

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

**( YÜKSEK LİSANS)**

**HEMŞİRELERİN MESLEKİ OTONOMİ VE  
PROFESYONEL UYGULAMALARINA İLİŞKİN  
GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**ESRA SARAÇOĞLU**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM**


**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ABD  
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM PROGRAMI**

**İSTANBUL-2010**

## TEZ ONAYI

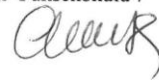


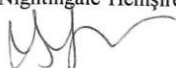

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

26 / 10 / 2010

  
Prof. Dr. Tamer DEMİRALP  
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
Anabilim Dalı : Hemşirelikte Yönetimi Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Esra Saraçoğlu  
Tez Başlığı : "Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi"  
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Sınav Tarihi : 02 / 08 / 2010

### Tez Sınav Jürisi

- | Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)   | İmzası  |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Aytolan Yıldırım ( Danışman ) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 2. Doç. Dr. Ülkü Baykal İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi                    |  |
| 3. Doç. Dr. Gülbeyaz Can İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi            |  |
| 4. Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi          |   |
| 5. Yard. Doç. Dr. Gülbahar Keskin İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi   |  |

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Esra Saraçoğlu



## İTHAF

Destegini benden esirgemeyen aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Araştırmamı gerçekleştirmemde bana zaman ayıran, güvenini, bilgisini, desteğini esirgemeyen Sn. Prof. Dr. Aytolan Yıldırım'a,

Araştırmanın uygulamasına katılımlarıyla olanak sağlayan tüm meslektaşlarıma,

Aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

Esra Saraçoğlu

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	İX
ÖZET .....	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Meslek.....	5
2.2. Profesyonellik .....	6
2.3. Otonomi .....	9
2.3.1. Hemşirelikte Otonomi.....	10
2.4. Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik.....	11
2.5. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi.....	17
2.6. Hemşirelik ve Eğitim .....	19
2.6.1. Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihçesi .....	22
2.7. Hemşirelik ve Yönetim .....	26
2.8. Hemşirelik ve Uygulama .....	27
2.9. Sağlık Politikaları.....	29
2.10. Hemşirelik Yasası .....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli .....	36
3.2. Araştırmanın Yeri .....	36
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	36
3.4. Veri Toplama Araçları .....	37
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	39

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	39
4. BULGULAR.....	41
4.1. Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği İle İlgili Bulguları .....	41
4.2. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları .....	43
4.3. Hemşirelerin Profesyonel Uygulamalarıyla İlgili Görüşlerine Yönelik Bulgular .....	44
4.4. Hemşirelerin HAÖ' ne Göre Otonomi Düzeyleri İle İlgili Bulguları .....	52
5. TARTIŞMA .....	54
KAYNAKLAR .....	70
EKLER .....	75
ÖZGEÇMİŞ .....	90

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Okulları .....	27
Tablo 2-2: Hemşirelik Yüksekokulları ve Diğer Yüksekokul Programları.....	28
Tablo 4-1: Hemşirelik Aktivite Ölçeği Madde Toplam Korelasyon ve Güvenirlilik Analizi(N=410).....	41
Tablo 4-2: Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=410).....	43
Tablo 4-3.1: Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Mesleki Amaçlar Doğrultusunda Yerine Getirebilme Durumuyla İlgili Bulguların Dağılımı (N=410).....	44
Tablo 4-3.2: Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenleri (N=410).....	45
Tablo 4-3.3: Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=410) .....	46
Tablo 4-3.4: Hemşirelerin Çalışma Saati içinde En Fazla Yaptıkları İşlerin Dağılımı (N=410) .....	47
Tablo 4-3.5: Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Diğer En Fazla Yaptıkları İşlerin Dağılımı (N=94) .....	48
Tablo 4-3.6: Hemşirelerin Hastanın Bakım Gereksinimlerini Belirlerken Dikkate Aldıkları Unsurların Dağılımı (N=410) .....	49
Tablo 4-3.7: Hemşirelik Kararıyla Uygulanan Hasta Bakım İşlevlerinin Dağılımı ve Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasınının (n=410).....	50
Tablo 4-4: Hemşirelerin Demografik Özellikleri İle HAÖ ortalama Ölçek Puanının Karşılaştırılması (N=410) .....	52

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

NAS: Nursing Activity Scale

HAÖ: Hemşirelik Aktivite Ölçeği

SB: Sağlık Bakanlığı

THD: Türk Hemşireler Derneği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SML: Sağlık Meslek Lisesi

Ss: Standart Sapma

Ark. : Arkadaşları

Ort. : Ortalama

Vb. : Ve benzeri

## ÖZET

Saraçoğlu, E. (2010). Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu araştırma, hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. İstanbul ili Avrupa bölgesinde bulunan bir Sağlık Bakanlığı (SB) hastanesi, bir üniversite hastanesi ve bir özel hastanede çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu rastgele örneklem seçme yöntemiyle seçilmiştir (N=411). Veriler, iki bölümden oluşan anket formuyla toplanmıştır. Birinci bölümde; hemşirelerin demografik özelliklerine ait verileri içeren 8 soru ve hemşirelerin profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 6 tane soru yer almaktadır. İkinci bölümde 35 ifadeden oluşan "Hemşirelik Aktivite Ölçeği" (Cronbach Alfa: 0,9) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18.0 versiyonu ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiş, İstatiki yöntem olarak; yüzdellik, MANOVA analizi, ANOVA analizi ve ileri analizde Tukey HSD testi ve Kendal' s W analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; araştırmaya katılan hemşirelerin (N=410) Hemşirelik Aktivite Ölçeği ortalama ölçek puanı 173,20 olarak saptanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesine göre araştırmaya katılan hemşireler orta seviyede otonomi sahibidirler. Demografik özelliklerine göre kurum, okul ve konumlarına göre mesleki otonomileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun; üniversite hastanesinde (% 52); 20-29 yaş arasında (% 59,3), kadın (% 85,1), hemşirelik yüksek okulu mezunu (%70,2), 1-5 yıl arasında çalışan (% 48,3), günlük baktığı ortalama hasta sayısı 11-19 arasında (% 39,5), servis hemşiresi (% 67,1) olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik, profesyonellik, otonomi, karar verme

## ABSTRACT

Saraçoğlu, E. (2010). Determination of Nurses' Opinions on Professional Autonomy and Professional Practices. Istanbul University Institute of Medical Sciences, Nursing Management Department, Master Thesis, İstanbul.

This study has been carried out as definitive in order to determine nurses' opinions on professional autonomy and professional practices. It has been carried out with nurses working at a Ministry of Health Hospital (MoH) in the European region of İstanbul, an university hospital and a private hospital. The sample group of this study has been selected by method of random sample selection (N=411). The data has been collected by a questionnaire form consisting of two sections. The first section includes 8 questions containing data of the demographic characteristics of nurses and 6 questions intended for determination of opinions on nurses' professional practices. In the second section, the "Nursing Activity Scale" (Cronbach Alpha: 0,9) consisting of 35 statements has been used. The evaluation of data has been held on computer by using SPSS version 18.0, as statistical method; percentage, MANOVA analysis, ANOVA analysis and Tukey's HSD test in further analysis and Kendall 's W analysis methods have been used.

At the end of study, the Nursing Activity Scale of nurses participated in study (N=410) has been determined 173,20 as the average scale score. According to the evaluation of the scale, the nurses participated in study have mid-level autonomy. According to the demographic characteristics of them, and according to the institution, school, and their positions, statistically significant difference has been found among their professional autonomy. It has been found that the most of the nurses participated in study are service nurse (67.1%) who are women (85.1%) between the ages of 20-29 (59.3%) at university hospital (52%); nursing school graduates (70.2%), working between 1-5 years (48.3%), having the average daily number of patients taking care between 11-19 (39.5%).

Keywords: nursing, professionalism, autonomy, decision-making

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun belirli bir gereksinimine yanıt verirken, uygulamalarını bilgi, araştırma ve deney üstüne temellendirmiş; görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş; etik ahlak kuralları oluşturulmuş ve belirli bir ücret karşılığı yapılan hizmet türüne meslek denilmektedir (Velioğlu ve Babadağ 1992). Herhangi bir uğraşın mesleksel niteliklerini değerlendirirken belirli unsurlara bakılması gerekmektedir. Bu unsurlar, bireye hizmet vermekle sonuçlanan özel bir eğitim, hizmet karşılığı özel bir ücret, işle ilgili teknik ve yöntem sorumluluğu, belirli ve uygun standartları empoze edecek mesleki bir kuruluş tarihsel olaylar ve bilgilerden çok sistematik analiz sonucu uygulamalı araştırma ve deneyle elde edilmiş ve test edilmiş bilimsel bilgi topluluğu, toplum tarafından uğraşıya verilen otorite ve uygulama serbestliği olarak ifade edilmektedir (Yıldırım 2007). Meslek Sosyolojisinde herhangi bir uğraşın meslek niteliklerinin belirlenmesinde tanımlanan nitelikler doğrultusunda meslekler gerçek meslek ve yarı meslek olarak ikiye ayrılmaktadır. Gerçek meslek; kendine özgü bilgiye sahip, hizmetleri ile ilgili bağımsız karar verebilen, meslek standartları ve etik kuralları belirlemede tam otonomi sahibi, daha uzun standart eğitim ile güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşa sahip olma özelliği taşımaktadır. Yarı meslek ise; kendine özgü bilgiden yoksun, uygulamaları ile ilgili karar verme, meslek standartlarını belirlemede daha az otonomiye sahip olma özelliğini taşımaktadır (Yıldırım 2008).

Kendilerini gerçek meslek statüsünde görmeye istekli hemşirelik gibi disiplinler, gerçek meslek özelliklerine ulaşmak için belli stratejiler uygulamaktadırlar. Bunlar arasında temel mesleki eğitimlerini üniversite düzeyine çıkarmak, güç standartlarını yükseltmek, ileri bilgi temelini oluşturarak araştırma programlarını geliştirmek, etik kavramları formüle etmek ve mesleki politik kamuoyu oluşturmak sayılabilir. Güç standartlarını yükseltme stratejisinde, mesleğe ilişkin bilimsel bilgi ve mesleki uygulamaları kontrol etme yani meslek otonomisiyle doğrudan ilişkisi vardır (Yıldırım 2008).

Meslekleşme kriteri içinde mesleğin sahip olduğu bilgi önem kazanmaktadır, çünkü mesleklerin bilimsel nitelik kazanabilmeleri mesleğin kendine özgü bilgi içeriğini oluşturması ile mümkün olduğu düşünülmektedir. Bu bilginin toplumsal yaşamın günlük sorunlarına uygulanabilir nitelikte olması gerekmektedir. Profesyonel kişi bilgiyi

yaratmak, uygulamak ve yönetmekten sorumludur. Bilgi kontrolü ve bilgiye sahip olma, yaşam ve ölümün söz konusu olduğu mesleklerde daha çok anlam kazanmaktadır. Konu alanı insan olan hemşirelikte mesleki bilgi ve bunun özgün olması çok önemlidir (Yıldırım 2007).

Meslek olmada önemli diğer bir unsur da otonomidir. Hemşirelikte otonomi son 20 yılda önemi ortaya çıkmış bir kavramdır. Otonomi kavramı hemşirelikte henüz tam anlamıyla uygulamaya geçirilmemiş ve çoğunlukla teorik düzeyde ele alınan bir kavram olmuştur. Otonominin uygulamaya geçirilmesi karar vermeyi, otoriteyi, sorumluluk almayı gerektirir ve güç anlamına gelir. Otonomi aynı zamanda profesyonelliğin de ayırt edici özelliğidir (Wade 1994; Schutzenhofer 1994). Otonominin temel şartı sorumluluktur, karar verme ve uygulama profesyonel kişinin kendisine aittir (Kangallı 2005).

Otonominin kelime anlamına bakıldığında Yunanca auto (kendi kendine) ve nomos (kanun, hukuk) kelimelerinden türemiş olup kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir (Wade 1999). Kendi kendini yönetme otonominin temelini oluşturur. Otonomi prensipler ve kurallar üzerine inşa edilir (Ballou 1998).

Schutzenhofer (1994) otonomiye belli bir işi yapanların kendini yönetme özgürlüğü şeklinde tanımlamıştır.

İş tasarımı literatüründe ise otonomi, "Çalışana doyurucu özgürlük ve sağduyu sağlama derecesidir" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bağlamda otonomi, bireyin kendi hayatı üzerinde kontrolü, bu kontrolü kolaylaştırmak için aktif adımlar atması ve kendi kararını vermesidir (Dwyer ve ark. 1992; Kangallı 2005).

Otonomi sahibi olan birey kendi kararlarını kendi alır, kendi kurallarını kendisi belirler. Ancak bunu yaparken hizmet verdiği bireylere baskı yapma, onları etki altına alama, yönlendirme, bireyi bilgilendirmeden ve izni olmadan girişimde bulunma haklarına sahip olduğu anlamına gelmemektedir (Seren 2001, Akay 2008).

Hemşirelikte otonominin anlamı; bakım için hemşirelik kararlarını verme yeteneği ve bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin talep ettikleri otonomi, hemşirelik yetkisinin kendi otoriteleri ile devam ettirilmesi anlamına gelmektedir (Kangallı 2005).

Hemşirelikte otonomi kazanma ile sosyalizasyon süresi arasında bir ilişki söz konusudur. Yüzyıllardır kadınlar çocuk yetiştiren, fedakar bireyler olarak görülmüşlerdir. Erkeklerin egemen olduğu dünyada bu rol kadını profesyonel olmada arka plana itmiştir. Bu tutumlar karşısında profesyonel bireyler olarak hemşireler otonomi kazanma konusunda pasif rol üstlenmişlerdir. Hemşirelikte bu pasif tutumla otonomi kazanmanın dış şartlara bağlı olduğu inancı içselleştirilmiştir ve otonominin güç sahibi gruplarca verileceği inancı hakim olmuştur. (Ballou 1998).

Geçmişte hemşirelerin otonomi kazanma çabaları, içinde çalıştıkları örgütsel yapı tarafından ve mevcut tıbbi bakım ve hizmet sağlama modeline bağlılık ile engellenmiştir. Hastanedeki hemşirelerin anne, hekimlerin baba rolünde oldukları modele bağlı olarak hemşirelerin diğer ekip üyelerine göre otonomi konusunda daha sınırlı davrandığı görülmektedir. Hekimlik uygulamalarının yasalarla tanımlanmış olmasına rağmen hemşirelik uygulamalarının yasalarla tam olarak tanımlanmamış olması hemşirelik uygulamalarını sınırlı ve hekime bağlı kılmaktadır (Kangallı 2005)

Otonomi eksikliğinin kurumsal ve eğitime dayalı boyutları da vardır. Bunlar; kaliteli hemşirelik hizmetlerine olanak tanımayan kadro düzeyleri, etkili ve güvenli hizmete engel olan görev karışıklığı ve görev tanımlarının olmaması, kötü yönetilen kurumlar, hemşirelerin özerk profesyoneller olarak hareket etmesini sağlamayan hemşirelik programları olarak ifade edilebilir (MacDonald 2002).

Mesleki otonomiye Kangallı (2005) “profesyonel hemşirelik; bilgi birikimi, uygulamalardaki özerklik ve hemşireliğin kendine ait düzenlemeleri üzerine kurulması”dır diye tanımlamıştır.

Hemşirelik meslek otonomisi; meslek eğitimiyle uyum içinde, kendi meslek üyeleri tarafından yönetilen, kendi uygulamalarını belirlemede ve kontrol etmede dışarıdan, başka meslekten biri tarafından kontrol edilmeyen bir meslek uygulamasıdır. Tam anlamıyla mesleki otonomi; dış bir gücün etkisi altında kalmadan mesleki aktivitelerin yerine getirilmesi, kontrolü ve kendi kendini yönetim serbestliğinin sosyal ve yasal haklarla garanti edilmesi olarak tanımlanabilir (Wade 1999).

Sağlık bakım alanındaki politik ve klinik gelişmeler, son yıllarda hemşirelere önemli sorumluluklar ve roller yüklemiştir. Bu roller otonominin uygulanmasını gerektirir (Wade 1999). Sağlık endüstrisi içinde hemşirelik fonksiyonları yadsınamayacak kadar önemlidir. Ancak hemşirelik ne ekonomik ne de statü olarak bu

fonksiyonları yerine getirmede olması gereken konumda değildir. Hemşireler profesyonel olabilmek için hastalarını ve kendilerini etkileyen konularda kontrolü ele almak zorundadır. Hemşireler hem teknik açıdan son derece becerikli ve eğitimli olmalı, hem de giderek temposu yükselen sağlık sisteminde temel hale gelen problem çözme becerilerinin yanı sıra diğer sağlık profesyonellerini yönlendirmek için gerekli olan idari becerileri de sahip olmalıdırlar. (Kangallı 2005) Profesyonel hemşire, uygulama alanını tanımlayan yasal, etik, yönetsel ve mesleki standartların bilincinde olan kişidir (Velioğlu 1998).

Hemşireliğin bir kadın mesleği konumunda yer alması ve hekim istemlerini uygulamaya yönelik bağımlı fonksiyonlarının ön plana çıkması nedeni ile hemşirelerin bireysel otonomiye sahip olmadığı görüşü vurgulanmaktadır (Seren 2001). Son 30 yıl içinde kadının statüsü çarpıcı şekilde değişmekte ve bu değişim hemşirelik mesleğini seçen kadınların tavır ve yaklaşımlarını da değiştirmektedir (Kangallı 2005). Profesyonel bir hemşire hastası için yararlı olacağını düşündüğü ve kendi yetkinliği kapsamındaki faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgün olmalıdır. (Schutzenhofer 1994). Hemşire eylemde bulunmadan önce sahip olduğu bilgiyi yorumlar ve birey için en uygun olanına bireyle, ekip üyeleri ile ya da yalnız başına karar verir (Erdemir 1998).

Profesyonel hemşire uygulama alanını tanımlayan yasal, etik, yönetsel ve mesleki standartların bilincinde olan kişidir. Bir meslek üyesi olarak hemşire, hemşirelik disiplinini geliştirmek ve topluma katkıda bulunmak üzere politik süreci kullanmanın önemine inanmalı ve bu sürecin içinde yer almalıdır. (Velioğlu 1991).

Bu bağlamda hemşirelerin profesyonel uygulamalarını yerine getirmek için otonomi sahibi olmaları önem kazanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Meslek

Mesleği herhangi bir uğraştan ayırabilecek tam anlamıyla yetkin bir dizi ölçüt ve tanım yoktur. Genellikle toplumun belirli bir gereksinimine yanıt verirken uygulamalarını bilgi, araştırma ve deney üstüne temellendirmiş; görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş; etik/ahlak kurallarını oluşturmuş ve belli bir ücret karşılığı yapılan hizmet türüne meslek denilmektedir. (Velioglu ve Bababdağ 1992).

Herhangi bir uğraşın mesleksel niteliklerini değerlendirirken belirli unsurlara bakılması öngörülmektedir. Bu unsurlar, bireye hizmet vermekle sonuçlanan özel bir eğitim, hizmet karşılığı özel bir ücret, işle ilgili teknik ve yöntem sorumluluğu, belirli ve uygun standartları empoze edecek mesleki bir kuruluş tarihsel olaylar ve bilgilerden çok sistematik analiz sonucu uygulamalı araştırma ve deneyle elde edilmiş ve test edilmiş bilimsel bilgi topluluğu toplum tarafından uğraşıya verilen otorite ve uygulama serbestliği olarak ifade edilmektedir (Yıldırım 2007; Koçel 2002). Meslek Sosyolojisinde herhangi bir uğraşın meslek niteliklerinin belirlenmesinde gerekli olan unsurlar tanımlanmıştır. Tanımlanan nitelikler doğrultusunda meslekler gerçek meslek ve yarı meslek olarak ikiye ayrılmıştır. Gerçek meslek; kendine özgü bilgiye sahip, hizmetleri ile ilgili bağımsız karar verebilen, meslek standartları ve etik kuralları belirlemede tam otonomi sahibi, daha uzun standart eğitim ile güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşa sahip olma özelliği taşır. Yarı meslek ise; kendine özgü bilgiden yoksun, uygulamaları ile ilgili karar verme, meslek standartlarını belirlemede daha az otonomiye sahip olma özelliğini taşır (Yıldırım 2008). Mesleğin öncelikle kendine özgü ve gerekli bir toplumsal hizmeti yerine getirmesi gereklidir. Hizmet entelektüel teknikler üzerine temellenmeli ve vurgulanmalıdır. Meslek uzun süreli bir eğitime dayanmış olmalıdır. Mesleğin tümü ve bireysel olarak da meslek üyeleri için çok boyutlu ve kapsamlı bir otonomi tanınmış olmalıdır. Meslek üyelerine mesleki otonomi alanları içine giren olgulardaki yargı ve kararları ile ilgili sorumluluk yüklenmelidir. Parasal kazanç sağlamaktan çok, verilen hizmetin niteliğinin vurgulanması gereklidir. Mesleği temsil yetkisi ile donatılmış tam bir otonomiye sahip bir “Meslek Kuruluşu” olmalıdır. Mesleği yöneten ahlaksal/etik kurallar saptanmış olmalıdır (Velioglu ve Babadağ 1992).

Meslek tarihleri çok eskilere uzanan hemşireler, tıp sistemi içerisindeki yerlerini genişletmeye çalışmaktadır. Mesleklerin biçimsel olmaktan çok daha genel bir eğitimi ve daha özel bir bilgiyi gerektirdiğini söylenmektedir. Tıp gelişirken, hekimler teknik konuları hemşirelere, hemşireler de daha basit işleri yardımcı hemşirelere ve yardımcı elemanlara terk etmişlerdir. Hemşireler, gittikçe artan görevlerinin üstesinden gelebilmek için daha fazla bağımsızlık, prestij ve para istemektedirler. (Cirhinlioğlu 1996).

## 2.2. Profesyonellik

Profesyonelliğin ne olduğunu anlamak için kelime anlamına baktığımızda; “profes” sözcüğünün ilk anlamının dinsel bir kökten geldiğini ve “dinsel düzen adına yemin etmeyi” dile getirdiğini görmekteyiz. 1675 yılından itibaren, sözcük, dinsel anlamını yitirmiş ve “yeteri kadar nitelikli olma anlamına gelmeye başlamış”. Bu anlamda , “profesyon” (ya da bir meslek), herhangi bir konuyu açık bir şekilde ortaya koyma anlamına gelmiştir. Dolayısıyla bir meslek (profession), bu mesleğe girmek isteyen bir kişinin işi iyi bildiğini ve gerekli niteliklere sahip olduğunu ifade etme (profess) anlamını taşımaya başlamıştır. Bir öğrenme süreciyle elde edilen bir meslek, uygulamada diğer insanların işlerini halletmek için dile getirilen bilgiyi ya da bu bilgi üzerine kurulu bir tür sanatı ifade etmektedir. Özellikle üç bilge meslek için kullanılmıştır; din, hukuk ve tıp; bazen de askeriye için profesyonel sıfatı, böyle bir geçmişten gelerek günümüzdeki bilinen anlamını almıştır (Cirhinlioğlu 1996). Günümüzdeki anlamıyla profesyonellik “profesyonel olma durumu” dur. Profesyonel ise; “bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan kimse, uzmanlaşmış, ustalaşmış” olarak tanımlanmıştır ([www.tdkterim.gov.tr](http://www.tdkterim.gov.tr)).

Başka bir tanımla; toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile sürdüren kişiye profesyonel denilir. Bir etkinliği çok yetkin biçimde uygulamak ya da herhangi bir işlemi, bir sporu en mükemmel biçimde yapmak profesyonellere özgüdür. Eğitimi ve deneyimiyle işini gerçekleştirerek karşılığında hak ettiği maddi kazancı sağlayabilen profesyoneldir. “Bir işin profesyoneli olmak” onu “en ince ayrıntılarına kadar kavramış olmayı” ve “uygulayabilmeyi” gerektirir. Profesyonelliğin en önemli ölçütü; işinin gereklerini en mükemmel haliyle gerçekleştirebilmektir. İşin ve konunun püf noktaları, çıkar ve çıkmazları profesyonelce bilinir ve kollarır. Yeryüzünde insanın var oluşuyla birlikte, her geçen gün artan nüfus ve gelişen toplumun beklentilerine yanıt

vermeye çalışan iş alanları özel uzmanlık dallarının da ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ancak profesyonellik, toplumda iş yapan herkesin benimsemesi gereken bir düşünce ve davranış biçimidir. Nasıl göründüğünüz (kılık-kıyafetiniz), konuştuğunuz, yazdığınız, hareketleriniz ve nasıl iş yaptığınız toplumca sürekli değerlendirilerek profesyonel olup olmadığınıza karar verilmektedir. Profesyonellik, yalnız yönetici, teknisyen, öğretmen, siyasetçi, sporcu, yazar ya da sanatkara uygun görülen bir sıfat değildir. Tüm çalışanları, tüm insanları kapsayan bir yaklaşımdır (Karamanoğlu ve ark. 2009).

Mesleklerin gereği olarak, profesyoneller, bildiklerini iddia ettikleri sanatı uygulamayı ve çok özel bilgileri temelinde bir çeşit öğüt vermeyi isterler. Bu özellikleri, hem dar anlamda, kamunun bir meslek üyesine (ya da bir profesyonele) uygulama alanında, belki de düşünme ve yaşama biçimlerinde bir rahatlık vaadeden, lisans (çalışma izni) verme düşüncesinin temelidir (Cirhinlioğlu 1996).

Profesyonel davranış dört temel özellik aracılığıyla tanımlanabilir: yüksek derecede genel ve sistematik bir bilgi; bireysel çıkarlardan çok toplumsal çıkarlara yönelme; işteki toplumsallaşma süreci içerisinde ve uzmanların kendilerinin gönüllü olarak kurdukları ve işlettikleri dernekler aracılığıyla oluşturdukları etik kanunlar sayesinde yüksek derecede kendi kendine davranışları kontrol etme eğilimi; bireysel çıkar anlamına gelmeyecek fakat sadece işteki başarıları sembolize eden (para veren ya da manevi olarak, onurlandıran) bir ödül sisteminin varlığıdır (Cirhinlioğlu 1996). Profesyonel rollerin temel bir özelliği özerklik ya da profesyonellerin sadece kendilerinin uzman oldukları genel bilgilerin kullanım ve gelişmesine ilişkin yine kendilerinin geliştirdikleri bir oto-kontroldür (Cirhinlioğlu 1996).

Profesyoneller görevini yürütürken kendi yargılarıyla hareket eder; özerktirler. Profesyoneller, bilgi ve yeteneklerini uygun kullanmalarıyla kendilerinden sorumlu olduklarını gösterirler (Seren 1998). Profesyonel otonomi, mesleki uygulamalarda temel kontrole sahip olmak anlamına gelir ve meslek mensuplarının çalışma alanında kendi fonksiyonları üzerinde kontrol kurabilmelerini ifade eder (MacDonald 2002). Profesyonelliğin ön koşulu, rutinlerden uzaklaşıp yaratıcı gücün kullanıldığı görevler yüklenme ve bunları uygun bir şekilde yerine getirme çabasına sahip olmaktır. Profesyonel otonomi, karar almayla ilgili bağımsız ancak işbirlikçi bir yaklaşım gerektirir, ekip üyeleri ile ortak iletişim ve güven üzerine temellenir (Karagözoğlu

2008). Bu anlamda otonomi bir mesleği meslek yapan temel unsurlardan biridir (Colins ve Henderson 1991; Wade 1999).

Hemşireler hastalar açısından en etkin birincil danışmanlık ve iletişim alanında yer almaktadır. Bu nedenle hemşirelerin otonomi yönünden gelişmesiyle profesyonelliği de kanıtlanmış olacaktır. Hemşirelik bir meslek olarak sağlık sisteminde öncü ve ilk planda olacaksa kuşkusuz bu tür değişimlerin de önünde yer almalıdır. Bundan dolayı hemşireler hem teknik açıdan son derece becerikli ve eğitimli olmalı, hem de giderek temposu yükselen sağlık sisteminde son derece temel hale gelen problem çözme becerilerinin yanı sıra diğer sağlık profesyonellerini yönlendirmek için, gerekli olan idari becerileri de edinmelidir (Dwyer ve ark. 1992).

Tarihsel olarak meslekler literatüründe, doğrudan ya da dolaylı olarak mesleklerin özelliği gereği hemşirelerin bireysel otonomiye sahip olmadıkları ve gerçekte hemşireliğin bir meslek olmadığı görüşü hakimdir. Öte yandan kadının statüsü son 20 yıl içinde çarpıcı şekilde değiştikçe hemşirelik mesleğini tercih eden kadınların tavrı ve yaklaşımları da değişebilmektedir. Otonomi, profesyonel statünün sağlanmasında temel olduğu için, hemşirelik mesleği açısından son derece önemli olmakta ve günümüz araştırma alanında önemli yerini almaktadır (Schutzenhofer ve Musse 1994).

Günümüzde hemşireliğin, profesyonelliği sık sık tartışmalara konu olmaktadır. Uzun yıllardır hemşirelik bir meslek olmak ve profesyonel bir statü kazanmak için uğraş vermektedir (Ballou 1998; Wade 1999; Karagözoğlu 2008). Hemşireliğin meslekleşme sürecinde yaşadığı zorluklar bilimsel bir disiplin olma yolunda hemşireliği önemli ölçüde yavaşlatmıştır (Dwyer ve ark. 1992; Karagözoğlu 2008). Karagözoğlu'nun (2008) yazısında hemşireliğin; bir meslek olarak kabul edilip edilmediğine ilişkin literatürdeki yazılara ve yorumlara yer verilmiştir; "Edwards (1999), bilimselleşme sürecinde diğer bilimlerde kısmen problemsiz olarak uygulanabilmiş olan ancak hemşirelikte kolayca uygulanamayacak olduğu görülen iki gerekli koşuldan bahsetmiştir. Bunlar otonomi ve iletişim ve işbirliğidir. Joudrey ve Gough (1999) çalışmalarında, sosyolog Eliot Freidson'un hemşireliğin sağlık alanında hekimlik gibi bir meslek olarak ele alınamayacağı ifadesine yer vererek, bu ifadeyi hemşirelerin kendi yaptıklarını kontrol etme bağımsızlığına sahip olmadıkları düşüncesiyle desteklemektedir. Hemşireliğin karar verme sürecindeki yetersizliği hemşirelik

fonksiyonlarının önemli olmadığı fikrini destekler görünmekte ve hemşirelik diğer mesleklerden daha az otonom konumda algılanmaktadır. Bu durum da hemşireliği profesyonellikten uzak bir noktada göstermektedir” (Karagözoğlu 2008).

Profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir. Çünkü profesyoneller hem toplum hem de diğer disiplinler tarafından saygı duyulan kişilerdir. Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin meslek olarak gelişmesini etkilemektedir. Her ne kadar hemşirelik başlangıç tarihinde hizmete çağrı, hekimin yardımcısı ya da kendini başkalarına adamaya yönelik dini bir görev olarak nitelendirilmiş ise de günümüzde bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmektedir (Karamanoğlu ve ark 2009).

Sonuç olarak profesyonel bir hemşire, hastası için yararlı olacağını düşündüğü ve yeteneği içinde olan faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür olmalı, yani otonomi sahibi olmalıdır. Diğer taraftan, kendi deneyimi ve bilgi sınırlarını aşan görevlerde de diğer meslek üyelerinin yetkisine saygı duymalıdır (Velioğlu 1984,1994).

### **2.3. Otonomi**

Literatür incelendiğinde otonomiye özgü birçok tanımın yer aldığı görülmektedir. Otonomi Yunanca autonomos veya auto (kendi-kendine) ve nomos (kanun, hukuk) kelimelerinden türemiş olup kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir. (Ballou 1998). Otonomi; kişinin kendisini yönetmesi, özgürlük hakları, mahremiyeti, bireysel seçimi ve bireyin kendi iradesini izleme özgürlüğü, kendi adına karar verme, bağımsızlık, paylaşılan güç ve iş ortamı üzerinde kontrol ve bu kontrolün tanımlanmasına izin veren durum anlamına gelir. Otonomi kişinin sahip olduğu becerileri bağımsız olarak kullanması, durumdan vazife çıkarması, iş doyumunu arttırma, iş motivasyonu, örgütsel kararlar ilgilidir. Otonomi gücü ifade eder (Akay 2008).

Profesyonel otonomi, sadece işle ilgili değil, aynı zamanda iş standartlarının düzenlenmesi ve standartların içeriği üzerindeki denetimi de anlatmaktadır. Bir bütün olarak hemşirelik olgusu incelendiğinde, standartların kontrol altına alınması son derece yararlı, iş aktivitelerinin kontrolü ise, hemşirelerin bireysel olarak incelenmesinde daha kolay olmaktadır.(Seren 1998).

### 2.3.1. Hemşirelikte Otonomi

Otonomi kavramı hemşirelikte henüz tam anlamıyla uygulamaya geçirilememiş ve çoğunlukla teorik düzeyde ele alınan bir kavram olarak kalmıştır. Otonominin uygulamaya geçirilmesi karar vermeyi, otoriteyi, sorumluluk almayı gerektirir ve güç anlamına gelir.(Collins ve Henderson 1991; Schutzenhofer 1994)

Hemşirelikte otonomi; hemşirelerin çalışma ortamlarında kendi kendilerinin kontrolü ve buna bağlı olarak profesyonelliğin ölçütü olarak belirlenmektedir. Hemşirelik uygulamalarında kontrolü kullanabilme, hemşireliğin alanını tanıyabilme anlamına gelir. Kontrolü olan güçleri salıvermekten çok yetkiyi hemşirenin amaçlarına ulaşmasına izin veren pozitif bir güç olarak görür. Hemşirelikte otonomi, stratejileri planlamak üzerine sorumluluk almak, otoriteyi kullanmak ve sorumluluğu icra edebilmek için bilinçli bir kararı kapsar.(Akay 2008)

İş yerinde denetim sağlama anlamında otonomi, uzun yıllar iş ortamındaki temel bir faktör olarak algılanmış, hemşireler açısından ilgi çeken bir kavram olmuştur. Bağımsız hemşirelik uygulaması, bir dizi uzmanlık bilgisi temelinde gerçekleşmekte, teoriye bağlı özelliğiyle karar verme sürecinde güvenilirlik, sorumluluk ve yetki sağlamada ve bu özellikleriyle de mesleki yeterliliği yansıtmaktadır. Hemşirelerin bağımsız karar organları olarak görülebilmesi için onların başkaları tarafından karar alma yeterliliği ve bilgilerine sahip olduklarının düşünülmesi ve kendi uygulama alanlarında sorumluluk ve kararları uygulama yetkisini üstlenebilmeleri gerekmektedir. (Sabiston ve Laschinger 1985, Akay 2008).

Hemşirelikte otonomi, bakım için hemşirelik kararlarını verme yeteneği ve bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak tanımlanmaktadır (Collins ve Henderson 1991; Schutzenhofer ve Musse 1994; Grindel ve Peterson 1996). Otonomi, kendi geleceğini tayin edebilmeyi ve hatalarının sorumluluğunu üstlenmeyi gerektirir. Aslında otonom veya özerk olan birey, kendi kararlarını kendisi alır, kendi kurallarını belirler ve grubun hizmet verdikleri bireylere baskı yapma, onları etki altına alma, yönlendirme, yalan söyleme, hastanın izni olmadan girişimde bulunma, hastayı bilgilendirmeden ilaç uygulama vb. haklarının bulunduğu anlamına gelmez (Bandman 1985). Otonomiyi uygulamaya çalışan hemşirelerin karşılaştığı en önemli işlev, hemşirelerin içinde bulunduğu organizasyonun rasyonelitesi ya da hastanın yararına özelleşmiş bilgileri kullanmaktır. Bundan dolayı hemşirenin temel olarak hastalar için

günü gününe alması gereken kararlar, zamanında verilen herhangi bir konuda kendi ortamı içinde bir dizi değişkenlerin değerlendirilmesini yapabilmesini ve sonra o değerlendirme üzerinde eylem için kararını uygulayabilmesi gerekir (Akay 2008). Otonom bir hemşire, bakımından sorumlu olduğu birey/bireyler için yararlı olacağını düşündüğü ve kendi yetkinliği kapsamındaki faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür olmalıdır (Shutzenhofer ve Musse 1994; Karagözoğlu 2008).

Hastanedeki hemşirelik uygulamalarındaki otonomi, son 10 yılda önem kazanmıştır. Bunun nedeni, hemşirelik uygulamalarındaki karar verme kısıtlamalarının hastaya verilen bakımın sonuçlarını etkilemesidir. Hemşirelerdeki otonomi yokluğu, hasta gereksinimlerine doğrudan cevap verilmemesine ekip üyeleri arasında sorunların artmasına neden olduğu düşünülmektedir (Akay 2008).

Hemşirelerin bağımsız rollerini uygulamaya geçirmesi, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve geleneklerle de etkilenmektedir. Toplumda bağımsız olma davranışı gösteren hemşire, karar alabilen, kuralları belirleyen, yalan söylemeyen, hastanın izni olmadan girişimde bulunmayan, hastayı bilgilendirmeden ilaç uygulamayan hemşire otonomisini kazanmıştır (Akay 2008).

Hemşireler üzerinde yapılan araştırmalarda, otonominin iş doyumu ve verimliliğin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca iş ortamında ki otonomi, iş doyumunda önemli bir faktördür (Seren 1998; Kangallı 2005).

#### **2.4. Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik**

Dünyada 21. yüzyılın ikinci yarısında modern hemşirelik eğitimi anlayışı yaygınlaşmış ve 20. yüzyılın ortalarında mesleksi bilinçlenme hareketleri başlamıştır (Ulusoy 1992; Taylan 2009). Hemşirelik mesleği çağdaş bir meslek niteliği kazanana kadar, zaman içinde değişiklikler yaşamıştır. Nightingale'in iş statüsü üzerine kurduğu hemşirelik modern anlamda kuruluşunun 100. yılında meslekleşme yoluna girmiştir. Hemşireliğin meslekleşme çabalarının değerlendirilebilmesi için bir mesleğin sahip olması gereken ölçütlere uyması gerekmektedir. 1900'lerden beri özellikle sosyal bilimciler tarafından "meslek" in "iş"ten farklı boyutları üzerinde durulmuştur. Bir işin meslek sayılabilmesi için gereken ölçütler 8 başlık altında toplamıştır (Yüksel 1998; Taylan 2009).

### 1. Toplumun sağlığı ve insanlık için hayati olan hizmetleri sunmalı:

Bir meslek toplumun gereksinim duyduğu bir hizmete cevap vermelidir (Ulusoy ve Gorgl 1997). Literatürde toplumun hemşirelerden ilk beklentisinin bireysel olarak hemşirenin genel olarak hemşirelik meslek grubunun; en azından uygulama ve bakım alanına güvenilir bir standart getirmesi; ikinci beklentisinde hizmet ve bakım verirken hastaların gereksinimlerinin karşılanmasının ön planda tutulması; nc beklentisini de hemşirelerin beraberlik ruhu ve sorumluluk bilincinde hareket etmesi olarak belirtilmiştir (Taylan 2009).

Toplumun gereksinimlerini karşılamak amacıyla ortaya çıkan meslekler, tüm diğer organizasyonlar gibi kendi alt ve st sistemleri ile içinde buldukları dış vre koşullarından etkilenirler. Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşme süreci, içinde bulunduğu vrenin toplumsal, hukuksal, ekonomik, teknolojik ve ekonomik/politik ve siyasal vre koşullarından önemli lde etkilenmiştir. Toplumsal vre koşulları, nufusun yapısı ile ilgilidir. Hizmet alacak olan nüfusun yaş, cinsiyet, eğitim vb. zelliklerini kapsar. Tarihsel gelişim süreci içinde, toplumun hemşirelerden beklentilerinde ağırlıklı olarak dini imajın hakim olduğu görülmektedir. Kutsallık ve meleklik gibi kavramlarla beslenen bu imaj, tüm dünya ülkelerinde hemşireliğin bilimsel gelişimini olumsuz etkilemiştir. Diğer yandan hemşireyi daha çok anne ve kızkardeş rolünde, sevgi ve şevkatle hizmet vermekle yükümlü kişi olarak algılayan halk imajı da mesleki gelişime katkı sağlamamıştır. Günümüzde etkisini sürdüren bir başka imaj ise yardımcı imajdır. Hemşireler hekimlerin söylediklerini yerine getiren yardımcı disiplin olarak görülmekte ve onlara hekimlerin sağ kolu olarak prestij sağlamaya çalışılmaktadır. Toplumun geleneksel hemşirelik rollerine ilişkin beklentilerinin süre getirilmesinde hemşirelerin sorumlulukları gözardı edilmemeli; nk toplum hemşireleri söylemleri ile değil gözlemledikleri eylemleri ile değerlendirmektedir. Hemşireliğin kuramsal gelişiminin sonuçlarını kendi hizmetlerine yönelik olarak açık bir şekilde göremeyen toplum, mesleği geleneksel imajı ile değerlendirmeye devam edecektir. Mesleki uygulamalar değişen sağlık gereksinimleri ve teknolojik gelişmelerle ivme kazanırken, uygulamaları güvence altına alacak yasalar ve hukuk sistemi aynı paralelde değişim göstermemekte ve uygulamaların güvence altına alacak yasalar ve hukuk sistemi aynı paralelde değişim göstermemekte ve uygulamaların gerisinde kalmaktadır. Ülkemizde 1954 tarihli yasayı yeniden

düzenlemeye ilişkin çabalar 2007 yılı mayıs ayında sonuçlanmış ve yasada önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Yıldırım 2007)

## **2. Araştırmalarla sürekli yenilenen geliştirilen bir bilgi birikimi olmalı:**

Meslekleşme kriteri içinde mesleğin sahip olduğu bilgi önem kazanır, çünkü mesleklerin bilimsel nitelik kazanabilmeleri mesleğin kendine özgü bilgi içeriğini oluşturması ile mümkündür. Bu bilginin toplumsal yaşamın günlük sorunlarına uygulanabilir nitelikte olması gerekir. Profesyonel kişi bilgiyi yaratmak, uygulamak ve yönetmekten sorumludur. Bilgi kontrolü ve bilgiye hakim olma yaşam ve ölümün söz konusu olduğu mesleklerde daha çok anlam kazanır (Yıldırım 2007).

Bir işin bilimsel nitelik kazanarak meslek olabilmesi için kendine özgü, toplumsal yaşamın günlük problemlerine uygulanabilir bilimsel bilgi içeriğine sahip olması gerekir. Profesyonel bilgi birikimi ile problem çözebilir ve profesyoneller kendi alanlarında kararlar verebilir. Bu bağlamda hemşirelerin bağımsız rollerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik mesleği bilimsel araştırmalar ile sistematik yaklaşımını geliştirmeli ve yeni bilgilerin ortaya çıkmasını sağlamalıdır (Yıldırım 2007).

Değişen dünya ve gereksinimler önemli ve köklü değişimleri beraberinde getirmekte, hemşirelerin özerkliğini ve hemşireliğe ait bilimsel bilgi birikimini kaçınılmaz kılmaktadır. Bilimsel bir yapıya sahip olan bir meslek araştırmalarla sürekli olarak bilgi yükünü genişletir ve varlığını sürdürebilir. Hemşirelik disiplini de ancak hemşireliğe özgü bilgi birikimini geliştirerek diğer sağlık disiplinleri içinde varlığını ve özerkliğini sürdürebilecektir (Karagözoğlu 2008).

## **3. Hizmet mantığına dayalı uygulamaları içermeli ve bireysel sorumluluk alma hizmetin güçlü bir özelliği olmalıdır:**

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından “bireyin yaptıklarına dair sorgulanabilmesi” olarak tanımlanan bireysel sorumluluk, meslektaşlara ve bakım verilen bireylere, çalışılan kuruma karşı sorumluluk almayı içermektedir (Yüksel 1998). Bu anlamda sorumluluk, sadece bir görevi belli kurallar doğrultusunda yapmak olmayıp aynı zamanda bir görevi yerine getirirken istekli olabilmeyi, belli bir bilgi birikimine sahip bulunmayı ve kendi kararlarını uygulayabilmeyi gerektiren bir yaşantıdır (Köşgeroğlu 1995).

#### **4. Meslek üyeleri yüksek öğrenim (lisans) veren kurumlarda eğitilmelidir:**

Bu ölçüt hemşire adaylarına kazandırılması planlanan bilgi, beceri ve davranışları kazandıracak yeterli süre ve bilgi içeriği ile ilgilidir (Uyger 1990). 1965'te Amerikan Hemşireler birliğinin ifade ettiği gibi hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde yapılması, hemşireliğin meslekleşme sürecinde ilerlemesi için gereklidir (Taylan 2009). Hemşirelikte ilk üniversite temelli eğitim 1909 yılında Amerika'da Minnesota Üniversitesinde başlamıştır (Yüksel 1998).

Türkiye' de hemşirelik mesleğini yürüten üç farklı temel eğitim düzeyinden mezun olmuş hemşire bulunmaktadır. Bunlar lise, önlisans ve lisans mezunudur. Eğitim düzeyi düşük hemşirelerin daha çok geleneksel kadın rolüne dayalı bağımlı fonksiyonları yerine getirdikleri, mesleki bilinç ve sorumluluğun tam gelişmediği, uygulama alanlarında yardımcı personel konumunda çalıştıkları gözlenmiştir (Karagözoğlu 2008). Tarihsel süreç içerisinde hemşirelik, sağlık meslekleri içinde düşük düzeyde eğitimle kazınılan mesleklerden birisi olmuştur. Bu bağlamda eğitim düzeyi yeterli olmayan bir mesleğin, toplumda etkin bir rol oynamaması ve saygınlık görmesi de düşünülemez ( Velioğlu 1991).

#### **5. Meslek üyeleri kendi politika ve davranışlarının kontrolünü elinde tutmalı ve bağımsız olmalıdır:**

Bağımsızlık meslek sahiplerinin mesleki davranışlarını kendilerinin özgürce düzenlemesi ve kontrol etmesi demektir (Ulusoy ve Görgülü 1997). Bağımsızlık ve uygulamaların kontrolünü elinde tutma, hemşirelikte çekişme ve belirsizliklerin olduğu bir alandır. Her ne kadar hemşirelik birçok bağımsız uygulamaya sahip olsa da hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastanelerde çalışması ve bu hastanelerde hiyerarşik yapıdaki yerlerin uzmanlıktan çok güç ve statüye bağlı olması, yaşanan bu çekişme ve belirsizliklerin nedenidir (Yüksel 1998).

Burada bahsedilen bağımsızlık profesyonel otonomiye, mesleki otonomiye eşdeğerdir. Meslek üyelerinin davranışlarının kontrolünü elinde tutması, mesleki uygulamalarda temel kontrole sahip olmak ve meslek mensuplarının çalışma alanında kendi fonksiyonları üzerinde kontrol kurabilmelerini ifade eder (MacDonald 2002; Karagözoğlu 2008). Profesyonel özerklik; karar almayla ilgili bağımsızlık demektir ancak; işbirlikçi bir yaklaşım gereklidir. Ekip üyeleriyle ortak iletişim ve güven üzerine temellenmelidir (Kangallı 2005).

## 6. Meslek üyelerinin verdiği hizmet onları güdülemelidir:

Bir uğraş topluma hizmet ediyor ise ve amacının bu olduğunu topluma benimsetmiş ise meslektir (Ulusoy ve Görgülü 1997). Meslek üyelerinin öncelikle mesleklerine katkıda bulunmaları daha sonra da onunla yaşamak üzere motive olmaları gerekmektedir. Motive olmuş bireyler onlara sunulan ekonomik çıkarları dikkate almadan mesleklerinin çıkarları için çalışırlar. İşe motive olan bireyler ise sadece ekonomik çıkarlarını düşünürler (Taylan 2009). Ülkemizde gelişmiş meslekler, sahip oldukları yüksek gelir olanakları sayesinde, mensubu olan üyelere gerekli ekonomik rahatlığı sağlayarak hizmetin kesintiye uğramasını engellemektedir. Hemşirelik mesleğinde ise yapılan uygulamaların ücretlerinin görece düşük olması, meslek üyelerinin daha çok ekonomik boyuta odaklanmasına yol açarak işe ve ekonomiye motive olmaları mesleğin gelişimini engellemektedir (Biol 2002).

Ekonomik/ politik yaklaşımların mesleklerin profesyonel değerleri üzerinde son derece etkili olduğu bilinmektedir. Toplum tarafından gerçek meslek statüsünde ilk sırada taçlandırılan tıp mesleği başta olmak üzere tüm sağlık meslekleri, kişisel yarar ve kazancın en az düzeyde olması gereken uygulamalarını, günümüzde kar amaçlı hizmet sunumuna dönüştürme ve büyük kazançlar elde etme amacına yönelmektedirler. Bilgiye kolay ulaşma, özelleşmiş bilgilerle donanımlı profesyonel uygulayıcıların yerini, internet ve medya tarafından topluma sunulan kişilere bırakmalarına yol açmaktadır. Ekonomik/politik faktörler, hizmetlerin “sağlık ticaretine” dönüşmesine, hasta ve sağlık çalışanı ilişkisinde “pazar” kurallarının öne geçmesine ve “bürokratik” süreçlerin hakimiyetine yol açmakta ve bu durum mesleklerin tutundukları profesyonel değerlerin yanısıra, etik kurallara uymada güçlük, klinik otonominin azalması ve öz denetimle ilgili sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Meslek üyeleri isitihdamı ve sunulan hizmetlerin içeriği aynı anlayıştan etkilenerek daha fazla ekonomik kazanç sağlamaya yönelik faaliyetlere dönüşmektedir. Hemşireliğin içinde bulunduğu çevrenin koşulları, mesleğin alt sistemlerini de etkilemekte ve eğitim, uygulama, yönetim ve araştırma boyutları ekonomik/politik anlayış doğrultusunda biçimlendirilmeye çalışılmaktadır (Yıldırım 2007). Bu durumun hemşireliğin gelişimini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

## **7. Meslek üyelerini yönlendiren ve meslek kararlarına rehberlik eden etik kodlar olmalıdır:**

Etik kodlar meslek üyelerinin genel anlamda kabul ettiği etik ilkeler-kurallar dizisidir. Bu kurallar bireylerin belli durumlarda nasıl hareket edeceğini göstermekten çok meslek standartlarına ve kararlarına bir çatı oluşturmaktadır. Hemşireliğin toplumdaki yeri bu kodlarla arasındaki bağlantıya bağlıdır (Ulusoy ve Görgülü 1997; Yüksel 1998; Taylan 2009). Hemşirelik alanında etik kod ilk defa 1897 tarihinde Amerikan Hemşireler Birliği tarafından gündeme getirilmiştir. Hemşirelikte etik kod hazırlanması 1926 tarihinde gerçekleşebilmiş ve 1976 yılında Amerikan Hemşireler Birliğinin Etik Kod'u son şekli ile yayımlanmıştır (Ulusoy ve Görgülü 1997). Amerikan Hemşireler Birliği'nin çalışmasının yanında Uluslararası Hemşireler Konseyi de 1953, 1965, 1973, 2000 yıllarında revize ettiği değişiklikleri ile hemşirelik etik kodu yayımlamıştır. Bu koda göre hemşireler; “sağlığı yükseltmek”, “hastalığı önlemek”, “hastalığı iyileştirmek” ve “acıyı dindirmek” şeklinde 4 temel sorumluluğa sahiptir.

## **8. Uygulama standartlarını belirleyerek mesleğin gelişimini destekleyen bir mesleki örgütü olmalıdır:**

Meslekler gelişimlerini sağlamak ve güç birliğine ulaşmak için ortak bir çatı altında karar alma ve hareket etme gereksinimine ihtiyaç duyarlar. “Bernhard ve Walsh 1981’de Amerika’da bu ölçütleri hemşirelik mesleğine uygulamış ve hemşireliğin bilgi yükü, eğitim, bağımsızlık ve mesleğe bağlılık alanlarında yeterince olgunlaşamadığı görüşüne varmıştır. Meslekler toplumun gereksinimlerinin karşılanması açısından önemlidir. Meslekleri önemli kılan diğer ölçüt ise meslek üyelerinin işlevlerini yerine getirirken sahip olduğu bağımsızlığın derecesidir. Bağımsız rollerinin üretimini kontrol edebilme bir mesleğin gücünü artırmaktadır” (Ulusoy ve Görgülü 1997). Bu bağlamda hemşirelik mesleği insanların sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılamasına ve bu bakımdan toplum için önemli bir role sahip olmasına rağmen meslek pratiğinde işlevsel bağımsızlık açısından problem yaşamaktadır.

Meslek örgütleri, mesleğe ait giriş koşullarını, eğitim standartlarını, hizmetin niteliği ile ilgili politikaları saptayacak, üyelerinin sosyal ve ekonomik statüsünü yükseltecek ve prestij kazandıracak bazı önlemleri sistematik bir biçimde alır. Meslek örgütleri bu ve buna benzer faaliyetleri yürütmeye de denetim görevini üstlenir. Meslek

örgütü, hem vatandaşın yararlanacağı hizmeti hem de meslek üyelerinin haklarını güvence altına alır (Babadağ ve Velioğlu 1992). Ülkemizde de hemşirelik meslek örgütü olarak Türk Hemşireler Derneği faaliyetlerini sürdürmektedir.

## 2.5. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Günümüz insanı, yaşadığımız bu çağın ürünüdür. Bu nedenle bir insan veya sosyal grubun niteliklerini anlayabilmek için, onun başlangıcından gelişiminie dek geçirdiği sosyal olay/hareketleri araştırmak gerekir. Böylece geleceğin de ne tür olaylardan etkilenerek, şekil değiştirebileceği veya gelişme gösterebileceği anlaşılabilir. Bu nedenle hemşireliğin ve sağlık bilimlerinin tarihi geçmişini inceleme, özellikle günümüzde profesyonel hemşireliğin ilerlemesi açısından yarar sağlayacağı gibi, geçmişteki mücadeleler, ilerde karşılaşılabilecek güçlüklerden beklenen sonuca ulaştırarak güç/kuvvetin de kaynağını oluşturacaktır.(Velioğlu ve Babadağ 1992).

İlk çağlarda hastalığın kötü ruhların bedende yarattığı yanıt/tepkilerden oluştuğuna inanılmıştır. Nehirde yıkanmayla suyun rahatlatıcı etkisinden yararlanılmıştır. Ateşin bulunmasıyla, ısının rahatlatıcı etkisi öğrenilmiştir ve yaraları dağlayıp, tedavi edici bir yöntem olarak kullanılmıştır. Bu tür iyileştirici yöntemler sosyal gruplardaki bazı kişilerce daha iyi bilinip yapıldığından ilk “tıp adamları” olarak düşünülmüştür. Bu dönemlerde sihir ve büyüye iyi ve kötü ruhlara da inanılmıştır. Eski Mısır ve Mezopotamya’ da su oldukça önemli bir dini inanç ve sağlık kaynağı olmuştur. Bu dönemde kişisel hijyene önem verilmiştir. Sıcak-soğuk uygulamalara, lapa, masaj ve lavman gibi uygulamalar bu dönemde başlamıştır. (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Hekimliğin sihir ve büyüden ayrılıp, bir bilime dönüşmesi Hipocrates’le (M.Ö.460-370/377) başlamıştır. Kurduğu tıp okulunda hekimlere, hastalık tanısını varsayımlar yerine göz ve kulaklarını kullanmayı öğretmiştir (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Tek tanrılı dinlerden Musevilikle birlikte damardan kan alma, bulaşıcı hastalık kontrolü, erkekleri sünnet etme, doğum ve lohusalık dönemi için ebeliğe önem verilmiştir. Sosyal dayanışma da önemli bir konu olmuş, her Musevi malvarlığının bir kısmını hayır işlerine veya bakım evlerine ayırmaya mecbur tutulmuştur (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Hiristiyanlığın ilk dönemlerinde insana şevkat ve sevgi gösterme, zayıfa yardım etme yer aldığından, tıp ve hastabakımı olumlu şekilde etkilenmiş, bir çok kişi evlerinden yardıma muhtaç olanlara ve hastalara hizmet vermiştir. Daha sonraları bakım ve yardım görevini klise üstlenerek manastırlar kurmuştur. Klise görevlileri bakım vermeye başlamıştır. Zengin Romalılar bu hizmeti kendi evlerinde vermeye başlamışlar. Böylece ilk kez hasta bakımı hizmeti örgütlü hizmete dönüşmüştür. Böylece bu kurumlar bugünkü anlamda hastanenin başlangıcı olmuştur. Hiristiyanlıkta M.S.5.yüzyılda beden ve bedensel temizliğin yerine, ruhun olgunlaşmasının daha önemli olduğuna inanmaya başlanmıştır. Bedenle uğraşma günah sayılmıştır. Bu olumsuz inanışlar tıp ve hasta bakımının gerilemesine neden olmuştur (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Müslümanlıkta hekimliğe ve hastaları iyileştirmeye önem verilmesi gerektiği, dini bilgi kadar tıbbi bilginin önemine yer verilmiştir. Savaşlarda yaralı ve hastaların bakımı için kadın toplulukları oluşturulmuştur. Ordu için seyyar hastaneler kurulmuştur .(Velioğlu ve Babadağ 1992).

Ortaçağ da Haçlı Seferleri sırasında savaşta yaralıların ve hastaların bakımı askeri rahiplere verilmiş ve hemşireliğe ilk kez askeri düzen ve çok sayıda erkek girmiştir .(Velioğlu ve Babadağ 1992).

Rönesansta şehir içindeki hastanelerde hekimlerce tıbbi bakım verilirken, hasta bakımını dini örgütlere bağlı rahibeler yürütmüştür. Şehir dışındaki hastaneler, lepralı ve benzeri toplumdan dışlanan kişilerin tecridini amaçlayan kurumlar olmuştur .(Velioğlu ve Babadağ 1992).

Hiristiyanlıkta Protestanlığın çıkışı ve Amerika kıtasının keşfedilmesiyle klisenin halkın ve manastırların üstündeki etkisinin azalmaya başlamasının sonucu önce hastanelere ve hasta bakımına yansımıştır. Hasta bakımı ve hemşielik karanlık bir döneme girmiştir (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Endüstri devrimi, makina çağı ve kadın hakları hareketleriyle kadının konumu değişmiştir. 19.yüzyılın ilk yıllarında Almanya'nın Kaiserwerth kasabasında belli şartları yerine getiren bayanlardan seçilmiş bir grup Dekonese 3 yıllık eğitim vermeye başlanmıştır. Eğitim görenlerin hizmet alanları; hastane, kız çocuklar için yetimhane, kadın mahkumlara gündüz okulu, normal eğitim veren bir okul ve ziyaretçi hemşirelikten oluşmaktadır. Buradaki Dekonesler nöbetleşe görev değiştirip, üniforma

giymişlerdir. Florence Nightingale'in de burayı ziyaret edip işleyişten etkilendiği bilinmektedir (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Florence Nightingale Kırım Savaşı sırasında yaralı/hasta askerlere uyguladığı hemşirelik bakımıyla kısa sürede ünlenmiştir. Florence Nightingale'le birlikte modern hemşirelik kavramı ortaya çıkmıştır. Onun çabalarıyla pek çok hemşirelik okulu açılmıştır (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Ülkemizde, Amiral Bristol Sağlık Lisesi 1920 yılında açılan ilk hemşirelik okuludur. Daha sonra Kızılay ve Sağlık Bakanlığı da hemşirelik okulları açmıştır. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nun açılmasıyla hemşirelikte yüksek eğitime geçilmiştir. Arkasından Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu hemşirelikte eğitim standartlarını yükseltmeyi, hemşireliğe profesyonel nitelik kazandırmayı, ülkenin o tarihlerde varolan sağlık sorunlarını çözümlenebilecek lisans düzeyinde eğitici, yönetici ve uygulayıcı hemşireler yetiştirmeyi amaçlamıştır. İlerleyen yıllarda hemşirelik bilim profesörü olmayada hak kazanmıştır (Velioğlu ve Babadağ 1992).

Günümüzde hemen hemen her üniversiteye bağlı bir hemşirelik yüksek okulu vardır. Hemşirelikte yüksek lisans, doktora programlarında devam etmektedir (Velioğlu ve Babadağ 1992).

## **2.6. Hemşirelik ve Eğitim**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 1978 yılında yayımladığı Alma-Ata Deklarasyonu'ndan bu yana sağlığın iyileştirilmesinde hemşire ve ebelerin katkısının önemi vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Genel Kurulları'nda (1989, 1992, 1999) ve Sağlık 21 dökümanında bu katkının güçlendirilmesi konusunda üye ülkelere çağrı yapılmıştır. Bu katkı sadece hasta bakımını değil, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını da içermektedir. Viyana'da 1988 yılında yapılan Avrupa Hemşirelik Konferansı'nda, hemşirelerin değişen sağlık gündemi doğrultusunda etkili olabilmeleri için eğitim ve uygulamalarının yeniden yapılandırılması ve düzenlenmesi konusunda karar alınmıştır. Ülkemizin de Sağlık Bakanlığı düzeyinde katıldığı ve imza koyduğu, İkinci Avrupa Hemşirelik ve Ebelik Konferansı'nda yayımlanan Münih Deklarasyonu'nda, hemşirelik eğitimini doğrudan ilgilendiren kararlar şunlardır: hemşirelik eğitiminin lisans ve lisans üstü programlarda yürütülmesi; uygulamaların

kanıta ve bilgiye dayalı olması için araştırmaların desteklenmesi, sağlığı geliştirme hizmetlerinde yer almak üzere rollerinin genişletilmesidir (Ülker ve ark. 2005).

Avrupa Birliği normlarını da esas almak üzere bir DSÖ uzman grubu tarafından hazırlanan, hemşirelik ve ebelik eğitim stratejileri raporunda, hemşire/ebe eğitim programı konusunda benimsenen temel ilkeler aşağıda özetlenmiştir.

- Hemşireler toplumun sağlık gereksinimini karşılayabilecek ve beklenen kalitede hizmet verecek şekilde eğitilmelidir.
- Hemşirelik hizmetleri ve eğitimi insanların yaşadığı/çalıştığı her yerde olmalıdır.
- Hemşire okullarına giriş orta öğrenimden sonra ve üniversite girişe eş değer olmalıdır.
- Eğitim programı üç yıldan az olmamalıdır.
- Mezuniyetlerinde üniversite derecesine sahip olmalıdır.
- Eğitimleri sırasında hemşire gibi çalışmamalı; diğer üniversite öğrencileriyle aynı statüde olmalıdır (teorik ve uygulama).
- Tek düzey hemşire/ebe olmalıdır.
- Müfredat, araştırmaya-kanıta ve beceriye dayalı olmalıdır.
- Kazanılan beceriler, hem toplumda hem de hastanedeki uygulamaları kapsamalıdır.
- Avrupa Konseyi Direktifleri (77) minimum standartlar olarak kabul edilmelidir (Bu direktifler halen gözden geçirilmektedir).
- Temel eğitim, profesyonel gelişme ve eğitimin temelini oluşturmalı, ileri uygulama /eğitime/uzmanlığa hazırlamalıdır.
- Üniversitelerdeki hemşirelik okulları ve uygulama alanları resmi olarak akredite edilmiş olmalıdır.
- Hemşire okulunun müdürü uzman bir hemşire olmalıdır.
- Hemşire okulunun müdürü uzman bir hemşire olmalıdır.
- Hemşirelik eğitimi (teorik ve uygulama) uzman hemşireler tarafından yürütülmelidir.
- Hemşire eğiticiler:
  - Üniversitede öğretmenlik yapmak için gerekli diploma derecesine sahip olmalıdır.

- Araştırmaya dayalı eğitim yapabilecek, öğrenim ve değişim stratejilerini (teorik/uygulama) yerine getirebilecek becerilerle donanmış olmalıdır.
- En az iki yıl ilgili alanda çalışmış olmalıdır.
- Uygulamaların gözetiminden sorumlu olmalıdır. Bu sorumluluk klinik rehberlerle paylaşılmalıdır.
- Diğer alanlardan hemşirelik eğitimine katkıda bulunacak olan disiplinler (tıp-sosyal bilimler vb.) kendi konularında uzman olmalı ve kendi ülkesinde üniversite öğrenim elemanı olabilme özelliklerine sahip olmalıdır.
- Okulların alt yapısı ve olanakları yeterli olmalıdır (Ülker ve ark. 2005).

#### **Hemşirelik müfredatında yapılması önerilen düzenlemeler şunlardır:**

- Müfredat programı yeterliliğe dayalı olmalı ve yapı, süreç ve sonuç unsurları bütünleştirilmiş bir şekilde hazırlanmalıdır. Programda konular uygun bir şekilde sıralanmalı, teori ve uygulamaya yeterince yer verilmelidir; öğrenci merkezli öğretim yöntemleri kullanılmalı ve eğitim programı öğrenciye uygulamada yeterli olacak becerileri kazandırmalıdır.
- Müfredat içeriği; ülkenin sağlık gereksinimleri, demografik ve sosyo kültürel özelliklerine uygun olacak şekilde araştırmaya ve kanıta dayalı olmalıdır.
- Eğitim ve değerlendirme, öğrenme teorilerine dayalı olmalı, eğiticinin destekleyici, öğrencinin aktif rolde olduğu öğrenme ortamları oluşturulmalıdır. Anlatımlar sınırlı olmalı, öğrencinin aktif katılımını sağlayan seminer, tartışma oturumları, probleme dayalı öğrenim, proje çalışması gibi yöntemler kullanılmalı, bilgi teknolojilerini içermek üzere uygun teknolojik araçlar kullanılmalıdır.
- Teori ve uygulamanın değerlendirilmesi de , öğrenci merkezli yaklaşıma uygun olmalı, yeterliliğe dayalı değerlendirme yapılmalıdır.
- Öğrenme ve değerlendirme süreleri öğrencinin “öğrenmeyi öğrenmesine” yardımcı olmalı ve şu alanlarda odaklanmalıdır.
  - \_ Bakım alanların gereksinimlerine uygun sistematik ve kanıta dayalı bakım,
  - \_ Ön yargısız bakım yaklaşımları geliştirme,
  - \_ Araştırmacı bakış kazanma,

- \_ Analitik ve eleştirel düşünme,
- \_ Planlama, problem çözme ve öncelik belirleme becerileri,
- \_ Bilgi teknolojilerini kullanma becerisi,
- \_ Toplumu değerlendirme,
- \_ Acil durumları yönetebilme,
- \_ Yaşam kurtarma becerileri,
- \_ Ekip çalışması, iş birliği içinde çalışabilme,
- \_ Liderlik becerileri,
- \_ Karar verme becerileri,
- Müfredatın bütünü belli aralıklarla değerlendirilmelidir. Objektif değerlendirme yapabilmek için müfredatın ölçülebilir eğitimsel standartları ve sonuçları açıkça belirlemelidir. Değerlendirme süreçlerine öğrencilerde katılmalıdır.
- Uygulama alanları eğitim için uygun standartlara sahip olmalıdır (Ülker ve ark. 2005).

### **2.6.1. Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihçesi**

Ülkemizde hemşirelik Cumhuriyet dönemine kadar hastabakıcılık kursları almış hanımların verdikleri bakımla sürdürülmüş, 1920 yılında Amerikan Hastanesi içinde bir okul açmıştır. Ülkemizin ilk ulusal hemşirelik okulu olan, aynı zamanda ülkemizde hemşirelik eğitiminin gelişimine öncülük eden bir çok eğiticinin mezun olduğu, Kızılay Hemşirelik Okulu 1925 yılında eğitime başlamıştır. Sağlık Bakanlığı kendi tedavi kurumlarında hemşire gereksinimini karşılamak için ilk hemşirelik okulunu 1946 yılında açmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı müfredatlar, eş değer eğitim veren diğer hemşirelik okullarının da eğitim programı olarak kullanılmıştır (Ülker ve ark. 2005).

Sağlık Bakanlığı’nın 1992 yılında gerçekleştirdiği 1.Ulusal Sağlık Kongresi’nde belirlenen hedefler doğrultusunda “sağlık eğitiminin yeniden yapılandırılma projesi” başlatılmış; ülkemizin gereksindiği hemşire ve ebe eğitiminin üniversitelerde yapılmasına karar verilmiştir (Ülker ve ark. 2005).

Sağlık Bakanlığı, 1996-1997 yılında üniversitelere devrettiği, hemşire,sağlık memuru ve ebe eğitimi yapan Sağlık Yüksekokulları’nda verilen eğitimin niteliğini

eleştirmiş ve alınan öğrenci sayılarının gereksinimlerin altında olduğunu ileri sürerek, 2001 yılında 25 sağlık meslek lisesinin hemşirelik bölümüne 684 öğrenci alarak lise düzeyinde eğitime yeniden başlamıştır (Ülker ve ark. 2005).

**Tablo 2-1: Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Okulları**

---

1946: Sağlık Bakanlığı'na bağlı ilkököl sonrası üç yıllık hemşirelik okulları
1957-1979: Hemşire yardımcısı ve köy ebesi yetiştiren, ilkököl sonrası 1,5 yıl süreli sağlık okulları- 1967 yılında öğrenim süresi üç yıla, 1967 yılında beş yıla çıkarılmıştır.
1958: Ortaokula dayalı dört yıl süreli hemşirelik okulları
1986-1990: Lise mezunlarına açılan 18 aylık tamamlama programları-mezunlara meslek lisesi diploması verilmiştir.
1989: Ebe ve hemşire yetiştiren lise sayısı 85 (büyük yerleşim yerlerinde)
1989-1991: Sağlık meslek lisesi sayısı 326 (okulların %67'si ilçe merkezlerinde)
1992: Sağlık Bakanlığı'nın "sağlık eğitimini yeniden yapılandırma projesi" başlatıldı
1996: Sağlık Meslek Liselei Sağlık Yüksekokulları'na dönüştürülmek üzere YÖK'e devredildi. SML öğrenci alımı durduruldu
2001: Sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı başlatıldı

---

(Ülker ve ark. 2005).

Ülkemizde hemşirelikte yüksek öğrenim, 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamıştır. Tablo2 de görüldüğü gibi, Hemşirelik Yüksekokulları'nın sayısı 40 yılda ancak 10'a ulaşabilmiştir. Hemşirelikte yüksek öğrenimin yaygınlaşmamasının nedenlerinden birisi kuşkusuz ülkemizin en büyük sağlık sektörü olan Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan hızlı okullaşma, yüksek okul mezunları için kadro açılmaması ve sağlık sektörünün yüksek öğrenimli hemşire talebindeki sınırlılıktır. Diğer bir neden, yüksekokulların YÖK yasasına dek Tıp fakültelerine bağlı olmalarıdır. Hacettepe Üniversitesi HYO 1972'de, diğerleri 1982 yılında rektörlüğe bağlı yüksekokul statüsüne kavuşmuştur. Bu döneme kadar, bu okulların yöneticileri hekimler olmuş, hemşire akademisyenler diğer disiplinlerden ve bir anlamda üniversiteden izole bir yapı içinde var olmuşlardır. Rektörlüklere bağlanma, yüksekokul müdürlüklerinin hemşire olması ve 1972 yılında başlayan doktora

programlarıyla birlikte akademik kadroları genişlemeye başlamıştır (Ülker ve ark. 2005).

**Tablo2-2: Hemşirelik Yüksekokulları ve Diğer Yüksekokul Programları**

---

**Hemşirelik Yüksekokulları (HYO)**

1955- Ege Üniversitesi HYO

1961- Hacettepe Üniversitesi HYO

1961- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO

1977- Atatürk Üniversitesi HYO

1982- Cumhuriyet Üniversitesi HYO

1985- GATA Hemşirelik Yüksekokulu

1993- Marmara Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi HYO

1994- Dokuz Eylül Üniversitesi HYO

1995- Gazi Üniversitesi HYO

**Diğer Programlar**

1985- Üniversitelere bağlı önlisans hemşirelik programları, alt dönem (/0 iş günü)

1991- Açık Öğretim Fakültesi ön lisans programı (hemşirelik, sağlık memurluğu, ebelik, sağlık teknisyenliği mezunlarına); 1999'da programa öğrenci alımı durduruldu

1992- 53 SML'nin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokuluna dönüşümü

1996- Sağlık Yüksekokulları açıldı

1996- SHMYO hemşirelik önlisans programlarına öğrenci alınması durduruldu

---

(Ülker ve ark. 2005)

Ülkemizde hemşirelikte lisansüstü eğitim, 1968 yılında hemşirelikte bilim uzmanlığı programlarının açılması ile başlamıştır. Sağlık yüksekokullarının sayısındaki hızlı artış paralelinde hemşirelik yüksek lisans programları da son yıllarda artmıştır. Hemşirelik bilim uzmanlığı programlarının sayısı 15'e ulaşmıştır. Hemşirelikte bilim doktorası programları 1972 yılında açılmıştır ve ülkemizde hemşirelik doktora sayısı (6) altıdır. Hemşireliğin Üniversitelerarası Kurul tarafından doçentlik yapmak üzere bilim

dalı olarak kabulü 1972 yılında öngörülmüştür. Ülkemizde ilk hemşirelikte doçentlik 1972 ve ilk profesörlük 1978'de gerçekleşmiştir (Ülker ve ark. 2005).

Türkiye'de hemşirelik mesleğinde üç farklı temel eğitim düzeyinden mezun olmuş hemşire bulunmaktadır. Bunlar; lise, önlisans ve lisans mezunlarıdır. Eğitim düzeyi düşük hemşirelerin daha çok geleneksel kadın rolüne dayalı bağımlı fonksiyonları yerine getirdikleri, mesleki bilinç ve sorumluluğun tam gelişemediği, uygulama alanlarında yardımcı personel konumunda çalıştıkları gözlenmektedir (İnanç ve Üstünöz 1998; Karagözoğlu 2008). Tarihsel süreç içerisinde hemşirelik, sağlık meslekleri içinde düşük düzeyde eğitimle kazanılan mesleklerden birisi olmuştur. Eğitim düzeyi yeterli olmayan bir mesleğin, toplumda etkin bir rol oynaması ve saygınlık göstermesi düşünülemez.(Velioğlu 1991; Kangallı 2005; Karagözoğlu 2008).

Öğrencilerle yapılan araştırmalar, hemşirelik öğrencileriyle diğer okul öğrencileri arasındaki kişilik özellikleri farklarını vurgulamaktadır. Hemşirelik öğrencileri çoğunlukla daha verici, bağımlı, boyun eğen ve kadınsı özellikler sergilemekte ve bu nedenle de girişim ve otonomi gerektiren pozisyonları istememektedirler. Özerk işlevi geliştiren ve bunu daha geleneksel bir programla karşılaştıran bir eğitim programında eğitilen hemşirelik öğrencilerindeki farklılıklarını tanımlayan bir başka çalışmada, öğrenciler daha özerk durumdaki hemşirelik öğrencilerine göre daha yüksek sosyallik, kendini ifade etme ve daha yüksek statü kapasitesi kazanır. Bu araştırma sonuçlarından hareketle, bazı araştırmacılar alanda çalışan hemşirelerin otonomi gereksinimlerini araştırmaya yönelmişlerdir. Bununla birlikte, öğrenci hemşirelerle yapılan araştırmaların çalışan hemşireler için genelleştirilmesi tartışılmaktadır (Dwyer ve ark. 1992).

Tüm meslekler gibi hemşirelik de, hizmet verdiği toplumdaki önemli ölçüde etkilenir. Sosyal yapı, hemşirenin bireysel tutumları, hemşirelik uygulamalarını ve toplumun hemşireliğe karşı tutumlarını biçimlendirir. Sosyal yapı aynı zamanda hemşireliği meslek olarak seçenleri de etkiler (Karagözoğlu 2002). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar hemşirelik okullarına gelen öğrencilerin hemşireliğe ilişkin yeterli istek ve bilgiye sahip olduklarını göstermiştir (Başer 1995). Bu isteksizliğin temelinde toplumun olumsuz hemşirelik imajına sahip olmasının rol oynadığı söylenebilir (Karagözoğlu 2002). Emiroğlu (1995) yaptığı çalışmada, Türk toplumunun olumsuz hemşirelik imajına sahip olduğunu belirlemiştir. Toplumsal bakış açısına göre

hemşirelik daha çok teknik beceriye dayalı ve daha az bağımsız karar verebilen bir meslek konumundadır. Bundan dolayı hemşirelik öğrencilerinin bir kısmı bu düşünce yapısına sahip şekilde eğitime başlamakta ve eğitimleri boyunca hemşireliğe bakış açıları değişmemektedir. Öğrenciler hemşireliği bilimsel bir temeli olan meslekten ziyade gelenekçi rolüyle ele almaktadırlar (Meerabeu 2004; Kangallı 2005). Öğrenciler hastayı ilk başta fiziksel problemleri, tanıları ve hastalıklarıyla tanımlamakta, bağımsız hemşirelik aktiviteleri ile ilgili tanımlamaları ise net olmamaktadır (Kangallı 2005).

Davranışlar değiştirilebilir ancak bu değişimin nasıl ve nerede yapılacağı önemlidir. Hemşirelik eğitimi sırasında yapılacak değişimin, hemşirelerin içinde bulunduğu aile ve toplumdaki getirdikleri özellikler ile yakından ilgilidir (Seren 1998; Kangallı 2005). Bu anlamda hemşirelik eğitiminde daha özerk mensuplarının yetiştirilebilmesi için müfredatla ilgili yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Hemşirelik eğitiminin ana hedefi, hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme ve problem çözme becerisini geliştirerek hemşirelik mesleği için gerekli bilgi ve uygulamaları kazanmalarınıdır (Kangallı 2005).

Hemşirelik eğitiminde otonomiye geliştirmeye ilgili olarak kullanılan çeşitli stratejiler vardır. Bu stratejiler;

- Müfredat programında yapılacak değişiklikler
- Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin kendilerini yetiştirebilecekleri kursların planlamasıdır.

Kursların işleyişinde aktif katılım, tartışma, kendi kendine öğrenme kritik düşünme ve kesin yargılardan vazgeçme gibi yöntemler kullanılmalıdır (Ballou 1998; Seren 1998).

Eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelerin diğer profesyonel sağlık meslekleri ile eşit olarak sorumluluk alma, sorunları tartışma ve çözüm üretme becerileri de artmakta, bu da hemşirelerin otonomi düzeylerini yükseltmektedir (Meerabeu 2004).

## **2.7. Hemşirelik ve Yönetim**

Çağdaş dünyada yönetim kavramı anlam genişlemesine uğramış; az ya da çok sayıda kişinin somut bir amaç doğrultusunda sevk ve idaresi karşılığı olan geleneksel anlam yükünün ötesine geçmiştir. Bu yeni ve geniş anlam yükü bağlamında, yönetim kişileri yönlendirmenin yanı sıra süreçlerin olayların ilişkilerin akışının düzenlenmesini

de ifade etmektedir. Kriz yönetimi, afet yönetimi, proje yönetimi, umut yönetimi, tıp özelinde ağrı yönetimi ve hemşirelik özelinde hasta bakım yönetimi, bu kullanıma bir dizi örnek olarak sıralanabilir (Taylan 2009).

Hemşirelerin çağdaş-gelişmiş yöneticilik bilgilerine ve becerilerine ihtiyacı vardır. Hemşirenin yönetici rolü diğer rolleriyle entegre olarak ortaya çıkmakta; hasta bireyin bakımının yönetimi, eğitim aktivitelerinin yönetimi, iletişim yönetimi, kliniğin işleyişinin yönetimi gibi açımları bulunmaktadır (Taylan 2009).

Hemşirelik mesleği hasta bakımında odak noktada olup, sağlık bakım koşullarının hedefleriyle doğrudan ilişki içindedir. Hemşirelerin hasta bakımına doğrudan yaptıkları katkıların artması ancak otonomilerinin geliştirilmesiyle mümkündür (Seren 2000). Hemşire yöneticiler, hemşirelerin otonomisini arttırmada önemli rol oynarlar (Kangallı 2005). Katılımcı yönetim, hemşirelerin otonomisini arttıran ana faktördür. Otokratik yönetim ise otonomiyi engelleyen ana faktör olarak tanımlanmaktadır. Yönetici hemşirelerin tutumları ile hemşirelerin hasta bakımındaki otonomisi arasında güçlü bir ilişki vardır (Mrayyen 2002).

Mesleki gelişmeye yönelik olanakların oluşturulması ve işle ilgili yetkilenme süreçleri otonominin artmasını sağlar (Collins ve Henderson 1991). Yöneticiler; meslektaşlar, hastalar ve doktorlarla çatışmaları çözmek ve sağlık bakım üyelerinin tümüyle iletişim kurmaları için hemşireleri desteklemelidirler (Mrayyen 2002). Hemşirelerin gereksinimlerini doğrudan yanıt verdiği düşünülen yönetici hemşireler, otonomi konusunda belirleyicidirler. (Mrayyen 2002, Kangallı 2005). Yönetici hemşireler, hemşirelerin otonomisinin yüksek olduğu kurumlardaki liderlik biçimlerini incelemelidirler (Seren 2000). Açık fikirli, ekip iletişimini kolaylaştıran, çatışmayı çözen ve kararları paylaşan yöneticilerin otonom davranışları arttığı saptanmıştır (Mrayyen 2002).

## **2.8. Hemşirelik ve Uygulama**

Hemşirelik hastalık durumuna özgü ihtiyaçları giderme kaygısı üzerine temmellenmiş, evrimleşmesinin büyük bir kısmını bir kadın mesleği olarak geçirmiş, insanları sağlıklı kılmayı, hastaya bakım vermeyi ve güvende olduğunu hissettiemeyi amaç edinmiş bir meslek ve bir bilimsel disiplindir. Hemşirelerin mesleklerini icra ederken üstlendiği bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız uygulamaları bulunmaktadır.

Günümüzde hemşirelerin bağımsız uygulamaları profesyonellik kriterleri çerçevesinde özellikle önemlidir (Taylan 2009).

Hemşirenin bağımlı uygulamaları; hekim direktifini uygulamaya yönelik olan tedavi edici işlemleri uygulama, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etme gibi görevleridir. Bağımlı uygulamalarda karakteristik unsur, karar veren ile uygulamayı yapanın ayrı kişiler olmasıdır. Bağımlı uygulamalarda özellikle günümüzde söz konusu olan bağımlılığın mutlak ve koşulsuz olmayışı; sorgulama ve itiraz haklarını devre dışı bırakmayıdır. Özellikle tıbbi-bilime-akla aykırı direktiflerini körü körüne itaatle yerine getirilmesi söz konusu değildir ve bunlara uyulması halinde hemşirenin de istenmeyen sonuçlardan sorumlu olması söz konusudur (Taylan 2009).

Hemşirenin yarı bağımlı uygulamalarında; yine hekim direktifi var olmakla birlikte, bu direktifin yerine getirilip getirilmemesi konusunda hemşirenin hastanın durumundaki gelişmeleri göz önüne alarak insiyatif kullanması gündeme gelmektedir. Yarı bağımlı uygulamalar hekim direktifinin değişen koşullar nedeni ile istenmeyen sonuçlara yol açabileceği durumları engelleyen bir emniyet mekanizmasıdır (Taylan 2009).

Hemşirelerin bağımsız uygulamaları; hemşirelerin mesleğe özgü bilgileri, becerileri ve deneyimleri ile çözebileceği hemşirelik bakımı sorunlarına yönelik olup, çağdaş hemşireliğin en önemli boyutudur. Sağlıklı bireyin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesinin desteklenmesi, hasta bireyin kendi yapamadığı günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmesi, ona sağlığını ve bağımsızlığını yeniden kazanması için gerekli yardımın sağlanması hemşirenin bağımsız uygulamalarıdır (Biol 2002; Taylan 2009).

Uzun bir süre sadece bağımlı uygulamalar yapan hemşirelik, 19. yüzyılın sonlarından ve 20. yüzyılın başlarından bu güne kadar yaşanan bilimsel ve toplumsal hareketlerden kendine düşen payı alarak değişim sürecine girmiştir. Bağımlı uygulamalarının yanında meslek olma statüsü kazanmasına önemli katkıda bulunan bağımsız uygulamalarını da etkinlikleri arasına alarak bu rollerde spesifik olarak kendisini geliştirmiştir. Meslek etkinlikleri çerçevesinde bağımsız uygulamaları giderek ağırlık kazanan modern hemşirelik, genel olarak çağdaş dünyanın özel olarak çağdaş tıbbın gereklerine ve gereksinimlerine göre biçimlendirilmiştir (Taylan 2009).

Bir işin meslek olabilmesi için gereken ölçütlerden biri olan özerklik, hemşirelik mesleği özelinde doğrudan bağımsız hemşirelik uygulamaları ile ilgilidir. Hemşirelik mesleğinin diğer sağlık meslekleri ile eşit statüde bağımsız bir sağlık mesleği olması ve işbirliği içinde çalışması, 1980’lerde Amerikan Hemşireler Birliği’nin başlattığı ve giderek tüm dünya hemşirelerinin benimsediği bir politikadır (Taylan 2009)

## 2.9. Sağlık Politikaları

Sağlık mesleklerinin sistem içinde oynayacakları rollerin biçimlendirilmesinde, sağlık politikalarının etkisi oldukça önemlidir. Ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin temel belirleyicisi olan politik boyut genelde iki temel yaklaşımı içerir. Birinci yaklaşımda, sağlık doğuştan kazanılan temel insanlık hakkı olarak kabul edilir ve sağlık hizmetleri tüm aşamalarında kamu eliyle finanse edilir. Hizmetlerin sunumu, personel istihdamı aynı şekilde kamu tarafından gerçekleştirilir ve söz konusu hizmetler ağırlıklı olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelir. İkinci politik yaklaşımda ise sağlık bireysel bir olgu ve bir kar amacı olarak kabul edilir ve hizmetlerin sunumunda pazar kuralları öne çıkar (Yıldırım 2010). Ülkemizin sağlık politikası 1961 Anayasa’sının “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır” şeklindeki, sağlığın devlet tarafından kamusal güvence altına alındığını kabul eden sosyal devletçi anlayış, 1982 Anayasası ile terk edilmiştir. 1982 Anayasa’sında Devletin sağlık ile ilgili ödevi şu şekilde tanımlanmıştır. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak, çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimini arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilebilmesi için kanunla Genel Sağlık Sigortası konabilir” bu madde ile, daha önce sağlığı bir hak olarak gören ve bu hakkı kamu güvencesi altına alan devlet , 1982 Anayasası ile bu görüşü bırakıp; sağlık hizmetlerini düzenleme ve denetleme görevini üstlenmiştir. Böylece, 1980’li yıllardan itibaren benimsenen politikaların bir gereği olarak, anayasal değişiklik ve onun paralelindeki sağlık

reformları ile, sağlık hizmetlerinde kamucu anlayış yerini özel mülkiyete, planlama yerini piyasaya, öncelikli hizmet olması gereken koruyucu sağlık hizmetleri yerini ileri teknoloji gerektiren tedavi hizmetlerine, toplum yerini bireye sağlıkta yerini hastalığa bırakmış ve sağlığın finansal sorumluluğu kamusal alandan bireysel alana devredilmiştir (Ülker ve ark. 2005).

Sağlık hizmetlerinin temel önceliği, bireyin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında, ana çocuk sağlığı, güvenli çevre, dengeli beslenme, erken tanı, bağışıklama vb. hizmetlerde hemşire ve ebelerin öncelikli sorumlulukları uluslararası kabul gören bir yaklaşımdır. Hemşireler, sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi gibi profesyonel rollerini bu alanda gerçekleştirir ve mesleki bilimsel bilgilerini bağımsız olarak kullanma olanağına bu alanda erişirler. Sağlıkla ilgili politik yaklaşımların tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşması, sağlık çalışanlarını da büyük ölçüde tedavi kurumlarında, hasta tedavisine ilişkin rollerini yerine getirmeye yöneltir. Hastane ortamında karmaşık süreçler ve çeşitlilikler, sağlık çalışanlarını kendi rolleri ve meslek alanları içinde kalmasını zorlaştırır. Rol belirsizlikleri ve rol karmaşasına, sağlık insan gücü planlamasına ilişkin yetersizlikler eklendiğinde disiplinler arası çatışmalar kaçınılmaz olur. (Yıldırım 2010).

Sağlık iş gücü içerisinde işinin sınırları ve uygulama alanı belirli olmayan ve söz konusu rolleri, kendi dışında belirlenmeye çalışılan tek disiplin hemşireliktir. Sağlık çalışma ortamlarında hemşireler, mesleki amaçları doğrultusunda, doğrudan hasta bakımına yönelik işlevler yerine, bakımın uzağında sistemin kendisine yüklediği işleri sorgulamaksızın yerine getirmektedir. Hastanede yataklı birimlerin dışında laboratuvar, röntgen, hasta kayıt, satın alma, halkla ilişkiler, tıbbi sekreterlik, arşiv, depo ve benzeri birçok birimlerinde hemşireleri çalışırken görmek mümkündür. Eczacıların, yakın tarihte, birinci basamak hizmetlerine danışmanlık rolleri tanımlanırken, hastane eczanelerinde hemşireler görev yapmaktadır. Diğer yandan, tedavi kurumlarında kadın doğum ve yeni doğan üniteleri sınırlı alanlarda tanımlanmış görevlerine karşın, çok sayıda ebe yataklı birimlerde hemşirelik görevini yerine getirmektedir. Acil tıp teknisyenlerine gerektiğinde hemşirelik görevleri verilebileceğine ilişkin Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan genelgenin geri çekilmesine karşın, hastanelerde yoğun bakım ve benzeri birimlerde Acil tıp teknisyenlerinin çalıştığı bilinmektedir (Yıldırım 2010).

Diğer yandan ülkemizde, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi yönünde geliştirilen politikalar, iş güvencesi, çalışma saatleri ve ücret açısından kamu personeli ile farklılaşan, sözleşmeli statüde çok sayıda sağlık çalışanlarının istihdam edilmesine neden olmaktadır. Özellikle kamu hastanelerinde çalışan hemşireler ya 4/B kadrosunda ya da hizmet satın alma sürecinde ihale usulu ile kurumlarda çalıştırılmaktadırlar. Aynı okul mezunu, aynı üniteye çalışan ve aynı işlerden sorumlu olan hemşirelerin özlük haklarının farklılıkları, çalışma ortamında iş barışı açısından olumsuzluklara yol açmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu mesleklerin güçlerini, birbirine karşı üstünlük kurmak üzere değil, ortak sorumluluk anlayışı içinde, toplumun güvenli sağlık bakımı almasına yönelik politikalara yön verme amacıyla birleştirmelerinin gerektiği söylenebilir (Yıldırım 2010).

### **2.10. Hemşirelik Yasası**

Yasalar, mesleklerin uygulamalarını güven içinde yapmalarına olanak veren, sorumlu oldukları hizmet alanlarının sınırlarını belirleyen ve meslek formasyonu elde etme koşullarını içeren hukuksal temelli dökümanlardır. Mesleğe özel yasalar, üyelerine hizmetleri ile ilgili hesap verme ve hesap sorma haklarını güçlü bir şekilde elde tutma olanağı verir. Uygulamalarını mesleğe özel yasa ile güvence altında sürdürmek, meslekler için önemli bir avantajdır (Yıldırım 2008).

Hemşirelik mesleğine ilişkin 6283 sayılı ilk yasa 2 Mart 1954 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yasa Türk Hemşireler Derneği'nin öncülüğünde 5 Mayıs 2007 tarihinde yapılan değişiklikle güncellenmiştir.

Güncellenen Hemşirelik Yasasında;

1. İlk olarak; “Türkiye’de üniversitelerin hemşirelikle ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı’nca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelikle ilgili devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere hemşire ünvanı verilir” olarak tanımlanmıştır.

Bu maddeyle hemşirelik öğrenimi lisansa temellendirilmiştir. Gerçek meslek olma yolunda çaba gösteren hemşirelik meslekleşme kriterlerinin en önemlisini yasalaştırarak güvence altına almış olmaktadır diyebiliriz.

2. “Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu kanun hükümleri dahilinde hemşire ünvanı kazanmış Türk Vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz” halini almıştır.

Bu maddeyle de sağlık yüksek okullarından mezun olan erkek sağlık memurları da hemşire ünvanını almaya başlamıştır.

3. “Hemşireler tabib tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavi tedbirlerini uygulamak, her ortamda bireyin ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir; ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.

- Hemşirelere görev yaptıkları kurum ve kuruluşlarda, bu kanun ve diğer mevzuatta belirtilen görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında olmayan görevler verilemez.

- Hemşireler birinci fıkrada sayılan hizmetler de çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre, görev yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir” olarak düzenlenmiştir.

Böylece hemşirelere yönetmeliklerde tanımlanan görevler dışında görev verilemeyecektir.

4. “ Hemşire okulundan mezun hemşireler mecburi hizmetlerini bitirip memuriyetten ayrılınca; mecburi hizmeti olmayan hemşire okulu mezunları istedikleri vakit sanatlarını serbestçe yapabilirler. Serbest çalışacak hemşireler lüzumlu vesikalarını bir dilekçeye bağlayarak mahallin en büyük sağlık amirine verirler. Serbest çalışan hemşire ev adresiyle çalışmak istediği yerde bir değişiklik olduğu takdirde bir hafta içinde aynı makama haber vermeye mecburdur” aynen korunmuştur.

5. Lisans mezunu hemşireler meslekleri ile ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı'na tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar.

Bu maddeyle; uzman hemşire tanımlanmış ve hemşirelikte bilim uzmanlığı tanınmıştır.

6. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar.

Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme, tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar Sağlık Bakanlığı'na çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir"

7. Başhemşirelik ve hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüchan hakları vardır"

5634 no'lu 2 Mayıs 2007 tarihli Hemşirelik Kanunu'da Geçici Madde olarak "Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklıdır.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programını adı ; bu kanun yürürlüğe girdikten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilir ve programlar birleştirilir.

- Bir defaya mahsus olmak üzere, ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam ederler.

- Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir" eklenmiştir.

### **Yenilenen Hemşirelik Kanunu' nunda kısaca;**

- Hemşirelik eğitimi lisans düzeyine çıkarılmıştır,
- Yaş sınırı ve cinsiyet ayırımı ortadan kaldırılmıştır,
- Hemşirenin görev tanımı mesleki amaçlara uygun olarak düzenlenmiştir,
- Lisansüstü mezunların uzman hemşire olarak çalışabilecekleri hükmü yer almıştır,
- Başhemşire ve yöneticilik görevleri için lisans ve yüksek lisans mezunlarına rüçhan hak tanınmıştır,
- Hemşirelerin serbest çalışma hakkı korunmuştur,
- Özellik arz eden birimlerde çalışanlara yetki belgesi verilmesi hükmüne bağlanmıştır,
- Hemşireliğe eşdeğer eğitim gören sağlık memurları yasa kapsamına alınmıştır,
- Hemşirelik alanlarında çalışan ve görevlerine devam etmek isteyen ebelerin aynı görevde ne şekilde kalabilecekleri hükmüne bağlanmıştır,
- Kazanılmış haklar saklı tutulmuştur,
- Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınması kararı geçici madde hükmü olarak yer almıştır.

Hemşirelik mesleğine ilişkin önemli değişiklikler içeren yasanın yürürlüğe girmesi meslek üyeleri tarafından coşkuyla karşılanmasına karşın, Sağlık Meslek Liseleri'nin Hemşirelik Programları'nın eğitime 5 yıl süre ile devam etmeleri yönünde eklenen geçici madde tepki ile karşılanmıştır. Yasanın kendi içinde maddeleri çelişen bu geçici hükmün kaldırılması yönünde Anayasa Mahkemesi'ne yapılan başvurunun sonucu beklenmektedir (Yıldırım 2008).

Diğer yandan yasada, hemşirelerin; birey, aile ve topluma her ortamda sağlık hizmeti vermesi yönünde ifadenin varlığı, hizmet alanlarının özel olarak tanımını gerektirmemesine karşın, Aile Hekimliği'nin hizmet alanı olarak ayrı bir madde içinde belirlenmesi tepkiye yol açan bir başka madde olmuştur. Yasalar meslekleri, genel

olarak tanımını içerir. Yasa hükümleri, bu doğrultuda düzenlenen yönetmeliklerle yaşama aktarılır. Yönetmelikler, yasa maddelerinde yer alan hükümleri genişletir ve uygulamaya geçirilmesine olanak verir. Sağlık Bakanlığı 8 Mart 2010'da Hemşirelik Yönetmeliği'ni yayınlamıştır.

Türkiye' de 5/5/2004 tarih ve 2453 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla yürütülen politikalar, genelde sağlık çalışanlarının, özelde de hemşirelerin özerkliğini olumsuz düzeyde etkilemiş ve halen de etkilemeye devam etmektedir (Ülker ve ark 2005).

Bu programda hekim dışında görev yapan çalışanlara “diğer sağlık personeli”, yardımcı sağlık personeli”, “aile sağlığı elemanı” gibi tanımlamalar yapılması, sağlık personellerinin görev, yetki ve sorumluluklarının net olarak ortaya konulmaması, aile hekimliği maddelerinde tüm yetki ve kararların hekime devredilmesi profesyonel hemşirelik anlayışına paralellik göstermemekle, hemşireliğin özerk bir sağlık disiplini olduğu geçerliliğiyle ters düşmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

#### Araştırma Soruları:

1. Hemşireler hangi düzeyde mesleki otonomiye sahiptirler?
2. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri demografik özelliklerine ve hemşirelik uygulamalarına göre farklı mıdır?

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul ili Avrupa bölgesinde SB' na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir üniversiteye bağlı tıp fakültesi hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere 3 hastanede Ekim 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SB' na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir üniversiteye bağlı tıp fakültesi hastanesi ve bir özel hastanede çalışan tüm hemşireler (N=1400), örneklem grubunu ise; rastgele yöntemle seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden oluşturulmuştur.

#### Araştırmanın Örneklem Hesabı

No	Kurum	Sayı (Si)	Örneklem Ağırlığı $S_i/S=ai$	Örnekleme girecek sayı	
1	Sağlık Bakanlığı Hastanesi	350	$350/1400=0,25$	$0,25 \times 410 = 102,5$	103
2	Üniversite Hastanesi	850	$850/1400=0,607$	$0,607 \times 410 = 248,9$	249
3	Özel Hastane	200	$200/1400=0,142$	$0,142 \times 410 = 58,5$	59
<b>Toplam (S)</b>		<b>1400</b>			<b>411</b>

$S_i/S=a_i$  formülünde,  $S_i$ : örneklemdaki birey sayısı,  $S$ : evrendeki birey sayısı,  $a_i$ : örneklemin ağırlığı olarak simgelenir.

Örnekleme alınan 411 hemşireden, 410'una ulaşılmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde 14 adet soru vardır. Bunlardan 8 tanesi demografik özellikleri sorgulamaktadır. Diğer 6 ifade hemşirelerin profesyonel uygulamalarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünü Karen Kelly Schutzenhofer tarafından ilk olarak 1980' de geliştirilen 1992'de yenilenen Hemşirelik Aktivite Ölçeği' i Türkçe dil geçerliliği yapılarak uygulanmıştır. Ölçek hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

Yapılan literatür taramasında Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin (HAÖ) bugüne kadar pek çok ülkede hemşireler tarafından kullanıldığı belirlenmiştir; ölçeğin hemşirelerin mesleki otonomisini belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçeği; 2009 yılında Jarge Manuel Da Silva Ribeiro “Autonomia Profissional Das Enfermeninos” adlı çalışmasında (Cronbach Alfa=0,88); Kae R. Livsey (2009) “Structural Empowerment and Professional Nursing Practice Behaviors of Baccalaureate Nursing Students in Clinical Learning Environments” adlı çalışmasında (Cronbach Alfa=0,75) kullanmışlardır. ( Ribeiro 2009; Livsey 2009).

Ölçeğin orijinali 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği geliştiren araştırmacı Karen Kelly'den e-mail'le çeviri ve kullanım izni alınmıştır (Ek 2). Ölçeği geliştiren araştırmacı, yapılan uygulamalar sonucunda ölçeğin revizyonunda son 5 maddesini; bu maddelerin ölçekte ters ifadeleri olduğu için ölçek toplam puanı hesaplanırken çıkarılmasını önermiştir. Ölçek puan hesaplama tablosunda son beş madde hesaplamaya dahil edilmemiştir. Çalışmamızda da ölçek puan hesaplamaları 30 maddenin puanları hesaplanarak saptanmıştır. Ölçek Measurement of Nursing Outcomes adlı kitapta yayınlanmıştır. Maddeler dörtlü likert tipi puanlama sistemiyle; “çok nadir bu şekilde davranırım”, “nadiren bu şekilde davranırım”, “genel olarak bu şekilde davranırım” ve “çoğunlukla bu şekilde davranırım” ifadeleriyle cevaplanmaktadır.

Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanlaması; ifadelere verilen ağırlıklarla hesaplanmaktadır.

<u>Ifade</u>	<u>Ağırlık</u>	<u>Ifade</u>	<u>Ağırlık</u>	<u>Ifade</u>	<u>Ağırlık</u>
1	3	11	3	21	2
2	3	12	3	22	1
3	3	13	2	23	2
4	3	14	1	24	2
5	3	15	1	25	1
6	3	16	2	26	1
7	2	17	1	27	2
8	1	18	3	28	3
9	1	19	2	29	1
10	2	20	2	30	1

60 - 120 = düşük seviyede otonom

121 - 180 = orta seviyede otonom

181 - 240 = yüksek seviyede otonom olarak belirlenmiştir.

### **Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması;**

Ölçeğin dil geçerliliği yapılırken aşağıdaki aşamalar gerçekleştirildi;

1. Ölçek orjinal halinden iki farklı dil bilimci tarafından Türkçe'ye çevrildi, daha sonra iki çeviri karşılaştırılıp ortak bir metin elde edildi.
2. Elde edilen Türkçe metin Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından cümle anlamları ve cümle yapısı bakımından incelendi.
3. Oluşturulan Türkçe metin, biri Türkiye'de uzun süre yaşamış Amerikalı bir hemşire, diğeri dil bilimci tarafından İngilizce'ye çevrildi, bu çevirideki ifadeler orjinali ile karşılaştırıldı.
4. Daha sonra Türkçe metin hemşirelik ve araştırma konusunda uzman 4 hemşireye uzman görüşüne sunuldu. Maddelerdeki ifadeler “uygun değil (1)”, “biraz uygun (2)”, “oldukça uygun (3)” ve “son derece uygun (4)” olarak puanlandı. Bu puanlamalar istatistiksel olarak hesaplandı. Dört değerlendiricinin her bir ölçek sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasındaki uyumluluk korelasyonu Kendall's W analizi ile incelendi.

Elde edilen bulguya göre, değerlendirmeler arasında istatistiki açıdan anlamlı düzeyde bir benzerlik olduğu saptandı.

$$(\chi^2 = 10.60, p < 0.05)$$

5. Uzman görüşünden sonra değişiklik yapılması gereken maddeler tez danışmanı tarafından incelendi ve gerekli düzeltmeler yapıldı. İfadelerin anlaşılabilirliği için ölçeğin ön uygulaması örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip 25 hemşire ile yapıldı ancak, bu hemşirelerden elde edilen sonuçlar araştırmaya dahil edilmedi.

6. Ölçeğin içsel tutarlılık ve güvenilirliği için madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alfa katsayısı analiz edildi. Hemşirelik Aktivite Ölçeği maddeleri için içsel tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.90 olarak tespit edildi. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 0.20 ile 0.55 arasında saptandı. İçsel tutarlılık güvenilirlik analizi Hemşire Aktivite Ölçeği maddeleri Cronbach Alfa katsayısının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Madde-toplam puan analizlerinde de ölçeğin tüm maddeleri sınır değer olarak alınmış olan 0,20 değerinin üstündedir. 0,20 değerinin üstündeki değerlerin literatür bilgisine dayanılarak güvenilirlik açısından uygun olduğu görüldü. Ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadı (Özgüven 1994).

### 3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı alındıktan ve araştırma kapsamına alınan kurum yönetimlerinden yazılı izin alındıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözlü onam alınarak uygulamaya başlanmıştır (Ek 3, 4, 5, 6).

### 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, örnekleme kapsamında elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup, örnekleme ile sınırlıdır.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 istatistik analiz programı ile yapılmıştır. Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin değerlendirilmesi dört ayrı değerlendirici görüşü çerçevesinde yapılmış ve dört değerlendiricinin her bir ölçek sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasındaki uyumluluk korelasyonu Kendall's W analizi ile incelenmiştir. Daha sonra, Hemşirelik

Aktivite Ölçeği' nin psikometrik analizleri yapılmıştır. Psikometrik analizler, madde analizlerini ve güvenilirlik analizlerini içermektedir. Hemşirelik Aktivite Ölçeği her bir maddesinin ölçek toplam puanı ile korelasyonlarını tespit eden madde-toplam puan korelasyon analizi ile madde analizleri gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik Aktivite Ölçeği güvenilirlik analizlerinde, ölçeğin içsel tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı tespit edilmiştir. Bu analizler aracılığıyla ölçek maddelerinin boyutları ile yeterli düzeyde korelatif ilişki gösterip göstermediği ortaya konmuştur.

Hemşirelik Aktivite Ölçeği araştırma analizlerinde, ölçeğin her bir sorusunun puanı ve ölçek toplam puanı sosyo-demografik değişkenler çerçevesinde incelenmiştir. Her bir sosyo-demografik değişken alt grubu arasındaki farklar, tüm ölçek sorularını bir arada karşılaştırırken MANOVA analizi, ve eğer tüm ölçek sorularında alt gruplar arasında bir fark elde edilmişse, tek tek her bir soruyu ayrı ayrı karşılaştırırken ANOVA analizi ile tespit edilmiştir. Ölçek toplam puanı için gruplar arası karşılaştırmalar ANOVA analizi ile yapılmıştır. ANOVA analizi yapılan tüm yerlerde bir fark tespit edildiğinde bu farkın hangi sosyo-demografik alt gruplar arasında bulunduğu Tukey HSD testi ile incelenmiştir.

Analiz sonuçları değerlendirilirken istatistiksel anlamlılık sınırı olarak  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, elde edilen verilerin tablo içindeki sayısal değerleri üzerinden verilmiştir.

1. Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili bulguları
2. Hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguları
3. Hemşirelerin profesyonel uygulamalarıyla ilgili görüşlerine yönelik bulgular
4. Hemşirelerin Hemşirelik Aktivite Ölçeği' ne göre otonomi düzeyleri ile ilgili bulguları

### 4.1. Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği İle İlgili Bulguları

Hemşirelik Aktivite Ölçeği' nin Türkçe dil geçerliliğine ilişkin değerlendirmesi dört uzman hemşire tarafından yapılmıştır. Sonuçlar arasındaki uyumluluk korelasyonu Kendall's W analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulguya göre, dört değerlendirmecinin değerlendirmeleri arasında istatistiki açıdan anlamlı düzeyde bir benzerlik olduğu bulunmuştur.

$$(\chi^2 = 10.60, p < 0.05)$$

Hemşirelik Aktivite Ölçeği madde toplam puan korelasyonu ve güvenilirlik analizleri Tablo 4.1' de gösterilmiştir.

**Tablo 4-1: Hemşirelik Aktivite Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Güvenirlik Analizleri (N=410)**

İfade	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa
1. Kendim için profesyonel bir kariyer planı geliştirir ve bu plandaki adımların başarısı için düzenli olarak değerlendirme yaparım.	0,379	0,893
2. Uygun eğitim ve tecrübe ile bağımsız hemşirelik çalışmasına başlamayı düşünürüm.	0,406	0,892
3. Hasta için eğitim planından sonuç alınmıyorsa, hemşirelik takibi açısından bir şans olmadığı için hastayı taburcu etmek için verilen herhangi bir tıbbi emre karşı çıkarım.	0,485	0,891
4. Tekrar eden bir klinik hemşirelik problemini soruşturmak üzere hemşirelik araştırması başlatırım.	0,532	0,890
5. Hekimin ilacın verilmesi yönündeki ısrarına rağmen kontrendike (ters etki gösteren/uyarıcı) bir ilacı uygulamayı reddederim.	0,334	0,894
6. Hasta tedavi planına cevap vermiyorsa, hastanın hekimine danışırım.	0,361	0,893

7. Bir hemşire olarak ne yapacağım yönündeki son kararım için doktorlara değil, hemşirelik mesleğime bağlı kalırım.	0,439	0,892
8. Bir doktorun emrini beklemeden hastaneye yatırılan bir hastanın evde bakım ihtiyacını değerlendirerek, böyle bir sevk için gereğini belirlerim.	0,412	0,892
9. İş tanımındaki pozisyonu daha da geliştirecek değişiklikleri müdürüme teklif ederim.	0,417	0,892
10. Hekim tarafından daha önce kullanılmış ya da kullanılmamış olan bir ilacı uygulamadan önce yeni bir ilaç tedavisi ya da ilaç tedavisindeki değişim hakkında hastanın sorularını cevaplarım.	0,511	0,890
11. Hasta ünitesindeki hemşire kontrollerini(vizitelerini) başlatırım.	0,496	0,891
12. Hemşire arkadaşlarımın, tıbbi talimatları gerçekleştirmemle ilgili baskısına rağmen ters etki gösterecek bir ilacı hastaya uygulamayı reddederim.	0,419	0,892
13. Bir hasta bakım planına cevap vermediği zaman diğer hemşirelere danışırım.	0,537	0,890
14. Mevcut hemşirelik literatüründe tanımlanan hasta bakımındaki yenilikleri rutin olarak yerine getiririm.	0,514	0,890
15. Hastayı değerlendirmem esnasında eğer hastanın psikiyatrik bir tedaviye ihtiyacı olduğu gözüküyorsa hasta hekiminden böyle bir psikiyatrik danışma talebinde bulunurum.	0,523	0,890
16. Yakın zamanda taburcu olmuş hastalara, hasta eğitiminin etkisini değerlendirmek için durumlarını takip edecek telefon aramaları yapmak gibi yenilikçi hemşirelik faaliyetlerini teşvik ederim.	0,250	0,896
17. Hastanın, uygulamanın riskleri hakkında soruları varsa, hastanın hekimine danışmadan önce teşhis yordamı ve riskleri ile ilgili hastanın anlama düzeyini değerlendiririm.	<b>0,545</b>	0,889
18. Bir mesleki hata davası karşısında hastane ya da hekim tarafından korunmayı beklemeden kendi mesleki davranışımın tam sorumluluğunu üstlenirim.	0,448	0,891
19. Hasta bakımını etkileyen politikalar konusunda hemşirelerin tavsiyelerine dair işveren kurumumda etkili iletişim kanalları geliştiririm.	0,534	0,890
20. Klinik çalışma alanıma uygun değerlendirme araçlarını inceler ve değerlendiririm.	0,514	0,890
21. Hemşirelik bakım planı ve uygulamasında kullanmak üzere hastanın fiziksel değerlendirmesindeki verileri şemaya kaydederim.	0,472	0,891
22. Hekim tarafından hasta taburcu planı bulunmasa dahi, hastanın hemşirelik bakımına ilişkin taburcu edilmesine ön ayak olurum.	0,409	0,892
23. Bana rahatsızlık veren bir hekimi uygun müdür veya yöneticiye bildiririm.	0,426	0,892
24. Yeni bir hemşirelik ünitesinin oluşturulması ya da hemşireler tarafından kullanılacak yeni ekiplamların alımlarına ilişkin konularda yöneticilerime teklifte bulunurum.	0,507	0,890
25. Her hasta için psiko-sosyal bir değerlendirme yaparak, bu bilgiyi hemşirelik bakım yönteminde kullanırım.	0,552	0,890
26. Klinik uygulamamda kullanmak üzere diğer öğretilerdeki değerlendirme araçlarını kendime uyarlarım.	0,477	0,891
27. "Yemek kitabı" olarak tanımlanan hastane prosedür el kitabından sapmak anlamına dahi gelse, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için mesleki muhakememi kullanarak hasta bakım prosedürlerini gerçekleştiririm.	0,533	0,890
28. Eğitim ve tecrübe açısından eksik olduğum bir ihtisas alanında geçici olarak görev almayı ve görevin gereklerini yerine getirmeyi reddederim.	<b>0,201</b>	0,897
29. Hekimin talimatı bulunmadığı durumlarda, hastanın beslenme ve sosyal hizmetler ricasını gerçekleştiririm.	0,464	0,891
30. Durumu bozulan hastanın hayati işaretlerinin sıklığını yükseltecek hemşirelik raporlarımı, böyle bir görüntülemenin sıklığını arttıracak tıbbi bir emir bulunmasa bile, kaydederim.	0,456	0,891
Cronbach Alfa	0,90	

Tablo 4-1’de araştırma örnekleminde (N=410) Hemşirelik Aktivite Ölçeği tüm maddeleri için içsel tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.90 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 0.20 ile 0.55 arasında yer almaktadır. İçsel tutarlılık güvenilirlik analizi Hemşirelik Aktivite Ölçeği maddeleri Cronbach Alfa

katsayısının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Madde-toplam puan analizlerinde de ölçeğin tüm maddeleri sınır değer olarak alınmış olan 0,20 değerinin üstündedir.

#### 4.2. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin kurum, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, bakmakla yükümlü olduğu günlük ortalama hasta sayısı ve konumuna ilişkin bulgular Tablo 4.2' de yer almaktadır.

**Tablo 4-2: Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=410)**

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kurum</b>	Sağlık Bakanlığı Hastanesi	142	34,6
	<b>Üniversite Hastanesi</b>	<b>213</b>	<b>52,0</b>
	Özel Hastane	55	13,4
<b>Yaş</b>	<b>20-29</b>	<b>243</b>	<b>59,3</b>
	30-39	106	25,9
	40-49	61	14,9
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	61	14,9
	<b>Kadın</b>	<b>349</b>	<b>85,1</b>
<b>Eğitim Durumu</b>	Sağlık Meslek Lisesi	96	23,4
	<b>Hemşirelik Yüksek Okulu</b>	<b>288</b>	<b>70,2</b>
	Sağlık Memurluğu	14	3,4
	Ön Lisans	12	2,9
<b>Çalışma Süresi</b>	<b>1-5</b>	<b>198</b>	<b>48,3</b>
	6-10	92	22,4
	11-16	48	11,7
	17 ve üstü	72	17,6
<b>Günlük Hasta Sayısı</b>	1-5	57	13,9
	6-10	54	13,2
	<b>11-19</b>	<b>162</b>	<b>39,5</b>
	20 ve üstü	137	33,4
<b>Konum</b>	Hemşire Yönetici	42	10,2
	<b>Servis Hemşiresi</b>	<b>275</b>	<b>67,1</b>
	Poliklinik Hemşiresi	23	5,6
	Ameliyathane/Yoğun Bakım	70	17,1
	Hemşiresi		

Tablo 4-2' ye göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 52,0' sinin (n=213) üniversite hastanesinde çalıştığı, % 59,3' ünün (n=243) 20-29 yaş aralığında olduğu, % 85,1' inin (n=349) bayan olduğu, % 70,2' sinin (n=288) Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu olduğu, % 48,3' ünün (n=198) 1-5 yıl aralığında çalıştığı, % 39,5' inin 11-19 arasında günlük ortalama hastaya bakmakla yükümlü olduğu, % 67,1' inin (n=275) servis hemşiresi olarak çalıştığı saptanmıştır.

### 4.3. Hemşirelerin Profesyonel Uygulamalarıyla İlgili Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin profesyonel uygulamalarıyla ilgili görüşlerine yönelik bulgular yer almaktadır. (Tablo 4-3.1; Tablo 4-3.2; Tablo 4-3.3; Tablo 4-3.4; Tablo 4-3.5; Tablo 4-3.6)

Tablo 4-3.1' de araştırmaya katılan hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrutusunda yerine getirebilme durumlarına ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

**Tablo 4-3.1: Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Mesleki Amaçlar Doğrutusunda Yerine Getirebilme Durumuyla İlgili Bulguların Dağılımı (N=410)**

İFADE	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ortalama Ölçek Puanı	Standart Sapma (ss)
Evet	176	42,9	170,74	28,472
Hayir	75	18,3	175,65	26,252
Kısmen	159	38,8	174,76	21,758
Toplam	410	100,0	173,20	25,676

Tablo 4-3.1' de araştırmaya katılan hemşirelerin % 42,9'u (n=176) "sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrutusunda yerine getirme" sorusuna "evet"; % 38,8' i (n=159) "kısmen" ve % 18,3' ü (n=75) "hayır" yanıtını vermiştir. Verilen yanıtlara göre HAÖ ortalama ölçek puanı "evet" diyenlerin 170,74; "kısmen" diyenlerin 174,76; "hayır" diyenlerin 175,65 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4-3.2’ de araştırmaya katılan hemşirelerin sağlık bakımın sistemi içinde rollerini gerçekleştirememe nedenleri gösterilmiştir.

**Tablo 4-3.2: Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenleri (N=410)**

İFADELER	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ortalama Ölçek Puanı	Ss
1.Yoğun alışma temposu, iş yükü fazlalığı, fazla alışma	101	26,3	174,99	21.86
2.Görev yetki ve sorumlulukların belli olmaması	63	15,3	178,49	23.34
3.Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı iş yapma zorunluluğu	62	15,1	172,69	22.10
4.Yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi	53	13	<b>183,72</b>	21.80
5.Hekime bağımlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin st konumda olması	44	10,8	178,34	27.31
6. Yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilme	28	6,9	<b>182,25</b>	20.58
7.Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı	21	5	162,62	17.86
8.Eğitim farklılıkları, eğitim eksikliği	15	3,6	174,80	26.81
9.Toplumun ve beraber çalışılan disiplinlerin mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı	15	3,6	169,00	16.98
10.Hemşirelerin rgtlenememesi, aralarındaki iletişim eksikliği	7	2,7	176,29	17.65

\* Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4-3.2’ de sağlık bakım sistemi içinde rollerini gerçekleştirememe nedeni olarak araştırmaya katılan hemşirelerin % 26,3 (n=108) “yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, fazla çalışma”; % 15,3 (n=63) “görev yetki ve sorumlulukların belli

olmaması”; % 15,1 (n=62) “görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı iş yapma zorunluluğu”; % 13 (n=53) “yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi”, % 10,8 (n=44) hekime bağımlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması” olarak saptanmıştır. HAÖ ortalama ölçek puanları; “yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi” diyenlerin 183,72; “yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilme” diyenlerin 182,25; “ görev yetki ve sorumlulukların belli olmaması” diyenlerin 178,49; “Hekime bağımlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması” diyenlerin 178,34; “hemşirelerin örgütlenememesi, aralarındaki iletişim eksikliği” diyenlerin 176,29; “Yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, fazla çalışma” diyenlerin 174,99; “Eğitim farklılıkları, eğitim eksikliği” diyenlerin 174,80; “.Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı iş yapma zorunluluğu” diyenlerin 172,69 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4-3.3’ te hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen değişkenlere ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 4-3.3: Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=410)**

İFADELER	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ortalama Ölçek Puanı	Ss
1.Hekimlerin hasta üstünde birincil karar veren mekanizma olması	112	28,3	175,62	23,99
2.Yasalar,yönetmelikler, kurum yönetimi	96	27.1	177,15	22,94
3.Yoğun çalışma ve görevi olmayan işleri yapma	45	13,4	<b>179,82</b>	26,41
4.Eğitim ve deneyim	34	11,4	176,32	28,22
5.Görev yetki sorumlulukların belli olmaması	41	11	172,49	17,84
6.Hemşireler arasında birlik olmaması	32	8,5	172,34	22,98
7.Hastaların ve yakınlarının hemşirelere güvenmemesi	23	5,9	171,74	23,41
8. Hastanın ihtiyacı	21	5,7	173,62	28,05
9.Bakım yapmak için olanakların olmaması, malzeme eksikliği	9	2,4	174,89	24,27
10.Kendine güvenin olmaması, eğitim eksikliği ve tecrübesizlik	8	1.9	177,38	27,98

\* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4-3.3’ te hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen değişken olarak; % 28,3 (n=112) “hekimlerin hasta üzerinde birincil karar veren mekanizma olması”; % 27,1 (n=111) “yasalar, yönetmelikler, kurum yönetimi”; % 13,4 (n=55) “yoğun çalışma ve görevi olmayan işleri yapma”; % 11,4 (n=47) “eğitim ve deneyim”; % 11 (n=45) “görev yetki ve sorumlulukların belli olmaması” olarak saptanmıştır. HAÖ ortalama ölçek puanları “yoğun çalışma ve görevi olmayan işleri yapma” diyenlerin 179,82; “kendine güvenin olmaması, eğitim eksikliği ve tecrübesizlik” diyenlerin 177,38; “ yasalar, yönetmelikler, kurum yönetimi” diyenlerin 177,15; “eğitim ve deneyim” diyenlerin 176,32; “hekimlerin hasta üstünde birincil karar veren mekanizma olması” olarak belirtenlerin 175,62; “bakım yapmak için olanakların olmaması, malzeme eksikliği” diyenlerin 174,89 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4-3.4’ te araştırmaya katılan hemşirelerin günlük çalışma saatlerinde en fazla hangi işleri gerçekleştirdiklerine ilişkin görüşlerinin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 4-3.4: Hemşirelerin Çalışma Saati İçinde En Fazla Yaptıkları İşlerin Dağılımı (N=410)**

<b>İFADELER</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Ortalama Ölçek Puanı</b>	<b>Ss</b>
Tanı ve Tedavi	<b>230</b>	<b>56,1</b>	172.59	23.16
Hemşirelik Bakımı	196	47,8	173.37	24.33
İdarive Teknik Hizmetler	104	25,4	<b>178.73</b>	23.92
Diğer	94	22,9	170.91	29.21

\*Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.

Tablo 4-3.4’ te, araştırmaya katılan hemşirelerden % 56,1’ inin (n=230) çalışma saatlerinde en fazla yaptıkları iş “tanı ve tedavi”; % 47,8’ inin (n=196) “hemşirelik bakımı”; % 25,4’ ünün (n=104) “idari ve teknik hizmetler” olarak belirlenmiştir. % 22,9’ u (n=94) “diğer” seçeneğine açıklama yazmıştır. HAÖ ortalama ölçek puanları ise “idari ve teknik hizmetler” diyenlerin 178,73; “hemşirelik bakımı” diyenlerin 173,37; “tanı ve tedavi” diyenlerin 172,59; “diğer” seçeneğine açıklama yazanların 170,91 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4-3.5' te hemşirelerin çalışma saatlerinde en fazla yaptıkları işlerin diğer kısmına yazdıkları ifadelerin dağılımı yer almaktadır

**Tablo 4-3.5: Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Diğer En Fazla Yaptıkları İşlerin Dağılımı (N=94)**

<b>İfade</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>1. Kayıt, dosya, evrak işleri</b>	<b>58</b>	<b>14,1</b>
2. Ameliyathane için bohça hazırlama	11	2,7
3. Sekreterlik işleri yapma	5	1,2
4. Kan alma	2	0,5
5. Organ bulma, organ bekleyen alıcı ve vericilerin hazırlığı takibi, post-op takip sağlık bakanlığıyla iletişim kurma	1	0,2
6. Hemşirelik bakımını denetlemek	1	0,2
7. Eğitim	2	0,5
8. Asistanlık, asistan olmadığı için asistanın işlerini yapmak	8	2,0
9. Pansuman	5	1,2
10. Hastayı tetkiklere göndermek	1	0,2
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>22,9</b>

Tablo 4-3.5' te, araştırmaya katılan hemşirelerden % 22,9' u (n=94) çalışma saatlerinde tanı ve tedavi, hemşirelik bakımı, idari ve teknik hizmetler dışında çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işin diğer kısmına açıklama yazmıştır. Bunlardan % 14,1' inin (n=58) kayıt, dosya ve evrak işleri olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-3.6’ da hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini belirlerken dikkate aldıkları unsurların dağılımı ve HAÖ ortalama ölçek puanı yer almaktadır

**Tablo 4-3.6: Hemşirelerin Hastanın Bakım Gereksinimlerini Belirlerken Dikkate Aldıkları Unsurların Dağılımı (N=410)**

İFADE	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ortalama Ölçek Puanı	Ss
1.Hekimin yazılı isteminin olmasını	270	65,9	172,33	24.92
2.Hekimin sözlü onamının olmasını	93	22,7	170,17	25.03
3.Hekimin bilgisinin olmasını	174	42,4	171,86	24.39
4.Kendi hemşirelik gözlemlerimi	<b>335</b>	<b>81,7</b>	174,39	23.82
5.Hemşirelik bakım planında yazılı olmasını	212	51,7	<b>175,81</b>	23.14

\* Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.

Tablo 4-3.6’ da araştırmaya katılan hemşirelerin % 81,7’ sinin (n=335) hastanın bakım gereksinimlerini belirlerken “kendi hemşirelik gözlemlerini”; % 65,9’ unun (n=270) “hekimin yazılı isteminin olmasını”; % 51,7’ sinin (n=212) “hemşirelik bakım planında yazılı olmasını”; % 42,4’ ünün (n=174) “hekimin bilgisinin olmasını”; % 22,7’ sinin (n=93) “hekimin sözlü onamının olmasını” dikkate aldığı belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanına göre; “hemşirelik bakım planında yazılı olması” diyenlerin 175,81; “kendi hemşirelik gözlemlerimi” diyenlerin 174,39; “hekimin yazılı isteminin olmasını” diyenlerin 172,33; “hekimin bilgisinin olmasını” diyenlerin 171,86; “hekimin sözlü onamının olmasını” diyenlerin 170,17 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4-3.7' de, hemşirelik kararıyla uygulanan hasta bakım işlevlerinin dağılımı ve HAÖ ortalama ölçek puanı gösterilmiştir.

**Tablo 4-3.7: Hemşirelik Kararıyla Uygulanan Hasta Bakım İşlevlerinin Dağılımı ve Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=410)**

İFADELER	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ortalama ölçek puanı	Ss
<b>1. Hijyenik bakım (yatak bakımı, vücut bakımı...)</b>	<b>192</b>	<b>46,8</b>	177,21	24,92
2. Eğitim (taburculuk, evde bakım, emzirme, diyabet, hijyen....)	137	33,4	178,01	20,22
3.Yatak yarası bakımı, dekübüt bakımı, dekübüt pansumanı, pansuman	96	23,4	175,29	24,01
4. Ağız bakımı	87	21,2	176,91	23,60
5.Vital bulgu takibi, vital bulgu sıklığı	86	21	175,34	23,52
6. Katater bakımı; iv katater, foley sonda, arter line bakımı	81	19,7	<b>182,85</b>	23,78
7. Mobilizasyon, pozisyon verme	73	17,8	171,40	25,53
8. Enfeksiyon kontrolü, izolasyon, enfeksiyonu önleme	57	13,9	172,20	18,72
9. Psikolojik destek, bireysel görüşme, hastaneye-servise oryantasyon	45	11	177,20	25,20
10. Beslenme, NG' li hasta besleme, diyet	37	9	172,41	28,79
11.Solunum fizyoterapisi, solunum güçlüğü olan hasta bakımı, oksijen uygulama	33	8,1	175,79	22,70
12. Soğuk uygulama, yüksek-düşük ateşli hasta bakımı	29	7,1	176,00	19,43
13. Pre-op, post-op bakım	27	6,6	<b>183,07</b>	25,96
14. İlaçların gidiş hızları, ilaç kullanımı, tedavi saatleri, ilaç uygulamaları, serum takma	22	5,4	156,94	30,89
15. Kanama kontrolü, kanama takibi	21	5,2	171,90	19,72
16. Diğer (tedavi reaksiyonları takibi, bulantı kusma bakımı, konsültasyon takibi, kayıt, malzeme kontrolü, ekg çekme)	20	4,7	<b>194,47</b>	22,90
17. Hasta güvenliği	16	3,9	171,69	27,44
18. Hiperglisemi, hipoglisemi yaklaşımı, kan şekeri takibi	12	2,9	<b>196,56</b>	19,87
19. Hasta mahremiyeti	11	2,5	179,91	10,20
20. Ağrılı hasta takibi, ağrı takibi, ağrı değerlendirilmesi	9	2,1	179,75	21,99
21. Aspirasyon	9	2,1	<b>189,86</b>	43,48
22. Diyare, konstipasyon olan hasta bakımı	9	2,1	173,57	19,08
23. Hasta transferi	8	1,8	176,00	8,21
24. ÇKS, NST, apgar hesaplama, ölçme	5	1,2	172,33	10,21

Tablo 4-3.7’ de,araştırmaya katılan hemşireler, hemşirelik kararıyla uygulanan hasta bakım işlevlerini % 46,8 (n=192) “hijyenik bakım”; % 33,4 (n=137) “eğitim”; % 23,4 (n=96) “yatak yarası bakımı, dekübüt bakımı, dekübüt pansumanı, pansuman”; % 21,2 “ağız bakımı”; % 21 “ANTA takibi, vital bulgu sıklığı”; % 19,7 (n=81) “katater bakımı; ıv katater, foley sonda, arter line bakımı”; % 17,8 mobilizasyon, pozisyon verme”; % 13,9 “enfeksiyon kontrolü, izolasyon, enfeksiyonu önleme”; % 11 “psikolojik destek, bireysel görüşme, hastaneye-servise oryantasyon” olarak belirtmişlerdir. HAÖ ortalama ölçek puanına göre; “hiperglisemi, hipoglisemi yaklaşımı, kan şekeri takibi” diyenlerin 196,56; “diğer (tedavi reaksiyonları takibi, bulantı kusma bakımı, konsültasyon takibi, kayıt, malzeme kontrolü, ekg çekme)” diyenlerin 194,47; “aspirasyon” diyenlerin 189,86; “pre-op, post-op bakım” diyenlerin 183,07; “katater bakımı,ıv katater, folay sonda, arter line bakımı” diyenlerin 182,85; “hasta mahremiyeti” diyenlerin 179,91; “ağrılı hasta takibi, ağrı takibi, ağrı değerlendirilmesi” diyenlerin 179,75; “eğitim (taburculuk, evde bakım, emzirme, diyabet, hijyen) diyenlerin 178,01 olarak hesaplanmıştır.

#### 4.4. Hemşirelerin HAÖ' ne Göre Otonomi Düzeyleri İle İlgili Bulguları

Tablo 4.4' te araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerine göre HAÖ ortalama puanları ve aralarındaki anlamlılık gösterilmiştir.

**Tablo 4-4: Hemşirelerin Demografik Özellikleri İle HAÖ Ortalama Ölçek Puanının Karşılaştırılması (N=410)**

		Frekan s (n)	Ortalama Puan	Ss	F	p	Anlamlılık Durumu
<b>KURUM</b>	<b>SB Hastanesi (a)</b>	<b>142</b>	<b>177,28</b>	<b>21,624</b>	7,064	<b>0,001</b>	
	Üniversite Hastanesi (b)	213	173,32	26,479			a>b>c
	Özel Hastane (c)	55	162,18	29,195			
<b>YAŞ</b>	20-29	243	171,83	24,129	0,849	0,42	
	30-39	106	175,17	28,276			
	<b>40-49</b>	<b>61</b>	<b>175,23</b>	<b>26,984</b>			
<b>CİNSİYET</b>	Erkek	61	171,00	25,753	0,524	0,46	
	<b>Kadın</b>	<b>349</b>	<b>173,58</b>	<b>25,681</b>			
<b>OKUL</b>	SML (a)	96	167,86	23,76	5,467	<b>0,02</b>	b>a
	<b>Üniversite (b)</b>	<b>314</b>	<b>174,83</b>	<b>26,05</b>			
<b>ÇALIŞMA YILI</b>	1-5	198	170,74	24,631	1,318	0,26	
	6-10	92	175,27	26,185			
	11-16	48	173,77	27,633			
	<b>17 ve üstü</b>	<b>72</b>	<b>176,92</b>	<b>26,336</b>			
<b>HASTA SAYISI</b>	1-5	57	169,91	27,309	0,643	0,58	
	6-10	54	171,39	33,387			
	<b>11-19</b>	<b>162</b>	<b>174,93</b>	<b>23,641</b>			
	20 ve üstü	137	173,23	23,878			
<b>KONUM</b>	<b>Yönetici Hemşire (a)</b>	<b>42</b>	<b>190,14</b>	<b>23,806</b>	9,105	<b>0,0001</b>	
	Servis Hemşiresi (b)	275	171,35	23,352			
	Poliklinik Hemşiresi (c)	23	<b>181,78</b>	21,646			a>c>b>d
	Ameliyathane/ Yogun Bakım Hemşiresi (d)	70	167,46	31,781			

\*p>0,05; p<0,05; p<0,01; p<0,001

Buna gore; Tablo 4-4te' te, Sağlık Bakanlığı Hastanesi'nin ortalama ölçek puanı 177,28 (n=142); 40-49 yaş aralığındaki hemşirelerin ortalama ölçek puanı 175,23 (n=61); kadınların ortalama ölçek puanı 173,58 (n=349); üniversite mezunlarının ortalama ölçek puanı 174,83 (n=314); 17 yıl ve üstü deneyimi olanların ortalama ölçek puanı 176,92 (n=72), 11-19 hastaya bakmakla yükümlü olanların ortalama ölçek puanı 174,93 (n=162), hemşire yöneticilerin ortalama ölçek puanı 190,42 (n=42) olarak hesaplanmıştır.

Eğitim durumu değişkeninde SML' si mezunu 96; HYO mezunu 288; Sağlık Memurluğu' ndan mezun 14 ve nlisans'tan mezun 12 katılımcı olduğundan, istatistiksel hesaplamaların anlaşılır olması için HYO, Sağlık Memurluğu ve nlisans birleştirerek üniversite değişkeni elde edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini belirlemek için Hemşirelik Aktivite Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek orijinal dilinden (İngilizce), Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin madde toplam korelasyon puanı ve güvenirlilik analizi örneklem üzerinde hesaplanmıştır. Buna göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği maddeleri için içsel tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0,90 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin madde toplam korelasyonları 0,20 ve 0,55 arasında yer almaktadır (**Tablo 4-1**). Ölçeğin kullanıldığı literatürdeki çalışmalarda Cronbach Alfa katsayısı; 0,80 ile 0,95 arasındadır (Ek:2). İçsel tutarlılık güvenirlik analizi Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) maddeleri Cronbach Alfa katsayısının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Madde toplam puan analizlerinde de ölçeğin tüm maddeleri; sınır değer olarak alınmış olan 0,20 değerinin üstündedir (Özgüven 1994). Ölçeğin maddelerinin Türkçe ve Türk hemşirelerine uyumluluğu için dört uzman hemşire tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçları arasındaki uyumluluk korelasyonu Kendall's W analizi ile incelenmiştir. Değerlendirmeleri arasında istatistiki açıdan anlamlı düzeyde benzerlik saptanmıştır ( $\chi^2 = 10.60, p < 0.05$ ).

Literatür taramasında ülkemizde çalışmamızın yöntemi ile paralellik gösteren çalışma bulunamamıştır. Ancak; Seren tarafından 1998 yılında İzmir' de Üniversite Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Hastanesi'nde çalışan 467 hemşire üzerinde yapılmış ve bu çalışmaya benzer Kangallı tarafından 2005 yılında Sivas ili hastanelerinde çalışan 582 hemşirenin bireysel otonomi düzeyleri ve otonomiye etkileyen bazı mesleki ve kurumsal faktörler incelenmiştir.

### **Hemşirelerin Demografik Özellikler Dağılımı (Tablo 4-2)**

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun üniversite hastanesinde çalışan; 20-29 yaş aralığında; kadın; hemşirelik yüksekokulu mezunu; 1-5 yıl arasında çalışan; 11-19 arasında günlük ortalama hasta bakmakla yükümlü; servis hemşiresi olduğu saptanmıştır. Araştırma örneğine alınan Sağlık Bakanlığı hastanesi ve özel hastane son 5 yıl içinde açılan yeni hastaneler olması araştırma sonuçlarının çoğunluğunu; 20-29 yaş aralığındaki hemşirelerin oluşmasını sağladığı düşünülebilir. Diğer yandan; son yıllardaki sağlık insan gücü politikaları uygulamalarının hemşire istihdamını sözleşmeli ve hizmet satın alma (taşeron) yoluyla yapılmasına başlanması,

kurumlardaki iş gücü devir hızını arttırdığından, hemşirelerin çoğunluğunun 20-29 yaş aralığında olmasının başka bir sebebi olarak düşünülmektedir. Araştırmada, cinsiyet değişkeninde kadın hemşire oranı daha fazla olarak bulunmuştur. Bu durum 2007 yılında yapılan değişikliklere kadar, Hemşirelik Kanunu'nda mesleğin sadece kadınlar tarafından uygulanmasını öngören hükümlere bağlanabilir. 2007 yılında değiştirilen Hemşirelik Yasası ile mesleki eğitim kriterlerini karşılayan her Türk vatandaşına hemşire olma hakkı tanınmıştır. Yapılan değişiklikle aynı zamanda, hemşireliğe eşdeğer eğitim alan sağlık memurlarının da kurumlarda hemşire ünvanı ile görevlendirilmesi sağlanmıştır. Gelecek yıllarda bu gelişmeler doğrultusunda kurumlarda çalışan erkek hemşirelerin sayısının artması ümit edilmektedir.

### **Hemşirelerin Profesyonel Uygulamalarıyla İlgili Görüşlerine Yönelik Bulgular (Tablo 4-3.1, Tablo 4-3.2, Tablo 4-3.3, Tablo 4-3.4, Tablo 4-3.5, Tablo 4-3.6)**

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirme ifadesine çoğunluğun (% 42,9 n=176) “evet” yanıtını verdiği bulunmuştur. (Tablo 4-3.1). Karamanoğlu ve ark. yaptığı çalışma sonuçlarında; hemşireler mesleklerini tam olarak yapabildiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamız bu çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hemşirelerden sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirme sorusuna “hayır” ya da “kısmen” ifadesini işaretleyenlerden açık uçlu olarak, önem sırasına göre, 5 tane neden yazması istenmiştir. Bu sorunun istatistiksel hesaplamaları örneklem üzerinde cevap vermeyenler de dikkate alınarak hesaplanmıştır. Tüm hemşireler 5 tane sebep yazmadığından, 5. sıraya yazılan ifade istatistiksel hesaplamalarda yüzdeler dilimi yükselttiği için cevap vermeyenler de hesaplama dahil edilmiştir. Yazılan ifadeler 10 başlık altında gruplandırılmıştır. **Tablo 4-3.2'** de gösterildiği gibi çoğunluk; % 26,3 (n=101) “**yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, fazla çalışma**” ifadesini yazmıştır ve HAÖ ortalama ölçek puanları 174,99 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır.

Türk Hemşireler Derneği (THD)' nin 2000 yılında hemşire, ebe ve sağlık memurlarının meslekten memnuniyetine ilişkin yaptığı araştırmada “yoğun çalışma temposu” ve “fazla çalışma” meslekten memnun olmama sebepleri olarak belirlenmiştir. Meslekten memnun olmama sebebinin, mesleki rollerini tam olarak yerine getirememek olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında

hazırlanan bir kitapta 10.000 nüfus başına 12 hemşire düştüğü hesaplanmıştır (Mollahaliloğlu ve ark. 2007). Sonuç olarak hemşire başına düşen hasta sayısı fazlalığının ve yoğun çalışmanın hemşirelerin mesleki rollerini gerçekleştirmelerinde engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan hemşire iş gücü planlama çalışmalarında da hemşire açığının devam ettiği görülmektedir (Kocaman, Seviğ ve Kubilay 2008).

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememesi sebeplerinden ikincisi; % 15,3 (n=63) **“görev, yetki ve sorumlulukların belli olmaması”** dır ve HAÖ ortalama ölçek puanları 178,49 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 15,1 (n=62) **“görev dışı iş yapma zorunluluğu”** olarak belirtilmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 172,69 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Literatüre bakıldığında; 2009’ da Karamanoğlu ve ark. nin yaptığı çalışmada; hemşireler mesleğini yapamama nedeni olarak, “kendi işimizi yapmıyoruz” ve “kırtasiye işleri” ifadeleri belirtilmiştir. 2005 yılında Karadağ ve Taşcı’ nin çalışmasında; hemşirelik mesleğini yapmaktan memnun olmama sebebi olarak “görevi olmayan işler yapma” belirlenmiştir. Aynı çalışmada “görev alanına girmeyen işleri yapmak zorunda olma” hemşirelerin hasta bakımını etkilediğini düşündüğü faktörler arasındadır. THD’ nin meslekten memnuniyete ilişkin yaptığı çalışmada “görev, yetki ve sorumlulukların belli olmaması” ve “görev dışı işlerde çalıştırılma” memnuniyetsizlik sebebi olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda bu iki ifade başlığı birlikte düşünülebilir. Hemşireler sağlık sisteminde hazır kuvvet olarak, açık olan tüm hizmet alanlarını kapatmakla yükümlü nöbetçi personel konumunda görülmektedir. Hemşireler karma iş gücü olarak hastanelerde eczacı, diyetisyen, fizyoterapist gibi profesyonel disiplinlere ait görevlerin yanı sıra, sekreterlikten veznedarlığa, teknisyenlikten kayıt memurluğuna uzanan çeşitli işlevlerden de sorumlu tutulmaktadır (www.doktordergisi.com). Hemşireler geçmişten bu yana toplum tarafından, hekimlerin sağ kolu olma ve beraber çalışılan ekip tarafından, yardımcı imajını üstünden atamamıştır. Hekimler daha karmaşık olmayan işlerini hemşirelere devretmişler ve bu işler hemşirelerin görevleri haline almıştır. Yataklı Tedavi Kurumlar Yönetmeliği’ nde hemşire kurumda her işi yapar durumdadır. Kurumlarda sekter, eczane, arşiv, satın alma ve birçok bölümde çalıştırılmıştır. Bundan dolayı gelenekselleşmiş, görevi olmayan işleri üstünden atamayan hemşirelikten alışlagelmiş işler beklenmeye devam edilmektedir. 8 Mart 2010’ da yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliği ışığında

hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının biraz daha farkında olup sadece hemşirelik mesleğini yerine getirmeleri umut edilmektedir.

Örnekleme alınan hemşirelerin % 13' ü (n=53) mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirememeye nedeni olarak “**yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi**” ifadesini belirtmişlerdir. Bu ifadeyi belirtenlerin HAÖ ortalama ölçek puanı 183,72 (yüksek seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Yasa ve yönetmeliklerin mesleki rollerin üzerinde etkisinin olması beklenen bir durumdur. Rollerini yerine getirememeye sebebi bu olan hemşirelerin otonomilerinin yüksek olması, hemşirelerin yasa ve yönetmeliklerin farkında olduğu; görev, yetki ve sorumluluklarını bildiği düşünülmektedir. 2007' de değişen yasa ve 2010 da yürürlüğe giren yönetmelik ışığında kurum yönetimlerinin ve hemşirelerin mesleklerini yerine getirmedeki engellerin ortadan kalkması ümit edilmektedir.

Diğer bir sebep olarak; “**hekime bağımlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması**” % 10,8 (n=44) saptanmıştır ve HAÖ ortalama ölçek puanı 178,36 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelik, hekimlik kadar eski bir meslektir. Hemşirelik ve hekimlik mesleğinin birbirine bağımlı olduğu bir gerçektir. Ancak bu bağımlılık var oluşa ilişkin ya da mesleği uygulamada yönetsel hiyerarşiye ilişkin bir bağımlılık değildir. Bu bağımlılığın belki de “amaçlarda bağımlılık” olarak ele alınması gerekir çünkü her iki mesleğinde amacı birey, toplum, ailenin olası en üst sağlık düzeyine ulaşmasıdır (Erdemir 1998). Ülkemizde sağlık ekibi kavramının tam olarak yerleşmemiş olması, sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimsizlik ve görev çatışmaları, hizmet veren ve alan bireylerde doyumsuzluklara ve mutsuzluklara neden olmaktadır (Akyürek ve ark. 2005). Yapılan çalışmalar bakımın etkinliğinin önemini ortaya koymasına rağmen, hemşirelik uygulamalarının genellikle hekimin önerdiği tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirenin asıl görev ve sorumlulukları arasında yer alan temel hemşirelik işlevlerinin, hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği saptanmıştır. Sağlık ekibi içinde hemşirenin rolünün açıklık kazanması ve ekip içindeki iletişimsizliklerin azalması halinde, iş doyumu artacak ve dolayısıyla hizmette etkililik, verimlilik, hasta ve personel memnuniyeti de artacaktır. Hemşirelerin bireylere optimum bakım hizmeti sunabilmeleri, bu faktörlere yönelik düzenlemelerin yapılmasıyla sağlanabilir (Karadağ

ve Taşçı 2005). Otonomi puanına bakıldığında bu sebebi gösterenlerin orta seviyede otonom olduğu görülmektedir.

Başka bir sebep olarak; % 6,9 (n=28) “**yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilme**” belirtmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 182,25 (yüksek seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin meslek sınırları dışındaki işleri de yapıyor olması diğer sağlık profesyonelleri ve toplum tarafından hekim yardımcısı olarak değerlendirilmesine sebep olmaktadır. Literatürde hemşirelerin %96,1’ nin görevi olmayan uygulamalar yaptığı saptanmıştır. Bunlar; hasta yatış-çıkış işlemlerini düzenleme, eczaneden ilaç alma, hastayı tetkik için taşıma, reçete yazma, laboratuvar metaryeli götürme gibi işlerdir (Karadağ ve Taşçı 2005). THD’ nin meslekten memnuniyet çalışmasında bir diğer memnun olmama sebebi “yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilme” olarak saptanmıştır. Mesleklerin sahipleri yine o meslek üyeleridir. Hemşireler mesleklerine sahip çıkıp, mesleklerinin gereklerini yerine getirip, yapmaları gereken uygulamaları tam olarak yaptıklarında hem beraber çalışılan ekibin hem de toplumun hemşirelere hak ettikleri saygı ve önemi vereceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler diğer bir sebep olarak; % 5 (n=21) “**kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı**” nı belirtmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 162,62 (orta seviyede otonom) olarak saptanmıştır. Karadağ ve Taşçı’ nın çalışmasında, “çalışma koşullarının uygunsuzluğu” hem meslekten memnun olmama sebebi hem de hasta bakımını etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler diğer bir sebep olarak; % 3,6 (n=15) “**eğitim farklılıkları, eğitim eksikliği**” belirtilmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 174,80 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelik eğitim sisteminde belli bir standart olmayışı, geçmişten günümüze birden fazla eğitim seviyesine temellendirilmiş olmasından dolayı, her düzeyde eğitime sahip hemşire bulunmaktadır. Bu heterojenlik mesleği algılama, mesleki çabaları benimseme, belirli bir gelire sahip olma özelliklerinden dolayı mesleği olumsuz etkilemektedir. Farklı eğitimli meslek üyelerinin aynı işi yapması, aynı sorumluluğu alması beklenmektedir. Bu da ekip içinde farklılıklar ve uygulamaların devamlılığın da sorunlar yaratmaktadır.

Diğer bir sebep olarak; % 3,6 (n=15) “**toplumun ve beraber çalışılan disiplinlerin mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı**” belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 169,0 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Bu ifade hemşirenin mesleki

imajını gösterdiğini düşünebiliriz. Hekim hemşire ilişkisi üzerine yapılan bir araştırmada; hemşireler, hekimlerin sağlık ekibinin bir parçası olan hemşirenin katkı ve işbirliğine verdiği değer ve saygıyı orta derecede olumlu değerlendirmiştir (Akyürek ve ark 2005). Toplumun hekime daha çok güvenmesi, inanması hekimlerin de hastadan ve her şeyden kendilerini yetkin görmeleri giderek değişime uğrayacaktır diye düşünülmektedir. Artık hemşirelik eğitiminin lisansa temellendirilmesi, hemşirelikte bilim uzmanlığının ve sertifiklaşmanın giderek yaygınlaşması, hemşirelik uygulamalarındaki profesyonelliği iyi yönde etkilemektedir. Meslek üyelerinin uygulamalarıyla farkındalık yaratması hem ekip üyeleri hem de toplum tarafından kabul görmeyi sağlayacaktır.

Bir diğer sebep olarak; % 2,7 (n=7) “**hemşirelerin örgütlenememesi, aralarındaki iletişim eksikliği**” olarak belirlenmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 176,29 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Günümüzde hemşireler hastalarına bakım verme rollerinin yanında, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma işlevlerini de yerine getirmelidir. Hemşirelik mesleğinin güç ve motivasyonunu profesyonel anlamda çalışan derneklerden alması gerektiğini, profesyonel bir derneğin ise ortak amaçlar çerçevesinde tüm meslek üyelerini bir araya getirebilmesi ve sözleri eyleme dönüştürebilmesi önemlidir. Türkiye’ de hemşirelerin ilk profesyonel dernek kurması Türk Hemşireler Derneği adı altında 1933 yılında olmuştur ve günümüzde 23 özel dal hemşirelik derneği bulunmaktadır. Ülkemizde Türk Hemşireler Derneğine üye olan hemşire sayısının yeterli olmadığı bilinmektedir. Ülkemizde iki üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada; hemşirelerin % 73,3’ ünün mesleki örgütlere üye olmadıkları belirlenmiştir (Kavaklı ve ark. 2009).

Araştırma örneklemindeki hemşirelerden mesleki uygulamalarda bağımsız karar vermeyi etkileyen faktörlerden 5 tane ifade yazmaları istenmiştir. Yazılan ifadeler 10 başlık altında toplanmıştır. **Tablo 4-3.3’** de gösterildiği gibi çoğunluk; % 28,3 (n=112) “**hekimlerin hasta üstünde birincil karar veren mekanizma olması**” nı belirtmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı **175,62** (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Emiroğlu’ nun (2000) çalışmasında hekimler kendilerini sağlık alanında birinci derecede söz sahibi ve karar verici rolde gördüklerini, hemşirelerin profesyonel niteliklere yeterince sahip olmadığını düşündüklerini ve hemşirelerin, bağımsız fonksiyonlarının neler olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Literatürde de benzer

şekilde geleneksel anlayış çerçevesinde tüm güce hekimlerin sahip olduğu, hemşirelerin ise bu noktada oldukça sınırlı ve ikinci planda kaldığı dile getirilmektedir (Ballou 1998, Sabistan ve Laschinger 1995). Geçmişten bu yana hekimlerin hasta üzerinde karar veren, hemşirelerin uygulayıcı olduğu bir görüş hüküm sürmektedir. Hemşirelerin sadece hekimlerin yap dediğini yapan yardımcıları olduğu toplum ve diğer ekip üyeleri tarafından benimsenmiştir. Geleneksel hemşire rollerinin dışına çıkmak için; hemşire hasta üstünde ehliyeti dahilinde karar veren ve uygulayan olmalıdır. Hemşireler aldıkları eğitimle hastanın sorununu belirleyip hemşirelik tanısı koyabilir ve bununla ilgili hemşirelik girişimlerinde bulunabilir. Girişimlerinin sonucunu da değerlendirebilir.

Bağımsız karar vermeyi etkileyen bir diğer faktör % 27,1 (n=96) “**yasalar, yönetmelikler, kurum yönetimi**” olarak belirtilmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı **177,15** (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşireler yasa ve yönetmeliği hem mesleki rollerini gerçekleştirememesi sebebi hem de bağımsız karar vermelerini etkileyen faktör olarak belirlemişlerdir. Yasa ve yönetmelikler mesleklerin sınırlarını belirlerler. Kurum yönetimi yasa ve yönetmeliği temel alarak kendi kurumu için belirlediği standartlar dahilinde çalışanına özgürlük verebilir. Otonomi puan ortalaması da yüksek seviyeye yakın ama orta seviyededir. Bu da bize hemşirelerin yasa ve yönetmeliği bildiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin % 13,4’ ü (n=55) “**yoğun çalışma ve görevi olmayan işleri yapma**” yı mesleki uygulamalarda bağımsız karar vermeyi etkileyen faktör olarak belirlemiştir. Bu ifadeyi yazanların HAÖ ortalama ölçek puanı 179,82 (orta seviye otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşireler sağlık sistemi içinde sadece tedavi yapan durumdadırlar. Bunun nedeni olarak; kurumlarda yatan hasta sayısının fazlalığı ve hekimler için performans puanına dayalı ücretlendirme sisteminin bulunması nedeniyle hastanelerde yatan hasta sayısının ve devir hızının arttığı düşünülmektedir. Hemşirelerin mesailerde çok hastaya bakmak zorunda kalması bağımsız karar vermeyi etkiliyor diye düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler; % 11,4 (n=47) “**eğitim ve deneyim**”i bağımsız karar vermeyi etkileyen faktör olarak belirlemişlerdir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 176,32 (orta seviyede otonom) hesaplanmıştır.

Hemşirelerin % 11' i (n=45) “**görev yetki ve sorumlulukların belli olmaması**” nı mesleki uygulamalarda bağımsız karar vermeyi etkileyen faktör olarak saptanmıştır ve HAÖ ortalama ölçek puanı 172,49 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır.

% 8,5 (n=32) “**hemşireler arasında birlik olmamasını**” bağımsız karar vermeyi etkileyen faktörlerden biri olarak belirlemiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 172,34 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 5,9 (n=23) “**hastanın ve yakınlarının hemşireye güvenmemesi**” olarak belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 171,72 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 5,7 (n=21) “**hastanın ihtiyacı**”; %2,4 (n=9) “**bakım yapmak için olanakların olmaması, eğitim eksikliği ve tecrübesizlik**” olarak belirlenmiştir. Sırasıyla HAÖ ortalama ölçek puanları 173,62 (orta seviyede otonom); 174,89 (orta seviyede otonom); 177; 38 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak bakıldığında hemşirelerin mesleki rollerini yerine getirememe sebepleriyle, hemşirelik uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörler benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çalışma saatlerinde yaptıkları işlerden; % 56,11 (n=230) “**tanı ve tedavi**” olarak saptanmıştır. Çalışma saatlerinde en fazla tanı ve tedavi yapanların HAÖ ortalama ölçek puanları 172,59 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 47,8 (n=196) “**hemşirelik bakımı**” ve % 25,4 (n=104) “**idari ve teknik hizmetler**” olarak belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanları sırasıyla 173,37 (orta seviyede otonom) ve 178,73 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Örnekleme alınan hemşirelerden % 22,9' u (n=94) “diğer” seçeneğine ifade yazmıştır ve HAÖ ortalama ölçek puanı 170,91 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 4-3.4**). “diğer” seçeneğine yazılan ifadeler 10 başlık altında toplanmıştır (**Tablo4-3.5**) çoğunluğu %14,1 (n=58) “kayıt, dosya, evrak işleri” olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin tanı tedavi işlemlerini yapanlarla, hemşirelik bakımı yapanlar arasında yüzde olarak çok fark yoktur. Hemşire bir bütün olarak insana bakım veren tek sağlık disiplini (Erdemir 1998). Hemşirelerin asli görevi olan bakım vermenin yanında hekim tarafından düzenlenen tedaviyi hastaya uygulamakta vardır. Hemşirelerin otonomi puanlarına bakıldığında orta derecede otonomdurlar fakat hemşirelerin idari ve teknik hizmetlerde daha otonomi sahibi olmalarının sebebi olarak; çalışılan bölümde bu gibi konulardan hemşirelerin sorumlu tutulmasının olduğu

düşünülmektedir. Çalıştığı birimde her şeyden sorumlu tutulan hemşire idari ve teknik işlerle de zaman ayırmak zorunda kalmaktadır. Hemşire bakım yaparken kendini daha otonom hissettiğinden tanı ve tedavi yapanlara göre otonomi puanı yüksektir.

Hemşireler; hastanın bakım gereksinimlerini belirlerken % 81,7 (n=335) “**kendi hemşirelik gözlemleri**” ni dikkate almaktadır (**Tablo 4-3.6**). Kendi hemşirelik gözlemleriyle hastanın bakım gereksinimini belirleyen hemşirelerin HAÖ ortalama ölçek puanları 174,39 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 65,9’ u (n=270) “**hekimin yazılı isteminin olması**” nı dikkate aldığı belirlenmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 172,33 (orta seviye otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 51,7’ si (n=212) “**hemşirelik bakım planında yazılı olması**” nı dikkate aldıklarını belirtmişlerdir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 175,81 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 42,4 (n=174) “**hekimin bilgisinin olması**” nı; %22,7 (n=93) “**hekimin sözlü onamının olması**” nı dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Sırasıyla HAÖ ortalama ölçek puanları 171,86 (orta seviyede otonom) ve 170,17 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır.

Hemşireler hastanın bakım gereksinimini belirleyebilecek eğitimi almaktadırlar. Zaten hemşirelik mesleğinin en önemli işlevlerinden biri de hastaya bakım vermektir. Ancak geleneksel yapıdan dolayı hasta üstünde karar vermede daha etkili olan hekimler de kendilerini hemşirelik bakımına karar vermeye yetkili görmektedirler. Hastanın tedavisini planlayan hekim, hastanın hemşirelik bakım planını da planlamaktadır. Bu noktada hemşirelerin yasadan ve yönetmeliklerden destek alarak mesleklerine sahip çıkması gerekmektedir. Ancak araştırmamızın sonuçları; hemşirelerin hasta bakım gereksinimini belirlerken hala hekim orderına bağlı kaldığını, hekimden onay almadan bakım yapmadığını göstermektedir. Hemşireler asıl işleri olan bakımın planlamasını başka bir disipline devrederek meslek ölçütlerinden biri olan “mesleki aktiviteleri kontrol etmede otonom sahibi olmayı” ortadan kaldırmaktadırlar. Bunun da meslekleşme sürecinde olan hemşireliği kötü yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik kararıyla uygulanan hasta bakım işlevleriyle ilgili ifadeleri 24 başlık altında toplanmıştır (**Tablo 4-3.7**). Bu ifadelerden ilk sırada; % 46,8 (n=192) “**hijyenik bakım**” olarak belirlenmiştir. Bu başlık altında hemşirelerin belirttiği hijyenik bakım işlevleri; yatak bakımı, vücut bakımı, perine bakımı, göbek bakımı, göz bakımı, pişik bakımı vs. olarak belirtilmiştir. Hijyenik bakım

ifadesini yazan hemşirelerin HAÖ ortalama ölçek puanı 177,21 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 33,4' ünün (n=137) “**eğitim**” yazdıkları belirlenmiştir. Eğitim başlığı altında toplanan eğitimler; taburculuk eğitimi, evde bakım gereksinimleri eğitimi, mobilizasyon eğitimi, emzirme eğitimi, beslenme eğitimi, beslenme eğitimi, hijyen eğitimi, hastalığıyla ilgili eğitim, diyabet eğitimi vs olarak belirtilmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanları 178,01 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 23,4'ü (n=96) “**yatak yarası bakımı, dekübüt bakımı, dekübüt pansumanı, pansuman**” olarak belirtmiştir ve HAÖ ortalama ölçek puanları 175,29 (orta seviyede otonom) olarak bulunmuştur. % 21,2 (n=87) “**ağız bakımı**” olarak belirtilmiştir. “ağız bakımı” başlığı sayıca çok olduğundan “hijyenik bakım” başlığıyla birleştirilmemiştir. “ağız bakımı” yazan hemşirelerin HAÖ ortalama ölçek puanları 176,91 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 21' i (n=86) “**ANTA takibi ve vital bulgu sıklığı**” nı kendi hemşirelik kararıyla uygulamaktadırlar. HAÖ ortalama ölçek puanları 175,34 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 19,7' si (n=81) “**katater bakımı, iv katater, foley sonda, arter line bakımı**” nı hemşirelik kararıyla uyguladığını belirtmişlerdir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 182,85 (yüksek seviyede otonom) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin % 17,8' i 171,40 (orta seviyede otonom) HAÖ ortalama ölçek puanıyla “**mobilizasyon, pozisyon verme**” uygulamasını bağımsız uygulamaları olarak belirtmişlerdir. %13,9 (n=57) “**enfeksiyon kontrolü, izolasyon, enfeksiyon önleme**” ifadesini yazılmıştır. HAÖ ortalama ölçek puanları 172,20 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Diğer bir bağımsız hemşirelik uygulaması olarak % 11 (n=45) “**psikolojik destek, bireysel görüşme, hastaneye-servise oryantasyon**” belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 177,20 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 9 (n=37) “**beslenme, NG' li hasta besleme, diyet**” uygulamasını bağımsız hemşirelik uygulaması olarak belirtmişlerdir. HAÖ ortalama ölçek puanı 172,41 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 8,1 (n=33) “**solunum fizyoterapisi, solunum güclüğü olan hasta bakımı, oksijen uygulama**” yı belirlemişlerdir ve HAÖ ortalama ölçek puanı 175,79 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin % 7,1' i (n=29) “**soğuk uygulama, yüksek/ düşük ateşli hasta bakımı**” nı bağımsız uygulamaları olarak belirlemişlerdir. HAÖ ortalama ölçek puanı 176,00 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin %6,6' sı (n=27) HAÖ ortalama ölçek puanı 183,07 (yüksek seviyede otonom) olarak bağımsız

hemşirelik uygulamalarını “**pre-op/ post-op hasta bakımı**” olarak belirlemişlerdir. % 5,4 (n=22) “**ilaçların gidiş hızları, ilaç kullanımı, tedavi saatleri, ilaç uygulamaları, serum takma**” bağımsız hemşirelik uygulaması olarak belirlenmiştir. HAÖ ortalama ölçek puanı 156,94 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır. % 5,2 (n=21) “**kanama kontrolü, kanama takibi**”; % 4,7 (n=20) “diğer (tedavi reaksiyonları takibi, bulantı kusma bakımı, konsültasyon takibi, kayıt, malzeme kontrolü, EKG çekme)”; % 3,9 (n=16) “hasta güvenliği”; % 2,9 (n=12) “hiperglisemi, hipoglisemi yaklaşımı, kan şekeri takibi”; % 2,5 (n=11) “hasta mahremiyeti”; % 2,1 (n=9) “**ağrılı hasta takibi, ağrı takibi, ağrı değerlendirmesi**”; % 2,1 (n=9) “aspirasyon; % 2,1 “diyare, konstipasyon olan hasta bakımı”; % 1,8 (n=8) “hasta transferi”; % 1,2 (n=5) “ÇKS, NST, apgar hesaplama, ölçme” bağımsız hemşirelik uygulamaları olarak belirtilmiştir. Bu bağımsız hemşirelik uygulamalarını ifade eden örneklemdaki hemşirelerin HAÖ ortalama ölçek puanları sırasıyla; 171,90 (orta seviyede otonom); 194,47 (yüksek seviyede otonom); 171,69 (orta seviyede otonom); 196,56 (orta seviyede otonom); 179,91 (orta seviyede otonom); 189,86 (yüksek seviyede otonom); 173,57 (orta seviyede otonom); 176,00 (orta seviyede otonom); 172,33 (orta seviyede otonom) olarak hesaplanmıştır.

Karadağ ve Taşçı’ nın 2005’ te yaptığı çalışmada; Kayseri Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre; hemşirelerin çoğu; ağız bakımı, el-yüz bakımı, ayak bakımı, saç bakımı, perine bakımı, tırnak bakımı, vucut banyosu, yatak banyosu, bit bakımını yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu; oksijen tedavisi, buhar tedavisi, aspirasyon işlemini uyguladıklarını, pozisyon verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 99,0 ‘ u yaşam bulguları aldığını, % 96,1’ i verdiği bakımı kaydettiğini ve hasta eğitimi yaptığını; %93,1’ i sıcak- soğuk uygulamaları yaptığını; % 63,7’ si yara bakımı; % 94,1 hasta yakınına eğitim yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışma sonuçları tam olarak olmasa da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hemşireler hasta ve yakını eğitimi, yara bakımı, pozisyon verme, aspirasyon, sıcak/soğuk uygulama, vital bulgu takibi uygulamalarını yapmaktadırlar.

Hemşirelerin bağımsız uyguladıkları bakımın HAÖ ortalama ölçek puanına göre bakıldığında; “hiperglisemi, hipoglisemi yaklaşımı, kan şekeri takibi” HAÖ ortalama ölçek puanı 196,56’ dır. Bu uygulamayı bağımsız yapan hemşirelerin yüksek seviyede otonom olmaları beklenmektedir. Çünkü hemşirenin hastada gözlemleyip fark ettiği

durum hayati önem taşımaktadır ve hemen müdahale edilmesi gerekmektedir. Yapılan ilk girişimden sonra hekim bilgilendirilmelidir. Hemşirelerin otonomi seviyeleri “diğer (tedavi reaksiyonları takibi, bulantı kusma bakımı, konsültasyon takibi, kayıt, malzeme kontrolü, EKG çekme)” de (194,47); “aspirasyon” da (189,86); “pre-op, post-op bakım” da (183,07); “katater bakımı, ıv katater, foley sonda, arter line bakımı” da (182,85) yüksektir. Hemşirelerin daha bağımsız oldukları uygulamalarda otonomilerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

#### **Hemşirelerin Demografik Özellikleriyle HAÖ Ortalama Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması (Tablo 4-4)**

Araştırmaya katılan hemşirelerin genel olarak HAÖ puanı, ölçek değerlendirme skalasına göre 121-180 arasında olup, orta seviyede otonomi düzeyine sahip oldukları görülmektedir (173,20). Kurumlara göre HAÖ ortalama ölçek puanı ise Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışanlarda 177,28; üniversite hastanelerinde çalışanlarda 173,32 ve özel hastanede çalışanlarda 162,18 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-4). Kurumlar arası otonomi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $F=7,064$   $p<0,001$ ). Bu farkın hangi grup arasında olduğunu belirlemeye yönelik yapılan ileri analizde de SB hastanesinde çalışan hemşirelerin, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde çalışanlara göre; üniversite hastanesinde çalışanların da özel hastanede çalışanlara göre otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Seren’ in 1998’ deki çalışmasında da kurumlar arasında otonomi farklılığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucuyla çalışmamız sonuçları benzerlik göstermektedir. Ancak Kangallı’ nın 2005’ de yaptığı çalışmada kurumlar arasında otonomi düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin yaşlarına göre HAÖ puan ortalaması 20-29 yaş arası 171,83; 30-39 yaş arası 175,17; 40-49 yaş arası 175,23 olarak saptanmış ve (Tablo 4-4) yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ( $F=0,849$   $p>0,05$ ). Literatüre bakıldığında da yaş ile otonomi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını görmekteyiz (Collins ve Henderson 1991, Seren 1998, Kangallı 2005). Bu anlamda çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HAÖ ortalama ölçek puanı erkeklerde 171,00; kadınlarda 173,58 olarak bulunmuştur (Tablo 4-4). Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $F=0.524$   $p>0.05$ ). Bu sonucun araştırma örneklemindeki

erkek sayısı ile kadın sayısının arasında çok fark olduğu için sonucun böyle olduğu düşünülebilir. Araştırmaya 61 erkek katılırken, kadın sayısı 349' dur.

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin çalışma yıllarına göre HAÖ ortalama ölçek puanı 1-5 yıl çalışanlar 170,74; 6-10 yıl 175,27; 11-16 yıl 173,77; 17 yıl ve üstü 176,92 olarak saptanmıştır (Tablo 4-4). Çalıştıkları yıllara göre hemşirelerin otonomi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $F=1.318$   $p>0.05$ ). Literatüre bakıldığında otonomiyle deneyim arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır. Bazı kaynaklar çalışma yılının artmasıyla kendine güvenin arttığı ve daha bağımsız olduğunu savunurken, otonominin deneyimle arttığından sözedilmektedir. (Mrayyen 2002, Seren 1998, Seren 2000). Ancak Collins ve Henderson (1991) otonominin deneyimle ilişkili olmadığını ifade etmektedir. Kangalli' nin 2005' te yaptığı çalışmada da çalışma yılı arttıkça otonomi puan ortalamalarında anlamlı fark görülmemiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar Collins ve Henderson' un ve Kangalli' nin çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin eğitim durumu karşılaştırılırken sağlık memurluğu ve önlisans mezunu hemşire sayısının istatistiksel hesaplamalar için yetersiz olması nedeniyle; sağlık memurluğu, ön lisans ve hemşirelik yüksek okulu mezunları birleştirilerek üniversite değişkeni elde edilmiştir. Eğitim durumlarına göre HAÖ ortalama ölçek puanlarına bakıldığında Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının 167,86; üniversite mezunlarının 174,83 olarak saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre HAÖ ortalama ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F=5,467$   $p<0,05$ ) (Tablo 4-4). Eğitim durumlarıyla otonomi puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ama her iki eğitim grubunun da HAÖ değerlendirmesi orta seviyede otonomdur. Ancak otonomi puanları arasında puan farkı vardır. Seren' in (1998) yaptığı çalışmada farklı eğitim seviyesine sahip hemşirelerin otonomi düzeyleri de farklı bulunmuştur; ancak beklendiği gibi eğitim seviyesi yükseldikçe otonomi puanı yükselmektedir. Sonuçlar Collin's ve Henderson; Pinch' in ve Wade' in çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe otonomi düzeyi de yükselmektedir..

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki konumlarına göre HAÖ puan ortalamaları hemşire yöneticilerin 190,14; servis hemşirelerinin 171,35; poliklinik hemşirelerinin 181,78; ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin 167,46 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4-4). Konumlara göre HAÖ ortalama ölçek puanları ileri derecede anlamlı

bulunmuştur ( $F=9.105$   $p<0.001$ ). Yapılan ileri analizde yönetici hemşirelerle, servis hemşireleri ve ameliyathane/yoğun bakım hemşireleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Seren' in (1998), Kangallı' nın (2005) çalışmalarında kurumdaki konumun otonomiye etkilemediği saptanmıştır. Çalışmamız ülkemizde yapılan bu iki çalışmayla benzerlik göstermemesine rağmen; Collins ve Henderson' un ve Wade' in (1999) çalışmalarında da yönetici hemşireler en yüksek otonomi puanına sahiptirler. Çalışmamız bu iki çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Günlük ortalama bakmakla yükümlü olunan hasta sayısı ile otonomi arasındaki ilişkiye bakıldığında; günde ortalama 1-5 hasta bakan hemşirelerin 169,91; 6-10 hasta bakan hemşirelerin 171,39; 11-19 hasta bakan hemşirelerin 174,93; 20 ve üstü hasta bakan hemşirelerin 173,23 HAÖ ortalama puanları bulunmuştur. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ile ortalama otonomi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F=0,643$   $p>0,05$ ). Çalışmamızın sonuçlarına göre günlük bakılan hasta sayısı otonomi düzeyini etkilememektedir. Literatürde bakılan hasta sayısı ile otonomi arasındaki ilişkiyi inceleyen kaynağa rastlanmamıştır.

Çalışmamıza katılan hemşirelere sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda gerçekleştirme durumları sorulmuştur. Evet diyen 176 hemşirenin HAÖ ortalama puanı 170,74; hayır diyen 75 hemşirenin 175,65; kısmen diyen 156 hemşirenin 174,76 olarak hesaplanmıştır. Verilen cevaplar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ( $F=1,448$   $p>0,05$ ).

### **Sonuçlar:**

Bu çalışma; hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

\* Araştırmaya katılan hemşirelerin (N=410) Hemşirelik Aktivite Ölçeği ortalama ölçek puanı 173,20 olduğu, hemşirelerin orta düzeyde otonomilerinin olduğu saptanmıştır.

\* Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğununun; üniversite hastanesinde, 20-29 yaş arasında, kadın, hemşirelik yüksek okulu mezunu, 1-5 yıl arasında çalışan, günlük baktığı ortalama hasta sayısı 11-19 arasında, servis hemşiresi olduğu,

\* Hemşirelerin % 42,9' u sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda gerçekleştirdiğini; % 26,3' ü sağlık bakım sistemi içinde rollerini gerçekleştirememeye nedenini “yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, fazla çalışma” olduğunu; % 28,3' ü “hekimlerin hasta üzerinde birincil karar veren mekanizma olması” hemşirelerin mesleki uygulamalarında karar vermesini etkileyen en önemli faktör olduğunu; % 56,1' i çalışma saatlerini en fazla “tanı ve tedavi” yaparak; % 81,7' si “kendi hemşirelik gözlemlerini” hasta bakım gereksinimlerini belirlemekte dikkate aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 46,8' inin hemşirelik kararıyla uyguladıkları hasta bakım işlevlerinden birinci sırada “hijyenik bakım” olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin otonomi puanlarıyla demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında;

\* Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomi puan ortalamaları üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, kurumlara göre HAÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ( $p<0,05$ ) yapılan ileri analizde SB hastanesinde çalışan hemşirelerin üniversite hastanesinde ve özel hastanede çalışanlara göre, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin de özel hastanede çalışan hemşirelere göre daha otonom oldukları,

\* 40-49 yaş aralığındaki hemşirelerin HAÖ ortalama ölçek puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, fakat yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ( $p>0,05$ ),

\* Cinsiyete göre HAÖ ortalama ölçek puanının kadınlarda daha yüksek olduğu, istatistiksel hesaplamalar sonucunda kadınlar ve erkekler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ( $p>0,05$ ),

\* Mezun olunan okula göre HAÖ ortalama ölçek puanı üniversite mezunlarında daha yüksek olduğu, SML mezunlarıyla üniversite mezunları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ( $p<0,05$ ),

\* Çalışma yılına göre otonomi puanına bakıldığında; 17 yıl ve üstü çalışanların HAÖ ortalama ölçek puanının en yüksek bulunduğu fakat istatistiksel hesaplamalarda çalışma yılıyla otonomi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ( $p>0,05$ ),

\* Günlük bakmakla yükümlü olunan hasta sayısıyla otonomi puanı arasında istatikselsel olarak anlamlı fark bulunmadığı ( $p>0,05$ ), günlük 11-19 arasında hasta bakmakla yükümlü olan hemşirelerin otonomi puanlarının daha yüksek olduğu

\* Araştırmaya katılan hemirlerin konumlarıyla otonomi puanları arasında istatikselsel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunduğu ( $p<0,001$ ), kurumlarda yönetici hemşire konumunda çalışan ve poliklinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin otonomilerinin yüksek seviyede olduğu saptanmıştır.

**neriler:** Araştırmanın verileri doğrultusunda;

- Orta derecede otonomi sahibi olan hemşirelerin mesleki otonomilerini yükseltmek için; hemşirelik eğitiminin tamamen niversiteye temellendirilmesi,
- Üniversitelerdeki mevcut hemşirelik eğitim programlarında öğrencilere kritik düşünme, problem çözme, karar verme, sorumluluk alma gibi otonom olmayı destekleyen konulara daha fazla önem verilmesi ve mevcut müfredatın revize edilmesi
- Kurumlarda alıan hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını destekleyecek güçlü hemşirelik yönetiminin sağlanması ve yetkilerinin arttırılması,
- Kurumlarda alıan hemirlerin bağımsız uygulamalarını yerine getirerek beraber çalışılan ekibin ve toplumun inandığı hemşirelik imajının değiştirilmesi,
- Hemşirelerin bağımsız karar verebilmeleri için yetki ve sorumluluklarının arttırılması,
- 2007 yılında değiştirilen Hemşirelik Kanunu ve 8 Mart 2010 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği' nin yükümlerinin uygulamaya yansıtılması,
- Kurum politikaları belirleme, prosedür geliştirme, program yapma konularında, kurum ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili herhangi bir karar aşamasında kurumdaki hemşirelerin de bu sürece dahil edilmesi ve otonomilerini kullanmaları için imkan tanınması önerilmektedir.

**KAYNAKLAR**

- Akay, M. (2008). Hemşirelikte Otonomi, *Vakıf Hastanesi Dergisi*, 13(4): 24-26
- Akyürek B., Özer S., Argon G., Conk Z. (2005). Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi, *Ege Tıp Dergisi*, 44(3): 167-172.
- Ballou, K. (1998). A Concept Analysis of Autonomy, *Journal of Professional Nursing*, 14, 102-110.
- Bandman, B. (1985). Rights and Responsibilities Human Right in the Nurse- Patient Relationship, *Nursing Law and Ethics*, 14-21.
- Başer, G. (1995). Hemşirelik Yüksekokullarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sosyal Özellikleri, Okul Tercih Sıralamaları ve Seçme Nedenleri, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 28 (19): 11-20.
- Biröl, L. (2002). *Hemşirelik Süreci*, İzmir: 6. Baskı Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Cirhinlioğlu, Z. (1996). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Collins S.S. ve Henderson MC. (1991). Autonomy: Part of The Nursing Role?, *Nursing Forum*, 26(2): 23-29.
- Dwyer D.J., Schawart R.H. ve Fox M.L. (1992). Desioan Making Autonomy in Nursing, *Journal of Nursing Administration*, 22 (2): 17-23.
- Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1): 59-62.
- Emiroğlu, N. (2000). Sağlık Personelinin ve Toplumun Hemşirelik İmajı, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1: 9-17.
- Grindel, C.G. ve Peterson K. (1996). The Practice Enviroment Project, *The Journal of Nursing Administration*, 26, 5: 43-51.

Gümüſen N., Üſtün B. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemſirelerin Tükenmiſlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemſirelik Yüksekokulu Dergisi, 11:4.

İnanç, N., Üſtünaz, A. (1998). Kadın, Güç ve Hemſirelik, *Hemſirelik Formu*, 1: 65-70.

Kangallı, P. (2005). Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemſirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi. C. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Karadağ, A.Y., Tuğcu, A. (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemſirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 14 (1): 12-17.

Karadağ, S., Sultan, T. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemſirelerin Verdiği Hemſirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14/Ek Sayı: 13-21

Karagözoğlu, S. (2002). Hemſirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Sırasında Mesleğe İliſkin Algılarındaki Değişimin İncelenmesi: Hemſireliğe Giriş Dersinin Bu Değişimdeki Rolü, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemſirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (2): 10-20.

Karagözoğlu, Ş. (2008). Hemſirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik, *Hemſirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008-3.

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

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

Kocaman, G., Seviğ, Ü., Kubilay, G. (2010). Türkiye’ de Hemſirelik Eğitimi ve İnsan Gücü Planlaması: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu, [www.tead.med.ege.edu.tr](http://www.tead.med.ege.edu.tr), (Eriſim: 10/06/2010).

Köşgeroğlu, N. (1995). Hemşirelik Hak ve Sorumluluklarını Yerine Getirilmesini Etkileyen Faktörler, *Türk Hemşireler Dergisi*, 45 (5): 40-41.

Livsey, K.R., (2009). Structural Empowerment and Professional Nursing Practice Behaviors of Baccalaureate Nursing Students in Clinical Learning Environments, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume:6, Issue:1, Article:26.

MacDonald, C. (2002). Nurse Autonomy As Relation, *Nursing Ethics*, 9, 194-201.

Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Gümrükçüoğlu, O., Ünüvar, N., Aydın, S. (2007). Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, [www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/./20082051614250.SAIK\\_analiz\\_tr.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/./20082051614250.SAIK_analiz_tr.pdf) (Erişim Tarihi: 12/04/2010).

Mrayyen, M.T. (2002). Nurse' Autonomy: Influence of Nurse Managers' Actions, *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3): 326-336

Özguven, İ. E. (1994). *Psikolojik Testler*, Ankara: Yeni Doğu Yayınları, s: 120.

Özupak, B. (1990). Avrupa Topluluğu ve Türkiye'de Hemşirelik Eğitimi, *Türk Hemşireler Dergisi*, 39 (5): 72-75.

Pinch, W. (1985). Ethical Dilemmas in Nursing: The Role of The Nurse And Perceptions of Autonomy, *Journal of Nursing Education*, 24,9: 372-376.

Ribeiro, J. (2009). *Autonomia Profissional Das Enfermeiros*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem Instituto De Ciências Biomedicas Abel Salazar Universidade, Do Porto.

Sabistan, J.A. ve Laschinger S. (1985). Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Autonomy, *The Journal of Nursing Administration*, 25, 9:42-49.

Schutzenhofer K.K. ve Musse D.B. (1994). Nurse Characteristics and Professional Autonomy, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 201-205.

Seren, Ş. (1998). *Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Seren, Ş. (2000). Hemşirelikte Otonomi, *I. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi 04-07 Mayıs*, Antalya: Kardelen Ofset, ss: 228-231.

Taylan, S. (2009). *Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana.

Ulusoy, F., Görgülü, R. S. (1997). *Hemşirelik Esasları*, 3. Baskı, Ankara.

Uyger, G. (1990). Hemşirelikte Meslekleşme Düzeyi ve Meslek Kriterlerine İlişkin Sorunlar, *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Etki Matbaacılık, İzmir.

Uyer, G. (1993). *Hemşireliğe Genel Bakış*, Ankara: Hürbilek Matbaacılık.

Ülker, S., Kocaman, G. ve Özkan Ö. (2005). *12 Mayıs 2005 Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı (Genişletilmiş 2004 Baskı)*, Ankara: Odak Ofset.

Velioğlu, P. (1984). *Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru*. İstanbul: Bozak Matbaası.

Velioğlu, P. (1991). Değişen Sağlık Kavramı ve Hemşirelik Eğitimi, *Hemşirelik Bülteni*, 5 (18): 1-4.

Velioğlu, P. ve Babadağ, K. (1992). *Hemşirelik Tarihi ve Deontoloji*. Eskişehir: Etam A.Ş. Ofset.

Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*, İstanbul: Alaş Ofset Matbaası.

Wade G. H. (1999). Professional Nurse Autonomy: Concept Analysis and Application to Nursing Education, *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 310-318.

Yıldırım, A. (2007). Hemşirelikte Meslekleşme Süreci ve Etkileyen Faktörler *4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, s: 16-18.

Yıldırım, A. (2008). Mesleğe Özel Yasa Önemli Bir Avantajdır, *Hastane Dergisi*, İstanbul, Mayıs-Haziran 2008.

Yıldırım, A. (2010). Sağlık Politikaları Sağlık Mesleklerinin Rollerini Nasıl Etkiler?, *Hastane Dergisi*, İstanbul, Mayıs-Haziran 2010.

Yüksel, G. (1998). *Florence Nightingale' in Kırım Harbi Esnasında Hasta Bakımı ve Hastaneciliğe Getirdiği Yenilikler*. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

[www.doktordergisi.com/47/haberdetay.asp?id=3](http://www.doktordergisi.com/47/haberdetay.asp?id=3) “Ekip Çalışmasında Doktorların Rolü”, “Doktorun Sağlık Çalışanlarıyla Sınava” (Erişim Tarihi: Mayıs 2010).

[www.tdkterim.gov.tr](http://www.tdkterim.gov.tr) (Erişim Mayıs 2010)

**EKLER**

**Ek 1:** Anket Formu

**Ek 2:** Ölçeğin Kullanım İzni

**Ek 3:** Hemşirelik Aktivite Ölçeği Cevaplanma Dağılımı

**Ek 4:** Araştırmanın yapıldığı kurumlardan alınan izin formları

**Ek: 1**

Değerli Meslektaşım,

Hemşirelik Mesleğinde Otonomi ve Profesyonel Uygulamaları Belirlemek amacıyla planladığımız bu araştırmaya vereceğiniz katkılar ülkemizde hemşireliğin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır. Demografik verileri içeren bir anket ve otonomi ve profesyonel uygulamaları ölçen bir ölçek bulunmaktadır. Ölçeğin doldurulmasıyla ilgili bilgi ölçek başında verilmiştir. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Esra Saraçoğlu

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale H.Y.O

Hemşirelikte Yönetim ABD

Danışman:Doç.Dr.Aytolan Yıldırım

1. Çalıştığınız kurum.....

2. Yaşınız: 20-29 ( ) 30-39 ( ) 40-49 ( )

3. Cinsiyetiniz: Erkek ( ) Bayan ( )

4. Mezun Olduğunuz Okul: SML ( ) Hemşirelik Yüksek Okulu ( ) Sağlık Memurluğu( ) Önlisans ( )

5. Kaç yıldır çalışıyorsunuz:.....1-5 ( ) 6-10 ( ) 11- 16 ( ) 17 ve üstü ( )

6.Çalıştığınız servis.....

7. Bakmakla yükümlü olduğunuz günlük ortalama hasta sayısı

1-5 ( ) 6-10( ) 11-19 ( ) 20 ve üstü ( )

8. Çalıştığınız hastanede konumunuz

a) Başhemşire b) Başhemşire yardımcısı .c)Sorumlu Hemşire d) Servis Hemşiresi

e) Poliklinik hemşiresi f) Ameliyathane/ Yoğun bakım hemşiresi

9. Sizce hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebiliyor mu?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen( )

**10.** Cevabınız kısmen ya da hayır ise size göre nedenleri nelerdir? En önemli 5 tanesini yazınız.

1. .... 4.....  
 2. .... 5. ....  
 3. ....

**11.** Mesleki uygulamalarınızda bağımsız karar vermenizi etkileyen faktörlerin en önemli bulduğunuz 5 tanesini yazınız.

1. .... 4. ....  
 2. .... 5. ....  
 3. ....

**12.** Genel olarak çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz.

Tanı tedavi ( ) Hemşirelik bakımı ( ) İdari ve teknik hizmetler ( )  
 Diğer.....

**13.** Hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini karşılarken aşağıdakilerden hangisini /lerini dikkate alıyorsunuz. ( birden fazla madde işaretlenebilir)

- a) hekimin yazılı isteminin olmasını ( )  
 b) hekimin sözlü onamının olmasını ( )  
 c) hekimin bilgisinin olmasını ( )  
 d) kendi hemşirelik gözlemlerimi ( )  
 h) hemşirelik bakım planında yazılı olmasını ( )  
 e) diğer.....

**14.** Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uyguladığınız hasta bakım işlevlerinden en önemli 5 tanesini yazınız.

1. .... 4. ....  
 2. .... 5. ....  
 3. ....

Değerli meslektaşlarım

Bu ölçek hemşirelik mesleğinde otonomi ve profesyonel uygulamalarla ilgili ifadeleri içeren 35 maddeden oluşmaktadır.. Her bir maddeyi dikkatle okuduktan sonra bu ifadenin sizin davranışınıza uygun olup olmadığına ilişkin görüşlerinizi ifadenin karşısındaki sütunlardan sadece birini işaretleyerek belirtin. Vereceğiniz yanıtlar hemşirelikte profesyonel uygulamaları belirlemek açısından oldukça önemlidir. Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Esra Saraçoğlu

1	2	3	4
Çok nadir bu şekilde davranırım	Nadiren bu şekilde davranırım	Genel olarak bu şekilde davranırım	Çoğunlukla bu şekilde davranırım

### HEMŞİRE AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

1. Kendim için profesyonel bir kariyer planı geliştirir ve bu plandaki adımların başarısı için düzenli olarak değerlendirme yaparım.	1	2	3	4
2. Uygun eğitim ve tecrübe ile bağımsız hemşirelik çalışmasına başlamayı düşünürüm.	1	2	3	4
3. Hasta için eğitim planından sonuç alınamıyorsa, hemşirelik takibi açısından bir şans olmadığı için hastayı taburcu etmek için verilen herhangi bir tıbbi emre karşı çıkarım.	1	2	3	4
4. Tekrar eden bir klinik hemşirelik problemini soruşturmak üzere hemşirelik araştırması başlatırım.	1	2	3	4
5. Hekimin ilacın verilmesi yönündeki ısrarına rağmen kontrendike (ters etki gösteren/uyarıcı) bir ilacı uygulamayı reddederim.	1	2	3	4
6. Hasta tedavi planına cevap vermiyorsa, hastanın hekimine danışırım.	1	2	3	4
7. Bir hemşire olarak ne yapacağım yönündeki son kararım için doktorlara değil, hemşirelik mesleğime bağlı kalırım.	1	2	3	4
8. Bir doktorun emrini beklemeden hastaneye yatırılan bir hastanın evde bakım ihtiyacını değerlendirerek, böyle bir sevk için gereğini belirlerim.	1	2	3	4
9. İş tanımındaki pozisyonu daha da geliştirecek değişiklikleri müdürüme teklif ederim.	1	2	3	4
10. Hekim tarafından daha önce kullanılmış ya da kullanılmamış olan bir ilacı uygulamadan önce yeni bir ilaç tedavisi ya da ilaç tedavisindeki değişim hakkında hastanın sorularını cevaplarım.	1	2	3	4

11.Hasta ünitesindeki hemşire kontrollerini(vizitelerini) başlatırım.	1	2	3	4
12. Hemşire arkadaşlarımla, tıbbi talimatları gerçekleştirmemle ilgili baskısına rağmen ters etki gösterecek bir ilacı hastaya uygulamayı reddederim.	1	2	3	4
13. Bir hasta bakım planına cevap vermediği zaman diğer hemşirelere danışırım.	1	2	3	4
14. Mevcut hemşirelik literatüründe tanımlanan hasta bakımındaki yenilikleri rutin olarak yerine getiririm.	1	2	3	4
15. Hasta değerlendirmem esnasında eğer hastanın psikiyatrik bir tedaviye ihtiyacı olduğu gözüküyorsa hasta hekiminden böyle bir psikiyatrik danışma talebinde bulunurum.	1	2	3	4
16. Yakın zamanda taburcu olmuş hastalara, hasta eğitiminin etkisini değerlendirmek için durumlarını takip edecek telefon aramaları yapmak gibi yenilikçi hemşirelik faaliyetlerini teşvik ederim.	1	2	3	4
17. Hastanın, uygulamanın riskleri hakkında soruları varsa, hastanın hekimine danışmadan önce teşhis yordamı ve riskleri ile ilgili hastanın anlama düzeyini değerlendiririm.	1	2	3	4
18. Bir mesleki hata davası karşısında hastane ya da hekim tarafından korunmayı beklemeden kendi mesleki davranışımın tam sorumluluğunu üstlenirim.	1	2	3	4
19. Hasta bakımını etkileyen politikalar konusunda hemşirelerin tavsiyelerine dair işveren kurumumda etkili iletişim kanalları geliştiririm.	1	2	3	4
20. Klinik çalışma alanıma uygun değerlendirme araçlarını inceler ve değerlendiririm.	1	2	3	4
21.Hemşirelik bakım planı ve uygulamasında kullanmak üzere hastanın fiziksel değerlendirmesindeki verileri şemaya kaydederim.	1	2	3	4
22. Hekim tarafından hasta taburcu planı bulunmasa dahi, hastanın hemşirelik bakımına ilişkin taburcu edilmesine ön ayak olurum.	1	2	3	4
23.Bana rahatsızlık veren bir hekimi uygun müdür veya yöneticiye bildiririm.	1	2	3	4
24. Yeni bir hemşirelik ünitesinin oluşturulması ya da hemşireler tarafından kullanılacak yeni ekiplamların alımlarına ilişkin konularda yöneticilerime teklifte bulunurum.	1	2	3	4
25. Her hasta için psiko-sosyal bir değerlendirme yaparak, bu bilgiyi hemşirelik bakım yönteminde kullanırım.	1	2	3	4
26. Klinik uygulamamda kullanmak üzere diğer öğretilerdeki değerlendirme araçlarını kendime uyarlarım.	1	2	3	4
27. “Yemek kitabı” olarak tanımlanan hastane prosedür el kitabından sapmak anlamına dahi gelse, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için mesleki muhakememi kullanarak hasta bakım	1	2	3	4

prosedürlerini gerçekleştiririm.				
28. Eğitim ve tecrübe açısından eksik olduğum bir ihtisas alanında geçici olarak görev almayı ve görevin gereklerini yerine getirmeyi reddederim.	1	2	3	4
29. Hekimin talimatı bulunmadığı durumlarda, hastanın beslenme ve sosyal hizmetler ricasını gerçekleştiririm.	1	2	3	4
30. Durumu bozulan hastanın hayati işaretlerinin sıklığını yükseltecek hemşirelik raporlarını, böyle bir görüntülemenin sıklığını arttıracak tıbbi bir emir bulunmasa bile, kaydederim.	1	2	3	4
31.Eğitim ve tecrübemle eksik olduğum özel ihtisas biriminde geçici olarak görev alarak, çalışmayı kabul ederim.	1	2	3	4
32. Sosyal hizmetlere ya da beslenmeye uygun kurum içi sevkleri ancak bir hekim talimatıyla yaparım.	1	2	3	4
33.Bir hastanın evde bakım ihtiyacını sadece bir hekim tarafından talimat aldığımda değerlendiririm.	1	2	3	4
34. Alerjisi olduğunu bildiren bir hastaya, doktor benim eylemlerimden sorumlu olmayı kabul ederse, ilaç tedavisi uygularım.	1	2	3	4
35. Hemşire-hekim zıtlığından doğan, benimde içinde bulunduğum her vakada tüm hata ve suçları üstlenirim.	1	2	3	4

Telif Hakkı: Karen Kelly Schutzenhofer tarafından, 1992, EdD, RN, CNAA.İzinsiz kullanılamaz.

**Ek 2.1:**

Esra, please forgive me for taking so long to respond to your email.

I am attaching a packet of information on the NAS for your use. You may use the scale but I ask that you send me a copy of your study and let me know where it is published if you are successful in publishing your work.

Please don't hesitate to contact me with any questions in the future.

Please note my name change to Karen Kelly.

KarenKelly,EdD,RN,NEA-BC  
 AssociateProfessorand  
 Coordinator,ContinuingEducation  
 SIUESchoolofNursing  
 Dept.ofPrimaryCareandHealthSystemsNursing  
 Box1066  
 Edwardsville,IL62026-1066  
 618-650-3908  
 fax: 618-650-2522

In a message dated 8/31/2009 4:40:15 P.M. Central Daylight Time, esransyb@hotmail.com writes:

DearKarenKellySchutzenhofer:

I am a master student in Istanbul University Florence Nightingale Nursing College fromTurkey.

I study (master's thesis) about professinol nursing practice and professinol autonomy in nurse.I was scan in internet and I found your's scale Nursing Activity Scale "the measurement of nursing outcomes"May I have your permission to use your scale? Can you send me scoring instructions?

Sincerely

EsraSaracoglu  
 IstanbulUniversity  
 Florence Nightingale Nursing College

**Ek 2.2:****To: Esra Saracoglu****From:** Karen Kelly**Subject:** Nursing Activity Scale

Thank you for your interest in the Nursing Activity Scale.

I developed The Nursing Activity Scale in the mid-1980s to measure professional nursing autonomy. The scale underwent some editorial revisions in 1992 but has remained unchanged since the mid-1980s.

Professional autonomy was a matter of great concern during the last nursing shortage in the late 1980s-early 1990s. In view of the implications of the current worsening shortage, it is a factor that needs continuing study to answer questions about recruiting and retaining a nursing workforce to ensure quality health care. Professional autonomy is also one of the factors to be assessed by health care organizations interested in achieving Magnet Status (through the American Nurses Credentialing Center).

The NAS has been requested by over 500 researchers, directly from me, from the US, Canada, several European countries, South America, Thailand, Australia, Jordan, Hong Kong, and Japan. It is also available through a health care instrument database managed by the University of Pittsburgh. I continue to receive almost monthly requests for the scale from graduate students, doctoral students, and other nurse researchers. Expert nurse reviewers established face validity of the NAS. Studies using the NAS have demonstrated Cronbach's alphas from .80 to .95, establishing reliability.

The 1994 study that I published in *Image: The Journal of Nursing Scholarship* focused on the relationship between autonomy and selected personal (e.g., age) and professional characteristics (e.g., clinical specialty, educational level, role) of the respondents.

***You may use the NAS for your research. At the conclusion of your study, you must send me a copy of the study, including a list of references you cited from my publications. There is no charge for use of the scale.***

You may email me at [kkellys@aol.com](mailto:kkellys@aol.com) or [kkelly@siue.edu](mailto:kkelly@siue.edu) or contact me by mail at my home address which is noted on the scoring instructions to the scale.

Karen Kelly, EdD, RN, CNAA-BC  
Associate Professor &  
Coordinator, Continuing Education  
Southern Illinois University Edwardsville

School of Nursing

## Ek 3:

## Hemşirelik Aktivite Ölçek' i Maddelerinin Cevaplanma Dağılımı (N=410)

İFADELER	1.Çok Nadir Bu Şekilde Davranırım		2.Nadiren Bu şekilde Davranırım		3.Genel Olarak Bu Şekilde Davranırım		4.Çoğunlukla Bu Şekilde Davranırım	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
1. Kendim için profesyonel bir kariyer planı geliştirir ve bu plandaki adımların başarısı için düzenli olarak değerlendirme yaparım.	66	16.1	106	25.9	168	41.0	70	17.1
2. Uygun eğitim ve tecrübe ile bağımsız hemşirelik çalışmasına başlamayı düşünürüm.	17	4.1	77	18.8	218	53.2	98	23.9
3. Hasta için eğitim planından sonuç alınmıyorsa, hemşirelik takibi açısından bir şans olmadığı için hastayı taburcu etmek için verilen herhangi bir tıbbi emre karşı çıkarım.	90	22.0	121	29.5	125	30.5	74	18.0
4. Tekrar eden bir klinik hemşirelik problemini soruşturmak üzere hemşirelik araştırması başlatırım.	47	11.5	114	27.8	184	44.9	65	15.9
5. Hekimin ilacın verilmesi yönündeki ısrarına rağmen kontrendike (ters etki gösteren/uyarıcı) bir ilacı uygulamayı reddederim.	65	15.9	101	24.6	162	39.5	82	20.0
6. Hasta tedavi planına cevap vermiyorsa, hastanın hekimine danışırım.	9	2.2	49	12.0	168	41.0	184	44.9
7. Bir hemşire olarak ne yapacağım yönündeki son kararım için doktorlara değil, hemşirelik mesleğime bağlı kalırım.	59	14.4	57	13.9	166	40.5	128	31.2
8. Bir doktorun emrini beklemeden hastaneye yatırılan bir hastanın evde bakım ihtiyacını değerlendirerek, böyle bir sevk için gereğini belirlerim.	195	47.6	114	27.8	71	17.3	30	7.3
9.İş tanımındaki pozisyonunu daha da geliştirecek değişiklikleri müdürüme teklif ederim.	83	20.2	127	31.0	135	32.9	65	15.9
10. Hekim tarafından daha önce kullanılmış ya da kullanılmamış olan bir ilacı uygulamadan önce yeni bir ilaç tedavisi ya da ilaç tedavisindeki değişim hakkında hastanın sorularını cevaplarım.	12	2.9	31	7.6	177	43.2	190	46.3
11.Hasta ünitesindeki hemşire kontrollerini(vizitelerini) başlatırım.	6	1.5	16	3.9	125	30.5	263	64.1
12. Hemşire arkadaşlarımla, tıbbi talimatları gerçekleştirmemle ilgili baskısına rağmen ters etki gösterecek bir ilacı hastaya uygulamayı reddederim.	34	8.3	70	17.1	178	43.4	128	31.2

13. Bir hasta bakım planına cevap vermediği zaman diğer hemşirelere danışırım.	6	1.5	33	8.0	182	44.4	<b>189</b>	<b>46.1</b>
14. Mevcut hemşirelik literatüründe tanımlanan hasta bakımındaki yenilikleri rutin olarak yerine getiririm.	12	2.9	103	25.1	<b>178</b>	<b>43.4</b>	117	28.5
15. Hasta değerlendirmem esnasında eğer hastanın psikiyatrik bir tedaviye ihtiyacı olduğu gözüküyorsa hasta hekiminden böyle bir psikiyatrik danışma talebinde bulunurum.	18	4.4	46	11.2	<b>186</b>	<b>45.4</b>	160	39.0
16. Yakın zamanda taburcu olmuş hastalara, hasta eğitiminin etkisini değerlendirmek için durumlarını takip edecek telefon aramaları yapmak gibi yenilikçi hemşirelik faaliyetlerini teşvik ederim.	<b>219</b>	<b>53.4</b>	92	22.4	71	17.3	28	6.8
17. Hastanın, uygulamanın riskleri hakkında soruları varsa, hastanın hekimine danışmadan önce teşhis yordamı ve riskleri ile ilgili hastanın anlama düzeyini değerlendiririm.	58	14.1	99	24.1	<b>178</b>	<b>43.4</b>	75	18.3
18. Bir mesleki hata davası karşısında hastane ya da hekim tarafından korunmayı beklemeden kendi mesleki davranışımın tam sorumluluğunu üstlenirim.	20	4.9	40	9.8	<b>199</b>	<b>48.5</b>	151	36.8
19. Hasta bakımını etkileyen politikalar konusunda hemşirelerin tavsiyelerine dair işveren kurumunda etkili iletişim kanalları geliştiririm.	49	12.0	129	31.5	<b>168</b>	<b>41.0</b>	64	15.6
20. Klinik çalışma alanıma uygun değerlendirme araçlarını inceler ve değerlendiririm.	25	6.1	84	20.5	<b>222</b>	<b>54.1</b>	79	19.3
21. Hemşirelik bakım planı ve uygulamasında kullanmak üzere hastanın fiziksel değerlendirmesindeki verileri şemaya kaydederim.	10	2.4	38	9.3	162	39.5	<b>200</b>	<b>48.8</b>
22. Hekim tarafından hasta taburcu planı bulunmasa dahi, hastanın hemşirelik bakımına ilişkin taburcu edilmesine ön ayak olurum.	45	11.0	82	20.0	<b>177</b>	<b>43.2</b>	106	25.9
23. Bana rahatsızlık veren bir hekimi uygun müdür veya yöneticiye bildiririm.	22	5.4	63	15.4	<b>202</b>	<b>49.3</b>	123	30.0
24. Yeni bir hemşirelik ünitesinin oluşturulması ya da hemşireler tarafından kullanılacak yeni ekiplamların alımlarına ilişkin konularda yöneticilerime teklifte bulunurum.	48	11.7	90	22.0	<b>163</b>	<b>39.8</b>	109	26.6
25. Her hasta için psiko-sosyal bir değerlendirme yaparak, bu bilgiyi hemşirelik bakım yönteminde kullanırım.	14	3.4	57	13.9	<b>218</b>	<b>53.2</b>	121	29.5
26. Klinik uygulamamda kullanmak üzere diğer öğretilerdeki değerlendirme araçlarını kendime uyarlarım.	28	6.8	83	20.2	<b>200</b>	<b>48.8</b>	99	24.1
27. "Yemek kitabı" olarak tanımlanan hastane prosedür el kitabından sapmak anlamına dahi gelse, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için mesleki muhakememi kullanarak hasta bakım prosedürlerini gerçekleştiririm.	43	10.5	66	16.1	<b>173</b>	<b>42.2</b>	128	31.2
28. Eğitim ve tecrübe açısından eksik olduğum bir ihtisas alanında geçici olarak görev almayı ve görevin	81	19.8	102	24.9	<b>142</b>	<b>34.6</b>	85	20.7

gereklerini yerine getirmeyi reddederim.								
29. Hekimin talimatı bulunmadığı durumlarda, hastanın beslenme ve sosyal hizmetler ricasını gerçekleştiririm.	35	8.5	115	28.0	<b>169</b>	<b>41.2</b>	91	22.2
30. Durumu bozulan hastanın hayati işaretlerinin sıklığını yükseltecek hemşirelik raporlarını, böyle bir görüntülemenin sıklığını arttıracak tıbbi bir emir bulunmasa bile, kaydedirim.	10	2.4	27	6.6	125	30.5	<b>248</b>	<b>60.5</b>
31.Eğitim ve tecrübemle eksik olduğum özel ihtisas biriminde geçici olarak görev alarak, çalışmayı kabul ederim.	82	20.0	108	26.3	<b>123</b>	<b>30.0</b>	97	23.7
32. Sosyal hizmetlere ya da beslenmeye uygun kurum içi sevkleri ancak bir hekim talimatıyla yaparım.	20	4.9	49	12.0	<b>196</b>	<b>47.8</b>	145	35.4
33.Bir hastanın evde bakım ihtiyacını sadece bir hekim tarafından talimat aldığımında değerlendiririm.	<b>142</b>	<b>34.6</b>	133	32.4	100	24.4	35	8.5
34. Alerjisi olduğunu bildiren bir hastaya, doktor benim eylemlerimden sorumlu olmayı kabul ederse, ilaç tedavisi uygulamam.	131	32.0	79	<b>19.3</b>	<b>96</b>	23.4	104	25.4
35. Hemşire-hekim zıtlığından doğan, benimde içinde bulunduğum her vakada tüm hata ve suçları üstlenirim.	<b>255</b>	<b>62.2</b>	71	17.3	53	12.9	31	7.6

HAÖ' nin her maddesinin cevaplama ifadelerine göre dağılımı gösterilmektedir.

EK 4

Doç. Dr. Aytolan Yıldırım



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



Sayı : 8256  
Konu :

İstanbul ..... / ..... / .....

19 Mart 2009

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Müdürlüğüne

İLGİ: 23.02.2009 tarihli, 447 sayılı yazınıza:

Okunuz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Aytolan YILDIRIM'ın danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimine devam eden Esra SARAÇOĞLU'nun yürüteceği "Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" başlıklı Yüksek lisans tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 03 Mart 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:  
1 dosya

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK  
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

Gelen Kayıt No: 1042  
Gelen Tarihi: 29.4.2009

İşlemler  
29.4.09  
EY

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



Sayı : Konu: Esra Saraçoğlu'nun  
Konu : tez çalışması hak.

İstanbul ....2-2 Aralık 2009.....

18627

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne

İLGİ:12.06.2009 tarihli, 1826 sayılı yazımıza:

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.AYTOLAN YILDIRIM'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimi alan yüksek lisans öğrencisi ESRA SARAÇOĞLU'nun "Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yürüteceği hakkındaki ilgi yazımızdan bilgi edinilmiş olup, konu Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Özgün ENVER  
Mekil Dekan

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

**PROTOKOL**

**Taraflar:**

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile **İSTANBUL** Üniversitesi/Hastanesi **SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ** Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar** *Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi* dir.  
**Çalışmanın adı.** *Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi* dir.

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler** *Esra SARAÇOĞLU* dur.

**Konusu:**

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

**Sözleşme şartlarında aykırılık:**

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

**Protokolün süresi:**

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda **3 ay** süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç** *27.07.2009* /**Bitiş** *27.10.2009*...

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

**İhtilafların çözümü:**

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

**Yürürlük:**

a) Çalışma yayım/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayım/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

**Ek Bilgi:**

**Taraflar:**

*23.07.2009*  
Ünvanı-Adı-Soyadı  
**Esra SARAÇOĞLU**

*ghw*

*...../...../2009*  
**Uz. Dr. İbrahim TOPÇU**  
Sağlık Müdür Yardımcısı

**OLUR**  
*...../...../2009*  
Vali a.  
**Doç. Dr. Ali İhsan DOKUCU**  
Sağlık Müdürü

*\_\_\_\_\_*



Sayı : 479  
Konu

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK  
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ  
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı



Tarih:08.06.2010

Bahçelievler Medikal Park Hastanesi  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne

Anabilim Dalımızda danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimine devam eden **Esra Saraçoğlu**'nun "Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi " başlıklı tez çalışmasını Kurumunuzda uygulayabilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

yapabilir.  
Tebliğde Avcı  
Tebliğde

Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM  
Hemşirelikte Yönetim  
Anabilim Dalı Başkanı

EK: Uygulama Formu

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	ESRA	<b>Soyadı</b>	SARAÇOĞLU
<b>Doğ.Yeri</b>	SAMSUN	<b>Doğ.Tar.</b>	01.03.1983
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	18308037628
<b>Email</b>	esransyb@hotmail.com	<b>Tel</b>	05054659331

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>		
<b>Lisans</b>	İ.Ü. FLORENCE NIGHTINGALE HYO	2006
<b>Lise</b>	MİLLİ PİYANGO ANADOLU LİSESİ SAMSUN	2001

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	HEMŞİRE	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	2006 EYLÜL- 2007 TEMMUZ
2.	HEMŞİRE	BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2007 TEMMUZ-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	Diğer Puanı
İNGİLİZE	İYİ	İYİ	İYİ	50	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>		63	
<b>(Diğer) Puanı</b>			

**Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
<b>Word</b>	iyi
Power Point	iyi

**Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri****Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitaplar ve sinema**