

T.C
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ VE DAHİLİYE SERVİSLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ
PROFESYONELLİK TUTUMLARI VE BAKIM
ROLLERİNE ORYANTASYONLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu HENDEKÇİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

ORDU- 2020

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Arzu HENDEKÇİ tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yürütülen "Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Belirlenmesi" adlı bu tez, jürimiz tarafından 14/01/2020 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yeşim YAMAN AKTAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

ONAY

24./01./2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 31./01./2020 tarih ve .2020/21. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

31./01./2020

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Arzu HENDEKÇİ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen, yol gösteren, hiçbir zaman bilgisini ve yardımlarını esirgemeyen ve yanımda olduğunu hissettiren değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteği ile bana yol gösteren Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Tez çalışmamın istatistiksel analiz aşamasındaki büyük katkılarından dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi Cantürk ÇAPIK'a,

Yüksek lisans tez araştırmamla ilgili veri toplama sürecinde katılım sağlayan Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışması sürecinde benden yardım ve desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarıma,

Hayattaki varlığımı tamamlayan, hayatım boyunca desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen AİLEM'e, yakın arkadaşlarım Feride ARSLANOĞLU ve Nesrin ÇAKIR'a,

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım..

Arzu HENDEKÇİ

ÖZET

CERRAHİ VE DAHİLİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ PROFESYONELLİK TUTUMLARI VE BAKIM ROLLERİNE ORYANTASYONLARININ BELİRLENMESİ

Amaç: Bu araştırma, cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ve bakım rollerine oryantasyonlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırma Ordu il merkezinde bulunan bir kamu hastanesi ve üniversite hastanesinin cerrahi ve dahili birimlerinde çalışmaya katılmayı kabul eden 198 hemşire ile gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri" (MPTE) ve "Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği" (HBROÖ) kullanıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve kurum izinleri alındı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, pearson korelasyon ve lineer regresyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Hemşirelerin meslekte profesyonel tutumlarının yüksek (138.42 ± 12.28) ve bakım rollerine oryantasyonlarının (82.17 ± 8.22) iyi düzeyde olduğu tespit edildi. Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin profesyonel tutumları diğer birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.021$). HBROÖ "araştırma" alt boyut puan ortalaması ile MPTE ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde düşük düzeyli ilişki bulundu ($r= -0.212$, $p=0.003$). HBROÖ "hemşire/hasta etkileşimi" alt boyut puan ortalaması ile MPTE ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde düşük düzeyli ilişki bulundu ($r= 0.172$, $p=0.015$). HBROÖ'nin "iş birliği" ve "otonomi" alt boyutları puan ortalaması ile MPTE ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin meslekte profesyonel tutumlarının yüksek ve bakım rollerine oryantasyonlarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Hemşireliği, Dahiliye Hemşireliği, Bakım Rolü, Profesyonel Hemşirelik, Profesyonel Tutum, Bakım Oryantasyonu

ABSTRACT

DETERMINATION OF PROFESSIONAL ATTITUDE AT OCCUPATION AND CARE ROLE ORIENTATIONS OF NURSE WORKING IN SURGERY AND MEDICAL CLINICS

Aim: This research was carried out to determine the nurses working in internal medicine and surgical clinics the professionalism attitude at occupation and their orientation of care roles.

Material and Method: The research was conducted descriptive nature with 198 nurses who agreed to participate study in the surgical and internal medicine units of a public hospital and university hospital in Ordu city center. The data were collected by using "Questionnaire Form", "Inventory Professional Attitude at Occupation" and "Nursing Care Role Orientation". The necessary ethics committee approval and institutional permission have been obtained for research. The data were analysed with the frequency, percent, independent sample t-test, Pearson correlation and linear regression analysis. A significance level was taken as 0.05.

Results: It was determined that the professionalism attitudes of nurses in the occupation were high (138.42 ± 12.28), their orientation to care roles were at the good level (82.17 ± 8.22). Professional attitudes of nurses working in internal medicine units are higher than nurses working in other units and this result is statistically significant ($p=0.021$). A statistically significant low-level and negative correlation was found between the mean score of the HBROO research subscale and the mean score of the MPTE scale ($r= -0.212$ $p=0.003$). A statistically significant, low-level and positive correlation was found between the mean score of the HBROO nurse/patient interaction subscale and the mean score of the MPTE scale ($r= 0.172$ $p=0.015$). No statistically significant relationship was found between the point average of the HBROO's "Collaboration and Autonomy" sub-dimensions and the point average of the MPTE scale ($p>0.05$).

Conclusions: It was determined that the professionalism attitudes of nurses in the occupation were high and their orientation to care roles were at the good level.

Key Words: Surgical Nursing, Medical Nursing, Care Role, Professional Nursing, Professional Attitude, Care Orientation

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Meslek.....	4
2.1.1.Meslekleşme ve Meslek Ölçütleri.....	6
2.1.2.Hemşirelik ve Meslekleşme.....	8
2.2.Profesyonellik.....	11
2.2.1.Mesleki Profesyonellik.....	11
2.2.2.Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik.....	13
2.2.2.1.Miller'in Profesyonel Hemşirelikte Tekerlek Modeli.....	16
2.3. Hemşirelik Tanımı ve Rollerini.....	25
2.3.1.Bakım Rolü.....	27
2.3.2.Eğitici Rolü.....	27
2.3.3.Araştırmacı Rolü.....	27
2.3.4.Yönetici Rolü.....	28
2.3.5.Karar Verici Rolü.....	29
2.3.6.Savunucu Rolü.....	29

2.3.7.Kariyer Geliştirici Rolü.....	29
2.3.8.Liderlik Rolü.....	29
2.3.9.Özerk ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü.....	30
2.3.10.İletişim ve Koordinatörlük Rolü.....	30
2.3.11.Rehabilitasyon Edici Rolü.....	32
2.3.12.Rahatlatıcı Rolü.....	32
2.3.13.Tedavi Edici Rolü.....	32
2.3.14.Danışman Rolü.....	32
2.4.Hemşirelik Bakımı ve Profesyonellik.....	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1.Araştırmanın Türü.....	36
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	36
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.3.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	36
3.3.2.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	36
3.4.Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.4.2.Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri.....	37
3.4.3.Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği.....	38
3.5.Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	38
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları.....	40
3.9.Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler.....	40
3.10.Araştırma Planı.....	41
4.BULGULAR.....	42
5.TARTIŞMA.....	57
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1.Sonuç.....	66
6.2.Öneriler.....	67
KAYNAKLAR.....	69

EKLER	83
Ek.1.Kişisel Bilgi Formu.....	83
Ek.2.Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri.....	84
Ek.3.Hemşirelikte Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği.....	86
Ek.4.Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	88
Ek.5.Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Kullanım İzni.....	89
Ek.6.Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği Kullanım İzni.....	90
Ek.7.İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	91
Ek.8.Etik Kurul Onayı.....	92
ÖZGEÇMİŞ	93



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Miller'in Profesyonel Hemşirelikte Tekerlek Modeli.....	17
Şekil 2.2. APRN Eğitim Müfredatı Aşamaları.....	18
Şekil 2.3. Profesyonel Hemşirelik Uygulama Düzenleme Modeli.....	21
Şekil 3.1. Araştırma Planı.....	41



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. İş ve Meslek Arasındaki Farklılıklar	6
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	39
Tablo 3.2. Verilerin Normal Dağılımı.....	40
Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.2. Hemşirelerin MPTE Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 4.3. Hemşirelerin HBROÖ Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.4. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre MPTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.6. MPTE, HBROÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
Tablo 4.7. HBROÖ ve Alt Boyutları İle MPTE Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	56
Tablo 4.8. HBROÖ ve Alt Boyutları İle MPTE Arasında Regresyon Analizi.....	56

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ICN	: International Council of Nursing
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: American Nurses Association
THD	: Türk Hemşireler Derneği
APRN	: Advanced Practice Registered Nursing
MPTE	: Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
LSD	: Least Significant Difference
Std	: Standart
SS	: Standart Sapma
Min	: Minimum
Max	: Maksimum

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meslek, yükseköğretim düzeyinde sistemli bilgi ve beceri gerektiren, etik kuralları doğrultusunda görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş olan, toplumun ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunan, belirli bir ücret karşılığı yapılan iş olarak tanımlanmaktadır (Bernard MC, 2004; Erbil ve Bakır, 2009; Şentürk, 2013). Meslek kavramı ile iş kavramı zaman zaman karıştırılsa da ikisi de birbirinden farklıdır. Meslekler işin evrimleşmesiyle oluşur. Meslek başlangıçta işin bileşeni olsa da zamanla özelleşmiş bilgi temeli ve yasal statüsünün oluşması gibi farklılıklara sahip olmuştur (Karadağ, 2002).

International Council of Nurses (ICN) hemşireliği, "birey/aile ve grupların sağlığını koruyucu önlemler alma ve sağlığını geliştirmeye yardım etme, hastalık halinde iyileşme ve rehabilitasyon çalışmalarında bulunan bir meslek" olarak tanımlamaktadır (Karamanoğlu ve ark., 2009). Hemşirelik özünde "bakım" eylemini bulundurmasıyla Florence Nightingale'den bu yana profesyonel meslekler grubunda yer almaya çalışmaktadır (Korkmaz, 2011). Virginia Henderson, hemşirelik bakımının parçalarını belirlemek için 14 temel hasta gereksinimi belirlemiştir. Hemşire, hastadan gözlem, dinleme, hissetme, koklama yoluyla veri toplayarak hastanın temel gereksinimlerinden hangisini karşılamakta güçlük çektiğini belirler ve nedenlerini araştırır. Topladığı bu veriler ile hastanın mevcut ve olası sorunlarını belirler. Bakımı, temel insan gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına yönelik yapar ve hastanın temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur. Son aşama olarak bakımın kalitesini ve hemşirenin bakımda başarı durumunu değerlendirir (Biol L, 2007; Aştı ve Karadağ, 2012). Bakım verme, hemşireliğin geleneksel ve modern hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan en eski, özerkliğin ise en çok kazanıldığı tek rolüdür (Taylan ve ark., 2012).

Bakım ihtiyacı evrensel bir olgu olmasına rağmen bakımın uygulanması sosyo-kültürel normlara da dayanmaktadır (Aştı ve Karadağ, 2012). Sağlık hizmeti sunumundaki hızlı değişmelerle birlikte sağlık sektörünün finansal desteği kısıtlanmış ve sağlık sisteminde rekabetçi pazar önemli hale gelmiştir. Bu durum

karşısında hastaya odaklanma ve hasta merkezli bakım mesleki stratejinin önemli bir bileşeni olarak ortaya çıkmıştır (Drach Zahavy, 2009).

Hemşirelik ilk zamanlarında hasta bireylerin sadece fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesine odaklansa da toplum yapısının değişmesi, tıbbi teknolojik gelişmeler ve talebin artması sonucu sağlıklı/hasta bireye bütüncül yaklaşım modelini geliştirmiştir (Björkström ve ark., 2008; Görüş ve ark.,2014). Günümüzde hemşirelik tedavi edici/uygulayıcı rolünden, koruyucu/sağlığı geliştirici rollerine yönelmiştir. Bu durum hemşireliğe yeni roller tanımlanmasına katkı sağlamıştır. (Adıgüzel ve ark., 2011). İngiltere ve Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) klinik alanlarda uzman eğitim alan hemşireler, fiziksel muayene yapma ve reçete yazma yetkisini elde etmişlerdir (Avery and James, 2007). Hemşirelik modern hemşirelik rollerinin genişlediği ve mesleki profesyonellik seviyesinin yükseldiği bir süreç içerisinde bulunmaktadır (Adıgüzel ve ark., 2011).

Profesyonel hemşirelik bakımı, hastalarda olumlu sonuçlar elde edilmesinde çok önemli bir unsur ve çalışanların sahip olduğu profesyonel değerlerin aynası olarak görülmektedir (Aştı ve Karadağ, 2012). Drach (2009) yaptığı araştırmada hasta bakım oryantasyonu yüksek olan hemşirelerin, hasta merkezli bakımda profesyonel bakım davranışları sergilediğini söylemiştir. Yüzer (2010) hemşirelerin; bakım hizmeti sağlayıcı, sağlığı koruyucu ve geliştirici rolünü en sık danışmanlık sağlama rolünü ise en az yerine getirdiklerini tespit etmiştir.

Kaliteli bakım verilmesi günümüzün hızla değişen sağlık bakım ortamlarında profesyonel hemşirelere duyulan ihtiyacı gündeme getirmiştir. Bu yüzden hemşirelik için profesyonellik her geçen gün artarak önem kazanmaktadır (Erol, 2016). Ülkemizde hemşirelerin bakım rolü oryantasyonu ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile hemşireliğin temel görevi olan bakım rolündeki profesyonel tutumunun belirlenmesi ve önerilerle mesleki alanda iyileştirmenin planlanmasına katkıda bulunulması hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı "cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ve bakım rollerine oryantasyonlarının belirlenmesi" dir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerinin mesleki profesyonellik tutum düzeyleri nedir?
- Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım rollerine oryantasyon düzeyleri nedir?
- Cerrahi ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerinin mesleki profesyonellik tutumları bakım rollerine oryantasyonlarını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meslek

Meslek kelimesinin İngilizce karşılığı olan "*profession*" kelimesi Latince kökenli "*profiteri*" (kamu ilanı) kelimesinden İngilizceye 13. yy'da "*profes*" (ortaçağda dinsel düzen adına yemin etmek) olarak kazandırılmış, 16. yy'da bir kişinin yaşamı ve ruhu kurtaran bir uğraş verdiği ve genellikle rahiplerin, doktorların ve avukatların çalışmalarına atıfta bulunduğu bir kamu beyanının yapılmasını içerecek şekilde genişletilmiştir. Kelime 1675 yılından sonra "*yeteri kadar nitelikli olma*" anlamında kullanılmıştır (Cirhinlioğlu, 1996; Loh, 2000).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde İş, "İstenilen bir sonuca ulaşmak ya da bir ürünü oluşturmak için güç ve emek harcanarak yapılan çalışma, etkinlik" olarak tanımlarken, Meslek ise "Eğitim temelinde sistemli bilgi ve beceri ile kazanılan topluma yararlı mal üretmek, hizmet sunmak, karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" olarak tanımlanır.

Ulusoy ve Görgülü'ye (1995) göre meslek, "Genellikle uzun ve yüksek dereceli bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraş" olarak tanımlanmıştır (Karadağ, 2002).

Huber (2000) ise mesleği; "Toplumun ihtiyaç duyduğu bir hizmeti karşılayan ve uzmanlık, otonom, uzun eğitim hazırlığı, bağlılık ve sorumluluk özelliklerine sahip bir iş" olarak tanımlamıştır (Black, 2014).

Meslek toplumsal sorunları çözümlenmede özel bilgi ve beceriye sahip, kazançtan önce hizmet sunmayı hedefleyen, kendine özgü kanuni ve ahlaki kuralları olan, üyelerinin otonomi sahibi olduğu, bireylerin geçimini sağladığı görece sürekli bir faaliyet tarzı olarak tanımlanabilir. İnsan sosyal bir varlıktır ve insanın sosyal olabilmesi için toplumun var olması gerekir. Bireylerin iş bölümünü oluşturması ve biçimlendirmesi sonucu oluşan meslekler toplumun yapılaşmasına, örgütlenmesine, toplumsal uzlaşmaya ve istikrar sağlanmasına katkıda bulunurlar (İşçi, 2015).

Mesleğin temelinde toplumun gereksinimi vardır. Bir mesleğe sahip olmak, mesleki rolleri üstlenmek toplumsal süreçte önemli sorumluluklar yüklenmeyi gerektirir. Bir meslek eğer toplumun değerleri ile uyum sağlıyorsa toplum tarafından kabul görür ve toplumla meslek arasındaki sözleşmeden bahsedilebilir. Toplumsal sözleşmeye göre toplum, yaşamsal önem taşıyan (insan yaşamına ve insan ilişkilerine odaklı meslekler) işlevler konusunda meslek gruplarına yetki verir ve bağımsızlığını sağlar. Meslek toplumsal gelişimi ve dinamiği etkilediği gibi toplum da mesleğin gelişimini etkilemektedir. Mesleğin kazandığı değer topluma verdiği hizmetin büyüklüğüne ve önemine göre değişir. (Eskimez ve ark., 2008; Korkmaz, 2011).

Günümüzde iş ve meslek kavramları birbirinin yerine kullanılmakta net bir ayrım yapılamamaktadır. İş ve meslek arasındaki farklılıklar; başta sosyoloji olmak üzere antropoloji, psikoloji, ekonomi, işletme gibi diğer bilim dalları tarafından da araştırılan disiplinler arası bir inceleme konusu olmuştur (İlhan, 2004; Seçer, 2007).

Bir işin meslek sayılabilmesi için belirli standartlarının olması gerektiği düşüncesi 1900'lü yıllara kadar uzanır. Bir iş ya da uğraşın meslek olarak tanınması için taşınması gereken bazı nitelikler vardır. Bunlar;

- Toplum tarafından elde edilemeyecek bilgi birikimine sahip olmalı, bu bilgiyi kendi tekeline tutabilmeli ve sürekli araştırmalarla geliştirebilmelidir.
- Yüksek öğrenim seviyesinde eğitilmeli ve meslek içinde üst düzeylere ulaşabilmelidir.
- Toplum tarafından kabul görmeli, toplumun ihtiyacını karşılamalı, hizmet etmeli ve mesleki bilgiyi toplumun yararına kullanabilmelidir.
- Mesleki ahlak/etik ilkeleri olmalı, kanunlara ve toplumun normlarıyla uyumluluk göstermelidir.
- Mesleki hakları korumak, özerkliği sağlamak adına üyelerin bir araya geldiği güçlü örgütleri olmalıdır.

- Mesleğin belirli bir ekonomik kazancı olmalıdır (Seçer, 2007; Ayaz, 2010; Özpekin ve Erdim, 2016).

Tablo 2. 1. İş ve meslek arasındaki farklılıklar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

İŞ	MESLEK
Eğitim iş üzerinde olabilir	Eğitim üniversitede olmalıdır
Eğitimin süresi değişkendir	Eğitimin süresi uzundur
Çoğunlukla elle yapılır	Zihinsel yaratıcılık içerir
Karar vermede tecrübe veya deneme yanılma yolu kullanılır	Karar vermede çoğunlukla bilim ya da teorik yapılar kullanılır
İnanç, değerler ve etik hazırlık aşamasında ön planda değildir	İnanç, değerler ve etik hazırlık aşamasının bir parçasıdır
İşe bağlılık ve kişisel kimlik değişebilir	İşe bağlılık ve kişisel kimlik güçlüdür
İşçiler denetlenir	İşçiler özerktir
Kişiler genellikle iş değiştirir	Kişiler mesleğini değiştirmeyi istemezler
Maddi ödül motivasyonu artırır	İşe bağlılık maddi ödülü aşar
Sorumluluk öncelikle iş verene aittir	Sorumluluk bireye aittir

Black(2014) Chapter 3: Nursing's Patway to Professionalism; Comparison Characteristics of Occupations and Professions.S:55

2.1.1. Meslekleşme ve Meslek Ölçütleri

Meslekleşme, bir işin meslek olma yolunda çaba harcanarak belirli nitelikler ve statü kazandığı dinamik bir süreçtir. Meslekleşme sürecinde mesleğin uyması gereken kurallar iş tarafında zayıf, meslek tarafında kapsamlıdır (Erbil ve Bakır, 2009).

Flexner 1915'de mesleği işten ayırabilmek adına meslek ölçütlerini tanımlamıştır. Flexner'e göre meslek ölçütleri;

1. Temelde zihinseldir ve üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir.
2. Öğrenilebilen, yenilenebilen ve araştırmalarla yeniden üretilebilen bilgi birikimine dayanır.

3. Teorik olmanın yanı sıra pratiktir.
4. İleri düzeyde özelleşmiş mesleki eğitim süreciyle öğretilebilir.
5. Üyeler arasında güçlü bir iç örgütlenme ve iyi gelişmiş grup bilinci vardır.
6. Meslek üyeleri birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya isteklidir (Karadağ, 2002; Black, 2014).

Hughes 1928'de iş bölümünün toplumsal statü sınıflandırmasını belirlemek ve mesleğin profesyonelleşme düzeyini anlamak amacıyla; " bireylerin mesleğe nasıl girdiklerini", " mesleğin toplumun gözündeki yerini" ve "bireylerin mesleğine ilişkin tutumlarını" incelemiştir. Hughes, Goode ve Barber mesleklerin iki önemli özelliklerini açıklamışlardır. Bunlar;

1. Aşamalı bir eğitim süreci sonunda ulaşılan bilimsel bilgi
2. Bir meslek örgütü etrafında birleşme

Örneğin; tıp, hukuk gibi mesleklere girebilmek için adaylar uzun bir eğitimden geçer ve mesleğe girdikten sonra da bu eğitim süreci araştırmalarla birlikte devam eder. Mesleğe kabul edilen üyeler mesleki kurallara uymak zorunluluğundadır. Hata yapan meslek üyesi meslek örgütündeki diğer bir üye tarafından denetlenir, gerekirse uygun ceza verilir ya da yaptırım uygulanabilir (Cirhinlioğlu, 1996).

Genevieve ve Roy Bixler hemşireliği 1945'de meslek ölçütleri açısından değerlendirmiş, 1959'da kendi orijinal kriterlerini açıklamışlardır. Bunlar;

1. Meslek uygulamalarında iyi tanımlanmış ve iyi organize edilmiş özel bilgiyi kullanır, bu bilgi ancak yüksek eğitimle öğrenilebilen zihinsel düzeyde bir bilgidir.
2. Meslek kullandığı bilgi birikimini sürekli olarak genişletir, yeni eğitim teknikleri geliştirir ve uygulamalarında bilimsel bilgiyi kullanarak hizmet verir.
3. Meslek kendi uygulayıcılarının eğitimi yüksek eğitim düzeyindeki kurumlara bırakır.
4. Meslek bilgi birikimini kişiler ve sosyal refah için hayati önemi olan hizmetlerde kullanır.

5. Meslek, mesleki politikaları oluşturmada ve mesleki aktiviteleri kontrol etmede otonomiye sahiptir.
6. Meslek bireyleri cezbeder.
7. Meslek, uygulayıcılarına eylemlerinde serbestlik verme, sürekli mesleki gelişme fırsatı sağlama ve ekonomik güvence sağlama çabası içerisindedir (Karadağ, 2002).

2.1.2. Hemşirelik ve Meslekleşme

Her çağda kendini yenilemeyi ve geliştirmeyi başaran hemşirelik birey/aile ve grupların hastalık halinde iyileşmesini, mevcut sağlığın korumasını, rahatlık, konfor ve güvenin sağlanmasını amaçlamaktadır (Nazik ve Arslan, 2014).

Dorothy C. Hall; " Hemşirelik sağlık sisteminde yer alan disiplinlerden biridir. Hemşireliğin, toplumun hemşireliği geliştirmesi ve düzenlemesi açısından oluşturacağı tüm grup ve bireylerden bağımsız olan bir yaşam şekli vardır. Hemşirelik sağlık sisteminin bir parçası olarak görülsün ya da görülmesin hep vardır ve var olacaktır" söylemi ile hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğunu ifade etmiştir (Şentürk, 2013).

Perihan Velioğlu; "Hemşirelik bir meslek olarak düşünölmeli, hekim istemi altında ya da bağımsız yapacağı işlerde, sorumluluğun yanında yetki de verilmelidir" diyerek hemşireliğin bir meslek olduğu inancının yanı sıra, sorumluluğunu pekiştirecek yetkilerle de donatılması gerektiğini savunmuştur. Velioğlu, "Hemşirelik hizmetleri bir meslek statüsüne erişirken, birincil amacının yalnız bakım vermekle bitmediğini, aynı zamanda hizmet standartlarını geliştirmeyi de kapsadığını görüyoruz. Meslek olmanın belirgin özelliğı, hizmette en iyinin dahi yeterli olmadığının bilinmesidir. Bu bağlamda meslek üyesinin hem düşünceleri hem de idealleri vardır" demekle, hemşirelikte profesyonel anlayışın uzantılarını işaret etmektedir (Şentürk, 2013).

Ölkemizde hemşirelik meslekleşme yolunda ilerleme kaydetmiştir. Hemşireliğin bir meslek olarak değerlendirilebilmesi için mesleki ölçütlere göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Bir işin ya da uğraşın meslekleşmesi yolunda

yaşanan en önemli gelişme değişen toplumsal düzende profesyonel anlamda iyi yetişmiş elemanlara duyulan ihtiyaçtır.

Povalko (1971) meslekleşme ölçütlerini 8 başlıkta incelemiştir. Bu alanlar; bilgi yükü, toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık, sosyallik, meslek ahlakı, mesleğe bağlılıktır (Korkmaz ve Görgülü, 2010). Povalko'nun mesleki ölçütleri ile hemşirelik mesleğinin değerlendirilmesi;

Bilgi Yükü: Hemşirelik eğitimi ve uygulamaları hastanelerde hekim tarafından verilen kısa süreli kurslar yerine üniversite düzeyinde bağımsız olarak gerçekleştirilerek, kendi bilgi kaynağını ve uygulamalarını oluşturmuş ve hemşirelik biliminin oluşmasında bir dönüm noktası olmuştur. Son yıllarda hemşirelik yüksekokulları ve fakültelerinin sayısının artması, yüksek lisans ve doktora programlarının açılmasıyla bilimsel çalışmaların yapılması hemşireliğin bilimsel bilgi alanını genişletmiş ve bilimselleşme yolunda ilerlemesini hızlandırmıştır. Hemşirelik; eğitiminde ve mesleğinde toplumun benimsediği fiziksel ve sosyal açıdan gerekli olan bilimsel ilkeler üzerine temellenmiş, denenmiş ve kazanılmış bilgiler ile geliştirilmektedir (Ayaz, 2010; Şentürk, 2014; Ertürk ve Özmen, 2018).

Toplumun Temel Sosyal Değerleriyle Bağlantı: Hemşirelik tarihi başkalarına ömür boyu topluma hizmet veren gerçek fedakarlıklardan kökenini almıştır. Hemşirelik sadece hastaları tedavi edici uygulamalarla sınırlı kalmayıp hastalığın birincil aşamada önlenmesinin önemine vurgu yapmıştır (Zerwekh ve Garneau, 2013). Hemşirelik; tedavi edici, koruyucu, rehabilitasyon sağlayıcı gibi nitelikler ile birey/aile ve topluma hemşirelik bakımının sağlanması ve verilen hizmetin yönetilmesini kapsamaktadır (Ertürk ve Özmen, 2018).

Eğitim Süresi: Hemşirelik eğitimi lisans düzeyinde ilk kez 1909 yılında Minnesota Üniversitesinde verilmiştir. Columbia Üniversitesi 1917 yılında hemşireler için eğitici kolej açarak yetiştirmeye başlamış ve 1924 yılında hemşirelikte doktora programını açmıştır (Roux ve Halstead, 2018; Kırıkkaleli ve Şahin, 2019). Ülkemizde hemşireliğin lisans düzeyinde eğitim başlangıcı 1955'de Ege Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksekokulu açılması ile olmuştur. İstanbul Üniversitesi 1961 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunu açarak

lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi vermeye başlamıştır. Ülkemizde geçmişten günümüze birçok hemşirelik okulu kurulmuş ve lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde mezunlar vermiştir (Şentürk, 2014). Hemşirelik teorisyenleri ve örgütleri sayesinde hemşirelik bölümü 2014 yılında lise düzeyinden kaldırılmış ve üniversite düzeyinde eğitime dayandırılmıştır. Günümüzde çok sayıda hemşirelik fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi kapsamında hemşirelik bölümleri mevcuttur (www.resmi gazete.gov.tr Erişim: 25.08.2019)

Topluma Hizmet Sunma: Cinsiyet, din, dil, ırk ayrımı gözetmeksizin, toplumun temel sosyal değerleri doğrultusunda sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelik birey, aile ve topluma sağlığını kazandırmak için çalışır (Ertürk ve Özmen, 2018). Hemşire ücret karşılığı beklemeden topluma uzman görüşü sağlayan bir profesyoneldir (Adams ve Miller, 2001).

Bağımsızlık: Hemşirelik hizmetleri standartlarının oluşturulması, uygulamaya konulması, mesleğin kendi eğitimi ve denetiminin sağlanması ve deontolojik kurallarının saptanması bağımsız olarak gerçekleştirdiği fonksiyondur. Hemşireliğin; mesleğini uygularken bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız fonksiyonları vardır. Hasta bakımı hemşirenin bağımsız olduğu tek fonksiyonu denilebilir. Klinikte hemşirelerin hastanın bakımında sorunu tanımlaması, çözümü için uygun planlamayı yapması, uygulaması ve değerlendirmesi aşamasında bağımsız olmalıdır (Ayaz, 2010; Ertürk ve Özmen, 2018).

Sosyallik: Meslek üyelerinin birbirleriyle iletişim ve etkileşim içinde olmalarıdır. Bu bağlamda derneklere üye olma ve örgütlenme bilincini oluşturmak adına son derece önemlidir (Ertürk ve Özmen, 2018). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1986 yılında kurulmuştur ve bugün ABD'deki elli eyalette faaliyet yürütmektedir. ANA'nın birincil amacı, mesleki ve eğitsel standartların desteklenmesi yoluyla nitelikli hemşirelik bakımı verilmesini sağlamaktır. Mrs. Bedford Fenwick 1899'da Londra'da Uluslararası Kadınlar Birliği toplantısında hemşirelik için Uluslararası Hemşireler Birliği adında mesleki dernek kurma fikrini açıklamış ve aynı yıl içerisinde Uluslararası Hemşireler Birliğinin (ICN) temelleri atılmıştır (Şentürk, 2014). Ülkemizde ilk hemşirelik derneği "Türk Hasta Bakıcılar Cemiyeti" adında 1933 yılında Doktor Besim Ömer Paşa'nın önerisiyle kurulmuş ve

1943 yılında Türk Hemşireler Derneği (THD) adını alarak yeniden yapılanmıştır. Derneğin amacı; "Hemşirelik mesleğinin toplum yararını gözeterek üst düzeyde nitelikli ve güvenilir hizmet verecek sağlık alanında özerk bir meslek olması için çalışmaktır". Tüm dünyada ve ülkemizde hemşirelik mesleğinin bir çok alanında oluşturulmuş özel dal dernekleri bulunmaktadır (www.turkhemsirelerdernegi.org.tr, Erişim:25.08.2019).

Meslek Ahlakı: Hemşirelerin özelleşmiş bilgi, teknik beceri ve yetkinlikleri ile ahlaki değerlerin birleşimidir. Hemşirelerin bireylerin bakımı esnasında mesleki etik/ahlak kurallarına uyma zorunluluğu bulunmaktadır (Dinç, 2010). ANA tarafından hemşirelik için etik kurallar 1926 yılında hazırlanmış, 1976 yılında yayınlanmıştır. ICN ilk olarak 1953 yılında son olarak 2005 yılında revizyon yaparak hemşirelikte etik kuralları yayınlamıştır. Ülkemizde THD hemşirelere uygulamalarında rehberlik etmesi için "Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar"ı 2009 yılında yayınlamıştır (Sömen, 2017; www.turkhemsirelerdernegi.gov.tr Erişim: 25.08.2019).

Mesleğe Bağlılık: Mesleki profesyonellikte mesleğe bağlılık önemli yer teşkil etmektedir. Hemşirelik mesleğinin kadın ağırlıklı olması, hekim yardımcısı olarak ifade edilmesi, bir çok alandan mezun vermesi, mesleki otonomisinin zayıf olması gibi bir çok nedenden dolayı hemşirelikte mesleğe bağlılık bilinci düşüktür (Ertürk ve Özmen, 2018).

2.2. Profesyonellik

2.2.1. Mesleki Profesyonellik

Profesyonellik; "Toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve minimum hata ile sürdüren kişi" olarak tanımlanmaktadır (Gökçora, 2005). Profesyonel hizmet bir işi en düzgün ve özenli, bununla beraber en az hata ile yerine getiren ve ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek sunulan hizmettir. Profesyonel tutum sergileyen kişiler işteki etkinliğini artırarak işin verimliliği ve gereğini en mükemmel haliyle gerçekleştirirler. Profesyonel, ilgilendiği bir alanı meslek olarak seçen, seçtiği alanda uzmanlaşan, ilgili alandaki bilgi ve deneyimiyle kazanç sağlayan kişidir. Bir alanda profesyonelleşmek, en ince ayrıntılarına kadar kavramayı ve uygulayabilmeyi

gerektirir. Toplumda kabul gören ve gerçekleştirilmesi beklenen iş (görev) ne kadar karmaşıkta, profesyonelleşme o kadar önem kazanmaktadır. (Erbil ve Bakır, 2009; Adıgüzel ve ark., 2011).

Profesyonellik alanında uzman bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimine erişebilmek ve alandaki yetkinliğe kavuşabilmek için öncelikle yapılan iş sevilmeli, saygı duyulmalıdır. Mesleki uygulamaların, baskı altında kalmadan meslektaşlarına, hizmet sunulan kişilere ve topluma karşı olan sorumluluğu doğrultusunda standartları belirlenmelidir (Gökçora, 2005; Erbil ve Bakır, 2009).

Albert Reis (1955) profesyonel meslekleri 5 gruba ayırmıştır;

- *Eskiden kurulmuş profesyonel meslekler* (Tıp, hukuk ve din adamları)
- *Yeni profesyonel meslekler* (Doğa ve sosyal bilim adamları)
- *Yarı profesyonel meslekler* (Sosyal çalışmacılar, öğretmenler ve hemşireler)
- *Profesyonel meslek olmaya özenen gruplar* (Personel yöneticileri ya da cenaze organizatörleri)
- *Marjinal profesyonel meslekler* (Laboratuar ya da mühendislik teknisyenleri) (Seçer, 2007).

Greenwood (1957) "Social Work" başlığı altında profesyonel mesleklerde bulunması gereken özellikleri yayınlamıştır. Bunlar;

1. Sistematik teori
2. Otorite
3. Toplumun onayı
4. Etik ilkeler
5. Kültür' dür (Bachner, 1991).

Millerson (1964) yaptığı çalışmalar ve analizler sonucu profesyonel mesleği tanımlayan altı temel özelliği belirtmiştir. Bunlar;

1. Bir meslek teorik bilgiye dayanan bir beceri gerektirir.
2. Beceri eğitim ve öğretim gerektirir.

3. Profesyonellik yeterliliğini sınavları geçerek göstermelidir.
4. Mesleki davranış kurallarına uyularak bütünlük sağlanır.
5. Hizmet kamu yararı için yapılır.
6. Meslek organize ve örgütlüdür (Yee, 2001; Ayaz, 2010).

Barber profesyonelliğin davranışsal boyutunu incelemiş ve profesyonel davranışın özelliklerini dört temel üzerine açıklamıştır;

- *Genelleştirilmiş Bilgi*: Normal eğitimden farklı olarak, belirli ilke ve kurallara uygun olarak yüksek derecede genelleştirilmiş ve sistematik bilgi
- *Toplum Yararına Öncelikli Yönelim*: Bireysel çıkarlardan ziyade toplumsal çıkarları amaçlama
- *İçselleştirilmiş Etik Kodlar*: Mesleki uzmanlaşma sonucu bireylerin kendilerinin birlikte gönüllük kurdukları ve işletimini yaptıkları kurumlar ve dernekler aracılığı ile mesleki etik kuralların oluşturulması ve davranışların etik kurallar doğrultusunda denetlenmesi
- *İş Başarısını Sembolize Eden Ödüller*: Öncelikle işteki başarıların sembolü olarak bireysel çıkarları dışında maddi veya manevi ödüllendirilmesi (Jackson, 1970; Seçer, 2007).

Profesyonellik ve profesyonel davranışın elde edilebilmesi için gerekli olan nitelikleri özetleyecek olursak; profesyonel kişi; "mesleki sistematik bilgisi içinde kendini geliştiren, bilgilerini güncel tutan ve yaptığı araştırmalarla mesleğine katkıda bulunan, işinde uzmanlaşan ve bilgilerini pratik yoluyla topluma hizmet sunarken kullanabilen, yaptığı işi seven ve saygı duyan, kendi kariyer planlamasını yapabilen, hizmet verdiği kişilerle, meslektaşlarıyla, çalıştığı ekibin diğer tüm üyeleriyle iletişim kurabilen, mesleki örgüt ve kuruluşlara üye olarak mesleğinin gelişimini destekleyen, mesleki uygulamalarında yasalara, toplumun kültür/ normlarına ve mesleki etik kurallara uygun olmasına dikkat eden; yaptığı işe özveride bulunan kişidir" diyebiliriz.

2.2.2. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik

Mesleğin minimum hata ile sürdürülmesi olarak da tanımlanan profesyonellik, bireysel ve toplumsal ihtiyaçların verimli ve sürdürülebilir bir şekilde

karşılanmasında önemli bir yer teşkil eder. Sağlık sektöründe hizmet verenin, hizmet alanın insan olması, profesyonelliğin vazgeçilmezliğini gösterir. Hemşirelik; her yaştan birey, aile, grup ve toplumun sağlığının gelişimine yardımcı olan, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık durumunun bozulması halinde iyileşme ve eski gücünü yeniden kazanmasını sağlayan bir meslektir (Adıgüzel ve ark., 2011).

Sağlık sistemi teknolojik ve politik gelişmelerden etkilenmekte olup, zamanla sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin rol ve görevlerinde değişim meydana gelmiştir. Bu sonuç hemşirelerin bakım ağırlıklı rollerinin dışında eğitim, danışma, karar verme, yönetme ve koordinatör rollerini ön plana çıkarmıştır. Son yıllarda artarak devam eden bilimsel araştırmalar; hemşirelerin gelişen, yenilikçi, entelektüel, araştırmacı, liderlik, sosyal iletişimi yüksek ve sorumluluk sahibi olma gibi özellikleri kazanmalarına, dolayısıyla profesyonel hemşirelik yolunda ilerlemelerine yarar sağlamıştır (Adıgüzel ve ark., 2011).

Mesleki profesyonellik statüsüne ulaşma tüm meslekler için önemli bir unsurdur. Çünkü profesyonel kişiler, toplum ve diğer meslekler tarafından saygı duyulan kişilerdir (Karamanoğlu ve ark., 2009). Mesleğin toplumda prestij sahibi olması ile çalışanların saygı görmesi ve iş doyumuna ulaşmasında mesleki profesyonellik önemli bir role sahiptir (Adıgüzel ve ark., 2011).

Öhlen ve Segesten (1998), profesyonel kimliğin hemşirelikte üç boyutundan bahseder. Bunlar;

- Kişisel Boyut: Profesyonel kimlik hemşirenin kişisel kimliğinin bütüncül, ayrılmaz bir parçası olarak görülür ve kişisel kimliğin varlığı profesyonel kimliğin gelişimi için ön şarttır. Yetkin ve sorumluluk olarak hemşireliği uygulayabilen bir kişi olma duygusu olarak tanımlanmaktadır.
- Kişilerarası Boyut: Profesyonel kimlik diğer hemşirelerle etkileşim ve sosyalleşme süreci olarak kazanılan hemşirelik mesleğinin bilgi, beceri, değerler/ normlar ve kültürün içselleştirilmesi ile geliştirilebilir.
- Sosyal ve Tarihsel Boyut: Hemşirelik kadının aile içindeki yeri ve kadının toplumdaki yeri açısından cinsiyet ayrımcılığına uğramış, bu nedenle daha az değer verilen bir meslek olarak görülmüştür. Bu nedenle tarihsel perspektifte bakılacak olursa hemşirelik kimliğinin gelişimi toplumdaki

kadın kimliğinin sosyal gelişimi ile doğru orantıda ilerlemektedir. (Öhlen ve Segesten, 1998)

Hemşirelik başlangıçta hekim yardımcısı ya da dini olarak kendini başkalarına adamaya yönelik bir görev olarak görülmüştür (Karamanoğlu ve ark., 2009). Toplumun hemşirelik imajı hakkındaki düşünceleri zaman içerisinde değişirken mesleğin zorlukları takdir edilmemektedir. Günümüzde hemşirelikte iki farklı imajdan bahsedilmektedir. Geleneksel hemşirelik modelini takip eden hemşireler kendilerini tıbbın yardımcıları olarak tanımlarken, modern hemşirelik modelini içselleştiren hemşireler kendilerini hemşirelik bakım uzmanı olarak tanımlamaktadırlar (Black, 2014).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stresli durumlarla çok sık karşılaşması nedeniyle iş stresinin daha yoğun yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik mesleği üyelerinin karşı karşıya kaldığı çok değişken çalışma şartları, yapıcı olmayan ve onaylanmayan davranışlar ile yoğun stres altında görev yapmaları gibi etmenler, hemşirelik mesleğinde profesyonelliğin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir. Mesleki profesyonelliğin olumsuz yönde etkilenmesi sadece bireyleri değil çalışılan kurumu da etkilemektedir. Kurumdaki bakım hizmetlerinin aksamasına, bakımın kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğine ve buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır (Gökçora, 2005; Karamanoğlu ve ark., 2009; Adıgüzel ve ark., 2011).

Hemşirelik mesleği üyelerinin profesyonellik değerlerini bilmeleri ve gereklerini yerine getirmeleri, hemşireliğin profesyonelleşmesinde son derece önem taşımaktadır. Bu değerler; eğitimsel hazırlık, araştırma, yayın, toplumsal hizmet sunma, mesleki organizasyonlara katılma, hemşirelik kodları, otonomi, teorik yeterlilik ve sürekli eğitimden oluşmaktadır. Profesyonel niteliklerin yeterli olmaması hemşirelik hizmetinin etkin sunulmasını, mesleğin gelişimini, imajını ve toplumun nitelikli sağlık bakımı almasını olumsuz yönde etkilemektedir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2012).

"İnsanların size nasıl davranacakları görünüşlerinden bellidir." Bu görüş toplumda oldukça yaygın bir değerlendirmeyi yansıtmaktadır. Bu nedenle

hemşireler, hem birlikte çalıştıkları hem de hizmet verdikleri bireylerde iyi bir izlenim yaratmak zorundadırlar. Hemşirenin vermesi gereken ilk izlenim; profesyonel dış görünüm, tutum ve davranışları sergileyecek biçimde, bilgili, deneyimli, özenli, hevesli (istekli), samimi ve güvenilir olmalıdır. Giysiler olumlu imaj yaratılmasında önemli bir unsurdur. Hemşire özensiz ya da çok abartılı görünüş sergiliyorsa hasta ve yakınlarının aklına ilk gelen hastaya verilecek olan bakımın yetersiz olacağı düşüncesidir. Hemşire görevi ve sorumlulukları gereği her zaman göz önündedir. Yapacağı her hareket, mimik, kullandığı kelime, ses tonu, giysileri, karşısındakine bir izlenim bırakacaktır (Uyer ve ark., 2000).

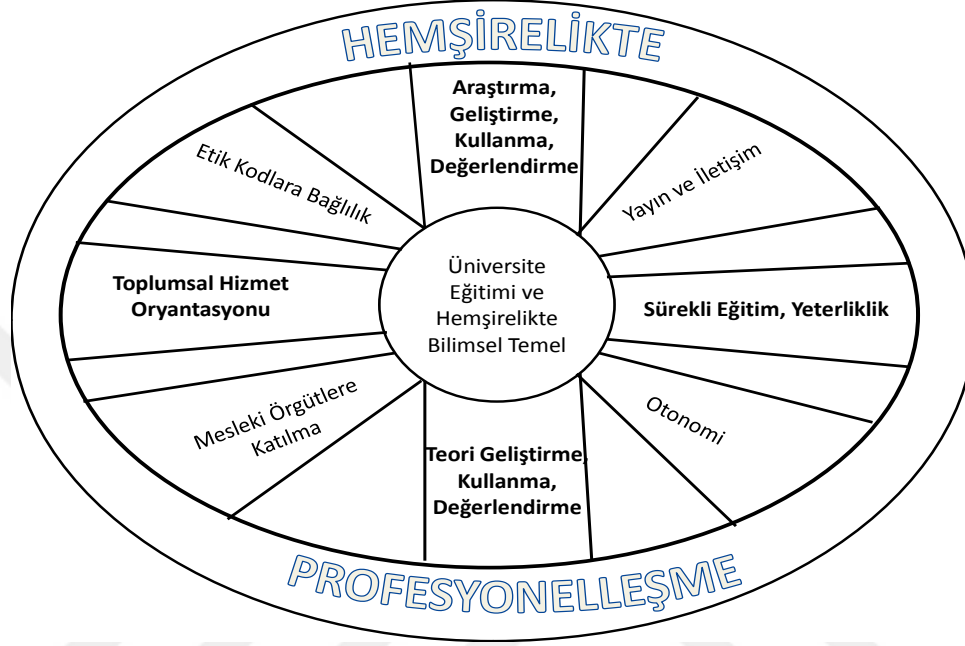
Hemşirelik 20. yüzyılda kutsallık ve fedakarlık paradigmaları yerine bilimsel kanıtlara dayalı uygulama ve çalışma koşullarıyla ilgili yasal haklarını elde etme yönünde oldukça yoğun çaba harcamıştır. Hasta bireylere müşteri gözüyle bakılarak sağlık alanında en önemli gelir kaynağını oluşturmaları düşüncesini reddeden hemşirelik, bireyi fiziksel, sosyal, ruhsal ve entelektüel tüm yönleriyle bütün bir varlık olarak ele alan felsefi paradigmalara sadık kalmayı benimsemiş ve ticarileştirilmiş bir sağlık bakım sisteminin dışında kalmak istemiştir (Özkan ve Akduran, 2014).

Hemşirelik felsefesi, kuramlardan, kavramsal modellerden, hemşirelik paradigmalarından ve hemşirelik gözlemlerinden etkilenmektedir. Hemşireliğin temel felsefesini bir yapıya dönüştürdüğümüzde yapının zeminini hemşireliği etkileyen paradigmalar, dış duvarlarını kavramsal modeller, iç duvarlarını teoriler, yapı harcını ise hemşirelik bilgisi oluşturur. Hemşirelik gözlem ve uygulamalarıyla bütünlük sağlanır (Özkan ve Akduran, 2014).

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, meslek üyelerinin uygulamalarını yaparken kullanabileceği bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Hemşirelik kuram, araştırma ve uygulama üzerine kurulu bilimsel sağlık disiplinlerinden biri olmakla birlikte eğitim ve uygulamalarını etkileyen, yön veren, belirleyen temel kavramlar; insan, çevre, sağlık- hastalık ve hemşirelik kavramlarıdır (Okuroğlu ve ark., 2014.)

2.2.2.1. Miller'ın Profesyonel Hemşirelikte Tekerlek Modeli

Miller (1993) hemşirelikte profesyonelliği açıklamak için tekerlek modelini oluşturmuştur. Tekerleğin merkezine mesleğin en temel özelliğini, etrafına ise destekleyici sistemlerini yerleştirmiştir.



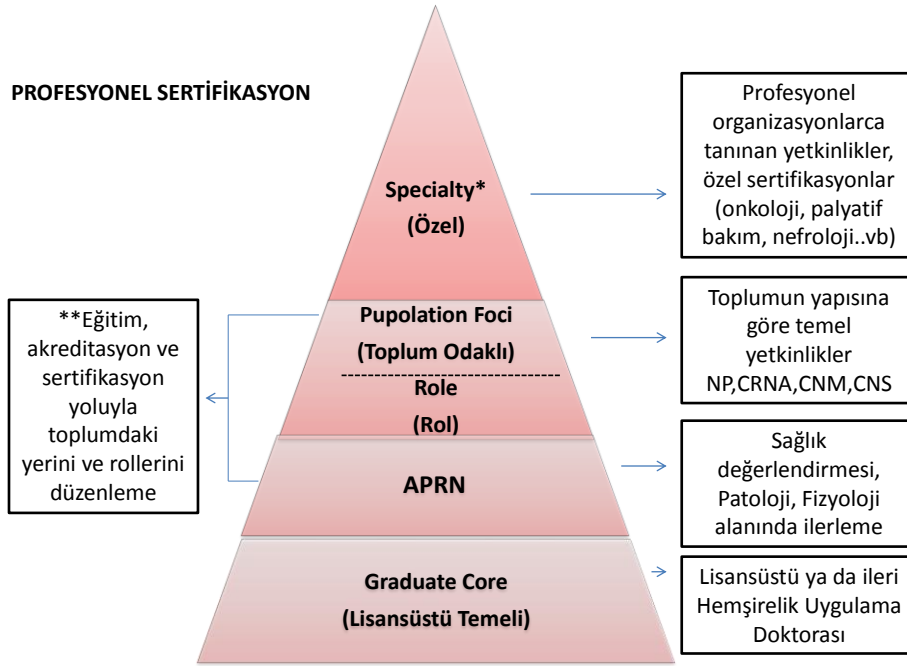
Kaynak: Alidina K. (2013). Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2(5), 128-137.

Şekil 2.1. Miller'ın Profesyonel Hemşirelikte Tekerlek Modeli

Miller'ın hemşirelikte profesyonelleşme tekerini inceleyecek olursak;

Eğitimsel Hazırlık (Üniversite Eğitimi ve Hemşirelikte Bilimsel Temel): Hemşirelik mesleği üyeleri, mesleğin profesyonelleşmesinde kaçınılmaz olanın nitelikli eğitim ve öğretim olduğunu kavrayarak eğitim düzeyini yükseltmek için çaba göstermektedir. (Kurban ve Ulusoy, 2008). Hemşirelik değişen sağlık bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için ezbere dayalı öğretim sisteminden kendi kendine öğrenme sistemine geçiş yapmıştır. Kendi kendine öğrenme sistemi, öğrencinin kendi öğrenimi için gerekli tutum, yetenek ve kişilik özelliklerine sahip olarak kabul ettiği sorumluluk ile tanımlanabilen bir öğretim yöntemidir (Kaya ve Akçin, 2002; Fisher ve King, 2010). Sağlık bakımı hizmetinden yararlanma

hasta/sağlıklı bireylerin temel haklarındandır. Sağlık hizmetlerinin başarıya ulaşması, sağlık bakım sistemindeki değişikliklerin bakım standartlarını artıracak şekilde kullanılmasına, bakım verecek hemşire ve diğer sağlık personelinin iyi yetiştirilmesine bağlıdır (Ergöl, 2011). Amerika Birleşik Devletleri hemşireliğin profesyonelleşmesinde ve geliştirilmesinde diğer ülkelere öncülük etmektedir. Günümüzde ABD'de hemşirelik alanında uzmanlaşan ve deneyimi olan hemşireler çeşitli bölgelerde görev alabilmekte, muayene edebilmekte, tanı koyabilmekte ve belirli ilaçlar için reçete yazabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hemşirelik eğitimi altı farklı seviyede yürütülür (Kırıkkaleli ve Şahin, 2019). Lisanslı İleri Uygulama Hemşireliği (APRN: Advanced Practice Registered Nursing) olarak geçen uzmanlığın müfredatına bakalım olursak;



Kaynak: <https://www.aacnnursing.org/Teaching-Resources/APRN> Erişim Tarihi: 30.09.2019

*Sertifikasyon için uzmanlık sınavı, portfolyo, akran değerlendirmesi gerekir.

**Sertifikasyon için psikometrik olarak kuvvetli ve yasal olarak savunulabilir sınava tabi tutularak sertifika programında akreditasyon sağlanır.

Şekil 2.2. APRN Eğitim Müfredatı Aşamaları

Yayın ve İletişim: Bir toplumun varoluşunda süreklilik sağlayabilmesi ve insanların yaşamı anlayabilmesi için bilim vazgeçilmez bir unsurdur. Bilim evreni

anlamayı, yorumlamayı, doğru bilgiyi yanlış bilgiden ayırt edebilmeyi ve onu sistematik şekilde insanlık yararını gözeterek değerlendirmeyi amaç edinmektedir. Bilimde kendini ifade etmenin tek yolu yayındır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler sadece yayın yoluyla gerçeklik kazanır ve bilimsel bilgi adını alır. Yayınlanmamış bilimsel bilgi, dile getirilmemiş düşünce gibi anlamsızdır (Gören ve Yalın, 2015). Son yıllarda hemşirelik bilimsel bir disiplin olmakla birlikte sürekli araştırmalarla bilgi yükünü genişletmektedir. Her profesyonel meslek gibi hemşirelik de araştırma ve yayın yoluyla kendi bilgi birikimini oluşturmaktadır. (Şenturan ve ark., 2009).

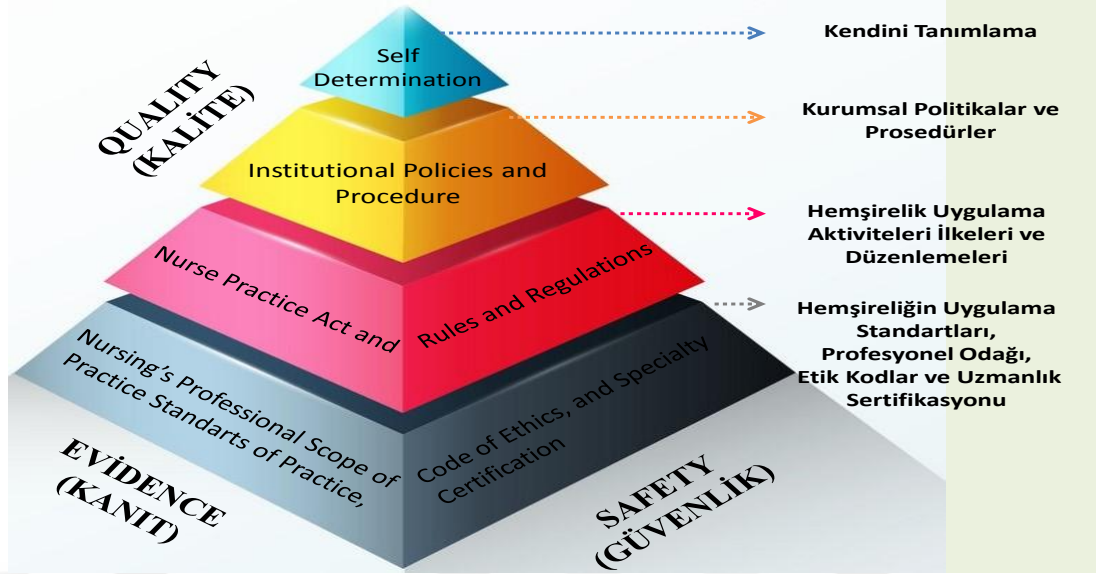
Sağlık sektörü içerisinde hemşireler hasta/sağlıklı birey ile en fazla iletişim kuran ve etkileşimde bulunan gruptur. Bireyler hastalık ve buna bağlı güçsüzlük durumundayken kendini tehdit altında hissedebilir, hastalığı ve oluşan sonuçları hakkında kaygılanabilir, bu sonuçların bireyin aile yaşantısını, gelecek planlarını ve iş olanaklarını olumsuz yönde etkilemesi hastada endişe yaratabilir. Hemşireliğin temel rolü, sağlık hizmeti sunumunda hasta olan bireylere yardım etmek, sağlıklı bireylerin ise sağlığı koruyucu önlemler almasını sağlamaktır. Sağlanan bu yardım, hastaların iyileşme sürecinde gerekli olan istek ve gücü kazanmalarını, yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamayı amaçlar. Hasta/sağlıklı bireye hemşirelik bakımını etkin olarak verebilmek için bireylerle iletişim kurarak anlamaya çalışılmalı, ilgilenilmeli ve değerli olduğunu hissetmesi sağlanmalıdır. Hasta ve hemşire karşılıklı olarak birbirine güvenmelidir. Hemşirenin iletişim becerileri, hasta bakımının kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli etkiye sahiptir (Uyer, 2000; Şahin ve Özdemir, 2015; Parlayan ve Dökme,2016).

Araştırma, Geliştirme, Kullanma, Değerlendirme: Bilimsel gelişimin temelinde araştırma vardır. Hemşirelik araştırmaları hasta/sağlıklı bireylerin sağlık durumunun tanımlanması, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve bakım uygulamalarının geliştirilmesi üzerine temellenmiştir (Erdoğan ve ark., 2015). Hemşirelik mesleği diğer profesyonel meslekler gibi eğitimini, kuram ve kanıta dayalı uygulamalar ile bilimsel bilgi temelinde vermelidir. Kanıta dayalı hemşirelik, hastaların bakımında bilimsel bilgi ile ulaşılan en iyi kanıtların, deneyim ve hasta tercihlerinin birleşerek hemşirelik bakımında kullanılmasını içerir. Hemşirelik araştırmalarının, hemşirelik uygulamasını olumlu yönde etkilemesi ve geliştirmesi beklenir. Özellikle hemşirelik

bakımının araştırma sonuçları kullanılarak verilmesi, hemşireliğin gelişimi, hemşirelik uygulamalarının etkinliği ve yeterliliği için temeldir. Kaliteli hemşirelik bakımı mevcut şartlarda kanıtların uygun kullanımı ile mümkündür (Yılmaz, 2005; Öztürk ve ark., 2010; Küçük ve ark., 2017). Hemşirelik araştırmaları ile elde edilen bilginin hemşirelik uygulamaları üzerindeki yararları;

- *Bakımın Niteliği:* Hemşirelik bakımındaki standart uygulamaların araştırma sonuçları ile desteklenmesi bakımın niteliğini ve kalitesini artırır. Hemşirelik bakımında kişisel bilgi ve deneyime bağlı olarak bakım vermek yerine bilimsel bilgi ışığında uygulamaların güncellenmesi ve standardize edilmesi toplum yararına olacaktır.
- *Profesyonellik:* Hemşirelik bakımının bilimsel bilgi temelinde yapılması ve hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesi, mesleki profesyonelliğin bilimsel bilgi ile güç kazanmasını sağlayacaktır.
- *Karar verme:* Araştırma ile desteklenen bakım uygulamaları hemşirelerin uygulamalarında karar vermesine destek olmakta, uygulamalardaki belirsizliği ve kişisel yorumları ortadan kaldırmaktadır.
- *Sorumluluk:* Birey/aile/topluma kaliteli hemşirelik bakımı sunumunda hemşirelerin araştırma yaparak, okuyarak bilgilerini güncel tutma ve uygulamalarını kanıta dayalı yapma sorumluluğu vardır (Erdoğan ve ark., 2015).

Hemşirelik araştırmaları geçmişte ağırlıklı olarak akademisyenler tarafından yapılmakta iken günümüzde klinik alanda çalışan hemşirelerde araştırma yapmakta, ortak araştırma projelerine katılım sağlamaktadır. Bu gelişmeler hemşirelerin mesleki doyumunda ve entelektüel gelişiminde önemlidir (Erdoğan ve ark., 2015). ANA 2006 yılında hemşirelik uygulamalarının güvenliği, kalitesi ve kanıt temeline odaklanmasına yönelik rehber niteliğinde "Profesyonel Hemşirelik Uygulama Düzenleme Modeli"ni oluşturmuştur. Bu model hemşirelerin uygulama standartlarını kullanma şeklini, profesyonel performanslarını, mesleki yeterliliğini ve kanıta dayalı uygulamayı kullanma şeklini gösterir.



Kaynak: <https://www.nursingworld.org/~4989de/globalassets/practiceandpolicy/scope-of-practice/3sc-booklet-final-2017-08-17.pdf> Erişim: 29.09.2019

Şekil 2.3. Profesyonel Hemşirelik Uygulama Düzenleme Modeli

Piramidin en alt basamağı olan 4. seviyede; profesyonel ve özel hemşirelik organizasyonlarının hemşirelik uygulamalarında, üyelerine ve topluma hemşirelik uygulama standartlarını tanımlama ve uygulamalara bir bakış açısı geliştirmeye yönelik çalışmaları tanımlanmıştır. Piramidin bir üst basamağı olan 3. seviyede; hemşirelik uygulamalarındaki eylemler, kurallar, düzenlemeler ve yetkileri tanımlamıştır. Piramidin bir diğer basamağı olan 2. seviyede; kurumsal politikalar ve işlemler, sertifikalı ve ileri uygulama hemşireleri için hemşirelik uygulamalarının düzenlenmesine yol gösterir. Piramidin en üst basamağı olan 1. seviyede bulunan hemşirelerin kendini tanımlaması, profesyonel hemşirelik uygulamalarının düzenlenmesine ilişkin diğer seviyelerdeki tüm girdilerin dikkate alınmasından sonra yer alır. Çıktılar; güvenli, kaliteli ve kanıta dayalı uygulamaları yansıtır ve bu uygulamalarda hemşire özerktir. Hemşireler tüm bu seviyeleri uygulamalarına dahil etmeli ve güvenli, kaliteli bakım sağlamak için uygulamalarını kanıta dayalı yapmalıdırlar (Solmaz ve Altay, 2019).

Mesleki Örgütlere ve Organizasyonlara Katılma: Mesleklerin kendisini temsil eden liderlere, güçlü örgütlere ve yayın organlarına gereksinimi bulunmaktadır. Mesleki örgütler gücünü üyelerinin sayısından alır ve üyeler grup bilincinde hareket

ederler. Mesleki örgütler üyelerinden destek alarak mesleki rolleri tanımlar, etik/ahlak kuralları oluşturur, hak ve sorumlulukları belirler, mesleki politikaları geliştirir, yayın yaparak üyelerinin gelişimine katkı sağlarlar. Bir mesleğin mesleki örgütlerinin ve yayın organlarının varlığı mesleki gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerindedir. Hemşirelik mesleğinin gelişiminde söz sahibi olmak, mesleğin ve meslek örgütlerinin gücünü ve etkinliğini artırmak, meslekleşme sürecini hızlandırmak, mesleğin karşılaştığı problemlerle etkili bir şekilde baş edebilmek için hemşirelerin mesleğine karşı yerine getirmesi gereken en önemli sorumluluğudur. Ülkemizde mesleki örgütlere katılım yeterli düzeyde olmayıp, mesleki dergiler yeterince okunmadığı ve takip edilmediği için mesleğin gelişimi olumsuz yönde etkilenmektedir (Gözüm ve ark., 2000; Ünsal ve ark., 2010).

Toplumsal Hizmet Oryantasyonu: "Hemşire", temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi olarak tanımlanmaktadır (Ünver ve ark., 2010). Hemşireliğin mevcut sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık halinde iyileştirmeye yardımcı olunması gibi önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik vazifelerinin yerine getirilmemesi veya engellenmesi durumunda ülkede sağlık/hastalık göstergelerinin kötüye gidişini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin; ameliyatlarda ya da invaziv girişimlerde asepsi/antisepsi kurallarına uyulmadan verilen hemşirelik bakımında gelişen nazokomiyal enfeksiyonların görülmesi ve buna bağlı olarak antibiyotik kullanım miktarının artması ile ekonomik sıkıntıların baş göstermesi, aile planlamasının iyi yürütülmemesi sonucu yaşanan nüfus patlaması, anne bebek ölümlerinin artması bunlardan bazılarıdır. Bu örnekler toplum için hemşireliğin önemini göstermektedir (Çelik ve ark., 2013).

Ülkemizde hemşirelik, sağlık ekibi üyeleri içinde önemli konuma sahip olsa da yeterince değer görmemektedir. Farklı düzeylerde hemşirelik eğitimi alınmasına rağmen görev/yetki ve sorumlulukların aynı olması, hemşirelik uygulamalarının yasal olarak ayrıntılı açıklanmasının yapılamaması sonucu uygulamada oluşan boşluklar, sağlık ekibi içerisinde sayı olarak en büyük grubu oluşturmasına rağmen klinik alanda hemşire istihdamının yetersizliği, akademik olarak seçilen alanların

dışında uzmanlaşmanın yeterli olmayışı, mesleğin kadın ağırlıklı oluşu bunun nedenlerinden bir kaçıdır (Ertem ve ark., 2009). Toplumda hemşirelik mesleğinin imajı meslek üyelerini olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşirelik yakın geçmişe kadar kadın mesleği olarak görülürken erkeklerin mesleğe girişiyle mesleğin toplumdaki imajı olumlu yönde etkilenmiştir (Çınar ve Demir, 2009; Çelik ve ark., 2013).

Sürekli Eğitim ve Yeterlilik: Hemşirelikte bilimsel araştırma ve çalışmaların, teknoloji alanındaki gelişmelerin hız kazandığı son yıllarda hemşirelerin bu bilgi ve gelişmelere uyum sağlayabilmesi için sürekli eğitim almaları ve alanındaki gelişmeleri takip etmeleri gerekmektedir. Bir toplumun gelişebilmesi, bireylerin niteliklerinin geliştirilmesi ile mümkündür. Hemşirelerin kendilerini geliştirebilmesi, mesleki yeterliliklerini artırabilmesi ve alanında ilerleyebilmesi için profesyonel tutum ve alışkanlıkların kazandırılması gereklidir (Buğdaylı ve Akyürek, 2017). Yeterlilik ve yetkinlik hemşireler için önemli kriterlerdendir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık hale gelmesi ile hemşirelerin hasta güvenliğini sağlayarak kaliteli sağlık bakım hizmetlerini sürdürmesi zorunluluğunu getirmiştir (Karahan ve Kav, 2018). Hemşirelerin yetkinlik ve yeterlilik niteliklerini artırmak için sürekli eğitim imkanlarının sağlanması gerekmektedir (Buğdaylı ve Akyürek, 2017).

Etik Kodlara Bağlılık: Hemşirelerin etik ilkelerini bilmesi ve etik ilkelere uygun davranışlar sergilemesi mesleki profesyonellik açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve ilkelere sahiptir. "Flornce Nightingale Andı" hemşirelik mesleğinin ilk etik ilkesi olarak kabul edilir. Amerikan Hemşireler Birliği 1950 yılında, Uluslararası Hemşireler Birliği 1953 yılında hemşireler için çağa uygun yeni etik ilkelerini oluşturmuşlardır. ICN'nin (2000) etik kurallarında belirlediği temel sorumluluk; sağlığı geliştirmek, hastalığı önlemek, sağlığı yeniden kazandırmak ve acıyı hafifletmek yer almıştır. ANA (2001) ve ICN'in (2006) etik kodlarındaki ortak tema ıstırabı hafifletmeye yönelik şefkatli hasta bakımı sağlayan hemşirelerin önemini vurgulamaktır (Haylock, 2005; Masters, 2009; Karadağlı, 2016). Ülkemizde Türk Hemşireler Derneği tarafından, "Hemşirelerin etik ilke ve sorumlulukları" hazırlanmış ve internet sitesinde yayınlamıştır (www.turkhemsirelerderneği.gov.tr Erişim: 25.08.2019). Etik ilkeler, amaç ve eyleme yön veren temel ahlaki doğrulardır. Hemşirelerin etik ilkeler

doğrultusunda mesleğin ahlaki yönünün farkında olması ve duyarlılık geliştirebilmesi, klinik uygulamalarda sorumluluklarını kavrayarak topluma yeterli ve kaliteli bakım sunmaları konusunda rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Etik ilke ve sorumluluklar hemşirelerin sağlık bakımı sunumunda otonomi sahibi olmalarını ve özgür karar alabilmelerini sağlamaktadır (Karadağlı, 2016).

Hemşirelerin başlıca etik ilkeleri;

- *Özerklik*; özerk bireyin saygın olduğu, kişisel hedeflerini kendisinin belirlediği, bir proje üzerinde karar verebilme yetisinin olduğu, tercihleri doğrultusunda bir eylemde bulunma özgürlüğünün bulunduğu inanan unsurlardan oluşmaktadır.
- *Yararlılık*; hastaların yararını gözeterek hemşirelerin uygulamalarını yapmaları ve hasta yararına göre davranmasını gerektirir. Profesyonel hemşirelerin hastalara yararlı bir şekilde davranma yükümlülükleri vardır. Hemşireler yarar sağlama ilkesi doğrultusunda; başkalarının hakkını korur ve başkaları için zarara sebep olabilecek durumları önler.
- *Zarar vermeme*; yararlılık ilkesi ile ilişkili olup hastanın yararına olacağı düşünülen girişimlerin olası zararlarını değerlendirme, zararı en aza indirme ve hastayı zarardan koruma anlamına gelir.
- *Dürüstlük*; hemşirelik etiğinde dürüstlük bir erdem olarak görülüp teşvik edilmekte ve doğruyu söylemenin hemşirenin önemli bir görevi olduğu kabul edilmektedir.
- *Gizlilik*; bu ilke hem gizliliği hem de mahremiyeti içerir. Mahremiyet sadece saklanacak şeyi ifade etmek için değil, yaşam niteliğini artırmak için bir gereksinim, kendini gerçekleştirme, özerkliğini koruma olarak da ele alınmalıdır.
- *Adalet*; bireylerin eşitliğini göz önüne alarak bireylere adil, eşit ve uygun tedavinin sağlanması, materyal ve hizmetlerin dağıtılmasıdır.
- *Sadakat*; sadık olmak ve verilen sözün yerine getirilmesini içerir. Sadakat ilkesi hemşire-hasta ilişkisi içindeki bağlılığı kapsar ve bu ilke verilen sözün

tutulmasıyla güven ortamının sürdürülmesi sağlanır (Okuroğlu ve ark, 2014; Karadağlı, 2016).

Hemşireliğe yön veren etik ilkelerin tümünde hemşirelerin, bireylerin değerine ve eşsizliğine/ biricikliğine saygı gösterdiği varsayımdır (Karadağlı, 2016).

Teori Geliştirme, Kullanma, Değerlendirme: Teori ve modellerin hemşirelik araştırma ve uygulamalarına bilgi sağlama, rehberlik etme açısından önemli bir rolü vardır. Teori/model, bir davranışı etkileyebilecek faktörleri, bir bütün olarak görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır. Aynı zamanda problemin kavramsallaştırılmasına rehberlik ederek ve araştırılabilir sorular ortaya çıkarmaktadır. Teori/modellerin araştırmalarda ve uygulamalarda rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rollerine odaklanmasına yardımcı olur.

Hemşirelikte teori ve model kullanımının iki amacı bulunmaktadır;

- Hemşirelik disiplinini tanımlamak ve uygulamalarına ilişkin açıklamalar getirmek
- Eğitim, araştırma ve uygulamaya yönelik standart bir yapı ve çerçeve oluşturmak.

Araştırmalar, teorilerin geliştirilmesini, test edilmesini, bilginin sorgulanmasını ve yeni hipotezler oluşturulmasını sağlamaktadır (Ekim ve ark., 2012).

Otonomi: Hemşirelerin hasta bakımı konusunda kararlarını kendi verebilme yeteneği ve bireyin bu uygulamalar içinde bağımsızlığının olmasıdır. Otonom sahibi hemşire, sağlık bakımından sorumlu olduğu bireyler için yararlı olacağını düşündüğu ve kendi yetkinliği kapsamındaki faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür olmalıdır. Hemşirelikte özerkliğin kazanılması için başta gelen koşul, hemşirelik bilimini ve bilimsel yöntemini yeterince anlayarak mesleğe yansıtmasıdır (Karagözoğlu, 2008).

Hemşirelik bakımı kapsamında; kendi kararı ile ya da özerk olarak, hekim istemine göre ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparak gerçekleştirdiği roller yer almaktadır (Taylan ve ark., 2012).

2.3.Hemşirelik Tanımı ve Roller

ICN (2002) hemşireliği; "Tüm ortamlarda her yaşta bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların hasta ya da sağlığında özerk ve işbirliğine dayalı bakımı kapsar. Hemşirelik sağlığın korunma, hastalıkların önlenmesi ve hasta, engelli ve ölen insanların bakımını içerir" olarak tanımlamaktadır. Ayrıca savunuculuk, güvenli bir çevrenin oluşturulması, araştırma, hasta ve sağlık sistemleri yönetiminde sağlık politikasını düzenlemeye katılım ve eğitim önemli hemşirelik rolleri arasında yer alır.

ANA (2010) hemşireliği, "Sağlığın ve mevcut becerilerin korunması, geliştirilmesi ve en iyi duruma getirilmesi, hastalık ve yaralanmanın/sakatlığın önlenmesi, iyileşmenin kolaylaştırılması, insan tepkileri doğrultusunda teşhis ve tedavi yoluyla ıstırabın hafifletilmesi ile bireylerin, ailelerin, grupların, toplulukların ve toplumun sağlık bakımında savunuculuğunu yapan kişi" olarak tanımlamıştır.

Strasburg toplantısında (1993) hemşirelik, "Bireylere, ailelere ve topluma yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın güç koşulları içerisinde, ruhsal ve sosyal potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunması dışında, hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır" şeklinde tanımlanmıştır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Türk Hemşireler Derneği hemşireliği, "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" şeklinde tanımlamaktadır (Gedük, 2018).

Hemşirelik; fiziksel bilimler, beşeri ve sosyal bilimler bilgisi ile güvenli ve kaliteli hasta-merkezli bakım için gereken klinik yetkinliklerin kombinasyonudur. Günümüzde hemşireler cilt bakımı (basınç ülserleri), nütrisyon desteği, ağrı kontrolü, yaşlı bakımında karşılaşılan problemlerle ilgili hasta bakımı için en iyi uygulamaları belirlemede aktiftirler (Stockert, 2014).

Hemşirelik temelinde insan bakımına odaklanmış bir meslektir. Bakım hemşireliğe özgü değil hemşirelik için özgündür (Erer ve ark., 2017). Hemşireliğin

geçmişten gelen rolleri sağlık bakım sistemindeki değişimlere bağlı olarak yetki ve sorumluluklarını çoğaltmış ve mesleğin gelişmesi ile bağımsız rol ve işlevlerini de artmıştır. Günümüzde hemşireliğin bakım verme, eğitim, araştırma, yönetim, karar verme, hasta haklarını savunma, kariyer geliştirme, liderlik, özerk ve sorumluluk sahibi olma rollerine ilave olarak iletişim ve koordinatörlük, rehabilitasyon, rahatlatıcı, tedavi edici, danışmanlık rolleri de eklenmiştir (Gedük, 2018).

2.3.1. Bakım Rolü

Hemşirelik bakım temeli üzerine oluşmuş bir meslektir ve günümüzde hasta merkezli bakım söz konusudur. Hastaya bakım verirken bilimsel temele dayandırabilmek için verilen bakımın planlanması, uygulanması, değerlendirmesi aşamasında hemşirelik süreci yol göstericidir. Hasta bakımının nitelikli olması hastanede kalış süresinin kısılması ve ikincil hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir (Taylan ve ark., 2012; Gedük, 2018). Bakım verici rolünde hemşire hastaların sağlığını korumalarına ve yeniden kazanmalarına, hastalık ve semptomları yönetmelerine, iyileşme süreci boyunca maksimum düzeyde işlev ve bağımsızlığını kazanmasına yardım eder (Stockert, 2014). Yılmaz ve ark. (2017) çalışmasında bakım terimi hemşireler tarafından, 'holistik bakış açısı ile bütüncül yaklaşım' (%46.8) ve 'hastanın öz bakımını sağlamak' (%38.5) şeklinde tanımlanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %8.3'ü bakımı hemşireliğin profesyonel görevi olarak ifade ederken, %7.3'ü bakımın hemşireliğin yok sayılan rolü olduğunu ifade etmiştir.

2.3.2. Eğitici rolü

Sağlık eğitimi ya da mesleki eğitim hemşirenin eğitici rolünü kapsar. Hemşireler sağlıklı bireyin sağlığını koruma ve geliştirme, hasta bireyin iyileşmesi ve rehabilitasyon aşamasında eğitici rolünü kullanır. Hemşireler mesleki değişim ve gelişmeleri çalışmalarına yansıtılabildiği sürece gelişebilir ve mesleğinin varlığını devam ettirebilir. Hemşirelik ayrıca mezuniyet öncesi ve sonrası gelişim için meslektaşlarına eğitim vermeyi devam ettirir. Diğer ekip üyelerinin de eğitiminden sorumludur (Kaya ve ark., 2014; Buğdaylı ve Akyürek, 2017).

2.3.3. Araştırıcı Rolü

Hemşirelik araştırmalarının öncelikli yapılma nedeni, hemşirelik uygulamalarına bilimsel katkıda bulunmak ve eleştirel düşünme ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarını geliştirmektir. Kanıta dayalı uygulamalar hasta bakım kalitesini artırmayla sonuçlanmalıdır. Hemşirelikte araştırmanın sağlığın sürdürülmesi, korunması ve hastalıkların önlenmesinde önemli katkısı vardır. Toplumdaki bireylerin beklentilerine ilişkin bilgide hızlı ilerleme ve değişimler hemşireliği ileriye gitmeye zorlamaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Kelleci ve ark. (2008) hemşirelerin %45.6'sının bir araştırma sürecinde yer aldıklarını ve %80.6'sının hasta bakımında araştırma sonuçlarını kullandıklarını belirlemişlerdir. Hemşirelerin %4.6'sı bir derneğe üye olduğunu ifade ederken, %95.4'ünün mesleki bir derneğe üye olmadığını tespit etmişlerdir.

Retsas (2000) tarafından Avusturalya-Melbourne eyaletindeki üçüncü basamak bir hastanede yapılan araştırmada hemşirelerin %26.4'ünün araştırma deneyimi olduğu, hemşirelerin %65'inin aylık veya daha sık bir dergi okuduğu belirlenmiş, araştırma kullanımındaki engellerde ise; hemşirelerin %72.6'sı yeni fikirleri uygulamak için işte yeterli zamanın olmadığını, %64.1'i uygulamayı değiştirmek için yeterli yetkilerinin bulunmadığını, %58.6'sı istatistiksel analizlerin anlamadığını, %57.3'ünün hekimlerin uygulama esnasında iş birliği yapmayacaklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca %48.6'sının araştırmalardan habersiz olduğu tespit etmiştir.

2.3.4. Yönetici rolü

Hemşireliğin yönetici rolü diğer rollerinin içinde yer alır. Sağlıklı bireyin sağlığını koruması ve hastalıkların önlenmesi için eğitim ve danışmanlık yaparken, hasta bireyin bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakım planının oluşturulması ve uygulanması aşamasında yönetici rolünü kullanır. Ayrıca iletişim, ekip çalışması ve klinik işleyişinin yönetiminden de sorumludur. Hemşire yönetici rolüyle uygulama ortamındaki kaynakları yönetme, insan kaynaklarının etkili kullanılmasını sağlama, klinik çalışmasını planlama gibi faaliyetleri gerçekleştirmektedir (Kaya ve ark., 2014; Gedük, 2018).

2.3.5. Karar Verici Rolü

Hemşireliğin karar verici rolü profesyonel özerkliğin hayata geçmesi bakımından en önemli rolüdür. Hemşire hastaya sunacağı hizmeti gerçekleştirmeden önce bireyin kendisinin, ailesinin ve diğer ekip üyelerinin beklenti ve görüşlerini ayrıca bireyin tıbbi durumunu dikkate alması gerekir. Hasta bakımında özerklik çerçevesinde verdiği karar sonucu yaptığı uygulamanın sorgulanabilir ve denetlenebilir olduğunu unutmamalıdır. Bilinci kapalı ya da disoryante olan hastalarda hemşire diğer ekip üyeleri ve aile ile işbirliği yaparak hasta yararını gözetleyen kararlar almalıdır (Taylan ve ark., 2012; Gedük, 2018).

2.3.6. Savunucu Rolü

Hemşirenin hasta savunucu rolü temelinde insan haklarını ve hasta haklarını barındırması sebebiyle etik değerlere dayanmaktadır. Bu rol hasta özerkliğine saygı ve zarar vermeme etik ilkeleri ile bağlantılıdır. Hemşire bu rolü yerine getirirken bir çok yasal ve etik sorunlarla karşılaşabilir. Hemşire hastaya uygulanacak işlemler hakkında bilgi verir, gereksiz işlemlerden kaçınılmasını sağlar, hasta yararını sağlamak amacıyla bazen de diğer ekip üyeleri ile anlaşmazlık yaşayabilir (Taylan ve ark., 2012; Kaya, Atar ve Eskimez, 2014).

2.3.7. Kariyer Geliştirici Rolü

Hemşireliğin özerk rollerinden biri olan kariyer geliştirici rolü, hemşirelik mesleğine güç, statü ve yetki kazandırmıştır. Hemşirelerin mesleki eğitiminin üniversite düzeyine yükselmesi, lisans üstü ve doktora imkanının sağlanması ile mesleki profesyonelleşme yolunda önemli bir adım atılmış, hemşirelik meslek örgütlerinin kurulması ve yönetilmesi ile hemşirelik yasa ve politikalarında söz sahibi olma hakkı kazanılmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin mesleki kariyerlerini geliştirmesi hasta ve sağlıklı bireyin bakım ve tedavisinin daha iyiye gitmesine katkı sağlamaktadır (Taylan ve ark., 2012).

2.3.8. Liderlik Rolü

Liderlik hemşirelik için benzersiz bir rol ve işlevdir. Huber (2013) liderliği amaçlarına ulaşabilmeleri için insanları etkileme süreci olarak tanımlar. Yönetimi ise

belirli kurumsal amaç ve hedeflere ulaşabilmek için planlama, organizasyon, koordinasyon, yönetme ve kontrol etme yoluyla kaynakların koordinasyonunu ve entegrasyonunu sağlamak olarak tanımlar.

American Organization of Nurse Executives 2005 yılında hemşire yöneticilerin sahip olması gereken beş beceriyi açıklamıştır. Bunlar;

1. İletişim ve ilişki yönetimi
2. Liderlik
3. İş yetenekleri ve prensipleri
4. Sağlık hizmeti ortaAmı bilgisi
5. Profesyonellik (Huber, 2013).

Hemşire liderler eleştirel düşünme, sorun çözebilde ve karar verebilme yeteneğine sahiptirler. Hemşirelikte liderlik dört yaklaşımı benimser. Bunlar; karar verme, mantıksal ilişki kurma, kolaylaştırma ve etkilemedir. Bu her bir bileşen değişimi artırır ve hedeflerin başarılması ile sonuçlanır. Liderlikte mesleki uygulamada gereksinim duyulan bilgilerin nasıl bulunacağı, kullanılacağı ve uygulamalara nasıl aktarılacağı iyi bilinmelidir. Lider hemşireler mesleğine yön verebilmeli, mesleki alanda alınacak politik kararlara katılmalıdır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.3.9. Özerk ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü

Özerklik sahibi bir profesyonel, kararlarından ve davranışlarından sorumlu olan kişidir. Belirlenen yetki ve sorumluluklar çerçevesinde mesleki uygulamalarla ilgili kararları kendi görüş ve değerlendirmeleri sonucu alması demektir. Sorumluluk ise verdiği kararın sonucunda gelişen durumları üstlenmek demektir. Hemşirelik mesleğinde özerklik ülkemizde istenilen seviyede değildir. Eğitim standartlarının farklı olması, görev yetki ve sorumlulukların belirsizliği, kurumsal işleyişteki yetersizlikler hemşireliğin özerkliğini engelleyen unsurlardır (Gedük, 2018).

2.3.10. İletişim ve Koordinatörlük

Koerner'e (2010) göre "İletişim hemşireliğin kalbidir, genişleyen bilgisinin kullanımını olarak bakımı, şefkat ve merhamet aracı olarak kendi yeteneklerini

kullanır" (Riley, 2017). Hemşire rutin olarak hastalar, aileler, meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri, toplumla sürekli iletişim halindedir (Stockert, 2014). Stuart (2012) hemşirelikte kişilerarası iletişimin önemli işlevlerinden bahsetmiştir. Bunlar;

-İletişim terapötik bir ilişki kurmanın aracıdır,

-İletişim insanların diğer insanların davranışları üzerinde etki gösterdiği araçlardır,

-İletişim ilişkinin kendisidir, çünkü onsuз terapötik bir hemşire-hasta ilişkisi imkansızdır (Riley, 2017).

Hasta bakımının ve tedavi sürecinin aksamadan ilerlemesi için hemşirenin diğer ekip üyeleri ile sürekli iletişimi dışında üyeler arasındaki işbirliğini ve iş bölümünü sağlamada koordinatörlük görevi de vardır. Hastanın bağımsız gerçekleştirebileceği aktiviteleri desteklemek ve tedavi sürecine katılımını sağlamak için hasta ve ailesiyle sürekli iletişim halinde olması gerekmektedir (Taylan ve ark., 2012). Açık bir iletişim olmadan; etkili bir şekilde bakım vermek, hastanın konforunu sağlamak ve duygusal destek vermek, hasta ve ailesi ile birlikte karar almak, hastayı olası tehditlerden korumak, hasta bakımını koordine etmek ve yönetmek, rehabilitasyon esnasında yardımcı olmak ya da hasta eğitimi vermek mümkün değildir. İletişim tüm hemşirelik rolleri ve faaliyetleri için çok önemlidir. İletişimin kalitesi bireylerin, ailelerin ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamada kritik faktördür (Stockert, 2014).

Parlayan ve Dökme (2016) hemşirelerin %64.9'unun hasta ile iletişim kurmakta zorlandığını, %77.2'sinin hasta ve hasta yakınlarının kendisini anlamadığını, %71.9'unun cinsiyet farklılığının iletişimi engellemediğini ifade ettiklerini belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hastaların %60.9'u hemşirelerin davranışlarından memnun, %62'si hemşirelerin anlayışlı olduğunu, %75.3'ü beklentilerinin karşılandığını, %58'i hemşirelerin adil yaklaşımlarının olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak hemşirelerin hasta ile iletişime geçecekleri zaman olumsuzluk yaşayacağı kaygısının olduğunu bunun aksine hastaların ise iletişime olumlu baktığını ve hemşirelerin zor şartlarda çalıştıklarının, kendilerine sabır gösterdiklerinin, herkese eşit davrandıklarının ve verilen hizmetin tatmin edici olduğunu vurgulamışlardır.

2.3.11.Rehabilitate Edici Rolü

Hemşirenin bu rolü travma ya da hastalık sonucu işlevsel fonksiyonunu kaybeden bireyin/ailenin durumla baş edebilmesine ve bağımsız gerçekleştirebileceği günlük yaşam aktivitelerini geri kazanmasını sağlamaktır. Bu süreçte hemşire bireye ve ailesine psikolojik olarak destek sağlar. Hemşirelerden profesyonel olarak objektif olması, bilimsel tutum sergilemesi, hastalara ve onların acılarına duyarlı olması beklenmektedir. Rehabilitate etme rolü hemşirenin danışmanlık ve eğitim rolüyle iç içedir (Hem and Heggen, 2003; Taylan ve ark., 2012; Gedük, 2018).

2.3.12. Rahatlatıcı Rolü

Hemşire tıbbi ortamda bulunan hastanın bakımı ve tedavisi sırasında öncelikli ihtiyaçlarını (anksiyete, bilgi eksikliği, solunum, dolaşım, boşaltım..vb) belirleyerek uygun hemşirelik bakımı ile hastayı rahatlatmalıdır. Rahatlatıcı rolü çerçevesinde hemşire karar almada kimi zaman özerk olsa da kurumsal düzenlemeler ve ekibin diğer üyeleri ile iş birliği içinde çalışır (Taylan ve ark., 2012).

2.3.13. Tedavi Edici Rolü

Ülkemizde hemşireliğin ağırlıklı rollerinden biri olan tedavi uygulama rolü, tıp tarihinde tanı ve tedavi süreçlerinde, ilaç tedavileri ve cerrahi uygulamalar konusunda hekim talimatına göre gerçekleştirmektedir. Ancak soğuk uygulama, masaj, solunum egzersizleri gibi uygulamalarda kararı hemşire karar vermektedir. Son yıllarda Amerika birleşik Devletleri, Avustralya, Yeni Zelanda ve İrlanda gibi ülkelerde hemşirelerin almış oldukları eğitim kapsamında reçete yazma yetkileri bulunmaktadır (Taylan ve ark., 2012).

2.3.14. Danışman Rolü

Danışman rolü hemşirelik rolleri arasında özerklik seviyesi en yüksek olan rollerindedir. Hemşireliğin iletişim ve eğitim rolleriyle iç içedir. Hemşire, hasta ve ailesine hastalık süreciyle ilgili bilgi vererek hastalığın seyirini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilme, hastanın tedavi ve bakımı için gerekli malzemeler hakkında bilgilendirme ve hastalara kanıta dayalı bilimsel bilgiye ulaşma konularında danışmanlık vermektedir (Gedük, 2018).

Sağlık hizmetlerindeki değişim ve yenilikler ve küresel eğilimler sonucu hemşirelik mesleğinin rolleri genişlemiş, özerkliği artmış ve profesyonellik düzeyi artmıştır. Hemşirelik bilimsel bilgi birikimine dayalı hemşirelik felsefesi ışığında hastaya bütüncül bakış açısıyla yaklaşmaktadır (Gedük, 2018).

2.4. Hemşirelik Bakımı ve Profesyonellik

Hemşireler hasta ve ailesi ile sürekli etkileşim halinde olmaları nedeniyle hastane deneyimleri ve meydana gelen sonuçları olumlu yönde etkileyebilecek benzersiz bir konuma sahiptirler. Milbank Memorial Fund 2001 yılında hemşirelik algısını belirlemek için Pennsylvania Üniversitesi'nden Dr. Claire Fagin ile birlikte bir rapor hazırlamışlardır. Bu rapor araştırma çalışmaları, gazete ve dergi yazıları (makale) sentezi ile oluşturulmuş ve sonuçta hemşireler ve ailelerin bakımın değerini kaybetmesi ile ilgili oldukça endişeli ve hastane güvenliği hakkında korkutucu kanıtların var olduğu tespit edilmiştir. Raporun içeriğinde profesyonel hemşirelerin hasta bakımına direk katılımlarında azalma olduğunu, 90'lı yılların ortasından itibaren lisans eğitimi olmayan yardımcı personelin bakıma katılmasının bu duruma katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle profesyonel hemşirelerin bakımdan ziyade tedaviye doğru yöneldiklerini de söylemiştir (Duffy, 2009).

Kalisch ve ark., (2006) iki Amerikan hastanesinin dahiliye-cerrahi ünitelerinde hemşire, hemşirelik asistanları ile görüşmüş ve göz ardı edilen, kaçırılan bakımın nedenlerini araştırmıştır. Kaçırılan hemşirelik bakımı Kalisch tarafından yeni tanımlanmış bir kavramdır ve ihmal edilen veya geciken hemşirelik bakımını ifade eder. Kalisch kaçırılmış hemşirelik bakımında dokuz unsur belirlemiştir. Bunlar; hareketlilik, rotasyon, geciken yada kaçırılan beslenme, hasta eğitimi, taburculuk planı, duygusal destek, hijyen, giriş ve çıkış belgeleri, gözetimdir. Hemşirelikte kaçırılmış bakım nedeni olarak az sayıda personel, mevcut personel kaynaklarının zayıf kullanımı, hemşirelik müdahalesi için gereken süre, kötü takım çalışması, etkisiz temsilciler, alışkanlıklar ve reddetme nedenleri belirlenmiştir (Duffy, 2009).

Duffy 2003 yılında modern sağlık bakımının gerçekleri içinde hemşireliğin özünü korumak için Kalite-Bakım Modeli'ni geliştirmiştir. Modelin ilk yapısı kaliteli

sağlık hizmeti sağlamada yer alan bireylerin veya sistemin düzenlenmesini içerir. İkinci yapısı modelin ana odağı olan bakım sürecidir. Bu süreçte hasta ve ailelerle kurulan bakım ilişkileri hemşirelerin bağımsız işlevleridir (Duffy, 2009). Hemşirelik, insanların sağlık ve hastalık deneyimlerinde bakımını ve beslenmesini sağlayan bir hizmet mesleğidir. İki temel görevi; bakımın sağlanması ve bakımın koordine edilmesidir. Bakımın sağlanması görevi, hemşireliğin en çok bilinen ve vazgeçilmez temel rolüdür (Dinç, 2010; Baykara, 2014). Bakım verici rol, hemşirelerin geleneksel uygulamalarının temelini oluşturan en eski roldür ve modern hemşirelik rollerinin de temelini oluşturmaktadır (Koçak ve ark., 2014). Modern hemşirelikte bakım rolü sadece uygulamanın geliştirilmesi ile kalmamış, kültürel, çevresel, tamamlayıcı ve ahlaki boyutları açısından incelenmiştir (Tortumluoğlu ve ark., 2004; Dinç, 2010; Turan ve ark., 2010; Boz, 2018; Altınbaş ve ark., 2019).

Uygur ve ark. (2008) çalışmasında hemşirelere sağlık ekibi içindeki rolleri sorulduğunda %96'sı bakım vermek, %95.6'sı eğitim yapmak, %88.4'ü hemşireliğin mesleklaşmasını ve gelişmesini sağlamak, %86.8'i hekim istemlerini uygulamak, %82'si araştırma yapmak ve %80.8'i hemşirelik eğitimini ve hizmetlerini yönetmek olduğunu ifade etmişlerdir.

Dinç (2010) bakımın, toplumdaki her bireye ahlaki bir sorumluluk yüklemekle birlikte, hemşirelik için özgün ve vazgeçilmez bir kavram olduğundan hemşirelere ayrıca ahlaki bir sorumluluk yüklediğinden bahseder. Hemşirelik bakımını ayrıcalıklı ve özgün yapan ise bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve becerilerle birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılması olduğunu söylemektedir.

Tortumluoğlu ve ark. (2004) hemşirelik bakımında kültürel yaklaşıma değinen ilk kuramcı Leininger' in görüşünü benimsemiş ve hemşirenin bakım verdiği birey, aile ve toplum için iyi bir yaşamı hedef alması durumunda toplumun kültürünü tanıma zorunluluğunun olduğunu söylemektedirler. Kültürel özellikleri dışlayan bir sağlık hizmet modelinin toplum tarafından beğenilmeyeceğini ve verimli olunamayacağını, toplumun kültürünün kendine özgü inanç ve uygulamalarının dikkate alınması gerektiğini savunurlar.

Altınbaş ve ark., (2019) güçlü yönler dayalı bakımın hemşirelikte yeni bir düşünce modeli olduğunu ve bireyde pozitif alanların temel alındığını, bakımın kalitesinin geliştirilmesi için sadece eksikliklere değil aynı zamanda hastanın mevcut güçlü yönlerine de odaklanılarak, bireylerin güçlendirildiği, holistik bir yaklaşımla bakımın sağlandığı, bireyin bakıma dahil edildiği ve sonuçların birlikte değerlendirildiği bir yaklaşımın temel alınması gerektiğinden bahseder.

Turan ve ark., (2010) modern tıbbi uygulamaların dışında insanların tamamlayıcı terapi kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğunu ve tamamlayıcı terapi uygulamalarının hemşirelik bakımı uygulamaları ile benzerlik gösterdiğini açıklamışlardır. Her iki uygulamada da hasta birey bütüncül yaklaşım modeli ile değerlendirilir ve gereksinimleri belirlenerek uygun bakım planlanır. Hemşirelerin bu alanda kendilerini geliştirmeleri gerektiği önerisinde bulunur.

Boz (2018) Nigthingale ve Watson'ın çevre kavramlarından yola çıkarak hemşireliğin geleneksel hemşirelik rolleri (doktor hegemonyasıyla biçimlenmiş tıbbi modele uyumlu tedavi edici rol) ile sınırlandırılmayıp, iyileştirici sağlık bakım çevresi ile birey merkezli, holistik felsefeye temelli, kişilerarası bakım-iyileşme paradigması içinde gelişme fırsatı olduğunu açıklamaktadır.

Hemşire bir profesyonel olarak bakım verme rolünü bilimsel yöntem çerçevesinde gerçekleştirir. Hemşirenin bakım işlevi, hemşireliğin bilimsel problem çözme yöntemi basamaklarından oluşan hemşirelik süreci ile yapılmalıdır. Hemşirelik süreci ile hemşire, bakımı, sezgisel değil sistematik ve analitik bir yaklaşım ile gerçekleştirir. Hemşirenin değişen ve gelişen rolleri bakımda karmaşık kararlar almasını zorunlu hale getirebilir ancak profesyonel bakım verme rolünü benimsemiş olan hemşirelerin, bakıma gereken önemi vermeleri ve bakımın sorumluluğunu üstlenmeleri sonucu mesleklerinde olumlu yönde gelişme olacağı düşünülmektedir (Baykara, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi ve dahili birimlerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi cerrahi ve dahili kliniklerinde çalışan toplam hemşire sayısı 330'dur. Araştırmanın evrenini ilgili hastanelerin *cerrahi birimlerinde (genel cerrahi, kalp-damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, üroloji, beyin cerrahi, plastik cerrahi, göğüs cerrahi, göz ve kulak-burun-boğaz cerrahisi, çocuk cerrahisi servisleri ve cerrahi yoğun bakım ünitesi, reanimasyon yoğun bakım ünitesi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım, genel yoğun bakım)* çalışan 175 hemşire ve *dahili birimlerinde (göğüs hastalıkları, dahiliye, kardiyoloji, nöroloji, hematoloji, gastroenteroloji, nefroloji, onkoloji, endokrin, enfeksiyon hastalıkları ve dahiliye yoğun bakım ünitesi, nöroloji yoğun bakım ünitesi, koroner yoğun bakım ünitesi, reanimasyon yoğun bakım ünitesi, palyatif yoğun bakım ünitesi)* çalışan 155 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmeyip araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ulaşılabilen, izinli, raporlu vb. olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 198 hemşire örneklemi oluşturmuştur. Araştırmaya ilgili hastanelerde çalışan ebeler dahil edilmemiştir. Hemşirelerin araştırmaya katılma oranı %60'dır.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Cerrahi ve dahili kliniklerinde çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmanın veri toplama aşamasında izinli ya da raporlu olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili soruları içeren; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (Ek 2) ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği (Ek 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik bilgileri içeren 15 sorudan oluşan kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Formda çalışılan kurum, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki hizmet süresi, halen çalışmakta olduğu birim, çalışma şekli, çalışılan birimdeki görevi, çalışılan birimdeki hizmet yılı, çalışılan birimdeki yatak sayısı, klinikteki çalışma saatleri, haftalık çalışma saatleri, çalışma saati içinde bakımla yükümlü olunan hasta sayısı, çalışılan klinikteki memnuniyet sorularından oluşmaktadır (Erol, 2016).

3.4.2. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE), Erbil ve Bakır (2009) tarafından geliştirilerek geçerliği ve güvenilirliği yapılmış, mesleki eğitim ve gelişme, kişilerarası ilişkiler, sorunlara yaklaşım gibi konularda tutumu içeren sorulardan oluşan tek boyutlu bir envanterdir. Likert tipi geliştirilen ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Envanterdeki her bir ifade 5'ten 1'e kadar puanlanmaktadır. Her maddede "bana tamamen uyuyor" yanıtına "5", "bana biraz uyuyor" yanıtına "4", "kararsızım" yanıtına "3", "bana uymuyor" yanıtına "2" ve "bana hiç uymuyor" yanıtına "1" puan verilmektedir. MPTE'den alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır. MPTE'den alınacak toplam puan, meslekte profesyonel tutum puanını vermekte, alınan puan yükseldikçe profesyonellik düzeyinin yükseldiği şeklinde değerlendirilmektedir. MPTE'nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olduğu belirlenmiştir (Ebil ve Bakır, 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği

Stemple tarafından Amerika'da 1988 yılında hazırlanmış olan ölçek, 5' li likert tiptedir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak belirlenmiştir. Karahmetoğlu (2017) tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği (HBROÖ)'nin Cronbach alfa değeri incelendiğinde; toplam ölçek iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.65 bulunmuştur. HBROÖ alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayısı 0.56 -0.67 arasında değişmektedir. Ölçekte toplam 24 madde bulunmakta olup 1,2,3,4,5,9,11,12,14,18,22,23,24' üncü maddeler (13 madde) ters puanlanmaktadır. Her sorunun iki ifadesi mevcuttur. Tüm maddeler 1-5 puan arasında değerlendirilmiştir. "1" ilk ifadeye tamamen katılıyorum. "2" ilk ifadeye katılıyorum. "3" her iki ifadeye de katılıyorum. "4" ikinci ifadeye katılıyorum. "5" ikinci ifadeye tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 24-120 arasında değişmektedir. HBROÖ alt boyutlarından alınabilecek puan; "*İş Birliği*" alt boyutundan 8-40 puan, "*Araştırma*" alt boyutundan 8-40 puan, "*Hemşire/Hasta Etkileşimi*" alt boyutundan 5-25 puan, "*Otonomi*" alt boyutundan 3-15 puandır. Alınan toplam puanın yüksek olması, hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının yüksek olduğunu, puanın düşük olması ise hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonunun düşük olduğunu göstermektedir (Karahmetoğlu, 2017). Bizim çalışmamızda HBROÖ Cronbach Alfa katsayısı 0.56 ve alt boyutlarından; iş birliği boyutu için 0.62, araştırma boyutu için 0.64, hemşire/hasta etkileşimi boyutu için 0.66 ve otonomi boyutu için 0.53 olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışmada verileri 01 Temmuz 2018-30 Eylül 2018 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçekler hemşireler tarafından yaklaşık 15-20 dakika sürede doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya gönüllü katılım sağlayan hemşirelere araştırmanın yapılış amacı anlatıldı, mevcut soruları yanıtlandı ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (Ek 4).

Araştırmada veri toplama sürecinde kullanılacak olan Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan gerekli izinler alındı (Ek 5, Ek 6). Araştırmanın yapıldığı Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı bulunduğu Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alındı (Ek 8).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS for Windows 17 paket programı ile bilgisayar ortamında bir uzman tarafından analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok değerler, ortalama ve standart sapma ile Tablo 3.1' de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde
İkili grup karşılaştırmalarında	Bağımsız gruplarda t testi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak LSD kullanılmıştır)
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi
HBROÖ ve alt boyutları ile MPTE arasındaki regresyon analizi	Lineer Regresyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach Alfa Katsayısı
Verilerin Normallik Dağılımı	Kurtosis ve Skewness katsayıları

Tablo 3.2. Verilerin Normal Dağılımı

	n	Skewness Kurtosis			
		Statistic	Std. Hata	Statistic	Std. Hata
Hizmet Süresi	198	0.325	0.173	-1.1	0.344
Haftalık Çalışma Saati	198	0.843	0.173	-0.142	0.344
Bakmakla Yükümlü Olunan Hasta Sayısı	198	0.451	0.173	-1.246	0.344
İş birliği	198	0.489	0.173	0.086	0.344
Araştırma	198	0.109	0.173	0.875	0.344
Hemşire/Hasta Etkileşimi	198	-0.091	0.173	1.13	0.344
Otonomi	198	0.191	0.173	-0.044	0.344
HBROÖ Toplam	198	0.626	0.173	0.121	0.344
MPTE Toplam	198	-0.459	0.173	-0.085	0.344

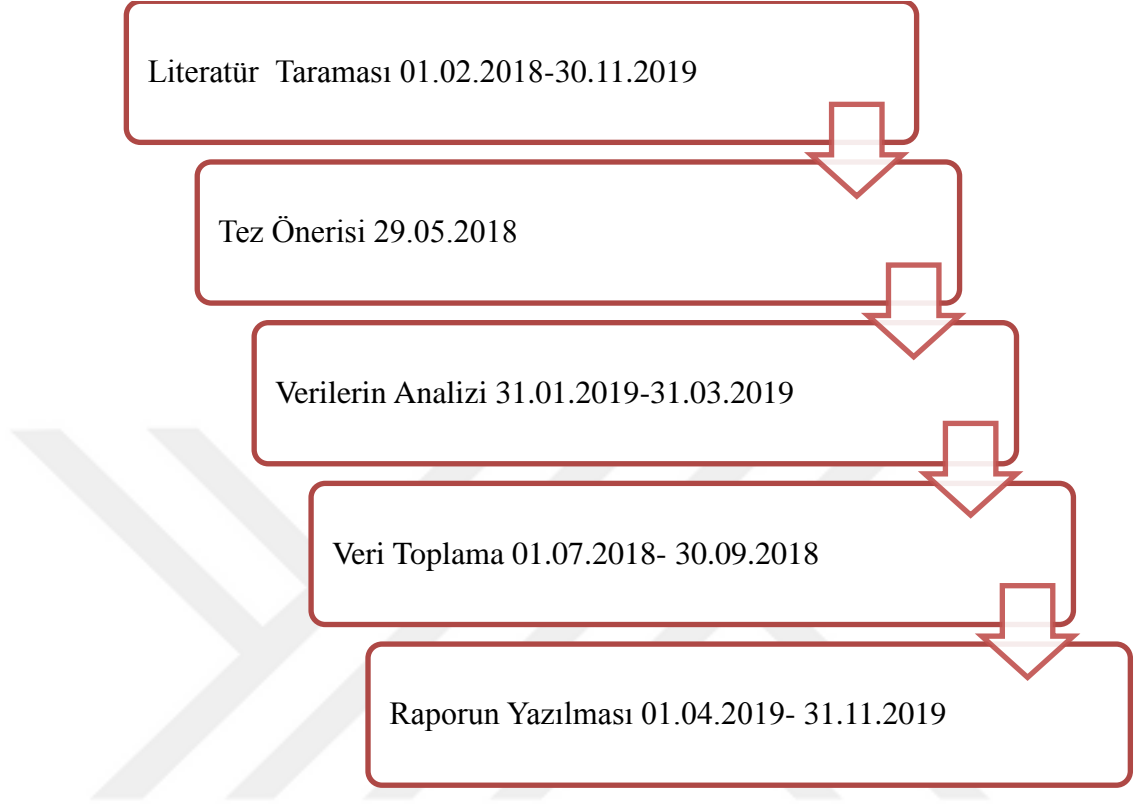
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Araştırma, Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cerrahi ve dahili birimlerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirildiği için çalışma kapsamı dışındaki hemşirelere genellenemez. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların hemşirelerin kendi ifadelerine dayalı olması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların olmaması da bulguların tartışılmasında sınırlılıklara neden olmuştur. Ancak bu araştırmanın konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma verilerinin toplanmasında evreni oluşturan tüm hemşirelere ulaşmada güçlük yaşanması (izinli, raporlu, araştırmaya katılmada isteksizlik vb) bu araştırmanın karşılaşılan güçlüğü olarak değerlendirilebilir.

3.10. Araştırma Planı



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda hemşirelerin %87.9'u kadın, %33.3'ü 39 yaş ve üzerinde, %72.2'si evli, %77.3'ü devlet hastanesinde çalışmakta olup, %81.3'ü kadrolu çalışmaktadır. Hemşirelerin %68.7'si lisans mezunu, %35.9'u dahili birimlerde, %23.7'si cerrahi birimlerde, %89.9'u servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Hemşirelerin %65.2'si çalıştığı birimde 0-5 yıl arasında hizmet vermekte, toplam hizmet süresi %26.3'ünün 0-5 yıl, %25.8'inin 6-10 yıl arasındadır. %39.9'u 20 ve üzeri yataklı birimlerde çalışmakta, %36.4'ü ortalama 2-5 hastaya bakım hizmeti vermektedir. Hemşirelerin %46.5'i gündüz ve gece karma olarak çalışmakta, %80.3'ü haftalık 40-48 saat çalışmaktadır. Hemşirelerin %79.3'ü çalıştığı kliniklerden memnundur.

Hemşirelerin ortalama hizmet süresi 12.63 ± 9.05 yıl, ortalama haftalık çalışma süresi 46.06 ± 6.75 saat ve ortalama bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı 13.77 ± 10.76 dir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Yaş	18-24 yaş	31	15.7
	25-31 yaş	56	28.3
	32-38 yaş	45	22.7
	39 yaş ve üzeri	66	33.3
Cinsiyet	Erkek	24	12.1
	Kadın	174	87.9
Medeni Durum	Evli	143	72.2
	Bekar	55	27.8
Eğitim Durumu	Lise	16	8.1
	Ön Lisans	33	16.7
	Lisans	136	68.7
	Yüksek Lisans	13	6.6
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	45	22.7
	Devlet Hastanesi	153	77.3
Çalışma Şekli	Kadrolu	161	81.3
	Sözleşmeli	37	18.7
Çalışma Statüsü	Sorumlu Hemşire	20	10.1
	Klinik Hemşiresi	178	89.9
Çalışılan Klinik	Dahili Birimler	71	35.9
	Cerrahi Birimler	47	23.7
	Dahili ve Cerrahi Birimler	12	6.1
	Dahili Yoğun Bakım	16	8.1
	Cerrahi Yoğun Bakım	14	7.1
	Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım	38	19.2
Meslekteki Hizmet Süresi	0-5 yıl	52	26.3
	6-10 yıl	51	25.8
	11-15 yıl	21	10.6
	16-20 yıl	30	15.2
	21-25 yıl	22	11.1
	26-30 yıl	22	11.1
Çalışılan Birimdeki Hizmet Yılı	0-5 yıl	129	65.2
	6-10 yıl	43	21.7
	11-15 yıl	14	7.1
	16 yıl ve üzeri	12	6.1
Çalışılan Birimdeki Yatak Sayısı	1-5 yatak	9	4.5
	6-10 yatak	66	33.3
	11-15 yatak	15	7.6
	16-20 yatak	29	14.6
	20 yatak ve üzeri	79	39.9
Bakmakla Yükümlü Olunan Hasta Sayısı	2-5 hasta	72	36.4
	6-10 hasta	31	15.7
	11-15 hasta	9	4.5
	16-20 hasta	36	18.2
	21-25 hasta	14	7.1
	26-30 hasta	26	13.1
	31-35 hasta	10	5.1

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (Devam..)

		n	%		
Haftalık Çalışma Saati	40-48 saat	159	80.3		
	49-57 saat	31	15.7		
	58-64 saat	8	4.0		
Çalışma Şekli	Gündüz	41	20.7		
	Gece	3	1.5		
	Gündüz ve Gece	92	46.5		
	Gündüz, Gece, Vardiya	62	31.3		
Klinikten Memnuniyet	Evet	157	79.3		
	Hayır	41	20.7		
	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Meslekteki Hizmet Süresi	198	0.30	30.00	12.63	9.05
Haftalık Çalışma Saati	198	40.00	64.00	46.06	6.75
Bakmakla Yükümlü Olunan Hasta Sayısı	198	2.00	35.00	13.77	10.76

Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri madde puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Hemşireler en yüksek puanı "karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim" maddesine 4.71±0.51 puan, "davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez" maddesine 4.66±0.60 puan, "hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım" maddesine 4.66±0.58 puan ve "işimde disiplinliyim" maddesine 4.66±0.58 puan vermişlerdir.

Hemşireler en düşük madde puan ortalamasını "mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim" maddesine 2.85±1.57 puan, "mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım" maddesine 3.19±1.32 puan, "mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm" maddesine 3.46±1.19 puan, "mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım" maddesine 3.51±1.27 puan, "iş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez" maddesine 3.50±1.20 puan vermişlerdir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin MPTE Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Maddeleri*	Ort± SS
1. Mesleğimi seviyorum	4.16±1.03
2. Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm	3.46±1.19
3. Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım	4.66±0.58
4. İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım	4.46±0.75
5. İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarımı sürekli açık tutarım	4.64±0.59
6. İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.	4.65±0.63
7. Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim	4.55±0.67
8. Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim	4.44±0.67
9. İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım	4.61±0.60
10. Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim	4.71±0.51
11. Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım	4.56±0.69
12. Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez	4.66±0.60
13. İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez	3.50±1.20
14. Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum	4.29±0.73
15. Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım	4.53±0.65
16. Mesleki prensiplerimi önemserim	4.57±0.63
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açığım	4.57±0.64
18. İş yerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım	4.44±0.67
19. Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm	4.64±0.52
20. Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim	4.31±0.75
21. Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım	4.47±0.72
22. Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım	4.50±0.62
23. Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımla mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm	4.32±0.77
24. Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım	3.51±1.27
25. Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim	2.85±1.57
26. Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım	3.19±1.32
27. Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım	4.57±0.74
28. Çalışma anlamında yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım	4.58±0.77
29. İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım	4.53±0.70
30. İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım	4.55±0.64
31. Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim	4.15±0.97
32. İşimde disiplinliyim	4.66±0.58

*Her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır.

Hemşirelerin HBROÖ madde puanlarının toplam ortalaması Tablo 4.3'de sunulmuştur. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında değerlendirilmiştir. Ölçeğin; 1,2,3,4,5,9,11,12,14,18,22,23,24' üncü maddelerinin puanlaması ters yönde yapılmıştır.

HBROÖ maddelerinden en yüksek puan ortalaması Hemşire/Hasta Etkileşimi alt boyutunda yer alan "çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum,aile,birey) için en etkili sağlık bakımı" maddesi almış (4.34 ± 0.99) ve "Çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum,aile,birey) için en etkili sağlık bakımı" cümlesini "sağlık ekibinin iş birliği ile verilir" olarak tamamlamışlardır.

HBROÖ maddelerinden en düşük puan ortalaması İş Birliği alt boyutunda yer alan "hemşirenin fizik muayene yapmasının amacı" maddesi almış (2.81 ± 1.25) ve hemşireler "hemşirenin fizik muayene yapmasının amacı" cümlesini "sağlık durumunu anlamasında bireye yardımcı olacak veri elde etmek olmalıdır" şeklinde tamamlamışlardır.

HBROÖ İş Birliği alt boyutunda en yüksek madde puan ortalaması "Hemşire-sağlıklı/hasta birey etkileşimi, bireyin gereksinimlerine dayanmalıdır" (4.02 ± 1.00), Otonomi alt boyutunda en yüksek madde puan ortalaması "sağlıklı/hasta birey hemşirelik bakımı için hemşire ile doğrudan iletişim kurmalıdır" (3.65 ± 1.33), Araştırma alt boyutunda en yüksek madde puan ortalaması "hemşirenin yükümlülüğü/sorumluluğu aşağıdakilerden hangisi olmalıdır? Temel olarak sağlıklı/hasta birey" (3.56 ± 1.15) ve Hemşire/Hasta Etkileşimi alt boyutunda en yüksek madde puan ortalaması "çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum,aile,birey) için en etkili sağlık bakımı sağlık ekibinin iş birliği ile verilir" (4.34 ± 0.99) ifadeleri olmuştur.

Tablo 4.3. Hemşirelerin HBROÖ Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Maddeleri	1	2	3	4	5	Ort±SS
İş Birliği						
23.*Birey için etkili uyuşturucu bağımlılığı rehabilitasyon programı en iyi, <i>sağlık ekibinin iş birliği ile geliştirilebilir</i>					<i>kapsamlı literatür taraması yapılarak geliştirilebilir</i>	3.63±1.14
24.*En iyi hemşirelik bakımı hemşire ve, <i>sağlıklı/hasta birey tarafından belirlenir</i>					<i>hekim tarafından belirlenir</i>	3.95±1.13
18.*Sağlıklı/hasta birey için etkili beslenme programı en iyi, <i>sağlık ekibinin iş birliği ile geliştirilebilir</i>					<i>kapsamlı literatür taraması yapılarak geliştirilebilir</i>	3.68±1.26
12.*Hemşire- sağlıklı/hasta birey etkileşimi, <i>bireyin gereksinimlerine dayanmalıdır</i>					<i>hekim istemlerine dayanmalıdır</i>	4.02±1.00
5.*Hemşirelik için önemli olan hemşirenin, <i>bireyin sonuçlarının kaydını tutmasıdır</i>					<i>hekim kayıtları için veri kaydetmesidir</i>	3.84±1.10
14.*Sağlıklı/hasta bireyden sağlık öyküsünün alınmasının amacı, <i>bireyin sağlık gereksinimlerini belirlemeye yardımcı olmaya yönelik olmalıdır</i>					<i>hastalığın semptomlarını belirlemeye yönelik olmalıdır</i>	3.38±0.95
9.*Çoğu durumda sağlıklı/hasta bireye sağlık durumu ile ilgili bilgi verilirse, <i>kendi sağlık uygulamaları ile ilgili uygun kararı verebilir</i>					<i>hala sağlık uygulamaları ile ilgili karar verilmesine ve tavsiyeye gereksinim duyar</i>	3.47±1.18
17.Hemşirenin fizik muayene yapmasının amacı, <i>sağlık durumunu anlamasında bireye yardımcı olacak veri elde etmek olmalıdır</i>					<i>hastalığına tanı koymada bireye yardım edecek veri elde etmek olmalıdır</i>	2.81±1.25
Otonomi						
8. Hemşirelik uygulamaları en iyi hemşirenin, <i>uygulamada kullandığı kavramlar ile tanımlanabilir</i>					<i>gerçekleştirdiği aktiviteler ile tanımlanabilir</i>	2.85±1.03
10. Sağlıklı/hasta birey hemşirelik bakımı için hemşire ile, <i>hekim aracılığı ile iletişim kurulmalıdır</i>					<i>doğrudan iletişim kurulmalıdır</i>	3.65±1.33
11. *Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin karşılanması için izlenecek yolların belirlenmesinde en iyi yöntem, <i>birey ile iş birliği yapmaktır</i>					<i>sağlık probleminin niteliğini belirlemektir</i>	3.49±1.05

* Puanlama ters yönde yapılmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin HBROÖ Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı..)

Ölçek Maddeleri	1 2 3 4 5	Ort±SS
Araştırma		
16. Hemşirelik bakımının kalitesi, <i>hemşirenin teknik becerileri ile daha çok artırılır</i>	<i>hemşirelik araştırmaları ile daha çok artırılır</i>	2.90±1.00
15. Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin belirlenmesi en iyi, <i>hastalığın nedeninin tanınması ile olur</i>	<i>hasta ile iş birliği yapılması ile olur</i>	2.91±0.98
19. Hemşirenin yükümlülüğü/sorumluluğu aşağıdakilerden hangisi olmalıdır? <i>temel olarak hekim</i>	<i>temel olarak sağlıklı/hasta birey</i>	3.56±1.15
7. Hemşirelik uygulamalarının çoğu, <i>sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından yapılan araştırmalara dayandırılmalıdır</i>	<i>hemşireler tarafından yapılan araştırmalara dayandırılmalıdır</i>	3.06±1.27
21. Hemşirelik bakımının özel boyutları ve tıbbi bakımın özel boyutları, <i>birbirinden çok farklıdır</i>	<i>birbirine benzerdir</i>	3.20±1.24
20. Yaşam tarzı verileri hekimden, <i>kalp hastalıklarının nedenlerini tartışması için kullanılmalıdır</i>	<i>sağlığı geliştirme aktiviteleri hakkında bireyi eğitmesi için kullanılmalıdır</i>	3.47±1.05
22. Kan basıncı verileri, <i>durumdaki değişiklikler konusunda bireyi eğitmek için kullanılmalıdır</i>	<i>hekim tarafından bireyin sağlığının tanınmasında kullanılmalıdır</i>	3.16±1.12
13. Sağlıklı/hasta bireyin sağlığının değerlendirilmesinde öncelikli veri kaynağı, <i>bireyin davranışı ve tedaviye verdiği yanıtlardır</i>	<i>sağlık kayıtları ve günlük gözlem formlardır</i>	2.83±1.07
Hemşire/Hasta Etkileşimi		
1. *Çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum,aile,birey) için en etkili sağlık bakımı, <i>sağlık ekibinin iş birliği ile verilir</i>	<i>yalnızca hemşirelik bakımı ile verilir</i>	4.34±0.99
4.* Sağlıklı/hasta bireye verilen sağlık hizmetinin kalitesi, <i>hemşirelik ekibinin iş birliği ile artırılır</i>	<i>hemşirenin teknik becerilerine özen göstermesi ile artırılır</i>	3.68±1.08
3. *Aşağıdakilerden hangisi hemşireliği en iyi tanımlar? <i>öz bakım uygulamalarında sağlıklı/hasta bireye yardım eder</i>	<i>tedavi edici uygulamaları yapar.</i>	3.56±1.10
2. *X sağlıklı/hasta birey için hemşirelik bakımının hedefleri çoğunlukla, <i>bireyin gereksinimleri doğrultusunda belirlenir</i>	<i>hekim istemi doğrultusunda belirlenir</i>	3.54±1.22
6. Sağlıklı/hasta bireyin sorunlarının tanınması, <i>bireyin durumunu anlama düzeyini belirlemekle başlamalıdır</i>	<i>bireyin şikayetleri ve testlerini değerlendirmekle başlamalıdır</i>	3.06±1.26

* Puanlama ters yönde yapılmıştır.

Hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine göre MPTE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur. Tablo 4.4'de görüldüğü gibi eğitim durumu, çalışılan klinik, çalışılan kurum, haftalık çalışma saati, yatak sayısına göre MPTE puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0.041, p=0.021, p=0.041, p=0.031, p=0.006**).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); yüksek lisans mezunlarının puanlarının (146.62±13.44), ön lisans (138.45±13.12) ve lisans (137.24±11.93) mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); dahili birimlerin puanlarının (141.45±10.59), cerrahi birim (134.53±13.75), dahili ve cerrahi birim (142.00±7.79), dahiliye yoğun bakım (139.31±10.56), cerrahi yoğun bakım (140.57±11.76), dahiliye ve cerrahi yoğun bakım (135.26±13.78) birimlerinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışılan kuruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puanları (141.22±9.41) devlet hastanesinde çalışan hemşirelere (137.59±12.91) göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); haftada 40-48 saat çalışan hemşirelerin puanlarının (139.25±11.80), 49-57 saat çalışanlardan (142.00±8.16) yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışılan birimdeki yatak sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); birimdeki yatak sayısı 11-15 olanların puanlarının (149.00±9.30) , 1-5 yatak sayısı (135.56±9.98), 6-10 yatak sayısı (137.73±12.96), 16-20 yatak sayısı (140.24±9.28), 20 ve üzeri yatak sayısı (136.65±12.52) olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma şekli, birimdeki görevi, çalışılan birimdeki hizmet yılı, çalışma saatleri, klinikten memnuniyet, meslekteki hizmet süresi, bakmakla yükümlü olunan hasta sayısına göre MPTE toplam ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre MPTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	MPTE			
			Ort.	SS	Test	p
Yaş	18-24 yaş	31	138.00	11.57	F=0.388	0.762
	25-31 yaş	56	138.13	12.53		
	32-38 yaş	45	140.13	11.59		
	39 yaş ve üzeri	66	137.70	12.98		
Cinsiyet	Erkek	24	135.29	15.14	t=1.334	0.184
	Kadın	174	138.85	11.81		
Medeni Durum	Evli	143	138.16	12.29	t=0.477	0.634
	Bekar	55	139.09	12.34		
Eğitim Durumu	Lise ^a	16	141.69	10.22	F=2.801	0.041 (Fark d-c,b arasında)
	Ön Lisans ^b	33	138.45	13.12		
	Lisans ^c	136	137.24	11.93		
	Yüksek Lisans ^d	13	146.62	13.44		
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	45	141.22	9.41	t =2.075	0.041
	Devlet Hastanesi	133	137.59	12.91		
Çalışma Şekli	Kadrolu	161	138.42	12.28	t=0.408	0.684
	Sözleşmeli	37	137.68	12.30		
Çalışma Statüsü	Sorumlu Hemşire	20	143.10	11.68	t=1.809	0.072
	Hemşire	178	137.89	12.26		
Çalışılan Birimdeki Hizmet Yılı	0-5 yıl	129	138.43	11.75	F=1.128	0.339
	6-10 yıl	43	139.33	11.83		
	11-15 yıl	14	140.57	14.73		
	16 yıl ve üzeri	12	132.58	15.99		
Çalışılan Birimdeki Yatak Sayısı	1-5 yatak ^a	9	135.56	9.98	F=3.729	0.006 (Fark c-a,b,d,e arasında)
	6-10 yatak ^b	66	137.73	12.96		
	11-15 yatak ^c	15	149.00	9.30		
	16-20 yatak ^d	29	140.24	9.28		
	20 yatak ve üzeri ^e	79	136.65	12.52		
Klinikte Çalışılan Saat	Gündüz	41	140.59	13.34	F=1.249	0.293
	Gece	3	134.33	26.69		
	Gündüz ve Gece	92	139.03	11.84		
	Gündüz,Gece, Vardiya	62	136.27	11.32		
Klinikten Memnuniyet	Evet	157	139.00	12.08	t=1.305	0.193
	Hayır	41	136.20	12.89		
Haftalık Çalışma Saati	40-48 saat ^a	159	139.25	11.80	F=3.529	0.031 (Fark a-b arasında)
	49-57 saat ^b	31	133.26	14.37		
	58-64 saat ^c	8	142.00	8.16		

Tablo 4.4. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre MPTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam..)

		n	MPTE				
			Ort.	SS	Test	p	
Meslekteki hizmet Süresi	0-5 yıl	52	137.67	12.02	F=2.141	0.062	
	6-10 yıl	51	138.86	12.17			
	11-15 yıl	21	143.57	11.08			
	16-20 yıl	30	138.67	12.03			
	21-25 yıl	22	132.05	15.34			
	26-30 yıl	22	140.27	9.12			
Bakmakla Yükümlü Olunan Hasta Sayısı	2-5 hasta	72	138.03	12.70	F=0.757	0.604	
	6-10 hasta	31	139.45	13.31			
	11-15 hasta	9	139.33	11.81			
	16-20 hasta	36	140.39	9.47			
	21-25 hasta	14	138.21	11.49			
	26-30 hasta	26	134.35	14.81			
Çalışılan Klinik	Dahili Birimler ^a	71	141.45	10.59	F=2.733	0.021	
	Cerrahi Birimler ^b	47	134.53	13.75			
	Dahili ve Cerrahi Birimler ^c	12	142.00	7.79			
	Dahili Yoğun Bakım ^d	16	139.31	10.56			(Fark a-b,c,d,e,f arasında)
	Cerrahi Yoğun Bakım ^e	14	140.57	11.76			
	Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım ^f	38	135.26	13.78			

Hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine göre Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'de sunulmuştur.

HBROÖ'nin, "Araştırma" alt boyut puan ortalaması ile çalışılan birimdeki hizmet yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0.003**). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çalışılan birimde 16 ve üzeri hizmet yılı olan hemşirelerin puanlarının (27.92 ± 5.73), 6-10 yıl (24.19 ± 3.87) ve 11-15 yıl (21.86 ± 5.36) çalışan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

HBROÖ'nin, "Hemşire/Hasta Etkileşimi" alt boyutu puan ortalaması ile çalışılan birimdeki hizmet yılı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.017**). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analizde

(LSD); çalışılan birimde 11-15 yıl arası hizmeti olan hemşirelerin puanlarının (21.21±3.26), 0-5 yıl (18.02±3.69), 6-10 yıl (17.84±3.48), 16 yıl ve üzeri (17.83±4.00) hizmet yılı olan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

HBROÖ'nin, "Otonomi" alt boyut puan ortalaması ile haftalık çalışma saati arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p= 0.023**). Haftalık çalışma saatine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); haftalık 49-57 saat çalışanların puanlarının (10.94±2.13) , 40-48 saat çalışanlardan (9.77±2.48) yüksek olduğu belirlenmiştir.

HBROÖ toplam puanı ile hemşirelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**p=0.024**). HBROÖ toplam puan ortalamasının kadınlarda (82.66±8.15) erkeklere (78.63±8.07) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

HBROÖ'nin toplam puanı ve alt boyut puanları ile çalışılan kurum, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma şekli, çalışılan birimdeki görevi, çalışma saatleri, klinikteki memnuniyet, çalışma saatleri, çalışılan birimdeki yatak sayısı, meslekteki hizmet süresi, bakmakla yükümlü olunan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HBROÖ 'iş birliği' alt boyut puan ortalaması 29.26±5.55, 'araştırma' alt boyut puan ortalaması 26.40±5.02, 'hemşire/hasta etkileşimi' alt boyut puan ortalaması 18.28±4.51, 'otonomi' alt boyut puan ortalaması 10.40±2.65 ve HBROÖ toplam puan ortalaması 84.34±9.16 dır. Dahili birimlerde çalışan hemşirelerin HBROÖ 'iş birliği' alt boyut puan ortalaması 28.51±4.56, 'araştırma' alt boyut puan ortalaması 24.72±3.91, 'hemşire/hasta etkileşimi' alt boyut puan ortalaması 17.99±3.26, 'otonomi' alt boyut puan ortalaması 9.96±2.46 ve HBROÖ toplam puan ortalaması 81.17±8.16 dır. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HBROÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları diğer birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek bulundu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İşbirliği	Araştırma	Hemşire/Hasta Etkileşimi	Otonomi	HBROÖ Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yaş						
18-24 yaş	31	29.19±4.40	25.39±4.31	17.48±3.49	10.45±3.00	82.52±8.63
25-31 yaş	56	28.73±4.89	25.61±4.86	18.52±4.22	10.34±2.23	83.20±9.05
32-38 yaş	45	29.29±4.87	24.69±4.99	19.13±3.63	9.73±2.67	82.84±8.48
39 yaş ve üzeri	66	28.42±4.89	24.94±4.83	17.62±3.27	9.70±2.25	80.68±7.01
Test ve p değeri		F=0.359 p=0.783	F=0.375 p=0.771	F=2.046 p=0.109	F=1.202 p=0.310	F=1.133 p=0.337
Cinsiyet						
Erkek	24	28.13±3.94	23.58±6.04	17.71±4.16	9.21±2.40	78.63±8.07
Kadın	174	28.93±4.90	25.36±4.55	18.26±3.64	10.11±2.47	82.66±8.15
Test ve p değeri		t=-0.766 p=0.444	t=-1.714 p=0.088	t=-0.689 p=0.492	t=-1.690 p=0.093	t=-2.278 p=0.024
Medeni Durumu						
Evli	143	28.71±4.93	25.04±4.87	18.10±3.73	9.84±2.38	81.70±7.89
Bekar	55	29.13±4.44	25.40±4.55	18.44±3.66	10.44±2.69	83.40±8.99
Test ve p değeri		t=-0.544 p=0.587	t=-0.472 p=0.638	t=-0.563 p=0.574	t=-1.443 p=0.153	t=-1.306 p=0.193
Eğitim Durumu						
Lise	16	28.50±6.16	24.13±4.36	18.06±3.07	10.06±2.29	80.75±7.33
Ön lisans	33	29.12±5.41	25.18±5.31	17.82±3.85	9.61±2.76	81.73±6.57
Lisans	136	28.82±4.50	25.40±4.65	18.19±3.75	10.20±2.42	82.62±8.60
Yüksek Lisans	13	28.54±4.75	23.54±5.21	19.38±3.69	8.92±2.33	80.38±9.32
Test ve p değeri		F=0.081 p=0.970	F=0.866 p=0.459	F=0.564 p=0.639	F=1.402 p=0.243	F=0.526 p=0.665
Çalışılan Kurum						
Üniversite Hastanesi	45	29.60±4.35	25.24±5.49	18.73±3.28	10.27±2.67	83.84±9.16
Devlet Hastanesi	153	28.60±4.90	25.11±4.56	18.04±3.81	9.93±2.42	81.68±7.89
Test ve p değeri		t=1.231 p=0.220	t=0.164 p=0.870	t=1.106 p=0.270	t=0.806 p=0.421	t=1.558 p=0.121
Çalışma Şekli						
Kadrolu	161	29.07±4.91	25.11±4.70	18.29±3.56	9.94±2.40	82.42±8.36
Sözleşmeli	37	27.76±4.11	25.30±5.14	17.78±4.28	10.27±2.82	81.11±7.59
Test ve p değeri		t=1.514 p=0.132	t=0.220 p=0.826	t=0.752 p=0.453	t=0.722 p=0.471	t=0.872 p=0.384
Çalışılan Birimdeki Görevi						
Sorumlu Hemşire	20	30.65±6.14	24.45±4.84	19.70±3.63	9.45±1.90	84.25±7.36
Hemşire	178	28.62±4.59	25.22±4.78	18.03±3.68	10.07±2.53	81.94±8.30
Test ve p değeri		t=1.431 p=0.167	t=0.682 p=0.496	t=1.928 p=0.055	t=1.058 p=0.291	t=1.193 p=0.234
Çalışılan Birimdeki Hizmet Yılı						
0-5 yıl ^a	129	28.73±4.55	25.56±4.70	18.02±3.69	10.19±2.50	82.50±8.26
6-10 yıl ^b	43	28.65±4.60	24.19±3.87	17.84±3.48	9.67±2.09	80.35±7.97
11-15 yıl ^c	14	29.43±5.75	21.86±5.36	21.21±3.26	8.86±2.38	81.36±6.64
16 yıl ve üzeri ^d	12	29.83±6.95	27.92±5.73	17.83±4.00	10.58±3.26	86.17±9.47
Test ve p değeri		F=0.284 p=0.837	F=4.712 p=0.003	F=3.495 p=0.017	F=1.727 p=0.163	F=1.782 p=0.152
Klinikteki Memnuniyet						
		(Fark d-b,c arasında)		(Fark c-a,b,d arasında)		
Evet	157	29.02±5.09	24.90±4.79	18.34±3.65	9.90±2.45	82.17±8.13
Hayır	41	28.10±4.49	26.07±4.65	17.63±3.91	10.39±2.56	82.20±8.69
Test ve p değeri		t=1.097 p=0.274	t=1.407 p=0.161	t=1.093 p=0.276	t=1.120 p=0.264	t=0.020 p=0.984

Tablo 4.5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam..)

	n	İşbirliği	Araştırma	Hemşire/Hasta Etkileşimi	Otonomi	HBROÖ Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Çalışma Saatleri						
Gündüz	41	29.07±5.09	24.32±5.56	19.56±3.99	9.61±2.57	82.56±8.32
Gece	3	29.00±4.58	27.33±7.77	19.00±4.36	10.00±2.65	85.33±7.37
Gündüz ve gece	92	28.92±5.03	25.30±4.81	17.93±3.37	9.91±2.56	82.08±8.39
Gündüz, Gece ve Vardiya	62	28.52±4.30	25.34±4.00	17.65±3.82	10.40±2.27	81.90±8.09
Test ve p değeri		t=1.097 p=0.274	t=-1.407 p=0.161	t=1.093 p=0.276	t=-1.120 p=0.264	t=-0.020 p=0.984
Çalışılan Birimdeki Yatak Sayısı						
1-5 hasta	9	29.78±3.80	23.33±5.96	19.67±3.94	8.56±1.42	81.33±7.78
6-10 hasta	66	28.35±4.81	24.74±4.76	18.08±3.69	9.61±2.39	80.77±7.44
11-15 hasta	15	27.27±4.80	24.60±5.37	17.73±2.55	10.67±3.15	80.27±8.00
16-20 hasta	29	29.55±4.98	24.72±4.17	18.59±3.79	9.86±2.17	82.72±8.88
20 hasta ve üzeri	79	29.15±4.81	25.94±4.73	18.08±3.87	10.43±2.53	83.59±8.61
Test ve p değeri		F=0.906 p=0.462	F=1.091 p=0.362	F=0.527 p=0.716	F=2.123 p=0.079	F=1.335 p=0.258
Meslekteki Hizmet Süresi						
0-5 yıl	52	28.13±4.48	25.12±4.52	17.42±4.19	10.33±2.78	81.00±7.71
6-10 yıl	51	29.69±4.81	25.63±5.61	18.82±3.53	10.31±2.48	84.45±9.37
11-15 yıl	21	28.14±4.42	25.19±2.93	18.81±4.11	9.48±1.75	81.62±8.56
16-20 yıl	30	30.13±5.39	24.47±4.97	18.53±3.69	9.57±2.82	82.70±8.67
21-25 yıl	22	27.36±4.95	25.41±4.81	17.50±3.41	9.77±2.00	80.05±6.43
26-30 yıl	22	28.82±4.48	24.68±4.75	18.23±2.52	9.86±2.23	81.59±6.66
Test ve p değeri		F=1.507 p=0.190	F=0.276 p=0.926	F=1.069 p=0.379	F=0.763 p=0.578	F=1.367 p=0.238
Haftalık Çalışma Saati						
40-48 saat ^a	159	29.04±4.74	24.92±4.82	18.32±3.77	9.77±2.48	82.06±7.97
49-57 saat ^b	31	27.90±5.34	25.81±4.57	17.74±3.57	10.94±2.13	82.39±9.72
58-64 saat ^c	8	28.13±3.27	26.88±4.67	17.50±2.93	11.13±2.80	83.63±7.80
Test ve p değeri		F=0.824 p=0.440	F=0.992 p=0.373	F=0.462 p=0.631	F=3.851 p=0.023	F=0.150 p=0.861
Bakmakla Yükümlü Olunan Hasta Sayısı (Fark b-a arasında)						
2-5 hasta	72	28.92±4.73	24.31±5.09	18.22±3.78	9.51±2.50	80.96±7.42
6-10 hasta	31	27.74±4.66	25.55±4.18	18.06±3.28	10.29±2.21	81.65±8.56
11-15 hasta	9	25.11±4.23	28.00±5.98	17.89±5.35	11.11±3.26	82.11±6.79
16-20 hasta	36	29.83±5.22	24.78±4.07	18.44±3.87	9.75±2.37	82.81±8.97
21-25 hasta	14	28.29±3.00	24.86±2.60	18.00±2.48	10.57±2.24	81.71±5.70
26-30 hasta	26	29.38±5.05	25.38±5.36	18.08±4.04	10.27±2.49	83.12±8.78
31-35 hasta	10	30.60±4.58	28.40±4.88	18.40±3.63	11.10±2.64	88.50±11.16
Test ve p değeri		F=1.795 p=0.102	F=1.817 p=0.098	F=0.059 p=0.999	F=1.420 p=0.209	F=1.386 p=0.222
Çalışılan Klinik						
Dahili Birimler	71	28.51±4.56	24.72±3.91	17.99±3.26	9.96±2.46	81.17±8.16
Cerrahi Birimler	47	29.26±5.55	26.40±5.02	18.28±4.51	10.40±2.65	84.34±9.16
Dahili ve Cerrahi Birimler	12	29.17±3.81	26.33±6.62	18.00±2.95	11.08±2.19	84.58±6.61
Dahili Yoğun Bakım	16	29.13±4.95	24.13±5.14	18.81±3.73	10.44±1.71	82.50±8.41
Cerrahi Yoğun Bakım	14	28.29±4.71	23.43±3.52	18.50±3.98	9.50±1.79	79.71±6.29
Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım	38	28.87±4.68	25.05±5.34	18.18±3.67	9.26±2.72	81.37±7.83
Test ve p değeri		F=0.195 p=0.964	F=1.442 p=0.211	F=0.161 p=0.976	F=1.628 p=0.154	F=1.414 p=0.221

Araştırmada kullanılan ölçeklerden ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Hemşireler HBROÖ'nin, iş birliği alt boyutundan 28.83±4.79, araştırma alt boyutundan 25.14±4.78, hemşire/hasta etkileşimi alt boyutundan 18.20±3.70, otonomi alt boyutundan 10.01±2.48 puan almışlardır. Hemşirelerin HBROÖ toplam puan ortalaması 82.17±8.22 ve MPTE toplam puan ortalaması 138.42±12.28 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.6. MPTE ve HBROÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

HBROÖ Alt Boyutları	N	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Alınan Alt ve Üst Değerler	Ort.±SS.	α
İş birliği	198	8 - 40	16-40	28.83±4.79	0.62
Araştırma	198	8 - 40	12-40	25.14±4.78	0.64
Hemşire/ Hasta Etkileşimi	198	5 - 25	5-25	18.20±3.70	0.66
Otonomi	198	3 - 15	3-15	10.01±2.48	0.56
HBROÖ Toplam Puan Ortalaması	198	24 - 120	63-110	82.17±8.22	0.56
MPTE Toplam Puan Ortalaması	198	32 - 160	95-160	138.42±12.28	0.88

Hemşirelerin HBROÖ ve alt boyutları puan ortalaması ile MPTE puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.7'de sunulmuştur. MPTE puanı ile HBROÖ Araştırma alt boyut puanı arasında negatif yönde düşük düzeyli ve anlamlı ilişki olduğu belirlendi (**p=0.003**). MPTE puanı azaldıkça 'Araştırma' alt boyut puanı artmaktadır. Hemşirelerin MPTE puanı ile HBROÖ Hemşire/Hasta Etkileşimi alt boyut puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyli ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (**p=0.015**). MPTE puanı arttıkça, Hemşire/Hasta Etkileşimi alt boyut puanı da artmaktadır. HBROÖ toplam puan ortalaması, İş Birliği ve Otonomi alt boyut puan ortalaması ile MPTE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. HBROÖ ve Alt Boyutları ile MPTE Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		MPTE Toplam
İş birliği	r	-0.008
	p	0.912
	n	198
Araştırma	r	-0.212
	p	0.003
	n	198
Hemşire/ Hasta Etkileşimi	r	0.172
	p	0.015
	n	198
Otonomi	r	-0.114
	p	0.109
	n	198
HBROÖ Toplam	r	-0.085
	p	0.235
	n	198

Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği ve alt boyutları ile Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri arasındaki regresyon analizi Tablo 4.8'de sunulmuştur. HBROÖ ile MPTE ölçeğinin regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (**F=4.038, p=0.004**). Hemşirelikte bakım rolü oryantasyon ölçeği alt boyutlarından araştırma ve hemşire/hasta etkileşiminin meslekte profesyonel tutum envanterini yordadığı tespit edilmiştir (**p=0.011, p=0.022**). HBROÖ'nin İş Birliği ve Otonomi alt boyutu ile MPTE arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. HBROÖ ve Alt boyutları ile MPTE Arasındaki Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	P
Sabit katsayı	150.675	8.544		17.636	0.000
İş birliği	-0.251	0.190	-0.098	-1.324	0.187
Araştırma	-0.480	0.187	-0.187	-2.573	0.011
Hemşire/ Hasta Etkileşimi	0.565	0.245	0.170	2.307	0.022
Otonomi	-0.322	0.352	-0.065	-0.913	0.362

F=4.038; p=0.004; R²=0.077; S.Hata=11.92

5. TARTIŞMA

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fiziksel, psikososyal, kültürel ve ruhsal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla korunması, tanınması ve tedavi edilmesi ile ilgilenen bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Hemşireliğin en temel sorumluluğu, bireye ihtiyacı olan bakımı vermektir. Bakım ise insan doğasının bir özelliğidir ve doğası gereği hemşireliğin merkezi ve birleştirici noktasıdır. Hemşirelerin bakımı profesyonel boyutta uğraş edinmesi, sağlık bakım hizmetlerinin uygulanmasında oldukça önemlidir. Bakım kalitesi son zamanlarda hızlı gelişen teknoloji ve artan rekabet ile hastanelerin hizmet kalitesi sunumu açısından önemli hale gelmiştir. Hemşireler, hastanelerde personel sayısı olarak en büyük yüzdeye sahiptir ve performansları bakım kalitesine önemli bir katkı sağlar (Koy ve ark., 2015; Aupia ve ark., 2018).

İnsanlar, sağlığını sürdürme ya da hastalık varlığında sağlık alanında hizmet veren profesyonel ya da uzman kişilerin yardımına gereksinim duyarlar. Hastalık ya da sağlık sorunu olan bireylerde iyileşmeyi sağlayabilmenin yolu, güven, umut, inanç, insan onuruna saygı, adil yaklaşım ve bilimsel birikimle yoğrulmuş profesyonel hemşirelik bakım yaklaşımıdır. Hemşirelikle ilgili bir çok yayın, profesyonelliği tanımlamaya devam etmektedir. (Basset, 2002; Masters, 2009; Herdman, 2012; Adams, 2016; Özkan ve Bilgin, 2016; Karahmetoğlu ve Alpar, 2017).

Hemşirelerin MPTE toplam puan ortalamasının 138.42 ± 12.28 olduğu saptanmıştır. Erbil ve Bakır'ın (2009) çalışmasında MPTE toplam puan ortalaması 130.13 ± 12.06 olarak bildirilmiştir. Ertürk ve Özmen (2018) çalışmasında hemşirelerin MPTE ölçek toplam puan ortalamasını 138.33 ± 11.36 , Özpekin ve Erdim (2016) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada MPTE ölçek toplam puan ortalamasını 136.63 ± 23.75 , İşçi (2015) çalışmasında hemşirelerin MPTE toplam puan ortalamasını 137.06 ± 15.23 , Erol (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin MPTE ölçek toplam puan ortalamasını 137.39 ± 16.29 olarak bildirmiştir. Şenol ve Uğurlu (2019) X ve Y kuşağı hemşirelerinin profesyonellikleri ile ilgili yaptıkları çalışmada X kuşağı hemşirelerinin puan ortalamalarını 143.9 ± 14.1 , Y kuşağı hemşirelerin puan ortalamalarını ise 139.4 ± 15.5 olarak

belirtmiştir. Çalışma sonuçlarımız daha önce yapılan benzer çalışmalarla aynı doğrultudadır. Meslekte profesyonel tutum envanterinden alınabilecek en yüksek puanın 160 olması nedeniyle bu çalışmada hemşirelerin profesyonel tutumlarının yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda Meslekte Profesyonellik Tutum Envanteri (MPTE) toplam puanı üniversite hastanesinde 141.22 ± 9.41 iken devlet hastanesinde 137.59 ± 12.91 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.041$). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel tutumları devlet hastanesine göre daha yüksek bulunmuştur. Şahin'in (2011) yaptığı çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş yerindeki stres düzeylerinin devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşları (2012) çalışmasında özel hastanede ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yöneticilerin liderlik özelliklerinden dolayı devlet hastanesindeki çalışan hemşirelere göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Üniversite hastanelerinde hemşirelerin profesyonellik düzeyinin yüksek olmasının nedeni olarak; hastanelerin eğitim, öğretim ve araştırma yapma esasına dayanan güncel bilgilerle donatılmış olması, hemşirelerin mesleki bilgilerini artırması ile iş doyumuna ulaşmaları, klinikte asistan hekimlerin bulunması sebebiyle hemşirelerin iş stresinin ve etik ikilem yaşama durumlarının az olması söylenebilir. Değişen sağlık politikaları çerçevesinde devlet hastanesinde yönetim sisteminin, hemşirelerin beklentilerini (adil yaklaşım, birim içinde alınan kararlara katılma..vb.) karşılayamaması nedeniyle bu kurumlarda çalışan hemşirelerde iş doyumunun düşük ve tükenmişlik düzeyinin yüksek olmasının meslekte profesyonel tutumu da olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda yüksek lisans mezunlarının MPTE ölçek puanlarının, ön lisans ve lisans mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.041$) (Tablo 4.4). Ertürk ve Özmen (2018) çalışmasında yüksek lisans/doktora mezunu hemşirelerin ön lisans ve lise mezunu hemşirelere göre profesyonellik düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Çelik ve arkadaşları (2012) cerrahi birimlerde çalışan yüksek lisans mezunu hemşirelerin profesyonellik düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kim-Godwin ve arkadaşları (2010) eğitim seviyesinin profesyonellik düzeyini etkilediğini

belirlemiştir. Dikmen ve arkadaşları (2014) eğitim durumunun profesyonel davranış ve tutumu etkilediğini, eğitim durumu yükseldikçe profesyonel davranış ve tutumun da arttığını belirtmişlerdir. Yelekçi (2018) lisans üstü eğitim alan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin almayan hemşirelere göre yüksek olduğunu belirlemiştir. Eğitim bir mesleğin profesyonelleşmesinde temel öneme sahiptir. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle hemşireler mesleklerine daha bilinçli, araştırmacı ve sorgulayıcı yaklaşmaktadırlar.

Haftada 40-48 saat çalışan hemşirelerin MPTE puanlarının, 49-57 saat çalışanlardan yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.031**) (Tablo 4.4). Öz (2015) haftada 40 saat çalışan ve çalıştıkları birimi hiç değişmeyen hemşirelerin profesyonel tutumlarının yüksek olduğunu tespit etmiştir. Karakaş ve arkadaşları (2017) 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin özellikle geceleri uyku düzeninin bozulması kaynaklı bedensel ve zihinsel sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. Göğüş (2016) cerrahi birimlerde yaptığı çalışmada hemşirelerin %49.6'sının gündüz ve gece çalıştığını ve hemşirelerin çalışma şeklinin profesyonel bir değer olan saygı boyutunu etkilediğini tespit etmiştir. Hemşirelik 24 saat hastaya hizmet etmesi nedeniyle dikkat gerektiren bir meslektir. Uluslararası çalışma örgütü haftalık mesaiyi 40 saat olarak belirlemiştir fakat ülkemizde sağlık kuruluşlarındaki hemşire yetersizliği nedeniyle hemşireler fazla mesai yapmak zorunda kalmaktadır (<https://www.ilo.org>, Erişim Tarihi:30.09.2019). Çalışma saatinin fazla olmasının oluşturduğu yorgunluk, uykusuzluk, dikkatsizlik, isteksizlik ve tükenmişlik nedeniyle hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Çalışmamızda dahili birimlerde çalışan hemşirelerin MPTE ortalama puanının (141.45±10.59) cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin MPTE ortalama puanından (134±53±13.75) yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.021**) (Tablo 4.4). Buna karşın cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin MPTE ortalama puanının (140.57±11.75) dahili yoğun bakımda çalışan hemşirelerin MPTE ortalama puanından (139.31±10.56) yüksek olduğu saptanmış ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bizim çalışmamızın aksine Bayraktar ve arkadaşları (2016) yaptıkları bir çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin profesyonel tutumlarının dahili kliniklerinde

çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çelik ve arkadaşları (2012) çalışmalarında cerrahi hemşirelerinin profesyonel olamama durumunu servisteki eleman yetersizliği olarak ifade etmişlerdir. Cerrahi klinikler hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu, hasta güvenliğinin sağlanmaya çalışıldığı (taraf cerrahisi işaretleri, hasta transferi, ilaç uygulamaları,..vb), ameliyat öncesi ve sonrası hasta takibinin yapıldığı (dren takibi, kanama takibi, yaşam bulgularının takibi.. vb) birimlerdir. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin görev ve sorumlulukları dışında artan iş yükü, bölünmüş roller, fazla mesai, eleman yetersizliği, yatak sayısının fazla olması gibi nedenlerden dolayı profesyonellik tutumlarının azaldığı düşünülmektedir.

Yatak sayısı 11-15 olan birimlerde çalışan hemşirelerin MPTE puanlarının 1-5, 6-10,16-20, 20 ve üzeri yatak sayısına sahip birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p=0.006**) (Tablo4.4). Servislerde çalıştırılacak hemşire sayısı, klinikte yatan hastaların prognozu, sayısı ve hemşireden beklenti düzeyi göz önüne alınarak hesaplanır (Bal MD, 2014). Hastanelerde tek bir branş kliniği olabildiği gibi üç dört branşın bir arada bulunduğu klinikler de mevcuttur. Çalışmamızda 11-15 yatak sayısına sahip kliniklerde çalışan hemşire sayısı 15'dir. Bu hemşirelerin aynı klinikte çalıştıkları düşünülmekte ve hemşire insan gücü planlamasında çalışan kişi sayının yeterli olmasına bağlı olarak profesyonel tutum sergiledikleri söylenebilir.

Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri maddelerinden aldıkları puanlar incelendiğinde (Tablo 4.2); *"karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim"* maddesinden en yüksek puan (4.71±0.51), *"mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim"* maddesinden en düşük puan (2.85±1.57) aldıkları saptanmıştır. Reyhanoğlu'nun (2011) çalışmasında hemşirelerin MPTE maddelerinden en yüksek puanı "hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım" (4.77±0.55), en düşük puan ise bizim çalışmamıza benzer şekilde "mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim" maddesinden (3.00±1.60) aldıkları belirlenmiştir. Gönel'in (2017) çalışmasında hemşirelerin MPTE maddelerinden "işimde disiplinliyim" maddesine %67.29 ile en yüksek oranda katılırken, "mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm" maddesine %21.01 ile en düşük katılım sağlamışlardır. Yapılan çalışmalarda en yüksek olarak ifade edilen meslekte profesyonel tutum madde puan ortalamalarının farklılık gösterdiği ve bu

sonucun farklı kurumlarda çalışan örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda en düşük MPTE madde puan ortalaması bizim çalışmamızda olduğu gibi mesleki dernek üyeliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Harmancı ve Baykal (2006) hemşirelerin mesleki organizasyonlara ilişkin görüşleri ile ilgili yaptığı araştırmada %86.7'si mesleki organizasyonları gerekli görürken sadece %19.83'ünün mesleki bir örgüte üye olduğunu belirtmiştir. Kahrıman ve arkadaşları (2015) çalışmasında hemşirelerin %50.8'inin bir derneğe üyeliklerinin olduğu, %65.1'inin mesleki derneklere üye olmayı engelleyen en önemli faktörün mesleki derneklerin kendilerini yeterince tanıtmamaları olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %90.5'i mesleki derneklerin haklarını korumak ve güç oluşturabilmek için gerekli olduğu görüşünü belirtmişlerdir. Örgütlü hemşirelik bağımsızlığı ve otonomiye geliştirir. Hemşireliğin kendi eğitimi ve uygulaması üzerine söz sahibi olması örgütlenmiş hemşireliğin gücünü arttırmakla mümkündür (Özdelikara ve ark., 2016). Hemşireler mesleki uygulamalarındaki olumsuzlukları düzeltme ya da kendi meslekleri kanalıyla kazandırılacak ilerlemeleri sağlama gücünü profesyonel meslek örgütleri ile sağlayabilirler (Kiper ve Koştu, 2010).

Çalışmamızda hemşireler MPTE'nin "*mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım*" (3.19 ± 1.32) ve "*mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım*" (3.51 ± 1.27) ifadelerinin düşük puan sıralamasında yer alması mesleğin bilimsel yönünü önemsemediklerini düşündürmektedir. Reyhanoğlu (2011) çalışmasında "*mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım*" madde puan ortalamasını (3.50 ± 1.34) olarak belirtmiştir. Bahar ve arkadaşları (2015) hemşirelerin araştırmaya ilgi duymadığını (%77.4), yeni görüşleri denemeye isteksiz olduklarını (%73.7) ve kendilerini bir araştırmanın niteliğini değerlendirebilecek kadar yeterli hissetmediklerini (%63.9) tespit etmişlerdir. Bu sonuç hemşirelerin bilimsel araştırma yapma aşamalarını bilmemeleri, araştırma sonuçlarını okuyacak zamanlarının olmaması, klinikte yoğun iş temposu ile çalışmalarını, mesleki kongrelere katılımda yönetim tarafından desteklenmemesi gibi nedenler sonucu bilimsel araştırma yapmak ve mesleki kongrelere katılmak istemedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin HBROÖ toplam puan ortalaması 82.17 ± 8.22 iyi düzeyde bulunmuştur. Karaahmetoğlu (2017) çalışmasında HBROÖ toplam puan ortalamasını

ilk ölçümde 90.13 ± 8.17 , ikinci ölçümünde 91.42 ± 9.32 olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir. Bu sonuç çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda HBROÖ toplam cronbach alfa katsayısı 0.56 (n=198), *İş Birliği* alt boyutunda 0.62, *Araştırma* alt boyutunda 0.64, *Hemşire/Hasta Etkileşimi* alt boyutunda 0.66, *Otonomi* alt boyutunda 0.56 olarak bulunmuştur. Karaahmetoğlu HBROÖ'nin cronbach alpha katsayısını 'İş Birliği' alt boyutunda 0.67, 'Araştırma' alt boyutunda 0.65, 'Hemşire/Hasta Etkileşimi' alt boyutunda 0.56, 'Otonomi' alt boyutunda 0.52 olarak belirtmiştir. Karaahmetoğlu'nun çalışmasında hemşire/hasta etkileşimi ve otonomi alt boyutlarının düşük güvenilirlikte olduğu belirlenirken çalışmamızda otonomi alt boyutu düşük güvenilirlikte bulunmuştur.

Hemşireler çalışmamızda HBROÖ'nin *İş birliği* alt boyutundan 28.83 ± 4.79 , *Araştırma* alt boyutundan 25.14 ± 4.78 , *Hemşire/Hasta Etkileşimi* alt boyutundan 18.20 ± 3.70 , *Otonomi* alt boyutundan 10.01 ± 2.48 puan almışlardır. Karaahmetoğlu'nun çalışmasında hemşireler HBROÖ'nin 'İş Birliği' alt boyutundan 29.87 ± 4.80 , 'Araştırma' alt boyutundan 25.12 ± 4.88 , 'Hemşire/Hasta Etkileşimi' alt boyutundan 18.62 ± 3.22 ve 'Otonomi' alt boyutundan 9.32 ± 2.25 puan almıştır. Karaahmetoğlu'nun (2017) çalışmasında da hemşirelerin HBROÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda HBROÖ ölçeği iş birliği ve araştırma alt boyut puan ortalaması en yüksek cerrahi birimlerde, hemşire/hasta etkileşimi alt boyut puan ortalaması en yüksek dahili yoğun bakımda, otonomi alt boyut puan ortalaması ve HBROÖ ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek dahili ve cerrahi karma kliniğinde çalışan hemşirelerde saptanmıştır ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Özkaraca (2009)'nın hekim-hemşire iş birliği ile ilgili çalışmasında hemşirelerin işbirliğinin hekimlere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Sayed ve Sleem'in (2011) benzer çalışmasında hemşirelerin iş birliğinin hekimlerden daha yüksek olduğu bularak aynı sonuca ulaşmıştır. Ndundu (2015) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğini inceleyen çalışmasında iş birliğini engelleyen faktörler olarak %29'u iş yoğunluğunu, %27'si uygun liderlik becerilerinin olmayışını, çalışma koşullarının iş tatminini desteklemediğini ve bu nedenle ünite içinde etkin bir iş birliğinin yapılamadığını

tespit etmiştir. Hemşirelerin kendi aralarında ve diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde çalışması kuruma aidiyetin artması, mesleki doyumun artması ve daha kaliteli hasta bakımına ulaşmada oldukça önemlidir (Temuçin ve Kargın, 2019).

Hemşirelerin çalışılan birimdeki hizmet yılına göre HBROÖ'nin "araştırma" alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0.003**) (Tablo 4.5). 16 yıl ve üzerinde hizmet yılı olan hemşirelerin HBROÖ puanları, 6-10 yıl ve 11-15 yıl olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Chien ve arkadaşları (2013) çalışmalarında 11-12 yıl çalışma deneyimi olan hemşirelerin 1-5 yıl çalışma deneyimi olan hemşirelere göre araştırma kullanımındaki engelleri daha az gördüğünü tespit etmişlerdir. Zhou ve arkadaşları (2015) 10 yılın altında klinik deneyimi olan hemşirelerin araştırma kullanımı ve araştırma deneyimindeki engelleri 15 yıl ve üstü klinik deneyimi olan hemşirelere göre daha fazla algıladıklarını belirlemişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Kelleci ve arkadaşları (2008) 5 yıldan az klinik deneyimi olan hemşirelerin bir araştırma sürecinde yer alma oranları 6 yıl ve üzeri klinik deneyimi olan hemşirelerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalar hemşirelerin araştırma yapmak ve araştırma sonuçlarını kullanmadaki engelleri konusunda benzer sonuçları ortaya koymuştur (Hutchinson ve Johnston, 2004; Yava ve ark., 2009). Thayumanavan ve Paul'un (2014) Bangalore'de bir hastanede çalışan hemşirelerle araştırma kullanımındaki engeller üzerine yaptığı bir çalışmada "yeni fikirlerin uygulanması için yetersiz zaman" (%59.4), "hemşireler hemşirelik prosedürlerini değiştirmek için yeterli yetkiye sahip değil" (%57.4), "hemşirelerin araştırma okumak için zamanları yoktur" (%56) sonuçları bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin %69,3'ü uygulama için araştırmanın değerini görmediğini ve %68'i araştırma raporları için hazır olmadıklarını belirtmişlerdir. Chinomso ve Foluso (2014) Nijerya'da yaptıkları bir çalışmada hemşireler, araştırma yapma ve kullanma engelleri arasında "yöneticilerin uygulamaya izin vermeyecekleri" (3.90±0.29) ve "doktorların uygulama ile ilgili iş birliği yapmayacaklarını" (3.90±0.29) belirtmişlerdir. Bir sonraki engelin hemşirenin araştırma okumak için yeterli vaktinin olmadığı (3.70±0.45) ve yeni fikirlerin uygulanması için zamanın yetersiz olduğunu (3.67±0.29) tespit etmişlerdir. Hemşirelik bakımının araştırma bulgularına dayandırılarak verilmesi, hemşireliğin gelişimi, hemşirelik uygulamalarının etkinliği ve yeterliliği için temeldir (Öztürk ve

ark., 2010). Araştırmaya dayalı uygulama yapmak meslek mensuplarının önde gelen bireysel ve mesleki sorumluluklarındandır. Klinik ortamlarda hemşirelik uygulamalarına bilimsel destek sağlayabilmek için araştırma yapılması kaçınılmazdır. Mesleki deneyime sahip hemşirelerin hastadaki değişimleri çok daha kısa sürede gözlemleyip nedenlerini araştırarak daha hızlı karar verdikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin HBROÖ'nin "hemşire/hasta etkileşimi" alt boyutu toplam puan ortalaması birimdeki hizmet yılına göre anlamlı olarak değişmektedir (**p=0.017**) (Tablo 4.5). Birimdeki çalışma yılı 11-15 yıl olanların puan ortalamalarının, 0-5 yıl, 6-10 yıl, 16 yıl ve üzeri hizmet yılına sahip hemşirelerden düşük puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Bayraktar ve Eşer (2017), Kaçmaz ve Çam (2019) araştırmalarında çalışma yılı fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine önem verdiklerini belirtmişlerdir. Kartika ve arkadaşları (2018) hemşire ve hasta arasındaki etkileşimin hemşirelik bakım kalitesi üzerine etkisinin olduğunu ve hasta memnuniyetini artırdığını belirtmişlerdir. Yapılan literatür çalışmaları hemşire hasta etkileşiminde iletişim becerilerinin önemini vurgulamaktadır (Shattell, 2004; Happ ve ark., 2011). Hemşire, birey, aile, toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik rol ve sorumluluklarının tümünde hasta/sağlıklı birey ile etkileşim içerisinde hareket etmektedir. Hastanın bütüncül bir değerlendirmesini yapmak, gereksinimlerini saptamak, tedavisiyle ilgili yol gösterici verileri toplamak, tanı ve tedavide gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve uygulamalarını hastaya/ailesine iyi anlatmak durumundadır. Bu nedenle hemşireler en basit bir girişiminde bile hemşirelik bakımına hastanın katılımını teşvik etmede önemli role sahiptirler (Uyer, 2000; Millard ve ark., 2006; Yalçın ve Aştı, 2011).

Hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre HBROÖ'nin "otonomi" alt boyutu puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**p=0.023**) (Tablo 4.5). Haftalık 40-48 saat çalışan hemşirelerin HBROÖ puan ortalamalarının, 49-57 saat ve 58-64 saat çalışan hemşirelerden düşük olduğu belirlenmiştir. Iliopoulou ve While (2010) yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin orta seviyede özerklikle hareket ettiklerini bulmuşlardır. Can ve Acaroğlu (2014) hemşirelerin

mesleklerinde otonomi düzeyini iyi seviyede bulmuşlardır. Adıgüzel ve arkadaşları (2011) tarafından hemşirelerin otonomi düzeylerinin düşük olduğunu saptanmıştır. Yılmaz ve Demirsoy (2018) hemşirelerin profesyonel değerlerinden otonomi alt ölçek puan ortalamasını 3.77 ± 0.70 olarak belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde hemşireliğin otonomi sahibi olma durumu orta düzeydedir. Çalışma saati 40-48 saatten fazla olan hemşirelerin hasta ile ilgili kararlarda daha çözüm odaklı davranmak zorunda kalmalarının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının artmasının iş yüklerini de artırdığı ancak daha özerk karar vermelerine neden olması ve bakım rollerine oryantasyonlarının da daha yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda kullanılan ölçekler arasında MPTE ile HBROÖ'nin 'Araştırma' alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı, HBROÖ'nin 'Hemşire/Hasta Etkileşimi' alt boyutu ile pozitif yönde düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p=0.003, p=0.015**) (Tablo 4.8). Hemşirelik geçmişten günümüze fedakarlık içeren bir meslek olduğu gibi bakım rollerine oryantasyonlarının yüksek olması sonucu alınan mesleki uygulama ve kararlarda duygusal davranabilmekte ve kanıta dayalı bilimsel uygulamaları mesleğine yansıtamamaktadır. Bu nedenle daha çok empati yaparak merhamet duygusuyla beraber hasta ile bir etkileşim/bağ kurmakta olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ve bakım rollerine oryantasyonlarının belirlenmesi amacıyla yaptığımız araştırmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar;

-Hemşirelerinin %87.9'u kadın, %33.3'ü 39 yaş ve üzerinde, %72.2'si evli, %77.3'ünün devlet hastanesinde çalışmakta olduğu belirlendi. Hemşirelerin %81.3'ünün kadrolu, %68.7'sinin lisans mezunu, %35.9'unun dahili birimlerde, %23.7'sinin cerrahi birimlerde, %19.2'si dahili ve cerrahi yoğun bakımda çalıştığı saptandı. Hemşirelerin %10.1'inin sorumlu hemşire, %89'unun birim hemşiresi olarak görev yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %79.3'ünün çalıştığı klinikten memnun, %46.5'inin gündüz ve gece çalışmakta olduğu bulundu.

- Hemşirelerin %39.9'unun 20 ve üzeri yataklı birimlerde, %80.3'unun 40-48 saat %65.2'sinin çalıştıkları birimde 0-5 yıl arasında çalıştığı, %26.3'ünün meslekteki hizmet süresinin 0-5 yıl olduğu saptandı. Bakmakla yükümlü olunan hasta sayısının ortalama 13.77 ± 10.76 , haftalık çalışma saatinin ortalama 46.06 ± 6.75 ve meslekteki hizmet süresinin ortalama 12.63 ± 9.05 olduğu belirlendi.

- Hemşirelerin MPTE toplam puan ortalaması 138.42 ± 12.28 olarak bulundu. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeyinin devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.041**). Yüksek lisans mezuniyet derecesinde olan hemşirelerin, ön lisans ve lisans mezuniyet dereceli hemşirelere göre MPTE puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (**p=0.041**). 11-15 yataklı olan birimlerde çalışan ve haftada 40-48 saat mesai yapan hemşirelerin profesyonel tutum düzeyinin yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0.006, p=0.031**). Dahili birimlerde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonel tutum puan ortalamaları diğer birimlerde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.021**).

- Hemşirelerin HBROÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 82.17 ± 8.22 olarak bulundu. Kadınların HBROÖ toplam puanının erkeklere göre yüksek olduğu belirlendi ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.024**). Hemşirelerin HBROÖ "İş Birliği" alt boyutundan 28.83 ± 4.79 , "Araştırma" alt boyutundan 25.14 ± 4.78 , "Hemşire/Hasta Etkileşimi" alt boyutundan 18.20 ± 3.70 , "Otonomi" alt boyutundan 10.01 ± 2.48 puan aldıkları belirlendi. Hemşirelerin çalışılan birimdeki hizmet yılına göre "Araştırma" ve "Hemşire/Hasta Etkileşimi" alt boyutlarında yüksek puan aldıkları saptandı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (**p=0.003**, **p=0.017**). Haftalık 49-57 saat çalışan hemşirelerin "Otonomi" alt boyutundan yüksek puan aldığı belirlendi ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (**p=0.023**).

- Hemşirelerin HBROÖ "Hemşire/Hasta Etkileşimi" alt boyutu ile MPTE arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0.015**).

- Hemşirelerin HBROÖ "Araştırma" alt boyutu ile MPTE arasında negatif yönlü düşük düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0.003**).

- Hemşirelerin MPTE maddelerinden en yüksek puan ortalaması sırasıyla "karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim", "davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez" ve "hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım" olarak belirlendi.

- Hemşirelerin HBROÖ maddelerinden en yüksek puan ortalaması sırasıyla "çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum,aile,birey) için en etkili sağlık bakımı, sağlık ekibinin iş birliği ile verilir", "hemşire-sağlıklı/hasta birey etkileşimi, bireyin gereksinimlerine dayanmalıdır" ve "en iyi hemşirelik bakımı hemşire ve, sağlıklı/hasta birey tarafından belirlenir" olarak belirlendi.

6.2. Öneriler

- Hemşirelerin meslekte profesyonel tutumları ve bakım rollerine oryantasyonları istenilen düzeyde olmasına karşın mesleki bir kuruluşa üye olma ve araştırma sürecine katılma düzeylerinin düşük olduğu görülen bu çalışmada verilen hemşirelik bakımının kalitesi açısından hemşirelerin araştırmalar yaparak bilgi birikimini

artırması, mesleki kuruluş ve derneklere üye olunarak gelişmeleri takip etmesi, bilimsel kongre ve sempozyumlara katılmalarının desteklenmesi,

- Yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının yüksek olması nedeniyle doktora programlarına yönlendirilmesi,

- Hemşire/Hasta Etkileşimi arttıkça mesleki profesyonellik tutumlarının artması nedeniyle hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarını artırmak için hasta/sağlıklı bireye yeterli zaman ayırabilecekleri çalışma ortamlarının oluşturulması,

-Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının ekip ruhu ile iş birliği içinde çalışmalarının teşvik edilmesi,

- Hemşirelik bakım kalitesinin artması ve hasta güvenliğinin sağlanması için profesyonel hemşirelik bakım oryantasyonunu destekleyici çalışmaların yapılması,

- Farklı örneklem grupları ile çalışmanın tekrarlanması ve profesyonelliği olumlu yönde etkileyecek girişimsel çalışmaların planlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Adams D, Miller BK. (2001). Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 17 (4), 203-210.
- Adams M. (2016). The conundrum of caring in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 1-8.
- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan SD. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşirelik örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 238-259.
- Advanced Practice Registered Nurse Education. Erişim:30 Eylül 2019, <https://www.aacnnursing.org/Teaching-Resources/APRN>
- Alidina K. (2013). Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(5), 128-137.
- Altınbaş Y, Yavuz M, Giersbergen V. (2019). Güçlü yönlerle dayalı hemşirelik bakımı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1652-1663.
- Amerikan Nurses Association (ANA): Nursing: scope and standards of practice. (2015). (3rd Edition). The Publishing Program of ANA, Nursesbooks.org, P:1. Erişim: 25 Ağustos 2019. <https://www.iupuc.edu/health-sciences/files/Nursing-ScopeStandards-3E.pdf>
- Aştı TA, Karadağ A. (2012). Hemşirelik Esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. S: 25.
- Aupia A, Lee T-T, Liu C-Y, Vivienne Wu S-F, Mills ME. (2018). Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 34(4), 314-319.
- Avery A, James V. (2007). Developing nurse prescribing in the UK. *British Medical Journal*, 335(7615), 316.
- Ayaz Ö. (2010). Hekim, Hemşire ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- Bachner JP (1991). Practice Management for Design Professionals; A Practical Guide to Avoiding Liability and Enhancing Profitability. [<https://books.google.com.tr/books?id=WFe8a4Wj7C4C&hl=tr&lr=>] Canada: Wiley & Sons Inc, P:4.
- Bahar Z, Gözüm S, Beşer A, Çapık C, Kıssal A, Aydoğdu NG, Ersin F. (2015). İki farklı bölgedeki üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 232-240.
- Bal MD, 2014. Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 148-154.
- Basset C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8(1), 8-15.
- Baykara ZG. (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99.
- Bayraktar D, Eşer İ. (2017). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 188-194.
- Bayraktar D, Yılmaz H, Khorshid L. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel tutumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(3), 65-74.
- Bernard MC. (2004). From vocation the profession: The quest for professionalization of nursing. *British Journal of Nursing*, 13(16), 978-983.
- Birol L. (2007). Hemşirelik Süreci (7.bs). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti. S:21-22.
- Björkström ME, Athlin EE, Johanson IS. (2008). Nurses' development of professional self-from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1380-1391.

- Black B. (2014). Professional Nursing: Concepts & Challenges. (7. bs). [<https://books.google.com.tr/books?id=QeNOAQAAQBAJ&hl=tr>] America: Elsevier Health Sciences. S:54-55.
- Boz İ. (2018). İyileştirici bakım çevresi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 56-61.
- Buğdaylı G, Akyürek ÇE. (2017). Hemşirelerin hizmet içi eğitim faaliyetlerine ilişkin görüşleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(1), 14-25.
- Can Ş, Acaroğlu R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 32-40.
- Chien W-T, Bai Q, Wong W-K, Wang H, Lu X. (2013). Nurses' perceived barriers to and facilitators of research utilization in Mainland China: A cross-sectional survey. *The Open Nursing Journal*, 12(7), 96-106.
- Chinomso N, Foluso O. (2014). Perceived research utilization barriers among nurses in a rural hospital in nigeria. *International Journal of Advancements in Research & Technology*, 3(1), 184-191.
- Cirhinlioğlu Z. (1996). Meslekler ve Sosyoloji (1. bs). Ankara: Gündoğan Yayınları. S:26.
- Çelik A, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. (2013). Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 147-153.
- Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. (2012). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 193-199.
- Çınar Ş, Demir Y. (2009). Toplumdaki hemşirelik imajı: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 24-33.

- Dikmen YD, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 158-164.
- Dinç L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2(17), 74-82.
- Drach Zahavy A. (2009). Patientcentred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation, *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1463-1474.
- Duffy JR. (2009). Quality Caring in Nursing: Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership. Canada:Springer Publishing Company. P:3-36.
- Ekim A, Manav G, Ocakçı AF. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4), 157-161.
- Erbil N, Bakır A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 290-302.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. (2015). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. (2. bs). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:4.
- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 1-5.
- Ergöl Ş. (2011). Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 152-155.
- Erol F. (2016). Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Ertem G, Dönmez YC, Oksel E. (2009). Günlük gazetelerde hemşirelik haberlerin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(2), 71-75.
- Ertürk C, Özmen D. (2018). Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 191-199.

- Eskimez Z, Öztunç G, Alparslan N. (2008). Lise son sınıfta okuyan kız öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1), 58-67.
- Fisher M, King J. (2010). The self-directed learning readiness scale for nursing education revisited: A confirmatory factor analysis. *Nurse Education Today*, 30(1), 44-48.
- Gedük EA. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Göğüş F. (2016). Cerrahi Hastaların Ve Cerrahi Hemşirelerin Bakım Davranışı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Gökçora İH. (2005). Toplumsal yaşamımızda ve türk bilim dünyasında "Profesyonel ve Profesyonellik" kavramlarına değin. *Bilgi Dünyası Dergisi*, 6(2), 237-250.
- Gönel A. (2017). Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları İle Kurumlarında Yaşanan Değişimlere Karşı Tutumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Gören ŞY, Yalım NY. (2015). Ulusal hemşirelik dergilerinin araştırma ve yayın etiği politikalarının dergi internet siteleri üzerinden incelenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 137-154.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5 (3), 137-142.
- Gözüm S, Ünsal A, Demirci P, Birel Ş, Çamuşoğlu S. (2000). Hemşirelerin mesleki örgütler ve dergilere ilişkin görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 19-28.
- Happ MB, Carrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. (2011). Nurse- patient communication interaction in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20 (2), 28-40.

- Harmancı AK, Baykal Ü. (2006). Hemşirelerin mesleki ve sendikal örgütlenmelere ilişkin görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 14(56), 193-206.
- Haylock PJ. (2005). So, You Want To Be a Nurse. Daly J, Speedy S, Jackson D, Lambert V, Lambert C. (Ed.). *Professional Nursing: Concepts, Issues, and Challenges*. United States of America: Springer Publishing Company. P:4.
- Hem MH, Heggen K. (2003). Being Professional and Being Human: One Nurse's Relationship a Psychiatric Patient. *Leading Global Nursing Research*, 43(1), 101-108.
- Herdman EA. (2012). Professions and professionalism. (ÖY Korkmaz Çev.). *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (2), 3-7.
- Huber DL. (2013). Leadership and Management Principle. Huber D. Leadership and Nursing Care Management. (5th ed.) China: Elsevier Health Sciences. P:3-10.
- Hutchinson AM, Johnston L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3),304-315.
- Iliopoulou KK, While AE. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11) 2520-2531.
- International Council of Nurses. Erişim: 22.10.2019, <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- International Labour Organization. (1977). Nursing Personal Recommendation. Erişim:30 Eylül 2019, <https://www.ilo.org/dyn/normlex>
- İlhan S. (2004). Bazı temel işlevleri ve artan önemi açısından meslek. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 3(1), 132-137.
- İşçi N. (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

- Jackson JA. (1970). Profession and Professionalization. Volume 3, Sociological Studies. England :Cambridge University Press. S:9.
- Kaçmaz ED, Çam MO. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 65-74.
- Kahriman İ, Mumcu HK, Kaptan D, Ayar AC. (2015). Bir üniversite hastanesinin pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki dernekler ile ilgili görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 132-141.
- Kalisch BJ. Landtrom GL. Hinshaw AS. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.
- Karaahmetoğlu G, Alpar Ş. (2017). Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 1-7.
- Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 1-8.
- Karadağlı F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 197-200.
- Karadakovan A ve Eti Aslan F. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi. S: 3-23.
- Karagözoğlu Ş. (2008). Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 41-50.
- Karahan Z, Kav S. (2018). Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 160-168.
- Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26.
- Karamanoğlu AY, Özer F, Tuğcu A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12-17.

- Kartika IR, Hariyati TS, Nelwati N. (2018). Nurses-patients interaction model and outpatients' satisfaction on nursing care. *Nursing & Care Open Access Journal*, 5(2), 70-76.
- Kaya H, Akçin E. (2002). Öğrenme biçimleri/stilleri ve hemşirelik eğitimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 31-35.
- Kaya H, Atar NY, Eskimez Z. (2014). Hemşirelik Model ve Kuramları. Aştı T A ve Karadağ A. (Ed). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı-1. İstanbul: Akademi Yayıncılık. S:79-95.
- Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S. (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(2), 3-16.
- Kırıkkaleli Z, Şahin N. (2019). Geçmişten bugüne yurtdışında hemşirelik eğitimi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 67-72.
- Kim-Godwin YS, Baek HC, Wynd CA. (2010). Factors influencing professionalism in nursing among Korean American Registered Nurses. *Journal of Professional Nursing*, 26(4), 242-249.
- Kiper S, Koştı N. (2010). Denizli sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 1-14.
- Koçak C, Albayrak SA, Duman NB. (2014). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 16-21.
- Korkmaz F, Görgülü S. (2010). Hemşirelerin Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-17.
- Korkmaz F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18 (2), 59-67.

- Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher ML. (2015). Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1825-1831.
- Kurban NK, Ulusoy MF. (2008). Hemşirelik doktora derecesine sahip öğretim üyelerinin uluslararası atıf indeksleri kapsamındaki dergilerde yayımlanan bilimsel makalelerin profili. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 15-25.
- Küçük EÖ, Çakmak S, Kapucu S, Koç M, Kahveci R. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 1-12.
- Loh K. (2000). Professionalism. Where are you?, *Ear, Nose and Throat journal*, 79(4), 242-248.
- Masters K. (2009). Role Development in Professional Nursing Practice. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers. P:50,96.
- Millard L, Hallett C, Luker K. (2006). Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 142-150.
- Nazik E, Arslan S. (2014). Hemşirelik mesleğinin geleceği: Öğrencilerin beklentileri. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 33-40.
- Ndundu LD. (2015). Nurses' Perceptions of Nurse-Nurse Collaboration in the Intensive Care Units of A Public Sector Hospital in Johannesburg. Master Thesis, University of Witwatersrand. Johannesburg.
- Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, 0(1), 53-61.
- Öhlen J, Segesten K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720-727.

- Öz M. (2015). Cerrahi Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Özdelikara A, Alkan SA, Boğa NM. (2016). Ondokuz mayıs üniversitesi hemşirelik son sınıf öğrencilerinde profesyonelliğin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(2), 2-11.
- Özkan HA, Akduran F. (2014). Hemşirelikte paradigmalara önemi. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi*, 11(2), 3-5.
- Özkan HA, Bilgin Z. (2016). Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. *HSP Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 191-200.
- Özkaraca R. (2009). Hekim Ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özpekin ÖG, Erdim A. (2016). Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 277-287.
- Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. (2010). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 18(3), 144-155.
- Öztürk H, Bahçecik N, Gürdoğan EP. (2012). Hemşirelere göre yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 17-25.
- Parlayan MA, Dökme S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 265-284.
- Retsas A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.
- Reyhanoğlu N. (2011). Hemşirelikte Profesyonel Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Riley JB. (2017). *Communication in Nursing*. (8th ed.) United States of America: St.Louis, Missouri: Elsevier. P:3.
- Roux G, Halstead JA. (2018). *Issues and Trends in Nursing*. (2 th ed.). America: Jones& Barlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company. S:40
- Sabancıoğulları S, Doğan S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 275-282.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No:6514, Kabul Tarihi:02/01/2014. (Erişim: 10 Ekim 2019). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>
- Sayed K, Sleem W. (2011). Nurse- physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2), 140-146.
- Seçer S. (2007). Mesleki Yaşam Modelinin Oluşturulması ve Mesleki Analizlerde Kullanımı. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Shattel M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6),714-722.
- Solmaz T, Altay B. (2019). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 150-157.
- Stockert PA. (2014). *The Nursing Profession*. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A. (Ed.). *Essentials for Nursing Practice*. (8th ed.). Canada: Elsevier Health Sciences. P:3-10.
- Sümen A. (2017). Florance Nightingale yemini ile Uluslararası Hemşirelik Andı'nın karşılaştırılması ve etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 25(2), 43-48.
- Şahin ZA, Özdemir FK. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1), 1-7.

- Şahin Z. (2011). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşireler İle Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Stres Ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Şenol F, Uğurlu Z. (2019). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Yıl 29, Sayı 1, 44-55.
- Şenturan L, Gülseven BK, Alpar ŞE, Sabuncu N. (2009). Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 34-45.
- Şentürk SE. (2013). Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. (1. bs). İstanbul: Nobel Matbaacılık. S:3
- Şentürk SE. (2014). (2.bs). Hemşirelik Tarihi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:101-111.
- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.
- Temuçin E, Dolu İ, Kargin M. (2019). Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği: Klinikte çalışan hemşire örneklemi. *HSP Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 1-4.
- Thayumanavan M, Paul B. (2019). Nurses' perceived barriers to research utilization in a selected hospital at bangalore. *Journal of Nursing Science &Practice*. 4(1).
- Tortumluoğlu G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 47-57.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 103-108.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim: 20 Ağustos 2019. <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Hemşireler Derneği. Erişim: 25 Ağustos 2019. <http://www.thd.org.tr>
- Uyer G, Kocaman G, Oktay S, Argon G, Abaan S. (2000). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı. Birmat Matbaacılık. S:9-12.

- Uyer G. (2000). Hemşire- hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 8(2), 90-94.
- Uygur E, Kaya N, Kaya H, Karaman N. (2008). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlık ekibi anlayışları ve yaşanan sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florance Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 16(62), 102-113.
- Ünsal A, Yıldırım T, Aymelek N. (2010). Öğrencilere verilen eğitimin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(2), 25-34.
- Ünver S, Diri E, Ercan İ. (2010). Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 18(2), 96-102.
- Yalçın N, Aştı T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florance Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 54-59.
- Yava S, Tosun N, Çiçek H, Yavan T, Terakye G, Hatipoğlu S. (2009). Nurses' perceptions of the barriers to and the facilitators of research utilization in Turkey. *Applied Nursing Research*, 22(3),166-175.
- Yee H. (2001). The Concept Of Profession: A Historical Perspective Based On The Accounting Profession In China. Accounting History International Conference Submission. Erişim: 20 Ağustos 2019. <http://citeseerx.ist.psu.edu>
- Yelekçi E. (2018). Lisansüstü Eğitim Alan Ve Almayan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Yılmaz AT, Demirsoy N. (2018). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(66), 108-120.
- Yılmaz DU, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan EA, Çelik E, Rastgel H. (2017). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2017(10), 83-100.

Yılmaz M. (2005). Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 41-48.

Yüzer S. (2010). The implement roles and functions of nurses working on pediatric clinics, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 66-76.

Zerwekh JG, Garneau AZ. (2013). Nursing Today- Revised Rerint. United States of America: Elsevier Health Science. P:180-185.

Zhou F, Maler M, Hao Y, Tang L, Guo H, Liu H ve Liu Y. (2015). Barriers to research utilization among registered nurses in traditional chinese medicine hospitals: A cross-sectional survey in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015(2), 1-8.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Çalıştığınız Kurum
- 1) Üniversite Hastanesi 2) Devlet Hastanesi
2. Yaşınız
- 1) 18-24 2) 25-31 3) 32-38 4) 39 ve üzeri
3. Cinsiyetiniz
- 1) Erkek 2) Kadın
4. Medeni durumunuz
- 1) Evli 2) Bekar
5. Eğitim durumunuz
- 1) Lise 2) Ön Lisans 3) Lisans 4) Yüksek Lisans 5) Doktora
6. Meslekteki hizmet süreniz
7. Halen çalışmakta olduğunuz birim
8. Çalışma Şekliniz
- 1) Kadrolu 2) Sözleşmeli 3) Diğer (Lütfen Belirtiniz).....
9. Çalıştığınız birimdeki göreviniz
- 1) Sorumlu hemşire 2) Hemşire
10. Çalıştığınız birimdeki hizmet yılınız
- 1) 0-5 Yıl 2) 6-10 Yıl 3) 11-15 Yıl 4) 16 Yıl ve üzeri
11. Çalıştığınız birimdeki yatak sayısı
- 1) 1-5 yatak 2) 6-10 yatak 3) 11-15 yatak 4) 16-20 yatak 5) 20 ve üzeri
12. Kliniğinizde çalışma saatleriniz
- 1) Gündüz 2) Gece 3) Vardiya
13. Haftalık çalışma saatleriniz saat
14. Çalışma saati içinde bakmakla yükümlü olduğunuz hasta sayısı
15. Çalıştığınız klinikten memnunuz
- 1) Evet 2) Hayır

EK-2 MESLEKTE PROFESYONEL TUTUM ENVANTERİ

Bu envanter Meslekte Profesyonel Tutumu ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Envanter sonuçları bu konudaki tutumları belirlemek amacı ile kullanılacaktır. Envanterde 32 adet ifade bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan size ne derece uyduğunu ya da uymadığını, sizin için ayrılan yere işaretleyiniz. Bir ifadeyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz. İşaretsiz ifade bırakmayınız.

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine • şeklinde işaretleyiniz.	Bana Tamamen Uyuyor	Bana Biraz Uyuyor	Kararsızım	Bana Uymuyor	Bana Hiç Uymuyor
1.Mesleğimi seviyorum	0	0	0	0	0
2.Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm.	0	0	0	0	0
3.Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım.	0	0	0	0	0
4.İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım.	0	0	0	0	0
5.İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarını sürekli açık tutarım.	0	0	0	0	0
6.İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.	0	0	0	0	0
7.Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim.	0	0	0	0	0
8.Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim.	0	0	0	0	0
9.İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım.	0	0	0	0	0
10.Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim.	0	0	0	0	0
11.Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım	0	0	0	0	0
12.Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez.	0	0	0	0	0
13.İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez.	0	0	0	0	0
14.Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum.	0	0	0	0	0
15.Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım.	0	0	0	0	0
16.Mesleki prensiplerimi önemserim.	0	0	0	0	0
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açıgım.	0	0	0	0	0
18.İşyerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım.	0	0	0	0	0
19.Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm.	0	0	0	0	0
20.Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim	0	0	0	0	0

21.Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımın mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine <input type="radio"/> şeklinde işaretleyiniz.	Bana Tamamen Uyuyor	Bana Biraz Uyuyor	Kararsızım	Bana Uymuyor	Bana Hiç Uymuyor
27.Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.Çalışma alanımda yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. İşimde disiplinliyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK-3 HEMŞİRELERİN BAKIM ROLLERİNE ORYANTASYONLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizlerin hemşirelik bakım rollerine oryantasyonunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyarak her ifadede görüşünüzü en iyi yansıtan rakamı daire içine alınız. İsim belirtmenize gerek yoktur. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Rakamların anlamları aşağıda belirtilmiştir.

- 1 = ilk ifadeye tamamen katılıyorum 2 = ilk ifadeye katılıyorum
3 = her iki ifadeye de katılıyorum 4 = ikinci ifadeye katılıyorum
5 = ikinci ifadeye tamamen katılıyorum

1 - Çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum, aile, birey) için en etkili sağlık bakımı, *sağlık ekibinin iş birliği ile verilir* **1 2 3 4 5** *yalnızca hemşirelik bakımı ile verilir.*

2 - X sağlıklı/hasta birey için hemşirelik bakımının hedefleri çoğunlukla, *bireyin gereksinimleri* **1 2 3 4 5** *hekim istemi doğrultusunda*
doğrultusunda belirlenir *belirlenir.*

3 - Aşağıdakilerden hangisi hemşireliği en iyi tanımlar ?
öz bakım uygulamalarında **1 2 3 4 5** *tedavi edici uygulamaları yapar.*
sağlıklı/hasta bireye yardım eder

4 - Sağlıklı/hasta bireye verilen sağlık hizmetinin kalitesi, *hemşirelik ekibinin işbirliği ile* **1 2 3 4 5** *hemşirenin teknik becerilerine*
arttırılır *özen göstermesi ile arttırılır.*

5 - Hemşirelik için önemli olan hemşirenin, *bireyin sonuçlarının kaydını* **1 2 3 4 5** *hekim kayıtları için veri*
tutmasıdır *kaydetmesidir.*

6 - Sağlıklı/hasta bireyin sorunlarının tanılanması, *bireyin durumunu anlama* **1 2 3 4 5** *bireyin şikâyetleri ve testlerini*
düzeyini belirlemekle başlamalıdır *değerlendirmekle başlamalıdır.*

7 - Hemşirelik uygulamalarının çoğu, *sağlık ekibinin diğer üyeleri* **1 2 3 4 5** *hemşireler tarafından*
tarafından yapılan araştırmalara *yapılan araştırmalara*
dayandırılmadır *dayandırılmadır.*

8 - Hemşirelik uygulamaları en iyi hemşirenin, *uygulamada kullandığı kavramlar* **1 2 3 4 5** *gerçekleştirdiği aktiviteler ile*
ile tanımlanabilir *tanımlanabilir.*

9 - Çoğu durumda sağlıklı/hasta bireye sağlık durumu ile ilgili bilgi verilirse, *kendi sağlık uygulamaları ile* **1 2 3 4 5** *hala sağlık uygulamaları ile ilgili*
ilgili uygun kararı verebilir *karar verilmesine ve tavsiyeye*
gereksinim duyar.

10 - Sağlıklı/hasta birey hemşirelik bakımı için hemşire ile, *hekim aracılığı ile iletişim* **1 2 3 4 5** *doğrudan iletişim kurmalıdır.*
kurmalıdır

- 11-Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin karşılanması için izlenecek yolların belirlenmesinde en iyi yöntem, birey ile iş birliği yapmaktır **1 2 3 4 5** sağlık probleminin niteliğini belirlemektir.
- 12 - Hemşire- sağlıklı/hasta birey etkileşimi, bireyin gereksinimlerine dayanmalıdır **1 2 3 4 5** hekim istemlerine dayanmalıdır.
- 13 - Sağlıklı/hasta bireyin sağlığının değerlendirilmesinde öncelikli veri kaynağı, bireyin davranışı ve tedaviye verdiği yanıtlardır **1 2 3 4 5** sağlık kayıtları ve günlük gözlem formlarıdır.
- 14 - Sağlıklı/hasta bireyden sağlık öyküsünün alınmasının amacı, bireyin sağlık gereksinimlerini belirlemeye yardımcı olmaya yönelik olmalıdır **1 2 3 4 5** hastalığın semptomlarını belirlemeye yönelik olmalıdır.
- 15 - Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin belirlenmesi en iyi, hastalığın nedeninin tanınması ile olur **1 2 3 4 5** hasta ile işbirliği yapılması ile olur.
- 16 - Hemşirelik bakımının kalitesi, hemşirenin teknik becerileri ile daha çok artırılır **1 2 3 4 5** hemşirelik araştırmaları ile daha çok artırılır.
- 17 - Hemşirenin fizik muayene yapmasının amacı, Sağlık durumunu anlamasında bireye yardımcı olacak veri elde etmek olmalıdır **1 2 3 4 5** hastalığına tanı koymada bireye yardım edecek veri elde etmek olmalıdır
- 18 - Sağlıklı/hasta birey için etkili beslenme programı en iyi, sağlık ekibinin iş birliği geliştirilebilir **1 2 3 4 5** kapsamlı literatür taraması yapılarak geliştirilebilir.
- 19 – Hemşirenin yükümlülüğü/sorumluluğu aşağıdakilerden hangisi olmalıdır? temel olarak hekim **1 2 3 4 5** temel olarak sağlıklı/hasta birey
- 20 – Yaşam tarzı verileri hekimden, kalp hastalıklarının nedenlerini tartışması için kullanılmalıdır **1 2 3 4 5** sağlığı geliştirme aktiviteleri hakkında bireyi eğitmesi için kullanılmalıdır.
- 21 - Hemşirelik bakımının özel boyutları ve tıbbi bakımın özel boyutları, birbirinden çok farklıdır **1 2 3 4 5** birbirine benzerdir.
- 22 - Kan basıncı verileri, durumundaki değişiklikler konusunda bireyi eğitmek için kullanılmalıdır **1 2 3 4 5** hekim tarafından bireyin sağlığının tanınmasında kullanılmalıdır.
- 23 - Birey için etkili uyuşturucu bağımlılığı rehabilitasyon programı en iyi, sağlık ekibinin iş birliği ile geliştirilebilir **1 2 3 4 5** kapsamlı literatür taraması yapılarak geliştirilebilir.
- 24 - En iyi hemşirelik bakımı hemşire ve, sağlıklı/hasta birey tarafından belirlenir **1 2 3 4 5** hekim tarafından belirlenir.

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırma Adı: Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Belirlenmesi

Ben, yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Araştırmacının

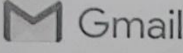
Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

EK-5 Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Kullanım İzni

13.12.2019 Gmail - ÖLÇEK KULLANIMI

 Gmail

arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>

ÖLÇEK KULLANIMI
2 ileti

arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com> 30 Mayıs 2018 12:44
Alıcı: nulufere@nrbil@gmail.com

Hocam ben Arzu Hendekci.

Tez önerimde düzeltmeleri yapıyorum. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ölçeğinizi tekrardan gönderebilir misiniz?


nülüfer erbil <nulufere@nrbil@gmail.com> 30 Mayıs 2018 13:22
Alıcı: arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>

Sevgili Arzu,
Merhaba,
"Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri" özgün formunu ekte gönderiyorum.
Tez çalışmada başarılar diliyorum.

Prof.Dr.Nülüfer ERBİL
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.
Hemşirelik Bölümü Başkanı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Cumhuriyet Yerleşkesi
52200 Ordu, Türkiye
Tel: 04522345410-5531
e-posta: nerbil@odu.edu.tr, nulufere@nrbil@gmail.com
Web site: http://akademi.odu.edu.tr/sayfalar/nerbil

Nülüfer Erbil, RN, PhD, Professor (Full)
Ordu University
Dean of Faculty of Health Sciences
Head of Nursing Department
Head of Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing
Cumhuriyet Campus
52200 Ordu, TURKEY
Tel: +904522345410-5531
e-mail: nerbil@odu.edu.tr, nulufere@nrbil@gmail.com
Web site: http://akademi.odu.edu.tr/sayfalar/nerbil

30 Mayıs 2018 12:44 tarihinde arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com> yazdı:
[Ayrıntılanan metin gizlendi]

 Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri- Nülüfer ERBİL, Aslıhan BAKIR (3).doc
76K

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=991106cb00&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ammiai-r-6615211045766557637&simpl=msg-a%3A... 1/1

EK-6 Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği Kullanım İzni

13.12.2019 Gmail - ÖLÇEK KULLANIMI HAKKINDA

arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>

ÖLÇEK KULLANIMI HAKKINDA

arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com> 23 Mayıs 2018 15:57
Alıcı: Oyun Oynuyoz <nurbol_52@hotmail.com>

Yönlendirilmiş ileti dizisi
Konu: ÖLÇEK KULLANIMI HAKKINDA

Gönderen: arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>
Tarih: 9 Mayıs 2018 16:33
Alıcı: gulsen@kastamonu.edu.tr

Sayın Hocam,

Ben Arzu Hendekci, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tez konum için araştırma yaparken Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi'nde "Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirliği" başlıklı çalışmanızı okudum. Bu ölçeği izniniz olursa kendi çalışmamda kullanmak istiyorum. Desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Gönderen: GULSEN ULAS KARAAHMETOGLU <gulsen@kastamonu.edu.tr>
Tarih: 11 Mayıs 2018 10:07
Alıcı: arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>

Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Ekte gönderiyorum, iyi çalışmalar.

Gönderen: arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>
Gönderildi: 9 Mayıs 2018 Çarşamba 16:33:49
Kime: GULSEN ULAS KARAAHMETOGLU
Konu: ÖLÇEK KULLANIMI HAKKINDA


Sayın Hocam,

Ben Arzu Hendekci, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tez konum için araştırma yaparken Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi'nde "Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirliği" başlıklı çalışmanızı okudum. Bu ölçeği izniniz olursa kendi çalışmamda kullanmak istiyorum. Desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Gönderen: arzu hendekci <arzuhendekci@gmail.com>
Tarih: 15 Mayıs 2018 12:37
Alıcı: GULSEN ULAS KARAAHMETOGLU <gulsen@kastamonu.edu.tr>

Teşekkür ederim hocam

 Virüs bulunmuyor. www.avg.com

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=991106cb00&view=pt&search=all&permmsgid=msg-a%3As%3A-6505253189755952352&simpl=msg-a%3As...> 1/2

EK-7 İl Sağlık Müdürlüğü İzni



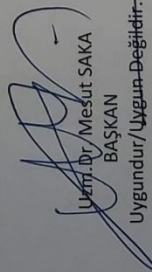
T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ

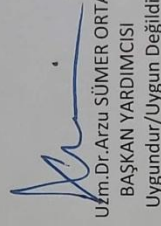
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

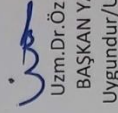
ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Hemşire	Arzu HENDEKİ	Ordu Devlet Hastanesi	-Ordu Devlet Hastanesi -S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	01/07/2018 30/09/2018	Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Karşılaştırılması

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarını sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **05/06/2018** tarih **34989324/E.1090** sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür..../..../20...


Uzm.Dr. Mesut SAKA
BAŞKAN
Uygundur/Uygun-Değildir.


Uzm.Dr.Arzu SÜMER ORTAÇ
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.



Uzm.Dr.Öznur AYDIN
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.

02-6/2018

Dr.Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.

EK-8 Etik Kurul Onayı

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü
02.07.2018 13:38
Sayı: 91120269-800-E.00000242451

**ORDU
ÜNİVERSİTESİ**

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
28/06/2018	14	15.30	2018-151

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2018/ 151

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın KAEEK 150 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Belirlenmesi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Evrakin elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 022b7f7a-98bb-4ebc-b3bd-8f0c2bfa8a26 kodu ile erisebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Arzu HENDEKÇİ
Doğum Yeri : ORDU
Doğum Tarihi : 09.10.1988
Yabancı Dil : İngilizce
E- posta : arzu.hendekci@gmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2005-2009
Y.Lisans	Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2015-2019

İş Deneyimleri :

Görev	Kurum	Yıl
Hemşire	Özel Ordu Medical Park Hastanesi	2009-2010
Hemşire	Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2010-2012
Hemşire	Samsun Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi	2012-2016
Hemşire	Türkiye Nyala-Sudan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2016- 2017 (8 Ay)
Hemşire	Ordu Devlet Hastanesi	2016- Halen devam ediyor