. Yapılan araştırmalarda, özellikle lisansüstü eğitim alan öğrencilerin, araştırma ve ödevlerinde atıfta bulunmadıkları görülmektedir. Bu durumun nedenlerinin başında ise, atıf kullanmayı bilmemeleri gelmektedir. Çok yönlü faktörler olmakla beraber akademik intihalin; bireysel faktörler (zamansızlık, not kaygısı, sosyal yaşamın yoğunluğu, vb.), kurum politikaları (yetersiz cezalar, görmezden gelme, vb.) ve akran baskısı (arkadaşları etkilemeye çalışmak, karşı

cinse gösteriş yapmak, vb.) gibi nedenlerden kaynaklı olduğu ifade edilmektedir (Boydak, 2011). Son yıllarda ülkemizde lisansüstü öğrenciler de dahil tüm düzeylerde öğrenim gören öğrencilerin, kopya çekmeyi doğal görmeleri çok ciddi bir sorundur. Durum bu konu özelinde incelendiğinde; söz konusu öğrencilerden bazılarının bilim insanı olma şansı bulunmaktadır ve öğrencinin daha öğrenim sürecinde bilgiyi kopya ile paylaşması ayrıca bunu sıradan görmesi diğer etik ihlallerde de bulunma potansiyelinin göstergesidir. Uzaktan yapılan sınavlarda, açık uçlu sorularda internet sitelerinin sayfalarından alınmış bilgi aynen kullanılmakta ve öğrenciler bu durumu bilime/eğitim sürecinin değerlendirme aşamasına uymayan şekillerde açıklamaktadır. Sonuç olarak; kopya çekmek bir bilim etiği ihlalidir ve gerekli önlemler alınmalıdır.

3.2. Bilerek Yapılan (Kasıtlı) veya Disiplinsiz (Dikkatsiz ve Özensiz) Araştırma

Yayın haline gelmiş araştırmalarda tespit edilen hataların, disiplinsiz bir çalışma sonucu oluşturulmuş ya da bilinçli olarak yapılan hatalardan meydana gelme durumu her zaman kolaylıkla değerlendirilememektedir. Bu nedenle bilimsel araştırma yürüten herkesin, özenli bir şekilde çalışması ve bilimi yanıltacak durumlardan kaçınması gerekmektedir. Bunun için de her araştırmacının bilim etiğini iyi bilmesi, içselleştirmesi ve davranışlarına yansıtması gereklidir (Emiroğlu, 2005).

Etik üzerine yapılan yayınlarda; "özensiz araştırma" veya "disiplinsiz araştırma" (sloppy research), eş anlamlı olarak kullanılan iki kavramdır. Bu kavramlar, araştırmayı yürüten kişinin iyi niyetli olmasına rağmen istemeyerek de olsa bilimi yanıltabilecek hatalar yapabilmesi olarak açıklanmaktadır. Donanımlı hakem ve editörlerin, bu tarz hatalara sahip makaleleri tespit edip ayıklayabildiği ve böylece çok sayıda hatalı makalenin yayın olmasının önüne geçilebildiği bildirilmiştir. Ayrıca, okurların da yayınlar hakkında eleştirilerini dergi editörlerine göndermelei, hataların azaltılarak en aza indirgenmesine destek olmaktadır (Töreci, 2004; TÜBA, 2002). Bunun yanı sıra; araştırmaların tekrarı da, özensiz ve disiplinsiz araştırmaları azaltabilmektedir (Irzık ve Erzan, 2008).

3.3. Yazarlık Hakkı Sorunları

Bilimsel bir makalede uygun yazarların yer alması, bu kişilerin itibar kazanmasının yanı sıra o yayının sorumluluğunu üstlenmesi anlamını taşımaktadır. Bir bilim insanının, çalışmalarıyla ilişkisini kasıtlı olarak yanlış beyan etmesi, yayına ve araştırmacıya güveni sarsan bir suistimal biçimi olarak kabul edilmektedir. Yazarlığın evrensel bir tanımı bulunmamakla birlikte, bir "yazar" genellikle çalışmaya önemli derecede entelektüel katkıda bulunan kişi

olarak ele alınmaktadır. Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi (International Committee of Medical Journal Editors-ICMJE) tarafından oluşturulan yazarlık yönergelerine göre, "Yazar olarak atanan tüm kişiler yazarlık için uygun niteliklere sahip olmalı ve bu niteliklere sahip olan herkes listelenmelidir." Bir yayında yazar olarak kabul edilmek için, dört kriterin tamamının karşılanması gerekmektedir (Elsevier, 2019). Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Çalışma fikrine ve tasarımına, veri toplamaya, analiz etmeye ve yorumlamaya önemli katkı sağlamak
- İçerik yönünden makaleyi hazırlamak veya gözden geçirmek
- Çalışmanın nihai versiyonunu onaylamak
- Tüm sürecin herhangi bir bölümünün doğruluğu veya bütünlüğü ile ilgili işin tüm yönlerinden sorumlu olmayı kabul etmek (Elsevier, 2019; Ruacan, 2005)

Aşağıda, yazarlık konusunda uzmanlık alanına göre değişebilen bazı genel yönergeler verilmiştir (Elsevier, 2019):

- Yazarlık sırası "tüm yazarların ortak kararı" ile olmalıdır.
- Bir çalışmaya katılan ancak derginin yazarlık kriterlerini karşılamayan kişiler (tavsiye veren, araştırma alanı sağlayan, bölüm/klinik alan gözetimi yapan ve mali destek alarak araştırmaya destek olan), "Katkıda Bulunanlar (Contributors)" veya "Katkı Sağlayan Kişiler (Acknowledged Individuals)" olarak listelenmelidir.
- Büyük, çok merkezli araştırmalar için, hekimlerin ve merkezlerin listesi, yapılan bireysel katkıların beyanıyla birlikte yayınlanır. Bazı gruplar, tüm yazarların çalışmaya ve yayına eşit katkılarda bulunduğunu açıklayan bir notla, yazarları alfabetik olarak sıralar.

Yazarlar listesi oluşturulurken, en fazla karşılaşılan etik sorunlar "onursal yazarlık", "armağan-konuk yazarlık" ve "gölge yazarlık" olarak adlandırılan konuları kapsamaktadır (Boydak, 2011; TÜBA, 2002).

Gölge yazarlık (Ghost authorship): Bir kuruluşun (örneğin; ilaç firması veya farklı malların üretimini yapan diğer firmalar), ürettiği mallarını pazarlayabilmesi için, uyguladıkları etik dışı bir yoldur. Kuruluş bu amaçla, kendi profesyonel araştırıcılarına yaptırdığı bir araştırmanın, saygın bir dergide yayımlanabilmesi için, konusunda tanınan, ancak araştırmaya katılmamış bir veya daha fazla kişiyi yazarlar listesine katmaktadır (Töreci, 2010; TÜBA, 2002).

Konuk/Onursal yazarlık (Guest/Honorary authorship): Araştırmaya katkısı olmayan, ancak, bilim dünyasında tanınan kişilerin, bilgilendirilerek yazarlar listesine eklenmesidir. Bu davranışa, bir makalenin değerli bir dergide kolay yayımlanabilmesi amacıyla, daha çok genç araştırıcıların eğilim gösterdikleri belirtilmektedir (Töreci, 2010). Burada hem bilim dünyasında tanınan kişiyi yazarlar listesine ekleyenlerin, hem de bunu kabul eden kişinin davranışları etik dışıdır. Saygın bilim insanlarının adları, bilgileri dışında da araştırma listelerine konabilmektedir. Bu da ekleyen yazarlar için, etik dışı bir davranıştır. Esasen, makale yayımlanmadan önce, tüm araştırıcıların yazarlar listesi hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Armağan yazarlık (Gift- authorship): Projeyi yürüten sorumlu araştırıcının, erkini kullanarak, çalışmaya katkısı olmayan kişi veya kişileri yazarlar listesine eklenmesi olarak tanımlanmaktadır (TÜBA, 2002). Başka bir ifade ile, çalışmaya yazar olabilecek düzeyde katkı yapmamış kişi veya kişilerin yazarlar listesine alınmasıdır. Burada arkadaşlık ve yakınlık ilişkileri başlıca nedenler arasındadır (Boydak, 2011).

Bu durumlar uygun bir şekilde ele alınmadığında, yazar hakkı sorunları gelişebilmektedir. Bazı anlaşmazlıklar suistimale dayalıdır (birinin rolü hakkında yalan söylemek gibi); bazıları, bir kişinin katkısının ne ölçüde 'önemli' kabul edilebileceği ve yazarlık hakkının olup olmadığı gibi yorumlama sorularından kaynaklanmaktadır. Diğer potansiyel sorunlar; bir çalışmaya dahil olmak ancak yazar veya katkıda bulunan olarak listelenmemiş olmak, bir çalışmaya sadece fikir vermek ve yazar listesinde yer almak, izni olmadan bir yayında yazar listesinde yer almaktır. Bu ve benzeri konularda uyuşmazlık nedeniyle şikâyette bulunulması halinde, bir çözüme varmak için dergi editörü ve yazarın kurumu ile birlikte soruşturma yürütülebilir. Belirsizlik ve öngörülemeyen beklentiler nedeniyle, araştırma başlamadan önce, her bir kişinin çalışmaya katkısı belirlenmeli, yazar listesi ve sırası çalışmanın başında bir toplantı ile kayıt altına alınmalıdır. Bununla birlikte, yazarlıkla ilgili sorunlar karmaşık ve hassas olabilmektedir. Bu tür durumlarla karşılaşan genç araştırmacılar/kariyerinin başında olan kişiler, itiraz ederlerse itibarlarını ve kariyerlerini tehlikeye atacaklarından çekinebilir. Böyle durumlarda; araştırmacı, her derginin yazarlık yönergelerini incelemeli ve gerektiğinde bu konuda uzman güvenilir bir kişiden danışmanlık almalıdır (Elsevier, 2019). Ayrıca, bilimsel makalelerde araştırmanın planlama ve uygulama aşamasında alınan sorumluluklar doğrultusunda hareket edilmeli, yeni araştırmacılara bilimsel saygınlık kazandırmaya da özen gösterilmelidir (TÜBA, 2002). Ancak, özellikle Türkiye gibi bilimsel çalışmalarda etik anlayışların çok gelişmediği ve etik kuralların kurumsallaşmadığı ülkelerde, aktif olarak herhangi bir araştırmaya katılmadığı halde birçok yayında yazar olarak adı geçen kişilere rastlamak mümkündür. Bazen de çeşitli nedenlerle araştırmanın asıl yükünü götüren kişi, yazarlar sırala-

masında geri planda kalabilmekte ya da hiç yer alamamaktadır (Erdem, 2006). Zaman zaman, yazarlar atıf sayılarını arttırmak için birbirlerinin yayınlarını kaynak listesine eklemektedir. Burada amaç ne olursa olsun, bilimsel araştırmalarda anlaşmalı olarak atıf sayısını arttırmaya yönelik girişimler bilim ahlakına ters düşmektedir (Ruacan, 2005).

Yazarlar listesinin hazırlanmasında özen gösterilmesi gereken diğer bir konu, araştırmada sorumluluk taşımayan ve katkı yapmayan birim başkanı veya laboratuvar şefi konumundaki kişiler, sadece bulunduğu konumları nedeniyle yazarlar listesine alınmamalıdır. Birim başkanı, laboratuvar şefi veya benzeri yönetsel konumdaki kişilerin çalışmalara yeterli katkı yapmadan, yazarlar listesine girmek için, araştırıcılardan beklenti içinde olmaları veya onlara baskı yapmaları etik dışıdır. Bu davranış "baskıyla yazarlık" veya "baskı yoluyla yazarlık" (pressured authorship) olarak isimlendirilmektedir. Özellikle proje lideri, birim başkanı ve laboratuvar şefi konumundaki yöneticilerin, kabul edilebilir bir neden olmaksızın, erklerini kullanarak, yayın listesinden eleman çıkarmaları kabul edilememektedir (Erdem, 2006). Tablo 1'de yazarlık hakkı sorunları ve önleme stratejileri özetlenmiştir.

Tablo 1. Yazarlık hakkı sorunları ve önleme stratejileri*

Sorun	Tanımı	Etik sorun mu?	Önleme stratejisi
Bir bilim insanının çalışmasıyla ilişkisini yanlış tanıtması	Araştırmaya çok az katılan veya hiç katılmayan kişilerin adlarının yazılması, araştırmaya katılan kişilerin adlarının atlanması, yazar sıralamasında hatalar. Bir yazarın/ katkıda bulunanın izni olmadan bir makalenin gönderilmesi durumudur.	Evet. ICMJE'ye göre: "Yazar olarak belirlenen tüm kişiler, yazarlık için uygun niteliklere sahip olmalıdır ve bu niteliklere sahip olan herkes listelenmelidir." Yanlış beyan, "hayalet/gölge", "onursal" ve "hediye" yazarlık sorunlarıdır.	Bir makale göndermeden önce derginin Yazarlara Yönelik Talimatlarını gözden geçirin ve tüm katkıda bulunanlar hakkında dürüst olun. 'Önemli' katkıları olan, ücretli yazarlar ve çalışmaya katkıda bulunan kişiler yazar olma hakkına sahiptir. Anlaşmazlıkları önlemek için, kimin ne yaptığı ve yazarlığın nasıl ele alınacağı konusunda en başından net beklentiler belirleyin. Yazarlıkla ilgili olarak size haksız davranıldığını düşünüyorsanız, güvenilir bir kişiden danışmanlık alın.
Hayalet Yazarlık	Genellikle rolleri teşekkür (acknowledged) kısmında kabul edilmeyen profesyonel yazarları (ücreti genellikle ticari sponsorlar tarafından ödenen) ifade eder. Veri analizlerine atfedilmemiş katkılar da hayalet yazarlık kapsamında olabilir.	Evet. Bir yazarın katkısını kabul etmemek sahtekârlık olarak kabul edilir.	Yalnızca makalenin taslağının hazırlanmasına katılan ve çalışmanın tasarımında veya yürütülmesinde veya sonuçların yorumlanmasında rolü olmayan profesyonel yazarlar, yazma yardımı için ödeme yapılıp yapılmadığı ve yapılmışsa hangi kuruluş(lar) tarafından yapıldığı da dahil olmak üzere olası çıkar çatışmaları hakkındaki bilgilerle birlikte teşekkür bölümünde belirtilmelidir. Derginin yazarlık kuralları dikkate alınmalıdır. Aşağıdakiler ile birlikte diğer yardımcı kaynaklardan yararlanılmalıdır: ICMJE, WAME, EMWA ve AMWA**

Hediye ve Konuk (Onursal) Yazarlık	Yazarlık, çalışmayla zayıf bir bağlantıya veya yalnızca belirli bir ismin dahil edilmesinin çalışmanın yayınlanma şansını artıracağı beklentisine dayalıdır.	Evet. Konuk ve hediye yazarları fark edilebilir bir katkı sağlamaz.	Herhangi bir "hediye" ve "konuk" katkı durumu, makale gönderilmeden önce incelenmelidir. Bir katkının kabul edilebilir olup olmadığı konusunda şüphe varsa, derginin yazarlık kuralları incelenmeli veya editöre danışılmalıdır.

** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.*
*** ICMJE: International Committee of Medical Journal Editors, WAME: World Association of Medical Editors, EMWA: European Medical Writers Association, AMWA: the American Medical Writers Association*
Kaynak: Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 4). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf,

3.4. Korsanlık, İntihal-Aşırma (Plagiarism)

İntihal "başkalarının yazılarından bölümler, dizeler alıp kendisininmiş gibi gösterme veya başkalarının konularını benimseyip değişik biçimde anlatma, aşırma" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Bilimsel yanıltma (scientific misconduct) aşağıdaki üç bileşenden meydana gelmektedir.

1. Bilimsel korsanlık (piracy): Başka araştırmalara ait verilerin, araştırma sahibinin izni dışında alınması.

2. İntihal (plagiarism): Başka araştırmacıların fikirlerini, yazılarını ve araştırmalarını alarak, gerekli atıfı yapmadan kendine aitmiş gibi kullanması.

3. Saptırma (fabrication, desk-research, dry-lab): Elde edilen verilerin saptırılması ya da var olmayan bilgilerin/verilerin uydurulması/yoktan var edilmesidir (Uçak ve Birinci, 2008).

Buradan da anlaşılacağı üzere, bilimsel yanıltma veya etik dışı davranışların birçok örneği bulunmaktadır. İntihali diğer etik dışı davranışlardan ayıran en belirgin özellik, bilimsel intihalin temelinde atıfın bulunmasıdır. Atıfın temel işlevi; bilginin alındığı kaynak belge ile, yeni oluşturulan belge arasında bir köprü oluşturmak yoluyla intihalin önüne geçmektir. Ancak intihal, yalnızca bilginin alındığı kaynağa atıf yapılmaması olarak da algılanmamalıdır (Atsü, 2011). Diğer bir deyişle, pek çok insan intihali başka birinin çalışmasını kopyalamak veya başka birinin orijinal fikirlerini ödünç almak olarak düşünmektedir. Ancak "kopyalama" ve "ödünç alma" gibi terimler, suçun ciddiyetini gizleyebilmektedir: Merriam-Webster çevrimiçi sözlüğüne göre "intihal";

- başkasının fikirlerini veya sözlerini çalmak ve kendisininmiş gibi yaymak
- başkasının üretimini, kaynak göstermeden kullanmak
- edebiyat hırsızlığı yapmak

- mevcut bir kaynaktan elde edilen bir fikri veya ürünü, yeni ve orijinal olarak sunmak şeklinde tanımlanmaktadır (Plagiarism, 2017).

Sonuç olarak intihal, bir dolandırıcılık eylemidir. Hem bir başkasının işini çalma, hem de daha sonra onun hakkında yalan söylemeyi içermektedir. Orijinal fikirlerin ifadesi, fikri mülkiyet olarak kabul edilmektedir ve tıpkı orijinal buluşlar gibi, telif hakkı yasalarıyla korunmaktadır. Hemen hemen tüm ifade biçimleri, bir şekilde kaydedildikleri sürece (kitap veya bilgisayar dosyası gibi) telif hakkı koruması altındadır (Boydak, 2011; Plagiarism, 2017; Ruacan, 2005; Uluç, 2012).

Aşağıdaki intihal olarak kabul edilen durumlar sıralanmıştır (Plagiarism, 2017):

- Başkasının ürününü, kendisininmiş gibi göstermek,
- Kaynak göstermeden, başkasının sözlerini veya fikirlerini kopyalamak,
- Birebir alıntıları, tırnak içinde göstermemek,
- Bir alıntının kaynağı hakkında, yanlış bilgi vermek,
- Kelimeleri değiştirerek ancak bir kaynağın cümle yapısını, kaynak göstermeden kopyalamak (copy shake paste),
- Kaynak gösterilse de, tek bir kaynaktan çalışmanın çoğunu oluşturacak kadar çok kelime veya fikir kopyalamak.

Bununla birlikte, çoğu intihal, kaynaklara doğru bir şekilde atıfta bulunularak önlenebilir özelliktedir. Belirli bir materyalin, ödünç alındığını kabul etmek ve okuyuculara/izleyicilere bu kaynağı bulmak için gerekli bilgileri sağlamak intihalin önlenmesi için genellikle yeterlidir. Diğer yandan, intihali önlemek için öncelikle bir araştırma makalesinde, başkaları tarafından yapılmış çalışmalara atıfta bulunurken aynı zamanda yazarın kendi orijinal fikirlerini bulması gerekmektedir. Fakat yazar, kaynağın fikirlerinin nerede bitip kendilerininkinin nerede başladığını nasıl anlayabilir? Bir makaleye kaynakları entegre etmenin doğru yolu nedir? Bir yazarın söylediklerinin bir kısmının değiştirilmesi, çarpıtma olarak diğer bir etik soruna yol açabilir mi? Yazar bu soruları cevaplamakta güçlük yaşıyorsa intihal sorunu yaşama riski oldukça fazladır. Ayrıca çalışmanın sonunda mutlaka Turnitin gibi intihal tarama programlarından yararlanılmalıdır (Plagiarism, 2017).

Bir makaleyi iyi planlamak intihali önlemek için atılabilecek ilk ve en önemli adımdır. Öncelikle, kullanılacak diğer bilgi kaynakları hazırlanmalı ve okunmalı, daha sonra bunların makaleye nasıl dahil edileceği planlanmalıdır. Bu ilişkilendirme, diğer kaynaklardan alınan

fikirler ile yazarın kendi orijinal fikirleri arasında bir denge kuracağı anlamını taşımaktadır. Diğer yandan, makaleyi yazmaya başlamadan önce bilgileri organize etmek için tüm kaynaklardan kapsamlı notlar alınmalıdır. Doğru ve güçlü kaynakların kullanılması, intihali önlemek için de önem taşımaktadır. Ayrıca, incelenen kaynaklarda sayfa numaraları işaretlenmeli ve eş zamanlı her kaynak için bibliyografik bilgiler oluşturulmalıdır (Boydak, 2011; Köklü, 2007; Plagiarism, 2017; Uluç, 2012). Bu sırada EndNote (https://endnote.com/), mendeley (https://www.mendeley.com/) gibi referans yönetim sistemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Makale yazılırken, tüm bölümlerde kaynak kullanılması yazarın kendi fikri olmadığı endişesini oluşturmaktadır. Ayrıca makaledeki bir fikrin yazara mı yoksa kaynağı mı ait olduğu net bir şekilde belirtilmelidir. Böylece makalede sadece diğer fikirlerin kopyalanmadığı aynı zamanda bu fikirlerin işlendiği/eklemeler yapıldığı, tamamen yazara ait olan fikirlere dışarıdan destek alındığı, yazar ve kaynak fikirler arasında net ayrımlar yapılarak orijinalliklerine vurgu sağlandığı gösterilebilecektir (Plagiarism, 2017).

Kaynaklardan alıntı yaparken de, hangi fikrin hangi kaynağa ait olduğu net bir şekilde gösterilmelidir. Kaynağa ait bir açıklama, başka birinin fikirlerinin yazarın sözleri ile yeniden ifade edilmesidir. Orijinal cümlelerin birkaç kelimesini değiştirmek, intihali önlememektedir. İçeriği/özü değiştirilmeden, orijinal kaynağın hem kelimeleri hem de cümle yapısı değiştirilmelidir. Ayrıca, yazar kendi kelimeleri ile ifade etse bile, fikirler başka bir kaynaktan geldiği için, ilgili bölüme yine de atıf yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Kaynakları başka kelime ve cümlelerle ifade etmenin amacı, diğer kaynaklardan daha az doğrudan alıntı yapıyor gibi görünmek veya makaledeki alıntıların sayısını azaltmak değildir. Yazarın fikirlerini desteklemek için kaliteli kaynaklar kullanması, fikirleri daha güçlü ve geçerli hale getirmektedir. Kaynağı iyi başka sözcüklerle ifade etme, en alakalı noktaları vurgulayarak ve ilgisiz bilgileri dışarıda bırakarak, orijinal kaynağın fikirlerini makaleye sorunsuz bir şekilde örüntülemeye katkı sağlamaktadır (Köklü, 2007; Plagiarism, 2017). Tablo 2'de intihale ilişkin sorunlar ve önleme stratejileri özetlenmiştir.

Tablo 2. İntihal sorunu ve önleme stratejileri*

Sorun	Tanımı	Etik sorun mu?	Önleme stratejisi
Gerçek kopyalama (Literal copying)	Bir eserin, orijinal kaynağı gösterilmeden ve izin alınmadan, kelimesi kelimesine veya kısmen çoğaltılması.	Evet. Kelime kelime kopyalama, kaynağa atıfta bulunmanız ve kopyalanan metni tırnak işareti içine almanız durumunda kabul edilebilir.	Araştırma yaparken kullandığınız kaynakları ve bunları makalenizin neresinde kullandığınızı takip edin ve kaydedin. Makalenizde kullandığınız orijinal kaynağı tam olarak anladığınızdan ve doğru şekilde alıntı yaptığınızdan emin olun. Kelimesi kelimesine metin ve referans kullanımında tırnak işaretlerini uygun şekilde kullanın.
Önemli oranda kopyalama (Substantial copying)	Araştırma materyallerinin, süreçlerinin, tablolarının veya ekipmanlarının kopyalanmasıdır.	Evet. 'Önemli oran', kopyalanan şeyin hem miktarı hem de kalitesi olarak tanımlanabilir. Eğer çalışmanız bir başkasının çalışmasının özünü yansıtıyorsa doğru bir şekilde atıf yapılmalıdır.	Çalışmanızın orijinal yazarın becerisinden ve muhakemesinden faydalanıp faydalanmadığını kendinize sorun. 'Evet' yanıtınızın derecesi, önemli oranda kopyalamanın yapılıp yapılmadığını gösterecektir. Eğer öyleyse, orijinal kaynağı belirttiğinizden emin olun.
Başka kelimelerle ifade etme (Paraphrasing)	Başkasının fikirlerini, izinsiz ve orijinal kaynağı belirtmeden, kelimesi kelimesine kopyalamadan çoğaltmak.	Evet. Başka kelimelerle ifade etmek yalnızca kaynağa uygun şekilde atıfta bulunmanız ve kaynağın kastettiği anlamı değiştirmediğinizden emin olmanız durumunda kabul edilebilir.	Orijinal yazarın ne demek istediğini anladığınızdan emin olun. Tam olarak anlamadığınız kelimeleri asla kopyalayıp yapıştırmayın. Kaynağa başvurmadan bilgiyi başkalarına ulaştırıncaya kadar, kaynağın temel fikirlerinin kendi çalışmanızla nasıl ilişkili olduğunu düşünün. Kelimeleri değiştirseniz bile, amaçlanan anlamı koruduğunuzdan emin olmak için, açıklamalarınızı kaynakla karşılaştırın.
Kendi kendine intihal / metin geri dönüşümü [Self-plagiarism (text-recycling)]	Bir yazarın kendi çalışmasının bazı bölümlerini başka bir makalede çoğaltması ve tamamen yeni bir makale olarak yayına yeniden göndermesi.	Evet. Duplike gönderim tablosuna bakınız.	Kendi kaynağınızı başka bir kaynakta aynı şekli ile yeniden kullanıyorsanız tırnak içine alın ve orijinal kaynağa atıf yapın.

** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.*
Kaynak: Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 7-8). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf

İnternetin İntihale Etkisi

İnternet aracılığıyla bilgiye erişimin kolaylaşması ve internetteki bilginin "kamu malı" olduğu yargısıyla birlikte, intihal oranları doğru orantılı olarak artış göstermiştir. İnternet, intihal yapılması için kolaylaştırıcı ortamı oluştursa da, intihalin tespit edilmesi de yine internet

sayesinde kolaylaşmıştır. İnternet aracılığıyla meydanan gelen etik dışı davranışlar, aşağıda açıklanmıştır (Uçak ve Birinci, 2008):

- Hilekârlık (başka araştırmacıların akademik çalışmalarının internet üzerinden sabote edilmesi; araştırmaya herhangi bir katkısı olmayan kişilerin yazar olarak eklenmesi; bilerek yanlış atıf yapılması; başka araştırmacıların araştırmalarını kendine ait gibi göstermesi),
- İntihal (İnternetteki bir araştırmanın tamamı ya da bir bölümünün yazar adı belirtilmeden alıntılanması; internet aracılığıyla bulunan birçok kaynağın atıf yapılmadan bir araya getirilmesi; internetteki bir araştırmanın yazarların izni olmaksızın alınması ve kullanılması),
- Çarpıtma (İnternetten ulaşılan bilimsel bilgiye kişisel yorumlar katılarak yorumların bilimsel bilgi gibi gösterilmesi; atıf yaparken bilimsel kaynağın ana fikrinin değiştirilmesi ve bunu kaynağın yazarının fikriymiş gibi gösterilmesi),
- Kurallara uymama (Aynı yazıya birden fazla belgede/makalede yer verilmesi; internetten yapılan alıntının kabul edilemez düzeyde olması),
- Resmi olmayan yardım (Belgede/makalede yer verilecek yazının internet üzerinden; grup, forum ya da bloglardan destek alınarak hazırlanması, başkaları adına yazılar oluşturulması, yazının kiralanması ya da satın alınması)

Sonuç olarak; internetin yaygınlaşması ve araştırmacılara sağladığı kolaylıklar neticesinde intihalleri önleme konususnda önlem almanın gerekliliği gitgide daha çok gündeme gelmektedir (Boydak, 2011). Aynı zamanda bu gelişmeler, bilim hırsızlığının yanı intihal durumunun tespit edilmesi için, bilim dünyasına yeni araçlar kazandırmıştır. Bu araçlar sayesinde internet üzerinden; başkaların metinlerinin alınmasının tespitinin yanı sıra kopyalanmış metinlerin tespiti de kolaylıkla yapılabilmektedir. Günümüzde bilim hırsızlığını, elektronik ortamda tespit edebilmek için üniversiteler de dahil, birçok kuruluşta bu tarama araçları oldukça yaygınlaşmıştır.

Bilim hırsızlığını tespit etmede yaygın kullanılan başlıca yazılımlar vardır. Bunlardan biri olan Turnitin, iParadigms (www.iparadigms.com) şirketinin geliştirdiği bir yazılımdır. Diğer yaygın kullanılan yazılımlardan biri ise, iThenticate (https://www.ithenticate.com/)' tir. Ülkemizde de bu amaçla hizmet veren yazılım (https://intihal.net/)' tir. "Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) ile Urkund Türkiye" ortaklığıyla verilen bu hizmet, makalede bulunan metinleri tarama ve karşılaştırma yoluyla intihal tespitini sağlamaktadır. Bu yazılım

programları, makalede intihal olup olmadığını tespit edebildiği gibi, makalenin özgünlük değeri hakkında objektif bir veri olarak benzerlik oranı adı altında sayısal bir değer de sunabilmektedir. Bu değer, yüzdelik bir değer olup, programın veri tabanından yola çıkılarak metinlerin karşılaştırılması sonucu, eşleşme durumunda ortaya çıkan bir benzerlik oranıdır. Bu benzelik oranı, birçok araştırmacı tarafından makalenin özgünlük değeri olarak yorumlanmaktadır. Bu oranın, dünyada birçok yerde kabul edilebilir seviyesi %15 dolaylarındadır. Bu değer eşik değer olarak kabul edilmekle birlikte, eşik değeri aşan araştırma makalelerinin, özgünlüğünden ve alana sunduğu katkıdan şüphe duyulmaktadır (Toprak, 2017).

3.5. Uydurmacılık (Fabrikasyon) ve Sahtecilik, Aldatmaca, Çarpıtma (Falsification)

"Uydurmacılık" (fabrication); kişi veya kişilerin araştırma yapmadan, masada veya bilgisayarda hayali veriler üreterek makale hazırlamaları ve bunu yapılmış bir araştırma gibi yayınlamaya çalışmaları veya yayınlamalarıdır (Boydak, 2011). Uydurmacılıkta; araştırma makalesinde yer alan veriler, çarpıtılarak uygun örnekleme, uygun deney yöntemleri ve istatistiki analizler ile ulaşılmış veriler gibi gösterilir. Buna benzer olarak uydurmacılığın başka bir türünde de, yetersiz örneklem ya da güvenirliği düşük deneyler sonucunda elde edilen verilerin, hayali olarak tamamlanıp güvenilir bulgular elde edilmiş gibi gösterilerek araştırma makalesi yazılmaktadır. Literatür incelendiğinde, uydurma yayınların bir bölümünün şaşırtıcı bir şekilde "bilimsel ve ekonomik" olarak desteklenebilmiş ve saygınlığı olan üniversite ya da araştırma merkezlerinde üretilmiş olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bu tip makalelerin, daha çok paralı makale basan, ağırlık katsayısı düşük dergilerde basıldığı, ağırlık katsayısı yüksek olan dergilerde, editör ve hakemlerin dikkatleri sayesinde, yayınlanma oranının düşük olduğu kabul edilmektedir. Sonuçları, bilim dünyasında önemli sorunlar yaratabilecek uydurma veya sahte yayınların belirlenmesi halinde, aynı dergide bir "geri çekme" (retratcion) yazısı ile duyuru yapılması zorunludur. Bunun yanında, yazarların veya okuyucuların yayından sonra, makalenin sonuçlarını büyük çapta etkileyen ve yazarların özensiz davranmalarından kaynaklanan bir hata bulmaları halinde de, dergi editörünü bilgilendirmeleri gerekir. Ayrıca, yazarların yazılarını geri çektiklerini editöre iletmeleri ve editörün de, dergide makalenin geri çekildiğini duyurması gerekmektedir. Hayali yazarlığın son yıllarda ülkemizde de görülen bir şekli, bazı web sitelerinin, kişilere para karşılığında yayımlanmış gibi gösterilen hayali makaleler ve hayali bilimsel toplantılarda sunulmuş ve bildiri kitabında yayımlanmış, hayali bildiriler sağlamalarıdır. Bu etik dışı davranışları araştırıcılık ve/veya akademisyenlikle bağdaştırabilmek olanaksızdır (Boydak, 2011; Emiroğlu, 2005). Buna rağmen, yeterli araştırma olanaklarına sahip olmayan, akademik rekabet ortamındaki hırsına yenilen, üstleri tarafından

yeterli araştırma eğitimi verilmeyen, yeterli denetlemeye tabi tutulmayan bazı akademisyenlerin bu yola sapma olasılığı bulunmaktadır. Unutulmamalıdır ki, masa başında üretilen uydurma yayınlar, yalnızca bilimsel çevreleri değil, tüm insanlığın refahını ve doğruyu bulmayı amaç edinmiş bilimi zedeleyerek tüm toplumu yanıltabilmektedir (Ruacan, 2005).

Bilimsel araştırma ve yayın etiğinde aynı anlamda kullanılan "sahtecilik", "saptırma", "aldatmaca" ve "çarpıtma" (falsification) kavramları; araştırma sonucunda ulaşılmak istenen verilerin elde edilebilmesi için, araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir aşamada bilimsel verilerin kasıtlı olarak değiştirilmesi olarak açıklanmaktadır (TÜBA, 2002). Diğer bir tanım "araştırma materyallerinin, görüntülerin, verilerin, ekipmanın veya süreçlerin manipüle edilmesi; verilerin veya sonuçların, araştırmanın doğru bir şekilde temsil edilmeyeceği şekilde değiştirilmesi veya çıkarılması" şeklindedir (Elsevier, 2019).

"Sahtecilik" eyleminin hayali verilere dayalı "uydurmacılık" eyleminden farkı, sahtecilikte bir araştırmanın yapılmış olması, ancak önceden tasarlanan amaca ulaşabilmek için, farklı aşamalarda verilerle oynanmasıdır. Bu etik dışı davranışlar, daha çok bazı kurum ve kuruluşların, kurum çıkarları doğrultusunda istedikleri bulgulara ulaşmalarını sağlayacak, parasal olarak destekledikleri araştırmalarla ilgili makalelerde görülmektedir. Bu etik dışı davranışın görüldüğü yayınlarda, parasal destek sağlayan ticari birim ile araştırmacılar arasında çıkar ilişkisinin bulunduğu görülmektedir (Emiroğlu, 2005; Uluç, 2012; Yazıcı, 2011).

Fabrikasyon ve falsifikasyon, gözlemlenen gerçeği tam olarak yansıtmayan bilimsel bir kayıtla sonuçlandığı için ciddi suistimal biçimleridir. Bir hakemin belirli bir laboratuvarın yayınlanan araştırmayı yürütecek olanaklara sahip olmadığını bilmesi, bir görüntünün manipüle edildiği veya birkaç farklı deneyden oluştuğunun açık ve net olması, kontrol deneklerinden elde edilen verilerin "fazla mükemmel" olması gibi durumlarda sahtekârlık kolayca saptanabilmektedir. Bu gibi durumlarda, etik ihlali belirlemek için bir soruşturma yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte dijital görüntünün geliştirilmesi, temsili olmayan verilerin oluşması veya anlamlı sinyallerin kaybını önlemek için orijinal veriler ile ortaya çıkan görüntü arasında pozitif bir ilişkiyi korumak şartı ile kabul edilebilir bir uyarlamadır ve bu durum araştırmanın yöntem bölümünde belirtilmelidir (Elsevier, 2019).

Bu tür etik sorunları önlemeye yardımcı olmak için, çoğu yayıncının görüntülerin manipülasyonu ve bildirilen verilere erişim konusunda katı politikaları bulunmaktadır ve yazarın bu politikaları bilmesi gerekmektedir. Fabrikasyon ve falsifikasyona yönelik genel yönergeler (bilim alanına ve yayıncıya göre değişebilmektedir) şunlardır:

Görüntülerin manipülasyonu:

- Görüntüler, yalnızca daha iyi netlik için manipüle edilebilir.
- Bir görüntüdeki belirli hiçbir özellik geliştirilemez, gizlenemez, taşınamaz, kaldırılamaz veya içeri sokulamaz.
- Parlaklık, kontrast veya renk dengesi ayarları, orijinalde bulunan herhangi bir bilgiyi engellemediği veya ortadan kaldırmadığı sürece genellikle kabul edilebilir.

Veri erişimi ve saklama:

- Yazarlardan, editoryal inceleme için makalenin ham verileri istenebilir. Bu nedenle, belirli bir makale için tüm veriler yayınlandıktan sonra makul bir süre saklanmalıdır. Veriler için bir veri sorumlusu belirlenmelidir.
- İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar, örneğin, klinik araştırmaların veri saklama süresiyle ilgili özel yönergeleri vardır ve bu yönergelere uyulmalıdır (Elsevier, 2019).

Tablo 3'te araştırmada yapılan sahtekârlıklara ilişkin sorunlar ve önleme stratejileri özetlenmiştir.

Tablo 3. Araştırma sahtekârlığı sorunları ve önleme stratejileri*

Sorun	Tanımı	Etik sorun mu?	Önleme stratejisi
Verileri manipüle etmek (Manipulating data)	Verilerin kasıtlı olarak uyarlanması, değiştirilmesi veya atlanması.	Evet. Veri yönetimi ve dijital görüntülerin etik açıdan ele alınmasına ilişkin kapsamlı yönergeleri The Office of Research Integrity web sayfasında bulabilirsiniz. (http://ori.hhs.gov/images/ddblock/data.pdf)	Verileri asla kurcalamayın veya değiştirmeyin. Verilerinizin kayıtlarını titizlikle tutun. Bir editörün istemesi durumunda ham veri kayıtlarına, makaleniz yayınlandıktan sonra bile erişilebilmelidir. Makalenizi göndermeden önce yayıncının verilere ilişkin politikalarını dikkatli bir şekilde inceleyin.
Veri görsellerini manipüle etme (Manipulating data images)	Araştırma materyallerinin, süreçlerinin, tablolarının veya ekipmanlarının uyarlanmasıdır.	Evet. Orijinal verilerin sunulmaması veya yanlış beyan edilmesi durumunda makaleniz reddedilebilir.	Netliği artırmak için bir görselde ayarlama yapmanız gerekiyorsa, makalenizi göndermeden önce neyin kabul edilebilir olarak değerlendirildiğini bildiğinizden emin olun. Görüntü manipülasyonları kabul edilebilir bulunsa bile, makalenizi göndermeden önce bunu yayına bildirin. Hiçbir şeyin değiştirilmediğinden emin olmak için, makalenizi orijinal görüntü verileriyle karşılaştırmak için kullanılan veri görüntülerini inceleyin.

** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.*

Kaynak: Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 15). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf

3.6. Çoklu Yayın (Duplikasyon)

"Çoklu yayın/yayın yinelemesi" (duplication); aynı bilimsel araştırmanın birden fazla dergide yayımlanması olayı olarak tanımlanmaktadır (TÜBA, 2002). Bu etik dışı davranışda, ilk yayınlanmış makaledeki veriler, şekilsel olarak biraz değiştirilerek ikinci bir dergide daha yayınlanmaktadır. Uygun olan, bir araştırmanın tek bir dergide yayınlanmasıdır. Yazarların, makalelerinin orijinal-daha önce hiç yayınlanmamış-araştırmaya dayandığından emin olma yükümlülüğü bulunmaktadır. Çalışmayı kasıtlı olarak, tekrar yayınlamak üzere göndermek veya bir çalışma değerlendiriliyorken başka bir dergiye göndermek, yayıncılık etiğinin ihlali olarak kabul edilir (Elsevier, 2019). Bununla birlikte, etik kuralları dikkate almak koşuluyla, bazı durumlarda yayın yinelemesi yapılabilmektedir. Araştırıcıların yayın yinelemedeki amaçları ve davranışları, yapılan işin etik olup olmadığını belirlemektedir. Yayın yinelemesi yapılması durumunda, bunun saydam olması zorunludur. Araştırıcıların makaleyi yayımladıkları dergi editöründen veya yayınevinden izin almaları, yayının ikinci kez yayımlanacağı dergi editörüne de bilgi vermeleri gerekmektedir. Çünkü bazı dergiler, yayımlanmış bir yazıyı tekrar yayımlamak istemeyebilirler. Ayrıca, ilk yayının yapıldığı yayınevi ile telif hakları bakımından sorun çıkabilmektedir (Boydak, 2011).

Ülkemizdeki bir dergide Türkçe yayımlanmış kıymetli bir yayın, uluslararası bilim dünyasına duyurulmak amacıyla, editörler ve/veya yayın organlarından izin alınarak ve ilk yayın belirtilerek uluslararası bir dergide yabancı dilde yayımlanabilir. Benzer şekilde, uluslararası dergilerde ve yabancı dilde yayımlanmış kıymetli bir yayının, yine editörler ve/veya yayın organlarının bilgisi içinde ve ilk yayın belirtilerek ülkemizdeki bir dergide Türkçe yayımlanması da etik kurallara uygundur. Burada amaç, özgün bulguların bilim dünyasında daha geniş kitlelere duyurulmasıdır (Boydak, 2011; Ruacan, 2005).

Herhangi bir ulusal veya uluslararası toplantıya sunulan ve toplantı organizasyonu tarafından sadece özeti basılan bildiri veya poster bildirinin tamamı, başka bir dergide yayımlanabilmektedir. Ancak, makalede bildirinin sunulduğu toplantı ve özetinin yayımlandığı belirtilmelidir. Bir yayının kapsamı, ikinci bir yayında, yeni araştırma bulgularıyla, farklılık yaratabilecek düzeyde geliştirilmişse ve/veya başka varsayımların tartışılmasına olanak veriyorsa bu ikinci yayın, yayın yinelemesi olarak kabul edilmemektedir. Esasen, yapılan yeterli katkılar sonucu niteliğinin farklılaşması nedeniyle, belirtilen ikinci yayının, ayrı bir yayın olarak kabul görmesi doğaldır. Ancak, etik açıdan ilk yayının kaynak olarak gösterilmesi zorunludur.

Yayın dünyasında yukarıda açıklanan etik kurallar çerçevesinde yapılan yayın yinelemeleri yanında, etik dışı yaklaşımlarla yayın yinelemeleri de halen devam etmektedir. Bu nedenle,

yayın organları, kendilerine yayımlanmak üzere bir makale sunulduğunda, makalenin yazarına, benzeri bir makalenin başka bir yayın organına sunulup sunulmadığı veya sunulmak için hazırlanıp hazırlanmadığı yönünde sorular yöneltmektedir (Töreci, 2010).

Yayın yinelemesi yapmış araştırıcıların, akademik yükseltme gibi, yayın nitelik ve niceliğinin ölçüt alındığı durumlarda, yinelemesi yapılmış olan yayınlarını, açık ve net olarak belirtmemeleri etik dışı bir davranıştır (Boydak, 2011; Elsevier, 2019; Ruacan, 2005). Tablo 4'te duplike yayın sorunları ve önleme stratejileri özetlenmiştir.

Tablo 4. Duplike gönderim/yayın sorunları ve önleme stratejileri *

Sorun	**Tanımı**	**Etik sorun mu?**	**Önleme stratejisi**
Eş zamanlı gönderim (Simultaneous submission)	Bir makalenin iki veya daha fazla dergiye aynı anda gönderilmesi.	Evet. Bir makale başka bir dergide inceleniyor olduğu sürece gönderime izin verilmez.	Aynı anda birden fazla yayına makale göndermekten kaçının. Gönderilen bir makale şu anda inceleme altında ise ve durumunu bilmiyorsanız veya gönderdiğiniz yayıncı makaleyi yayınlamayacağını düşünüyorsanız, başka bir dergiye başvurmadan önce yayıncıdan haber almayı bekleyin.
Duplike/yinelenen yayın (Duplicate publication)	Bir yazarın daha önce başka bir dergide yayınlanmış bir makalesini veya kendi makalesinin bir kısmını, önceki gönderimini/ gönderimlerini açıklamadan göndermesi.	Evet.	Daha önce yayınlanmış bir makaleyi başka bir dergide değerlendirilmek üzere göndermekten kaçının. Temelde aynı araştırmayı içeren makaleleri birden fazla dergiye göndermekten kaçının. Mükerrer yayın olarak kabul edilebilecek önceki gönderimler hakkında her zaman tam açıklama yapın. Kongre, sempozyum vb. toplantılarda yayınlanmış bir özet bu kapsamda değerlendirilmektedir ve bu nedenle makale gönderimi sırasında tam açıklama yapın.
Başka sözcüklerle ifade etme veya 'Metin Geri Dönüşümü' yoluyla çoğaltma (Duplication by Paraphrasing or 'Textrecycling')	Bir yazarın kendi araştırmasını iki veya daha fazla makalede farklı açılardan veya araştırmanın farklı yönleriyle ilgili olarak orijinal makaleye atıf yapmadan yazması.	Evet. Aynı araştırmadan birden fazla yayın oluşturmak manipülatif olarak kabul edilmektedir.	Bir şeyi kendi kelimelerinizle yeniden kullanıyor olsanız bile, daha önce yayınlanmış bir makaleden doğrudan alınan herhangi bir şeyi tırnak içine alın. Kaynağa doğru bir şekilde atıf yaptığınızdan emin olun.

Başka bir dilde yayınlanan bir makalenin çevirisi (Translations of a paper published in another language)	Orijinal makaleyi belirtmeden farklı dillerdeki dergilere makale göndermek.	Evet. Çevrilmiş makaleler, makalenin başka bir dilde önceki yayıncısından ve makalenin haklarına sahip olabilecek herhangi bir kişiden gerekli tüm izinlerin alınması durumunda kabul edilebilir.	Makalenizi farklı bir ülkede veya farklı bir dilde yayınlanan bir dergiye göndermek istiyorsanız yayıncıya buna izin verilip verilmediğini sorun. Gönderim sırasında, ilgili makalelerin farklı dildeki ayrıntılarını ve mevcut çevirileri açıklayın.
** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.* **Kaynak:** Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 10). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf			

3.7. Bölerek Yayınlama (Salami Slicing)

"Bölerek yayınlama"; bir araştırmayı tek bir makale olarak yayımlamak mümkün olduğu halde, daha fazla yayın elde edebilmek amacıyla makaleyi bütünlüğü ve niteliğini bozacak şekilde bölümlere ayırarak parçalar halinde yayınlamak olarak açıklanmaktadır (Emiroğlu, 2005). Bu uygulama, araştırmanın "dilimlenmesine" neden olmakta ve bu nedenle "salam dilimleme" denmektedir. İki veya daha fazla yayındaki aynı verilerin rapor edilmesini içeren duplikasyondan farklı olarak salam dilimleme, büyük bir çalışmayı iki veya daha fazla yayına bölmeyi veya bölümlere ayırmayı içermektedir. Bu bölümler bir çalışmanın "dilimleri" olarak kabul edilmektedir. Genel bir kural olarak, bölünmüş bir çalışmanın 'dilimleri' aynı hipotezleri, evren-örneklemi ve yöntemleri paylaştığı sürece, etik ihlal olarak kabul edilmektedir. Bölerek yayınlama, okuyucuları her salam diliminde sunulan verilerin (yani dergi makalesi) farklı bir konu örneğinden türetildiğine inandırarak literatürün bozulmasına neden olmaktadır. Bu sadece "bilimsel veri tabanını" çarpıtmakla kalmaz, aynı zamanda okuyucuların ve her makaleyi ayrı ayrı ele alan editörlerin ve hakemlerin zamanını boşa harcayan tekrarlar yaratmaktadır. Ayrıca, yazarın atıf kaydını haksız yere şişirmektedir (Elsevier, 2019).

Araştırmanın bütün olarak yayınlanması, değerinin artması yanında, bilim dünyasının bulgulara daha kolay ulaşmasını, bulgular arasındaki ilişkilerin daha çabuk ve net olarak kurulabilmesini sağlayacaktır. Ancak, bazı özel durumlarda bir çalışmayı bölerek yayımlamak gerekebilir. Örneğin, bir araştırmada, özgün ve etkin bulgular elde edildiğinde, bilim dünyasında öncelik alabilmek için, araştırmanın diğer bölümleri devam ederken, bulguların ilk kısmı yayın yapılabilir. Farklı disiplinleri içeren bazı kapsamlı araştırmalarda, değişik alanlara hizmet edebilecek ve bölünmesi bütünlüğü bozmayacak ayrı yayınlar yapılabilir. Bazı kapsamlı çalışmaları, bazen bir derginin kabul ettiği sayfa sınırı içinde sunabilmek de olanaklı olmayabilir ve araştırma bulgularını disiplinlere göre bölerek yayımlamak zorunluluk haline

gelebilir. Buna karşılık, sadece yayın sayısını çoğaltmak amacıyla, araştırmaların bölünerek yayımlanması etik dışıdır (Boydak, 2011; Ruacan, 2005).

Dergilerin çoğu, gönderilen makalede parçalanmış verilerin bulunup bulunmadığı ve ayrıca incelenmekte olan makalenin bir parçası olabilecek diğer makalelerin (yayınlanmış veya yayınlanmamış) olup olmadığı konusunda bilgi istemektedir (Elsevier, 2019). Tablo 5'te bölerek yayınlama sorunları ve önleme stratejileri özetlenmiştir.

Tablo 5. Bölerek yayınlama/çoklu yayın (salami slicing) sorunları ve önleme stratejileri *

Sorun	Tanımı	Etik sorun mu?	Önleme stratejisi
Tek bir çalışmadan elde edilen verileri bölmek veya bölümlere ayırmak ve yayınlanmak üzere farklı makaleler oluşturmak	Araştırmanın küçük 'dilimlerinin' birkaç farklı makalede yayınlanmasına 'salam yayını' veya 'salam dilimleme' denir.	Evet. Salam dilimleme, şüphelenmeyen okuyucuların her bir 'dilimde' sunulan verilerin farklı bir konu örneğinden elde edildiğine inanmasına yol açarak literatürün çarpıtılmasına neden olabilir.	Tek bir çalışmadaki verileri uygunsuz şekilde iki veya daha fazla makaleye bölmekten kaçının. Bildiri gönderirken şeffaf olun. İncelenen yazıyla yakından ilgili olan yazıların (yayınlanmış, yakın zamanda gönderilmiş veya halihazırda kabul edilmiş) kopyalarını gönderin.

** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.*
Kaynak: Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 17). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf,

3.8. Taraflı Yayın, Çıkar Çatışması (Conflict of Interest)

"Taraflı yayın, çıkar çatışması" araştırmanın yürütülmesinde destek alınan kesimlerin isteği yönünde çalışmaya yön verme ya da araştırmacı ile destekleyen/ler arasındaki çıkar birliği nedeniyle çalışmanın taraflı olarak yapılması, sunulması ya da bu şüpheyi oluşturması olarak tanımlanmaktadır (Emiroğlu, 2005). Şeffaflık ve nesnellik, bilimsel araştırmalarda ve değerlendirme süreçlerinde esastır. Bir araştırmacı, yazar, editör veya hakem, tarafsızlığını veya eylemlerini uygunsuz bir şekilde etkileyebilecek mali/kişisel bir çıkara veya inanca sahip olduğunda, potansiyel bir çıkar çatışması söz konusudur. En belirgin çıkar ilişkileri finansal konulardadır ve aşağıda yer almaktadır (Elsevier, 2019):

- ***Doğrudan:*** istihdam, hisse sahipliği, hibeler, patentler.
- ***Dolaylı:*** ücret, sponsor kuruluşlara danışmanlık, karşılıklı fon sahipliği, ücretli uzman tanıklığı.

Bildirilmeyen finansal çıkarlar, derginin, yazarların ve bilimin kendisinin güvenilirliğini ciddi şekilde tehlikeye atmaktadır. Örneğin, araştırmayı yaptıran ilaç şirketinde bir yazarın

hisse sahibi olması yayın organı ve diğer yazarlar için ciddi bir sorundur. Kişisel ilişkiler, akademik rekabet ve entelektüel hırs çatışan çıkarlara yol açabilmektedir. Aşağıda bu duruma örnekler verilmiştir (Elsevier, 2019):

- Araştırmacının ürününün değerlendirildiği şirkette çalışan bir akrabasının olması,
- Araştırma sonuçlarından yazarın kendine yarar sağlaması (örneğin, sonuçlara dayalı potansiyel terfi/kariyer gelişimi),
- Araştırdığı konuyla doğrudan çelişen kişisel inançların bulunması.

Günümüzde bazı bilimsel araştırmalar için çok büyük finansal destekler gerekmektedir. Bu tarz araştırmaların, ticari firmalar tarafından destek aldığı görülebilmektedir. Dolayısıyla, bu araştırmaların tarafsız bir şekilde yürütüldüğü ve araştırmacı ile destekleyen firma arasında hergangi bir çıkar sağlama durumu olup olmadığının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bilimsel saygınlığı olan dergiler, araştırmacılardan taraflar arasında herhangi bir çıkar ilişkisi olmadığına dair yazılı belge talep etmektedir. Ülkemizde ise, bu konu üzerinde çok durulmamakla birlikte, araştırmaların bu şekilde desteklenmesi olağan kabul edilebilmektedir (Ruacan, 2005).

Çıkar çatışmaları potansiyel veya mevcut olabilmektedir. Kişinin kuruluşla ilişkisinde, önyargısız bir şekilde araştırma veya makale yürütme becerisini etkileme durumu ve böyle bir ilişki ortaya çıktığında okuyucuda oluşturacağı duygu dikkate alınmalıdır. Bu nedenle çıkar çatışması oluşturabilecek ilişkiler hakkındaki bilgi, kurumun etik grubuna ve makalenin sunulduğu dergi editörüne bildirilmelidir. Aslında çıkar çatışmasına sahip olmak kendi başına bir etik sorun değildir ve bazı durumlarda kaçınılmaz olabilmektedir. Ancak bu konudaki tam şeffaflık etik sorunların gelişimini önleyebilecektir (Elsevier, 2019). Tablo 6'da çıkar çatışması konusu özetlenmiştir.

Tablo 6. Çıkar çatışmasına yönelik stratejiler *

Sorun	**Tanımı**	**Etik sorun mu?**	**Önleme stratejisi**
Yarışan/çakışan çıkarlar çıkarlara yol açabilecek açıklanmayan bir ilişki	Bir kişinin tarafsızlığını etkileyebilecek veya eylemlerini uygunsuz bir şekilde etkileyebilecek bir kişi veya kuruluşla olan ilişkiyi açıklamayı ihmal etmek.	Evet. Bazı ilişkilerin mutlaka bir çatışma yaratması gerekmez. Hakem değerlendirmesi ve yayın sürecine katılanlar, potansiyel yarışan/çakışan çıkarlar olarak görülebilecek ilişkileri açıklamalıdır.	Bir makaleyi sunarken, potansiyel yarışan/çakışan çıkarların var olup olmadığını açıkça belirtin. Tek-kör dergiler için yazının içinde veya çift-kör dergiler için başlık sayfasında tüm çıkar çatışmalarını belirtin. Araştırmacılar, çalışma katılımcılarına potansiyel yarışan/çakışan çıkarları açıklamalı ve yazıda bunu yapıp yapmadıklarını belirtmelidir. Hakemler makaleyle ilgili görüşlerini etkileyebilecek yarışan/çakışan çıkarları açıklamalıdır.

Yarışan/ çakışan çıkar oluşturabilecek açıklanmayan bir finansman kaynağı	Varsa, çalışma sponsorunun/ sponsorlarının çalışma tasarımında, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında; raporun yazımında ve makalenin yayına sunulması kararındaki rolünü açıklamayı ihmal etmek.	Evet. Açıklanmayan mali çatışmalar derginin, yazarların ve bilimin güvenilirliğini ciddi şekilde zayıflatabilir.	Bildiri gönderirken, metnin ayrı bir bölümünde ('Finansman kaynağının rolü' başlıklı) bir beyan yapılmalı ve Kaynaklar (References)'ın önüne yerleştirilmelidir. Varsa, çalışma sponsorunun/ sponsorlarının çalışma tasarımında, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında; raporun yazımında ve makalenin yayına sunulması kararındaki rolü belirtilmelidir. Editörler, özel veya mali çıkarı olan kişi/ kurum/lar tarafından finanse edilen çalışmanın yazarlarından 'bu çalışmadaki tüm verilere tam erişimim vardır ve verilerin bütünlüğü ve veri analizinin doğruluğu konusunda tüm sorumluluğu üstleniyorum' şeklinde bir beyan imzalamalarını talep edebilir.
** Şüpheye düştüğünüzde daima profesörünüze, danışmanınıza veya sizi doğru hareket etmeye yönlendirebilecek yetkili pozisyondaki birine danışın.* **Kaynak:** Elsevier (2019). Ethics in Research & Publication (pp. 6). Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/ pdf_file/0012/856659/Ethics-in-Research-and-Publication-March-2019.pdf,			

3.9. Kaynakların Taraflı Seçilmesi

Bilimsel araştırma yürüten bir yazar, belirli kurallar çerçevesinde, literatürde bulunan daha önceki yayınlardan kendi makalesine alıntılar yapabilir. "Kaynak göstermek", "gönderme yapmak", "atıf yapmak" aynı anlamı taşıyan sözcüklerdir (Boydak, 2011). Kaynak göstermek, bilimde kurulan bir köprü olarak nitelendirilmektedir. Bu sayede güncel literatür ve geçmiş literatür arasında bağlantı kurulmaktadır. Böylece yeni araştırmaların önü açılmaktadır. Ayrıca, kaynak gösterme, yazarın sorumluluğu olduğu gibi, eseri kaynak gösterilen yazar için ise bir ödüldür. Akademisyen ve araştırmacılar, bilimsel araştırmaları ile özgün bulgulara ulaşmayı amaç edinmelidir. Bilimsel araştırma yürüten tüm araştırmacılar, kendilerini aşmayı hedeflemelidirler. Başka araştırmacıların eserlerini etik olmayan yollarla sahiplenmeye çalışmak yerine, yazar, alıntı yoluyla o eserdeki sonuçlar ile kendi bulgu ve fikirlerini irdelemeli, özgün görüşler ve sonuçlar elde etmelidir. Araştırmada kaynak göstermenin bazı önemli işlevleri bulunmaktadır. Bir yayında bulunan alıntılar, araştırma konusundaki daha önceki litaratür hakkında bildi verdiği ve yansıttığı gibi, bu yayınlara değer verme ve saygı duyma anlamını da taşımaktadır (TÜBA, 2002). Bu sebeple, yapılacak yayınlarda kaynak kullanımında tarafsız olunmalı, araştırma konusu ile ilişkili doğru ve güvenilir kaynaklar seçilmelidir. Araştırmacı ile kaynağın yazarı arasındaki çıkar çatışması kaynağın kullanımı konusunda belirleyici bir faktör olmamalıdır (Boydak, 2011).

Kaynak göstermede yanlışlık yapmamak için, ilgili konuda bilgili olmak ve yayınları tanımak, alıntı yapılacak kaynağı, alıntıyı yanlış almayacak derinlikte incelemek ve algılamak

gerekmektedir. Alıntısı yapılan bilgi, yeni makalede anlaşılır ve net olarak açıklanmalıdır. Alıntı yapılan fikri, farklı anlaşılabilecek bir biçimde sunmak da etik dışı bir davranış olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, alıntı yapılan makalenin kaynakça kısmında açıklanırken; yazar adının verilip kaynağın net açıklanmaması, eksik olarak belirtilmesi ya da yanlış bir künye ile kaynağa ulaşılamamasını sağlamak da etik dışı bir davranıştır (Töreci, 2010).

Başka yayınlarda bulunan (elektronik ortamda olanlar da dahil) tablo, resim ve şekilleri, kendi yayınında kullanmak isteyen yazar, yayınevi ya da yazarlardan izin almalıdır. Alıntı yapacağı tablo, resim ve şekilleri, başlık ve alt başlıklarını ekledikten sonra, alıntı yapılan kaynağı eklemeli ve izin alınarak yayımlandığını belirtmelidir. Tablo, resim ve şekillerin kaynak gösterilerek alıntılanması etik olarak yeterli kabul edilmektedir. Fakat izin alınmadıysa, yazar telif hakları açısından sorumluluk altına girmektedir (Ruacan, 2005).

Başka kaynaklardan olduğu gibi kopyalanan alıntılar, makalede kullanılırken, metin içinde farklı punto ile gösterilmeli ya da tırnak içerisinde belirtilmelidir. (Töreci, 2010). Bireysel görüşmelerden elde edilen fikirler ve basılmamış bilgiler, ancak fikir sahibinin izni ile metin içerisinde belirtilebilmektedir. Kaynaklar bölümünde de görüşme yapılan kişinin adıyla birlikte "kişisel görüşme" (personal communication) olarak belirtilmelidir. Ancak bazı dergiler, kaynaklar bölümünde kişisel görüşmelerin yer almasına izin vermemektedir. Bu durumda ise, görüşme yapılan kişiye teşekkür bölümünde teşekkür edilmelidir. Yazarın sürekli kendi kaynaklarına atıf yapması, konu ile ilgili diğer kaynaklara atıf yapmaması ve yeterli sayıda kaynağa atıf yapmaması da etik dışı davranışlar arasında yer almakatadır. Bu durumun nedenleri arasında; ilgili diğer kaynakları okumama, yabancı dilin yetersiz oluşu, aynı alanda çalışan diğer bilim insanları ile bilinçaltı mücadele ve rekabet etmenin yer aldığı belirtilmektedir (Boydak, 2011).

Derleme şeklindeki makalelerin, yalnızca literatürden yapılan alıntıları içermesi, herhangi bir analiz ve yorum içermemesi önemli bir eksikliktir. Tüm alıntılar etik kurallara uygun olarak yapılmış olsa bile, makale literatürün tekrarı niteliğindeyse ve özgünlük kazanamadıysa, bu yayın bilimin gelişimine ve fikir dünyasına katkı sunamayacağı gibi yazarın da saygınlığı azaltmaktadır. Bu tarz yayınlar, özellikle yeterli donanıma sahip olmayan yazarların aceleciliği, yayın sayılarını artırma isteği ve öne çıkma eğilimi sonucu meydana gelmektedir. Geçmişte yabancı ülkelerde basılmış yabancı dillerdeki kitaplar ve makalelerin, ülkemizde bazı araştırmacılar tarafından çevirisi yapılmış ve kendi eserleri olarak yayımlanmıştır. Bu durum aşırma niteliğinde etik dışı bir davranış olup, günümüzde azalmış olmasına rağmen halen devam ettiği görülebilmektedir (Boydak, 2011).

Hemşirelik alanında yapılan bilimsel makalelerin kaynak gösteriminde hataların olduğu görülmektedir. Bilimsel yayın yapan yazarların, okuyucuya kendi makalesini sunarken, makalesini oluşturma aşamasında yararlandığı kaynakları da doğru bir gösterimle okuyucunun ulaşabileceği şekilde sunma sorumluluğu bulunmaktadır. Kaynak gösteriminde yapılan hatalar arasında; kaynak gösteriminde yazım hataları, çok ya da az kaynağa yer verme ve makale için uygun olmayan kaynakların kullanımı gösterilebilmektedir. Bu tarz hataların, okuyucuyu yanılttığı gibi bilimsel yayının kalitesini de doğrudan etkilediği bilinmektedir (Emiroğlu, 2005).

Bilimsel yayınlarda kaynak gösterme, tablo ve şekil oluşturma rehberleri (örneğin, Amerikan Psikoloji Birliği (APA) 6 kuralları, Vancouver referans stili) araştırmacıların kaynakları doğru bir şekilde kullanmasına katkı sağlamaktadır (Şencan, 2015).

3.10. İnsan-Hayvan Etiğine Saygısızlık

İnsan etiğine saygısızlık

Bir araştırmanın etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesi temelde, insan haklarına saygı gösterilmesi ile olasıdır. Araştırmalarda, araştırmacıların insan deneklere ait insan haklarını bilmeleri korumaları etik sorumluluklarıdır. Bu haklar bilgilendirilmiş olur, özgür istek hakkı (özel koruma gerektiren risk grupları), gizlilik ve gizliliğin korunması hakkı, özerkliğe saygı, kimliksizlik (anonimlik) ve güvenlik, doğru davranılma, zarar vermeme/yarar sağlama, araştırma projesine zarar verse bile deneğin hiçbir korku ve baskı duymaksızın araştırmaya katılmaktan vazgeçme hakkı ve araştırmaya katılma yanı sıra hizmet alma hakkıdır.

Hayvan etiğine saygısızlık

Hemşireler tarafından araştırma ve eğitim amaçlı hayvan kullanımı ülkemizde oldukça sınırlıdır. Ülkemizde henüz deney hayvanlarının kullanımı ile ilgili yasal bir düzenleme olmamasına karşın, 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ile araştırma yapılacak her kurumda yerel etik kurulların kurulması zorunlu tutulmuştur. Bu çerçevede, üniversiteler bünyesinde öncelikle insanlar üzerinde yapılacak araştırma faaliyetleri ile ilgili olarak yerel etik kurulları oluşturulmuştur. Bunun ardından özellikle tıp, biyoloji, veterinerlik ve eczacılık alanlarında eğitim ya da araştırma amacıyla deney hayvanlarının kullanıldığı üniversitelerde ise bazen bağımsız bir yerel kurul olarak çalışan, bazen de yerel etik kurula bağlı bir alt kurul olan hayvan etik kurulları kurulmuştur. Bu kurullar, kendi kurumları için deney hayvanlarının üretilmesi, barındırılması ve eğitim ya da araştırma amaçlı olarak kullanılması sürecinde uyulması gereken minimum etik ilkeleri belirlemekte, hayvanlar üzerinde yapılacak olan her türlü araştırma ve eğitsel faaliyeti etik ilkeler açısından inceleyerek çalışmanın yapılabilmesine izin vermekte ve çalışma

sürecini denetlemektedir. Ayrıca aynı kurullar, kurumlarından deney hayvanı talep edilmesi durumunda kurum dışından gelen talepleri de benzer bir incelemeden geçirmektedirler.

Genel olarak bakıldığında, üniversiteler bünyesinde kurulan hayvan araştırmaları etik kurullarının "Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi" (UNESCO, 1978), "Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılan Vertebralı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu" (Avrupa Konseyi, 1986) ve "Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Kullanılması El Kitabı"nda (National Research Council, 1996) tanımlanan kural ve ilkeleri esas aldıkları görülmektedir (Şenyüz 2007).

Günümüzde, dergiler tarafından yayın yapılacak bütün bilimsel araştırmalar için etik kurul onay belgesi istenmektedir. Etik kurul onay belgesi olmayan insan ve hayvan denekler üzerinde yapılmış araştırmaların yayınlanma ihtimali kalmamıştır. Etik kurullar, insan ve hayvan denekler üzerinde yürütülecek olan bilimsel araştırmaların çalışma protokolünü ve araştırmada kullanılacak yazılı belgeleri incelemekte, inceleme sonucu insan ve hayvan deneklerin yararı doğrultusunda araştırmaya onay ya da red vermektedir. Etik kurullar, onayladıkları bilimsel araştırmaların gidişatını takip etmekte ve araştırma tamamlandığında araştırmacılardan sonuç raporunu talep etmektedir (Ruacan, 2005).

Son zamanlarda tartışma konusu olan başka bir konu ise, sağlık kuruluşunda saklanan hasta bireye ait doku, serum vb. biyolojik materyal ile hasta dosyası, hasta bireye ait raporlar vb. yazılı materyalin retrospektif çlışmalarda kullanılmasıyla ilgilidir. Bu tarz araştırmalarda kullanılacak tüm veriler, etik kurallar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Retrospektif araştırma yapılacağı zaman; veri kaynağı hasta dosyası ise, kurumun veri sorumlusu (yoksa başhekimliğinden) izin alınmalı ve arşive katkıda bulunan sağlık çalışanı sorumlu araştırmacı tarafından bilgilendirilmelidir. Eğer veri kaynağı biyolojik bir materyal ise, bu noktada Helsinki Bildirgesi'nin 23. Maddesi devreye girmektedir. Bu maddeye göre; "Biyo-bankalarda veya benzeri depolama yerlerinde bulundurulan materyal veya verilerin yeniden kullanımı için gönüllüden onay alınmalıdır, bu onayın elde edilmesinin olanaksız olduğu durumlarda ise etik kurul kararı yeterlidir" denilmektedir. Yani biyolojik materyal kullanılacağı zaman, materyalin ait olduğu gönüllüye herhangi bir nedenle ulaşılamıyorsa, etik kurul toplum yararını gözeterek çalışmaya izin verebilmektedir (Uluoğlu, 2015).

3.11. Destek Veren Kurum-Kuruluşları Belirtmeme (Mali Desteğe İlişkin Etik Sorunlar)

Bilimsel araştırmaların mali olarak desteklenmesinde etik açıdan en önemli konu, destekleyen kuruluş ile araştırmacı arasında herhangi bir çıkar ilişkisinin bulunmamasıdır. Destekle-

yen kuruluş, kendi çıkarları doğrultusunda herhangi bir beklenti içerisinde olmamalıdır. Mali destek alan araştırmacılar, araştırma sürecinin her aşamasında sorumluluk sahibi ve dürüst olmalıdır. Destekleyen kuruluş ise, araştırmacıların yetkinliği hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ülkemizde TÜBİTAK, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), üniversitelerin Bilimsel Araştırma Projeleri Birimleri, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının destek sağlayan birimleri, vakıflar, özel kuruluşlar mali desteklerini en iyi proje önerilerine ve yetkin proje gruplarına objektif olarak dağıtmalıdır. Kurum ve kuruluşların mali destek olanaklarını ve başvuru koşullarını duyurmaları, sunulacak projelerin niteliğini olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca, proje başvurularında fırsat eşitliği sağlanmış olmaktadır (TÜBA, 2002).

Bunlara ek olarak, öncelik ve ivedilik taşıyan konuları içeren kapsamlı güdümlü projelerin, konularında birikimli araştırıcı gruplara verilmesi, bilimsel ve teknolojik gelişmelere önemli katkılar yapabilecek bir yoldur. Projelerin bilimsel değeri, daha önce açıklandığı gibi, araştırmalar sonucunda varsayım geliştirilebilmesi, patent alınabilmesi, yazılan makalelerin saygın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanabilmesi, yeni bir teknik tasarımın veya estetik yapıtın ortaya çıkabilmesi veya uygulamaya katkı yapabilmesiyle oluşmaktadır. Mali destek sağlayan birimler, bu bilimsel değerlerin gerçekleşmesini amaçlamalıdır. Çıkar ilişkilerine dönük bir beklentileri olmamalıdır (Boydak, 2011).

Öte yandan destek veren kurum/kuruluşun belirtilmemesi çıkar çatışması sorunlarının yanı sıra destek veren tarafından da doğru bulunmamakta ve bir etik sorun haline gelmektedir (Akkaya ve Yıldırım, 2017). Aslında yazar/ların çıkar çatışması olamayan bir desteği belirtmesi, araştırmanın gücünün bir göstergesidir ve bu durum yayın şansını artırmaktadır.

3.12. Bilimsel Yayınlarda Teşekkür

Bilimsel araştırmaların sonunda; araştırmanın yürütülmesi ve makalenin hazırlanması sürecinde teknik ve sekreterlik açısından destek veren kişilere, görüşlerine başvurulan bilim insanlarına ve araştırmanın bir bölümüne ya da tümüne mali destek veren kuruluşlara teşekkür edilmelidir (TÜBA, 2002). Bunun yanı sıra, araştırmaya arazi çalışmaları sırasında destek olan meslektaşlara ya da kuruma da teşekkür edilmelidir (Boydak, 2011).

Teşekkür bölümü ile de ilgili etik dışı davranışlar bulunmaktadır. Bunlardan bazılarına; okuyucunun araştırmaya olan güvenini pekiştirmek amacıyla saygın kişilerin isimlerine gereksiz olduğu halde yer vermek, çok uzun ve tekrarlar içeren teşekkür listeleri oluşturmak örnek olarak verilebilir. Teşekkür bölümünde ismi geçecek her kişiden, öncesinde yazılı izin alınmalıdır (Bülbül, 2004).

4. Bilimde Etik Dışı Davranışların Nedenleri ve Çözüm Önerileri

Araştırmacıların etik dışı davranışlara başvurmalarının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Araştırmacı iyi niyetli olmakla birlikte, yanlış yayınlar ortaya çıkarabileceği gibi, tamamıyla kötü niyetli olarak kişisel ve kurumsal çıkarlara yönelik etik dışı davranışlarda bulunan araştırmacılar da bulunmaktadır (Ruacan, 2005).

Bilimsel araştırma sürecinde, etik dışı davranışların nedenleri şu şekilde açıklanabilmektedir (Bülbül, 2004; TÜBA, 2002):

- Akademik hayatın başlangıcında bilimsel araştırma etiği eğitimi ve disiplininin araştırmacıya kazandırılmaması,
- Akademik hayata ait yükselme ve kabul görme düşüncesiyle sahip olunan hırsın aşırılığı,
- Yayın sayısı ile akademik saygınlığın doğru orantılı olduğu düşüncesi,
- Mali destek alan araştırmacıların bu destekle hızla yayın üretmeye zorlanmaları.

Bu genel nedenlere ek olarak Türkiye'deki koşullar düşünüldüğünde, akademik yükseltilme kriterlerinin yayın sayısına bağlı olması da bu nedenler arasında gösterilebilmektedir. Doçentlik başvuruları sırasında ve akademik kadrolara atanma sürecinde indeksli ve hakemli dergilerde belirli sayılarda yayın yapma şartı; bilimsel yayınlarda artış olmasına sebep olsa da, yayın kriterlerini karşılama kaygısı ile çok sayıda dergi yayın hayatına başlamış olup olmadıkları dergide yayınlanan makalelerin etik kurallara tümüye uyup uymadığı denetlenememiştir. Bu yetersiz denetim ise, intihal gibi etik dışı davranışların artma riskine sebep olmuştur (Bülbül, 2004).

Bilim üreten yani bilimsel ürünler ortaya koyan bilim insanlarının, mesleki sorumluluklarının bilincinde olması ve bu bilincin bilimsel ürünlerine de yansıması gerekmektedir. Bilim insanının en önemli sorumluluklarından biri ise, araştırma sürecinin tüm aşamalarında etik ilkelerden ödün vermeden ilerlemesi ve yayınlarında gerekli olan dürüstlükten taviz vermemesidir. Bu noktada araştırmacı, bir araştırma problemini ele aldığında objektif bir şekilde araştırmanın yapılabilirlik düzeyini ve bunun için kendindeki donanımın yeterli olup olmadığını dürüstçe değerlendirdikten sonra araştırma sürecine başlaması beklenmektedir. Ülkemizde, hemşirelik alanındaki araştırma makalelerinin yöntem bölümlerinin incelendiği bir çalışmada, makalelerin yöntem bölümünün bazı hatalar içerdiği saptanmıştır (Emiroğlu, 2005).

Aşağıda bir araştırmanın etik özellikler içerip içermediğini değerlendirmek üzere hazırlamış bir kontrol listesi bulunmaktadır:

- Araştırma sonuçlarında: Yan tutma, hile var mı? Kurum izni alınmış mı? Deneklere oluşabilecek tüm riskler, zararlar ve yararlar açıklanmış mı?
- Hasta haklarını koruyan bildirgeler göz önüne alınmış mı? (Nürenberg Kodu, Helsinki bildirgesi, Belmont Raporu, Hasta Hakları bildirgesi, Ulusal ve Uluslararası Hemşireler Birliği Kodları)
- Araştırmada hemşirenin rolü ve sorumlulukları açık olarak belirtilmiş mi?
- Araştırmaya katkıda bulunanlara ve diğer çalışanlara teşekkür edilmiş mi?
- Araştırma asistanlarından yararlanılmış ise belirtilmiş mi?
- Parasal destek veren kurum ve kuruluşlar belirtilmiş ve teşekkür edilmiş mi?
- Araştırma adımları ve işlemlerde; Bilgilendirilmiş ve Gönüllü Olur alınmış mı? İnsan denekleri zararlardan korunmuş ve özerkliğinin zedelenmesinden sakınılmış mı? Veriler açısından kimliksizliğe ve gizliliğe dikkat edilmiş mi? Araştırma tasarımı yeterli mi?
- Araştırmacı nitelikli mi?
- Zarar/yarar oranı değerlendirilmiş mi?
- Hemşirelik disiplini açısından araştırma sonuçlarının kullanımı yararlı mı? (Uluç, 2012)

4.1. Bilimsel Araştırmalarda Etik Dışı Davranışların Önlenmesi

Günümüzde bilim etiği sorunlarının daha yaygın bir hal almasına karşın akademik camia ve toplumda bu konuya yönelik duyarlılık artmaktadır. Etik dışı davranışlar azaltılmak isteniyorsa, öncelikle temelde bireyin ilköğretim düzeyinden itibaren dürüst olduğunda dezavantajlı olduğunu hissetmemesi sağlanmalıdır. Ayrıca, başarılı ve yaratıcı bir bilim insanı olmanın bilimsel dürüstlüğe dayandığı anlayışı, bireylere öğrencilik yıllarından itibaren aşılanırsa etik dışı davranışlarda da azalma görüleceği öngörülmektedir. Öğrencileri, eleştirel düşünmeye teşvik eden ödev ve projelerle, bilinçli ya da bilinçsiz olarak sergilenen bilimsel ahlak bütünlüğünü etkileyecek etik dışı davranışlardan kaçınma bilinci kazandırılacaktır. Bunun yanı sıra; bireyler, kaynak gösterme ve alıntı yapma konularında eğitilmeli ve intihal sonucu meydana gelebilecek yaptırımlar konusunda bilgilendirilmelidir. Bu yaptırımlar bireyin içersinde bulunduğu konuma göre değişmekle birlikte; disiplin cezası, okuldan atılma ve akademik unvanın

elinden alınmasına kadar uzanabilmektedir (Uluç, 2012).

Bilim dünyasında karşılaşılan etik dışı davranışları önlemenin en temel yolu, bu davranışların nedenini doğru bir şekilde tespit ederek buna yönelik önlemler almaktır. Bu önlemler arasında; (1) araştırmacıların eğitimi, (2) araştırmacılar üzerindeki baskıları azaltmaya yönelik girişimler, (3) araştırmacılar üzerindeki maddi kaygıların giderilmesi yer almaktadır (Bülbül, 2004).

Öncellikle araştırmacının niteliğinden kaynaklanan etik sorunları çözümlemek için bilim insanlarının belirli evrensel kuralları uygulama zorunluluğu olmalıdır. Bu evrensel kuralların bazıları dürüstlük (honesty), güvenirlik (reliability), nesnellik, tarafsızlık (impartiality), bağımsızlık (independency), açıklık (openness), hakkaniyet, saygı ve sakınma, sorumluluktur. Öte yandan bilimsel araştırmada yaşanan etik sorunları çözümlemede;

- Eğitim sisteminde özellikle üniversitelerde olmak üzere bilimsel araştırma yöntemleri, bilim etiği ve bilim tarihi gibi konuların düzeye uygun olarak eğitim müfredatında yer alması
- Araştırma ve yayın etiğine ilişkin ilkeler, kurallar ve yaptırımlar konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılması
- Araştırma etiğine uyma konusunda örnek olan araştırmacıların tanıtılması ve ödüllendirilmesi
- Bilimsel araştırma etiği konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gibi stratejilerin yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Dünyada etik ihlalleri önlemek amacıyla ülkeler çeşitli önlemler almaya başlamıştır. Çin'de 2007 yılında kurulan "Bilim ve Ahlak Komitesi" de bu amaçla kurulmuştur. Pakistan'da intihal yapan akademisyenlere yeterli ceza ve yaptırımları uygulamayan yükseköğretim kurumlarına sağlanan maddi destek kesilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise üniversiteye başlayacak her öğrenciye içerisinde intihalin de yer aldığı bir dizi etik kuralı içeren davranış sözleşmesi (code of conduct) imzalatılmaktadır. Yine ABD'de etik dışı davranışların önlenmesi amacıyla Virginia Üniversitesi'nde birimin başındaki fizik profesörü Louis Bloomfield tarafından bilgisayar ortamında intihalin hangi kaynaktan nasıl alıntılandığını ve kopyalanan metni tespit edebilen bir program (WCopyFind) geliştirmiştir (Ruacan, 2005).

Ülkemizde ise, TÜBİTAK etik ihlallerin tespiti önlenmesi amacıyla birtakım çalışmalar yürütmektedir. TÜBİTAK bünyesinde kurulan "Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu" ve 2006 yılında TÜBA tarafından kurulan "Bilim Etiği Kurulu" bu görevi üstlenmektedir. TÜBA Bilim Etiği Kurulu, 1 Aralık 2001 tarihli toplantısında bu konuya yönelik 6 temel ilkeyi benimsemiş

ve kamuoyu ile paylaşmıştır. Bu ilkeler; elde edilen araştırma verilerinin gerçeğe uygunluğu, yürütülen bilimsel araştırmanın insanlara ve çevreye zarar vermemesi gerektiği, araşırmacıların topluma kaşı üstlendikleri sorumlulukları, araştırma sürecine destek olan bireyleri isimlerine araştırmada yer verilmesi, metinde kaynak gösterimi alıntı yapma kurallarına uyulması, etik kurallara uyulması olarak sıralanabilir (TÜBA, 2002).

Bilimsel yanıltmaların bazı bilim alanlarında %40'lara varan oranlarda olduğu yapılan anketler sonucunda saptanmıştır. Ancak bu konuda yanıltmanın bir şekilde kanıtlanarak suçluya yaptırımda bulunulduğu durumlar çok azdır. Bu noktada dergi editörleri, büyük sorumluluklar üstlenmektedir. Dergi editörleri, yayın için kendisine gelen çalışmayı dikkatlı bir şekilde incelemeli, alanında uzman hakemlere danışmalı, yazarın önceki yayın ve faaliyetlerini gözden geçirmeli, araştırmanın belirtilen süre ve örneklem ile mevcut olanaklarla yapılması olasılığını ve araştırmacıların uzmanlık ve eğitim düzeylerini incelemelidir. Literatüre tamamıyla uygun ya da tamamıyla ters düşen araştırma sonuçları dikkat çekicidir. Araştırma istatistiklerinin, uzman istatistikçiler tarafından yapılması ya da denetlenmesi önemlidir. Son zamanlarda birçok dergi, yayınların istatistiki yönden incelenmesi için bu konuda yetkin editörlere başvurmaktadır (Ruacan, 2005).

Bilimsel yanıltmaların tespiti ve paylaşılması konusunda okuyucuların da önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Okuyucu, şüpheye düştüğü yayını daha detaylı incelemeli ve şüphesinde haklı çıktığını düşünüyorsa editöre bir mektup yazmalıdır. Bilimin yanıltılmasının, tüm insanlığı yanıltma potansiyeli unutulmamalıdır (Ruacan, 2005).

4.2. Araştırma ve Yayın Sürecinde Etik İhlal Yapanlara Yaptırımlar

Etik dışı bir davranış segilendiği zaman, bundan ilk önce bilim dünyası haberdar olmaktadır. Bu tarz durumlarda, bu davranışı sergileyen kişi ya da kuruma duyulan güven ve saygınlık azalmaktadır. Hatta bazen yalnızca bilim dünyasıyla sınırlı kalmayıp, yaşanılan duruma göre toplum da bu etik dışı davranıştan haberdar olabilmektedir (TÜBA, 2002). Elbette akademik hayatta, etik dışı davranışlar tepkisiz kalmamaktadır. Fakat yeterli yaptırımlar uygulanmazsa, bu tarz davranışlarda bulunabilecek kişiler bu durumdan cesaret almaktadırlar. TÜBİTAK (2001) bu konudaki yaptırımları şu şekilde açıklamıştır:

- Etik dışı davranışta bulunduğu tespit edilen ve bu durum Bilim Kurulu'nca onaylanan araştırmacıların projeleri iptal edilir. Bu karar başkanlık yoluyla, proje yürütücüsü ve araştırmacıların bağlı oldukları ilgili kurum ve kuruluşlar ile derneklere bildirilir.
- İptal edilen projede yer alan proje yürütücüsü ve araştırmacılardan etik dışı davranışta bulunduğu kesinleşenler, kararın alındığı tarihten itibaren 5 yıl süresince kurum ile

ilgili herhangi bir görev üstlenemezler, destek alamazlar ve var olan görevleri iptal edilir. Kuruma ait dergi ve kitaplarda makale yayınlayamaz, kurumun destek verdiği toplantılarda sunum yapamazlar.

- Etik ihlali tespit edilen makale dergiden geri çekilir ve bu durum, dergide gerekçesi ile birlikte açıklanır.
- Etik ihlalde bulunduğu tespit edilen yazarların, kurum destekli dergi ve kitaplardaki yayınları gerek duyulması durumunda geçmişe yönelik olarak incelenebilir.

Etik ihlal, bir akademik kurumda meydana geldiyse kurum yetkilileri tarafından uygulanması gereken yaptırımlar ise şu şekilde sıralanmıştır: Suçu kesinleşen öğretim elemanından;

- Yazılı olarak istifasının istenmesi,
- Kurum ile ilişiğinin kesilmesi,
- Projesini başka bir yere veya başka bir proje içine naklinin önüne geçilmesi,
- Devlet, özel veya diğer kuruluşlardan destekli araştırmalardan en az 3 yıl uzaklaştırılması ve yeni maddi destek verilmemesi,
- İlişiği olan kurum ya da üniversitelerde eğitime katılmaması,
- Maddi destek aldıysa geri ödemesinin istenmesi,
- İdari görevi bulunuyorsa iptali ve herhangi bir idari görev verilmemesi,
- Kendi alanında üyesi olduğu ve katılımda bulunduğu dernek, toplantı ve gruplarla etik ihlalde bulunduğunun paylaşılması (Bülbül, 2004).

Hukuki yaklaşım

Bir davranışa etik dışı denilebilmesi için, kasıtlı olarak ya da ağır ihmal sonucu ortaya çıkmış olması gerekmektedir. Araştırma sürecindeki etik dışı davranışlarda ise, yayın etiği ihlalinin ne düzeyde olduğu, bunun kasıtlı olarak mı ya da ihmal sonucunda mı meydana geldiği incelenerek hukuki ve idari yaptırımlarda bulunulabilmektedir. Eğer ki davranış kasıtlı olarak meydana gelmediyse, bu durum suç unsurunu ortadan kaldırmasa da, cezai yaptırımın düzeyini belirlemektedir. Ülkemizde "aşırma" vb. birçok etik ihlale karşın yaptırımlarda yol gösteren kanun "Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu (FSEK)"dur. Bu kanuna göre, kaynak gösterilmeksizin bir bilginin usulüne uygun olmayan şekilde alınıp kullanılması, "haksız fiil" içermektedir. Bu durumda hak sahibi tazminat davası açabilirken, Cumhuriyet savcısının hak sahibinin kaynağından aşırma yapıldığı kanaatine varması durumunda, savcı aşırma yapan

kişi hakkında ceza davası da açabilmektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Adalet Komisyonu tarafından 2011 yılında meclise sunulan ve benimsenen yasa tasarındaki fikir ve sanat eserleriyle ilgili yeniliklere göre; bir başkasına ait ürünü, kendi ürünüymüş gibi gösteren kişilere 6 aydan 2 yılı kadar hapis cezası verileceği belirtilmiştir. Bu ürünü dağıtan ya da herhangi bir yerde yayınlayanlara ise 5 yıla kadar hapis cezası verilebilmektedir (Temel Ceza Kanunu, 12 Ekim 2004). Ülkemizde ise, bir başkasının bilimsel yayınını akademik olarak aşıran, yani usulüne uygun şekilde kaynak belirtmeden yayının bir bölümünü ya da tümünü kendi ürünü gibi gösteren kişilere "Öğretim Üyeleri Disiplin Yönetmeliği''nin 11/a-3 maddesi" kapsamında yükseköğretim kurumundan uzaklaştırma cezası verilebilmekle birlikte, intihale başvurarak doçent ya da profesör olduğu tespit edilen kişilerin unvanları geri alınabilmektedir (Atsü, 2011).

5. Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelik mesleğinin bilimselleşme ve meslekleşme sürecinin yapı taşlarından en önemlisi bilimsel araştırmalardır. Bu süreçte, klinik alanda çalışan hemşirelere ve akademisyen hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, sağlıklı/hasta birey ve ailesiyle en çok zaman geçiren, dolayısıyla bakım verdikleri bireylerin gereksinimlerini en iyi gözlemleyecek sağlık ekibi üyesidir. Bu noktada, gözlemleri sonucu zihninde bir araştırma sorusu canlanırsa, o sorunun yanıtını bulabilmek için araştırmalar planlamalı ve araştırma sürecini başlatmalıdır. Bu araştırma sürecini de, etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Hemşire araştırmacılar, bilimi yanıltmanın, tüm insanlığı yanıltmak olduğu bilincine her zaman sahip olmalıdır. Etik ilkeler doğrultusunda tamamlanan araştırmalar, diğer meslektaşlar ile paylaşılmalı, daha büyük kitlelere ulaşabilmek adına yayın haline getirilmeli ve araştırmanın kanıtları uygulamaya aktarılabilmelidir.

Hemşirelikte bilgi elde etme ve elde edilen bilginin doğruluğunu test etme, hemşirelik mesleği odağı insan olan bir meslek olduğundan dolayı insan deneklerle yapılan araştırmalarla mümkündür. İnsanla yürütülen aaraştırmalar ise, daima etik sorunları barındırır. Hemşire araştırmacı araştırma sürecinde; "İyi/kötü nedir? Doğru/yanlış nedir?" "Ne yapmalıyım, nasıl davranmalıyım?" sorularına yanıt aramaya çalışmaktadır. Bunu yaparken öncelikle insana zarar vermemeyi ilke edinerek, etik ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir. Hemşire; bir araştırma projesi yürüteceği zaman, başkasının projesine destek olurken ya da bir araştırma projesini değerlendirirken, araştırmaya katılım gösterecek bireylerin tüm araştırma süreçlerinde haklarını korumaya öncelik vermelidir (Buldukoğlu, 1997).

İnsanlar ile yürütülecek araştırmalarda izlenmesi gereken bazı temel noktalar bulunmaktadır. Hemşire, bu adımları takip ederek bilimsel araştırmasında etik ilkelerden taviz vermemelidir. Bu doğrultuda, insanlarla bir bilimsel araştırma yürütmeyi düşünen bilim insanı, öncelikle etik kuruldan izin almalıdır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan ise, bilgilendirilmiş olurları alınmalıdır. Katılımcıya araştırma hakkında detaylı bir bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirmeden sonra olur, katılımcı tarafından özgür irade ile yazılı olarak verilmelidir. Katılımcının reşit olmaması, hastalık ya da yaşlılık gibi nedenlerle olur verememesi durumlarında ise, veli ya da vasiden alınmalıdır (Tolun, 2008).

Araştırma sürecine başlanmadan önce etik ihlallerin yaşanmasını engellemek için alınması gereken birtakım önlemler bulunmaktadır. Araştırma ekibine, proje yürütücüsü tarafından araştırma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmalı, görev ve sorumlulukları ile riskler açıklanmalıdır. Araştırma sonucunda, verilerin mülkiyet hakkının kimde olacağı, araştırma sonuçlarını kimin yayımlayacağı belirlenmeli ve tüm araştırmacılar tarafından açıkça bilinmelidir. Araştırma kişisel bilgileri içeriyorsa, bu verilerin gizli kalmasının gerekliliği araştırmacılar ile paylaşılmalıdır. Araştırmacılara dayalı herhangi bir çıkar çatışması olmadığı yazılı olarak güvence altına alınmalıdır. Araştırma sürecinin etik ilkeler doğrultusunda sürdürülmesini sağlayacak kişi, sorumlu araştırmacı olarak görev almalıdır. Araştırma sürecinde etik problemler yaşanılması durumunda kurumlardaki, araştırmayı takip eden etik kurullara başvurulmalıdır. Araştırmanın; gizliliği ve güvenliği, verilerin korunması, özgünlüğü, fikri mülkiyet haklarının korunması güvence altına alınmalıdır. Araştırma kayıtları titizlikle saklanmalıdır. Araştırma sonuçlarının, herhangi bir bilimsel etkinlikte sunulması söz konusu olduğunda, araştırma ekibi bilgilendirilmeli ve onayları alınmalıdır (Kansu ve Erzan, 2008). Araştırma, yayın haline getirileceği zaman; makale, yayın etiği ilkeleri doğrultusunda hazırlanmalıdır. Alıntı yapılacağı zaman, kaynak titizlikle gösterilmelidir. İntihalde bulunulmamalı, kabul edilebilir benzerlik oranı aşılmamalıdır.

Bilimsel dergi editörü olan hemşire akademisyenlere de, etik ihlallerin önlenmesi açısından büyük sorumluluklar düşmektedir. Dergi editörü; yayın için gönderilen makaleleri ayrıntılı olarak incelemeli, yayın etiği ihlalleri ya da bilimsel ahlak ile ters düşen noktalar varsa belirlemeli ve alanında uzman hakemler ile paylaşmalı, etik ihlal durumları derginin sayısı yayımlandıktan sonra ortaya çıktıysa bir sonraki sayılarda bu durumu gerekçesiyle birlikte açıklamalıdır (Yılmaz ve Yalım, 2019).

6. Sonuç

Etik konular, insan davranışının kuralları ve ilkeleri ile ilgilidir. Araştırmanın tüm aşamalarında katılımcıların haklarını korumak araştırmacının sorumluluğundadır. Araştırma etiği,

temel olarak araştırma katılımcılarının zarar görmemesi ve zarar görme riskinin sınırlandırılması ile ilgilidir. Diğer yandan, bilimin doğasına uygun olarak doğru bir şekilde yapılması, araştırma etiği kurallarına uyulması ile mümkündür. Günümüzde tüm araştırma projeleri için etik kurul izni gerekmektedir. Etik kurullar, araştırma ve yayın etiğine ilişkin ihlallerin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu bölümde "kopya çekmek", "disiplinsiz (dikkatsiz ve özensiz) araştırma", "yazarlık hakkı sorunları", "korsanlık, intihal-aşırma (plagiarism)", "uydurmacılık (fabrikasyon) ve sahtecilik, aldatmaca, çarpıtma (falsification)", "çoklu yayın (duplikasyon)", "bölerek yayınlama (salami slicing)", "taraflı yayın, çıkar çatışması (conflict of interest)", "kaynakların taraflı seçilmesi", "insan-hayvan etiğine saygısızlık", "destek veren kurum-kuruluşları belirtmeme" ve "bilimsel yayınlarda teşekkür" etik ihlalleri tartışılmış ve bu ihlallerin nedenleri belirtilerek önlemeye yönelik stratejiler sunulmuştur. Bir hemşire araştırmacı olarak, araştırmacı rol ile mesleğin doğasında var olan bakım sorumlulukları arasındaki dengeyi sağlamak oldukça önemlidir.

Kaynakça / References

Akademik İntihal Net (2023). Erişim adresi: https://intihal.net.

Akkaya, M.A. ve Yıldırım, Z. (2017). Akademik bilgi üretimi ve etik. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Karatekin Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *5*(2), 78-93.

Arı, Ü. (2010). *Fen bilgisi öğretmen adaylarının ve sınıf öğretmen adaylarının bilimin doğası hakkındaki görüşlerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi, Elazığ.

Atsü S. (2011). Bilimsel araştırma ve yayın etiği. *ADO Klinik Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 764-769.

Babadağ, K. (1995). Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelik Bülteni*, *9* (38), 1-11.

Bayık, A. (2002a). Hemşirelik disiplini ve araştırma. İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri kitabı* İçinde (s. 13-26). İstanbul: Hemar-Ge Yayınları.

Bayık, A. (2002b). Hemşirelikte araştırmalarında etik. İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri kitabı* İçinde (s. 27-48). İstanbul: Hemar-Ge Yayınları.

Bekaroğlu, E. (2018). Bilimsel düşünce ve özellikleri. Erişim adresi: https://acikders.ankara.edu.tr/ pluginfile.php/88146/mod_resource/content/1/COG129.Hafta%203.Bilimsel%20Dusunce%20ve%20Ozellikleri.pdf

Bonis, S.A. (2009). Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(6), 1328-1341.

Boydak M. (2011). Araştırma ve yayın etiği. Atasoy, N., Boydak, M., Çırpan, H.A, Kendigelen, A., Meriç, İ.E., Sarıkaya A.T. … Yıldırım, N. (Ed.). *Bilim Etiği kitabı* İçinde (s.15-42). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Bülbül, M. (2021). Üniversitelerde sosyal ve beşerî bilimlerle eğitim bilimleri alanlarında oluşturulan bilimsel araştırma ve yayın etiği kurullarıyla ilgili mevzuata yönelik hukuki bir değerlendirme: nitel bir araştırma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, *11*(2), 270-280.

Bülbül, T. (2004). Bilimsel yayınlarda etik. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *15*(15), 53-61.

Buldukoğlu, K. (1997). Hemşirelik araştırmasında etik. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, *5*(3),111-6.

Çavuş Güngören, S. (2019). Erken çocukluk döneminde bilimsel düşüncenin gelişimi ve önemi. Aksüt, P. (Ed.).

Erken Çocukluk Döneminde Fen Eğitimi kitabı İçinde. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Chinn, P., & Kramer, M. (2011) *Integrated theory and knowledge development in nursing*. (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Craven R.F., & Hirnle J. (2006). *Fundamentals of nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.

Danacı, E., Özbudak, E. ve Ağaçdiken, S. (2022). Hemşirelikte bilme yolları; spiritüel bilme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *15(*4), 557-567.

Doğan Bora, N. (2005). *Türkiye genelinde ortaöğretim fen branşı öğretmen ve öğrencilerinin bilimin doğası üzerine görüşlerinin araştırılması.* (Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Eker, H.İ. (2021). Platon felsefesi'nde sanat eleştirisine giden yol ya da gölgeye gölge diyebilme imkânı. *Mavi Atlas*, *9*(1), 171-177.

Elsevier. (2019). Ethics in Research & Publication. Retrieved from: www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0012/856659/Ethics-in Research-and-Publication-March-2019.pdf

Emiroğlu, O.N. (2005). Bilim etiği ve sorumluluklar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1*(2), 5-25.

EndNote (2023). Erişim adresi: https://endnote.com/.

Erdem, R. (2006, Ekim). *Çok yazarlı bilimsel çalışmalarda yaşanan etik problemler*. II. Uygulamalı Etik Kongresi'nde sunulan bildiri, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Gökçe, A. ve Bulduklu, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinin sunumunda "müşteri hasta" ve etik sorunlar. *SÜ İİBF Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* 29, 38-61.

Irzık, G. ve Erzan, A. (2008). Araştırmada Kusurlu Davranışlar. Erzan, A. (Ed.)., *Türkiye Bilimler Akademisi: Bilim Etiği El Kitabı* İçinde (s.22-24). İstanbul: Türkiye Bilim Akademisi Yayınları.

İThenticate (2021). Erişim adresi: https://www.ithenticate.com/.

Kansu, E. ve Erzan, A. (2008). Araştırma Yönetimi ve Denetimi. Erzan, A. (Ed.), *Türkiye Bilimler Akademisi: Bilim Etiği El Kitabı* İçinde (s.17-20). İstanbul: Türkiye Bilim Akademisi Yayınları.

Karabulut, N., Gürçayır, D. ve Aktaş, Y.Y. (2019). Hemşirelik araştırma tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 121-128.

Kaya, N. (2022). Hasta Hakları ve Etik. Tapan, B. ve Mendi, B. (Ed.). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi kitabı* İçinde (s.299-306). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Kaya, N. (2023). Science, art, and nursing. *Curare Journal of Nursing*, *1* (1), 38-42.

Köklü N. (2007). Aşırmayı önlemek. *Türk Psikoloji Bülteni*, *13*(41): 20-26.

Mendeley (2023). Erişim adresi: https://www.mendeley.com/reference-management/reference-manager.

Öztürk A., Kaya N., Ayık S. ve Uygur E. (2010). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *18*(3), 144-155.

Ruacan Ş. (2005). Bilimsel araştırma ve yayınlarda etik ilkeler. *Gazi Tıp Dergisi*, *16*(4),147-149.

Şencan, İ. (2015). Bilimsel yayınlarda kaynak gösterme ve gönderme yapma. *Türk Kütüphaneciliği*, *29*(3), 389-390.

Şenyüz L. (2007). Türkiye'de deney hayvanları, psikologlar ve yerel etik kurullar*. Türk Psikoloji Bülteni, 13*(41), 27-32.

Soslu, Ö. (2021). Fen Bilimleri Öğretiminde Bilimin Doğası. Dalkılıç, M. (Ed.), *INSAC Advances in Social and Education Sciences kitabı* içinde (s.217-236). İzmir: Duvar Kitabevi.

Tolun, A. (2008). Etik ihlallerine karşı alınması gereken önlemler ve Etik Eğitimi. Erzan, A. (Ed.), *Türkiye Bilimler Akademisi: Bilim Etiği El Kitabı* İçinde (s.63-69). İstanbul: Türkiye Bilim Akademisi Yayınları.

Toprak, Z. (2017). Türkiye'de akademik yazı: İntihal ve özgünlük. *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi*, *34*(2), 1-12.

Töreci, K. (2010). Tıpta yayın etiği (bizden de örneklerle). *ANKEM Dergisi*, *24*(Sayı 1'e Özel Ek),1-41.

Töreci, K. (2004). Yayın Etiği. *ANKEM Dergisi, 18* (1), 67-88.

TÜBA. (2002). *Bilimsel araştırmada etik ve sorunları.* Ankara: Türkiye Bilimler Akademesi Yayınları.

TÜBİTAK. (2001). Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Çalışma Esasları. Erişim adresi: www.tubitak.gov.tr/baskanlik/etikt.html

Turan, N. ve Kaya, N. (2023). Hemşirelik uygulamalarında etik. Karagözoğlu, Ş., Demiray, A. ve Doğan, P. (Ed.), *Temel hemşirelik: Uygulama için esaslar kitabı* İçinde (s.402-421). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Türk Dil Kurumu (2023). https://sozluk.gov.tr/

Turnitin (2023). Erişim adresi: https://www.turnitin.com/tr.

Uçak, N. Ö. ve Birinci, H. G. (2008). Bilimsel etik ve intihal. *Türk Kütüphaneciliği*, *22*(2), 187-204.

Uluç, Ö. (2012). Bilimsel araştırmalarda etik. *Toplum Bilimleri*, *6*(12), 129-142.

Uluoğlu, C. (2015). Bilimsel araştırma etik kurulları. *Türkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History, 1*(3), 66-72.

Vicdan, A.K. (2020). Hemşirelikte bilme yolları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *17* (Ek sayı), 110-114. https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.46548

What is Plagiarism?. In p.org (Published 2017, May 18). Retrieved from: https://plagiarism.org/article/what-is-plagiarism.

Yazıcı H. (2011). Bilim etiği: kısa tarihçe ve ana kavramlar. Atasoy, N., Boydak, M., Çırpan, H.A, Kendigelen, A., Meriç, İ.E, Sarıkaya, A.T. … Yıldırım, N. (Ed.), *Bilim Etiği kitabı* İçinde (s.1-13). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Yıldırım, A. (2013). Estetik bilme ve hemşirelik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(1), 69-76.

Yılmaz, Ş. ve Yalım, N.Y. (2019). Ulusal hemşirelik dergilerinde makale yayın sürecinin yayın etiği açısından irdelenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, *6*(4),143-153.