



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

TEŞEKKÜRLER..

Tezimin her aşamasında yol gösteren, destek olan ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Tez Danışmanım Prof. Dr. Aytolan Yıldırım'a,

Her zaman yanımda olan maddi manevi desteğini esirgemeyen Sevgili ablam Abide Tagıl ve eşi Ayhan Tagıl'a çok teşekkür ederim.

FADİME TOZAK

II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. KISALTMALAR LİSTESİ	v
IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	vi
i. Şekiller Listesi	vi
ii. Tablolar Listesi	vii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri	5
4.1.1 Sağlık Tanımı	5
4.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	7
4.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması	8
4.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
4.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
4.1.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	11
4.1.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	12
4.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	12
4.1.5. Sağlık Hizmetleri Planlaması	14
4.1.6. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi	16
4.1.6.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960	16
4.1.6.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980	17
4.1.6.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2003	19
4.1.6.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2003–Günümüze Kadar	19
4.2. Hemşirelik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi	21
4.2.1 Türkiye’de Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi	22

4.2.2. Hemşirenin Tanımı, Türkiye’de Hemşirelik ile İlgili Yasal	
Düzenlemeler ve Uluslararası Kararlar Avrupa Direktifleri	25
4.2.2.1. Türkiye’de Hemşirelik İle İlgili Yasal Düzenlemeler	26
4.2.2.2. Uluslar arası Kararlar Avrupa Birliği Direktifleri	28
4.2.2.2.1. 77/452/EEC Sayılı Konsey Direktifinin Yerleşim Hakkı	
ve Hizmet Serbestisi	28
4.2.2.2.2. 77/452/EEC Sayılı Direktife Göre Diploma ve	
Sertifikalar	28
4.2.2.2.3. 77/453/EEC Sayılı Konsey Direktifine Göre Mesleki	
Nitelikler	29
4.2.3. Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları	29
4.2.3.1. Hemşirelik Mesleğinin Sorunları	31
4.2.3.2. Hemşirelik Mesleğinin Geleceği	32
4.3. Hemşirelik Mesleği Hizmetlerinin Yönetimi ve Meslek Algısı	33
4.3.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Sağlık Sistemi İçindeki Yeri	33
4.3.2. Hemşirelik Mesleğinin Önemi	33
4.3.3. Hemşirelik Mesleği Algısı Kavramı	35
4.3.4. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonelleşme	37
4.3.4.1. Meslek	37
4.3.4.1.2. Profesyonellik	38
4.3.4.1.3. Profesyonel Meslek ve Hemşirelik Mesleğinde	
Profesyonelleşme	39
5. GEREÇ VE YÖNTEM	43
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	43
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	43
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	43
5.4. Veri Toplama Araçları	43
5.4.1. Kişisel Bilgi Formu	43
5.4.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği	44
5.5. Etik Yön	45
5.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	45
5.7. Sınırlılıklar	45

5.8. Veri Toplama	45
5.9. İstatistiksel Analiz	45
5.10. Güvenilirlik Analizi	46
6. BULGULAR	47
7. TARTIŞMA	81
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	94
9. KAYNAKLAR	99
10. EKLER	115
EK-1. Anket Soruları	115
EK-2. Anket İzin Onayı	121
EK-3 Ülkemizde Hemşirelere Ait İstatistikî Bilgiler	126
EK-4 Araştırmada Kullanılan Değişkenlere Ait Frekans Dağılımları	127
11. ÖZGEÇMİŞ	129

III. KISALTMALAR LİSTESİ

SB	: Sağlık Bakanlığı
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WHO	: World Health Organization:
ICN	: International Council of Nurses
HMTÖ	: Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği

IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

i. Şekiller Listesi

	Sayfa No
Şekil 6. 1. Yaş Dağılımları	50
Şekil 6. 2. Cinsiyet Dağılımları	50
Şekil 6. 3. Medeni Durumları	51
Şekil 6. 4. Çocuk Sayısı Dağılımları	51
Şekil 6. 5. Eğitim Durumu Dağılımları	52
Şekil 6. 6. Görev Süresi Dağılımları	52
Şekil 6. 7. Kurumda Çalışma Süresi Grafiği	53
Şekil 6. 8. Çalıştıkları Statü Dağılımları	53
Şekil 6. 9. Aylık Gelir Dağılımları	54
Şekil 6. 10. Mesleği Seçmede Etkili Olan Kişilerin Dağılımları	54
Şekil 6. 11. Almış Olduğunuz Eğitim Meslek Sevginizi Nasıl Etkiledi Sorusunu Dağılımı	55
Şekil 6. 12. Mesleği İsteyerek Seçme Dağılımları	55
Şekil 6. 13. Maaş Mutlu Ediyor Mu? Sorusunun Dağılımları	56
Şekil 6. 14. Mesleği Tavsiye Durumunun Dağılımı	56
Şekil 6. 15. Meslekten Ayrılma Düşüncesi Dağılımı	57
Şekil 6. 16. Melekten Ayrılmayı Düşünme Nedenlerinin Dağılımları	57
Şekil 6. 17. Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğinize İnanıyor Musunuz? Sorusunun Dağılımları	58
Şekil 6. 18. Ölçek Alt Boyutlarının Kamu Hastanesi Ortalamaları	60
Şekil 6. 19. Ölçek Alt Boyutlarının Özel Hastane Ortalamaları	60

ii. Tablolar Listesi

	Sayfa No
Tablo 5.1. 5’li Likert Ölçeği Değerlendirme Tablosu	44
Tablo 5.2. Güvenilirlik Analizi	46
Tablo 6.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri	48
Tablo 6.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri	58
Tablo 6.3. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştırılması	59
Tablo 6.4. Yaş Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumunun Karşılaştırılması	61
Tablo 6.5. Medeni Durum Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	62
Tablo 6.6. Çocuk Sayısı Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	63
Tablo 6.7. Eğitim Durumu Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	64
Tablo 6.8. Görev Süresi Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	65
Tablo 6.9. Kurumda Çalışma Yılı Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	66
Tablo 6.10. Aylık Gelir Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	67
Tablo 6.11. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Değişkeni İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	69
Tablo 6.12. Hemşirelik Mesleğini Seçmede En Etkili Olan Kişi Sorusu İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması.....	70
Tablo 6.13. Maaş Sizi Mutlu Ediyor Mu Sorusu İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	71
Tablo 6.14. Hemşireliği Tavsiye Eder Misiniz Sorusu İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	72
Tablo 6.15. Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşündünüz Mü Sorusu İle Hmeşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	73
Tablo 6.16. Çalışılan Birim İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	75
Tablo 6. 17. Hemşireliği Tavsiye Etme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması.....	76

Tablo 6. 18. Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması.....	77
Tablo 6. 19. Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Nedenleri ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	78
Tablo 6. 20. Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğini Düşünme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması	79

1. ÖZET

Araştırma bir özel ve bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde meslek algısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Veriler; araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu demografik özellikler (7 soru) ve mesleğe ilişkin görüşler (10 soru), Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programında değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu; 26-30 yaş arasında, kadın, evli, çocuğu yok, lisans mezunu, meslekte 5-10 yıl, kurumda 6-10 yıl çalışan, kadrolu statüsünde, 2000 TL ve üzeri maaş alan, mesleğini isteyerek seçen, meslek seçiminde ailenin etken olduğu, aldığı maaştan memnun olmayan, mesleği tavsiye etmeyen, meslekten ayrılmayı bazen (ayda) düşünen ve hemşirelik rollerini yerine getirdikleri görülmektedir. Meslek algısına yönelik çalışmada; Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği alt boyut ortalamaları; hemşirelik mesleğinin özellikleri alt boyutu ($4,47\pm0,48$), hemşirelik mesleğini tercih etme alt boyutu ($2,81\pm0,36$), hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutu ($4,60\pm0,45$)'dir. Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeklerini oluşturan 3 alt boyuttan ortalaması en yüksek hesaplanan alt boyut, hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutudur ($4,60$). Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin; mesleki özellikleri alt boyutu ($4,38\pm0,48$), hemşirelik mesleğini tercih etme alt boyutu ($2,83\pm0,40$), hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutu ($4,54\pm0,48$)'dir. Özel hastanede çalışan hemşirelerin; mesleki özellikleri alt boyutu ($4,61\pm0,44$), hemşirelik mesleği tercih etme alt boyutu ($2,78\pm0,30$), hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutu ($4,68\pm0,39$)'dur. Analizler sonucunda: Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin alt boyutlarıyla hemşirelerin demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin hemşirelik mesleğine yönelik tutumunun daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Hastane, Hemşire, Meslek, Tutum, Algı.

2. SUMMARY

Nurses Of The Perception Occupation

This study performed for determine the occupation perception with nurses who works in state hospital and private hospital. Parameters obtained by personal information form and Nurse Occupation Behaviour Scale, this parameters are analysed by SPSS(statistical package for Social Sciences 18.0). Participant nurses' age range is between 26-30, sex is female, martial status is married, has no child, graduated from high school. Participant Nurses are experienced in their occupation for 5-10 years and working for 6-10 years at same hospital on the permanent staff. Participant nurses earns 2000 and above Turkish Lira per month. Nurses usually willingly choose their profession, but their family attend to choose their occupation. Participants not pleased from amount of salary, they do not recommend to being a nurse and they think to quit from job often as monthly. In a study which is related to occupational perception; nursing occupation behaviour scale subdivision averages; nursing occupational features subdivision ($4.47 \pm 0,48$), nursing occupation choice subdivision ($2.81 \pm 0,36$), behaviour which is related to nursing occupation general condition subdivision ($4.60 \pm 0,45$). Within 3 Subdivisions which establish Behavioural scales related to nursing occupation, behaviour which is related to nursing occupation general condition has the highest average ratio (4.60). Nurses who work in public hospital; occupational feature subdivision ($4.38 \pm 0,48$), nursing occupation choice subdivision ($2.83 \pm 0,40$), behaviour related to nursing occupation general condition subdivision ($4.54 \pm 0,48$). Nurses who work in private hospital; occupational feature subdivision ($4.61 \pm 0,44$), nursing occupation choice subdivision ($2.78 \pm 0,30$), behaviour related to nursing occupation general condition subdivision ($4.68 \pm 0,39$). By reasons of analyzes; behavioural scale subdivisions related to nursing occupation; there is a significant difference between nurses demographic features and concepts related to occupation and also occupational behaviours related to nursing are higher in nurses who works in private hospital.

Key Words: Hospital, Nurse, Occupation, Behaviour, Perception.

3. GİRİŞ

Araştırmanın birinci bölümünde sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kavramına bakışı ve sağlık reformlarından bahsedilmiştir. Sağlık, bireylerin öğrenim dereceleri, inançları, alışkanlıkları, gereksinimlerini nasıl sağlayabildikleri, sağlık için ayırabildikleri kaynakları ve kişinin hayat kalitesiyle saptanan multi-faktöriyel bir netice olarak düşünülebilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır: Belirli sağlık kurumlarında farklı tip sağlık elemanından faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen gayeleri gerçekleştirmek ve böylelikle bireylerin ve toplumun sağlık bakımını her şekilde koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık hizmetlerinde hemşirelerin rolünden bahsedilmektedir. Sağlık hizmetlerinde oldukça önemli bir role sahip olan hemşireler, temel bir hemşirelik eğitim programını bitirmiş olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi hastanın bakımı ve sağlık seviyesinin artırılması için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişilerdir. Hemşirelik ve hemşirelik eğitimi, hemşireliğin rol ve görevlerinde yaşanan farklılaşmaları ve gelişimleri etkilemekte ve bu değişimlerden de etkilenmektedir. Bu değişimleri; dünya nüfusunun oldukça hızlı bir biçimde artması ile beraber sağlık hizmetine olan talebin artması, ortalama insan ömrünün uzaması ve kronik hastalıkların fazlalaşması, hastanın hastanede yatış süresinin kısalması olması ancak refakatçi eşliğinde evde bakım hizmetlerinin artması, sağlık bakım servisinde maliyetin azaltılması eğilimi, bilimsel gelişmelerin bilhassa hastalıkların önlenmesi, tanılama yöntemlerinin gelişmesi, tedavi metotlarının değişmesi olarak sayabiliriz. Bu sebeple günümüzde hemşirelik mesleğinin profesyonel olarak uygulanması gerekmektedir. Sağlık hizmeti mesleklerinden bir tanesi olan hemşirelik mesleği mensuplarının aşırı değişken çalışma koşullarının olması, yapıcı olmayan ve onaylanmayan davranışlar ile karşılaşılması ve aşırı stres altında görevlerini yerine getiriyor olmaları gibi negatif faktörler; hemşirelik mesleğinde profesyonelliğin ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermektedir.

Hemşirelerin kendi meslekleriyle alakalı algıları önem taşımaktadır. Algılama, hemşirelerin kendi meslekleriyle ilgili bakış açısını ortaya koymaktadır. Bu bilincinin

temeli, aile ve okul yaşamı esnasında atılmakta ve tüm hayatı boyunca devam etmekte, mesleki felsefenin oluşmasını sağlamaktadır.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise hemşirelikte meslek algısının ölçülmesi adına 450 hemşireye uygulanan anketlerin analizleri yer almaktadır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

4.1.1 Sağlığın Tanımı

Sağlık, bireylerin öğrenim dereceleri, inançları, alışkanlıkları, gereksinimlerini nasıl sağlayabildikleri, sağlık için ayırabildikleri kaynakları ve kişinin hayat kalitesiyle saptanan multi-faktöriyel bir netice olarak düşünülebilir. Dolayısıyla hastalıklara yaklaşım da hastalığın çeşidi, ciddiyeti, hastalık sebepleriyle ilgili daha eskiden oluşan inanışlar, mümkün tedavi seçeneklerinin kabul edilebilirliği ve tedavinin faydasının görülmesi gibi sayısız faktörleri kapsamaktadır. Kişilerin sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algıları onların çeşitli hallerdeki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan araştırmalar, bu algıların ve davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir. Mesela, Bangladeş'te yapılan bir araştırmada hasta olma halini ve hastalıklara yönelik tedavi seçeneklerini tespit etmede yoksulluğun ve kadın olmanın önemi üzerine vurgu yapılmaktadır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen başka faktörler arasında bireylerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyo-ekonomik şartlar ve kültürel etkiler de girmektedir (Aslan vd., 2004: 30-31).

Dünyanın çeşitli ülkelerinde sağlık hizmetleri, uzun seneler yalnızca hastalıkların tedavisi olarak düşünülmüş, ama zamanla çeşitli hastalıklar mikroparla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma şekli ve zamanı gibi bilgilerin artması sebebiyle sağlık hizmetlerinin değişik alanlarda yoğunluk gösterdiği görülmüştür. Kişi sağlığının toplum sağlığı ile sıkı bir şekilde bağlantılı olduğu anlaşılmış ve tedavi hizmetlerin dışında koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998: 83).

“Halk Sağlığı; hastalıklardan korunmanın, yaşamını devam ettirebilme süresini uzatmanın, örgütlenmiş toplum etkinlikleri yolu ile çevre sağlığı koşullarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün bireyleri kendi temizlik ve sağlık koşulları açısından eğitmenin, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi açısından tıbbi organizasyon kurmanın, her bireyin sağlığının sürdürülmesi için yeterli bir ömür derecesi sağlamak şartıyla sosyal sistemin gelişme göstermesi ve bu olanakları her ferdin kullanabilmesinin ilmi sanatıdır” (Erkmen, 1973: 2).

Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu bir tanıma göre 05.01.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun'un 2.maddesinden yapıldığı görülmektedir. Burada “sağlık, sadece hastalık ve maluliyetin yokluğu olmadan beden, ruhen ve sosyal açısından tam bir iyilik halidir” şeklinde ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerine gelmesi bakımından önemli kabul edilen hizmet ve ürün çeşitlerinin zenginliği sebebiyle sağlık sektörü, çok geniş, hızla gelişen ve kârlı sektörleri olmuştur. Bu sebeple, günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomileri içinde bulunduğu konum, bir kalkınmışlık ölçütü olarak görülmektedir (Aksaraylı ve Deveci, 2003: 38). Hizmet sektörünün alt sektörlerinden en önemlisi de sağlık sektörüdür. Bu noktadan hareket ettiğimizde sağlık kavramı, bütün ulusların ana gelişmişlik seviyesini gösteren ve ayrıca toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan kavramlardan oluşmaktadır.

Sağlıklı birey, bedensel ve ruhsal etkinlikleri engelleyecek organik veya fonksiyonel bozukluklardan uzak kalan kişidir. Bu tanım günümüzde daha da gelişme göstermiş, “sağlık organizmanın yaşadığı çevreye uyumdur veya fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan iyi durumda olmaktır,” şeklinde ifade edilmiştir (Okur, 1992: 1).

Sağlık kavramını bir baş etme süreci olarak görmek, sağlık alanındaki çalışmaların ölçüm ve değerlendirme metodlarını da kökten değiştirecek bir yaklaşımdır ve bu açıklama kökenini kompleks mekanizmalarının hareketli örgütlenmesinden almakla beraber insanların var olma gayretini içermektedir.

Baş etme süreçleri, başlangıç durumuna bağlı olmak, belli başlı çekicilerin etkisi altında olmak ve tahmini güç ve her durumda kesin olmayan sonuçların ortaya çıkması, kendi kendine organize olmuş insan olgusu ve kendi kendine organize olmuş bir ortamda yaşandığı, niteliksel dönüşümün ne zaman gelişeceğini tespit edilmiş zorluğu ve hadiselerin geri dönüşsüz özelliği sebebiyle kaos teoreminin uygulanıp incelemede kullanılacağı bir alandır. Sürecin nasıl bir süreç olduğu eldeki lineer olmayan ilişkileri, zaman faktörünü ve klasik epidemiyolojik yaklaşımları tekrar eden sağlık kaybı hadiselerinin değerlendirilmesini ilave etmeyi gerektirecektir. Kompleks hareketli bir mekanizma olarak insan organizmasının, sağlıklı olma durumunu etkileyen biyolojik, sosyal ve ruhsal hadiselerle baş etme yetisini etkileyen kritik değerlerin hesaplanması, sağlığı tehdit eden etkileşimlerin kestirilmesi imkânını geliştirecektir (Keskin ve Topuzoğlu, 2006: 49).

4.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruyup kollamak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşmemiş sakat kalan kişilerin başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyelerini yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri adı verilmektedir (Öztek ve Saat, 1987: 7).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır: Belirli sağlık kurumlarında farklı tip sağlık elemanından faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen gayeleri gerçekleştirmek ve böylelikle bireylerin ve toplumun sağlık bakımını her şekilde koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. Özetle sağlık hizmetlerini, birçok sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların var olan sağlıklarının korunması için farklı tip sağlık elemanı tarafından yürütülen çalışmaların hepsi şeklinde tanımlanmaktadır (Akar ve Özalp, 2002: 190).

Sağlık hizmetleri kapsamına göre, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlanarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir etkinlikler zinciri bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri çok sektörlü ve sağlık ile doğrudan ya da dolaylı yönden ilgisi bulunan çeşitli kamu ve özel firmalarınca üstlenilerek yerine getirilmektedir (Yeginboy, 1993: 3).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki temel hedef, toplumun hepsinin sağlıklı olması, sağlık hakkının güvence altına alınabilmesi ve kişinin temel üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Dünya sağlık örgütü (WHO)'nın "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi görevinin en az seviyede olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" tanımını getirmesi karar alma birimlerinin sağlık hizmetlerinin kamusal yönden bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını gösterir (Tekin, 1987: 263).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte hastalıkların önlenmesi, toplum ve insanların sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili eylemler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Sağlık hizmetleri hasta insanların çıkarlarını korumaya yöneliktir. Fakat hastane ortamının özellikleri, sağlık işgücü nitelik ve sayıya ilişkin karmaşa, tıbbi süreçler, iletişim, ekip çalışması, kullanılan teknoloji, vb. birçok faktörlere bağlı olarak, tıbbi

hata ve istenmeyen hadiselerle karşılaşmakta, hastalar ve işgörenler bu durumdan zarar görmektedirler. Yeterli derecede güvenlik ve sağlık önlemleri alınmadığı durumlarda, hastanelerde yaşanan bu karmaşa, çalışan ve hastalar yönünden tehlike ve riskleri artış göstermektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), sağlık sektöründe güvenli çalışma ortamının personel ve hasta güvenliğine önemli katkılar sağladığını ve olumlu hasta neticelerini desteklediğini ifade etmektedir.

Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin bireylere vereceği zararı önlenmesi bakımından sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışanlar açısından alınan önlemleri; hemşire güvenliği kavramı ise, çalışma ortamlarında meslek hastalığı, iş kazası ve bunlara bağlı yaralanmaların meydana gelmesine sebep olabilecek potansiyel riskleri önlenmeyi içermektedir (Özkan, 2005: 35).

4.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

4.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetlerle meydana gelen düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç şekilde açıklanmaktadır (Hayran, 1997: 17).

- **Primer Koruma:** Bireysel ya da toplumsal derecede sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli duruma getirilmesi, duygusal ve fiziksel açıdan iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.
- **Sekonder Koruma:** Sağlığın bozulma varsayımı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin bireysel ve toplumsal düzeyde alınması.
- **Tersiyer Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimum düzeye getirilmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetler alanına girmektedir.

Ülkemizde sözü geçen birçok doktor ve yönetici, koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ Birinci Dünya Savaşı'ndan önce kabul edilen kapsamda anarlar. Bu duruma göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için ortamı pozitif düşünceye

sevk etmek ve aşılama programları uygulamaktır. Günümüzde koruyucu hizmetleri şu iki ana gruba ayırmak mecburiyeti vardır (<http://www.ttb.org.tr>).

- **Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** İnsanın yakınında bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak veya bireylerin etkilenmesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirme gayretlerinin hepsi olarak ele alınır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeteri kadar ve temiz su sağlanması, hava kirliliği ile savaş, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız duruma getirilmesi, haşerelerle savaş, konut sağlığı ve radyasyonla ve gürültü ile savaş söylenebilir. Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu husustaki ana görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliklerdir.

Bu hizmetlerin temel hedefi, çevre sağlığını olumsuz yönden etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkileri ortadan kaldırarak veya kişilerin etkilenmesinin önüne geçilerek çevreyi olumlu duruma getirmektir. Bu hizmetler Çevre Sağlığı Hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Çevreye dair hizmetler bu konuda eğitim alan mühendis, kimyager, teknisyen ve benzeri meslek mensuplarınca yürütülmektedir. Çevre sağlığı çalışmaları multi-disipliner, entegre işlerdendir. Sağlık profesyonelleri dışında bulunan meslekten insanların da yoğun katılımını gerektirmektedir. Çevre kalitesinde meydana getirilecek bir iyileştirme, sağlık anlamında, devamlı yükselen sağlık-bakım harcamalarından, belki de, daha büyük marjinal verimliliğe sahip olmaktadır (Marmot, 1999).

Çevreye dair koruyucu hizmetler, sağlık sektörü içinden daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarınca yürütülmesi gereken hizmetlerden meydana gelmektedir. Sağlık sektörünün bu alanda gerçekleştirdikleri temel sorumluluk danışmanlık, denetim ve eğitimden oluşmaktadır (Akdur, 2003: 12).

- **İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** İnsanları yani toplumu hastalık etkenlerine karşı güçlü ve dirençli kılmayı, hastalanmaları durumunda ise en erken dönemde teşhis edilerek, uygun tedavi ile hasarsız ya da en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. Başlıcaları, erken tanı ve tedavi,

ilaçla koruma, aşılama, beslenmenin iyileşmesi ve sağlık eğitimidir. Hizmet tanım ve türlerinden anlaşılacağı gibi, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık çalışanları tarafından yürütülmektedir (Akdur, 2000: 5-6).

İnsana dair koruyucu sağlık hizmetleri, özellikle sağlık sektörü ve sağlık çalışanları tarafından yürütülen ve yürütülmesi gerekli olan hizmetlerdir. Bu hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerden oluşmaktadır. Akılcı bir sağlık ortamı içinde bu tür hizmetlere öncelikli olarak önem verilmesi gerekmektedir (Akdur, 2003: 13).

4.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İnsanların sağlığındaki bozuklukların giderilerek iyileşmesini sağlayan hizmetlere tedavi hizmeti denilmektedir. Tedavi hizmetinin sunulmasının kişilere sağladığı içsel yarar yanında, topluma sağladığı dışsal yararlar da bulunmaktadır. Hastalanan insanlar tedavi olmadıklarında (gelir yetersizliği, bilgisizlik veya korkudan ötürü) içinde yaşadıkları topluma olumsuz dışsal duygular aşılayabilir. Hatta bazı tedavi hizmetleri sadece dışsal yarar aşılayabilmektedir. Mesela, tifo, kolera, çiçek gibi hastalıkları önlemek amacıyla yapılan aşılardan sonuç alınabilmesi için bütün toplumun aşılması gerekmektedir (Mortan, 1980: 71).

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektörü tarafından ve sağlık insan gücü tarafından yürütülen hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet veren kişilerin hoşnut kabul edildikleri bir ortamda sağlık hizmetlerinin üretilebilmesi amacıyla, mutlaka yukarıda verilen basamaklar durumunda, kademeleşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zinciri bulunması gereklidir (Akdur, 2003: 14).

Tedavi hizmetleri; hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalan kişilerin tanısı, tedavisi, vücut arazlarının minimum seviye indirilmesi ve ölümünün önlenmesi açısından, hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak gerçekleştirilen yapılan sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hizmet kişiler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta incelenmektedir (Ateş, 2011):

1. Basamak: Hastaların tedavilerinin evde ya da ayaktan yapıldığı hizmetleri ifade etmektedir. Tedavi hizmetlerinin hastalanan kişilere en yakın ve ulaşılması en kolay kısmını oluşturmaktadır. Sağlık ocakları, özel muayenahaneler, hemşirelik bakım merkezleri, aile hekimliği merkezleri, ayakta cerrahi bakım merkezleri bu basamağa örnek olarak gösterilmektedir.

2. Basamak: Yatarak tedavi hizmetinin verilmiş olduğu sağlık hizmetlerini tanımlamaktadır. Birinci basamakta tedavi edilemeyen ya da doğrudan doğruya hastaneye başvurulması gereken hallerde klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsamaktadır.

3. Basamak: Yüksek teknolojinin kullanılmış olduğu, belirli dallar üzerine uzmanlaşan hastane hizmetlerini ifade etmektedir. Sanatoryumlar, onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri, üniversite hastaneleri, ruh hastaneleri bu basamağa örnek olarak verilmektedir.

4.1.3.3. Rehabilit Edici Hizmetler

Sakat ve işgücünü kaybeden kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamasına yönelik hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık çalışanlarınca gerçekleştirilen tıbbi rehabilitasyon ile sosyal personellerce yapılan rehabilitasyonu kapsamaktadır (iş bulma, işe uyum sağlama gibi). Koruyucu ve tedavi edici çalışmalara karşın bir toplum içinde kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan bireyler olabilmektedir. Bu bireylerin sosyal açıdan yeterli duruma getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam devam ettirilmesinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyük olmaktadır (Bulutoğlu, 2003: 267).

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da depresyon, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenilmeyen bir anda oluşan olayların ardından bedensel ya da ruhsal açıdan engelli olan insanların, sosyal ve fiziki yönden tekrar sosyo-ekonomik yaşama dönmelerini, bu şekilde morallerinin yerine gelmesini sağlayarak topluma tekrardan kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt kısımdan meydana gelmektedir. Tıbbi rehabilitasyonla ruhsal ya da bedensel iş görebilme becerisini tamamen ya da kısmen kaybeden kişilerin bu becerilerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi

araçlarla gerekli derecede geri kazandırabilme amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ile ise sakat kalmış olan bireyin yakın çevresi ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme becerisine ulaşarak ekonomik, kültürel, ve sosyal yaşama katılımını sağlamayı ve bu sürece hızlandırma amaçlanmıştır (Akdur, 2006: 20).

4.1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı bireylerin, sağlık kuruluşlarını daha üst dereceye yükseltmek amacıyla sağlanan hizmetlerdir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde ana sorumluluk, kişilere aittir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlığın geliştirilmesi, zihinsel ve bedensel sağlık durumu, hayat kalitesi ve hayat süresinin yükseltilmesini amaç edinmektedir. Günümüzde birçok hastalık kişilerin hayat şekillerinden, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

4.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmeti toplumsal bir niteliğe sahiptir ve bütün nüfusu ilgilendirmektedir. Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik gruplardan çeşitli değişiklikleri, sağlık hizmetlerinin yapısından kaynaklanmaktadır. Mesela tekerlekli sandalye, kalp pili, gözlük gibi doğrudan doğruya sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin, ekonomi literatürün de bulunan diğer mallarla -mesela renkli TV, kitaplık, otomobil, gibi- aynı gruplarda değerlendirilmesi akılcı değildir. Benzer kıyaslamalar sağlık hizmetleri ile diğer hizmet alanları için de geçerlidir.

Aşılama ve periyodik olarak gerçekleştirilen kontroller gibi sağlık hizmetleri, çürük bir dişin alınması, bir apandisit ameliyatının yapılması gibi ortaya çıkacak sağlık ihtiyaçları, sağlık alanı dışında diğer alanlarda oluşan ihtiyaçlarla bir tutulamaz. Örneğin; tatil yapma, bilgisayar veya fotoğraf makinesi satın alma vb. gibi tüketim talepleri, pek çok yönden sağlık hizmeti ile farklılık taşımaktadır (Saltık, 1995: 38).

Sağlık hizmetlerinin toplumsal olarak etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi açısından çeşitli vasıflara sahip olması gereklidir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu vasıflarından herhangi birini taşınamaması halinde toplum ve şahıs sağlığı üzerinde arzulanan etkileri yaratamayacağı

ifade edilebilir. Etkili sağlık hizmetinin vasıfları şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2000: 64-67):

- **Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility):** Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten faydalananlar hem de hizmet sunucuları yönünden incelenebilir. Hizmetten faydalananlar (toplum) yönünden kolay kullanılabilirlik, “kişilerin gereksinim duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve gereksinim duyduğu bütün hizmetleri yeterli derecede kullanabilmesi” olarak ifade edilebilir.

Hizmet sunanlar yönünden ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan bireylerin (sağlık profesyonelleri) gereksinim duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolayca ulaşabilmesi” anlamına gelir.

- **Kalite (Quality):** Sağlık hizmetlerinde kalite hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de kişilerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.

- **Süreklilik (Continuity):** Sağlık hizmetleri sadece tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık seviyesini geliştirmek amacıyla kişi ve toplumun sağlık durumlarının devamlı takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilir.

- **Verimlilik (Efficiency):** Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcıl kullanılması anlamına gelmektedir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, kişilerin hizmetten faydalanma imkânları arttırılır.

Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliğinden birisi sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve dışsallık niteliklerine sahip hizmetlerden oluşmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması, bu hizmetlerin insanlara özel yarar sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklandığı görölmektedir. Kişi muayene ya da tedavi olarak sağlık hizmetlerinin tüketilmesinde özel bir yarar sağlarken, toplum içinde sağlıklı kişilerin artış göstermesi topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Özel mal ve tam kamusal mal ve hizmetlerin niteliklerini birlikte göstermesi neticesinde, bu mal ve hizmetlere “karma mallar” adı da verilmektedir. Bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir veya pazarlanabilir özellikleri sebebiyle özel mala benzerken, birlikte tüketim vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması sebebiyle, tam kamusal mal niteliği de taşırlar (Şener, 1996: 57).

Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği ise, erdemli (merit) mal olma niteliğini taşımasıdır. Bir yaklaşıma göre, özel mal ve hizmetlerin belirli bir kısmının çok önemli olduğu düşünüldüğünden bu özel mal ve hizmetlerin piyasa sistemi tarafından üretilip satılması ile beraber, buna ilaveten kamu ekonomisinde finansmanı ve üretimi kabul edilmektedir (Akalin, 1981: 212). Sosyal açıdan önem gösteren, piyasa ekonomisi tarafından yeterli miktarda üretilemeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretimi mecburidir. Aksi halde çok büyük sosyal problemlerle yüz yüze gelinebilir. Erdemli mal ve hizmetlere örnek olarak konut olanaklarının sağlanması ve çoğaltılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, düşkünlere, gözleri görmeyenlere, yaşlılara, ücretli ya da düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmetleri sunulması gösterilebilir (Akdoğan, 2002: 48).

Sağlık hizmetlerinin dördüncü özelliği, sağlık hizmetleri talebinin belirli olmamasıdır. Sağlık talebinin ne zaman meydana geleceğini tahmin etmek oldukça zor bir durumdur. Bu durum sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerinin arz edenler ve talep edenler bakımından problem meydana getirmektedir. Talep edecek olan tüketicinin meydana gelecek hastalık durumu için belli bir miktar kaynağı önceden ayırması gerekirken, arz edenler bakımından ise, üretim seviyesinin belirlenmesi konusunda bir belirlilik yoktur. Bunun çözümü için sağlık sigortası sistemi getirilmiştir. Sigorta, talepteki belirsizliği çözerek sağlık hizmeti bakımından pazar şartlarını garanti altına alır. Bir diğer özelliği ise hizmet fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmamasıdır.

Sağlık; fiyatı belirlenemeyen, bundan dolayı iktisadi ölçülerin dışında olması gereken bir hizmettir (Kurtulmuş, 1996: 38-43).

4.1.5. Sağlık Hizmetleri Planlaması

Sağlık hizmeti planı, bir gayenin gerçekleştirilmesi için en iyi hareket biçimlerini seçme ve geliştirme niteliği taşıyan bilinçli süreçlerin hepsidir. Planlama ise, neyin, ne zaman, nasıl, nerede ve kim tarafından yapılacağını daha önceden karşılaştırmaktır. Hastane planlaması yalnızca bir bina yapımı dışında, ülkenin sağlık hizmetlerine katkısı ve diğer sağlık alt yapısını meydana getiren kurumlarla ilişkileri açısından da önemlidir.

Yapılan her sağlık tesisi sağlık sistemindeki etkileşimi değiştireceğinden, yeni hastane planlamalarında toplumsal ve çevresel ihtiyaçların tekrardan değerlendirilerek

güncel duruma getirilmesini gerektirmektedir. Asıl itibariyle hastane planlaması hareketli yapıda bir karar verme sürecidir. Planlama süreci kapsamında, yapılacak hastane için meydana getirilen planlama kararları; ihtiyaç tespit etme, yer tespit etme, finansman ve şirket kararları olarak bir veri değerlendirme evresidir (Arcan, 1998: 8).

Türk sağlık sistemi son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Var olan durum, rasyonel planlama süreçlerinin neticesi olmaktan çok, tarihi gelişmelerin sonucunda oluşmuştur. Sağlık hizmeti kamu kurumları, özerk kurumlar, özel girişimler ve insani yardım kurumları tarafından sunulmaktadır (Tokat, 1998: 19).

Hastane planlamasında, faaliyetlerin gruplanması için farklı plan ve fonksiyon tabloları kullanılarak ayırt ve birleştirme olanakları araştırılmalı, optimum kullanım sağlayan plan çözümlerine gidilmelidir. Değişik ihtiyaç ve isteklere gelince, bunlar da belli öncelikler veya tercihler, önem sırasına göre gerçekleştirilmelidir. Hastane şirketlerindeki ana gayenin hasta bakımı olması sebebiyle, bütün başka faaliyetler bundan kaynaklanarak, bunu desteklemek ve tanımlamak mecburiyetindedir. Hasta için gerekli (yeterli) bir iç çevre ve bu çevreyi meydana getiren koşulların temini zorunludur. Planlamadan uygulama safhasına değin doğru kararların verilmesi kolay olmamakta ve bu hususta herhangi bir hataya imkân vermemek amacıyla var olan gereksinimler için verilen kararların sebep ve ne kadar gerekli olduğunun yeterli derecede anlaşılmış olması gerekmektedir (Öcel, 1988: 1-7).

Planlama süreci şu durumları kapsamaktadır (Koçel, 2003: 25):

- Örgüt kaynaklarının değerlendirmeye tabi tutulması ve amaçlara ulaştıracak yolların tespit edilmesi
- Amaç ve hedeflerin tespit edilmesi
- Alternatiflerin (seçeneklerin) karşılaştırılması ve alternatifler arasından seçim yapma
- Misyon açıklamaları ve vizyon.

Bina yapımı planlanırken günümüz koşulların yanında, uzun seneler hizmet vereceğinden, gerek teknolojik yenilikler, gerekse nüfus artışı göz önüne alınarak, her süreçte gerekli ve tecrübeli uzman bir ekip tarafından ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır. Bu uzman ekip, çalışmalarını devam ettirirken hastaneyi kullanacak olan kişi ve

kişilerle (gözlem yaparak, görüşmelerle, soruşturma aracılığıyla, soru formları vb. gibi düzenlemelerle) işbirliği kapsamında olup onların da düşüncelerine önem verilmelidir. Diğer taraftan benzer hastane türlerinde yapılacak olan araştırma ve incelemeler bölüm başkanları ve doktorlar başta olmak üzere ilgili bütün işgören ile yapılacak olan görüşmelerdeki önerilerinin, kullanımdaki deneyimlerine dayanan istek ve gereksinimlerinin değerlendirilip veri olarak alınması hazırlanacak olan programa birçok faydalar sağlayacaktır.

4.1.6. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi

4.1.6.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960

1921 yılında Dr. Refik Saydam yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin ilk sağlık bakanı olmuş ve 1946 yılına kadar kurulan farklı hükümetlerde sağlık bakanlığı görevini yerine getirmiştir. Dönemin bakanı sağlık sisteminde önleme amaçlı sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim aracılığıyla, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimler vasıtasıyla gerçekleştirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır (Akdur, 2006: 29-30).

1936 yılında yürürlüğe konulan “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile sağlık bakanlığının merkez ve taşra örgütü oluşumunun tamamlanması sağlanmıştır (Şener, 2005: 16).

1949 yılında, karşılaşılan verem salgını vakalarını asgari seviyeye düşürebilmek ve toplumu geniş ölçüde bu hastalıktan koruyabilmek için “Verem Savaş Dispanserleri” önleyici sağlık hizmetleri kurumları olarak görev yapmıştır. Bu kurumlar ile orta vadede özellikle kentlerde önemli gelişmeler sağlanmıştır (Çakıcı, 2006: 90).

1946 ve 1960 arasındaki döneme asıl özellik kazandıran unsur ise Demokrat Parti’nin yürüttüğü sağlık politikalarıdır. Bu dönemde, özellikle hastanelerin koşullarının geliştirilmesi ve sayılarının artırılması için çok büyük çaba harcanmıştır. Ayrıca, İşçi Sigortalıları Kurumu, 1952 yılında elde ettiği yetkilerini sağlık alanında fiili olarak kullanmaya başlamıştır (Öztek, 2001: 62).

17 Haziran 1949 tarihinde yürürlüğe giren Emekli Sandığı Kanunu ile Maliye Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet vermeye başlayan Emekli Sandığı, devlet

memurlarının devlet tarafından sosyal güvencesini sağlamayı garanti altına almış, bu sayede sosyal güvenliğin kapsamı biraz daha genişletilmiştir (Yenimahalleli, 2007: 59).

Bu değişimlere paralel olarak Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlara üye olunmuş, bu sayede diğer farklı ülkelerde uygulanmakta olan sağlık politikaları daha yakından irdelenerek, uygulamalardaki yeni gelişmelerin yurt içine adapte edilmesi hususunda fikir alış-verişi sağlanabilmiştir (Sevim, 2006: 25-26).

4.1.6.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980

27 Mayıs 1960 tarihinde gerçekleştirilen ihtilal ile ordunun yönetime el koyması neticesinde Türkiye'nin ekonomik, siyasal ve sosyal hayatında tamamen yeni bir dönem başlamıştır. Bu dönemi biçimlendiren esas temeller ise 1961 Anayasası ve yeni kurulan Devlet Planlama Teşkilatı'dır. Devletin ekonomik ve sosyal hayatta üstleneceği roller 1961 Anayasası ile yeniden tanımlanmıştır.

Devletin dâhil olduğu ve olacağı faaliyetlere ilişkin düzenlemelerde sosyal devlet olgusu esas alınmıştır (Boratav, 2008: 118). Sağlık sistemi de sosyal devlet anlayışı bünyesinde kamu sektörünün etkin ve aktif bir şekilde sorumluluk alması gerektiği düşünülen alanlardan biri haline gelmiştir (Akdur, 2006: 32-33).

1961 Anayasası'nın 49. Maddesinde belirtildiği üzere, “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yasayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir (1961 Anayasası, Madde 49)” denilmekte, tüm vatandaşlara sağlık hizmetleri sunumunun devletin görevleri arasında olduğu belirtilmektedir.

5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”da da sağlık hizmetlerinden yararlanılması hususunda İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne vurgu yapılmış, sağlık hizmetlerinin sosyal adalet temel alınarak yeniden şekillendirileceği “sosyalleştirileceği” belirtilmiştir (224 Sayılı Kanun, Madde 1). Buna paralel olarak 1963 yılı itibarıyla yürürlüğe konulan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu” kapsamında her türlü sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasına, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkenin dört bir yanına ulaştırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca bu kanun ile tüm sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda olduğu, bundan dolayı sistemde devletin etkin bir şekilde görev üstlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Sayan, 2008: 123-124).

224 sayılı Kanun'a göre sosyalleştirme, vatandaşların, sağlık sigortası kapsamında ödedikleri primler ile kamu bütçesinden ayrılan kaynaklara bağlı olarak tamamen ücretsiz ya da sağlık masraflarının bir kısmını ödemesi suretiyle her türlü sağlık hizmetinden faydalanmasını ifade etmektedir (Öztek, 2001: 119).

Diğer bir deyişle, 1961 yılında yapılan bu düzenlemeye göre her türlü sağlık hizmetinin sunumu tek elden yürütülmek koşuluyla devlete bırakılmış, finansmanının ise ödenen sigorta primleri, bütçeden ayrılacak kaynaklar ve vatandaşların ödeyecekleri katkı payları ile yapılabileceği varsayılmıştır. Bunlarla birlikte, basit düzeyde tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü sağlık ocaklarının her bir köye kurulması ve bu yolla hizmet sunumunun daha fazla yaygınlaştırılması öngörülmüştür (Orhaner, 2006: 6).

Sosyalleştirme çalışmalarının pilot uygulamasının ilk örneği 1963 yılında Muş'ta gerçekleştirilmiştir. Bunu takip eden beş yıllık süre zarfında sistemin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Özellikle uygulanmaya başlanmasından itibaren geçen iki yıllık sürede sosyalleştirme çalışmaları başarıyla yürütülmüştür (Eren, 1985: 116-117).

1971 yılında 1479 sayılı Kanun gereği esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanları sosyal güvenlik kapsamına dahil edecek şekilde Bağ-Kur devreye sokulmuştur. Bu sayede sosyal güvenlik ve sağlık sigortası planlamasında İşçi Sigortalıları Kurumu ve Emekli Sandığı haricinde üçüncü bir ana kuruluş faaliyet göstermeye başlamış, sistemin çok başlılığı arttırılmıştır (Yenimahalleli, 2007: 59).

Ülkemizde 1960 ile 1980 yılları arasındaki dönemin diğer bir önemli belirleyicisi Devlet Planlama Teşkilatı'nın hayata geçirilmesi ve bu sayede planlı kalkınma sürecine geçilmiş olmasıdır. Türkiye'de 1960 yılından başlayarak sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınma sürecinin daha etkin bir biçimde işleyebilmesi ve ekonomik hayata kamu müdahalesinin planlı ve sistemli bir şekilde uyarlanabilmesiyle toplumsal refahın arttırılabilmesi için kalkınma planlarının yapılması ve uygulanması benimsenmiştir. Bu kapsamda 1960 yılında Başbakanlık bünyesinde kurulan Devlet Planlama Teşkilatı, hazırladığı beşer yıllık planlar ile sosyal ve ekonomik yapının oluşumunda rol oynamaya başlamıştır (www.dpt.gov.tr).

4.1.6.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2003

Türkiye’de sağlık reformları 1980’lerde başlayan, halen süren bir süreçtir. Fakat bu süreci yalnızca Türkiye ile sınırlandırmamak gerekmektedir. Neoliberal ekonomi politikalarının sağlık sistemine olan etkilerinden biri de 80’lerde öne sürülen ve 90’larda uygulanmaya başlanılan sağlık reformlarıdır. Dünyada gelişmekte olan devletler ve özellikle sosyalist rejimden dönuşen ülkelere yapısal uyum programları kapsamında sağlık reformlarını uygulamaları dayatılmıştır. Sağlık Reformları; sağlık hizmetlerinin finansmanının vergiler yoluyla değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı paylarıyla finanse edilmesini, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, sağlıktaki işgücünün esnekleşmesini ve performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasını önermektedir. Türkiye’de 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yasası ile ilk olarak başlayan, sağlık reformları 90’ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikaların uygulanması ile kamu sağlık hizmetlerinin çöküş sürecini hızlandırmıştır (Çiçeklioğlu, 2011: 67).

4.1.6.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2003-Günümüze Kadar

Ülkemiz sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası, dünyayı etkisi altına alan neo-liberal politikalar doğrultusunda radikal değişiklikler gerçekleştirmiştir. Sağıktaki reform hareketleri olarak başlatılan çalışmalar, 2003 yılında Sağıktaki Dönüşüm programı adı altında hızla uygulamaya yansıtılmıştır. Bu dönemde Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak sağlık finansmanı tek elde toplanmış, özel sektör sağlık hizmeti sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında hizmet sunma imkanlarını genişletmiştir.

2005 yılında yapılan yasal düzenleme ile (5283 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun) birinci basamak hizmetlerin yürütülmesi sorumluluğu ‘aile hekimlerine’ bırakıldı.

2010 yılı Aralık ayında tüm illerde uygulanmaya başlayan bu sistemde, kimliği ve görev alanı yasa ile tanımlanmış hemşirelere, eğitimi, işlevleri ve kanunları birbirinden farklı mesleklerle birlikte (ebeler ve acil tıp teknisyenleri) vasıfsız iş gücünü çağrıştıran ‘aile sağlığı elemanı’ adı ile yer verildi.(Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010 R.G. Sayı:27591). Aynı yönetmelikte halk sağlığı hemşireliği görevlerinin yer almadığı ve temel sağlık hizmetlerinde sorumlulukları

yerine getirecek nitelik taşımadığı görülmektedir. Bu sayede hemşireler, sağlıklı birey ile karşı karşıya kaldığı eğitici, danışman ve rehberlik rollerini bağımsız gerçekleştirecekleri uygulama alanından yoksun bırakılmıştır (Yıldırım, 2014).

2006 yılında döner sermaye ve performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilerek sağlık çalışanlarının performansının artırılması hedeflenmiştir. Türkiye’de sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti niteliğini ve bütünlükçü özelliğini yok ederek, devletin garantisi ve koruması altından çıkarıp, piyasa şartlarına terk etmiş, sağlık hizmetini kamusal hizmet olmaktan çıkararak kar amaçlı bir sistem haline getirmiştir (Çiçeklioğlu, 2011: 68). Ağırlıklı olarak hekim odaklı geliştirilen performans sisteminde, hekimlerin hasta üzerinde her türlü girişimleri puanlamaya esas alınırken, hekim dışındaki sağlık çalışanının performansı kurumsal puan üzerinden değerlendirilmiştir. Performansa dayalı bu sistem hem disiplinlerin kendi ilişkileri hem de disiplinler arası ekip ilişkilerini ve iş başarısını olumsuz etkilemiştir (Yıldırım, 2014).

Sağlıkta Dönüşüm programının son aşaması, Kasım 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Yapısının belirlenmesine ilişkin 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirildi. Verilen sağlık hizmetinin sorumluluğu, Devletin geleneksel bürokratik yapısından tamamen bağımsız bir yapılanma ile Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan kurum ve kurullara devredildi. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve birliklere dönüştürülen hastanelerin üst yönetimleri sözleşmeyle istihdam edilen yöneticilere devredildi.

Bu değişimle ülkemizde bir ilk gerçekleşti ve devlet memuru statüsündeki çalışanlar, sözleşmeli statüdeki yöneticilerin denetim ve gözetimine bırakılmış oldu. 663 sayılı kararnamede, hemşire adı geçmediği gibi başhemşirelik statüsü, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü altında var olan ve hemşireliği temsil yetkisinde tek kurum olan Hemşirelik Daire Başkanlığı ortadan kaldırıldı ve Hemşirelik ve Ebelik Danışma Kurulu’na da yer verilmediği görüldü.

Kamu Hastane Birlikleri organizasyon yapısında hastanenin üst yönetimi, “hastane yöneticisi” ne bırakılırken, başhekimler sadece tıp hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olurken, idari ve mali hizmetler ayrı bir müdürlük olarak tanımlandı ve tıp dışında kalan hizmetlerin yönetimi ise sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü altında toplanmıştır. Türk Hemşireler Derneği söz konusu yapılanmaya karşı

durmuş ve hemşirelik hizmetlerinin hemşire yöneticiler tarafından yönetilmesi ve “başhemşirelik” ya da “hemşirelik müdürlükleri” statüsünün yasada tanımlanması konusunda yazılı ve sözlü bildirimlerde bulunmuştur. Buna karşılık bakanlık yetkilileri, sağlık bakım müdürlüklerine hemşirelerin görevlendirileceği yönünde sözlü bildirimlerde bulunmuşlardır. Fakat bu görevlendirmelerde mesleki yeterlilik ve yetkinlik kriterleri esas alınmadığı gibi bir kısmında hemşirelik mesleği üyesi olmayan kişilerin sağlık bakım müdürlüklerine getirildiği görülmüştür (Yıldırım, 2014).

4.2. Hemşirelik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi

İlk çağlarda sağlık uygulamalarının sihire dayalı ve folklorik girişimler şeklinde olduğu görülmekte, hayır işleriyle uğraşan kadınların yanı sıra, doğumları gerçekleştiren, bazı dini törenleri yöneten, buralara sığınanların bakımını yürüten, tapınaklarda görev alan kadınlarda bulunmaktaydı. Eski Yunanistan’da tıp ilahi kabul edilen Asklepios’un oğulları cerrahlık yaparken, ailedeki kadınlar da hasta bakımı görevini üstlenmişlerdir. Hekimlik, sihir ve büyüden ayrılıp bir bilim haline dönüşmeye Hippocrates’le (MÖ.460-370) başlamıştır (Şentürk, 1990).

18. yy.da J. Howard ve Elizabeth Fry’n mahkûmlarla ilgili çalışmaları, Bayan D. Dix’in akıl hastaları ile ilgili çalışmaları, hemşirelik gelişimine ışık tutmuştur (Velioğlu, Babadağ 1998).

Cumhuriyet dönemiyle birlikte modern hemşirelik kurulmaya ve gelişmeye başlamıştır. 18. y.y.’da endüstri devriminin hızlanmasıyla orta sınıf çoğalmış, üst ve orta sınıf insanları hasta bakımı gibi yardımsever rolleri üstlenmişler, onlarla ilgilenmişlerdir.

1800’lü yılların başında bilgisiz, yoksul ve ayyaş kimselerin bakımı altında olan hastaların durumu, hastanelerin fizik yapısının bozukluğu, anestezinin henüz yaygınlaşmamış olması, hastaların hijyenik şartlarındaki yetersizlikleri, aynı zamanda savaş sebebiyle yaralanan askerlerin durumu gibi çeşitli olaylar küçük yaşlardan beri hasta ve çaresiz insanlara yardım etme isteğiyle dolu olan ve soylu bir aileden gelip iyi bir özel eğitim görmüş olan Florence Nightingale’i daha da duyarlı kılarak hemşireliğin gelişmesinde katkıda bulunmaya yöneltmiştir.

Modern hemşirelik tarihi, Florence Nightingale ile başlamıştır denilebilmektedir. O’nun zamanına kadar hemşirelik, toplumun kötü gözle baktığı ve hizmetçilik olarak algılanan bir işti. Fakat 18. yüzyılın sonlarında, çeşitli Avrupa ülkelerinde çağdaş

hemşireliğin uluslararası başlangıcı olarak nitelendirilen olumlu çalışmalar başlatılmış bulunmaktaydı. Nightingale'in rahibe hemşirelerin yürüttükleri çalışmalardan faydalandığı ve esinlendiğini unutmamak gerekmektedir. 19. asrın ortalarında, meşhur sosyal reformcu ve yardımsever Florence Nightingale, hemşireliğin bağımsız bir meslek olarak kurulması gerektiğini öne sürmüştür. Bu enerjik ve icracı kadın, günümüz hemşirelik sürecinin prensip ve uygulamalarını tanımlamıştır. O'nun sistemli çalışmasındaki etkinlik Kırım Savaşında önemli bir rol oynamıştır. Nightingale'in faydalı araştırmalarına bağlı olarak, Kırım Savaşından sonra hemşirelik bir meslek olarak algılanmaya başlanmıştır (Ulusoy ve Görgülü, 1997: 9).

Ayrıca Nightingale hemşirelikte ilk kuramcı olarak değerlendirilmektedir. Nightingale, görüşlerini kuram olması için ortaya koymamıştır, fakat bu görüşler hemşireliğe bir çok değişik boyut kazandırmıştır. Nightingale'in öneminin bir başka yönü ise hemşirelik hakkındaki görüşlerinin bugün bile geçerli olmasından kaynaklanmaktadır (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000: 7).

Sağlık hizmetlerinde geçmişten günümüze kadar gelen değerler, bu kişiyle gözler önüne serilmektedir. Bu kişinin fikirlerinin halen daha korunması hemşirelik mesleğinin önemini ortaya koymaktadır.

4.2.1 Türkiye’de Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de hemşire kelimesi 1910’lu senelerde kullanılmaya başlamıştır. 1900’lü senelerde Gülhane Seririyat Mektebi ve Hamidiye Etfal Hastanesi’ne Almanya’dan Şvesterler gelmiştir. Kız kardeş ve rahibe anlamına gelen bu kelimenin karşılığı Türkçe’de hemşire olmuştur. Bu hemşireler kısa zamanda bilgi ve çalışkanlıkları ile beğenilmiş ve kabul edilmiştir. “Tıp camiasının önceleri şvester olarak hitap ettikleri bu hanımlara zamanla bunun Türkçe karşılığı olan hemşire olarak söylenmeye başlamıştır. Bu tarihten önce çoğunlukla bu görevi yapanlara“ kadın hastabakıcı”, “hastabakıcı”, “inas hademe” ya da yalnızca “hademe” kelimeleri kullanılmaktaydı” (Altıntaş, 1998: 373).

1911 yılında Türkiye’de gönüllü hasta bakıcı kursu açılmış ve ilk formal hemşirelik eğitimine başlanmıştır. 6 ay süren kurs sonunda sertifika alan Müslüman Türk kadınları ilk defa Balkan Savaşı (1912) ve Çanakkale Savaşı (1915-1916) sırasında hasta bakımına katılmışlardır. Ülkemizde ilk profesyonel hemşirelik

hizmetinin farklı yabancı dillere sahip, mesleki eğitim almış **Safiye Hüseyin Elbi** tarafından Çanakkale Savaşında verildiği bilinmektedir. Safiye Hüseyin Elbi savaş zamanında sadece Türk askerlerine değil tüm dünya askerlerine hizmet vermiş olması hemşirelik bakımının evrenselliğini göstermektedir (<http://www.comu.edu.tr/duyurular/detay.php?id=7519>).

1920 yılında, Türkiye’de ilk defa Amiral Bristol Hastanesine bağlı hemşire okulu açılmış ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanarak meslek lisesi denkliği kazanmıştır. Cumhuriyet döneminde açılan ilk hemşire okulu, Kızılay Hemşire Okulu’dur (21.2.1925). Eğitim süresi iki yıl üç ay olan bu okula kabul şartları, okur-yazar, iyi ahlak sahibi ve vücutça sağlam olmaktı. İlk askeri hemşire okulu Milli Savunma Bakanlığınca 1939 yılında açılmış fakat bütçe sorunları nedeniyle 1947’de kapatılmıştır. 1946 yılında yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere Sağlık Meslek Liseleri açılmıştır. 1957 yılında Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı (S.S.Y.B.) bünyesinde hemşirelik eğitimi v.b. konuları görüşmek üzere Hemşirelik İstişari Konseyi kurulmuştur (Ulusoy, M. Filiz. (1998).

Hemşire okuluna kabul şartları incelendiğinde iyi ahlaklı olmak da şartlar içerisinde ve çok belirsiz anlamlı bir şarttır ve bu mesleğin bütün zamanlarını belirleyen bir toplumsal norm ölçütü olarak kalmıştır. İyi ahlaklı olmanın ilk ve öncelikli anlamı “namus”lu olmak, namuslu olmak ise bir erkeğe ait olmak anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle, ücretli işgücü piyasasına toplumsal olarak girecek kadınların beden kontrolleri de artık norm seviyesinden yasa seviyesine geçmiştir. Gelenekleriyle kadına edilgin bir rol veren ve erkeğe bağımlı kılan toplum, hem kız hem erkek çocukları bu değerler ve anlayış doğrultusunda yetiştirmektedir (Aziz, 1994: 5).

Türkiye’de yükseköğretimde hemşirelik eğitiminin başlaması bir gereksinimden dolayı ortaya çıkmamış, Florence Nightingale Hemşirelik Okulları ve Hastaneleri Vakfı gibi kimi uluslararası kuruluşların tesiri ile olmuştur. 1950’lerde lisans ve yüksek lisans eğitimlerini tamamlayabilmek için Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Kolombiya Üniversitesine burslu şekilde 12 hemşire gitmiş ve daha sonra bu hemşireler ülkemizde ABD hemşirelik modellerine dayalı hemşirelik programlarını kurmuşlardır.” (Ergöl, 2011).

1955 yılında, ilk yüksekokul Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ile başlamıştır. Avrupa’da da ilk üniversite düzeyinde açılan hemşirelik okuludur.

Bunu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu takip etmiştir. 1992 yılına kadar sadece altı adet hemşirelik yüksekokulu ve üniversitelere bağlı önlisans hemşirelik programları ile Açık Öğretim Fakültesi ön lisans programı öğrenime başlamıştır (Ergöl, 2011).

1968 yılında, ilk kez Hacettepe Üniversitesinde Hemşirelikte yüksek lisans, 1972’de doktora programlarının başlaması ile 1972’de ilk doçentlik, 1978’de ilk Profesörlük unvanı alınması gerçekleşmiştir. 1982 yılında Atatürk ve Cumhuriyet Üniversiteleri HYO’ları açılmıştır. 1985 yılında “Muvazzaf Askeri Yüksek Hemşire” yetiştirmek üzere Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) HYO’ları açılmıştır. Hemşirelik Yüksekokullarına, sağlık meslek lisesi ve lise mezunları üniversite giriş sınavlarıyla (sayısal puan) kabul edilmektedir. 4 yıllık eğitim süresinin sonunda mezunlarına, ’’Hemşirelikte Lisans’’ diploması verilmektedir (Kocaman, G. (2004).

Sağlık Bakanlığı’nın 1992 yılında gerçekleştirdiği 1. Ulusal Sağlık Kongresi’nde belirlenen hedefler doğrultusunda “sağlık eğitimini yeniden yapılandırma projesi” başlatılmış; ülkemizin gereksindiği hemşire ve ebe eğitiminin üniversitelerde yapılmasına karar verilmiştir. Bu gelişmeleri takiben Yüksek Sağlık Şurası 185/1 sayılı kararı (Mayıs 1995), Bakanlar Kurulu kararı (Kasım 1996) ve YÖK ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokolle (Kasım 1996), ulusal ve uluslararası kararlar temel alınarak, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Meslek Liseleri, lisans eğitime dönüştürülmek üzere üniversitelere devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı ile YÖK arasında yapılan protokol ile Sağlık Meslek Liselerinin hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerine; Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları’nın, hemşirelik ve ebelik programlarına; Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, hemşirelik programına öğrenci alınmasına son verilmiştir (Ergöl, 2011).

Ülkemizde Türk Hemşirelik eğitimine yeni bir statü daha eklenmiş ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu aynı isimle Hemşirelik Fakültesi olmuştur (2011).

Bu gelişmeyi Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine dönüşerek takip etmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi altında bölüm olarak kalan ve halen Yüksekokul olarak faaliyet gösteren bazı okulların fakülte olma yönünde ümitlerini canlandırmaktadır.

Hemşirelikte ilk mesleki örgütlenme ise 1933'te gönüllü hemşireler tarafından kurulan Türk Hastabakıcılar Cemiyeti'dir. Bu cemiyet, 1943 tarihinde yeniden organize edilmiş ve adı Türk Hemşireler Derneği olarak değişmiştir. (<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/thd/tarihce.aspx>)

4.2.2. Hemşirenin Tanımı, Türkiye’de Hemşirelik ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Uluslararası Kararlar Avrupa Direktifleri

Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre sağlık kuruluşunda, evde, okulda, iş yerinde her yaşta hastanın, sakatın duygusal, toplumsal ve bedensel ihtiyaçlarına göre hizmet veren köyde ve şehirde, bireylere ve ailelere sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapan onlara destek olan, Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen veya denkliği kabul edilen Türk ve yabancı okullardan mezun olan meslek sahiplerine "hemşire" adı verilmektedir (Velioğlu, 1982: 24).

Hemşirelik kanununa göre; hastanın iyileşmesini sağlayacak olan psikolojik ve tıbbi bakımlardan bilgi ve donanımda, ülkemizde yer alan üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiş ve öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilmektedir. Hemşireler servislerindeki hastane hizmetlilerinin, tedavi ve bakımının birinci derecede başıdır. Günümüzde dünyada tartışmasız kabul edilmiş bir gerçek, sağlık bakımında ve sağlık ekibi içinde, hemşirenin önemli ve temel unsurlardan biri olduğudur. Hemşireler hastanelerdeki en kalabalık sağlık çalışanlarıdır.

Hastanelerin vazgeçilmezleri arasında kurumun verimini, kalitesini ve başarısını çoğaltabilen en güçlü etki sistemleridir (Aban, 1986: 16).

Dünya Sağlık Teşkilatı Hemşirelik Uzman Komitesinin beşinci raporuna göre "Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını bitirmiş olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi hastanın bakımı ve sağlık seviyesinin artırılması için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili şahıstır" şeklinde ifade edilmiştir (Şentürk, 1986: 16). Hemşireliğin çok sayıda tanımı bulunmaktadır. Bazı yazarların tanımlarına göre hemşirelik; kişinin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık durumunda iyileştirme, rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire

aynı zamanda sağlık ekibinin tedavi edici ve eğıtsel planlarını geliştirme ve uygulamaya da katılmaktadır.

Uluslararası Hemşirelik Birliği' ne (ICN) göre ise hemşire, "sağlık seviyesinin artırılması, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlamak, sağlamak ve değerlendirmekte becerilidir ve Sağlık Bakanlığı'nın bir yesi olarak görevli ve yeterlidir" şeklinde ifade edilmiştir (Velioğlu, 1982: 34).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses=ICN) ulusal temsilcilerin toplantısında hemşirelik hizmetlerinin içeriği şu şekilde ifade edilmiştir: Sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak, bütün sağlık kuruluşlarında ve toplumda, her yaştaki insanların sağlığının geliştirilmesini, hastalıkları önlenmesini ve fiziksel, mental hastalığı olanların veya yetersizliği olanların bakımını kapsamaktadır (Doğan, 1995: 10).

Bu tanıma göre hemşireler;

- Fiziksel ve mental hastalığı olan kişilere bakım vermek,
- Sağlık bakımı ile ilgili eğitim vermek,
- Sağlık ekibinin bir yesi olarak, sağlıkla ilgili bütün faaliyetlere katılmak,
- Kendi personelini eğitmek, (hemşire ve bakıma yardımcı diğer kişileri)
- Sağlıkla ilgili çalışmalara iştirak etmekle yükümlüdür."

4.2.2.1. Türkiye'de Hemşirelikle İlgili Yasal Düzenlemeler

Yasalar, devletin yasama gücü tarafından konulan, herkesin uyması zorunlu olan yaptırıma bağlı kuralların her biri, kanun; düşüncenin mantıksal bir değer olması için uyulması zorunlu olan temeldir (<http://yasa.nedir.com/>).

Meslek yasaları ise, mesleğin ne olduğu, meslek kimliğinin ne olduğu ve bu kimlikteki rollerin ne olacağı konularında mesleğe özgü düzenlemeleri kapsar. Meslek yeleri yasanın verdiği yetki ve sorumluluk sınırları içindeki uygulamaları ile ilgili hesap sorma ve hesap verme hakkını bu yasalar ile elde eder.

Ülkemizde hemşirelik mesleği meslekleşme sürecini henüz tamamlamamıştır fakat mesleğe özgü bir yasaya sahip olma noktasında bir adım nde ve ayrıcalıklıdır.

1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, o dönemin koşulları değerlendirildiğinde kabul edilebilir düzeydedir. Ancak geçen zaman içinde, güne uygun önemli değişiklikler yasanın güncellenmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Hemşireliğin sahip olduğu yasa, güncelleme hakkına 17 yıllık bir sürenin sonunda ulaşmış ve bunu 2007 yılında gerçekleştirmiştir.

Bu yenilenen Hemşirelik Yasası'nda özetle; hemşirelik eğitiminin lisansa dönüştürülmesi; yaş sınırı ve cinsiyet ayrımının ortadan kaldırılması; hemşirenin görev tanımı mesleki amaçlara uygun olarak düzenlenmesi, lisansüstü mezunların uzman hemşire olarak çalışma hakkı gibi önemli değişiklikler sağlanmış, fakat sayısal açık olduğu gerekçesi ile meslek liselerinin hemşirelik programlarına 5 yıl süre yeniden öğrenci alınması, eğitim standardizasyonu ile ilgili beklentileri hayal kırıklığına uğratmıştır.

Hemşirelik Yasasının güncelleşmesini izleyen süreçte, eğitim sistemine ilişkin yaşanan üzücü diğer bir gelişme ise, açık öğretimle hemşirelikte ön lisans tamamlama hakkının verilmesi olmuştur. Ancak verilen eğitimin niteliği, örgün eğitimle lisans tamamlayan hemşirelerin uygulamayı adil bulmamaları, sağlık teknikeri gibi disiplinlerin bu haktan yararlanma talepleri ile gelecekte sağlık meslek lisesi mezunlarının aynı yönde beklenti içinde olacakları endişe yaratmaktadır. Nitekim Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi tarafından hemşirelikte lisans tamamlama programlarına 2012 yılında yapılan başvurularda ön koşul olarak Sağlık Teknikerliği (Çevre Sağlığı) diplomasına sahip olma kriterini koyması endişelerin yersiz olmadığını göstermektedir.

Sağlık bakanlığı himayesinde ve Türk Hemşireler Derneği temsilcilerinin yer aldığı bir komisyonun 10 aylık çalışması sonucunda 8 Mart 2010 tarihinde Resmi Gazetede Hemşirelik Yönetmelikleri yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından son şekli verilen yönetmelik, meslek alanının kapsamını belirleme ve profesyonel rollerin tanımlanmasında önemli açılım sağlamakla birlikte, bütünlük açısından bazı çelişkileri içermektedir. Hemşireliğin kapsamı, hemşire, başhemşire, sorumlu hemşire görev ve yetkilerini genel bakış açısıyla ele alan, birimlere özel görev tanımları ve hemşirelik girişimleri 19 Nisan 2011 tarihinde yayınlanmıştır.

2012 yılında beş yıl süresini doldurmasına karşılık, siyasi otoriteler tarafından yine aynı sayısal açık gerekçesi ile Sağlık Bakanlığınca uzatma kararı verilmiş ve

Kasım 2012 tarihinde çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile meslek liselerinin hemşirelik programlarına beş yıl süre ile devam kararı alınmıştır.

Bu kararın açıklanmasıyla 339'u Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde olmak üzere çok sayıda özel sağlık meslek liselerinin açılmasına neden olmuştur. Türk Hemşireler Derneği orta öğretim programlarında meslek eğitimi alan çocuk ergen yaştaki kişilerin, tehlikeli iş kolu sayılan sağlık hizmetlerinde çalıştırılmasının fiziksel, duygusal, bilişsel, toplumsal ve ahlaki gelişimleri açısından tehdit oluşturduğu gerekçesi ile eğitime son verilmesi yönünde hukuki girişimlerini başlatmıştır (Yıldırım, 2014).

4.2.2.2. Hemşirelik ile İlgili Uluslararası Kararlar Avrupa Birliği Direktifleri

Avrupa Birliği tarafından yayınlanan 77/452/EEC bölüm başlıkları şu şekildedir; Faaliyet alanı, genel bakımdan sorumlu hemşirelerin diploma, sertifika ve nitelik belirten diğer resmi belgeleri, mevcut durum, akademik unvanın kullanımı, genel bakımdan sorumlu hemşirelerin faaliyetleri ile ilgili olan yerleşme hakkının etkili uygulanmasını ve hizmet serbestisini kolaylaştıracak, son hükümlerdir.

4.2.2.2.1. 77/452/EEC Sayılı Konsey Direktifinin Yerleşim Hakkı ve Hizmet Serbestisi

Bu direktif, hastanın genel bakımdan sorumlu hemşirelerin yerleşme hakkı ve hizmet Serbestisini kolaylaştıracak tedbirleri içeren ve bu amaçla diplomaların, sertifikaların ve mesleki niteliklerini belirten diğer resmi belgelerin karşılıklı tanınmasına dair konsey direktifidir (<http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/abk.portal?vpage=calismalarimiz&id=2.2>).

4.2.2.2.2. 77/452/EEC Sayılı Direktife Göre Diploma ve Sertifikalar

Direktifte, konu ile ilgili aşağıdaki tanımlamalar yapılmıştır: Karşılıklı Tanımı: Her üye devlet, diğer üye devletler tarafından, üye devletlerin vatandaşlarına verilen diploma, sertifika ve nitelik belirten diğer resmi belgeleri tanıyacaktır.

Önceki çalışmaların Teşviki/Tanınması: Üye devletlerin vatandaşlarının, diploma, sertifika vb. belgelerinin, minimum eğitim koşullarını karşılamaması durumunda; Her üye devlet, söz konusu kişinin direktifin yayınlanmasından beş yıl öncesine kadar arka arkaya üç yıl genel bakımdan sorumlu hemşirelerin faaliyetlerinde yasal olarak bulunduklarını belirten bir belgeyi yeterli bir kanıt olarak tanıyacaktır. Yasal Akademik Unvanın Tanınması: Menşei üye devletin veya geldikleri üye devletin profesyonel unvanı kullanma hakkına sahip olmalarını sağlayacaktır.

Bir belgeyi yeterli bir kanıt olarak tanıyacaktır. Resmi Prosedür Süresi: Hemşirenin faaliyetlerine başlamasına veya sürdürmesine izin veren prosedür, bu prosedür sonucu yapılan başvuru sonucu ortaya çıkan gecikmelerin etkisi altında kalmadan, mümkün olduğu kadar çabuk ve bu kişi ile ilgili bütün dokümanların ibraz edilmesinden sonra üç aydan geç olmamak üzere tamamlanmalıdır. Yetkili Makamların Karşılıklı Bildirimi: Direktifte belirtilen doküman ve bilgiler gibi diploma, sertifika ve diğer resmi belgeleri vermeye ve almaya yetkili makam ve kuruluşları belirtecek ve derhal üye devletlere ve komisyona haber verecektir (<http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/abk.portal?page=calismalarimiz&id=2.2>).

4.2.2.2.3. 77/453/ EEC Sayılı Konsey Direktifine Göre Mesleki Nitelikler

Genel bakımdan sorumlu hemşirelerin faaliyetleriyle ilgili kanun tüzük ve yönetmeliklerin koordinasyonu ile ilgili konsey direktifidir. (Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı: 39) (http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/2_turkiye_ab_iliskileri/2_2_adaylik_sureci/2_2_2_ulusal_program/2_2_2_1_2001/ulusal_program_2001_cilt_2.pdf).

4.2.3. Hemşirenin Görev ve Sorumlulukları

Toplumun sağlık hizmetlerini karşılamada hemşirelerin sorumluluk alanlarının genişlemesi ile sağlık ekip üyeliğinde aktif bir işbirliği gelişerek sağlık hizmetlerini daha verimli, erişilebilir yöntemlerle geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Hemşirelik Kanunu Madde 6'ya göre hemşirelerin görev ve sorumlulukları şu şekildedir (27515 sayılı Resmi Gazete Tarihi: 08.03.2010 tarihli hemşirelik yönetmeliği,m.4):

- Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

- Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

- Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

- Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

- Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

- Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

- Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

- Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

- Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

- Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.
- Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

4.2.3.1. Hemşirelik Mesleğinin Sorunları

Hemşirelik mesleğinin sorunları aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir (<http://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/meslek-org/tr-ebe-ve-hemsirelerin-sorunlari-ve-cozum-onerileri-6-51-53170.html>):

- Hemşire ve ebelerin iş gücünün planlanması, eğitim, araştırma, özlük haklarının korunması, bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve kalitesinin artırılmasına yönelik; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nda ve Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliklerinde temsil edecek birimlerin bulunmaması.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği bünyesindeki hastanelerinde “Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü” kadrolarına atama kriterlerindeki uygunsuzluk.
- Hemşirelik ve ebelik hizmetleri alanında çalışanlarının ücret yetersizliği.
- Hemşirelik ve ebelik alanında nitelikli iş gücünün yetersiz olması.
- Sağlık Bakanlığı Etik Kurul ekibinde ve Yüksek Sağlık Şurasında hemşirelerin yer almaması.
- Hemşirelerin özel dal ve uzmanlık alanlarına göre istihdam edilmemesi.

Prof.Dr. Aytolan Yıldırım profesyonel hemşirelik konusunda verdiği bir seminerde hemşirelik mesleği ve yaşanan sorunlarla ilgili olarak şunları ifade etmiştir: (<http://www.zirve.edu.tr/tr/haberler/-hemsirelik-bir-sanattir>).

“Türkiye’de hemşirelik mesleği ile ilgili ciddi sıkıntılar var. En temel sıkıntı ise eğitim noktasında. Türkiye’de 13 farklı alandan mezun olan kişiler hemşirelik unvanı ile çalışıyorlar bunların arasında lise mezunları da var. Hemşirelikte temel eğitim üniversite düzeyinde olmalı.” ifadelerinde bulundu. Sadece Türkiye’de hemşirelik mesleği 17 yaş altı yaş grubundan alım yapıyor.” diyen Yıldırım sözlerine şöyle devam etti; “Hemşirelik mesleği güçlü bir irade ve sabır gerektiriyor bu küçük yaşta kaldırılabilir bir sorumluluk değil. Türkiye’de çok sayıda hemşire var ama bu sayıya

oranla ortaya konulan ürün ve hizmet çıktısı çok düşük. İş tanımının fazlalığı hemşirelik mesleğini daha güçlü yapmıyor, tanımlanan bir alanda güçlü olmak gerekiyor.”

Hemşireler, günümüzde sağlık bakımı vermenin yanında teoriler geliştirme, araştırmalar yapma, politik aktiviteler ve mesleki örgütlere katılma gibi profesyonellerin yerine getirdiği birçok işlevi yerine getirmektedirler. Bu aktivitelerin profesyonel bir şekilde yerine getirilmesi ancak profesyonel hemşirelik eğitimi ile sağlanır. Profesyonel hemşirelik eğitimi, klinik ve kavramsal beceri, kültürel ve mesleki bilgi ve bireyin değerler sistemi üzerine odaklanır (Karadağ ve Uçan 2006; Özlük 2006).

4.2.3.2. Hemşirelik Mesleğinin Geleceği

Hemşireliğin bakımda istenen ve de tercih edilen bir meslek grubu olması, hemşirelerin markalaşmalarına sebep olabilmektedir. Hastalar hemşirelik servisini en iyi şekilde sunan hastaneleri, sağlık danışma birimlerini tercih edecekler ve bu markaya ulaşmak arzusunda olacaklardır. Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile yapılan farkındalık projelerinde yer almaları 21. Yüzyılda bütün mesleklerden beklenen bir hamledir. Bu sebeple hemşireler insanla iç içe olduklarından dolayı gelecekte sağlıkta farkındalık etkinliklerini daha iyi yönetebilen lider olma şansına da sahiptirler. Modern teknolojinin hayatımıza bu kadar yerleşmesiyle beraber kimi meslek gruplarında insan gücünün yerini makineler almış durumdadır. Hemşirelik bakımında kullanılan mekanik ventilatör dediğimiz solunum cihazı hastanın yaşam kalitesini artıran ve olmazsa olmaz bir teknolojidir.

Ameliyathanede, yoğun bakım ve acil servislerde kullanılan bu teknolojiler şu an için insan gücünün kötüye kullanılmasına neden olmamıştır. Fakat gelecekte kişilerin hayat standartlarını artırabilmek amacı ile üretilen, hemşirelik bakım planları ile donatılan robot hemşireler, insan gücüne ihtiyaç kalmamasına sebep olabilecektir. 2100’lü yıllarda bu değişimin olacağı beklenmektedir. Fakat ilginin ve nezaketin ön planda olduğu hemşirelik mesleğinde gelecekte insanlar gibi duygusal olmayan robot hemşirelerin insanların yerini alması muhtemel görülmemektedir (<http://www.comu.edu.tr/duyurular/detay.php?id=7519>).

4.3. Hemşirelik Mesleği Hizmetlerinin Yönetimi ve Meslek Algısı Kavramı

4.3.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Sağlık Sistemi İçindeki Yeri

Hemşirelik hizmetleri sağlık teşkilat içinde önemli fonksiyonları yerine getirmektedir. Kum (1992)'ye göre hemşirelik; sağlık sisteminin tamamlayıcı bir parçası olarak, sağlığın yükseltilerek hastalıkların önlenmesi ile bütün toplumsal mekânlarda ve bakım kurumlarında her yaştaki fiziksel ve akılsal hasta ve engellilerin bakım hizmetlerini planlama, örgütleme, uygulama ve değerlendirmekten sorumlu olan bilim ve sanattan oluşmuş olan disiplindir. Bu bağlamda hemşireler görev ve mevkileri doğrultusunda hastayla en yakın temas halinde olan sağlık personeli olarak dikkati çekmektedir. Hemşirelerin mesleğinin gerektirdiği bilgi birikimi ve kişisel özelliklere sahip olması hastayla direk yüz yüze olan kişiler olarak hasta memnuniyetini artıracaktır.

Sağlık sistemi içerisinde dünyada çok sayıda ülkede hemşirelik uygulamalarına yönelik, temel bilginin gelişimi ve araştırma programlarına direkt olarak etki eden “resmi araştırma kurumları” oluşturulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1988 yılında açılan Hemşirelik Araştırma Ulusal Merkezi’nin (National Center for Nursing Research) ilk eylemi, hemşirelik alanında araştırma önceliklerini belirleme sorumluluğunun hemşire profesyonellerine ait olduğunu ifade etmek olmuştur. Bu kurum resmi olarak araştırma önceliklerini iki aşamada ifade etmiştir.

İlk aşama (1989-1994) öncelikleri, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin korunmasından semptom ve ağrı yönetimine doğru sıralanmıştır. İkinci aşama (1995-1999) öncelikleri ise, kırsal hemşirelik uygulamaları için topluma dayalı yeni modeller, HIV enfekte kişi ve ailelerin bakımı ile korunmaya yönelik girişimler, bilişsel fonksiyonların bozulması, kronik hastalıklarla yaşama, immun yetersizlikle baş etmede davranışsal girişimler olarak sıralanmıştır (Özsoy, 2009: 53).

4.3.2. Hemşirelik Mesleğinin Önemi

Hemşireliğin ortaya çıkış sebebi, günlük hayatta kişilerin karşılaşılabilecekleri sağlık problemlerini çözebilme konusunda hemşirelerin yardımına ihtiyaçlarının olmasıdır. Hemşirelik mesleği, kişi sağlığını etkileyebilen her olaydan etkilenmiştir. Bu

bağlamda hemşireliğin tanımlanabilmesi konusu da, insanı ve de hastalık anlayışını etkileyebilen etkenler ile beraber farklılık göstermiştir. Hemşireliğin biyolojik, mental ve de sosyal bir olgu olmasından ötürü, odaklandığı konular, toplumsal etkileşim ve sosyal olgulardır. Bu sebep ile hemşirelik mesleğini tanımlarken de insan, sağlık, hastalık ve toplum gibi kavramların birbirleri ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir.. İnsanı ve içinde bulunduğu çevreyi anlayabilmek hemşireliğin doğasını anlayabilmek adına önemlidir. Hemşirelik mesleği, insan sağlığını geliştirme konusuna odaklanmış olan bir meslektir (<http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1208/unite01.pdf>).

Hemşirelik, sağlık adaptasyon, gelişme ve kendini gerçekleştirmeyle ilgili olarak için çevresinde değişiklik ortaya koyarak hemşirelik süreci içinde hareket eden, hizmeti alan alıcı (hasta/sağlıklı birey) merkezli bir meslektir (Herkes İçin Sağlık 2000, 1989: 30). Ülkemizde hemşireliğin tanımı, görev, yetki, sorumluluklarına ve niteliklerine dair ilk bilimsel çalışma Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunda, Perihan Velioğlu tarafından yapılmıştır. Bu bilimsel çalışma Sağlık Bakanlığınca da benimsenerek bir genelge halinde yayınlanmıştır. Velioğlu "nün bu çalışmasındaki ve 1970 yılında ilk baskısı yapılan "Hemşirelikte Yönetim" adlı kitabındaki hemşire tanımı şöyledir. "Hemşireye hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan kişidir (Velioğlu, 1982: 15).

Bu bakımdan hemşirelik, sağlık hizmetlerinin performansında önemli rol oynayan, sağlıkta hizmet kalitesini etkileyen bir meslektir.

Literatürde hemşirelik sürecinin birçok yararı olduğu belirtilmektedir.

Hemşirelik sürecinin yararları şöyle sıralanabilir(Velioğlu, 1982: 15):

- Bakımda süreklilik sağlar.
- Hasta en iyi bakımı alır. Bakımın niteliği artar.
- Hasta sorunları ile ilgilenildiğini ve kimin ilgileceğini bilir.
- Soruna yönelik çalışıldığı için hemşireye zaman ve insan gücü açısından ekonomik fayda sağlar.
- Hemşire, bilgi ve becerilerini ortaya koyarak çalıştığı için doyum sağlar.
- Hemşirenin yaratıcılığını, pratik ve geniş boyutlarda düşünme gücünü geliştirir.
- Hemşire-hemşire ve hasta-hemşire arasında iletişim aracıdır.
- Ekip çalışması sağlar.

- Verilerin bakımın değerlendirilmesine olanak sağlar.
- İdari denetimi kolaylaştırır.
- Yasal ve etik doküman sağlar.

4.3.3. Hemşirelik Mesleği Algısı Kavramı

Algı, psikoloji ve bilişsel bilimlerde duyuşsal bilginin alınması, yorumlanması, seçilmesi ve düzenlenmesi anlamına gelir (Schacter, Gilbert, Wegner, 2011).

Algı, duyu organlarımızca taşınan duyuşsal verileri örgütleyip yorumlamaktır. İnsanların çevresindeki uyaranlara anlam verme sürecidir. Algı ayrıca; dış dünyadan gelen uyarıların, zihinsel olarak yorumlanması olarakta tanımlanabilir. Algılar; neye inandığımızı, nasıl yorumladığımızı, ne gördüğümüzü, nasıl davrandığımızı bize göstermektedir (Arkonaç 1998).

Algı, nesne ve nesneler arasında gerçekleşen bilinçli deneyimlerdir (Coren vd., 1993). İnsanların beden dili, kullandıkları kelimeler, giyim tarzı ve içinde bulundukları ortam algılama için önemli faktörlerdir. Bu faktörler algılayan kişinin zihninde bir değer oluşturur ve yorum yapmasını sağlar (Baltaş 2007).

Farklı ülkelerin farklı kalkınmışlık düzeyine ve farklı kültür, siyaset ve dil yapısına sahip olmaları ve diğer etkenler, her ülkede kendine özgü bir hemşirelik algısını doğurmaktadır (Salvage 1995).

Hemşirelik bir sanat olarak, hemşirenin yeterli bakım verebilmesi için teknik açıdan beceri geliştirmesini içerir. Bilim olarak ise, hemşirelik bakım ilkelerinin dayandığı, üzerine temellendiği biyolojik ve sosyal bilimleri kavraması anlamına gelir.

Hemşirelik toplumun bakış açısıyla, yardımsever, şefkatli, iyilik meleği, beyaz üniformalı bireyler şeklinde dar kapsamlı algılanmaktadır (Tezel ve Arslan, 2002: 39-44; Yıldırım, 2001: 23-25).

Hemşirenin kendi mesleğini nasıl algıladığı önemlidir. Algılama, hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarını ve bu uygulamalarda en önemli faktörün bilgi olduğunu kavramalarında ve bakış açılarının gelişmesinde ilgili deneyimlerin bir filtresi olarak işlev görür. Meslek bilincinin temeli okul yaşamı sırasında atılır, tüm meslek yaşamı boyunca devam eder ve mesleki felsefenin oluşmasını sağlar (Yücel, Eşer, Güler, Khorshid, 2011).

Velioğlu hemşirelik felsefesini şu şekilde yorumlamıştır:

- Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman (akut veya kronik) bireyin optimal sağlık bakımı görmeye hakkı olduğunu savunur.
- Hemşirelik, bireyin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan bağımsız bir sağlık disiplini.
- Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürme işlevinde diğer sağlık meslekleriyle sıkı bir işbirliği yapılmasının gerektiğine inanır.

Bireyin kendine özgü yapısı, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygılı olmayı gerektirir (Velioğlu, 1985).

Hemşirelerin felsefesi, insanların tedavi ve bakımı alma, sağlıklı ortamda yaşama hakkı olduğunu esas almaktadır. Hemşirelik sağlık disiplini ve kendine özgü bilgi ve değerleri olan ayrı bir meslektir. Hemşirelik mesleği, bireyin kişiliğine, bütünlüğüne, hak ve mahremiyetine saygılı olmayı ilke olarak kabul etmekte ve topluma sağlık hizmetini sunarken diğer sağlık disiplinleriyle iş birliği yapmaktadır. (Oktay, 1990).

Yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin meslek algısıyla ilgili düşüncelerine yönelik bulgular aşağıdaki gibidir:

Anderson (1993) hemşire öğrencilerin okula yeni başladıklarında hemşireliği oldukça geleneksel biçimde algıladıklarını ve algılarının eğitimleri süresince kalma eğilimi gösterdiğini belirlemiştir.

Mendez, Louis (1991) hemşirelik imajının olumsuz oluşunun, mesleğe giriş üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğunu göstermiştir.

Hemşirelik öğrencileri mesleki kimlik kazandıkları eğitimleri sırasında, farkında olarak ya da olmayarak kendi hemşirelik tanımlarını geliştirme süreci içindedirler. Öğrencilerin bir zamandan diğerine kendi tanımlarını yazmaları ve bu tanımları hemşire otoriteler tarafından yazılan tanımlarla karşılaştırmalarının kendi gelişimlerini görmeleri açısından yararlı olacağı belirtilmektedir (Chitty 2001).

4.3.4. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonelleşme

4.3.4.1. Meslek

Meslek; uzun süreli bir eğitim süreci sonrasında edinilen, ilke ve etik kuralları belirlenmiş faaliyetlere denilmektedir. Kişinin hayatını devam ettirebilmek adına edindiği donanım, deneyim ve yeteneklerin tamamını içinde barındıran etkinlikler de meslek olarak adlandırılmaktadır (Karadağ 2002:1; Akdoğan 2008:80; Sarıkaya ve Khorshid 2009:394). Meslek, belirli etkinlik alanları etrafında yoğunlaşmış düşünce, inanç, tutum, değer, norm ve etik ilkeleri ile kendini somutlayan insani ilişkilerin tümüne denilmektedir. Uzun süreli ve genellikle ömür boyu süren bir proje olan meslek, genel olarak kişinin hayat tarzının en önemli belirleyicileri arasındadır. Kişisel hayatı çok yönlü ve derinlikli bir biçimde etkiler. Kişiye toplumsal kimlik, konum ve statü veren, kişinin gelişimini, hayat görüşünü, tutum ve davranışlarını biçimlendiren, topluma katılımını ve ona entegre olmasını sağlayıcı bir görev edinen niteliklere sahiptir.

Povalko, bir işi meslek yapan sekiz kriter belirlemiştir. Bunlar;

- Bilgi yükü,
- Yapılan işin temel sosyal değerlere uygunluğu,
- Eğitim süresi,
- Motivasyon,
- Otonomi,
- Mesleğe bağlılık bilinci,
- Birlik inancı,
- Meslek ahlakı yasasıdır (Beydağ ve Arslan 2007).

Meslekleşme kelimesi, yapılan işe anlam katan ve işlerinin ne kadar önemli olduğunu hem bu meslekte çalışanlara hem de başkalarına göstermeye ve ispatlamaya yarayan; kendi kendini kontrol, hatta kendine inanmayı içeren, mesleki bir kimlik ya da göstergedir. Bir başka deyişle melekleşme, mesleki sosyalleşme ve kimlik oluşturma

abalarına bağlı olarak gelişen kendi kendini motive ve kontrol ifadesidir (Aldridge ve Evetts, 2003). Ancak meslek olmak için belirlenen bu ölçütler birer idealdir ve hiçbir meslek bu ölçütlere tam olarak ulaşamaz (Craven and Hirnle 2003, Hammer 2006).

4.3.4.1.2. Profesyonellik

Profesyonel kelimesi; Fransızca “profession” (iş) kelimesinden türemiş, “alışan” anlamına gelmektedir (Craven and Hirnle 2003).

Profesyonel kişi:

- İşini iyi bilen ve bunu çevresine kanıtlamış olan kişidir.
- Bilgi düzeyini sürekli güncel tutan kişidir.
- Kendi kariyerini kendisi çizen, kendi gelecek planlarını kendisi yapandır.
- Bireysel, yapılan işin ve evre ile ilişki niteliğine zen gösterendir.
- Yaptığı işten heyecan ve coşku duyar.
- Mesleğini destekler.
- Mesleğinin ahlak kurallarına uyar.
- Mesleğinin gerektirdiği fazladan işleri de yapar (Craven ve Hirnle 2003, Rogers

2003).

Profesyonellik, görevlerin yerine getirilmesi adına üstün entelektüel eğitimler alma, bu eğitimler aracılığı ile de bilgi ve deneyim kazanarak mükemmelliğe ulaşma ve kişisel ilkeler yolunda tecrübelerini fiile dönüştürüp zgr faaliyetler yapmaya sahip olma olarak tanımlanabilmektedir (Raelin 1999:25).

Fetzer’ın belirttiğine göre Hall (1967), mesleki örgütleri major bir kavram olarak kullanma, toplumsal hizmetlere inanma, öz düzenlemeye inanma, alana çağrıda bulunma duygusu ve otonomi olmak üzere bireylerin profesyonelliğini nitelendiren 5 tutumu tanımlamıştır (Fetzer 2003).

Edgett’e göre profesyonellik için yapılacak ilk şey; kişinin kendisini profesyonel olarak düşünüp bu şekilde davranış sergilemesidir (Edgett 1996:135). Bu bağlamda bireyin profesyonelliğin ölçütlerini bilmesi ve buna uygun davranışları hayata geçirmesi, profesyonelleşmede konusunda mühim rol oynamaktadır.

4.3.4.1.3. Profesyonel Meslek ve Hemşirelik Mesleğinde Profesyonelleşme

Profesyonel meslek özel bir bilgi çeşidine sahip olma ve bunu kullanma durumudur. Profesyonel meslek; Toplumun herhangi bir kategorisinin talep ettiği, birçok insan için ulaşılabilmesi, anlaşılabilmesi ve kullanılabilmesi zor olan belirli bir bilgi çeşidini, yüksek seviyede bir eğitim ve ömür boyu süren bir öğrenim bilinciyle üretme uygulama ve kontrol etme sorumluluğunda, imtiyazlı bir yere sahip mesleklerdir. Profesyonel meslek; kişisel profesyonelliği kurumsal profesyonelliğe dönüştürmektir. Bir mesleğin standartlarının oluşturulması ve kaliteli hizmet sunumu için mesleki profesyonellik çok önemlidir.

Hemşirelik ve hemşirelik eğitimi, hemşireliğin rol ve görevlerinde yaşanan farklılaşmaları ve gelişimleri etkilemekte ve bu değişimlerden de etkilenmektedir.

Bu değişimleri; dünya nüfusunun oldukça hızlı bir biçimde artması ile beraber sağlık hizmetine olan talebin artması, ortalama insan ömrünün uzaması ve kronik hastalıklarının fazlalaşması, hastanın hastanede yatış süresinin kısalması fakat refakatçi eşliğinde evde bakım hizmetlerinin artması, sağlık bakım servisinde maliyetin azaltılması eğilimi, bilimsel gelişmelerin bilhassa hastalıkların önlenmesi, tanılama yöntemlerinin gelişmesi, tedavi metotlarının değişmesi olarak sayabiliriz. Bu sebeple günümüzde hemşirelik mesleğinin profesyonel olarak uygulanması gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti mesleklerinden bir tanesi olan hemşirelik mesleği mensuplarının aşırı değişken çalışma koşullarının olması, yapıcı olmayan ve onaylanmayan davranışlar ile karşılaşılması ve aşırı stres altında görevlerini yerine getiriyor olmaları gibi negatif faktörler; hemşirelik mesleğinde profesyonelliğin ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermektedir (Karamanoğlu ve Diğerleri2009:13).

Öhlen ve Segesten'e göre (1998) Hemşirelikte profesyonel kimliğin üç boyutu vardır (Vicdan, 2009):

Kişisel Boyut: Bu boyuta göre, profesyonel kimliğe hemşirenin bütüncül bir parçası olarak bakılmaktadır. Yetkin ve sorumluluk alarak hemşireliği uygulayabilen bir kişi olma duygusuna sahip olma olarak tanımlanmaktadır.

Kişilerarası Boyut: Bu boyuta göre, profesyonel kimlik diğer hemşirelerle etkileşim ve sosyalizasyon süreci olarak kazanılan hemşirelik mesleğinin bilgi, beceri, değerler, normlar ve kültürü içselleştirilmesi ile geliştirilebilecektir.

Sosyal ve Tarihsel Boyut: Bu boyuta göre, hemşireliğe cinsiyet ayrımcılığı yoluyla ataerkil toplumlarda kadının aile içindeki ezilgen, boyun eğen konumu itibarıyla daha az değer verilen bir meslek olarak kadınlık alanının bir parçası olarak görülmekteydi.

Hemşirelikte iki farklı hemşirelik imajından söz edilmektedir. Eski ve geleneksel görev merkezli normu takip eden hemşireler kendilerini tıbbın yardımcıları olarak tanımlarken, üniversite normlarını içselleştiren hemşireler kendilerini hemşirelik bakım uzmanı olarak tanımlamaktadırlar (Öhlen ve Segesten 1998).

Hemşirelik mesleğinde profesyonellik, Miller'in hemşireliğe özel geliştirdiği bir model ile hemşirelikte profesyonellik kriterleri belirlenmiştir (Karadağ, Hisar, Elbaş 2007, Karadağ ve ark 2004, Adams, Miller and beck 1993,1996).

Profesyonel bir hemşire, entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikiminin doğrultusunda kuramsal olan bilgisini uygulamayla bütünleştirebilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık alanlarındaki çalışmalarında bu bilgisinden yararlanabilen; sorunların temeline inme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olan, iyi bir bakım verebilme yeteneğine sahip, eğitici ve yönetici özelliği olan kişidir (American Nurses Association 2001, Harmancı 2003).

Uluslar arası iş örgütü (ILO)'ya göre profesyonel hemşire; ileri derecede kompleks ve karmaşık sorumluluk yüklü fonksiyonları üstlenebilmek için gerekli olan belirli eğitime ve öğrenime sahip kişidir (Craven And Hirnle 2003).

Literatüre (Rogers 2003) göre birçok hemşire teoriysen hemşirelik mesleğini yardım etme, yardım etmeyi de hemşire birey arasında dinamik bir etkileşim süreci olarak düşünölmektedir.

Bu görüşlere göre profesyonel bir hemşire aşağıda belirtilen bilgilere sahip olmalıdır:

- İnsanın bio-psiko-sosyal yapısı, bunun kendi içindeki dinamik etkileşim ilgisi,
- Sağlık ve hastalık bilgisi,
- Sağlık ve hasta insan davranışı bilgisi,
- Öğrenme teorileri.

Literatüre (Craven And Hirnle 2003, Registered Nurses, Association of ontario 2007, Rogers 2003, Elkin et al 200) göre hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi için:

- Meslek en az lisans düzeyinde olan uzman eğitim sunmalıdır.
- Hazırlık eğitimi olmalıdır. Kuram ve uygulama arasında denge olmalıdır.
- Sürekli eğitim programları düzenlemelidir.
- Diploma, Sertifikalar, belgeler büyük ölçüde mesleğin kendisi tarafından belirlenip denetlenmelidir.
- Mesleğin derneği olmalı.
- Mesleki araştırma ve yayın yapabilmeli.
- Meslek elemanları, mesleki bilgi ve becerilerini kullanmada belli bir özelliğe sahip olmalı.
- Meslek elemanları uygun pozisyonlarda görev almalı, ödüllendirilmelidir.
- Meslek, profesyonelliğin gerektirdiği tutum ve davranışları belirleyen bir ahlak yasasına sahip olmalıdır. Bir “etik ve ahlak” kültürü olmalıdır.
- Meslek elemanları birbiriyle ilişkilerinde işbirliği, eşitlik ve destekleyicilik esaslarına uygun davranışlarda bulunmalıdır.
- Meslek elemanları kendilerini mesleklerine adanmak ve mesleki uygulamalarında maddi çıkar düşüncesi yerine “en iyi hizmet verme” kaygısıyla hareket etmelidir.

Profesyonellik kayıtlı bir hemşire olmanın parçasıdır. Profesyonellik özellikleri arasında Şunlar; (Finkelman, 2006).

- Öz denetim ve kamu hizmeti inancı,
- Ekonomik teşviklerin öncesinde mesleğe bağlılık,
- Pratikte özerklik duygusu,
- Profesyonel birlik olmalıdır.

Hemşireler kariyerleri boyunca profesyonel gelişmeye devam etmeye ihtiyaç duyarlar; profesyonel gelişme ihtiyaçları kendi kendine talimat yoluyla gerçekleştirilebilir, işverenler onların gerçekleştirdiği gibi gerekli becerileri tanımak için sorumludur, işveren ve işçi tarafından mesleki gelişim için taahhüt ortak olmalıdır (Cherry, 2002).

Meslek özerkliği ancak mesleği uygulayanların çoğunun nitelikli hemşire olmasıyla korunmuş olur (Herdman, 2006). Meslek adına yeni bir bakış açısı için hemşirelik mesleği üyeleri birlikte hareket etmelidir. Profesyonellik yolunda hız kazanmanın en temel yolu bilimsel problem çözme becerisi ve eleştirel düşünebilmektir.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin meslek algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin meslek algısı nasıldır?
2. Hemşirelerin meslek algısı, demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul İli Avrupa yakasında 200 yatak ve üstü kapasiteye sahip, bir kamu bir özel hastanede görev yapan hemşirelerden oluşturulmuş, (N= 650), örneklem seçimine gidilmeden araştırmanın verileri, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 450 hemşireden elde edilmiştir (N=450).

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” ve Çoban tarafından geliştirilen (Çoban, 2010) “Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır. (EK:1)

5.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda katılımcıların, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitimi, meslekte toplam çalışma yılı, kurumda toplam hizmet yılı, statüsü gibi demografik özellikleri, aylık geliri, mesleği isteyerek seçme, meslek seçiminde etkili olan kişi, eğitimin meslek sevgisi üzerinde ki etkisi, almış olduğu maaş, hemşirelik

mesleğini başkasına önerme, meslekten ayrılma düşüncesi ve nedenleri ile hemşirelik rollerine ilişkin görüşlerini belirlemeye yarayan 17 maddeye yer verilmiştir.

5.4.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği

Araştırmanın meslek algısını belirlemeye ilişkin verileri, doğrudan algı ölçeği araca ulaşılamadığından, meslek algısı ile ilgili maddelerin yer aldığı, ÇOBAN tarafından (2010) yılında geliştirilmiş olan “Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği” hemşirelik mesleğinin özellikleri, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Hemşirelik mesleğinin özellikleri alt boyutu 18 maddeden oluşmaktadır (1-18. Maddeler), hemşirelik mesleğini tercih etme durumu alt boyutu 13 maddeden (19-31. Maddeler) ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutu 9 maddeden (32-40. Maddeler) olmak üzere toplam 40 ifadeden oluşmaktadır. Hemşirelik mesleği tutum ölçeğinin içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach-alpha) 0.91’dir.

Ölçeğin değerlendirilmesi, bu ifadelere ankete katılan hemşirelerin “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “az katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” şeklinde cevap vermeleri istenmiştir.

Ölçekten elde edilen ortalama puanların yorumlanabilmesi için aşağıdaki “5’li Likert Ölçeği Değerlendirme Tablosu”ndan yararlanılmıştır.

Tablo 5. 1. 5’li Likert Ölçeği Değerlendirme Tablosu

	Değerlendirme
1.00 – 1.79	Hiçbir Zaman
1.80 – 2.59	Çok Nadir
2.60 – 3.39	Bazen
3.40 – 4.19	Genellikle
4.20 – 5.00	Her Zaman

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmış ve ilgili kurumlardan gerekli izinler (EK 2) alınarak araştırma süresince hemşirelere araştırmanın amacı ve bilgilerin araştırmacı tarafından saklı tutulacağı açıklanarak çalışmaya gönüllü katılmaları sağlanmıştır.

5.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ağustos 2013- Mart 2014 tarihleri arasında, İstanbul İli Avrupa yakasında 200 yatak ve üstü kapasiteye sahip, bir kamu bir özel hastanede çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, örnekleme alınan kurumlarda çalışan hemşirelerin görüşleri ve kullanılan veri toplama aracı ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin literatür verileri kullanılamamıştır.

5.8. Veri Toplanması

Çalışma etik onay ve araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır. (EK: 2)

5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programı, NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde, varyans homojenliği sağlandığı durumlarda Tukey HSD Test ve varyans

homojenliği sağlanmadığı durumlarda Tamhane Test kullanıldı. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

5.10. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizinin amacı verilerin rastlantısallığını ölçmektir. Ankete verilen cevaplar rastgele dağılım gösteriyorsa anket sonuçlarının güvenilir olduğuna karar verilir. Güvenilirlik analizi seçilen örneğin güvenilirliğini, tesadüfliğini ve tutarlılığını test etmekte kullanılır. Sonucun güvenilir olup olmadığına Cronbach's Alpha (α) değerine göre karar verilir.

Tablo 5. 2. Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği	0,842	40

Çalışmada kullanılan “hemşirelik mesleğine yönelik tutum” ölçeği 40 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta ve bu alt boyutlarda anket formunda geçen önermelerden oluşmaktadır. Birinci alt boyut “hemşirelik mesleğinin özellikleri” 18 önermeden oluşmaktadır. İkinci alt boyut ise “hemşirelik mesleğini tercih etme durumu” 13 önermeden oluşmaktadır. Üçüncü alt boyut “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” ise 9 önermeden oluşmaktadır.

Buna yönelik anket çalışmasında Tablo 5.2 incelendiğinde ölçek güvenilirlik Cronbach's Alpha katsayısı 0,842 hesaplanmıştır. $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğu görölmektedir.

6. BULGULAR

Anket sorularına verilen cevaplara ilişkin bulgular;

- 1) Hemşirelerin demografik özellikleri (7 soru) ve mesleğe ilişkin görüşlerin (10 soru) dağılımı (Tablo 6.1),
- 2) Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği alt boyut dağılımları (Tablo 6.2),
Birinci alt boyut; hemşirelik mesleğinin özellikleri (18 önerme),
İkinci alt boyut; hemşirelik mesleğini tercih etme durumu (13 önerme),
Üçüncü alt boyut; hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum (9 önerme),
- 3) HMTÖ alt boyutların kamu ve özel hastane karşılaştırılması (Tablo 6.3),
- 4) HMTÖ genel ve alt boyut ortalamalarının demografik ve mesleki özelliklerin karşılaştırılması Tablo 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14,6.15, 6.16, 6.17, 6.18, 6.19, 6.20’de sunulmuştur.

Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri ve Mesleğe İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Katılımcıların demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşleri Tablo 6.1’de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri (N=450)

		N	%
Yaş	18-25	52	11,6
	26-30	148	32,9
	31-35	135	30,0
	36-40	90	20,0
	40 üzeri	25	5,6
Cinsiyet	Kadın	310	68,9
	Erkek	140	31,1
Medeni Durum	Bekâr	194	43,1
	Evli	256	56,9
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	227	50,4
	1 Çocuk	101	22,4
	2 Çocuk ve üzeri	122	27,1
Eğitim Durumu	Lise	87	19,3
	Ön Lisans	87	19,3
	Lisans	194	43,1
	Lisans Üzeri	82	18,2
Görev Süresi	0-2 yıl	29	6,4
	2-5 yıl	74	16,4
	5-10 yıl	191	42,4
	10 yıl üzeri	156	34,7
Kurumdaki Görev Süresi	1 yıldan az	30	6,7
	1-2 yıl	29	6,4
	3-5 yıl	123	27,3
	6 yıl ve üzeri	268	59,6
Statü	4A Kadrolu	425	94,4
	4B Kadrolu	15	3,3
	Hizmet Alımı	10	2,2
Aylık Gelir	1500 TL'den az	11	2,4
	1500-2000 TL	61	13,6
	2000 TL'den fazla	378	84,0

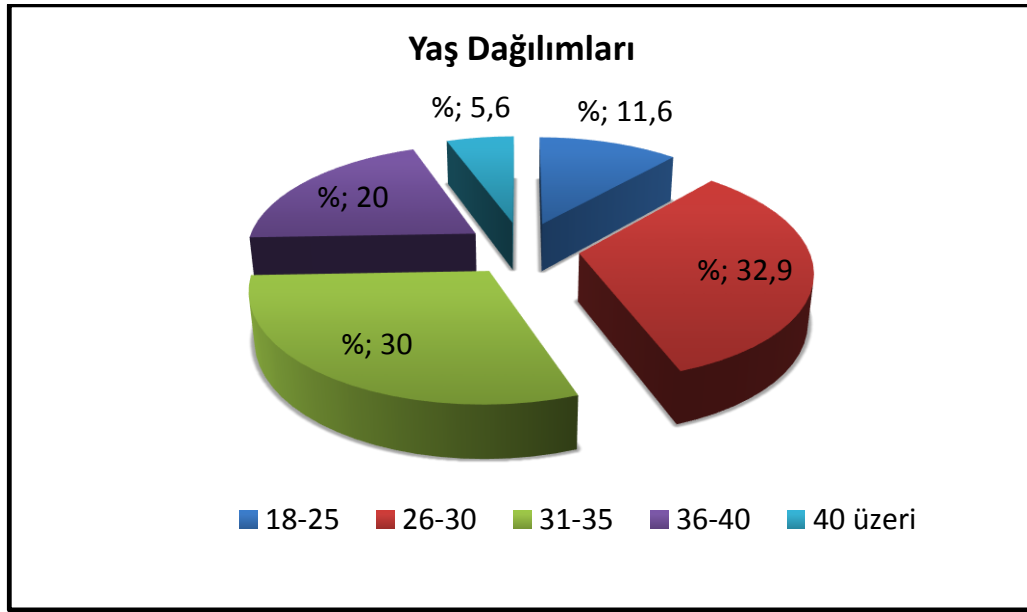
Tablo 6.1 Devamı. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri (N=450)

		n	%
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	299	66,4
	Hayır	151	33,6
Mesleği Seçmede Etkili Olan Kişi	Kendiniz	175	38,9
Aileniz	Aileniz	192	42,7
	Aile dışı	83	17,4
Almış Olduğunuz Eğitim Meslek	Mesleğimi seviyordum, şimdi de seviyorum	195	43,3
Sevginizi Nasıl Etkiledi?	Mesleğimi seviyordum, şimdi sevmiyorum	178	39,6
	Mesleğimi sevmiyordum, şimdi seviyorum	31	6,9
Maaş Mutlu Ediyor mu?	Mesleğimi sevmiyordum, şimdi de sevmiyorum	46	10,2
Tavsiye Durumu	Evet	53	11,8
	Hayır	397	88,2
Ayrılmayı Düşünme Durumu	Evet, bazen(yılda)	110	24,4
	Evet, bazen(ayda)	340	75,6
	Hayır	89	19,8
Bir önceki soruya cevabınız evet ise nedeni nedir?	Çalışma koşulları ağır olduğu için	158	35,1
	Yapmış olduğum iş beni mutlu etmediği için ve risklerin çok oluşu	203	45,1
	Mesleğime yeterince saygı duyulmadığı için	89	19,8
	Almış olduğum maaş yetersiz olduğu için	98	21,8
	Hepsi	116	25,8
	Cevap vermeyen	31	6,9
Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirme Durumu	Evet	310	68,9
	Hayır	140	31,1

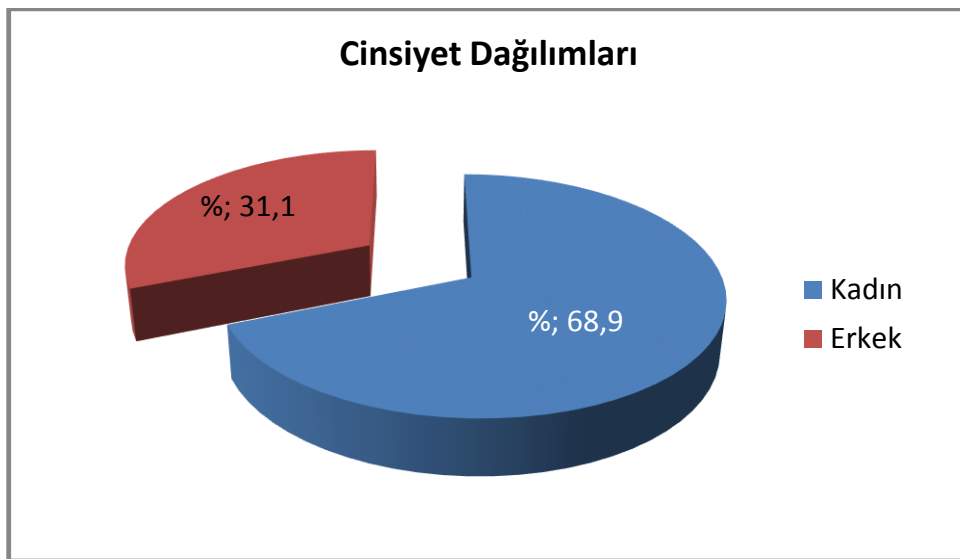
Tablo 6.1 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin, %32,9'u (n=148) 26-30 yaş arasında, %68,9'u (n=310) kadın, %56,9'u (n=256) evli, %50,4'ü (n=227) çocuksuz, %43,1'i (n=194) lisans mezunu, 42,4'ü (n=191) 5-10 yıl arasında süredir hemşirelik görevini yürütmekte, %58,0'i (n=261) 6-10 yıl arasında şu an çalıştığı kurumda görev yapmakta, %94,4'ü (n=425) 4A kadrolu statüde, %84,0'ünün (n=378) geliri 2000 TL üzerinde, %66,4'ü (n=299) mesleğini isteyerek seçmiş, %42,7'sinin

(n=192) mesleği seçmesinde ailesi etkili olmuş, %43.3'ünün (n=195) almış olduğu eğitim meslek sevgisini göstermekte, %88,2'si (n=397) aldığı maaştan memnun değil, %75,6'sı (n=340) mesleğini bir başkasına önermeyi düşünmüyor, %45,1'i (n=203) işinden ayrılmayı ayda bir defa düşünüyor, meslekten ayrılmayı düşünme nedenleri arasında ortalaması en yüksek %21.8 (n=98) çalışma koşullarının ağır olması ve %68.9'u (n=310) hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünüyor.

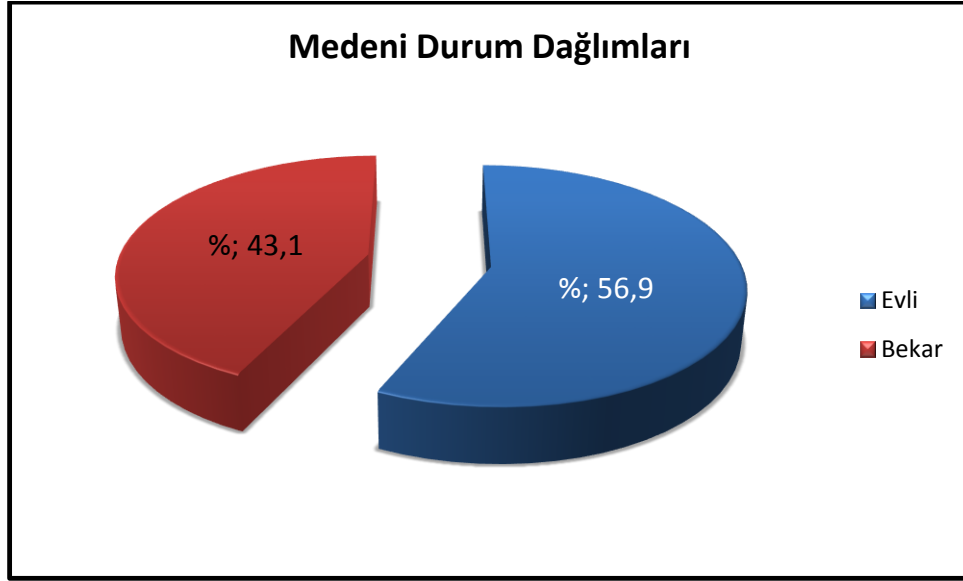
Kişisel Bilgilerin Pasta Grafikleri



Şekil 6. 1.Yaş Dağılımları



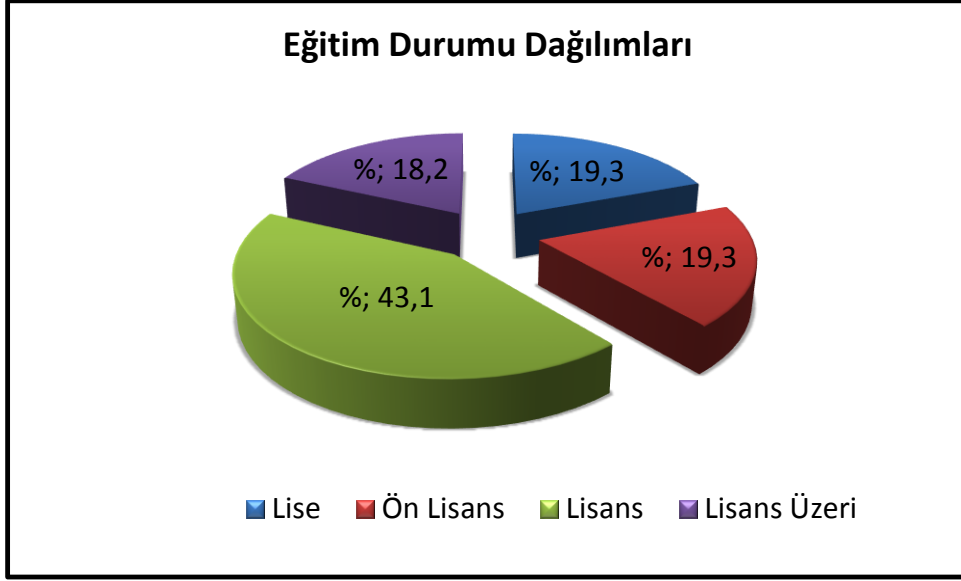
Şekil 6. 2. Cinsiyet Dağılımları



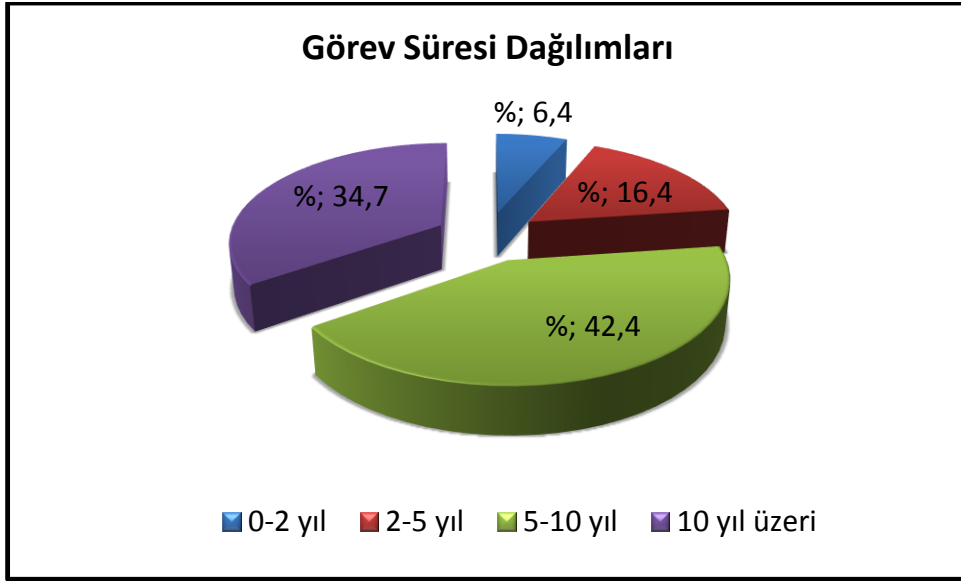
Şekil 6. 3. Medeni Durumları



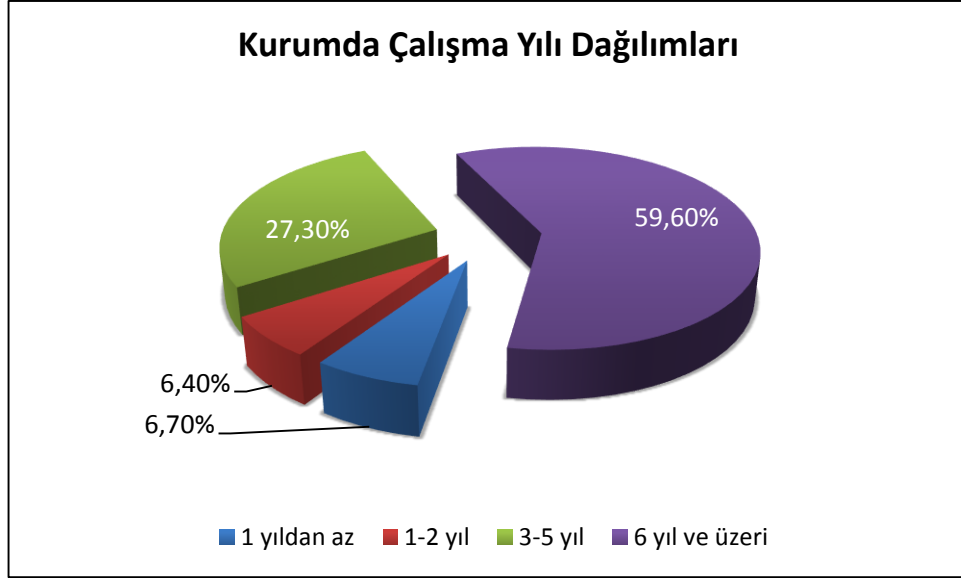
Şekil 6. 4. Çocuk Sayısı Dağılımları



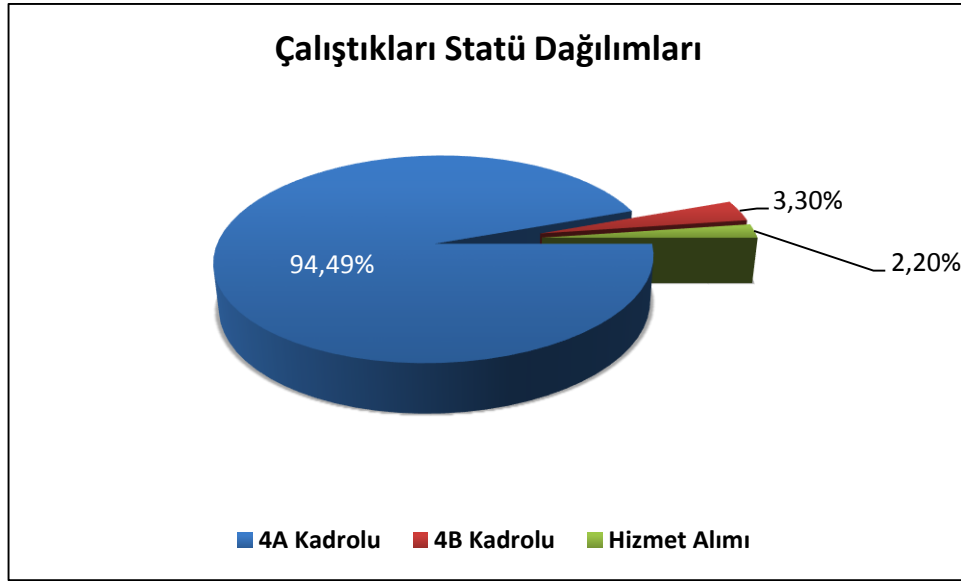
Şekil 6. 5. Eğitim Durumu Dağılımları



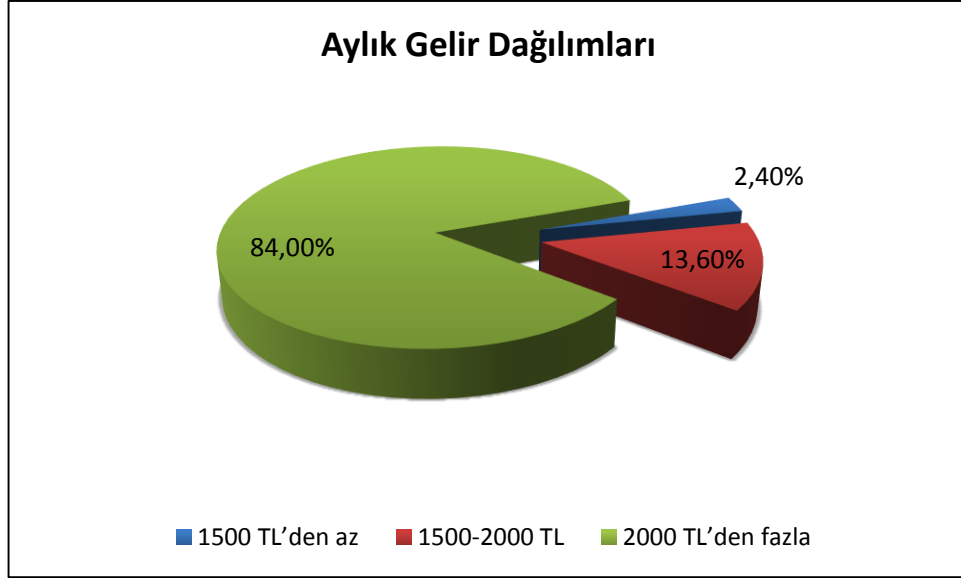
Şekil 6. 6. Görev Süresi Dağılımları



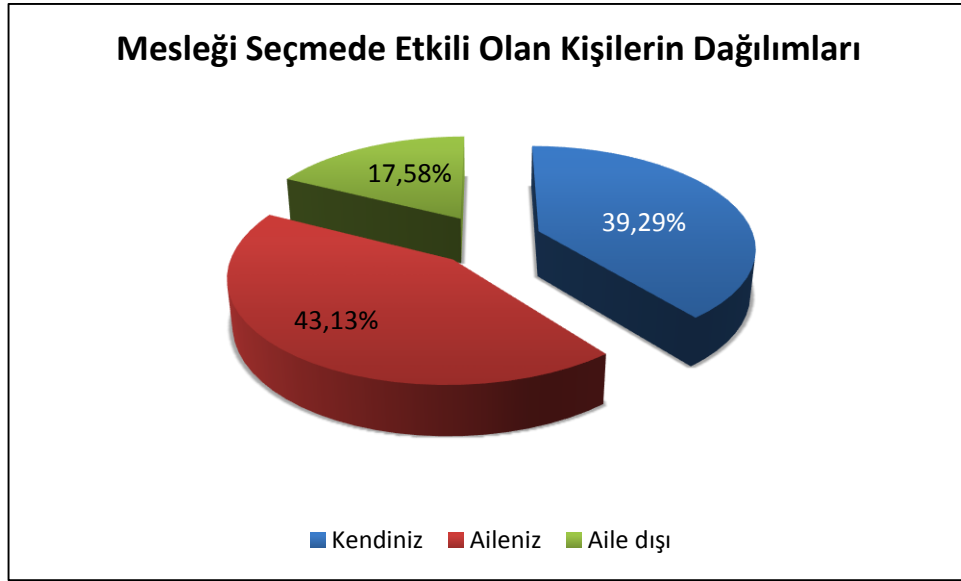
Şekil 6. 7. Kurumda Çalışma Süresi Grafiği



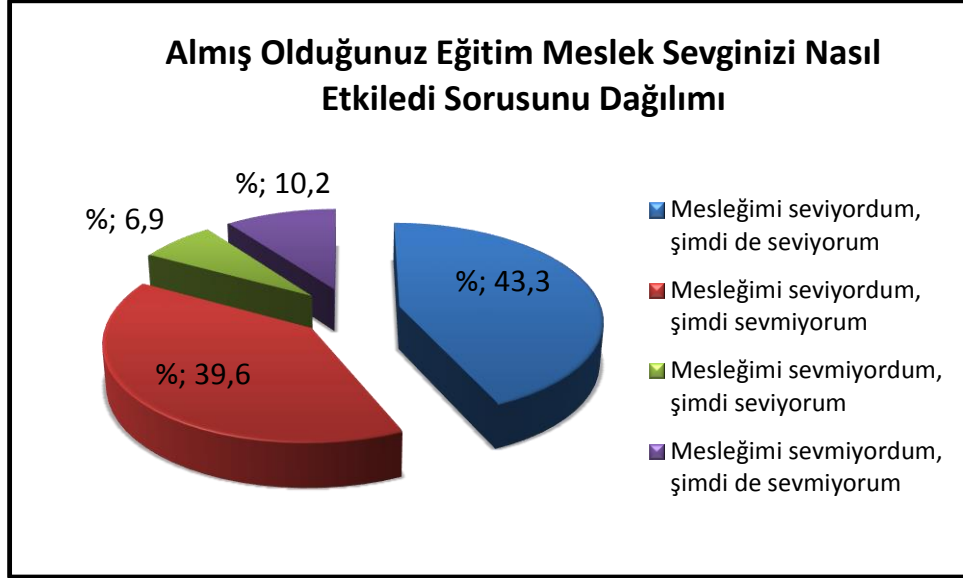
Şekil 6. 8. Çalıştıkları Statü Dağılımları



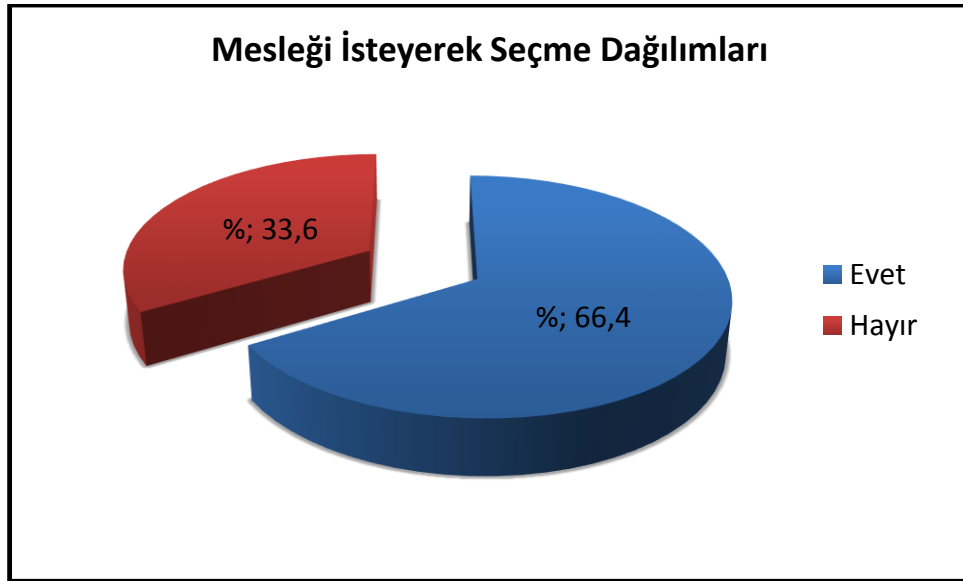
Şekil 6. 9. Aylık Gelir Dağılımları



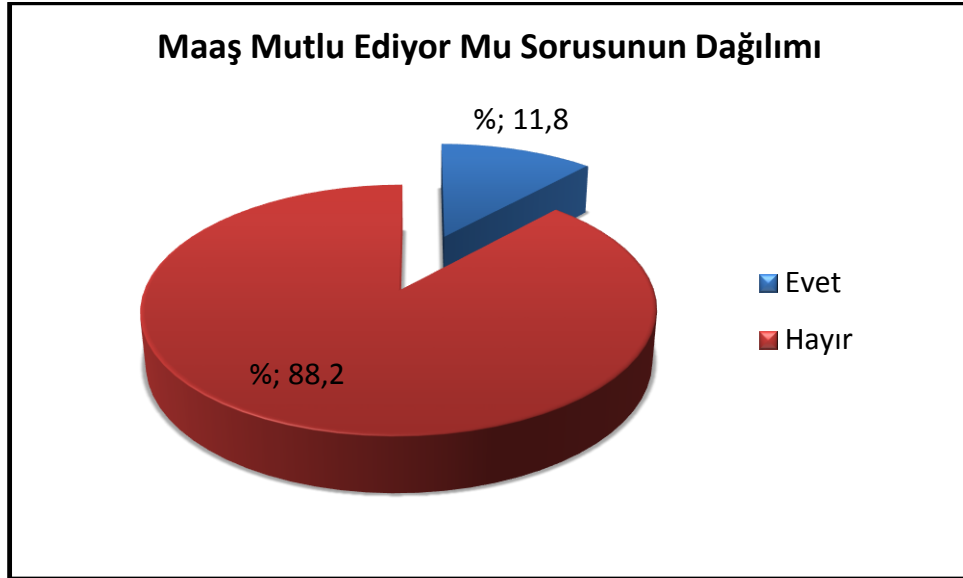
Şekil 6. 10. Mesleği Seçmede Etkili Olan Kişilerin Dağılımları



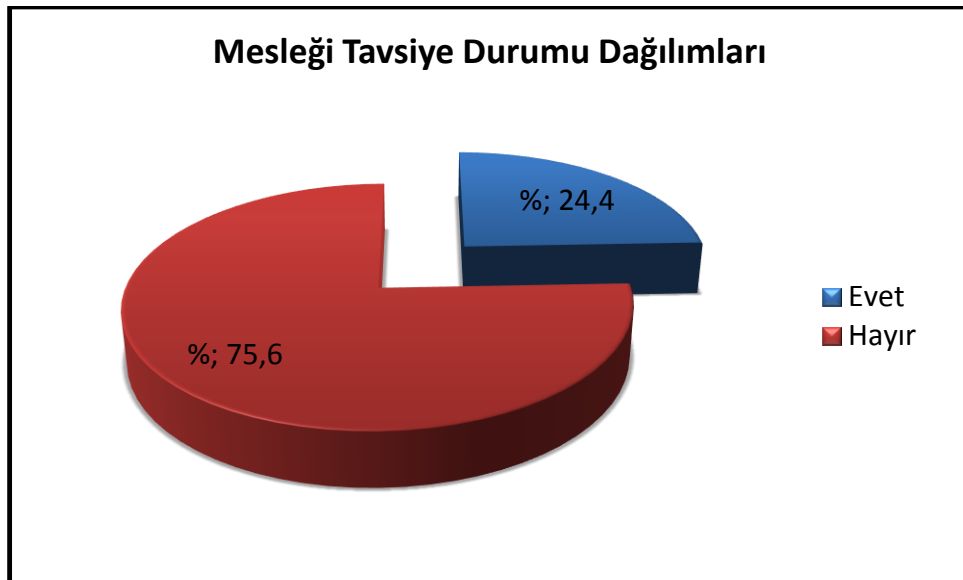
Şekil 6. 11. Almış Olduğunuz Eğitim Meslek Sevginizi Nasıl Etkiledi Sorusunu Dağılımı



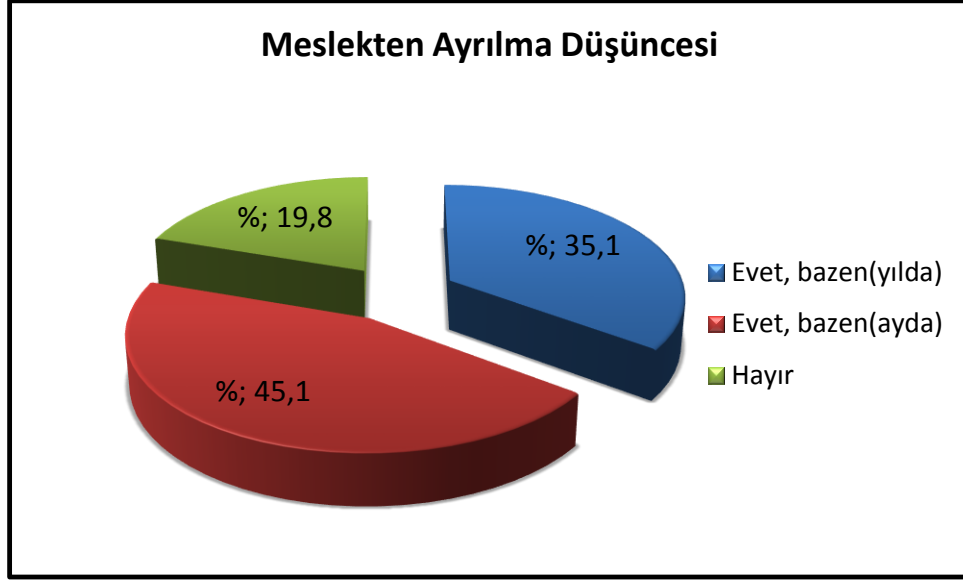
Şekil 6. 12. Mesleği İsteyerek Seçme Dağılımları



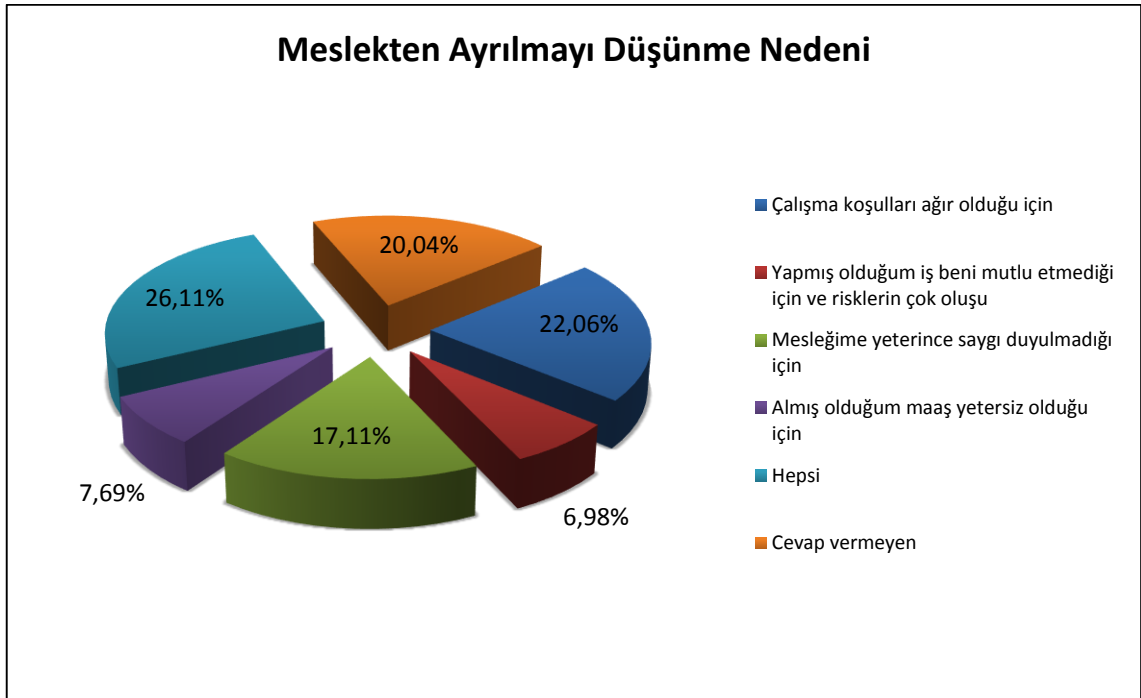
Şekil 6. 13. Maaş mutlu ediyor mu? Sorusunun Dağılımları



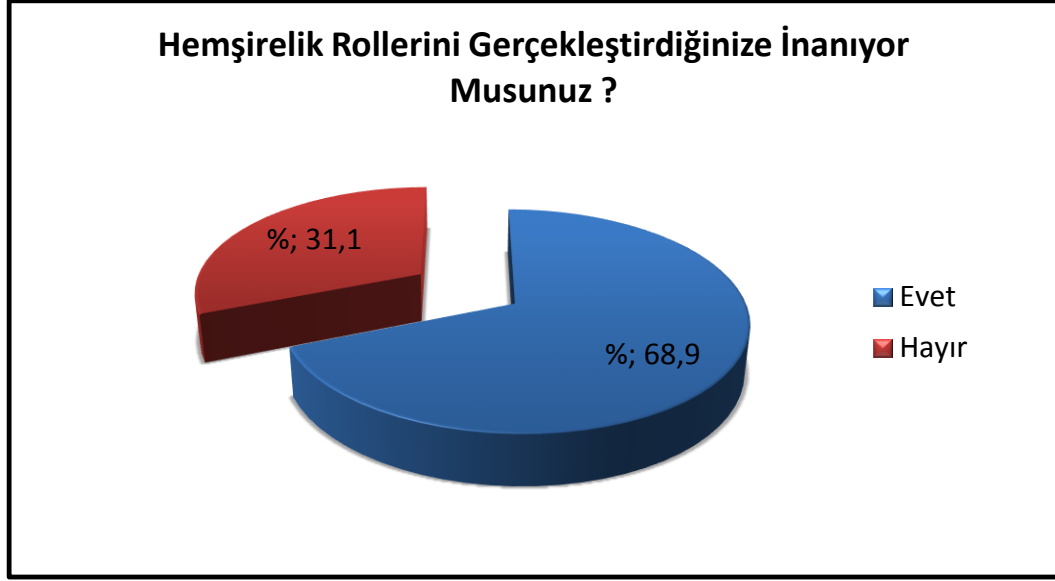
Şekil 6. 14. Mesleği Tavsiye Durumunun Dağılımı



Şekil 6. 15. Meslekten Ayrılma Düşüncesi Dağılımı



Şekil 6. 16. Meslekten Ayrılmayı Düşünme Nedenlerinin Dağılımları



Şekil 6. 17. Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğinize İnanıyor Musunuz?
Sorusunun dağılımları

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan “hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği” alt boyutlarının istatistiki değerleri Tablo 6.2’de gösterilmiştir.

Tablo 6.2. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri (N=450)

	Minimum	Maksimum	Ortalama ve SS	Genel Ortalama
Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri Alt Boyutu	1,22	5,00	4,47±0,48	4.50
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Alt Boyut	1,31	4,69	2,81±0,36	2,80
Hemşirelik Mesleğinin Genel Durum Alt Boyutu	1,61	5,00	4,60±0,45	4,60

Tablo 6.2’de hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeklerini oluşturan 3 alt boyutun ortalamalarının dağılımı ve genel ortalama dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına giren hemşirelerin hemşirelik mesleğinin özellikleri alt boyutu ($x=4,47\pm0,48$), hemşirelik mesleğini tercih etme alt boyutu ($x=2,81\pm0,36$), hemşirelik

mesleğinin genel durumuna yönelik tutum alt boyutu ortalaması ise ($x=4,60\pm0,45$), HMTÖ'nin genel ortalamasının “hemşirelik mesleğinin özellikleri” alt boyutunda (4,50), “hemşirelik mesleğini tercih etme” alt boyutunda (2,80), “hemşirelik mesleğinin genel durumu” alt boyutun da ise (4,60) olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt boyutlarının Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırma Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği alt boyutlarının kamu ve özel hastane karşılaştırılması Tablo 6.3'te gösterilmiştir.

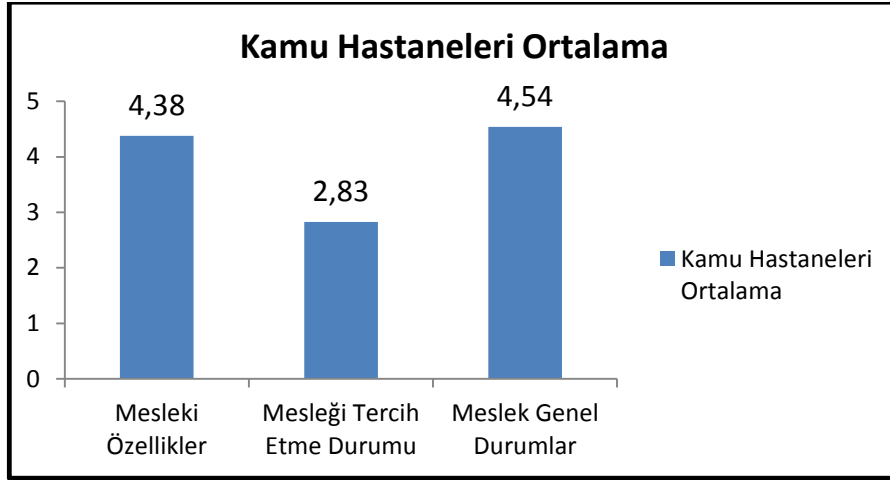
Tablo 6.3. Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştırılması (N=450)

	Çalışılan Birim Değişkeni	N	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Kamu ^a	265	4,38	0,48	<i>t</i> =-5,353	0,001**
	Özel ^b	185	4,61	0,44		
Mesleği Tercih Etme	Kamu ^a	265	2,83	0,40	<i>t</i> =1,315	0,189
	Özel ^b	185	2,78	0,30		
Meslek Genel Durumlar	Kamu ^a	265	4,54	0,48	<i>t</i> =-3,413	0,001**
	Özel ^b	185	4,68	0,39		
Student-t Test		** <i>p</i> <0,01				

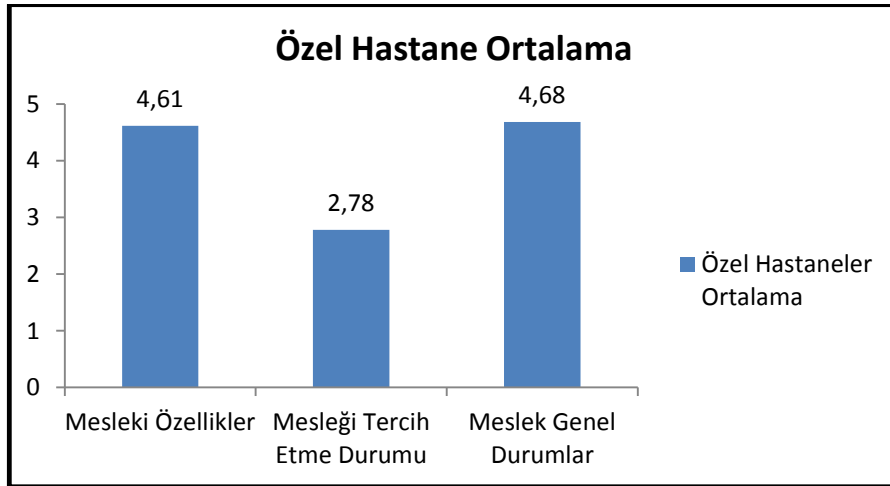
Tablo 6.3 incelendiğinde çalışılan birim değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanları, kamuda görev yapan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışılan birim değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışılan birim değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, kamuda görev yapan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.



Şekil 6. 18. Ölçek Alt Boyutlarının Kamu Hastanesi Ortalamaları



Şekil 6. 19. Ölçek Alt Boyutlarının Özel Hastane Ortalamaları

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği Genel ve Alt Boyut Ortalamalarının Demografik Özellikler ve Mesleğe İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

HMTÖ ölçeği alt boyut ortalamalarının, katılımcıların demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, statüsü, aylık geliri, mesleği isteyerek seçme, meslek seçiminde etkili olan kişi, almış olunan eğitim durumunun meslek sevgisine etkisi, maaş memnuniyet durumu, mesleği tavsiye durumu, meslekten ayrılmayı düşünme, meslekten ayrılmayı düşünme nedenleri ve

hemşirelik rolleri değişkeni ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve anlamlı olmayan farklar bulunmuş ve bu farklar Tablo 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 6.8, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16, 6.17, 6.18, 6.19, 6.20’de gösterilmiştir.

Yaş Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutları ile yaş değişkeni karşılaştırılması Tablo 6.4’te gösterilmiştir.

Tablo 6.4. Yaş Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Yaş	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikleri	18-25 ^a	52	4,49	0,40	F=2,499	0,042*	b<d
	26-30 ^b	148	4,38	0,46			
	31-35 ^c	135	4,50	0,49			
	36-40 ^d	90	4,57	0,51			
	40 üzeri ^e	25	4,48	0,46			
Mesleği Tercih Etme Durumu	18-25 ^a	52	2,82	0,54	F=2,219	0,066	-
	26-30 ^b	148	2,73	0,32			
	31-35 ^c	135	2,84	0,34			
	36-40 ^d	90	2,85	0,34			
	40 üzeri ^e	25	2,85	0,35			
Genel Durumlar	18-25 ^a	52	4,50	0,49	F=3,709	0,006**	d>b d>a
	26-30 ^b	148	4,54	0,50			
	31-35 ^c	135	4,62	0,40			
	36-40 ^d	90	4,73	0,38			
	40 üzeri ^e	25	4,53	0,42			
Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)				Tukey HSD Test			
*p<0,05		**p<0,01					

Tablo 6.4 incelendiğinde yaş değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (*p*=0,042; *p*<0,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için ileri analiz Tukey HSD testi yapılmıştır. Tukey testi sonucunda 36-40 yaş arasındaki hemşirelerin,

26-30 yaş arasındaki hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür ($p=0,026$; $p<0,05$).

Yaş değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, 26-30 yaş arasındaki hemşirelerin “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanlarının, diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre düşük olması dikkat çekmektedir ($p=0,066$; $p>0,05$).

Yaş değişkenine göre “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Buna göre 36-40 yaş arasındaki hemşirelerin, 26-30 yaş arasındaki hemşirelere ve 18-25 yaş arasındaki hemşirelere göre mesleki genel durumlar alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksektir (Sırasıyla; $p=0,008$; $p=0,020$; $p<0,05$).

Cinsiyet Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutları ile cinsiyet değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.5’te gösterilmiştir.

Tablo 6. 5. Cinsiyet Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N =450)

	Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Kadın	310	4,47	0,43	$t=-0,402$	0,688
	Erkek	140	4,49	0,56		
Mesleği Tercih Etme Durumu	Kadın	310	2,81	0,36	$t=0,705$	0,481
	Erkek	140	2,79	0,36		
Meslek Genel Durumlar	Kadın	310	4,58	0,46	$t=-1,444$	0,149
	Erkek	140	4,64	0,43		

Student-t Test $p>0,05$

Tablo 6.5 incelendiğinde cinsiyet değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet değişkenine göre “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Medeni Durum Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutları ile medeni durum değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 6. Medeni Durum Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N =450)

	Medeni Durum	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Bekâr	194	4,40	0,54	$t=-2,611$	0,009**
	Evli	256	4,53	0,41		
Mesleği Tercih Etme Durumu	Bekâr	194	2,77	0,38	$t=-1,821$	0,069
	Evli	256	2,83	0,35		
Meslek Genel Durumlar	Bekâr	194	4,53	0,51	$t=-2,958$	0,003**
	Evli	256	4,65	0,39		

Student-t Test

****p<0,01**

Tablo 6.6 incelendiğinde medeni durum değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,009$; $p<0,01$). Evli hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanları, bekâr hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durum değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmazken, evli hemşirelerin “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanlarının, bekâr hemşirelere göre yüksek olması dikkat çekmektedir ($p=0,069$; $p>0,05$).

Medeni durum değişkenine göre “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Evli hemşirelerin “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları, bekâr hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Çocuk Sayısı Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutları ile çocuk sayısı değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.7’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 7. Çocuk Sayısı Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Çocuk Sayısı	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	Çocuk yok ^a	227	4,41	0,52	F=4,301	0,014*	b>a
	1 çocuk ^b	101	4,56	0,43			
	≥ 2 çocuk ^c	122	4,52	0,42			
Mesleği	Çocuk yok ^a	227	2,75	0,37	F=6,368	0,002**	c>a
Tercih	1 çocuk ^b	101	2,84	0,38			
Etme	≥ 2 çocuk ^c	122	2,88	0,31			
Meslek	Çocuk yok ^a	227	4,53	0,50	F=5,385	0,005**	b>a c>a
Genel	1 çocuk ^b	101	4,67	0,39			
Durumlar	≥ 2 çocuk ^c	122	4,66	0,37			
Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)					Tukey HSD Test		
*p<0,05		**p<0,01					

Tablo 6.7 incelendiğinde, çocuk sayısı değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; bir çocuk sahibi olan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,024$; $p<0,05$). Diğer gruplar arasında “mesleki özellikler” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. İki ve daha fazla çocuğa sahip olan hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanları, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,002$; $p<0,01$). Diğer gruplar arasında “mesleği tercih etme” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuk sayısı değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$).

Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; bir çocuk sahibi olan hemşirelerin “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,017$; $p<0,05$). İki ve daha fazla çocuğa sahip olan hemşirelerin “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları da çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,026$; $p<0,05$).

Eğitim Durumu Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile eğitim durumu değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.8’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 8. Eğitim Durumu Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	Lise ^a	87	4,44	0,55	$F=0,182$	0,908	-
	Ön lisans ^b	87	4,49	0,55			
	Lisans ^c	194	4,47	0,44			
	Lisans üzeri ^d	82	4,49	0,40			
Mesleği Tercih Etme	Lise ^a	87	2,92	0,43	$F=3,529$	0,015*	$a>c$ $a>d$
	Ön lisans ^b	87	2,77	0,38			
	Lisans ^c	194	2,79	0,34			
	Lisans üzeri ^d	82	2,75	0,30			
Meslek Genel Durumlar	Lise ^a	87	4,57	0,47	$F=0,482$	0,695	-
	Ön lisans ^b	87	4,57	0,51			
	Lisans ^c	194	4,62	0,44			
	Lisans üzeri ^d	82	4,60	0,39			

Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tukey HSD Test

* $p<0,05$

Tablo 6.8 incelendiğinde, eğitim durumu değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; lise mezunu hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanları, lisans ve lisans üzeri mezunu olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Sırasıyla; $p=0,046$; $p=0,020$; $p<0,05$).

Eğitim durumu değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Görev Süresi Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile görev süresi değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.9’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 9. Görev Süresi Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N = 450)

	Görev Süresi	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	0-2 yıl ^a	29	4,48	0,45	F=1,774	0,151	-
	2-5 yıl ^b	74	4,36	0,48			
	5-10 yıl ^c	191	4,48	0,42			
	10 yıl üzeri ^d	156	4,52	0,54			
Mesleği Tercih Etme	0-2 yıl ^a	29	2,87	0,60	F=3,791	0,019*	b<d
	2-5 yıl ^b	74	2,71	0,42			
	5-10 yıl ^c	191	2,79	0,32			
	10 yıl üzeri ^d	156	2,87	0,31			
Meslek Genel Durumlar	0-2 yıl ^a	29	4,44	0,54	F=2,738	0,115	-
	2-5 yıl ^b	74	4,51	0,54			
	5-10 yıl ^c	191	4,63	0,39			
	10 yıl üzeri ^d	156	4,63	0,45			
Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)				Tamhane Test		*p<0,05	

Tablo 6.9 incelendiğinde, görev süresi değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Görev süresi değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; görev süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanlarının, görev süresi 10 yıl üzeri olan hemşirelere göre düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$). Diğer gruplar arasında “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Görev süresi değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumda Çalışma Yılı Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile kurumda çalışma yılı değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.10’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 10. Kurumda Çalışma Yılı Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Kurumda Hizmet Yılı	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	1 yıldan az ^a	30	4,45	0,41	$F=3,368$	0,019*	⁺ c<d
	1-2 yıl ^b	29	4,50	0,46			
	3-5 yıl ^c	123	4,36	0,54			
	6 yıl ve üzeri ^d	268	4,52	0,45			
Mesleği Tercih Etme	1 yıldan az ^a	30	2,88	0,49	$F=1,335$	0,420	-
	1-2 yıl ^b	29	2,75	0,54			
	3-5 yıl ^c	123	2,76	0,42			
	6 yıl ve üzeri ^d	268	2,82	0,29			
Meslek Genel Durumlar	1 yıldan az ^a	30	4,57	0,37	$F=8,571$	0,001**	[•] b<d c<d
	1-2 yıl ^b	29	4,33	0,55			
	3-5 yıl ^c	123	4,50	0,55			
	6 yıl ve üzeri ^d	268	4,68	0,37			

Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)

⁺Tukey HSD Test

[•]Tamhane Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 6.10 incelendiğinde, kurumda çalışma yılı değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, 6 yıl ve üzeri aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Diğer gruplar arasında “mesleki özellikler” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumda çalışma yılı değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumda çalışma yılı değişkenine “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; 1-2 yıl arası ve 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelerin “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, 6 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,017$; $p=0,007$; $p<0,05$). Diğer gruplar arasında “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumdaki (statü) Pozisyon Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile kurumdaki pozisyon değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.11’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 11. Kurumdaki (Statü) Pozisyon Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Kurumdaki Pozisyon	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	4A Kadrolu ^a	425	4,47	0,48	<i>F=0,727</i>	0,484	-
	4B Kadrolu ^b	15	4,50	0,38			
	Hizmet Alımı ^c	10	4,65	0,30			
Mesleği Tercih Etme	4A Kadrolu ^a	425	2,80	0,36	<i>F=0,607</i>	0,546	-
	4B Kadrolu ^b	15	2,91	0,36			
	Hizmet Alımı ^c	10	2,78	0,32			
Meslek Genel Durumlar	4A Kadrolu ^a	425	4,60	0,45	<i>F=0,819</i>	0,442	-
	4B Kadrolu ^b	15	4,45	0,55			
	Hizmet Alımı ^c	10	4,62	0,33			

Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi) p>0,05

Tablo 6.11 incelendiğinde, kurumdaki pozisyon değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumdaki pozisyon değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kurumdaki pozisyon değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aylık Gelir Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile aylık gelir değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.12’de gösterilmiştir

Tablo 6. 12. Aylık Gelir Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Aylık Gelir (TL)	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	<1500 ^a	11	4,66	0,40	<i>F=1,881</i>	0,154	-
	1500-2000 ^b	61	4,39	0,62			
	≥2000 ^c	378	4,48	0,45			
Mesleği Tercih Etme	<1500 ^a	11	3,20	0,56	<i>F=7,109</i>	0,066	-
	1500-2000 ^b	61	2,84	0,47			
	≥2000 ^c	378	2,79	0,33			
Meslek Genel Durumlar	<1500 ^a	11	4,66	0,28	<i>F=1,800</i>	0,167	-
	1500-2000 ^b	61	4,50	0,51			
	≥2000 ^c	378	4,61	0,44			

Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Tablo 6.12 incelendiğinde, aylık gelir değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aylık gelir değişkenine göre “mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, aylık geliri 1500 TL’den az olan hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanlarının, aylık geliri 1500-2000 TL ve 2000 TL’den fazla olan hemşirelere göre yüksek olması dikkat çekmektedir ($p=0,066$; $p>0,05$).

Aylık gelir değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyutu ile mesleği isteyerek seçme değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.13’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 13. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

İsteyerek Seçme		n	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Evet	299	4,58	0,37	t=5,946	0,001**
	Hayır	151	4,27	0,59		
Mesleği Tercih Etme Durumu	Evet	299	2,88	0,36	t=6,389	0,001**
	Hayır	151	2,66	0,33		
Meslek Genel Durumlar	Evet	299	4,65	0,40	t=3,279	0,001**
	Hayır	151	4,50	0,52		
Student-t Test		**p<0,01				

Tablo 6.13 incelendiğinde, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanlarının, hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme değişkenine göre “meslek genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin “meslek genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelik Mesleğini Seçmede En Etkili Olan Kişi ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile mesleği seçmede en etkili olan kişi değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.14’te gösterilmiştir.

Tablo 6.14. Hemşirelik Mesleğini Seçmede En Etkili Olan Kişi ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	En Çok Etkili Kişi	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	Kendiniz ^a	175	4,54	0,44	<i>F=10,218</i>	0,001**	⁺ <i>a>b</i>
	Aileniz ^b	192	4,36	0,52			<i>c>b</i>
	Aile dışı ^c	83	4,59	0,39			
Mesleği Tercih Etme	Kendiniz ^a	175	2,91	0,42	<i>F=11,724</i>	0,001**	[•] <i>a>b</i>
	Aileniz ^b	192	2,73	0,29			<i>a>c</i>
	Aile dışı ^c	83	2,76	0,33			
Meslek Genel Durumlar	Kendiniz ^a	175	4,61	0,50	<i>F=3,624</i>	0,009**	[•] <i>c>b</i>
	Aileniz ^b	192	4,54	0,44			
	Aile dışı ^c	83	4,69	0,35			
<i>Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)</i>					⁺ <i>Tukey HSD Test</i>		[•] <i>Tamhane Test</i>

Tablo 6.14 incelendiğinde, “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında hemşirelik mesleğini seçmede en etkili olan kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleği seçmede kendisi etkili olan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, mesleği seçmede ailesi etkili olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Mesleği seçmede aile dışında biri etkili olan hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının da mesleği seçmede ailesi etkili olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

“Mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında hemşirelik mesleğini seçmede en etkili olan kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleği tercih etme alt boyutu için mesleği seçmede kendisi etkili olan hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanlarının, mesleği seçmede ailesi etkili olan hemşirelere ve aile dışında biri etkili olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,012$; $p<0,05$).

“Mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında hemşirelik mesleğini seçmede en etkili olan kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleği seçmede aile dışında biri etkili olan hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, mesleği seçmede ailesi etkili olan hemşirelere göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$).

Alınan Eğitimin Meslek Sevgisine Olan Etkisi ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile alınan eğitimin meslek sevgisine olan etkisi değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.15’te gösterilmiştir.

Tablo 6.15. Alınan Eğitimin Meslek Sevgisine Olan Etkisi ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Eğitimin Meslek Sevgisine Etkisi	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	+ + ^a	195	4,61	0,41	$F=16,771$	0,001**	• a>b a>c a>d
	+ - ^b	178	4,44	0,40			
	- + ^c	31	4,24	0,47			
	- - ^d	46	4,16	0,73			
Mesleği Tercih Etme	+ + ^a	195	2,93	0,36	$F=19,800$	0,001**	▼ a>b a>c a>d b>d
	+ - ^b	178	2,77	0,31			
	- + ^c	31	2,60	2,69			
	- - ^d	46	2,57	0,39			
Meslek Genel Durumlar	+ + ^a	195	4,63	0,46	$F=10,596$	0,001**	• a>c b>c b>d
	+ - ^b	178	4,67	0,30			
	- + ^c	31	4,35	0,46			
	- - ^d	46	4,34	0,70			

Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)

▼ Tukey HSD Test

• Tamhane Test

** $p<0,01$

+ += Mesleğimi seviyordum, şimdi de seviyorum

+ -= Mesleğimi seviyordum, şimdi sevmiyorum

- += Mesleğimi sevmiyordum, şimdi seviyorum

- -= Mesleğimi sevmiyordum, şimdi de sevmiyorum

Tablo 6.15 incelendiğinde, “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında alınan eğitimin meslek sevgisine olan etkisine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleğini önceden de şimdi de seven hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, mesleğini önceden seven ama şimdi sevmeyen, mesleğini önceden sevmeyen ama şimdi seven ve mesleğini önceden de şimdi de sevmeyen hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

“Mesleği tercih etme” alt boyut puanları arasında alınan eğitimin meslek sevgisine olan etkisine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleğini önceden de şimdi de seven hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanlarının, mesleğini önceden seven ama şimdi sevmeyen, mesleğini önceden sevmeyen ama şimdi seven ve mesleğini önceden de şimdi de sevmeyen hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Ayrıca, mesleğini önceden seven ama şimdi sevmeyen hemşirelerin “mesleği tercih etme” alt boyut puanları da mesleğini önceden de şimdi de sevmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,003$; $p<0,01$).

“Mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında alınan eğitimin meslek sevgisine olan etkisine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; mesleğini önceden de şimdi de seven ve önceden seven ama şimdi sevmeyen hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları, mesleğini önceden sevmeyen ama şimdi seven hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Sırasıyla; $p=0,024$; $p=0,004$; $p<0,05$). Ayrıca, mesleğini önceden seven ama şimdi sevmeyen hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları da mesleğini önceden de şimdi de sevmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,017$; $p<0,05$).

Maaş Sizi Mutlu Ediyor Mu Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile maaş mutlu etme değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.16’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 16. Maaş Sizi Mutlu Ediyor Mu Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Maaş Mutlu Ediyor Mu?	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Evet	53	4,42	0,52	$t=-0,868$	0,386
	Hayır	397	4,48	0,47		
Mesleği Tercih Etme	Evet	53	2,82	0,42	$t=0,184$	0,854
	Hayır	397	2,81	0,35		
Meslek Genel Durumlar	Evet	53	4,34	0,54	$t=-3,770$	0,001**
	Hayır	397	4,63	0,43		

Student-t Test ****p<0,01**

Tablo 6.16 incelendiğinde; maaş sizi mutlu ediyor mu değişkenine göre “mesleki özellikler” ve “mesleği tercih etme” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Maaş sizi mutlu ediyor mu değişkenine göre “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Maaş sizi mutlu ediyor mu sorusuna hayır cevabı veren hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları, evet cevabı verenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Hemşireliği Tavsiye Etme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile mesleği tavsiye etme değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.17’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 17. Hemşireliği Tavsiye Etme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

	Tavsiye	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki	Evet	110	4,41	0,54	t=-1,359	0,176
Özellikler	Hayır	340	4,49	0,45		
Mesleği	Evet	110	2,80	0,36	t=-0,232	0,817
Tercih Etme	Hayır	340	2,81	0,36		
Meslek Genel	Evet	110	4,35	0,49	t=-6,224	0,001**
Durumlar	Hayır	340	4,67	0,41		
Student-t Test		**p<0,01				

Tablo 6.17 incelendiğinde; hemşirelik mesleğini tavsiye etme değişkenine göre “mesleki özellikler” ve “mesleği tercih etme” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemşirelik mesleğini tavsiye etme değişkenine göre “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelik mesleğini tavsiye etmeyen hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, hemşirelik mesleğini tavsiye edenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile meslekten ayrılmayı düşünme değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.18’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 18. Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

Ayrılmayı							
	Düşündünüz	n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
	Mü?						
Mesleki Özellikler	Evet, bazen(yılda) ^a	158	4,47	0,46	F=0,710	0,492	-
	Evet, bazen(ayda) ^b	203	4,50	0,47			
	Hayır ^c	89	4,43	0,52			
Mesleği Tercih Etme	Evet, bazen(yılda) ^a	158	2,85	0,40	F=1,952	0,134	-
	Evet, bazen(ayda) ^b	203	2,77	0,30			
	Hayır ^c	89	2,81	0,42			
Meslek Genel Durumlar	Evet, bazen(yılda) ^a	158	4,59	0,50	F=15,259	0,001**	a>c b>c
	Evet, bazen(ayda) ^b	203	4,69	0,36			
	Hayır ^c	89	4,39	0,47			
Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)				Tamhane Test			
**p<0,01							

Tablo 6.18 incelendiğinde; hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme değişkenine göre “mesleki özellikler” ve “mesleği tercih etme” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme değişkenine göre “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tamhane testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; ayrılmayı düşündünüz mü sorusuna evet bazen (yılda) ve evet bazen (ayda) cevaplarını veren hemşirelerin “mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları, hayır cevabını veren hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Sırasıyla; $p=0,004$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Nedenleri ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile meslekten ayrılmayı düşünme nedenlerinin karşılaştırılması Tablo 6.19’da gösterilmiştir.

Tablo 6. 19. Hemşirelik Mesleğinden Ayrılmayı Düşünme Nedenleri ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

Ayrılmayı Düşünme Nedeni		n	Ortalama	SS	Test Değeri	P	Post Hoc
Mesleki Özellikler	Çalışma koşulları ağır olduğu için ^a	98	4,55	0,52	F=4,382	0,002**	a>e b>e c>e
	Mutlu etmediği için ve mesleki risklerin çok oluşu ^b	31	4,61	0,34			
	Mesleğime yeterince saygı duyulmadığı için ^c	76	4,54	0,37			
	Maaş yetersiz olduğu için ^d	34	4,56	0,41			
	Hepsi ^e	116	4,34	0,49			
Mesleği Tercih Etme	Çalışma koşulları ağır olduğu için ^a	98	2,84	0,36	F=1,809	0,127	-
	Mutlu etmediği için ve mesleki risklerin çok oluşu ^b	31	2,72	0,34			
	Mesleğime yeterince saygı duyulmadığı için ^c	76	2,84	0,36			
	Maaş yetersiz olduğu için ^d	34	2,84	0,34			
	Hepsi ^e	116	2,76	0,30			
Meslek Genel Durumlar	Çalışma koşulları ağır olduğu için ^a	98	4,63	0,47	F=2,339	0,055	-
	Mutlu etmediği için ve mesleki risklerin çok oluşu ^b	31	4,69	0,38			
	Mesleğime yeterince saygı duyulmadığı için ^c	76	4,74	0,31			
	Maaş yetersiz olduğu için ^d	34	4,73	0,33			
	Hepsi ^e	116	4,57	0,49			
Oneway ANOVA Test (Tek Yönlü Varyans Analizi)				Tukey HSD Test **p<0,01			

Tablo 6.19 incelendiğinde; hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme nedeni değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,002; *p*<0,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; ayrılmayı düşünme nedeni için çalışma koşullarının ağır olması, mutlu etmemesi ve mesleki risklerin çok olması ve mesleğe yeterince saygı duyulmaması cevaplarını veren hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, hepsi cevabını

veren hemşirelere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Sırasıyla; $p=0,008$; $p=0,036$; $p=0,032$; $p<0,05$). Diğer gruplar arasında “mesleki özellikler” alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme değişkenine göre “mesleğin genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, mesleğe yeterince saygı duyulmaması cevaplarını veren hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, hepsi cevabını veren hemşirelere göre yüksek olması dikkat çekmektedir ($p=0,055$; $p>0,05$).

Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğini Düşünme ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Bulguları

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ile hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünme değişkeninin karşılaştırılması Tablo 6.20’de gösterilmiştir.

Tablo 6. 20. Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğini Düşünme Değişkeni ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutumun Karşılaştırılması (N=450)

Hemşirelik Rollerini Gerçekleştirdiğini Düşünme		N	Ortalama	SS	Test Değeri	P
Mesleki Özellikler	Evet ^a	310	4,53	0,38	$t=3,341$	0,001**
	Hayır ^b	140	4,34	0,62		
Mesleği Tercih Etme	Evet ^a	310	2,88	0,34	$t=6,766$	0,001**
	Hayır ^b	140	2,64	0,35		
Meslek Genel Durumlar	Evet ^a	310	4,64	0,43	$t=3,421$	0,001**
	Hayır ^b	140	4,49	0,48		

Student-t Test

**** $p<0,01$**

Tablo 6.20 incelendiğinde, hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünme değişkenine göre “mesleki özellikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin “mesleki özellikler” alt boyut puanlarının, hemşirelik rollerini gerçekleştirmediğini düşünenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünme değişkenine göre “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin “mesleği tercih etme durumu” alt boyut puanlarının, hemşirelik rollerini gerçekleştirmediğini düşünenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünme değişkenine göre “meslek genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin “meslek genel durumuna yönelik tutum” alt boyut puanlarının, hemşirelik rollerini gerçekleştirmediğini düşünenlere göre yüksek olduğu görülmektedir.

7. TARTIŞMA

Hemşirelerin demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşlerin dağılımı, hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyut dağılımları, hemşirelik mesleğine yönelik tutum alt boyut dağılımlarının kamu ve özel hastane karşılaştırması, hemşirelik mesleğine yönelik frekans dağılımları, hemşirelik mesleğine yönelik tutum genel ve alt boyut ortalamalarının demografik bilgiler ve mesleğe ilişkin görüşler ile karşılaştırılıp arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla uygulanmıştır.

İstanbul ili Avrupa yakası sınırları içerisinde bulunan bir özel bir devlet hastanesinde çalışan toplam 450 hemşirenin katılımı ile elde edilen bulgular, literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Araştırmada kullanılan HMTÖ güvenirlik analizine tabi tutulmuştur. Buna göre hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği iç tutarlılık katsayısı (Croanbach-alpha) 0,842 olarak hesaplanmıştır. $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ölçeğin yüksek güvenirlikte olduğu görülmektedir. (Tablo 5.2)

Hemşirelerin Demografik Özellikleri ve Mesleğe İlişkin Görüşlerin Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşlerinin dağılımına bakıldığında çoğunluğu 26-30 yaş aralığında, kadın, evli, çocuğu yok, lisans mezunu, 5-10 yıl arasında süredir hemşirelik görevini yürütmekte, 6-10 yıl arasında süredir şu an çalıştığı kurumda görev almakta, 4A kadrolu statüde, almış olduğu eğitim meslek sevgisini göstermekte, aylık geliri 2000 TL'nin üzerinde, mesleğini isteyerek seçmiş, mesleği seçmesinde ailesi etkili olmuş, aldığı maaştan memnun değil, mesleğini bir başkasına önermeyi düşünmüyor, işinden ayrılmayı ayda bir defa düşünüyor, çalışma koşulları ağır olduğu için mesleğinden ayrılmayı düşünüyor ve hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünüyor.

Yaş değişkenine bakıldığında çoğunluğun 26-30 yaş arasında olduğu görülmüştür.

Kavaklı ve arkadaşlarının (2009), çalışmasında 26-30 yaş grubundaki hemşire oranı % 52 belirtilmiştir.

Cinsiyet değişkenine bakıldığında çoğunluğun kadın olduğu görülmüştür.

Ünver ve Ürkemez'in (2009) çalışmasında, katılımcıların %61,4'ünün hemşireliğin bayan mesleği olduğunu ve %42,6'sının değişen hemşirelik kanunu ile erkek hemşirelerinde mesleğe katıldığını bildiğini ve %65,3'ünün erkek hemşirenin farklı bir ünvan alması gerektiğini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde çoğunun evli olduğu görülmüştür.

Ünsar ve arkadaşlarının (2010) yılında yaptığı çalışma da hemşirelerin %57,2'si evli, %42,8'i bekar olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Çocuk sayısına bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun çocuksuz olduğu görülmüştür.

Gavazın (2010) yılı çalışmasında %56,4'ü çocuksuz, %23,9'u bir çocuk, %17,4'ü iki çocuklu olduğu saptanmıştır. Bu literatür çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun lisans mezunu olduğu görülmüştür. Mollaoğlu ve arkadaşları (2010) yılı çalışmasında %48,3'ü lisans ve üstü mezun olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu meslekte 5-10 yıl arasında süredir görev yaptığı görülmüştür.

Kaya ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada %45,3'ü 6-11 yıl arasında görev yaptığı saptanmıştır. Bu literatür çalışma ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu çalıştığı kurumda 6-10 yıl arasında süredir görev yaptığı görülmüştür.

Mollaoğlu ve arkadaşları (2010), çalışmasında hemşirelerin %38,5'i (n=149) 6-10 yıl arasında aynı kurumda çalıştığı görülmektedir. Bu literatür çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun 4A kadrolu statüde çalıştığı görülmektedir.

Bostan ve Kösenin (2011) yılında yapmış olduğu çalışmada %67,2'si kadrolu, %29,8'i ise sözleşmeli olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun aylık geliri 2000 TL'nin üzerinde olduğu görülmüştür.

Gavaz'ın (2010), çalışmasında hemşirelerin %64,2'si (n=140) 1000 TL ve üzeri aylık geliri olduğu tespit edilmiştir. Kaplanoğlu (2006), çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun aylık gelirleri orta düzey olarak görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun meslek seçiminde ailesinin etkili olduğu görülmüştür.

Tunç ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında hemşirelik bölümü öğrencilerinin %32,4'nün, Sağlık Memurluğu bölümü öğrencilerinin ise %32,3'nün yakın çevre ve aileleri tarafından mesleğe yönlendirildiği tespit edilmiştir. Sezgin ve ark.(1997) çalışmalarında, öğrencilerin %78,95 i kendi kararları ile mesleği seçtiklerini, % 40,35 i hemşirelik mesleği ile ilgili bilgiyi ailelerinden aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Conk'un(1990), çalışmasında öğrencilerin hemşirelik mesleğini %54,4'ünün aile isteği ve ÖSS sınav sonuçlarına bağlı seçtiklerini saptamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu “mesleğimi seviyordum, şimdi de seviyorum” cevabını vermiştir. Hemşirelerin almış olduğu eğitimin meslek sevgisini gösterdiği ortaya çıkmıştır.

Yurttaş ve Yetkin'in (2001), çalışmasında öğrencilerin “mesleğimi seviyordum şimdi de seviyorum” ifadesine %81,63' ü katılmaktadır.

Çakır ve Alıcı' nın (2010), yılında yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %100'ü işini sevmekte, %99,2'si klinik eğitim hemşireliğini gerekli bulduğu ve en önemli faaliyetinin eğitim rolü (%47,4) olduğu ortaya çıkmıştır. Bu literatür çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının mesleğini isteyerek seçmiş olduğu görülmüştür.

Özata ve Aslanın (2010) yılında yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %60,5'i mesleği isteyerek seçmiştir. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında %62,0'ı (n=240) hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiştir. Bu sonuç çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun aldığı maaştan memnun olmadığı görülmüştür.

Derin'in (2007), çalışmasında hemşirelerin aldıkları maaşın iş doyumunu olumsuz etkilediği dolayısıyla mutsuz oldukları görülmüştür. Bu literatürler çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun mesleğini bir başkasına önermeyi düşünmediği görülmüştür.

Koç ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında Sağlık Yüksekokulunda okuyan erkek öğrencilerin %80,0'nın (n=48) hemşirelik mesleğini çevrelerindeki bireylere önerdiği, %75,0'nın (n=45) kızının, %55,0'nın da (n=33) oğlunun hemşire olmasını istediği sonucuna varılmıştır. Bu literatür çalışmamız ile paralellik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun işinden ayrılmayı ayda bir defa düşündüğü tespit edilmiştir.

Aiken ve arkadaşlarının (2001) A.B.D, Kanada, İngiltere, İskoçya ve Almanya'da hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastanede çalışan hemşirelerin %41'inin işlerinden hoşnut olmadığını ve %22'sinin gelecek bir yıl içerisinde işlerinden ayrılmayı planladıklarını saptamışlardır. Bostan ve Köse'nin (2011), çalışmasında %24,42'ü (n=32) işten ayrılmayı sık sık düşünüyorum, %31,3'ü (n=41) nadiren de olsa düşünüyorum, %17,6'sı (n=23) benzer iş imkanı bulsam düşünürüm, %26,7'si (n=35) hayır düşünmüyorum cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma koşullarının ağır olması, yapmış olduğu işin mutlu etmemesi ve riskli olması, mesleğine yeterince saygı duyulmaması, almış olduğu maaşın yetersiz olması nedenlerinden dolayı mesleklerinden ayrılmayı düşündükleri tespit edilmiştir.

Eskimez (2006) yılında yaptığı çalışmada öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etmeme nedenlerinin dağılımına bakıldığında; öğrencilerin (n=296) %37,5'i sağlık alanında çalışmayı sevmediği için, %28,7'si zor, yorucu ve çalışma saatleri düzensiz bir meslek olduğu için, %14,5'i gelir bakımından tatmin edici bir meslek olmadığı için, %10,8'i başka idealleri olduğu için, %8,1'i toplumun hemşireliğe bakış açısından dolayı hemşireliği tercih etmeyeceklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmadaki meslekten ayrılmayı düşünme nedenleri ile literatür sonucundaki öğrencilerin mesleği tercih etmeme durumu benzerlikler göstermektedir.

Karadağ ve Taşçı'nın (2005), çalışmasında hemşirelerin memnun olmama nedenleri çalışma koşullarının uygunsuzluğu (%56,1), mesleki saygınlığın olmaması (%29,3) ve motivasyon eksikliği (%19,5) oranında bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun hemşirelik rollerini (bakım verici, eğitici, rehberlik ve danışmanlık edici, araştırmacı, yönetici, profesyonel, uzmanlık ve koordine edici) gerçekleştirdiği tespit edilmiştir.

Kızılgüt ve arkadaşının (2011), çalışmasında üniversite dördüncü sınıf öğrencilerinin hemşirelerin bakım verici rolünü (%19,2), eğitici yönetici rolünü (%15,7), tedavi edici rolünü (%16,3), danışmanlık rolünü (%15,2), araştırmacı rolünü (%13,4) oranında algıladıkları görülmüştür.

HMTÖ Alt Boyut Dağılımlarının Tartışılması ve Kamu- Özel Hastane Karşılaştırması

Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği alt boyutları ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Ortalaması en yüksek hesaplanan “hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum” alt boyutudur. Özel hastanede çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutumunun kamu hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Erdoğan'ın (1997) çalışmasında, özel hastanede çalışan hemşirelerin iş memnuniyetinin, kamu kurumlarında çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Sezgin'in (2007), çalışmasında istenmeyen olaylara ilişkin ilaç hataları bildirimleri özel hastanelerde diğer hastanelere göre daha fazla raporlandırıldığı tespit edilmiştir. Sezgin (2007) çalışmasında, özel hastanede çalışanların kurum kalite yönetimi ve iş doyumu diğer hastanelere göre daha yüksek bulunmuş ve akredite olan özel hastanelerde risk yönetiminin eğitimini planlı ve özenli ele alındığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda özel hastanede çalışan hemşireler meslekleri hakkında; iş bulma imkanının fazla olduğunu, hemşireliğin büyük sorumluluk ve fedakarlık isteyen bir meslek olduğunu, herkesin hemşirelik yapamayacağını, çalışma koşullarının çok ağır ve yorucu olduğunu, toplum sağlığının hemşireye bağlı olduğunu ve hastalar ile en çok iletişim kuranın yine hemşireler olduğunu fakat hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığını düşünmektedirler.

Kaya'nın (2003), çalışmasında hemşirelerin sorumluluk üstlenen, güçlü kişilerarası iletişim kuran meslek üyeleri olmalarını zorunlu kıldığı sonucu görülmektedir. Bostan ve Köse'nin (2011), çalışmasında hemşirelerin %37,3'ü çalışma ortamını kötü olarak değerlendirmiştir.

Gavaz'ın (2010), çalışmasında sevgiden, şefkatten, disiplin ve ciddiyetten uzak bir kişinin bu mesleği icra etmesi mümkün değildir sonucuna varılmıştır. Karaöz'ün (2002), çalışmasında öğrenciler hemşirelerde olması gereken özelliklerde etkin iletişim kurabilme, insana saygı, insan duygularını anlama yeteneğinin daha çok ifade edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Sezgin'in (2007), çalışmasında özel hastanede çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saati 46-50 saat %65,4 ve günlük bakım verilen hasta sayısının 6-10 hasta %42,9 oluşu çalışma koşullarının ağır ve iş yükün çok olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

HMTÖ Alt Boyut Frekans Dağılımının Tartışılması

Çalışmamızda anket sorularında ortalaması en yüksek sorunun “hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığını düşünüyorum” ($4,83 \pm 0,51$) görülmektedir. Hemşirelerin büyük bir kısmı bu önermeye tamamen katılmıştır.

Karakoç ve arkadaşlarının (2004), çalışmasında ülkemizde hemşireliğin meslek olarak algılanmasından çok, kısa sürede iş sahibi olma ve aileye ek gelir getirmesi için tercih ettiği görülmüştür. Hemşireliğin bir kadın mesleği olarak algılanması ve hekimin yardımcısı olarak görülmesi toplumun bakış açısını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışma saatlerinin düzensiz oluşu, çalışma ortamındaki olumsuzluklar ve aylık gelir düzeyinin yetersiz oluşu mesleğin profesyonelleşmesi ve toplumun ihtiyaçlarına cevap vermesini güçleştirdiği görülmüştür.

Ertem ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında gazetelerin hemşirelik ile ilgili haberlerin %35,92'sinin hemşirelik mesleği ile ilgili kötü duygular uyandıran haberler (örneğin; olumsuz bireysel ilişkiler, intihar, tıbbi hatalar gibi) ve gazetelerin hemşirelik araştırmalarına %5,83 oranında yer verdiği görülmüştür. Toplumun bilinçlenmesinde önemli rolü olan gazetelerin hemşirelik mesleğine hak ettiği değeri vermediğini söyleyebiliriz. Karakurt ve arkadaşlarının (2006), çalışmasında ise öğrencilerin %39,6'sı hemşireliği toplumda değer verilmeyen bir meslek olarak tanımlamıştır.

HMTÖ’de ortalaması en düşük sorunun “hemşirelik yapmaktansa işsiz kalmayı tercih ederim” ($1,40 \pm 0,78$) görülmektedir. Bu önermeye hemşirelerin çoğunluğu katılmamaktadır.

Eskimez’in (2006), çalışmasında öğrencilerin %45,0’ı insanları ve onlara yardım etmeyi sevdiği için, %38,3’ü sağlık alanına ilgi duyduğu için, %12,5’i iş bulma imkanının kolay olduğu için ve %5’i kutsal bir meslek olarak gördüğü için hemşireliği tercih etmeyi düşünmektedir. Bu çalışmada hemşireler, mesleğin onurlu ve keyifli bir meslek olduğunu dile getirmişlerdir. Eskimez’in çalışması bunu destekler niteliktedir.

HMTÖ’de yer alan 1.soruda “hemşirelik mesleği hata kabul etmez” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin ($4,67 \pm 0,79$) ortalama ile %80,7’si katılmaktadır.

Eskimez’in (2010), çalışmasında “hemşireler, hastalarına zarar verecek işlemleri asla yapmazlar” ifadesine öğrencilerin %65,9’unun katıldığı saptanmıştır. Öğrencilerin büyük oranda (%65,9) bu ifadeye katılması, çalışmamızdaki “hemşirelik mesleği hata kabul etmez” ifadesi ile paralellik göstermektedir.

HMTÖ’de yer alan 3.soruda “insanlık var oldukça hemşirelik mesleği de var olacaktır” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin ($4,76 \pm 0,63$) ortalama ile %83,3’ü katılmaktadır.

Eskimez’in (2010), çalışmasında “hemşireler halkın gereksinimlerine yönelik hizmet verirler” ifadesine öğrencilerin %49,8’inin katıldığı görülmektedir. Çalışmamızdaki “insanlık var oldukça hemşirelik mesleği de var olacaktır” ifadesi ile benzerlik göstermektedir.

HMTÖ’de yer alan 12.soruda “hemşirelerin sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olduklarını düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin ($4,77 \pm 0,65$) ortalama ile %85,3’ü katılmaktadır.

Tunç ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında sağlık memurluğu bölümü öğrencilerinin %37,3’ü ($n=19$) “hemşireliği sağlık ekibinin üyesi” olarak görmektedirler.

HMTÖ’de 14.soruda “hemşirelikte iletişimin çok önemli olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin ($4,75 \pm 0,58$) ortalama ile %80,9’u katılmaktadır.

Terakye'nin (1994), çalışmasında hemşirelikte iletişimin çok önemli olduğunu ve hemşirelerin etkin iletişim kurabilme yeteneğinin olması gerektiğini vurgulamıştır, bu literatür çalışmamızla paralellik göstermektedir.

HMTÖ'de yer alan 15.soruda “hemşirelik doğrudan insana hizmet verdiği için ulvi/yüce bir meslektir” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,71±0,69) ortalama ile %80,9'u katılmaktadır.

Yunanistan'da öğrenci hemşireler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmada her iki grupta hemşirelik mesleğinin bilim değil bir sanat olduğunu ifade etmişlerdir. (Krepia, Psychogiou, Sakellari, Kostandinidou and Dimitradaou 2009). Bu literatür çalışmada ki hemşirelik mesleğinin ulvi/yüce bir meslek olduğunu destekler niteliktedir.

HMTÖ'de yer alan 17.soruda “hemşireliğin toplum için çok gerekli bir meslek olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,74± 0,63) büyük bir kısmı tamamen katılmaktadır.

Eskimez'in (2006), çalışmasında “hemşirelik toplum sağlık ihtiyacını karşılamada vazgeçilmez bir meslektir” ifadesine öğrencilerin %68,0'ının katıldığı saptanmıştır.

HMTÖ'de yer alan 21.soruda “çocuklarımla hemşire olmalarını istemem” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,22±1,22) ortalama ile %64,72si katılmaktadır.

Yalnız (2010), çalışmasında rehber öğretmenlerin %46,7'si çocuğunun hemşire olmasını istemediğini ifade etmiştir. Bu literatür çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir.

HMTÖ' de yer alan 24.soruda “hemşirelik onur verici bir meslektir” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,33±0,99) ortalama ile %58,2'si katılmaktadır.

Eskimez (2006) çalışmasında “hemşireler mesleki saygınlıklarını her zaman korurlar” ifadesine öğrencilerin %41,6'sının katıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ki hemşirelik onur verici bir meslektir ifadesi ile benzerlik göstermektedir.

HMTÖ'de yer alan 34.soruda “hemşirelik mesleğinin çok yorucu olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,76±0,57) ortalama ile %82,0'ının katılmaktadır.

Eskimez (2006), çalışmasında öğrenci hemşirelerin %28,7'si zor, yorucu ve çalışma saatleri düzensiz bir meslek olduğunu ifade etmişlerdir.

HMTÖ’de yer alan 35.soruda “hemşireliğin büyük sorumluluk isteyen bir meslek olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,81±0,52) ortalama ile %84,7’si katılmaktadır.

Korkmaz ve Görgülü’nün (2010), çalışmasında hemşirelerin %49,7’si (n=134) hasta ile ilgili bireysel sorumluluk alma oranı saptanmıştır.

Yalnız’ın (2010), çalışmasında hemşirelerin sağlık sistemi içinde sağlıklı birey ve toplumu gerçekleştirmede anahtar rolü üstlenmiş bir meslek olduğuna %55,0’ı katılmaktadır. Bu sonuçlar çalışmayı destekler niteliktedir.

HMTÖ’de yer alan 36.soruda “hastalar ile en çok iletişim kuran sağlık ekibi üyelerinin hemşireler olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (4,76±0,59) ortalama ile %82,2’si katılmaktadır.

Babadağlı ve arkadaşlarının (2006), çalışmasında hekimlerin %20’si , hemşirelerin % 76,7’si, öğrenci hemşirelerin % 56,7’si ve tıp fakültesi intern öğrencilerinin %26,7’ si iletişimi doğru tanımlayabilmişlerdir.

HMTÖ’de yer alan 38.soruda “hemşirelerin çalışma koşullarının çok ağır olduğunu düşünüyorum” ifadesine bu çalışmaya katılan hemşirelerin (x=4,78±0,56) ortalama ile %83,3’ü katılmaktadır.

Özpancar ve arkadaşlarının (2008), çalışmasında öğrencilerin %74,5’i “hemşirelik çalışma koşulları ağır olan bir meslektir” ifadesine katılmıştır. Çetin’in (2008), çalışmasında hemşirelerin %21,1’inin iş yoğunluğu nedeniyle yoğun stres yaşadığını, %20,1’i çalışma koşullarının ağır olduğunu ve çok yorulduğunu ifade etmişlerdir. Bu literatürler çalışma ile paralellik göstermektedir.

HMTÖ Genel ve Alt Boyut Ortalamalarının Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Anlamlılık İlişkilerinin Tartışılması

Yaş değişkeni ile incelendiğinde 36-40 yaş arasındaki hemşirelerin, 26-30 yaş arasındaki hemşirelere göre mesleki özellikleri ve 18-25 yaş ve 36-40 yaş arasındaki hemşirelere göre hemşirelik mesleğinin genel durumuna yönelik tutum düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Sezgin’in (2007), çalışmasında 40-49 yaş grubunda olan hemşirelerin mesleki ilişkileri diğer yaş grubunda olan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur.

İnsanların birbirlerini tanıma ve anlamalarının zaman içinde daha olumlu hale gelmesi bu durumu açıklayabilir.

Medeni durum değişkeni incelendiğinde bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre mesleki özellikleri, mesleği tercih durumu ve meslek genel tutumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çetin'in (2008), çalışmasında boşanmış ve bekar hemşirelerin öğrenme atmosferi puan ortalaması ($F=5,468$; $p=0,005$) evli hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde bir çocuk sahibi olan hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyleri daha fazladır. İki ve üzeri çocuk sahibi hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha yüksektir. İki ve üzeri çocuk sahibi hemşirelerin ve bir çocuk sahibi olan hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleki genel durumlar düzeyi daha yüksektir.

Gavaz'ın (2010), çalışmasında çocuğu olmayan ve bir çocuk sahibi olan hemşirelerin ortalaması yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak; çalışma koşullarının ağır olması, hafta içi ve hafta sonları 24 saat nöbet tutmaları, onlara sağlanan maddi imkânların yetersiz olmasından ileri gelmektedir.

Eğitim durumu değişkeni incelendiğinde lise mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere ve lisans üstü mezun hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha fazladır.

Gavaz'ın (2010), çalışmasında sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşirelerin sayısı birbirine çok yakın çıkmıştır. Sağlık meslek liselerinin hala hizmet verdiği ve kolay yoldan iş sahibi olma düşüncesiyle hemşirelik mesleğini tercih ettikleri görülmektedir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermekte lise mezunlarının mesleği tercih etme alt boyutunun yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Meslekte görev süresi değişkeni incelendiğinde 10 yıl üzeri süredir görev yapan hemşirelerin, 2-5 yıl arası süredir görev yapan hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha fazladır.

Sezgin'in (2007), çalışmasında çalışma süresi 1-5 yıl olanların iş doyumu daha yüksek bulunmuş ve mesleki deneyimi 11-15 yıl olanların mesleki ilişkiler puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

Kurumda toplam hizmet yılı değişkeni incelendiğinde 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelerin, 6 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyi daha düşüktür. 6 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda görev yapan hemşirelerin, 1-2 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşireler ve 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre mesleki genel durumlar düzeyi daha fazladır.

Sezgin'in (2007), çalışmasında kurumda çalışma süresi 11-15 yıl olanların mesleki ilişkiler düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Gavaz'ın (2010), çalışmasında aynı kurumda uzun yıllar çalışan hemşirelerin iş tecrübesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aylık gelir değişkeni incelendiğinde 1500 TL'den az maaş alan hemşirelerin, 1500-2000 TL arası maaş alan hemşireler ve 2000 TL'den fazla maaş alan hemşirelere göre mesleği tercih etme alt boyutunun daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızda lise mezunların hemşirelik mesleğini tercih etme alt boyutu yüksek bulunmuştur, mesleği tercih edenlerin daha çok lise mezunu oluşu aylık gelirin düşük olmasına sebep olmaktadır.

Polat'ın (2007) çalışmasında çalışmaya katılan hemşirelerin %47'sinin gelir düzeylerinin yetersiz olduğu yanıtını verdiği görülmüştür.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme değişkenine bakıldığında hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre mesleki özellikleri, mesleği tercih etme ve mesleğin genel durumuna yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Law ve Arthur'un çalışmasında, hastane deneyimi yaşayan öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%67,3) hemşireliği meslek olarak seçmeyi düşündükleri belirtilmiştir. Khorsid ve arkadaşları'nın (1992), çalışmasında lise son sınıf kız öğrencilerin %82,9'unun insanlara yardım etmeyi ve mesleği sevdiği için hemşireliği seçmeyi düşündüğü belirtilmiştir.

Hemşirelik mesleği seçiminde en etkili olan kişi değişkenine bakıldığında hemşirelik mesleğini seçmede aile dışı ve kendisi etkili olan hemşirelerin mesleki özellikleri, ailesi etkili olan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Meslek seçiminde kendisi etkili olan hemşirelerin mesleği tercih etme düzeyleri, aile dışı ve ailesi etkili olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Meslek seçiminde aile dışı etkisi

olanların meslek genel durumlar düzeyi, kendisi ve ailesi etkili olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Gavaz'ın (2010), çalışmasında hemşirelerin %28,9'u (n=63) kendi istekleriyle, %28'i (n=61) ailesinin kararıyla, %24,3'ü (n=53) ailesi ile birlikte, %18,8'i (n=41) diğer nedenlerle hemşirelik mesleğini tercih etmişlerdir.

Alınan eğitimin meslek sevgisi üzerine etki değişkeni incelendiğinde; mesleğini önceden de şimdi de seven hemşirelerin mesleki özellikleri ve mesleği tercih etme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini önceden sevmeyen ve şimdi de sevmeyen hemşirelerin meslek genel durumlar düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Yurttaş'ın (2001), çalışmasında öğrencilerin %30,2'si "mesleğimi seviyordum şimdi de seviyorum", %45,2'si "mesleğimi sevmiyordum, şimdi seviyorum" cevabını verdiği belirlenmiştir.

Almış olduğunuz maaş sizi mutlu ediyor mu değişkeni incelendiğinde hayır cevabı veren hemşirelerin, evet cevabı veren hemşirelere göre mesleğin genel durumuna yönelik tutumun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çetin'in (2008) çalışmasında %56,7'si emeğinin karşılığını almadığını düşünmektedir.

Hemşirelik mesleğini tavsiye etme değişkenine bakıldığında hemşirelik mesleğini tavsiye etmeyen hemşirelerin, hemşirelik mesleğini tavsiye eden hemşirelere göre mesleğin genel durumuna yönelik tutumun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Koç ve arkadaşlarının (2010), çalışmasında öğrencilerin %80,0'ının (n=48) hemşirelik mesleğini çevrelerindeki bireylere önerdiği, %75,0'ının (n=45) kızının, %55,0'ının da (n=33) oğlunun hemşire olmasını istediği sonucu ortaya çıkmıştır.

Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme değişkenine bakıldığında da evet, bazen (yılda) ve evet, bazen (ayda) cevabı veren hemşirelerin, hayır cevabı veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme nedenleri değişkenine bakıldığında; çalışma koşullarının ağır oluşu, mesleğin mutlu etmemesi ve risklerinin çok olması, mesleğe yeterince saygı duyulmaması ve maaşın yetersiz olması cevabını veren hemşirelerin mesleki özellikleri, hepsi cevabını veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Andrews'ın (2005), çalışmasında hemşirelerin mesleklerinden ayrılma ve kariyer planlamalarında çalışma saati ve hemşire başına düşen hasta oranının fazla

olması öncelikli nedenler arasında tespit edilmiştir. Demirbaş (2006), çalışmasında sağlık çalışanlarının mesleklerinden ve çalışma koşullarının zorluklarından yakındıklarını, mesleklerini çok stresli ve gergin bulduklarını, büyük çoğunluğun mesleğini isteyerek yapmadıklarını hatta mesleklerini bırakmayı düşündüklerini ve sık sık işe devamsızlık yaptıklarını saptamıştır.

Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünme değişkenine bakıldığında, hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin mesleki özellikleri, mesleği tercih etme durumu ve meslek genel durumunun hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kızgıt ve Ergöl'ün (2011), çalışmasında birinci sınıf öğrencilerinin (%57,1) dördüncü sınıf öğrencilerine (%42,9) göre daha fazla oranda gelecekte hemşirelik rollerinde değişim olacağını düşündükleri belirlenmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamu ve özel hastanede görev yapan hemşirelere yönelik bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya katılım gösteren hemşirelerin demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin görüşlerinin hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin alt boyutları ile ilişkisinin incelenmesi ve hemşirelerin meslek algısının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların çoğu; 26-30 yaş arası, kadın, evli, çocuksuz, lisans mezunu, mesleklerinde 5-10 yıl arası, kurumda 6 yıl ve üzeri süredir çalışan, 4A kadrolu statüde, 2000 TL'den fazla maaş alan, mesleğini isteyerek seçmiş, meslek seçiminde ailesi etkili olmuş, mesleğini halen sevmekte, aldığı maaştan memnun olmadığı, mesleğini tavsiye etmediği, meslekten ayrılmayı bazen düşünmekte, daha çok çalışma koşullarının ağır olması sebebiyle meslekten ayrılmayı düşünmekte ve hemşirelik rollerini gerçekleştirdiği görülmektedir.

Hemşirelerin meslekten ayrılmayı düşünme nedenleri; çalışma koşullarının ağır olması, yapmış olduğu işin mutlu etmemesi ve risklerin çok olması, mesleğine yeterince saygı duyulmaması ve almış olduğu maaşın yetersiz olmasıdır.

Kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre mesleğin genel durumuna yönelik tutum, hemşirelik mesleğinin özelliklerinden ve mesleği tercih etme durumundan önce gelmektedir. Buna göre hemşireliğin fedakârlık isteyen bir meslek olduğu, herkesin hemşirelik yapamayacağı, hemşirelik mesleğinin çok yorucu olduğu, sorumluluk isteyen bir meslek olduğu, hastalar ile en çok iletişim kuran sağlık ekibi üyelerinin hemşireler olduğu, hemşirelikte iş bulma imkanının fazla olduğu, hemşirelerin çalışma koşullarının çok ağır olduğu, hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığı, toplumun sağlığının hemşirelere bağlı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Özel hastanede çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri ve meslek genel durumuna yönelik tutumu, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait frekans dağılımları incelendiğinde ortalaması en yüksek soru “hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığını düşünüyorum” ifadesine hemşirelerin büyük bir kısmı tamamen katılmıştır. Ortalaması en düşük soru ise “hemşirelik yapmaktansa işsiz kalmayı tercih ederim” ifadesine hemşirelerin büyük çoğunluğu katılmamıştır. Hemşirelik doğrudan insana hizmet veren, toplum için gerekli, insanlık var oldukça hemşirelik mesleğinin var olacağı, büyük sorumluluk isteyen ve sabır gerektiren, onur verici bir meslek olduğu, mesleğin hata kabul etmediği, çalışma koşullarının çok ağır ve yorucu olduğu, iletişimin önemli olduğu, hasta ile en çok iletişim kuranın hemşire olduğu ve çocuklarının hemşire olmalarını istemediği sonucu ortaya çıkmıştır.

Yaş değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. 36-40 yaş arasındaki hemşirelerin, 26-30 yaş arasındaki hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyleri daha fazladır. 26-30 yaş arasındaki hemşirelerin, 18-25 yaş ve 36-40 yaş arasındaki hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha fazladır.

Cinsiyet değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği üç alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Medeni durum değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bekâr hemşirelerin mesleki özellikleri, mesleği tercih etme düzeyleri ve mesleki genel durum düzeyi evli hemşirelere göre daha fazladır.

Çocuk sayısı değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bir çocuk sahibi olan hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyi daha yüksektir. İki ve üzeri çocuk sahibi hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha yüksektir. İki ve üzeri çocuk sahibi hemşirelerin ve bir çocuk sahibi olan hemşirelerin, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha yüksektir.

Eğitim durumu değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Lise mezunu hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere ve lisans üstü mezun hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha yüksektir.

Meslekte görev süresi değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. 10 yıl üzeri süredir görev yapan hemşirelerin, 2-5 yıl arası süredir görev yapan hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha fazladır.

Kurumda toplam hizmet yılı ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelerin, 6 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre mesleki özellikler düzeyleri daha fazladır. 6 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda görev yapan hemşirelerin, 1-2 yıl arası ve 3-5 yıl arası aynı kurumda görev yapan hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha fazladır.

Statü değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeği üç alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Aylık gelir değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. 1500 TL'den az maaş alan hemşirelerin, 1500-2000 TL arası ve 2000 TL'den fazla maaş alan hemşirelere göre mesleği tercih etme düzeyleri daha fazladır.

Mesleği isteyerek seçme ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin, isteyerek seçmeyenlere göre mesleki özellikleri, mesleği tercih etme ve mesleki genel durum düzeyi daha yüksektir.

Mesleği seçmede en çok etkili olan kişi değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Mesleği seçmede ailesi etkili olan hemşirelerin mesleki özellikler düzeyi daha düşüktür. Mesleği seçmede kendisi etkili olan hemşirelerin mesleği tercih etme düzeyi daha fazladır. Mesleği seçmede ailesi ve kendisi etkili olan hemşirelerin mesleki genel durum düzeyi daha düşüktür.

Alınan eğitimin meslek sevgisi üzerine etki değişkeni incelendiğinde; mesleğini önceden de şimdi de seven hemşirelerin mesleki özellikleri ve mesleği tercih etme düzeyleri daha yüksektir. Mesleğini önceden sevmeyen ve şimdi de sevmeyen hemşirelerin meslek genel durumlar düzeyi daha düşüktür.

Maaş sizi mutlu ediyor mu sorusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Maaş sizi mutlu ediyor mu sorusuna hayır cevabı veren hemşirelerin, evet cevabı veren hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha fazladır.

Hemşirelik mesleğini tavsiye eder misiniz sorusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğini tavsiye etmeyen hemşirelerin, hemşirelik mesleğini tavsiye eden hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha fazladır.

Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşündünüz mü sorusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrılmayı düşündünüz mü sorusuna evet, bazen (yılda) ve evet, bazen(ayda) cevabını veren hemşirelerin, hayır cevabı veren hemşirelere göre mesleki genel durum düzeyi daha fazladır.

Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme nedenleri değişkeni ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünme nedenlerine bakıldığında; çalışma koşullarının ağır oluşu, mesleğin mutlu etmemesi ve risklerinin çok olması, mesleğe yeterince saygı duyulmaması ve maaşın yetersiz olması cevabını veren hemşirelerin mesleki özellikleri, hepsi cevabını veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelik rollerini gerçekleştirme ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin mesleki özellikleri, mesleği tercih etme durumu ve meslek genel durumunun hemşirelik rollerini gerçekleştirdiğini düşünmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

ÖNERİLER

- Hemşirelerin çalışma koşulları ve alanları düzeltilmeli ve ücret yetersizliği konusunda düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hemşirelik mesleğinin hak ettiği yere gelebilmesi için meslekleşme sürecini gerçekleştirmeli ve tamamlamalıdır.
- Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre, mesleki algı düzeyinin düşük olmasının nedenleri araştırılmalı ve bu durumun kamu hastaneler birliği politikası ile ilişkisinin olup olmadığı incelenmelidir.
- Türkiye’de hemşirelik mesleği eğitiminin üniversite düzeyinde standardizasyonu sağlanmalıdır. Bu sayede gerçek profesyonel statüye ulaşılabilir.

9. KAYNAKLAR

Aban S. (1996) Hastanelerde Acil Durumlarla Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse B, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM ve Shamian J (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs, 20(3):43-53.

Akalın G. (1981). Kamu Ekonomisi. A.Ü. SBF. Yayınları, Ankara.

Akar Ç., Özalp H. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Songür Eğitim, Ankara.

Akdoğan A. (2002). Kamu Maliyesi. Gazi Kitapevi, Ankara.

Akdur R. (2000). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara.

Akdur R. (2003). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Akdur R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Akıncı A., Pınar R., (2011) Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Hemar-G Dergisi.

Aksaraylı, M. ve Devebakan, N. (2003) Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servequal Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1), 38-49.

Aldridge. M, Evetts J. (2003) "Rethinking the concept of professionalism: the case of journalism." British Journal of Sociology Vol.54, No.4,p.547-564.

Altıntaş, A. (1998). Türkiye’de Hemşireliğin Başlangıcı, Sağlık Alanında Türk Kadını. (Ed. N. Yıldırım), İstanbul.

American Nurses Association. (2001) Code Of Ethics For Nurse With Interpretive Statements, Silver Spring, Md: American Nurses Publishing.

Anderson E P (1993) The perspective of student nurses and their perceptions of professional nursing during the nurse training programme. Journal Of Advanced Nursing, 18(5); 808.

Andrews, R.D. ve Dziegielewska, F.S. (2005). The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. Journal of Nursing Management, 13, 291-292.

Arkonaç, S.A., (1998). Psikoloji: Zihin Süreçleri Bilimi, Alfa Yayınları, 2. Baskı, s.510.

Aslan, H. vd. (1998). İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik Ve Güvenirliği”. Düşünen Adam Dergisi, Cilt:11, Sayı:2, İstanbul.

Aştı, N. (2009) Cinsiyet sosyalizasyonu ve hemşireliğe yansımaları. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Sivas, 20-24 Ekim, 70-77.

Ateş M. (2011) Sağlık İşletmeciliği. Beta Basım Yayın, İstanbul.

Aziz, A. (1994) Kadın Şiddet İletişim. 1. Ulusal Sosyoloji Kongresi. İzmir.

Babadağlı, B., Erim E.S., Erdoğan, S., (2006) Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, Elazığ.

Baltaş, Z., Baltaş, A., (2007). Bedenin Dili, Remzi Kitabevi, 39. Basım, İstanbul.

Belek, İ. (2003) Antalya’da Hekimler, Sınıf ve Statü Konumu Açısından Değerlendirme. Ankara.

Beydağ, K.D., Arslan, H., (2007) Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Bildirileri Kitabı, Ankara, s.1.

Boratav K. (2003) Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2007. İmge Kitabevi, Ankara.

Bostan, S., Köse, A., (2011) Hemşirelerin Yönetmel Hizmetleri ve Çalışma Ortamlarını Değerlendirmesi- Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(3):178-183.

Bulutoğlu K. (2003) Kamu Ekonomisine Giriş. Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.

Cherry B. (2002) Professional development. Nursing Administration Managing Patient Care. 2 th ed. London.

Chitty K K (2001) Professional Nursing: Concepts & Challenges, (Ed) Chitty K K, 3.baskı, WB Saunders Company, s.177-178.

Conk, Z. (1990) Öğrencilerin Meslek ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. 12-14 Eylül İzmir, 519-531.

Coren, S., Ward, L.M., Enns, J.T., (1993). Sensation and Perception, Harcourt Brace College Publisers, 747s.

Craven R., Hirnle C. (2003) Fundamentals of Nursing:Human Health And Function.4.Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philedelphia.

Çakıcı, S. (2006) Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim Yıldırım)

Çakır A., Alıcı U.S., (2010) Hemşirelerin Klinik Eğitim Hemşireliği Konusundaki Görüşleri, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7(2):29-35.

Çetin, G. (2008) Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Olumlu İş Ortamına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım)

Çınar Yücel Ş, Eşer I, Güler EK, Khorshid L. (2011) Nursing Diagnoses in Patients Having Mechanical Ventilation Support in a Respiratory Intensive Care Unit in Turkey. International Journal of Nursing Practice, Oct;17(5):502-8.

Çırpı, F., vd. (2009) Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya.

Çiçeklioğlu, M. (2011) “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>. (Erişim Tarihi:2 Ekim 2013)

Çoban, G. (2010) Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışmanı: Doç. Dr. Mağfiret Kaşıkçı)

Demirbaş, AR. (2006) Üç Farklı Hastanenin Yöneticilerinin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumları. Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışmanı: Doç. Dr. Ömer Rıfkı Önder)

Derin, N. (2007) Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışmanı: Prof. Dr. Gülşen Terakye)

Doğan, Ş.(1995) Bilinçsizlik ve Diğer Nedenlerle Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. G.A.T.A. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışmanı: Doç. Dr. Veliye Yurt)

Edgett, J. (1996) Yönetme Sanatı. Öteki Yayınevi, Ankara.

Elkin M., Perry A., Potter P. (2000) Nursing Intervention and Clinical Skills. St Louis, Mosby Year Book Inc, p:2-13

Ellis R and Hartley C. (2009) Moving into a Professional Role. Managing and Coordinating Nursing Care. 5 th ed. Washington.

Erdoğan,H. (1997) Hemşirelikte iş doyumunu ile işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişki. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir.

Eren, E. (1993) Yönetim Psikolojisi. Beta Basım Yayım, İstanbul.

Eren, E. (2004) Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. Beta Yayınları, İstanbul.

Ergin, D., Şen Celasin, N., Akış, Ş., Altan, Ö., Bakırlıoğlu Ö. ve Bozkurt, S. (2009) Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri ve Bunlar Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 11.

Ergöl, Ş. (2011) Türkiye’de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 3.

Erkal S. (2003) Öğrenciler Neden Hemşireliği Seçer? II. Uluslararası, XI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Antalya.

Erkmen, T. (1973) Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme. DPT Yayınları, Ankara.

Ersoy, N. (2010) Hemşireliğe Etik Yaklaşımlar. Trabzon Hemşirelik Etiği Sempozyumu, Trabzon.

Eskimez, Z. (2006) Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç)

Eskimez, Z., Öztunç, G., Alparslan, N. (2008) Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Adana Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi: 58-67.

Evans J. (1997) Men in nursing: exploring the male nurse experience. Nursing Inquiry, 4: 142-145.

Fetzer SJ. (2003) Professionalism Of Associate Degree Nurses: The Role Of Self-Actualization, 24(3): 139- 143.

Finkelman A. (2006) Professional Organizations: Developing a nursing career. Leadership and Management in Nursing. Oklahoma.

Fişek, N. (1985) Halk Sağlığına Giriş, Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Yayınları, Yayın No: 2.

Gavaz, N. (2010) Türkiye’de Ki Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu ve Geleceğinin Analizi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kamil Uslu)

Harmanlı AK (2003) Hemşirelerin Mesleki Organizasyonlara İlişkin Görüşleri, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ülkü Baykal)

Herdman E. (2006) Hemşirelikte mesleki düzenlemeler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 3(2): 2-4.

Hayran, O. ve Sur, H. (1997) Sağlık Hizmetleri, Hastane Yöneticiliği. Nobel Kitabevi, İstanbul.

Kaplanoglu A. E. (2006) “Yönetici Hemşirelerin Atılganlık Düzeyleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişki”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün).

Karadağ A., Hisar F., Özhan Elbaş N. (2004) Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter, Hemşirelik Forumu Dergisi, , C. 7, S. 4, s. 14, İstanbul.

Karadağ G, Uçan Ö (2006).Hemşirelik Eğitim ve Kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3):41-42

Karadağ S., Taşçı S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı), s.13-21

Karakoç KÖ, Simsek Z, Kabalcıoğlu F, Dayı FF. (2004) Hemşirelerin Mesleki İmajlarını ve Mesleği Algılama Durumlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelik Forumu Dergisi Ocak-Şubat; 7(1):1-6.

Karakoç Kaya Ö., Şimşek Z., Kabalcıoğlu F., Dayı F., (2004) Hemşirelerin Mesleki İmajlarını ve Mesleği Algılama Durumlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelik Forumu, Bilmedya Grup Yayını, 7(1), Ocak-Şubat, s.13-21

Karamanoğlu A., Özer G.F., Tuğcu A. (2009) Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 14(1):12-17

Karaöz, S. (2002) Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2), 10-20

Karakurt P, Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Özman Ö. (2006) Sağlık Yüksekokulu I. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşünceleri. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı, Şanlıurfa, 20-21 Nisan, s.115.

Karamanoğlu, A., Özer, F. ve Tuğcu, A. (2009) Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi, 14 (1), 12-17.

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., Arslan, F. (2009) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 51, 168-173.

Kavuncubaşı, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi, Ankara.

Kaya ÖK, Şimşek Z, Kabalcıoğlu F, Dayı F (2004) Hemşirelerin mesleki imajlarını ve mesleği algılamalarını etkileyen faktörler. Hemşirelik Forumu Dergisi 7(1): 1-6.

Kaya, H. (2003) Hemşirelik eğitiminde değişimler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13(50), 73-79.

Kaya, N., Kaya H., Ayık E.S., Uygur E. (2010) Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, cilt:7, sayı:1

Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006) Sağlığın Tanımı; Başaçıkma. İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, İstanbul, Cilt:4, Sayı:3.

Kocaman, G. (2004) Türkiye’de Hemşirelik Eğitim Sorunları ve Çözüm Arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Özel Baskı (Genişletilmiş 2004 Baskısı), ss:119-150.

Kızgüt, S., Ergöl Ş. (2011) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliği Algılayışı Hemşirelik Rollerine ve Hemşireliğin Geleceğine Bakışı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14:2 Koçel T. (2003) İşletme Yöneticiliği. 9.Baskı. Beta Yayınları, İstanbul.

Khorsid LH, Eşer İ, Demir U, Dereli N, Ulufer F, Yıldız T. (1992) Lise son sınıf kız öğrencilerinin hemşirelik mesleğini tercih etme durumlarının incelenmesi. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. S: 831-836.

Koç, Z., Bal, C., Sağlam, Z. (2010) Erkek öğrenci hemşirelerin hemşirelik mesleğini algılama durumlarının belirlenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı.

Korkmaz. F., Görgülü, S. (2010) Hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.

Kurtulmuş, S. (1996) Sağlık Ekonomisi. Timaş Yayınları, İstanbul.

Kurtulmuş, S. (1998) Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

Krepia D, Psychogiou M, Sakellari E, Kostandinidou A, Dimitradaou A (2009) How Greek Nurses and Nursing Students Define Nursing: A Qualitative Content Analysis. Health Science Journal, Issue 3: 2-9.

Law, W. ve Arthur, D. (2003) What Factors Influence Hong Kong School Students In Their Choice of a Career In Nursing?. Science Direct, 40 (1), 23-32.

Marmot, M. And Wilkinson, R. (1999) Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University.

Mendez D, Louis D (1991) College students' image of nursing as a career choice. AORN Journal, 53(5);1238-1243.

McNeese-Smith, D.K., Crook, M. (2003) "Nursing Values and A Changing Nurse Workforce: Values, Age and Job Stages", Journal of Nursing Administration, 33:260-270.

Miller B, Adams D, Beck A. (1993) Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing, Journal of Professional Nursing; 9(5): 290-295

Mollaoğlu, M., Fertelli K.T., Tuncay Ö.F., (2010) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Mortan, K. (1980) Sağlık Ekonomisi Metodolojisi: Etkinlik Finansman ve Türkiye Örneğinde Uygulamalı Bir Çalışma. İ.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S (2002) Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine. 346: 1715-1722.

Oktaç, S. (1990) “2000 Yılında Herkese Sağlık” İçin Hemşirelerin Yükümlülüğü, İlkeleri, Rolü, Hemşirelik Bülteni, İstanbul, 9(17): 12-13.

Okur, A. R. (1992) Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları. İstanbul.

Öcel, N. (1988) Hasta Odalarında Enerji Tasarrufu Öngörülerek Aydınlatma Sisteminin Belirlenme. İ.T. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2000) Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1), 5-11.

Özata, M., Aslan Ş. (2010) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Meslekteki İmaj Algılamalarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, s:251-268

Özbay vd. (2007) Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye’de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.

Özel İ. (2010) Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik)

Özkan, Ö. (2005) Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike Ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, (Danışmanı: Doç. Dr. Nuran Eminoğlu)

Özlük, B. (2006) Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde Profesyonelleşme Kapsamında Hemşireliğin Değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine Uyum Süreci, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Prof. Dr. Haydar Sur)

Öztekin, Z. (2001) Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye Dergisi, Cilt:7, Sayı: 39, Ankara.

Öztekin, Z. ve Saat, Z. (1987) Sağlık Hizmetlerinde Denetim. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.

Öztürk, S. (2002) Hizmet Pazarlaması. Ekin Kitabevi Yayınları, Eskişehir.

Polat S. (2007) “Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet Algıları, Örgütsel Güven Düzeyleri İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Raelin, J. A. (1999) Kùltürlerin Çatışması (Yönetenler-Yönetilenler), Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.

Registered Nurses’ Association of Ontario. (2007) Healthy Work Environments Best Practice Guidelines, Professionalism in Nursing. Ontario. P,3-44

Rogers B. (2003) Occupational and Environmental Health Nursing Concepts And Practice.2.Ed.Pennsylvania. P,691-696

Saltık, A. (1995) “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 10(68).

Salvage J (1995) Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. (Çev. Ed) Ülker Saadet. Aydoğdu Ofset, Ankara.

Sevim, İ. (2006) 1980 Sonrasında Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Aykaç)

Sezgin A., Yalçinkılıç G. (1997) Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili bilgi görüş düzeylerinin okuldaki başarı düzeyi ile ilişkisi ve değişme düzeyi. 3. Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Bildiri Kitabı). İstanbul 8-10 Eylül, 130-140.

Sezgin, B. (2007) Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım)

Schacter D. L, Gilbert D. T, Wegner D. M, (2011). Psychology. Worth Publishers.1-640

Şener, O. (1996) Kamu Ekonomisi. Beta Yayınları, İstanbul.

Şener, O. (2005) Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Şentürk S. (1986) Hemşirelikte Deontoloji. Birinci Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Şentürk S. (1990) Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. Pazarlama Yayınları, İstanbul.

Tazeyurt, Y. (1992) Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetmelik Organizasyonu Ve Üniversite Hastanelerinde Bu Konuyla İlgili Sorunlara İlişkin Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Doç. Dr. Fulya Sarvan)

Tekin, F. (1987) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı. Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 5, Sayı:1, Eskişehir.

Terakye, G. (1994) Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara.

Tezel A, Arslan S. (2002) Erzurum Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencilerinin Mesleklerini Seçmeye ve Mesleğe İlişkin Görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 39-44.

Tokat, M. (1998) Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara.

Tunç, Ç.G., Akansel, N., Özdemir A. (2010) Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler. Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu.

Ünsar S, Kostak A.M., Kurt S., Erol Ö. (2010) Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1), 2-6. [Elektronik Dergi] <http://www.deuhyoedergi.org>

Ünver S, Ürkmez E (2009). Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. Hemşirelik ve Ebelikte Kùltürlerarası Yaklaşım Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Çanakkale, 9-11 Nisan, 145.

Ulusoy, M. F. ve Görgülü, R. S. (1997) Hemşirelik Esasları. 72 TDFO Ltd Şti, Ankara.

Ulusoy, M. Filiz. (1998) Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci, Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:2, s:1-8.

Velioğlu, P. (1982) Hemşirelikte Yönetim. Meteksan, Ankara.

Velioğlu, P. (1985) Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru. Bozok Matbaası, İstanbul.

Velioğlu, P. ve Babadağ, K.(1998) Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 260, Eskişehir.

Yalnız N. (2010) Orta Öğretim Kurumlarında Çalışan Rehber Öğretmenlerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Algıları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hülya Kaya)

Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. (2004) Gençlerin meslek seçimini etkileyen faktörler ve benlik saygıları: Manisa Sağlık Yüksekokulu Örneği. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(2): 60-67.

Yeğinboy, E. Y. (1993) Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 1. Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

Yenimahalleli, G. Y. (2007) Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışmanı: Prof.Dr. Şerife Türcan Özşuca)

Yıldırım A. (2001) Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(1): 23-25

Yıldırım A. (2014) Sağlık Sistemi ve Yönetim İlkeleri Işığında Hemşirelik. Ankara.

Yurttaş, A. (2001) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Becerileri İle Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Ayşen Yetkin)

<http://www.ab.gov.tr>

<http://www.csgeb.gov.tr>

www.sgb.gov.tr

<http://www.ttb.org.tr>

<http://www.zirve.edu.tr>

<http://www.comu.edu.tr>

<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr>

10.EKLER

EK-1. Anket Soruları

HEMŞİRELİKTE MESLEK ALGISI

Değerli Meslektaşım,

Bu anket hemşirelik mesleği ile ilgili düşüncelerinizi belirlemek için hazırlanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise belirtilen ifadelerin “Tamamen Katılıyorum” dan, “Hiç Katılmıyorum” a kadar giden ölçek üzerinde değerlendirilmesi istenmektedir. Elde edilen veriler topluca değerlendirileceğinden anket formunu doldururken adınızı yazmanız gerekmemektedir. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Saygılarımla
Fadime Tozak
T.C Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Bölüm 1

Bu bölümde sizinle ilgili kişisel bilgileriniz bulunmaktadır. Lütfen durumunuza uygun seçeneği işaretleyiniz.

1.Kaç yaşındasınız?

- ☐ 18–25
- ☐ 26–30
- ☐ 31–35
- ☐ 36–40
- ☐ 40 üzeri

2. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz?

☐ Bekâr

☐ Evli

4. Evli iseniz kaç çocuğunuz var?

☐ Çocuk yok

☐ 1 çocuk

☐ 2 çocuk ve üzeri

5. Mezun olduğunuz okul?

☐ Lise

☐ Ön Lisans

☐ Lisans

☐ Lisans Üzeri

6. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

☐ 0–2 yıl

☐ 2–5 yıl

☐ 5–10 yıl

☐ 10 yıl üzeri

7. Bulunduğunuz kurumda toplam hizmet yılınız nedir?

☐ 1 yıldan az

☐ 1–2 yıl

☐ 3–5 yıl

☐ 6 yıl ve üzeri

8. Çalıştığınız kurumda hangi (statü) pozisyondasınız?

☐ 4A Kadrolu

☐ 4B Kadrolu

☐ Hizmet Alımı

9. Aylık geliriniz ne kadar?

[]1500 TL'den az

[]1500-2000 TL

[]2000 TL'den fazla

10) Bu mesleği seçmeniz de en çok etkili olan kişi kimdir?

A:Kendiniz

B:Aileniz

C:Aile Dışı (Öğretmeniniz, Arkadaşınız, Akrabanız...)

11)Almış olduğunuz eğitim meslek sevginizi nasıl etkiledi?

A: Mesleğimi seviyordum, şimdi de seviyorum

B: Mesleğimi seviyordum, şimdi sevmiyorum

C: Mesleğimi sevmiyordum, şimdi seviyorum

D: mesleğimi sevmiyordum, şimdi de sevmiyorum

12)Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

A: Evet

B: Hayır

13) Almış olduğunuz maaş sizi mutlu ediyor mu?

A: Evet

B: Hayır

14)Hemşirelik mesleğini bir yakınınıza ya da arkadaşınıza tavsiye eder misiniz?

A: Evet

B: Hayır

15) Hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşündünüz mü? Cevabınız evet ise ne sıklıkta düşündünüz?

A: Bazen (yılda)

B: Bazen (ayda)

C: Hayır

16) Bir önceki soruya cevabınız evet ise nedeni nedir?

A. Çalışma koşulları çok ağır olduğu için

B:Yapmış olduğum iş beni mutlu etmediği için ve mesleki risklerin çok oluşu

C: Mesleğime yeterince saygı duyulmadığı için

D: Almış olduğum maaş yetersiz olduğu için

E: Hepsi

17) Hemşirelik rollerini(Bakım verici, Eğitici, Rehberlik ve danışmanlık edici, Araştırmacı, Yönetici, Profesyonel, Uzmanlık ve koordine edici...) gerçekleştirdiğinizi düşünüyor musunuz?

A: Evet B: Hayır

HEMŞİRELİK MESLEĞİNE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ifade eden maddeler yer almaktadır. Yazılan ifadelere katılıp katılmama durumunuza göre size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

HMTÖ Maddeleri	Hiç	Az katılıyorum	Orta derecede	Çok	Tamamen
<i>Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri</i>					
1. Hemşirelik mesleği hata kabul etmez.					
2. Hemşirelik mesleği ancak çok sevilirse yapılabilir.					
3. İnsanlık var oldukça hemşirelik mesleği de var olacaktır.					
4. Hemşirelik sürekli okumayı, teknolojiyi takip etmeyi gerektiren bir meslektir.					
5. Hemşireliğin en sevdiğim yönü insanlara yardım etme olanağı sağlıyor olmasıdır.					
6. Hemşireliğin bilginin yanı sıra beceri gerektiren bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
7. Hemşireliğin vicdani boyutu önemli olan mesleklerin başında geldiğini düşünüyorum.					
8. Hemşireliğin çok sabır isteyen bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
9. Hemşireliğin manevi doyumunun maddi doyumundan daha önemli olduğunu düşünüyorum.					
10. Hemşirelik mesleğini tercih edenlerin merhametli olmaları gerektiğini düşünüyorum.					
11. Diğer mesleklere oranla daha çok empati yapmayı gerektirir.					
12. Hemşirelerin sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olduklarını düşünüyorum.					
13. Hemşirelerin iyi insanlar olmaları gerektiğini düşünüyorum.					
14. Hemşirelikte iletişimin çok önemli olduğunu düşünüyorum.					
15. Hemşirelik doğrudan insana hizmet verdiği için					

ulvi/yüce bir meslektir					
16. Hemşirelikte güler yüzlülük, anlayışlı olma, fedakarlık, yardımseverlik gibi kişisel özelliklerinin önemli olduğunu düşünüyorum.					
17. Hemşireliğin toplum için çok gerekli bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
18. Hemşireliğin soğukkanlılık gerektirdiğini düşünüyorum.					
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Durumu	Hiç	Az katlıyorum	Orta derecede	Çok	Tamamen
19. Hangi koşullar altında olursa olsun hemşirelik yaparım.					
20. Her zaman hemşirelik mesleğine hayranlık duymuşumdur.					
21. Çocuklarımla hemşire olmalarını istemem.					
22. Hemşirelik mesleğini seviyorum.					
23. Ben asla hemşirelik yapamam.					
24. Hemşirelik onur verici bir meslektir.					
25. Bence hemşirelik keyifli bir meslek değildir.					
26. Hemşirelik genellikle zorunlu kalınmadıkça tercih edilmeyen bir meslektir.					
27. Hemşirelik idealimdeki mesleğe çok yakın bir meslektir.					
28. Bu meslekten nefret ediyorum.					
29. Hemşireliğin gelecek vaat eden bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
30. Hemşirelik yapmaktansa işsiz kalmayı tercih ederim.					
31. Hemşireliğin benim için en uygun meslek olduğunu düşünüyorum.					
Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna Yönelik Tutum					
32. Hemşireliğin fedakarlık isteyen bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
33. Herkesin hemşirelik yapamayacağını düşünüyorum.					
34. Hemşirelik mesleğinin çok yorucu olduğunu düşünüyorum.					
35. Hemşireliğin büyük sorumluluk isteyen bir meslek olduğunu düşünüyorum.					
36. Hastalarla en çok iletişim kuran sağlık ekibi üyelerinin hemşireler olduğunu düşünüyorum.					
37. Hemşirelikte iş bulma imkanının fazla olduğunu					

düşünüyorum.					
38. Hemşirelerin çalışma koşullarının çok ağır olduğunu düşünüyorum.					
39. Hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığını düşünüyorum.					
40. Bence bir toplumun sağlığı hemşirelere bağlıdır.					

TEŞEKKÜRLER...

EK-2.Anket İzin Onayı

EK-2.Anket İzin Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

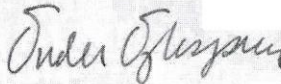
SAYI : 54
KONU:

09 / 09 / 2013

Sayın; Prof. Dr.Aytolan YILDIRIM

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Fadime TOZAK'ın " *Hemşirelerin Meslek Algısı*" isimli araştırması kurulumuzun 09.09.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84
e-mail : saglikenstitusu@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 387
KONU: Anket İzin Yazısı

31.12.2013

**İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fadime TOZAK' ın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *"Hemşirelerin Meslek Algısı"* konulu araştırmasının anketlerini Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Ek(1):Anket Formu

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84
e-mail : saglikenstitusu@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

İstanbul Bakırköy Bölgesi Genel Sekreterliği
Gelen Olduk Evi Birim



BE6L018D

13/01/2014 - 417



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-770-661

07/01/2014

Konu : Fadime TOZAK'ın Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi Haliç Üniversitesi'nin 31/10/2013 tarih ve 387 sayılı yaz

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM' ın danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimine devam eden Fadime TOZAK'ın "Hemşirelerin Meslek Algısı" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmasını kurumunuzda yapması, Genel Sekreterliğimiz ile Haliç Üniversiteniz arasında 01.04.2013 tarihinde imza altına alınan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" ne bağlı kalmak kaydı ile yapması uygun görülmüştür.

Anketlerin uygulanması sırasında gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Şevket TOPDEMİR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
KAYIT	TARİH	
	SAYI	
MAVALE	GEREĞİ	
	BİLGİ	

Eğitim ve Staj Birimi
Zuhuratbaba Mahallesi, Doktor Tüvrik Sağlam Caddesi, 25/2 Rnş
Sağlığı ve Sınır Hastanesi, Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği Binası

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine KARAKURT

e-Posta: khbbakirkoyegitim@gmail.com



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-**387**
KONU: Anket İzin Yazısı

31.12/2013

**ÖZEL BAHÇELİEVLER MEDİCAL PARK HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fadime TOZAK' ın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *"Hemşirelerin Meslek Algısı"* konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Ek(1):Anket Formu

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84
e-mail : saglikenstitusu@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-387
KONU: Anket İzin Yazısı

31.12.2013

ÖZEL BAHÇELİEVLER MEDİCAL PARK HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fadime TQZAK' ın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Hemşirelerin Meslek Algısı*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Kurumumuzda yukarıda belirtilen araştırma tezinin uygulanması uygundur.
Ek(1):Anket Formu

Y: Pınar TEKNECİ
Hemşirelik Hizmetleri Mdr. Yrd.
Medical Park Bahçelievler Hastanesi

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84
e-mail : saglikenstitusu@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

EK-3 Ülkemizde Hemşirelere Ait İstatistiki Bilgiler

Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012
Hemşire	72.393	105.176	114.772	124.982	134.906

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2002 yılında Türkiye’de 72.393 hemşire görev yapmıştır. 2009 yılına bakıldığında ülkemizde görev yapan hemşirelerin sayısı 105.176 olmuştur. 2010 yılında görev yapan hemşire sayısı 114.772 olmuştur. 2011 yılında Türkiye’deki görevli hemşire sayısı 124.982’dir. 2012 yılında ise görev yapan hemşire sayısı 134.906’dır.

Sağlık Personelinin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2012

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Hemşire	92.118	20.287	19.792	2.709	134.906

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı ile ilgili yapılan çalışmaya göre 2012 yılında Sağlık Bakanlığı’nda görev yapan hemşire sayısı 92.118’dir. Üniversitelerde bulunan hemşire sayısı 20.287’dir. Özel sektördeki rakam 19.792’dir. Diğer **bölgelerde** bulunan hemşire sayısı ise 2.709 olarak kayda geçmiştir. 2012 yılında toplamda 134.906 hemşire görev yapmıştır.

Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Sağlık Bakanlığı, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012
Hemşire	54.360	72.142	77.472	89.314	92.118

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2002 yılında 54.360 hemşire görev yapmıştır. 2009 yılında görev yapan hemşire sayısı 72.142 olmuştur. 2010 yılında ise görev yapan hemşire sayısı 77.472 olarak belirlenmiştir. 2011 yılında çalışan hemşire sayısı 89.314, 2012 yılında çalışan hemşire sayısı da 92.118 olarak hesaplanmıştır.

EK 4. Araştırmada Kullanılan Değişkenlere Ait Frekans Dağılımları

Katılım Derecesi	Hiç		Az		Orta		Çok	Tamamen			$\bar{X}$	SS
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
Hemşirelik Mesleğinin Özellikleri											4,47	0,48
Soru-1	8	1,8	8	1,8	20	4,4	51	11,3	363	80,7	4.67	0.79
Soru-2	8	1,8	29	6,4	118	26,2	106	23,6	189	42,0	3.98	1.05
Soru-3	4	0,9	3	0,7	14	3,1	54	12,0	375	83,3	4.76	0.63
Soru-4	4	,9	14	3,1	45	10,0	86	19,1	301	66,9	4.48	0.86
Soru-5	7	1,6	9	2,0	81	18,0	124	27,6	229	50,9	4.24	0.92
Soru-6	3	,7	2	,4	23	5,1	89	19,8	333	74,0	4.66	0.66
Soru-7	2	,4	2	,4	26	5,8	105	23,3	315	70,0	4.62	0.66
Soru-8	2	,4	3	,7	5	1,1	59	13,1	381	84,7	4.81	0.52
Soru-9	66	14,7	128	28,4	100	22,2	48	10,7	108	24,0	3.01	1.39
Soru-10	4	,9	9	2,0	47	10,4	125	27,8	265	58,9	4.42	0.82
Soru-11	1	,2	3	,7	22	4,9	95	21,1	329	73,1	4.66	0.62
Soru-12	4	,9	5	1,1	15	3,3	42	9,3	384	85,3	4.77	0.65
Soru-13	6	1,3	15	3,3	97	21,6	106	23,6	226	50,2	4.18	0.97
Soru-14	2	,4	2	,4	15	3,3	67	14,9	364	80,9	4.75	0.58
Soru-15	5	1,1	2	,4	25	5,6	54	12,0	364	80,9	4.71	0.69
Soru-16	5	1,1	4	,9	41	9,1	115	25,6	285	63,3	4.49	0.79
Soru-17	4	,9	2	,4	16	3,6	65	14,4	363	80,7	4.74	0.63
Soru-18	0	0	2	,4	31	6,9	123	27,3	294	65,3	4.58	0.64
Hemşirelik Mesleğini Tercih Etme Alt Boyutu											2,81	0,36
Soru-19	123	27,3	169	37,6	91	20,2	43	9,6	24	5,3	2.28	1.12
Soru-20	68	15,1	149	33,1	151	33,6	60	13,3	22	4,9	2.60	1.05
Soru-21	21	4,7	39	8,7	49	10,9	50	11,1	291	64,7	4.22	1.21
Soru-22	38	8,4	101	22,4	170	37,8	82	18,2	59	13,1	3.05	1.13
Soru-23	265	58,9	134	29,8	40	8,9	7	1,6	4	,9	1.56	0.79
Soru-24	13	2,9	15	3,3	46	10,2	114	25,3	262	58,2	4.33	0.99
Soru-25	55	12,2	96	21,3	113	25,1	108	24,0	78	17,3	3.13	1.27

Soru-26	50	11,1	45	10,0	89	19,8	38	8,4	228	50,7	3.78	1.43
Soru-27	91	20,2	150	33,3	144	32,0	42	9,3	23	5,1	2.46	1.07
Soru-28	284	63,1	73	16,2	57	12,7	13	2,9	23	5,1	1.71	1.12
Soru-29	49	10,9	67	14,9	148	32,9	89	19,8	97	21,6	3.26	1.26
Soru-30	328	72,9	79	17,6	31	6,9	7	1,6	5	1,1	1.40	0.78
Soru-31	51	11,3	144	32,0	169	37,6	53	11,8	33	7,3	2.72	1.05
Hemşirelik Mesleğinin Genel Durumuna Yönelik Tutum											4,60	0,45
Soru-32	7	1,6	6	1,3	37	8,2	84	18,7	316	70,2	4.55	0.82
Soru-33	11	2,4	15	3,3	89	19,8	84	18,7	251	55,8	4.22	1.03
Soru-34	2	,4	2	,4	15	3,3	62	13,8	369	82,0	4.76	0.57
Soru-35	2	,4	2	,4	7	1,6	58	12,9	381	84,7	4.81	0.52
Soru-36	3	,7	3	,7	11	2,4	63	14,0	370	82,2	4.76	0.59
Soru-37	4	,9	18	4,0	64	14,2	129	28,7	235	52,2	4.27	0.91
Soru-38	1	,2	4	,9	14	3,1	56	12,4	375	83,3	4.78	0.56
Soru-39	1	,2	4	,9	8	1,8	44	9,8	393	87,3	4.83	0.51
Soru-40	5	1,1	17	3,8	57	12,7	90	20,0	281	62,4	4.39	0.92

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Fadime TOZAK

Doğum Yeri ve Tarihi: Ereğli, 22.10.1983

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: fatos.tzk@hotmail.com

Tel: 0553 403 13 79

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı

Mezuniyet Yılı

Lise: Atatürk Lisesi

2000

Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Amasya SYO

2007

İş tecrübesi

Görev

Süre (yıl)

İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi

2007

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2007-

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Hemşireler Derneği