

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK
UYGULAMALARINDA BİREYSEL VE MESLEKİ
OTONOMİ KULLANIMI

Demet AVŞAR

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

İSTANBUL, 2015

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

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK
UYGULAMALARINDA BİREYSEL VE MESLEKİ
OTONOMİ KULLANIMI**

**Demet AVŞAR
122009329**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR**

İSTANBUL, 2015

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Demet Avşar Öğrenci No : 122009329
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 01.09.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar Tez Savunma Saati :11.00

Tez Konusu : "Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Uygulamalarında Bireysel ve Mesleki Otonomi Kullanımı"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

Bu çalışma hemşirelik uygulamalarında bireysel ve mesleki otonomiye kullanma konusundaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma 03 Şubat 2014-20 Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan 1018 hemşire oluşturmuş, çalışmayı kabul eden 531 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri sosyo-demografik veri formu ve Shutzenhofer (1992) tarafından geliştirilmiş, ülkemiz için geçerliliği ve güvenilirliği Saraçoğlu (2010) tarafından yapılan “hemşirelik aktivite ölçeği” ile elde edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken; kolmogorov smirnov test, tek yönlü varyans analizi, standart sapma, frekans, ki-kare, t-testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %37,3’sının 20-29 ve 30-39 yaş aralığında olduğu, % 85,3’ ün HYO ve hemşirelik fakültesi mezunu olduğu, % 63,6’sının dahili bilim dallarında çalıştığı, saptanmıştır. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme sorusuna %55,0’i ‘kısmen’ yanıtını verdikleri, sağlık bakım sistem içinde rollerini yerine getirememe nedeni olarak araştırmaya katılan hemşirelerin % 20,5 ‘iş yükü fazlalığı’ olarak belirtmiştir. Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım işlevlerinin dağılımına bakıldığında hemşirelerin %48,4’ü hastanın öz bakımını desteklediklerini belirtmiştir. Hemşirelik aktivite ölçeği (HAÖ) puan ortalaması $158,00 \pm 25,848$ olarak bulunmuş ve otonomi düzeyleri orta seviye (121-180 puan arası) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin yaş gruplarına göre, çalışma yıllarına göre, cinsiyetine göre ve günlük bakılan hasta sayısına göre HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak hemşirelerin mezuniyet durumuna göre ve çalıştıkları kliniklere göre HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanın, **$158,00 \pm 25,848$** olup, otonomi düzeylerinin **orta düzeyde** (121-180 puan arası) olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelikte yönetim, Mesleki otonomi, Üniversite hastanesi

ABSTRACT

USE OF INDIVIDUAL AND PROFESSIONAL AUTONOMY IN NURSING PRACTICES IN A UNIVERSITY HOSPITAL

This was a descriptive study which aimed to determine views about the use of individual and professional autonomy in nursing practices. The study was carried out between 3rd February and 20th May 2014. The target population consisted of the 1018 nurses working in the Ege University Medical Faculty Hospital; the study was carried out with 531 nurses who agreed to participate. Data were collected using a socio-demographic data form, and the "Nursing Activity Scale" developed by Shutzenhofer (1992), of which the validity and reliability testing for Turkey were done by Saraçoğlu (2010). The Kolmogorov-Smirnov test, one-way ANOVA, standard deviations, frequencies, chi-square and t-test were used in the data analysis.

It was determined that 37.3% of participants were in the age groups 20-29 and 30-39, 85.3% were graduates of the School of Nursing and Nursing Faculty and 63.6% were working in internal medicine. 55.0% of nurses stated that they could "partially" perform their roles according to professional aims within the health care system; 20.5% of participants reported that the reason for not being able to fulfil their roles within the health care system was "excessive workload". Regarding the distribution of patient care functions implemented directly according to nursing decisions, 48.4% of nurses reported supporting patient self-care. The mean score on the Nursing Activity Scale (NAS) was 158.00 ± 25.848 and autonomy levels were determined to be medium (between 121 and 180 points). No significant differences in mean NAS scores were found according to age group, years worked, sex or daily number of patients cared for ($p > 0.05$). However, statistically significant differences in mean NAS scores of nurses were found according to their graduation status and department in which they worked ($p < 0.05$).

The results showed that nurses surveyed Nursing Activity Scale score, 158.00 is ± 25.848 , moderate level of autonomy (scores between 121-180) was determined to be.

Keywords: Nursing, Professional autonomy, Nursing management, University hospital

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimi almamda emeği geçen, çalışmam süresince bana, güvenini, bilgisini, desteğini esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın uygulamasında, katılımlarıyla bana destek olan tüm meslektaşlarıma, aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.



DEMET AVŞAR

BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



DEMET AVŞAR

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolarLİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hemşirelik Tarihine Bakış	3
2.2. Hemşirelik Mesleği Kavramı Ve Tanımı	6
2.3. Hemşirenin Görevleri	8
2.4. Hemşirelik Eğitimi	11
2.5. Hemşirelik Yasası	15
2.6. Hemşirelik İle İlgili Ulusal Ve Uluslararası Bazı Kurumlar	17
2.7. Hemşirelikte Yönetim	23
2.8. Sağlık Ekibi İçinde Hemşirenin Rollerini	24
2.9. Toplumsal Cinsiyet	42
2.10. Meslek, Profesyonellik, Meslek ve Profesyonellik, Hemşirelik	
Mesleği ve Profesyonellik	44
2.10.1.Meslek	44
2.10.2. Profesyonellik	47
2.10.3. Meslek ve Profesyonellik	49

2.10.4. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik	52
2.11. Özgürlük, Otonomi, Özgürlük ve Otonomi, Bağımsızlık ve Otonomi, Hemşirelik Mesleğinde Otonomi.....	55
2.11.1. Özgürlük.....	55
2.11.2. Otonomi.....	57
2.11.3. Özgürlük ve Otonomi İlişkisi.....	61
2.11.4. Bağımsızlık Otonomi İlişkisi.....	62
2.11.5. Mesleki Otonomi.....	64
2.11.6. Hemşirelik Mesleğinde Otonomi.....	65
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	70
3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli.....	70
3.2. Araştırmanın Yeri.....	71
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örnekleme.....	72
3.4. Veri Toplam Araçları.....	72
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	74
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	74
4. BULGULAR.....	76
4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	76
4.2. HAÖ Puan Ortalamalarının Demografik Özellikler ve Hemşirelik uygulamaları İle Karşılaştırılması.....	82
5. TARTIŞMA.....	93
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	102
KAYNAKÇA.....	108
EKLER.....	120

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Hemşirelik Lisans Ve Önlisans Programlarının Kuruluş Yıllarına Göre Dağılımı.....	13
Tablo 2. Yıllara Göre Hemşirelik Lisans Eğitimi Veren Okulların Dağılımı.....	14
Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	76
Tablo 4. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Mesleki Amaçlar Doğrultusunda Yerine Getirme Durumunun Dağılımı.....	77
Tablo 5. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Mesleki Amaçlar Doğrultusunda Yerine Getirememesi Durumunun Dağılımı.....	78
Tablo 6. Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	79
Tablo 7. Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde En Fazla Zaman Harcadıkları İşlerin Dağılımı	80
Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Bakım Gereksinimlerini Karşılarken Dikkat Ettiği Unsurların Dağılımı.....	80
Tablo 9. Doğrudan Hemşirelik Kararlarıyla Uygulanan Hasta Bakım İşlevlerinin Dağılımı.....	81
Tablo 10. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo 12. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo 13. Hemşirelerin Mezuniyet Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84

Tablo 14. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 15. Hemşirelerin klinikteki konumuna göre Hasta Sayısı ile HAÖ Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	85
Tablo 16. Hemşirelerin Günlük Baktıkları Hasta Sayısı ile HAÖ Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	86
Tablo 17. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Yerine Getirebilme Durumunun HAÖ Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	86
Tablo 18. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Yerine Getirememeye Nedenleri İle HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	87
Tablo 19. Hemşirelerin Bağımsız Karar Vermesini Etkileyen Nedenlerle HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 20. Hemşirelerin Çalışma Saatlerini En Fazla Geçirdikleri İşlerle HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	89
Tablo 21. Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Gereksinimlerini Karşılarken Dikkate Aldıkları Durumlarla HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	90
Tablo 22. Doğrudan Hemşirelik Kararı İle Uygulanan En Önemli Hasta Bakım İşlemleriyle HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	91
Tablo 23. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri.....	92

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü
ARNA	:	Avustralya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği
AHEMDER	:	Acil Hemşireler Derneği
THD	:	Türk Hemşireler Derneği
SML	:	Sağlık Meslek Lisesi
HYO	:	Hemşirelik Yüksek Okulu
YÖK	:	Yüksek Öğrenim Kurumu
GATA	:	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
SPSS	:	Statistical Package for the Social sciences
Ss	:	Standart Sapma
HAÖ	:	Hemşirelik Aktivite Ölçeği
ICN	:	Uluslararası Hemşireler Konseyi
ANA	:	Amerikan Hemşireler Birliği

1. GİRİŞ

Mesleki otonomi dış bir gücün etkisi altında kalmadan mesleki aktivitelerin yerine getirilmesi, kontrolü ve kendi kendini yönetim serbestliğinin sosyal ve yasal haklarla garanti edilmesi olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda yapılan çalışmalar göstermektedir ki otonomi sahibi olmak bunu en yüksek düzeyde kullanmak, iş doyumunu ve verimliliğini artırmaktadır.

Otonominin uygulamaya geçirilmesi karar vermeyi, otoriteyi, sorumluluk almayı gerektirir ve güç anlamına gelir.

Hemşirelik meslek otonomisi; meslek eğitimiyle uyum içinde, kendi meslek üyeleri tarafından yönetilen, kendi uygulamalarını belirlemede ve kontrol etmede dışarıdan, başka meslekten biri tarafından kontrol edilmeyen bir meslek uygulamasıdır. Hemşirelik uygulamalarındaki karar verme kısıtlamalarının hastaya verilen bakımı ve sonuçlarını etkilemesi son yıllarda hastanelerdeki hemşirelik uygulamalarındaki otonomiye önem kazandırmıştır (1).

Hemşirelerdeki otonomi yokluğunun, hasta gereksinimlerine doğrudan cevap verilmemesine, ekip üyeleri arasında sorunların artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin otonomisini azaltan en önemli üç faktörün otokratik yönetim şekli, doktorlar ve iş yükü olduğu bildirilmiştir (2).

Hemşirelerin tam olarak özerk uygulamalarının, güvenli ve kaliteli hasta bakımı ve iş tatmini açısından önemli olduğu görülmüştür. İyi bir çalışma ortamında hemşirelerin daha otonom davranış sergiledikleri, hem lider hemşirelerin hem de klinik hemşirelerin bu konuda sorumluluk sahibi oldukları görülmüştür (3).

Hemşireler sağlık ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hemşireler olmadan, sağlık sistemleri etkili değildir. Hemşireler sağlık bakım sistemi içinde daha etkin ve kaliteli hasta bakımı vererek sağlığın gelişmesine ve profesyonelleşmesine katkı sağlarlar. Bu nedenle sağlık ekibi içerisinde hemşireler daha otonom sahibi olmalı ve bunu hasta bakım sonuçlarına yansıtabilmelidir. Hemşirelerin otonom sahibi olmaları konusunda hemşire yöneticileri ve liderlerine büyük rol düşmektedir (4).

Yapılan alışmalar göstermektedir ki otonomi sahibi olmak bunu en yüksek düzeye de kullanmak iş doyumunu ve verimliliğini artırmakta ve buda hemşirelik bakım uygulamalarına yansımaktadır (5).

Ülkemizde seren (1998) tarafından 467 hemşire üzerinde yapılan “hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesi” ne yönelik çalışmada; hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ve kurumlardaki hemşirelik pozisyonları, eğitim durumları ve çalışma yılları otonomi düzeyini etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (6,123).

Hasta bakımının kalitesinin ve hemşirelerin iş doyumunun artırılması için hemşirelerin profesyonel otonomi düzeyinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun içinde hemşirelik yönetiminin bağımsız olması sağlanmalı ve hemşireler otonom davranışlar sergilemeye olanak sağlayacak şekilde yetkilendirilmelidir. Otonom davranış kazanmaya yönelik, hemşirelik eğitimi lisans düzeyinde olmalı ve müfredata otonom davranış geliştirmeye yönelik ders programları konmalı, hemşirelik eğitiminde uzmanlaşma sağlanmalı, yasa da yer alan hemşirelik görev tanımları yeniden düzenlenmelidir.

Politika belirleme, prosedür geliştirme, program yapma konularında ve herhangi bir karar aşamasında hemşireler sürece dahil edilmeli ve otonomileri desteklenmelidir. Ayrıca hemşirelerin eğitim seviyeleri ve özerklikleri arttırılmalı, sosyalleşmeleri sağlanmalıdır. Hemşire yöneticilere ve hemşirelere bireysel tercihleri ve gleri dikkate alınarak otonom davranış kazanmaya yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır (4).

Hemşirelik mesleğinde de otonomiyi kullanmada yaşanan olumsuzluklar ve kısıtlamalar birbir hasta bakımının sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla da hemşirelerdeki otonomi yokluğu, hasta gereksinimlerine doğrudan cevap verilmemesine, ekip yeleri arasında sorunların artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu araştırma hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomi kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış olup, hemşirelere otonomi kazandırma sürecinin planlanmasında yol gösterici verilere ulaşmamızı sağlayacaktır (6).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Tarihine Bakış

Hasta bakımı, eski çağlara kadar uzanmaktadır. Başlangıçta toplumun gereksinim ve ihtiyaçlarını yerine getirmek, hasta ya da güçsüz durumda olan bireylere yardım etmek ve bakımını sağlamak için geliştirilmiştir. Bu dönemlerde bakım yöntemleri, insanların hastalık nedenleri ve yaşam konusundaki inançlarından kaynaklanır. Eski çağlarda da, günümüzde olduğu gibi hasta bakımında kadınlar yer almaktadır. Kadınlara verilen bu görev, büyük olasılıkla kadının eş ve ana rolünden kaynaklanmaktadır.

Antik çağlarda insanlar, nehirde yıkanarak suyun rahatlatıcı etkisinden yararlanmışlardır. İnsanın ateş yakmayı öğrenmesiyle, yine tedavi edici bir yöntem olarak ateşi keşfetmiş, yaraları dağlama yöntemini hastaları tedavi etmede kullanmışlardır. Bu tür iyileştirici yöntem ve özel reçeteleri uygulama ve bazı bulguları değerlendirme de, sosyal gruptaki bir veya birkaç kişi tarafından daha iyi yapıldığından bunlar ilk "tıp adamları" olarak düşünülmüştür (7).

Eski çağlarda sihir ve büyü; geleneksel bir yaklaşımla doğüstü güçler olarak düşünülen iyi ruhların hoşnut edilmesi, kötü ruhların ise bedene girip hastalık yapmaması için kullanılmıştır. Örneğin ruh hastası olan bireyin ruhuna şeytan girdiği inancıyla şeytanın çıkması için hastanın kafasında delik açılması bir tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Cinsel güçsüzlük, salgın hastalıkları tedavi etmede büyüye başvurmuşlardır.

Antik Mısır döneminde tıp konusunda oldukça önemli adımlar atılmış ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Kan alma, dağlama, masaj, diyet ve cerrahi tedaviler uygulanmıştır. Sünnet din açısından zorunlu uygulanmış, insanların tekrar dirileceğine inanıldığı için, ölenler mumyalanmıştır. Bu dönemde hayır işleri ile uğraşan kadınlar, doğumları gerçekleştirme, bazı dini törenleri yönetme ve buralara sığınanların bakımını sağlama gibi önemli görevler üstlenmiştir.

Tıbbın babası olarak bilinen Hippocrates' le birlikte hekimlik, sihir ve büyüden ayrılarak bir bilime dönüşmüştür. Hippocrates, doğal kanunlara aykırı davranışlarla hastalığın gelişebileceği düşüncesini, gözlemin ve akıl yürütmenin önemini belirtmiştir. Tıp

okulu da kurmuş olan Hippocrates, hastalık tanısı koymada varsayımlar yerine göz ve kulaklarını kullanmayı kişilere öğretmiştir. Hippocrates'in, aynı zamanda bedenin kendini savunması ile hastalıklardan korunabileceği görüşü, günümüzün vücudu koruma mekanizmasına ait bilgiye yakın olduğu görülmektedir (6).

Dinlerin ortak yönü insanlara sevgi ve hastalara şevkat duygusuyla yaklaşmayı buyurmaları olduğu için Musevilik, Hıristiyanlık ve Müslümanlık gibi tek tanrılı dinler, hasta bakımı ve annelik ile ilgilenmiş, tıp ve hasta bakımı olumlu şekilde etkilenmiştir. Bir çok kişi evlerinden yardıma muhtaç olanlara ve hastalara hizmet vermiştir. Daha sonraları bakım ve yardım görevini kilise üstlenerek manastırlar kurmuştur (6).

Musevilikle birlikte damardan kan alma, bulaşıcı hastalık kontrolü, erkekleri sünnet etme, doğum ve lohusalık dönemi için ebeliğe önem verilmiştir. Sosyal dayanışma da önemli bir konu olmuş, her musevi malvarlığının bir kısmını hayır işlerine veya bakım evlerine ayırmaya mecbur tutulmuştur. Hıristiyanlığın ilk dönemlerinde hasta bakımı ve yardım görevini, kilise üstlenerek kendilerine bağlı manastırlar kurmuşlar; kiliseye mensup kişiler, hastalara ve yardıma muhtaç olanlara bakım görevini üstlenmişlerdir. MS.5.yüzyılda beden ve bedensel temizliğin yerine, ruhun olgunlaşmasının daha önemli olduğuna inanmaya başlanmıştır. Bedenle uğraşma günah sayılmıştır. Bu olumsuz inanışlar tıp ve hasta bakımının gerilemesine neden olmuştur (7).

İslamiyetle birlikte, yoksul ailelere ve düşkünlere yardım etme düşüncesiyle hasta bakımı önem kazanmış, yaralı ve hasta bireyler için ilk kadın topluluğu oluşturulmuş, yaralı askerlere bakım sağlanmıştır. Askerler için seyyar hastaneler kurulmuş, hasta veya yaralı askerlere yemeği yedirilerek yardım edilmiştir. Aynı dönemde, ilk islam hastanesi ve eczane, eczacılık okulu ve ilk yardım evleri açılmıştır. İlaçların hazırlanışında belirli yöntemler kullanılmıştır. İlaçların doğru hazırlanabilmesi için, mevsimlere uygun olan bitkiler seçilmiş, kimya bilimi ile ilgili bazı buluşları ilk kez islam hekimleri yapmıştır (6,7).

Haçlı seferleriyle birlikte örgütlenmeye başlayan kilise ve ona bağlı manastırlar da rahibeler hasta bakımı vermeye başlamıştır. Avrupa'dan yakın doğu'ya, Kudüs'e kadar savaş sırasında yaralanan, hastalanan askerlere, tedavi ve bakım için büyük şehirlerin surları

içinde ve dışında hastaneler kurulmuş, buralarda bakım ve tedavi görevi rahiplere verilmiştir. 12. Yüzyılda lepralıları için, St. Lazarus şövalyeleri tarafından Kudüs'te Aziz Lazarus Hastanesi açılmıştır (6).

İlk olarak Paris'te kurulan hanlarda, hasta olan yolcu ve hacılara kadınlar gönüllü olarak hizmet vermeye başlamış, buradaki hasta bakım kurallarını ise Augustinian kız kardeşler düzenlemişlerdir. Özel bir eğitimden geçen bu kız kardeşler, günümüz de giyilen beyaz hemşire kıyafetleri gibi beyaz kıyafet giyip kep takmışlar, hastalara fiziki bakımını sağlamak, ilaçlarını uygulamak ve yaraları temizlemekle birlikte, dinsel yönden de yardım etmişlerdir (7).

Kilisenin manastırlardaki etkisinin azalması ve Protestanlığın ortaya çıkması, hastaneleri ve hasta bakımını olumsuz yönde etkilemiş ve karanlık çağ başlamıştır. Protestan kilisesi din ve düşünce özgürlüğünü savunmakla birlikte, kadınlar eve bağımlı kalmış, ev işlerine öncelik verilmiş, özgürlükleri kısıtlanmıştır.

Bu olumsuz ortamda Augustinian rahibeleri dışında diğerleri de hasta bakımına devam etmeyip ayrılmışlar, hastanelerdeki hasta bakımı ve tedavisi, endüstri işlerine bile kabul edilmeyen, ahlaki çöküntü yaşayan, alkolik, eğitimsiz kadınlara verilmiştir. Bu durum hasta bakımına olumsuz yansımış ve hastane koşullarının gerilemesine neden olmuştur. Endüstri devrimiyle birlikte, makineleşme, kadın hakları hareketleri ve tıp alanındaki hızlı gelişmeler hasta bakımının ilerlemesine neden olmuş, Rönesans'a kadar çoğunlukla usta-çırak yöntemiyle süregelen tıp eğitimi ve uygulanması, daha sonra bilimsel temellere dayalı olarak yapılmaya başlanmıştır. Endüstri ve makineleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra hijyen yetersizlikleri, beslenme bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları, halk sağlığının önemini artırırken klinik alanlarda uzmanlaşmanın önemini de arttırmıştır (6).

Kiliseye mensup kadınlardan oluşan dekonesler, çeşitli alanlarda hizmet vermiştir. Bu hizmetler, çocukları için yetimhane, kadın mahkûmlara gündüz okulu, normal eğitim veren bir okul ve ziyaretçi hemşirelik uygulamalarıdır. Dekones adayları, üç yıllık hasta bakımı ve farmakoloji eğitimi aldıktan sonra çalışma uniformaları giyerek hemşirelik hizmeti vermişlerdir. Bu dönemde dekoneslere hizmetlerinin karşılığı olarak cep harçlıkları

da verilmiş, bölümler arası nöbet değişiklikleri yapılmıştır. Bu dekoneler, "pnotestan hemşireler" olarak tanınmışlardır. Florence Nightingale'in de burayı ziyaret ettiği bilinmektedir (6,7).

Florence Nightingale'in, yaralı ve hasta askerlere uyguladığı hemşirelik bakımı kırım savaşı sırasında kısa sürede ün yapmıştır. Florence Nightingale'le birlikte modern hemşirelik kavramı ortaya çıkmış ve onun çabalarıyla pek çok hemşirelik okulu açılmıştır(8).

2.2. Hemşirelik Mesleği Kavramı ve Tanımı

Hemşirelik mesleğinin doğuşu İlk çağlara dayanmaktadır. Bu tarihten bu yana kadının annelik, şefkatli, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakarlık ile özdeşleşmiştir. Bu süreçte hemşirelik mesleği insan sağlığını etkileyen her türlü kavramdan etkilenmiş ve hemşireliğin tanımlanması da sağlığı, insanı ve hastalık kavramını etkileyen faktörlerle birlikte zaman içerisinde değişiklik göstermiştir (9).

Hemşireliğin biyolojik, ruhsal ve sosyal bir olgu olma niteliğinden dolayı, odak noktasını insan, toplumsal etkileşim ve sosyal olgular oluşturur. Bu nedenle hemşirelik mesleği tanımlanırken insan, sağlık, hastalık ve toplum gibi kavramlarla ilişkilendirmek gerekir. İnsanı ve onun içinde yaşadığı çevreyi anlamak hemşireliğin doğasını anlamak için zorunludur. Hemşirelik mesleği insan sağlığını geliştirmeye yönelik bir disiplindir (10).

Hemşirelikle ilgili hemşire bilim uzmanlarının ve hemşirelikle ilgili kuruluşların yapmış olduğu tanımlar vardır. Florance Nightingale 1859 yılında, 'Hemşirelik Üzerine Notlar' isimli kitabında hemşireliği şu şekilde tanımlamıştır; "Hemşirelik, doğanın birey üzerindeki etkilerini olumlu ve zararsız hale getirebilmek için bireyi, en iyi düzeye ulaştırmaktır. Hemşirenin hastaya temiz hava, iyi ışık, yeterli ısı, temizlik, sessizlik ve iyi seçilmiş bir diyet sağlaması ona yaşama gücü verir" tanımını yapmıştır (9).

1955 yılında ANA'nın (Amerikan Hemşireler Derneği) yapmış olduğu hemşirelik tanımında, sağlıkla ilgili diğer dalları da içerdiği için ve hemşireliğin daha çok bağımlı rolünü vurguladığı için 1965 yılında değişiklik yapılmıştır. Yapılan bu değişiklikte hemşirelik tanımı; 'hemşire, yaralının, hastanın, sağlıklı bireyin durumunun düzeltilmesi,

hastalıklardan korunması, diğer personelin eğitimi ve gözetimi ile ilgilenip, tedavi ve ilaçları uygular. Bu faaliyetlerini yaparken biyoloji, fizik ve sosyal bilimlerden destek alır' görüşü üzerinde durmuştur (11).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hemşireliği, 'hasta ya da iyi ve tüm ortamlarda her yaşta, aile ve grupların ve toplulukların, bireylerin, özerk ve işbirlikçi bakımını kapsar. Diğer profesyoneller ile takım halinde çalışarak sağlığın yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hasta, engelli ve ölmekte olan kişilerin bakımını içerir' tanımını yapmıştır (12,13).

ICN (Uluslar Arası Hemşirelik Konseyi) hemşireliğin tanımını; 'bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur' şeklinde tanımlamıştır (14).

THD'nin 1981 yılında yaptığı hemşirelik tanımı, "hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir" şeklindedir. (15).

Hemşirelik mesleğinin ilerlemesinde büyük katkısı olan Perihan Velioğlu hemşirelik ile bir başka tanımı yapmıştır. Perihan Velioğlu' na göre hemşire, "hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan kişidir"(16).

"2 Mart 1954 tarihli Hemşirelik kanunu'nda yer alan tanımda; 'Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan, diplomaları sağlık bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurtdışında hemşirelik ile ilgili, devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları sağlık bakanlığınca tescil edilenlere hemşire unvanı verilir" olarak tanımlanmıştır (17)"

Henderson'a göre ise 'hemşirenin temel işlevi, sağlam bireyin sağlığını korumalı ve sürdürmeli, hasta bireyin ise sağlığını yeniden kazanmasını sağlamalı, yeterli gücü, arzusu, bilgisinin yetmediği durumlarda hasta bireye yardımcı olarak, onun ölümü anında

huzurlu olmasını sağlayacak telkinde bulunmalı, tüm bunları yaparken bireyin kendi kendine yetecek hale gelmesini sağlamalıdır' der (18).

Tüm hemşirelik tanımlarına baktığımızda, hemşireliğin özünde yardım etme kavramı vardır ve hemşire bu yardımı yaparken toplumu birey ve ailesini bir bütün olarak ele alır, bireyin yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürülmesini sağlar, hastalığında ise tedavisi ve bakımında gerekli tüm bilgi birikimi ve deneyimini sunarak yaşam kalitesini artırır ve devam etmesini sağlar, bireyin kendi ihtiyaç ve gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayana kadar bu görevine devam eder (17).

Görüldüğü gibi hemşirelik, sosyal, psikolojik, kültürel, bilimsel olarak birçok yönü olan, bunun yanında güçlü iletişim becerileri gerektiren, araştırmacı, gözlemci, diğer ekip üyeleri ile koordinasyonu sağlayan, sağlık bakım hizmetleri içinde aktif rol alan kişilerdir. Bu bağlamda, hemşireler, görevlerini yerine getirirken bağımsız olarak karar verebilmeli, otonom sahibi olmaları gerekmektedir.

2.3. Hemşirenin Görevleri

Hemşirelerin görev ve işlevleri hastanın sağlığını koruyup yükseltmeyi, hastaya bu amaçla ilgili olarak destek vermeyi, yardım etmeyi amaç edindiğinden geniş bir kapsama sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, toplumda hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları, çalıştıkları ortamın güç koşulları kapsamında bedensel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini belirlemeleri konusunda yardımcı olmaktır.

Hemşireler birey ve toplumun sağlığının geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra, hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Aynı zamanda hastalığın iyileştirilmesi sürecinde hastanın doğru yönlendirilmesi, bakımının planlanması ve ilgili kişiye gerekli hizmetin sunulmasını sağlamaktadır. Ayrıca hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık, özürsüzlük ve ölüm olaylarını etkileyen bedensel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilidir (19).

Hemşireler birey ve ailesinin, arkadaşlarının, sosyal grupların ve toplumun, sağlık bakım hizmetinin her aşamasında, gerektiği gibi katılımlarını sağlamakta, özgüvenlerinin ve geleceklerini belirlemede, davranış değişikliği oluşturarak yardımcı olmaktadır. Bilimsel

bir disiplin olan hemşirelik, kendine özgü bilgi ve becerileri olan, uygulama gerektiren bir sanat ve bilim dalıdır(19).

Hemşirelik yönetmeliğine göre ise;

Hemşirelik hizmetlerinin kapsamı:

Hemşirelik Hizmetleri Aşağıdaki Hususları Kapsar:

“a- Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılarak devamının sağlanması, hemşirelerin hastalara bakım verme, hekim tarafından hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rollerini yerine getirir.

b- Eğitimle kazanılan mesleki bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm aşamalarında meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde hemşirelik bakımı sunar.

c- Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini sağlar (20).”

Hemşirelerin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları

Hemşireler;

“a- Her ortamdaki bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirleyerek ve hemşirelik tanılama sürecince belirlenen bireyin gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

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

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

ç- Hekim tarafından order edilen hastanın tedavisini, bilimsel esaslara göre belirlenen standartlar ve protokoller doğrultusunda uygulanması ve yerine getirilmesini sağlar.

d- Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hasta bireye zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, hekim ile işbirliği yaparak, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e- Tıbbî tanı ve tedavi uygulamalarını ve girişimleri, hasta üzerindeki etkilerini izler, hastaya ilişkin istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gereken önlemleri alır.

f- Nöbet teslimlerinde, görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve hastayla ilgili gerekli bilgiyi sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden yerinden ayrılmaz. Yine doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda da hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

g- Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, bilimsel araştırma ve faaliyetlerini yürütür. Meslekle ilgili bilimsel kongre ve sempozyumlara katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h- Sağlık bakım hizmetlerinin verildiği her aşamada, aktif olarak görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesi ve devamının sağlanmasında, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır

ı- Hizmet sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin, bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurarak bakımını planlar ve uygular, insan onurunu, mahremiyetini koruyarak ve kültürel değerlerine özen gösterir.

i- Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda bireye yönelik tüm uygulamaları kayıt altına alır” (20).

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO-World Health Organisation) göre hemşirelik işlevleri “koruma, bakım hizmeti verme, yeniden sağlığa kavuşmada yardımcı olma, kişiye, aileye ya da topluma hemşirelik bakım hizmetinin sunumu ve yönetimi, hastalar ya da diğer hizmet verilen bireyler ile sağlık hizmeti eğitilmesi, sağlık bakım grubunun aktif bir üyesi olarak çalışılması, eleştirel düşünce ve araştırmalar aracılığıyla hemşirelik işlevlerinin geliştirilmesidir’ şeklinde belirtilmektedir (13).

Hemşirelik insan bilimleri, tıp ve biyolojik bilimler ile, fiziksel, sosyal bilimlerden oluşan bilgi ve teknikler üzerine kurulmuştur. Hemşire doğrudan hemşirelik hizmeti verirken, sorumluluğu üstlenmekte ve gereken yetkiyi kullanmaktadır. Hemşire kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen bağımsız bir uygulayıcı konumundadır (21).

2.4. Hemşirelik Eğitimi

Hemşirelik eğitiminin başlangıcı 1860'lı yıllara dayanmaktadır. Bu yıllarda Florence Nightingale öncülüğünde Hemşirelik Okulu kurulmuştur. Kırım savaşı sırasında da 'lambalı kadın' diye anılan Florence Nightingale İstanbul'da Selimiye kışlasında çalışmış ve hemşirelik uygulamaları yapmıştır. 7 Kızılhaç hemşiresi de I. Dünya savaşı sırasında II. Abdülhamit döneminde, Türk ordusundaki yaralı askerlere bakmak için çağırılmıştır. 1920 yılında Amiral Bristol hastanesine bağlı hemşire okulu açılmıştır. Eğitim süresi başlangıçta 2 yıl 6 ay iken daha sonra 3 yıla ve 1957' de 4 yıla çıkarılmış, milli eğitim bakanlığı tarafından onaylanarak sağlık meslek lisesi denkliği verilmiştir. Günümüzde de SML hemşire okulları eğitim vermeye devam etmektedir (6).

İstanbul'da 21 Şubat 1925 yılında 'Kızılay Özel Hemşire Okulu' adıyla hemşire okulu kurulmuştur. Bu okul, Cumhuriyet'in ilanından sonra Türkiye'de kurulan ilk hemşirelik okulu olma özelliğini de taşımaktadır. 1958 yılında okulun öğrenim süresi 4 yıla çıkarılmıştır. 1946 yılında sağlık ve sosyal yardım bakanlığı bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere bugünkü sağlık meslek liseleri (SML) açılmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl, 1958'den sonra 4 yıl olmuştur (7,22,23).

Ülkemizde yükseköğretimde hemşirelik eğitiminin başlaması için 1950'lili yıllarda, lisans ve yüksek lisans eğitimlerini tamamlamak için Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Kolombiya Üniversitesine 12 hemşire gitmiş, burslu olarak eğitim görmüşlerdir. Daha sonra bu hemşireler, ülkemizde ABD hemşirelik modelleri örnek alınarak hemşirelik programlarını kurmuşlardır (24).

Türkiye'de lisans düzeyinde eğitim vermek üzere açılan ilk yüksekokul 1955 yılında açılan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'dur. Ayrıca, Avrupa'da üniversite düzeyinde açılan ilk hemşirelik okuludur. 1965 yılında ise üniversite düzeyinde ilk hemşirelik okulu İngiltere'de açılmıştır. Ege Üniversitesi'nde açılan Hemşirelik Yüksek Okulu'nu, 1961 yılında Ankara'da Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul'da Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu izlemiştir. Bu okulların hemşirelik eğitimi ve hemşirelik mesleğinin gelişmesinde önemli katkıları olmuştur. 1982 yılında Atatürk ve

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu açılmıştır. 1992 yılına kadar sadece altı adet hemşirelik yüksekokulu ve üniversitelere bağlı önlisans hemşirelik programları ile açık öğretim fakültesi ön lisans programı öğrenime başlamıştır(7,25).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında gerçekleştirilen I. ulusal sağlık kongresinde oluşturulan hedefler doğrultusunda ‘sağlık eğitimini yeniden yapılandırma projesi’ başlatılmış, ülkemizin gereksindiği hemşire ve ebe eğitiminin üniversitelerde yapılmasına karar verilmiştir.

Bu gelişmelerle birlikte Yüksek Sağlık Şurası 185/1 sayılı kararı (Mayıs 1995), bakanlar kurulu kararı (kasım 1996) ve YÖK ile Sağlık Bakanlığı arasında protokol oluşturulmuş, ulusal ve uluslararası kararlar temel alınarak, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık meslek liseleri, lisans eğitime dönüştürülmek üzere üniversitelere devredilmiştir (25).

Ülkemizdeki Hemşirelik Lisans Programları, 8’i Hemşirelik Yüksek Okulu, 63’ü Sağlık Yüksek Okulu, 3’ü Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, 21’i Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve 1’i Hemşirelik Fakültesi olmak üzere toplam 96’dır. (26).

Lisans düzeyindeki hemşirelik eğitimi, en az dört yıl, 4600 saat teorik eğitimi ve uygulama eğitimini kapsamaktadır. Ayrıca, lisans tamamlamaları amacıyla sağlık memurluğu bölümü mezunu, ön lisans mezunu olan sağlık çalışanlarına Sağlık Bakanlığı ile Atatürk Üniversitesi arasında bir protokol imzalanarak uzaktan eğitim yoluyla lisans tamamlama programı uygulanmıştır (25,26).

Ayrıca İstanbul Üniversitesi bünyesinde yer alan Hemşirelik Yüksek Okulu, Millî Eğitim Bakanlığı’nın 30/3/2011 tarihli ve 6091 sayılı yazısı üzerine, bakanlar kurulunca 4/4/2011 tarihinde kapatılarak Hemşirelik Fakültesi kurulması kararlaştırılmıştır. Bakanlar kurulunun 26 ağustos 2011 tarih ve 28037 sayılı resmi gazete kararı ile Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü bünyesinde yer alan Hemşirelik Yüksek Okulu ve Ege Üniversitesi bünyesinde yer alan Hemşirelik Yüksek Okulu kapatılarak 'Hemşirelik Fakültesi' kurulmuştur.

Aşağıdaki tabloda da hemşirelik okullarının kuruluş yıllarına göre dağılımı görülmektedir (25).

Tablo1.Hemşirelik lisans ve önlisans programlarının kuruluş yıllarına göre dağılımı

1961 Hacettepe Üniversitesi HYO
1961 İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO
1977 Atatürk Üniversitesi HYO
1982 Cumhuriyet Üniversitesi HYO
1985 Gülhane Askeri Tıp Akademisi HYO
1993 Marmara Üniversitesi HYO, Başkent Üniversitesi HYO
1994 Dokuz Eylül Üniversitesi HYO
1995 Gazi Üniversitesi HYO
1998 Haliç Üniversitesi HYO
1999 Koç Üniversitesi HYO
2006 Bilim Üniversitesi HYO
1985-1996 Üniversitelere Bağlı Önlisans Programları
1991-1999 Açık Öğretim Fakültesi Önlisans Programı
1996..Sağlık Yüksekokulları

Tablo 1 23. Kaynaktan uyarlanmıştır

Tablo 2. Yıllara göre hemşirelik lisans eğitimi veren okulların dağılımı

Yıl	H YO	Sağlık Y. O.	Sağlık Bilimleri Y. O.	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Fakültesi	Toplam
2010	11	67	-	7	-	85
2011	10	62	-	13	-	85
2011	10	61	2	18	-	91
2012	8	63	3	21	3	96

Tablo 2 22. Kaynaktan uyarlanmıştır

Türkiye’de ilk olarak 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi HYO’ unda hemşirelikte yüksek lisans,1972 yılında da hemşirelikte doktora programları vermeye başlanmıştır. Bu tarihten itibaren günümüze kadar, Hacettepe Üniversitesi’nde hemşirelikte 256 yüksek lisans ve 148 doktora derecesi verilmiştir. Ayrıca Ege Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale, Marmara Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi ve GATA Hemşirelik

Yüksek Okulları da dahil olmak üzere birçok üniversitede doktora programları yürütülmektedir (23).

Bakanlar Kurulu'nun kararı ile 1996 yılında 79 adet SYO açılmasına karar verilmiştir. YÖK ile Sağlık bakanlığı arasında yapılan protokol sonucunda, sağlık meslek liselerinin hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerine; sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarının, hemşirelik ve ebelik bölümlerine; Anadolu Üniversitesi ve açık öğretim fakültesi hemşirelik programına öğrenci alınmamasına karar verilmiştir. (26).

Hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde verilmesi çok önemli bir gelişme olmakla birlikte; 02/05/2007 tarihinde hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun yürürlüğe girmiş, hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlara hemşire unvanı verilmesine, üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan olmaması neden olarak gösterilerek 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına karar verilmiştir (27).

Ülkemizdeki, hemşirelik eğitimindeki farklı eğitim düzeyleri ve programları nedeniyle, bu programlardan mezun olan hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri, mesleği algılayışları farklı olabilmektedir. Ayrıca hak ve yetki bakımından da fark olmaması, hem hemşireler arasında hem de hemşirelerle hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında özerklik çatışmalarına neden olabilmektedir. Halen çalışmakta olan lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans sahibi hemşireler arası eğitim farklılıkları, mesleki özerkliği hayata geçirirken mesleki standartların oluşturulmasında engel teşkil etmektedir (28).

Eğitim, kişilerin mesleğe bakışları, mesleki tutumlarının belirleyicisi, mesleki tutumları da mesleğin kimliğinin ve özerkliğinin göstergesidir. Kuşkusuz mesleğini yalnızca “hekime yardım eden sağlık elemanı” olarak tanımlayan hemşirenin, mesleki özerkliği benimsemesini ve bunun için çaba göstermesini beklemek gerçekçi olmayacaktır(29).

Eski tarihlerden günümüze değin hemşirelik mesleği, sağlık meslekleri arasında, düşük seviyede eğitim verilen mesleklerden birisi olmuştur. Bu şekilde mezun olan

hemşireler mesleklerini icra ederken, daha çok geleneksel kadın rolünde, daha çok bağımlı fonksiyonlarını yerine getirdikleri, özgüveni eksik, mesleki bilinç ve sorumluluğun tam gelişemediği, uygulama alanlarında da yardımcı personel konumunda çalıştıkları gözlenmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesi yeterli olmayan bir mesleğin, toplum içinde etkin bir rol oynaması ve saygınlık görmesi mümkün olmayacaktır (8).

Hemşirelik eğitimi; profesyonel olarak birey ve ailesinin, toplumun bakımından sorumlu olduğu kadar, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık alanında hasta bireylerin eğitiminden de sorumlu olan bir meslektir (28).

Hemşirelik eğitimi sürecinde öğrenci hemşireler;

- Meslekle ilgili bilgi ve becerilerde ustalık sağlar.
- Bireyi hemşireliğe iten motivasyonla, mesleksel davranış geliştirme arasında bir bağlantı kurar.
- Mesleksel değerler, gelenekler ve sonuçların çözümlenmesine yardımcı olur.
- Bir hemşirelik görüş açısı, bununla ilgili kritik düşünme ve sorunu çözümleme yeteneği kazanır.
- Mesleğe karşı daha bilinçli olup, kendi kimliğinin ve yaptıklarının sorumluluğunu üstlenir (28).

Öğrenme sürecindeki öğrenci hemşireler; eğitimleri boyunca, mesleğe özgü değer ve yargıları, bilgileri, becerileri, davranışları özümseyerek mesleğe karşı ait olma, mesleğe bağlanma ve sorumluluk duygusu geliştirmektedirler (28).

2.5. Hemşirelik Yasası

Hemşirelik mesleğine yönelik 2 Mart 1954 yılında 6283 sayılı kanun yürürlüğe girmiştir. Bu yasa her ne kadar yetersiz ve gereksinmelere cevap verecek durumda değilse de, hemşireliği ayrı bir meslek olarak tanımlamış ve her isteyenin hemşire sayılmasını önlemiştir.

2 Mayıs 2007 tarihinde çıkarılan 26510 sayılı kanun ile hemşirelik yasasının bazı maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Buna göre;

25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı hemşirelik kanununun 1. Maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“**Madde1**-Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili **lisans** eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları sağlık bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları sağlık bakanlığınca tescil edilenlere hemşire unvanı verilir.

Madde 2-Hemşirelik Kanununun 3.'üÜncü Maddesi Aşağıdaki Şekilde Değiştirilmiştir.

Madde 3-Türkiye'de Hemşirelik Mesleğini Bu Kanun Hükümleri Dahilinde '**hemşire** unvanı kazanmış türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.'

Madde 3-Hemşirelik kanununun 4.' üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir (27).

Madde4- Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar“(28).

“Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir”(30).

Yapılan düzenlemeler ile cinsiyet farkı ortadan kalkmış erkeklerinde hemşire olarak çalışabilmelerinin önü açılmıştır.

Hemşirelik mesleği için lisans mezunu olma şartı getirilmesine rağmen, ülkemizdeki hemşire ihtiyacını karşılamak amacıyla, sağlık meslek liselerine 5 yıl süreyle öğrenci alınmasına karar verilmiştir. Hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları yönetmelikle belirlenmiştir. Lisansüstü eğitim alanlar "uzman hemşire" olacaktır. Hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitim alanların önceliği olacaktır (31).

Hemşirelik eğitiminin farklı düzeylerde verilmesi, mezun olan hemşirelerde unvan farklılıkları, hemşirelik yasasındaki içerik boşluğu, sağlık camiasında karmaşaya neden

olmaktadır. Farklı eğitim düzeylerindeki, sağlık meslek lisesi, lise mezunlarını meslek edindirme programları, önlisans, lisans mezunlarının hepsine birden hemşire ünvanı verilmektedir. Oysa mühendis demek için teknik üniversite, doktor demek için tıp fakültesi zorunlu koşuldur. Hemşire olmak için zorunlulukların bu kadar değişken olması, işin de ne olması gerektiği konusunda tartışmanın sürmesine neden olmaktadır (31).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası sorunlara karşı fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve tedavi edilmesini hedefleyen bir meslektir (29).

Eski çağlardan bu yana hemşireliğin genel amaçları aynı kalmış, hemşirelik uygulamaları ve hasta bakımının kapsam ve niteliği zamanla değişime uğramıştır. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmeyi başarmıştır (29).

Teknolojinin hızlı gelişmesi ve hemşirelik ile ilgili bilimsel araştırmaların artması, hemşireleri bilgili olmaya ve eleştirel-bilimsel düşünme becerilerini geliştirmeye itmektedir. Modern hemşirelik bilim ve sanatının araştırmaya/bilgi temeline dayalı olarak uygulanması gereksinimi her gün daha çok hissedilmektedir (31).

2.6. Hemşirelik İle İlgili Ulusal Ve Uluslararası Bazı Kurumlar

Ülkemizde hemşirelik mesleği ile ilgili başta THD olmak üzere branşa yönelik bir çok dernek ve kuruluş bulunmaktadır, çalışmalarına devam etmektedir. Bu derneklerinden bazıları şöyledir;

Türk Hemşireler Derneği

23.8.1933 yılında İstanbul'da gönüllü hemşireler tarafından "Türk Hastabakıcılar Cemiyeti" kurulmuştur. Daha sonra hemşirelik örgün eğitimi almış hemşireler bir araya gelerek, 3 temmuz 1943 tarihinde de "Türk Hemşireler Derneği"ni kurmuştur. Cumhuriyet ile birlikte hemşirelik alanındaki gelişmelerle birlikte "Türk Hemşireler Derneği İdare Heyeti" oluşturulmuştur. Türk Hemşireler Derneği'nin ilk başkanı **Esmâ Deniz** seçilmiştir. Daha sonraki yıllarda gelişimini ulusal ve uluslararası platformda devam

ettirmiş, THD (Türk Hemşireler Derneği) 13 haziran 1949 tarihinde, uluslar arası hemşireler konseyine (ICN- International Council Of Nurses) üye olmuştur. THD'nin genel merkezi İstanbul'dadır. Derneğin 1951 yılında Ankara şubesi, 1952 yılında İzmir şubesi açılmıştır. 2 Mart 1973 yılında (1630 sayılı dernekler kanunu gereğince) Türk Hemşireler Derneği genel merkezi Ankara'ya taşınmıştır. Aynı yıl THD İstanbul şubesi, 1974 yılında ise Isparta şubesi açılmıştır (15).

“Ayrıca, Edirne, Bursa, Gaziantep, Malatya, Giresun, Ordu, Samsun, Zonguldak, İzmir, Eskişehir şubeleri daha sonraki yıllarda açılmış olup, THD'nin 09 aralık 2006 günü yapılan 50. Olağan seçimli genel kurulu sonrasında Uşak, Erzurum, Diyarbakır şubeleri açılarak şube sayısı 15'e çıkmıştır. Günümüzde ise 17 şubesi ile görevine devam etmektedir” (15).

Türk Hemşireler Derneğinin Bazı Görevleri İse ;

"Hemşirelik eğitimini ve uygulama düzeyini yükseltmek, günün anlayışı ve kavramlarına göre geliştirmek, hemşirelik mesleğin onurunu korumak, yükseltmek ve onu içte ve dışta temsil etmek, hemşireler arasında birlik ve beraberliği sağlamak, onların huzur ve refahını temin etmek, hemşireliğin ve hemşireleri ilgilendiren konu ve sorunlarla gerekli girişim ve çalışmaları yapmak, kanun, tüzük ve tasarıları hazırlamaktır" (15).

Uluslar Arası Hemşireler Konseyi (ICN)

ICN 1899 yılında kurulmuştur. Sağlık meslekleri içinde ilk ve en geniş uluslar arası örgütlenmedir. Uluslararası hemşireler konseyi, dünya çapında 16 milyondan fazla hemşireyi temsil etmektedir. 130'un üstünde, ulusal hemşire derneklerinin üye olduğu bir federasyondur. Hemşireler tarafından örgütlenmekte ve yönetilmektedir. ICN; herkes için kaliteli hemşirelik bakımı sağlamak, güvenli küresel sağlık politikaları geliştirmek, hemşirelik bilgi birikimini geliştirmek, tüm dünyada yeterli, yetkin ve saygın hemşirelik mesleğinin varlığını sağlamak ve devam ettirmek için çalışmaktadır(14).

Amacı; tüm dünyadaki hemşireler arasında birlik ve beraberliği sağlamak, hemşireler ve hemşireliğin ilerlemesine katkıda bulunmaktır. ICN, hemşirelik ve sağlığın iyileştirilmesi için üç temel alan belirlemiştir. Bunlar; mesleki uygulama, yönetmelik ve sosyo-ekonomik refahıdır.

Mesleki uygulama; Etik ve insan hakları, liderlik gelişimi, bulaşıcı hastalık, bulaşıcı olmayan hastalıklar

Yönetmelik; Hemşireler veri tabanı.

Sosyo-ekonomik refah; İşgücüforum, müzakere, liderlik, hemşirelik insan kaynakları merkezi (ICHRN),savunma, projeler (14).

Florence Nightingale Hemşire Okulları Ve Hastaneleri Vakfı

Vakıf, Türkiye’de ilk hemşire okulunu kuran ve hemşirelik ile ilgili sorunlarda daima öncülük etmiş olan Türkiye Kızılay Cemiyeti’nin ilk büyük maddi yardımı ile 1956 yılında kurulmuş, İstanbul Tıp Fakültesi, Türk Hemşireler Derneği ve Verem Savaş Derneği’nin de katkılarıyla kuruluş amacının ilk maddesini gerçekleştirmiştir. Tesisin kurucuları: Türkiye Kızılay Cemiyeti, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Verem Savaş Derneği, Türk Hemşireler Derneği, Ord. Prof. İhsan Şükrü Aksel, Ord. Prof. Arif İsmet Çetingil, Ord. Prof. Ekrem Şerif Egeli, Ord. Prof. Kazım İsmail Gürkan, Ord. Prof. Sıdık Sami Onar, Ord. Prof. Tevfik Sağlam, Safiye Hüseyin Elbi, Fatma Bengisu, Rıza Çerçel, Esmâ Deniz, Fahrünnisa Seden ve diğer yabancı kuruculardır.

Amaçları ise şöyle belirlenmiştir; modern hemşireliğin kurucusu için Florance Nightingale’ in adını taşıyacak bir okul kurulması, Florance Nightingale sağlık merkezleri ve hastanesinin kurulması, 85 Florance Nightingale heykelinin dikilmesidir. Vakıf kuruluş amacına uygun olarak hastane, okul yaptırmış ve hemşirelik eğitime büyük destekler sağlamıştır (33).

Uluslar Arası Perioperatif Hemşireler Federasyonu

Uluslar Arası Perioperatif Hemşireler Federasyonu, 1999 yılında kurulmuştur. Çok çeşitli üyesi olup, çeşitli ülkelerden ulusal ameliyathane ve perioperatif hemşirelik dernekleri ve bu alanlarda görev yapan araştırmacı, eğitici, klinisyen hemşirelerdir. Derneğin amacı; üyesi olan ulusal dernekler ile işbirliği sağlayarak, perioperatif hemşirelerinin yapacakları araştırmalarını ve eğitimlerini desteklemek, kanıta dayalı

hemşirelik uygulamaları ve standartlarını geliştirerek tüm dünyada hasta bakımını geliştirmektedir (32).

Türkiye Kızılay Derneği

Türkiye Kızılay Derneği, 1956 yılında kurulmuştur. Derneğin amaçları; kızılaiy hemşire koleji mezunları ve mensupları arasında birlik ve beraberliği sağlamak, yardım ve dayanışmayı sağlamak, hemşire mezunların derneğe karşı ilgilerini arttırmak için, konferanslar ve diğer faaliyetleri yürütmek, başarılı öğrencileri teşvik etmek, kültürel amaçlı yurt içi ve dışı geziler düzenlemek, hemşirelik mesleğinin onurunu korumak ve yükseltmektir.

Cumhuriyet döneminin açılan ilk hemşire okulu olan Türkiye Kızılay Derneği okul mezunları, birbirleri ile iletişimi koparmamak, birlik ve beraberliği korumak ve devam ettirmek, mezunların hemşirelik mesleğine ilgisini artırmak, bu konuda çalışmalar yapmak için kurulmuş olup çalışmalarına devam etmektedir. Bu okul mezunlarının hemşireliğin gelişmesine hem ülke çapında hem dünya çapında önemli katkıları olmuş, uzman profesör gibi akademik kariyeri olan elemanlar yetiştirmiş ve bu kişiler hemşireliğin gelişmesi, ilerlemesi için çalışmalarına devam etmektedirler(33).

Acil Hemşireler Derneği (AHEMDER)

22 Mart 2010 da İzmir' de kurulmuştur. Acil hemşireleri derneği, Türkiye'de acil hemşireliğini tanıtmak ve geliştirmek, acil durumlarda girişim gereksinimi olan her yaştaki hastaya gerekli bakımı sunan acil hemşirelerinin yetiştirilmesi ve gelişmesine destek olmak, ülke çapındaki tüm acil hemşirelerini bir araya getirerek mesleki güç ve birliği oluşturmak ve bireyin acil sağlık bakımını en üst düzeyde yürütmek için işbirliği yapmak üzere kurulmuş dernektir (35).

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği(HEMAR-G)

Dernek 1996 yılında kurulmuştur. Bilimsel faaliyetler yürüten dernek, hemşirelikte yapılan uygulamaların bilimsel verilere dayalı olarak uygulanması ve geliştirilmesi ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak amacıyla çalışmalarını yürütmektedir.

HEMAR-G, tüm hemşirelerin, sağlık alanındaki hızla ilerleyen gelişmeleri takip etmeleri, hemşirelik mesleğinin geliştirilmesi, mesleki haklarını korunması, bilimsel kongre ve yayınlarda aktif rol almaları faaliyetlerini yürütür. Bu amaçla dernek, 1999 dan bu yana hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi yayınlamaktadır (32).

Ameliyathane Hemşireleri Derneği

6 ocak 1998'de kurulan dernek, Ekim 2002 tarihinde gerekli düzenlemeler yapılarak Ameliyathane Hemşireleri Derneği yerine “cerrahi ve ameliyathane hemşireleri derneği” ismini almıştır. 22.06.2005 tarihinde de T.C. İçişleri Bakanlığı'nın yazısı ile derneğin adının başında “Türk” kelimesi getirilmiş, dernek “Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği” adını almıştır (34).

Derneğin amacı cerrahi ve ameliyathane hemşirelerinin gelişmesini desteklemek, cerrahi ve ameliyathane hemşirelerinin görev yetki ve sorumluluklarının belirlemek olmak, cerrahi ve ameliyathane hemşirelerinin haklarını korumak, cerrahi ve ameliyathane hemşireleri arasında işbirliği ve sosyal dayanışmayı sağlamak ve devam ettirmek, dünya standartlarına uygun düzeye ulaşmasını sağlamak, yenilikleri ve gelişmeleri yakından takip etmesine yardımcı olmaktır (34).

Onkoloji Hemşireliği Derneği

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi' nde 1989 yılında bir grup hemşirenin bir araya gelerek kurduğu bir dernektir. Derneğin amacı şu şekilde sıralanmaktadır;

- Kanserin erken tanısı ve koruyucu önlemler konusunda araştırmalar yapmak ve bireylerin bilgilendirilmesini sağlamak,
- Kanserli hastanın bakımı konusunda hemşirelere eğitim vermek, özellikle kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda semptom kontrolü konusunda hemşireleri bilgilendirmek
- Onkoloji hemşireliği ile ilgili sempozyum, seminerler, kongreler ve kurslar düzenleyerek hemşireleri yeni gelişmelerden haberdar etmek,
- Onkoloji hemşireliği konusunda hastalara yönelik olarak dergi, kitap vb. gibi yayınlar yapmak, yurtiçi ve yurtdışı toplantılarda derneği temsil etmek,

- Ulusal ve uluslararası onkoloji kuruluşlarla işbirliği içinde olmak (36).

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

Amerikan hastanesi çatısı 14 Şubat 1992 yılında İstanbul'da kurulmuştur. Dernek 2008 yılında 'Türk' ismini alarak 'Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği' olarak devam etmiştir. Yoğun bakım hemşireleri derneğinin amacı, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin alanlarına özgü mesleki gelişimine katkıda bulunmak ve desteklemektir. Kurulduğu tarihten bugüne kadar birçok faaliyette bulunmuş, yoğun bakım hemşireliğinin gelişimine katkı sağlayan çeşitli kongreler ve eğitim programları düzenlemiş ve düzenlemeye de devam etmektedir. Dernek ayrıca Avrupa kritik bakım hemşireleri dernekleri federasyonunun kurucu üyesidir (37).

Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği

1991 yılında kuruluş çalışmaları başlamıştır.1992 yılında İstanbul Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokul' unda Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri derneği kurulmuştur. Dernek, Türkiye'de kurulmuş olan en önemli ilk mesleki derneklerden birisi olma özelliğini taşımaktadır. Türk Nefroloji Hemşireliği'nin gelişmesini ve çağdaş seviyeye ulaştırılmasını sağlamak, ulusal olduğu kadar uluslararası platformlarda da derneğin tanıtımını yapmak derneğin amaçları arasında yer almaktadır (38).

Yukarıda görüldüğü gibi özellikle hemşirelik bilim dallarına özgü dernekler ön plandadır. Ancak mesleklerin gelişmelerinin hızlanmasına en büyük katkıyı meslek örgütleri sağlamaktadır. Hemşirelik mesleği ile ilgili bu bağlamda sosyal ve politik bir güç oluşturacak etkiye sahip bulunan meslek örgütlerine sahip çıkmak ve üye olmak gerekmektedir. Böylece hemşirelik mesleği ile ilgili izlenecek yöntemlerin tespit edilmesi, meslek üyelerinin bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. Hemşirelerin, meslek örgütlerine üye olmaları kendilerine yönelik süreçlerin tümünde aktif olmaları açısından oldukça önemlidir.

Ayrıca sağlık bakım sisteminin en geniş grubunu oluşturmaları nedeniyle oluşan potansiyel gücün meslek örgütleriyle birleştirilmesi, hemşirelik mesleği ile ilgili olumsuzlukların giderilmesi ve hemşirelik mesleğinin ilerleme kaydetmesine katkı

sağlayacaktır. Bu sosyal ve politik güçle hemşireler, kendi kararlarını bağımsız olarak verebilecekler, sürecin her aşamasında aktif olarak rol alabileceklerdir (40).

2.7. Hemşirelikte Yönetim

Yönetim kavramı, insanların toplu olarak yasama başlamaları sonucunda bir gereksinim olarak ortaya çıkmıştır. Başarılı bir yönetim uygulanabilmesi, ancak belirli faaliyetlerin yerine getirilmesi ile sağlanabilmektedir. Birbirini takip eden bu faaliyetler ise, planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve denetlemeyi kapsamaktadır. Tüm bu faaliyetler nerede olursa olsun aynıdır ve bu sebeple tüm toplumlarda benzerlik gösterir. Yönetim fonksiyonlarının herhangi birinin ihmal edilmesi veya eksik yerine getirilmesi, diğerlerinin de aksamasına yol açabilmektedir. Bu nedenle yönetim fonksiyonlarının uyumlu bir bütün halinde değerlendirilmesi gerekir (39).

Hemşirelik hizmetleri yönetimi; hastane veya diğer sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımını en iyi bir şekilde karşılanması için gerekli olan her türlü olanağı sağlayan koordine faaliyetler sistemidir. Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda yer alan yönetici hemşireler, bireylere, örgütlere ve toplumlara, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre için talep ve ihtiyaçların karşılanmasında kaynakların planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, kontrol edilmesi ve değerlendirilmesinde görev almaktadırlar (41).

Yönetici hemşirelerin yukarıda belirtilen yönetsel fonksiyonlarını etkili bir şekilde yerine getirmeleri ile iyi işleyen bir hemşirelik hizmetleri yönetimi sağlanabilecektir. Günümüz koşullarında hemşirelik hizmetleri yönetiminin, çoğunlukla başhekimliğe bağlı, onun yönetsel otoritesi altında çalışmalarını sürdürüyor olması, hemşirelerin bağımsız olmaları ve özerk davranmalarını olumsuz etkilemektedir. Mesleki özerklikleri diğer mesleklerin özellikle hemşirelik mesleğinin özerkliğini sınırlandırmaktadır (41).

Hemşirelik hizmetleri yöneticiliği özel bilgi, beceri, tecrübe ve otonom sahibi olmayı gerektirir. Dolayısıyla otonom sahibi yönetici hemşireler, bu yönde rol model olacak ve hemşireler hasta bakımında daha aktif rol alacaklardır. Tüm bunlar ancak hemşirelerin otonomilerinin geliştirilmesiyle mümkün olacaktır (41).

2.8. Sağlık Ekibi İçinde Hemşirenin Rollerini

Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak en eski tarihlerden bu yana varlığını sürdüren, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek, rahatlığını sağlamak, hastalık halinde bakım vermek ve hastaya güvenli bir ortamda olduğu duygusunu sağlamak isteği ile ortaya çıkan bir meslektir (42).

Hemşirelikte hasta bakım uygulamalarının genel amacı aynı kalmakla birlikte, bireysel ve toplumsal ihtiyaç ve gereksinimlerin artması ve gelişen teknoloji ile birlikte kapsam ve niteliği değişim göstermiştir. Hemşirelik hem bağımsız hem de işbirliği içinde aldığı rollerle, sağlıklı veya hasta her yaşta bireylere, ailelere, gruplara ve topluma her ortamda bakım veren profesyonel bir meslek grubudur. Bu inovasyon sonucu olarak hemşirelik, modern bir meslek halini almıştır (42).

1960 yılından itibaren başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere İngiltere, Kanada ve Avustralya ve dünyada birçok ülkede sağlık hizmetleri sunumunda hemşirelik uygulamalarının kapsamının genişletilmesi ve geliştirilmesi yönünde adımlar atılmıştır. Bu adımlar birçok ülkelerinde ileri hemşirelik rollerinin (Advanced Practice Nursing Roles) geliştirilmesine yol açmış, 1960'larda ABD'de ortaya çıkan ileri hemşirelik uygulamaları, 1980'lerin ortalarında İngiltere'de, 1990'larda Yeni Zelanda ve Avustralya'da hemşirelik literatürlerine girmiştir (44).

Hemşirelik mesleğinin bağımsız rollerinden ve eğitiminin lisans düzeyinde olması gerektiğinden söz eden ilk kuramcı Virginia Henderson'dır. Henderson, hemşireliğin primer görevinin hastaya bakım verme rolü olduğunu savunmuş, yarı bağımlı ve bağımsız rollerinden bahsetmiş ve bunların sağlık ekibi içinde yerini irdelemiştir(10).

Hemşireliğin rolleri hemşirelik literatürlerinde şu şekildedir;

1. Bakım Verici Rolü
2. Eğitici Rolü
3. Araştırmacı Rolü

4. Yönetici Rolü
5. Karar Verici
6. Savunucu Rolü
7. Kariyer Geliştirici Rolü
8. Özerk Ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü

Kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma rolleri, daha sonra benimsenerek uygulamaya konmuştur. Modern çağın gelişimi, hemşirelik mesleğini de etkilenmiş ve hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumlulukları artmıştır. Dolayısıyla bu durum hemşirenin bağımsız rollerine yansımıştır. Bireyin ve ailesinin, toplumun, bakım hizmetlerinin her aşamasında bulunan ve bireyin katılımını sağlayan hemşirelerin, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü, rehabilite edici rolü, konfor sağlayıcı rahatlatıcı rolü, tedavi edici rolü, danışman rolleri ortaya çıkmıştır (45).

Ayrıca hemşirelik, kendi disiplinine özgü bilgi ve becerilerinin kavranması ve uygulanmasını gerektiren bir sanat ve bilim dalıdır. Hemşirelik, insan bilimleri ile fiziksel, sosyal, tıp ve biyolojik bilimlerden derlenen bilgi ve teknikler üzerine kurulmuştur. Aşağıda hemşirelerin, karşımıza çıkan rollerine tek tek değinilecektir (46).

Uygulayıcı Ve Bakım Verme Rolü:

Hasta bakımı, hemşireliğin en temel görevi olup, eski çağlardan beri süregelen rollerinin en eskisidir. Hemşirenin diğer rollerinin de temelini oluşturmaktadır. Hemşire bu rolü yerine getirirken iş değil hasta merkezli çalışır ve hastanın bakımına yönelik kararlar verir. Hemşirelerin, özerkliği en fazla kullandıkları rol bakım verme rolüdür. Bu nedenle hemşirelerin kendilerini ifade etmelerini ve söz sahibi olmalarını sağlama açısından bu rol oldukça önemlidir (45).

Hemşire bakım verme rolünde, kaliteli ve etkin hemşirelik bakımı uygulayarak, hastanın hastane de yatış süresini azaltır, bu nedenle oluşabilecek iş gücü kaybı ve maddi kayıpları azaltır. Hastada meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesini sağlar (46).

ICN'e göre bakım, hemşirenin birincil profesyonel sorumluluğudur. Bireyi sosyal, fiziksel psikolojik olarak değerlendirir bakım ve tedavisine yönelik program oluşturur. Bakım rolü, bireyin, toplumun ve ailenin bakım gereksinimini belirlemeyi, planlamayı, bakımı uygulamayı ve değerlendirmeyi içerir. Bu rolünü yerini getirirken karar verme becerisini kullanır (42).

Hemşire, hemşirelik bakım uygulamalarıyla hastanın ihtiyaçlarını belirler ve buna yönelik kararlar alır. Örneğin, hastaya ihtiyacı olan egzersizi ve mobilizasyonunu yaptırmak hemşirenin bağımsız bir rolüdür. Ayrıca hemşire anksiyete düzeyi yüksek olan bir hastaya, rahatlatma teknikleri kullanarak bakım verme rolü içinde bağımsız rolünü de yerine getirmiş olur (42).

Eğitici Rolü

Eğitici rolünde hemşireler, birey ve ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye, hastalık durumlarında iyileştirmeye, sağlığı ile ilgili bireye doğru davranışlar kazandırmaya çalışır, planlı olarak eğitimler verir. Hemşireler diğer rollerinde olduğu gibi bu rolde de tamamen özerktir. Eğitimin planlanması, konusu yeri ve veriliş yoluna bağımsız olarak karar verir (46).

Hemşireler sağlık eğitimcisi olarak, bireyin hastalığı süresince ve taburculuk sonrasında tedavisini devam ettirmek, yaşam biçimindeki değişikliklere nasıl uyum sağlayacağı konusunda hastaya ve ailesine gereken bilgileri aktarmaktadır. Ayrıca toplumu koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirmek, verilen bilginin en iyi düzeyde ulaşmasını sağlamak, kullanılacak eğitim yöntemlerini seçmek bu rolün önemli parçalarındandır (10).

Bununla birlikte hemşireler, mesleğe yeni adımını atmış hemşire adaylara, öğrenci hemşirelere, sağlık ekibinde yer alan diğer sağlık mensuplarına, bunların yanı sıra temizlik hizmetlerinde çalışan personelin ve destek hizmetlerinde görev yapan personelin eğitiminden de sorumludur (45).

Bu eğitimler, hastane eğitim hemşireleri ve klinik eğitim hemşireleri işbirliğinde planlanıp, hizmet içi eğitim programları hazırlanarak düzenli olarak hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına, hastalara ve ailesine verilmektedir (46,45).

Araştırmacı Rolü

Tüm meslek dallarında olduğu gibi, bilimsel bir disiplin olan hemşirelik mesleğinde de hemşireler, kendi alanına özgü bilimsel bilgiyi arttırmak, bu yönde araştırmalar yapmak ve yürütmek durumundadır. Hemşirelerin mezuniyet sonrası her türlü eğitim faaliyetlerinin desteklenmesi gerekmektedir. Örneğin hemşirelerin lisansüstü eğitimlerini tamamlamaları, branşa yönelik sertifikalı kurslara katılmaları, hem bireysel gelişimi hem de mesleki gelişimi açısından oldukça önemlidir. Bu sayede hemşireler bu rollerinde olduğu gibi diğer rollerinde de daha araştırmacı, sorgulayıcı olacak, hasta bakımını bilimsel temellere dayanarak uygulayacaktır. Hemşireliğin ilerlemesi, hasta bakımının daha nitelikli-verimli sunulması bu sayede kaçınılmaz olacaktır(42,47,45).

Hemşireler kendi alanlarına özgü çalışmalar yaparken tamamen kendi kararları doğrultusunda çalışırken, diğer sağlık ekibi ile birlikte yürüttüğü çalışmalarda, bireyin tanı ve tedavi sürecinde sağlık ekibi ile birlikte hareket etmektedir. Hemşireler, hemşirelik alt disiplinleri çerçevesinde bağımsız olarak araştırmacı rolünü yerine getirirken, kurum bazında da çalışmalar ve araştırmalar yürütmektedir. Aynı zamanda kliniklerde, belirli bir uzmanlık alanı olan hemşireler, kliniğe özgü hastalık tanısı ve tedavisine yönelik araştırmalar yapmaktadır (45,49).

Hemşireliğe yönelik bilimsel araştırmalar, öncelikle akademisyen hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bununla birlikte bu tür bilimsel araştırmaların klinisyen hemşireler tarafından da yapılmasını desteklemek, hemşireler için uygun çalışma koşulları sağlamak gerekmektedir. Mesleğin bilimsel temellere dayanarak gelişmesi ve yeni bilgilerle daha iyi bakım ve hizmet sunulması hemşirelik mesleğinin ilerlemesi için oldukça önemlidir (45,49).

Yönetici Rolü

Modern yönetim kavram ve uygulamaları çok eskilere dayanmakta olup endüstri devrimi ile hızla gelişmeye başlamış, günümüze değin çeşitli bilim dallarında uzmanlaşmış kişiler yönetim alanında büyük katkılar sağlamıştır. Yönetim bilimi tarih, matematik, teknolojiyle ilgili olduğu gibi hukuk, felsefe, siyaset bilimi gibi toplumsal bilimlerle de yakından ilgilidir. Ayrıca kriz yönetimi, afet yönetimi, proje yönetimi, tıp alanında özelinde ağrı yönetimi ve hemşirelik özelinde hemşirelik hizmetleri yönetimi, hasta bakım yönetimi gibi örnekler sıralanabilir. Yönetimin hem sanat hem bilim hem de meslek yönü vardır (45).

Yönetim; insanın olduğu her yerde geçerli olup, organizasyonun belirlenen amaçlar doğrultusunda, eldeki kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını, planlanmasını, organizasyonunu, işbirliği ve dayanışma içinde yapılan faaliyetlerin toplamı olarak ifade edilmektedir (45, 46).

Hemşirenin yöneticilik rolü diğer rolleriyle iç içe, bütünleşmiş olarak ortaya çıkmaktadır. Bu rolde hasta bakımı, eğitim etkinlikleri, iletişim, kliniğin işleyişi ve yönetilmesi gibi durumlar söz konusudur. Hemşirelik hizmetleri yönetimi, bireyin ve toplumun sağlığının korunması, bozulduğunda tedavi edilmesi, hemşirelik işlemlerinin hemşirelik hizmetleri personeli aracılığı ile yürütülmesinde gerekli insan gücü ve maddi kaynakların etkin ve verimli olarak kullanılmasıdır. Hemşirelikte yönetim, hemşirelik aktivitelerini planlama, organizasyonunu sağlama kadrolama, yürütme ve kontrol etme fonksiyonlarının yerine getirilmesiyle ilgilidir (45,52).

Yönetici hemşireler, Sağlık bakım sistemi içindeki personeli denetler. Bireyin ve ailenin sağlığını korunması ve geliştirilmesi, sağlığına yeniden kazanmasına yardım eder. Bireylerin bakım ve tedavisi için bireysel sosyal-ekonomik kaynakları bulup ve yönetir. Sorumluluğu doğru zamanda delege eder. Uygulama alanındaki kaynakları yönetimi ve etkili kullanımını hemşirenin kliniğin iç ve dış işlerini koordine ederken, sorumluluğu doğru zamanda doğru kişiye vermesi, meslektaşlarıyla, diğer sağlık profesyonelleriyle ve sağlık dışı personelle, etkili ve verimli bir işbirliği sağlar. Sağlık kurumunu bireye, bireyi de kuruma karşı temsil eder (45).

Dolayısıyla ekip çalışması içinde bakıma ilişkin yeterli bilgi ve becerisi olan hemşireleri, hekimler ve diğer sağlık çalışanları, bakıma ilişkin kararlar konusunda 'ekibin lideri' olarak görecektir (28).

Yönetim hizmetleri, hemşirelerin hasta bakımında, eğitim ve diğer sağlık ekibi ile iletişimin sürdürülmesinde, yüksek düzeyde özerklik gösterir. Kliniğe özgü işlerin yürütülmesinde hemşireler, özerk davranabildikleri gibi çoğu zamanda kurum prosedür kurallarına veya kurum yöneticilerinin talimatlarına uygun olarak davranmak durumundadır. Bu yönetsel süreçleri belirleyen kararlar hemşireye aittir. Klinik işleyişini rutin olarak yürütmek ve yönetmek eskilerden günümüze gelen geleneksel bir hemşirelik rolüdür. Hemşirelerin özerklik derecesi geçmişten günümüze artış göstermektedir (45,50).

Hasta bakım hizmetinin sunumunda yönetici hemşire, öncelikle kendi planlarına göre uyguladığı hasta bakımının yöneticisi olmalıdır. Yönetici hemşireler, hasta bireyin bakımla ilgili gereksinimlerini saptadıktan sonra, hemşirelik sürecinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarında aktif rol almaktadırlar. Kendi yapmış olduğu bakımın yanı sıra meslektaşlarının ve diğer sağlık profesyonellerinin yaptıklarını da koordine eder (46).

Hasta bakımı yönetiminde temel amaçlar, bireyin yaşam standartlarını en üst düzeyde tutmak, fiziksel ve psikolojik semptomların değerlendirilmesini sağlamak; doğru ağrı değerlendirilmesini ve yönetimini sağlamak; doğru ilaç tedavisini uygulamak ve sonuçlarını değerlendirmektir. Hemşirelerin hasta bakımını yönetmesi, koordine ve entegre edebilmeleri için hastalıkların patogenezi ve semptomları hakkındaki bilgilerin yanı sıra temel farmakoloji, sosyoloji, psikoloji bilgilerine de sahip olması gerekmektedir(45).

Hasta bakım yönetimi, sadece bireyin tedavi ve bakımının yanı sıra yaşamın sona ermesi olasılığına ve hastalık oluşmasında oluşabilecek tepkisini etkileyen psikolojik bireysel ve kültürel faktörler konusunda bilinçli ve duyarlı olmayı, profesyonel davranış sergilemeyi içerir. Bu kapsamda, hastalığın yol açtığı kayıpların tolere edilmesini ve giderilmesini sağlamak ile hastalık sürecinin olası komplikasyonlarını öngörme ve bunları önlemeye yönelik çabaları da içermektedir. Hemşireler, hasta bakımının koordinasyonunu

sağlamada, bakım sürecinin biçimlendirilmesinde yönetici rolünü bağımsız olarak yerine getirmektedir (52).

Yönetici hemşirelerin çalıştıkları kurumda başarılı olmaları, klinik hemşirelik bilgisinin yanında, yönetimle ilgili bilgi ve becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin, yönetsel rolleri yerine getirmek üzere yetiştirilmiş, liderlik kapasitesi yüksek, yönetim ve teknik becerilerini uyumlu biçimde kullanabilecek bilgi- beceriye sahip olmaları, sağlık kuruluşlarındaki pek çok yönetsel sorunun çözümlenmesini ve hizmetin kaliteli sunulmasını sağlayacaktır. Yönetici hemşirelerin yönetsel açıdan donanımlı ve güçlü olmaları, hiç kuşkusuz özerkliklerinin de artmasına neden olacaktır (51,52).

Karar Verici Rolü

Sağlık bakım hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan hemşireler, uygulama alanlarında birçok konuda hasta için en doğru kararı vermek durumundadır. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadır (53).

Hemşirenin karar verici rolü, sağlık ekibi içerisinde, hastaya yönelik hemşirelik uygulamalarında otonomiyi kullanma ve davranabilme açısından oldukça önemlidir. Bu rolde hemşireler, hasta bireyin, kendi tedavisi ve hemşirelik bakım uygulamalarında, kendi adına karar almasını, aldığı kararı hayata geçirmesini ve sonuçlarından sorumlu olmasını; bir başka deyişle özerk davranmasını desteklemelidir. Terminal dönem gibi hasta bireyin özerkliğinin tamamen ortadan kalktığı durumlarda ise; hastanın sahip olduğu değerler göz önüne alınarak ve ailesi sürekli işbirliği yapılarak, hastanın olası isteklerine uygun kararlar alınmalıdır (45).

Mesleki bir karar oluşturmaya yönelik olan bu süreçte, hasta bireyin sağlık durumunun, hem kendisi hem de ailesinin beklentilerinin, onu izleyen sağlık ekibin görüşünün ve yaklaşımının neler olduğunun göz önünde bulundurulması gerekir. Hemşirelik bakımı sunumunun ilk aşaması her bir hasta için en iyi bakım düzenini planlamaktır. Hemşireler, sağlık bakım hizmetlerinin planlamasında ve bu hizmetlerin

sunumunun her aşamasında yer almalı ve mesleğin gerektirdiği profesyonellik ile hasta bakımını yönetmelidir (45).

Savunucu Rolü

Savunuculuk rolünün temeli, hasta bireyin kendini özgürce ifade edebilmesi ve savunmasıdır. Bu rolde hemşireler, hasta haklarının en üst düzeyde korunmasını sağlamaktadır. Bu rolün en önemli getirisi, bireylerin hasta hakları konusunda daha duyarlı olmaları, denetimli ve haksızlıkların üzerine gider hale gelmeleridir.

Savunuculuğun en önemli amacı, bireyi/hastayı bağımsızlaştırarak, hastanın sorunlarını ele almayı, hastanın sağlık durumuyla ilgili sağlık ekibine soru sormasını, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Bağımsızlığı sağlamak için bireyi/hastayı öncelikli olarak durumu ile ilgili ve hasta hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, bireyin/hastanın çıkarını korumak önemlidir(54).

Hemşirelerin hasta savunucu rolü, hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmesi ve onamının alınmasını gerektirir. Ayrıca hastalar tıbbi süreçte gereksiz açıklama ve uygulamalardan uzak tutulmalı, hastaya yönelik cinsel kötüye kullanım önlenmelidir. Sağlık personelinin hastanın çıkarları için çalışması ve genel olarak hastadan yana eylemde bulunması hemşirelerin savunucu rolü açısından oldukça önemlidir. Hasta savunucu rolü, temelinde insan hakları da olması nedeniyle, hasta özerkliğine saygı ve zarar vermeme etik ilkeleri ile etik değerleri de içermektedir (50).

Savunuculuğun ana amaçlarından biri, hasta bireyi başka kişilere özelde sağlık profesyonellerine bağımlı olarak yaşamasından kurtarmaktır. Bunu sağlamak için öncelikle onu içinde bulunduğu durumu, uygulanacak tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı konusunda, hasta hakları konusunda bilgilendirmek gerekir. Hasta bireyi aldığı kararlarda yanında olmak ve desteklemek, onun çıkarını korumak, onu güvenli koşullarda ve yaşam kalitesini üst düzeyde tutarak yaşatmak önemlidir (54).

Hastanın bakım ve tedavisinden birincil sorumlu olan ve sağlık ekibinin önemli bir üyesi hemşireler olduğu için, savunuculuk hemşireliğin önemli bir yönüdür. Hemşire

hastaya bakım ve tedavisi boyunca en yakın kişi hemşire olduğu için, hastayla yoğun iletişim kuran, hastanın ihtiyaçlarını bilen ve hastayı haksızlıklardan koruyabilen en uygun kişide hemşiredir. Ayrıca, bilindiği gibi ICN'in belirlediği etik ilkeler hemşireye hastanın hakkını koruma sorumluluğu vermektedir (55).

Sağlık bakım sistemi içinde, hasta haklarının uygulanmadığı ya da çiğnendiği durumlarda hemşireye savunma sorumluluğu verir. Ayrıca karar verici rolünde olduğu gibibu rolde de hemşireye otonom sahibi olmayı gerektirmektedir. Aynı zamanda mesleki özerkliğin göstergesi olan bağımsızlık derecesi yüksek bir roldür (50).

İletişim Ve Eşgüdüm Sağlayıcı Rolü

İletişim yazılı, görsel, sözel veya beden dili kullanılarak duygu ve düşüncelerin bir başka insana veya topluluklara aktarılmasıdır. İnsanın içinde bulunduğu ortam veya koşullar değiştikçe iletişimin şekli de değişmektedir. Özellikle hastalık durumlarında hastayla iletişim çok daha önemli olabilmektedir. Çünkü hasta; hastalığı nedeniyle kendini tehdit altında hissedebilir, hastalığı ve geleceği ile ilgili birçok soru sorabilir, aile içindeki durumu ve işiyle ilgili konumuna bağlantılı olarak aile bireylerinin geleceği, işi ve işini kaybetme olasılığı ile ilgili çeşitli endişeler taşıyabilir (55).

Hasta birey, içinde bulunduğu durum nedeniyle iletişim kuramadığı durumlarda etrafında gelişen olayları ve sergilenen davranışları olduğundan farklı yorumlayabilir. Buna bağlı olarak hasta kaygı duymaya başlar. Bu nedenle de hastalık sırasında hastanın, en doğru bilgiyi alma gereksinimi daha da artar. Hasta bireyin bu gereksiniminin en doğru ve en hızlı şekilde karşılanması, onun tedavi ve bakımında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler sağlık bakım hizmeti vermenin yanı sıra, hasta ve ailesiyle işbirliği ve iletişim kurarak onların bilgilendirilmesini sağlamakta, bu sayede de hastanın anksiyete yaşamasını önlemektedir (55).

İşbirliği ve iş bölümü içinde yürütülen çalışmaların aksamadan ve verimli bir biçimde sürdürülebilmesi, ekip içindeki uyum ve koordinasyonun sağlanmasına bağlıdır. Bu koordinasyonun yürütülmesindeki temel araç ise iletişimdir. Sağlık ekibi üyelerinin de karşılıklı uyum içerisinde hizmet üretebilmesi ve bu hizmetin devam etmesi, ancak doğru

iletişim teknikleri kullanılması ile mümkündür. Hemşire hastasını bütüncül olarak değerlendirmesini yapmak, ihtiyaçlarını belirlemek, hastanın tanısının konmasında hekime yardımcı olabilecek bilgileri toplamak, tanı ve tedavide çok gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve kendisini hastasına çok iyi anlatmak zorundadır. Hemşire hastasıyla etkili iletişim kurabilmek amacıyla çeşitli iletişim tekniklerine başvurmalı, doğru iletişim ile ilgili hemşirelere eğitimler verilmelidir (46,55).

Hemşireler hasta birey ile iletişim kurarken, hasta ile arasındaki uzaklığa dikkat etmesi gerekmektedir. Çünkü hasta bireyler, buldukları ortam nedeniyle kişisel alanına başkasının girmesinden rahatsızlık duyabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri bireylerle aralarındaki mesafeyi ayarlamaları, hem kendilerini hem de bakım sundukları bireyleri rahatlatır ve hizmetin etkinliğini de artırmış olur. Aksi takdirde iyi ayarlanmayan mesafeler hasta ile olan iletişime, dolayısıyla bakımın devamına olumsuz yansıyabilmektedir (28).

Yapılan bilimsel çalışmalar, hemşirelik bakımının destekleyici biçimde yönetilmediği ortamlarda, iletişim becerilerinin geliştirilmesi çabalarının tek başına yeterli olmadığını ileri sürmüşlerdir. Hasta ile iletişimin yararına inanan otoriteler ve bu alanda araştırma yapmış olanlar, hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesine öncelik verilmesi görüşünü desteklemektedirler. Çünkü stresin yüksek olduğu, olumsuz ve destekleyici olmayan davranışların sergilendiği ortamlarda, hemşirelerin hastalarıyla iletişim kapılarını kapattıkları görülmektedir (55).

Hemşireler sadece hasta birey ve ailesi ile değil, ekibin diğer üyeleri ile de sürekli iletişim halindedir. Kendisini daha iyi tanıyıp anlaması, daha doğru adımlar atması ve mesleğinde profesyonel olması için iletişim becerisini daima geliştirmek zorundadır. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde iletişimin çok önemli bir payı vardır. Ayrıca yönetici hemşireler, meslektaşları ve meslek örgütleriyle, sosyal çevresiyle, ailesiyle olan ilişkilerinde doğru iletişim teknikleri kullanarak hem mesleksel hem de kişisel gelişimini sağlamaktadır (45).

Wilkinson ise 1970'li ve 1980'li yıllarda bile, çalışılan ortamların hastalarla etkileşimi önemli düzeyde sınırladığı görüşünde olduğunu belirtmiş ve bu görüşünü,

'hemşireler hastalarına sorunlarını ifade etmeleri konusunda yardımcı olabilecek becerilere sahip olsalar da, çalıştıkları ortam, onların bu becerilerinin davranışa dönüştürülmesinde destekleyici nitelik taşımadığı sürece, bu becerilerini kullanamayacaklardır' vurgusunu yapmıştır (55).

Hizmetlerin üretilmesinde iletişim vazgeçilmez bir yere sahiptir. Bir kurumda birimler arası bilgi akımı ne kadar hızlı, doğru ve tam ise, o kurumda üretilen hizmetler o düzeyde mükemmelliğe ulaşır. Doğru iletişimin yer aldığı çevrenin, çalışanlar üzerinde ve sağlığı yükseltmede olumlu etkileri olduğu bugün araştırmalarla kanıtlanmıştır (55).

Rehabilitasyonun Edici Rolü

Rehabilitasyon; doğuştan yada sonradan hastalık, kaza yada yaralanma nedeniyle bireyde meydana gelen yapısal veya işlevsel kayıpların tıbbi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en üst düzeye çıkarmak, kayıp sonucu oluşan durumuyla baş edebilmesine yardımcı olmaktır. Ayrıca bireyin ailesine ve topluma kazandırılmasını amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir (56).

Günümüzde temel hemşirelik eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitimlerde de rehabilitasyon hizmetlerine daha fazla yer verilmeye başlanmış, bazı hastanelerde rehabilitasyon alanında hemşirelerde uzmanlaşma, görev içi eğitim programları önem kazanmış, ilgili dernekler ve kuruluşlar rehabilitasyon hemşireliğine yönelik yasal çalışmalar ve düzenlemeler yapmaya başlamıştır. Bunlardan biri olan ARNA(Avusturalya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği) hemşireliğinin hedeflerini; hastanın öz-bakımını artırma, bozulan fonksiyonları yerine getirme ve hastaların yaşam kalitelerini artırma olarak tanımlamıştır.

Bu hedefleri yerine getirmek için hemşirelerin görevlerini şu şekilde sıralamıştır;

- Sağlığı yükseltmek
- Var olan yetenekleri ve rolleri sürdürmek
- Bireyin yaptığı iş ve rollerine ilişkin yeniden yapılandırma sağlamak
- Hasta da olası bozuklukları, sakatlık ve yetersizlikleri önlemek
- Engelliliği azaltmaktır (56).

Yine Dünya Sağlık rgt, rehabilitasyon ile ilgili raporunda  önemli konuya yer vermiştir. Bu konular;

- “Sakatlık ve engelliğin etkisini, sakat ve engellilerin çevreye uyumsuzluğunu azaltmayı amaçlayan tüm yöntemler,
- Bireylerin sadece çevreye uyumlarını sağlamak için sakat ve engellileri eğitmek değil, toplumsal bütünleşme için yaşadığı evre ve toplumla ilgili düzenlemeler,
- Sakat ve engelli bireylerin birlikte yaşadıkları aileleri ve toplumlarla birlikte rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi” olarak açıklanmıştır (57).

Bireyler yaşadıkları kayıplar nedeniyle hem iş yaşantısından hem de sosyal yaşam dan soyutlanabilirler. Rehabilitasyon hemşiresi fonksiyon kaybının üstesinden gelme ya da tekrar kazandırmanın ötesinde davranış değişikliği yaratma ve anlayış değiştirme gibi konuları da ele almak durumundadır. Hasta birey ve ailelerine uygun olan ğretim ve bakım protokollerini geliştirmek ve uygulamak için uygun kaynakları kullanır. Kaliteli sonuçlar elde etmek için hemşirelik sürecini kullanarak hemşirelik bakımını gerçekleştirmektedir (50).

Hedefe ulaşılmasını kolaylaştırmak için disiplinler arası rehabilitasyon ekibinin diğer yeleri ile işbirliği içinde çalışır ve hemşirelik bakımı faaliyetlerini koordine eder. Hemşirelik bakımını iyileştirme ve mesleki rehabilitasyon için hemşirelik komiteleri ve hemşireliği ilerlemesini teşvik eden meslek örgütleri ile işbirliği yapar, etkinliklerine katılır. Klinik pratikte hemşirelik araştırma uygular ve hemşirelik araştırma çalışmalarına katılır (57).

Engelli ve/veya kronik hastalığı olan bireylere, hastalığı ile ilgili altta yatan nedenler hakkında bilgi paylaşır ve onlara yardımcı olmak için gerekli öz-bakım becerilerini geliştirir ve öğretir. Gelecekte öz-yönetiminde de sorumluluk alma ve bağımsız karar vermeleri için aileleri hazırlar (57).

Konfor sağlayıcı-rahatlatıcı rolü

Rahatlatıcı rolü çerçevesinde hemşireler; bireyin tedavi ve bakımını yaparken hastanın gereksinimlerini saptaması ve gidermesi, özellikle gereksinimlerini kendi olanaklarıyla karşılayamayacak olanları destekleyerek rahatlatması söz konusudur. Rahatlatıcı rolü çerçevesinde yürütülen etkinliklerde karar almanın kimi zaman hemşireye, kimi zaman kurumsal düzenlemelere veya ekibin diğer üyelerine ait olması söz konusudur. Hasta bireyin iyileşmesini hızlandıracak en önemli etkenlerden biride hasta bireyin bulunduğu ortamın, ona en uygun hale getirilmesi ve düzenlenmesidir. Bu bakımdan tıbbi ortamların, bireylerin gereksinim ve ihtiyaçları doğrultusunda, bireysel alışkanlıkları göz önünde bulundurularak planlanma yapılmalı ve düzenlenmelidir (45).

Hastane de uzun süre kalarak tedavi gören bireyler, özellikle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek ve alışkanlıklarını devam ettirmek isterler. Hasta bireyin ev ortamındaki alışkanlıklarını, hastanede bulunduğu sürece mümkün olduğunca devam ettirmeye yönelik düzenlemeler yaparak onun rahatlığının sağlanması hemşirenin görevleri arasındadır. Hasta bireylerin, temizlik ve beslenme alışkanlıkları, sosyal ilişki alışkanlıkları, mahremiyetlerine saygı beklentileri, ses ve ışık düzeyinden rahatsızlık duyma gibi etkenler, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavi ile ilgili uygulamalara göre ikinci derecede önemli görülebilmektedir. Bu nedenle iyileşme sürecinin hızlanmasında hasta bireylerin konforunun önemli bir faktör olduğu unutulmamalıdır (58).

Tedavi Edici Rolü

Hemşirenin tedavi edici rolleri, hekim tarafından order edilen isteklerin hastaya uygulanması ile yerine getirilir. Hemşirenin hekim istemine göre gerçekleştirdiği rolü, hastaya uygulaması gereken işlemlerde bir başkasının yardımına, destek ve rehberliğine ihtiyaç duyduğu işlemleri kapsamaktadır. Hastaya uygulanacak ilaç tedavileri, cerrahi

pansuman ve uygulamalar hemşirelerin hekim istemine göre gerçekleştirdiği tedavi edici rollerindedir. Bununla birlikte sıcak soğuk uygulamalar, masajlar, solunum egzersizleri, postüral drenaj gibi tedavi işlemlerinde hemşireler görev almaktadır (28).

Son yıllarda hemşirelerin tedavi edici rolünde önemli gelişmeler olmuş alanı daha da genişlemiştir. Örneğin stoma ve yara bakım hemşireliği gibi özel uzmanlık isteyen hemşirelik dalları ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, 1992 yılından bu yana hemşirelerin kendi uzmanlık ve yetkinlik alanı içinde reçete yazabilmeleri için düzenlemeler yapılmaya başlanmış, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Yeni Zelanda ve İrlanda gibi ülkelerde de konuyla ilgili mevzuatlar düzenlenmiştir. Böylece özel eğitim almış dalında uzman olan hemşireler almış oldukları eğitim kapsamında reçeteler yazmaya başlamışlardır (15,45).

Hemşirelere tedavi edici rolünde ilk olarak reçete sorumluluğu veren öncülük etmiş olan ülke İngiltere'dir. Hastaların ihtiyacı olan tıbbi malzeme ve medikal ürünleri takip edip hasta için temin etmek ve bu ürünlerin reçetesini yazmak, hastaya kullanacağı bu ürünlerle ilgili danışmanlık ve eğitim hizmetleri vermek rolünü bağımsız olarak yerine getiren hemşireler olmuştur. Günümüzde de bu hemşireler özel uzmanlık isteyen stoma ve yara bakım hemşireleri olarak görev yapmaktadır (46).

İlk olarak 1958 yılında ostomili hastalar veya hasta yakınları tarafından gönüllü olarak verilen stomaterapi hizmeti, 1961 yılında da hemşirelerin katıldıkları kurs programlarına dönüştürülmüş, profesyonel olarak hizmet vermeye başlanmıştır. Günümüzde de dünyanın birçok ülkesinde, "Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği" sertifika programları ile hemşireler yetiştirilmektedir. Türkiye'de 1995 yılından itibaren stoma bakım hemşireliği ile ilgili bilimsel faaliyetler düzenlenmiş, ilk olarak 2001 yılında Gazi Üniversitesi tarafından stomaterapi kursu gerçekleştirilmiştir. Halen, Sağlık Bakanlığı tarafından 'Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı' olarak yapılmaya devam etmektedir (58).

Kariyer Geliştirici Rolü

Kariyer; bireylerin, belirli hedefler doğrultusunda mesleklerini yaparken iş tecrübesi kazanmalarıyla birlikte, mesleki yönden ihtiyaç duyduğu eğitimleri alarak, bireysel ve mesleki açıdan kendini gerçekleştirme sürecidir. Bu süreç yaşam boyu devam eden işler serisidir. Bu doğrultuda birey, çalışma hayatındaki yerini bilme, anlama ve gelecekte de nerede ve nasıl bir konumda olmak istediğini bilmek amacıyla, sahip olduğu bilgi, beceri, yetenek ve güdülerinin geliştirmek, çalışmakta olduğu kurum içinde ilerleyişini ya da yükselişini sonuçta da kariyerini geliştirmek ister. Bu süreçte de bireye özgü fiziksel ve temel ihtiyaçları, kişilik özellikleri, ve psikolojik durumu, aile yapısı, sosyal yaşantısı, etnik kökeni, iş tecrübesi ve deneyimleri, hobileri, yaşı ve cinsiyeti kariyerin gelişmesini ve şekillenmesini etkileyen faktörlerdendir (59).

Eski tarihlerden günümüze kadar hemşirelik mesleği birçok aşamalardan geçerek mesleki olarak gelişmiş, geleneksel modelden modern hemşireliğe doğru ilerlemiştir. Bu süreçte hemşireler, bireysel ve mesleki olarak kendilerini yetiştirmek için eğitimlere önem vermiş, bilimsel bilgiye dayalı çalışmalar yürütmüş buda hemşirelerin mesleki kariyerlerinin gelişmesine olanak sağlamıştır.

Hemşirelerin mesleki gelişimlerini sağlayarak, yetki, statü ve güç kazandırmak için ortak bir çatı altında birlik ve beraberlik içerisinde hareket etmesi gerekmektedir. Meslek üyelerinin ortak değerler çıkarlar amaçlar doğrultusunda birleşmesi ile oluşan meslek örgütleri ve dernekler, söz konusu birlik beraberliğin gerçekleşmesi açısından oldukça önemlidir. Bu bakımdan, kariyer geliştirici rolün meslek örgütü ve dernek üyeliği ile arasında sıkı bir bağ bulunmaktadır (45).

Günümüzde çok farklı dallarda hemşirelikte bakım hizmeti verilmeye başlanmıştır. Hemşirelik okullarında alınan eğitime ek olarak, mezuniyet sonrası, hemşirelerin çalıştıkları alana özgü özel yeni bilgi ve becerilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu rol çerçevesinde, hemşirelerin bireysel ve mesleki olarak çalıştıkları kurumlarda gerekli olan olumlu çalışma koşullarının oluşturulması ve olanaklarını iyileştirmesi, hemşirelikle ilgili yasal ve idari düzenlemelerin biçimlenmesine etki etmesi, toplumdaki hemşire imajını daha olumlu hale getirmeye yönelik olarak çalışmalar yapması yer almaktadır. Topluma ve

bireylere doğrudan hizmet sunan, birey, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan hemşireler, mesleğin gereğini tam anlamıyla yerine getirebilmek amacıyla kariyer planlaması yapmaya başlamışlardır (59).

Bu bağlamda Amerikan hemşireler birliği (ANA) 1995'te hemşirelik mesleği ile ilgili 28 özel alan belirlemiştir. Bu belirlenen alanlarda hemşireliğin rollerinin gelişmesi için toplum sağlığı hemşireliği, cerrahi hemşireliği, onkoloji hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, stoma ve yara bakım hemşireliği, palyatif bakım hemşireliği gibi sertifika ve akreditasyon programları açılmış, ülkemizde de, bu alanlarda sertifika programları devam etmektedir (46).

Özerk Ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü

Süreklilik arz eden, bir etkinliğin işten öte meslek olarak kabul edilmesinin ölçütlerinden ve en önemlilerinden olan özerklik, hemşirelik mesleği özelinde doğrudan ve bağımsız hemşirelik rolleri ile ilgili bir kavramdır. Özerklik ve sorumluluk arasındaki ilişki, bilinçli bir eylemde bulunan kişinin, doğal ve kaçınılmaz olarak eyleminin açıklamasını ve savunmasını yapma durumunda olmasıdır (45).

Özerklik kavramı, modern dünyada önemli bir kavram, aranan bir nitelik ve bir etik değer olup sağlık alanı özelinde sağlık hizmetini alanların ve sağlık hizmetini sunanların özerkliği olmak üzere iki şekilde gündeme gelmektedir. Sağlık hizmeti sunuların özerkliği, belirlenmiş yetki ve sorumlulukları çerçevesinde mesleki uygulamalarla ilgili kararları kendi inisiyatifleriyle bağımsız olarak almaları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti alanlar açısından özerklik ise; bireyin kendi değerleri, yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda, fiziksel ve ruhsal olarak sağlığını etkileyecek tıbbi uygulamalar konusunda kendisinin karar vermesi olarak tanımlanmaktadır (45).

Hemşirelerin otonomi sahibi olmada yaşanan sıkıntılar, kurum prosedür ve işleyişinden, hemşirelik hizmetleri yönetiminden kaynaklı yetersizlik belirsizlikler ve aksama nedenleriyle ortaya çıkabilmektedir. Kaliteli hemşirelik hizmetleri yönetimine olanak tanımayan kadro düzeyleri, hemşirelerin özerk profesyoneller olarak hareket etmesini engelleyen hemşirelik problemlerine örnek olarak gösterilebilir. Ancak en önemli

sorunlardan biri ise, hemşirelikte görev tanımına ilişkin rollerin yasal ve net olarak ortaya konmamasıdır (46).

Ayrıca hemşirelerin bireysel ve mesleki otonom olmalarını olumsuz etkileyen sorunlardan biri de, hemşirelik eğitimi veren okullarının standart bir eğitim programına sahip olmamasıdır. Türkiye’de lisans, önlisans ve lise düzeyinde okulların eğitim vermesi, karmaşaya neden olmasına rağmen, hak ve yetki bakımından fark olmaması, hem hemşireler arasında hem de hemşirelerle hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında iletişim sorunlarına beraberinde de özerklik çatışmalarına yol açmaktadır. Hemşirelerin görev tanımlarındaki belirsizlikler, farklı okul mezunu hemşirelerin çalıştırılması, profesyonel mesleki özerkliğin sağlanmasında çok büyük bir engeldir. Düşük eğitim düzeyi hemşirelerde özgüven eksikliğine ve yüksek düzeyde strese yol açmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin standartları belirlenmiş, lisans düzeyinde eğitim verilmesi gerekmektedir (46,60).

Otonom sahibi olmak, bağımsız karar verebilmeyi ve davranabilmeyi, yeri geldiğinde de otoriter olabilmeyi ve sorumluluk almayı gerektirmektedir. Otonom olmak aslında güçlü olmak anlamına gelmektedir. Günümüzde de hemşirelik mesleğinde bu kavram, henüz tam anlamıyla hayata geçirilememiş ve çoğunlukla teorik düzeyde ele alınan bir kavram olmaya devam etmektedir (46).

Toplum açısından bakıldığında, hemşirelik mesleği eğitiminin düzeyi, görev ve sorumlulukları, sosyal ve kültürel yönleri yeteri kadar bilinmemektedir. Hemşireliğin toplumdaki bu olumsuz ve pasif imajı, bu okullarda okuyan hemşire adayların kişilik özelliklerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Öğrenciler üzerinde yapılan araştırmalar, hemşirelik öğrencileriyle diğer okul öğrencileri arasındaki kişilik özellikleri ile ilgili farkları ortaya koymaktadır. Hemşirelik öğrencileri genellikle daha verici, daha bağımlı, özgüven yetersizliği olan, boyun eğen özellikler sergilemekte ve bu nedenle de girişimcilik ve özerklik gerektiren süreçlerden uzak durmaktadır (47,61).

Otonomi sahibi olan bir profesyonel, özgüveni yüksek, kararlarından ve davranışlarından sorumlu olan kişidir. Yüksek öğrenim görerek üst düzeyde eğitim alan, profesyonel formasyon kazanan çağdaş hemşireler, değişen sağlık sistemi içerisinde,

çalıştıkları kurum ve birimlerde diğer sağlık mensubu kişilerle işbölümü ve işbirliği kurarak eşgüdüm sağlamakta; ekip düzeni içinde bağımsız rolleri giderek artmakta ve bu artışın gereği olarak özerkliklerinin, özerk olmanın sonucu olarak da sorumluluklarının artması gündeme gelmektedir (46).

Bu sorumlulukların artması ve bununla birlikte gelen iş yükü, hemşirelerin hastaya uyguladıkları ve sağladıkları bakımın kalitesinden yasal olarak sorumlu olmalarına yol açmaktadır. Dolayısıyla da geleneksel modeldeki hemşire meslektaşları gibi sadece doktorun direktifini ve istemini yerine getirmek durumunda kalacaktır. Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü sadece mesleki ve bireysel özerkliği geliştirmeyi değil, hasta özerkliğini geliştirmeyi ve yükseltmeyi de kapsamaktadır. Çağdaş hemşirelik kavramı hasta bireyin biyolojik, psikolojik ve ruhsal yönden bütüncül olarak ele alındığı hasta-hemşire işbirliği yaklaşımı ile hasta bireyi pasif durumdan aktif hale getirmektedir. Hemşirelik kuramcılarında Henderson'nda hasta bireyin kendi tedavi ve bakımına yönelik hemşirelik bakım uygulamalarında alınan kararlara katılımının sağlanması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Kuşkusuz ki hasta özerkliğinin artması hastanın tıbbi uygulamaların sorumluluğunda da pay sahibi olmasına neden olmaktadır (46).

Danışman Rolü

Hemşirelik; toplum genelinde bireyin, ailenin sağlığını koruma ve geliştirme, bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini artırma, hastalığa bağlı komplikasyonlar ile baş edebilmesi ile ilgili kendi olanaklarını, kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları konusunda danışmanlık ve rehberlik etmektedir. Hemşirelerin danışmanlık rolünün ortaya çıkışı, hasta bireye ve ailesine yönelik olarak, hasta bireye, hastalıkla ilgili bir farkındalık durumu yaratma, hastalığın ilerleme ve etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmesi için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları tanıtmaya ve bunların kullanımını teşvik etme şeklindedir (50).

Danışmanlık rolü, hemşirelik rolleri içerisinde özerklik düzeyi oldukça yüksek rollerindedir. Aynı zamanda danışmanlık rolü doğası gereği, iletişim ve eğitimci rolleriyle de yakın ilişki içerisindedir (46).

2.9. Toplumsal Cinsiyet Ve Hemşirelik

Toplumsal cinsiyet, cinsiyete dayalı iş bölümü ve biyolojik cinsler arasındaki ilişkileri vurgulamak amacıyla, toplumda sadece kadının değil erkeğin de konumunu belirten bir kavramdır. Kadınların ve erkeklerin birbirinden tamamen farklı iki insan kategorisi olduğu düşüncesinin beklenebilecek sonucu, iki cinsiyetin uğraşlarının ve eğilimlerinin de birbirinden farklı olacağına ilişkin bir kanaattir. Antropologlara göre, cinsiyete dayalı iş bölümünün çok eski bir tarihi vardır. Kadınların toplayıcılıkla, erkeklerin ise avcılıkla daha fazla uğraştıklarının düşünüldüğü zamanlara kadar giden bir tarihtir (62).

Bu toplayıcılık deneyiminin kadınların tarımı icat etmeleri ile oluştuğu, avcılık deneyiminin ise erkeklerin mekânsal oryantasyon becerilerinin gelişmesi ile meydana geldiğine inanılmıştır. Modern toplumların ayırt edici niteliklerinden biri, ev ile iş yerinin ayrışması olarak görülmektedir. Bu durum, kadınların üretimin dışına düşmelerine sebep olmuştur. Erkekler 'dışarıda' çalışıp evin ekmeğini getirirken, kadınlar 'içeride' kalıp erkeklerin ve çocukların bakımını üstlenmiştir. Bu ayırım, kadının ve erkeğin 'doğa'sına ilişkin yeni varsayımların ve kanaatlerin oluşmasına neden olmuştur; narin ve dayanıksız kadın ile avcılık genlerine sahip mücadeleci erkek misyonu ortaya çıkmış ve bu varsayım ve kanaat toplum tarafından da benimsenmiş, tarih boyunca günümüze kadar süregelmiştir (63).

Toplumsal cinsiyet kavramı, kadın ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eden ve sosyal yapılanma sonucu meydana gelen bir kavramdır. Toplumlar arasındaki kültürel farklılıklarla birlikte, modern dönemde, 'ev kadını' denilen yeni bir kavram ortaya çıkmış ve kadınlık normu haline geldiği bir dönem olmuştur. Ev kadınının bir kadınlık normu haline gelişiyile birlikte, her sınıftan, her yaştan, her kültürden çalışan ve çalışmayan bütün kadınlar için son derece önemli bir etki yaratmıştır. Bu etki kadınlar için olumsuz olmuş, bazı konumlar ve bazı meslekler, toplumsal ve kültürel baskı nedeniyle kadınlara uygun görülmemiştir (62,63).

Kadınlara yüklenen bu misyon günümüze kadar gelmiş, kadınların 'ev kadını' dışında yapacakları iş veya meslek seçiminde etkili olmuştur. Hemşirelik mesleği de bu durumdan etkilenmiş, tüm dünyada kadınların yapabileceği mesleklerden biri olmuştur.

Bunun yanında hemşirelik insanoğlunun var oluşu ile başlamış, kadının şefkatli, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakarlık ile özdeşleşmiştir. Oysa ki; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilitasyonunu sağlayan ve yaşam kalitesini her durumda yükseltmeyi amaçlayan bir meslek olan hemşirelik, cinsiyet ayrımcılığı olmaksızın her iki cinsiyet tarafından da yapılabilecek bir meslektir (65,66).

Türkiye’de hemşirelik mesleğini erkeklerin yapmalarına yönelik literatürler tarandığında; Ünver ve Ürkmez’in (2009) “hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı” konulu araştırmasında, katılımcıların %61.4’ünün hemşireliğin bayan mesleği olduğunu %65.3’ünün erkek hemşirenin farklı bir ünvan alması gerektiğini ve %42.6’sının değişen hemşirelik kanunu ile erkek hemşirelerinde mesleğe katıldığını bildirmişlerdir (67).

Kaya ve ark.’nın (2011) ‘erkek hemşire imgesi’ konulu araştırmasında araştırmaya katılanların %62.6’sı hemşirelik mesleğinin hem kadınların hem de erkeklerin yapabileceği bir meslek olduğunu, %71.4’ü Türkiye’de erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini ifade etmiştir. Yine benzer bir araştırma olan Alayoğlu ve arkadaşlarının (2008) “hemşirelik mesleğine erkek alınması konusundaki düşünceler ve hemşirelik uygulamalarının cinsiyet ile ilişkisi” konulu araştırmasında; araştırmaya katılanların %61.7’si meslekte erkek hemşire alınmasına olumlu baktığı, ancak hemşirelik uygulamalarına yönelik hizmetin kimden alınacağının belirlenmesinde cinsiyetin etkili olduğu saptamıştır (66).

Bu olumlu gelişmelere rağmen sosyal, politik ve ekonomik tutumlar, kadınların çoğunlukta olduğu hemşirelik mesleğini ,kadınların yapabileceği meslek imajını sürdürmektedir. Her ne kadar hemşirelik mesleğini seçen erkek bireylerin sayısı artış gösterse de, erkek hemşireler kadın hemşirelerle kıyaslanmakta ve hemşirelik mesleği kadın mesleği olarak algılanmaktadır (66,68,69).

Tüm bunlar, toplumun sağlığını koruyan, yükselten, hastalık halinde bakım ve tedavisinde aktif rol üstlenen hemşireleri olumsuz etkilemekte, daha bağımsız ve otonom davranmasını engellemektedir.

2.10. Meslek, Profesyonellik, Meslek ve Profesyonellik, Hemşirelik mesleği ve Profesyonellik

Bu bölümde; “Meslek”“Profesyonellik” kavramları ile,“Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik” konularına değinilecektir.

2.10.1. Meslek

Bir uygulama alanının meslek olarak kabul edilebilmesi için eğitiminden, uygulama aşamasındaki etik yaklaşıma, meslek kültürünün oluşumundan, uygulayıcının sahip olması gereken temel özelliklere ve öğrenme koşullarına kadar birçok ayrıntının temel mesleki esaslar çerçevesinde tanımlanmış olması gereklidir. Dursun ve Şentürk’ün tanımlamasına göre meslek; bilgiye dayanan, araştırma ve deney üstüne kurulan, ahlaki değerleri kapsayan ve belli ücret karşılığında yapılan hizmettir. Bu tanımdan yola çıkarak mesleğin sadece ekonomik bir süreç değil aynı zamanda sosyal, kültürel ve teknik bir olgu olduğu söylenebilir (70).

Bir iş veya uğraşın meslek olabilmesi için en azından bir tekniği, belli bir değer, norm ve kurallarının olması toplum içinde kabul görmesi ve kurumsallaşmış olması gerekmektedir. Meslek; genellikle uzun ve yüksek düzeyde bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaki kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraş olarak tanımlanmaktadır. Meslek kurumlaşmış faaliyetler biçimidir. Ancak her iş meslek olarak kabul görmemektedir (71).

Mesleği meslek yapan öğelere bakıldığında; toplum tarafından benimsenmiş bilimsel ilkeler üzerinde temellenme, toplumsal bir ihtiyacın karşılanması, görevin yerine getirilmesinde zaman ve davranış açısından algılama meslek öncesi temel bilimlerde ve kültür konularında yeterli hazırlık, denenmiş ve geliştirilmiş tekniğe sahip olma, yargılama ve aklın kullanılması, toplumsal sorumlulukların yerine getirilmesinde kabul edilmiş ahlaki değerlere uyma olarak sayılmaktadır (72).

Bir mesleğin mensubu olmak, icra edilen meslekle ilgili profesyonel bir eğitimi kapsamaması gerekmektedir. Örgün ya da yaygın eğitim kurumlarında verilen mesleki eğitim, bireye sertifika, diploma sahibi yaparak mesleğini yapabilme özgürlüğü kazandırmaktadır.

Birey, meslek adayı olduğu eğitim sürecinde, salt uygulama alanında ortaya koyacağı ürün ya da hizmet bilgisini öğrenmekle kalmamaktadır (71).

Bir bireyin yaşamını devam ettirmek üzere yaptığı sürekli iş, sürekli uğraş meslek olarak tanımlanmaktadır. Burada önemlilik arz eden durum mesleğin sürekliliğidir. Aslında bir işin, bir uğraşın meslek haline dönebilmesi için bu iş ve uğraşın sürekli olarak profesyonel anlamda devam etmesi ve sahibine maddi olarak bir getirisi olması gerekir. Yani o meslek sahibinin geçimini daimi olarak o meslek alanı ile ilgili işlerden sağlıyor olması gerekir (72).

Bir çalışma ortamının meslek olup olmadığının ya da meslek olma sürecini gösteren bir takım ölçütler vardır. Bu ölçütler, mesleklerin belirsizlik taşıyan yönleri için, zaman zaman bir savunma mekanizması olmuş, kimi zaman ise mesleğin eksik yönlerini tamamlamasını sağlamıştır (70).

Flexner tarafından 1915 yılında, gerçek mesleklerin taşınması gereken özellikler, bir liste halinde yayınlanmıştır. Flexner'in meslekle ilgili bu özellikler yayınlandığından bu yana değişik işlerin, iş meslek sürecindeki konumlarını saptamak için ölçüt olarak kullanılmıştır. Flexner' in meslek ile ilgili tanımladığı bu özelliklere göre meslek;

- ✓ Üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir, zihinseldir.
- ✓ Araştırmalarla yeniden üretilebilen, öğrenilebilen, yenilenebilen ve bilgi birikimine sahiptir.
- ✓ Teorik olmakla birlikte pratiktir.
- ✓ İleri düzeyde kendine özgü mesleki eğitim süreciyle öğretilebilir.
- ✓ Üyeler arasında güçlü bir iç örgütlenme ve iyi gelişmiş grup bilinci vardır.
- ✓ Meslek üyeleri birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya isteklidirler (71).

1981 yılında Kelly tarafından mesleki ölçütlere ilişkin başka bir çalışma yapılmıştır. Kelly'nin belirlediği mesleğe yönelik ölçütler şu şekilde sıralanmıştır;

- ✓ Meslek, toplumun sağlığına ve insanlar yararına olan her hizmeti sunmalıdır.
- ✓ Sürekli araştırma ve gelişmeye açık olmalıdır.

- ✓ Hizmeti sunanlar bireysel sorumluluk alabilmelidir.
- ✓ Lisans düzeyinde eğitim almalıdır.
- ✓ Meslek sahipleri, kendi politika ve prosedürlerin ve davranışlarının kontrolünü elinde tutmalı ve bağımsız olmalıdır.
- ✓ Verdikleri hizmet meslek sahiplerini güdülemelidir.
- ✓ Mesleğe yönelik etik ilke ve kurallar olmalıdır.
- ✓ Mesleğin gelişimini destekleyen mesleki örgütü olmalıdır(72).

Mesleki ölçütlere ilişkin bir başka girişim, Genevieve ve Roybixler tarafından 1979'da hemşirelik için geliştirilmiştir. Meslekleşme sürecinde olan başka alanlarda da kullanabileceği ifade edilen bu ölçütlere göre:

- ✓ Mesleğin, eğitim düzeyi yüksektir ve o mesleğe özgü bilgi birikimi vardır.
- ✓ Meslek, bu bilgi birikimini sürekli olarak geliştirmeye çalışır, yeni uygulama yöntemleri sonucu edilen bilgiyle hizmet sunar.
- ✓ Meslek, kendi meslek mensubu bireylerin eğitimi için bu konuda profesyonel olan diğer kurumlardan destek alır.
- ✓ Meslek mensubu bireyler deneyimlerini ve bilgilerini, diğer kişiler ve sosyal refah için hayati önemi olan hizmetlerde kullanır.
- ✓ Meslek mensubu bireyler yüksek düzeyde otonomiye sahip olmalıdır.
- ✓ Meslek, bireyler için dikkat çekici olmalı ve onları cezbetmelidir.
- ✓ Meslek, sürekli mesleki olarak ilerleme, gelişme ve ekonomik güvence sağlama çabası içerisindedir (71).

Yukarıda bahsedilen çalışmalarda ortak özellikler olduğu görülmektedir. Özellikle vurgulanan bu hususlar ise mesleklerin toplumun sosyal değerleriyle uyumlu sorumlulukları olmalı ve hizmetlerini bu doğrultuda sunmalıdırlar.

Gerçek meslekler, kendine özgü bilgi birikimine sahip, mesleği ile ilgili konularda karar verebilen, meslek standartları ve politikaları, etik ilke ve kuralları belirlemede tam otonomi sahibi olan, yüksek düzeyde ve uzun süreli eğitimi kapsayan, güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşlarına sahip oldukları görülür(72).

2.10.2. Profesyonellik

Bir işin, mesleğin profesyoneli olmak, onu en ince ayrıntılarına kadar kavramış olmayı ve uygulayabilmeyi gerektirir. Toplumda kabul gören ve gerçekleştirilmesi beklenen iş (görev) ne kadar karmaşıksa, profesyonelleşme o kadar önem kazanmaktadır.

İnsanın var oluşuyla birlikte, her geçen gün artan nüfus ve gelişen toplumun beklentilerine yanıt vermeye çalışan iş alanları giderek özel uzmanlık dallarının da ortaya çıkmasına yol açmıştır. Profesyonellik, toplumda iş yapan herkesin benimsemesi gereken bir düşünce ve davranış biçimidir (73).

Sosyolog Elliotfreidson'a göre profesyonel meslek sahipleri kendi alanlarına özgü özel bilgilere sahiptir, belirli bir etik kurallar çerçevesinde uygulamalar yapar. Toplumdaki önemli bir ihtiyacı karşılarlar ve toplum da onlara profesyonellerin eğitimi ve performansı için gerekli standartları belirlemekte özerk olmalarını sağlayacak şekilde yetki verir (73).

Diğer bir tanıma göre profesyonel; toplumda bir görevi, bir mesleği, düzenli ve en az hata ile sürdüren kişiye denilmektedir. Bir etkinliği çok yetkin biçimde uygulamak ya da herhangi bir işlemi, bir sporu en mükemmel biçimde yapmak yine profesyonele özgü bir durumdur. Profesyonellik, toplumda işi yapan her kesimden insanın benimsemesi gereken bir düşünce davranış biçimidir. Profesyonelin zamanı iyi kullanması, bildiklerini en doğru ve yetkin biçimde, müşterisinin yani hastasının yararına olmak koşuluyla, uygulaması ve yasalara uyarak bu işini yapması esastır (78).

Bireyin sahip olduğu bir nitelik olarak ele alındığında profesyonellik, bir uzmanlık ve yetkinliğin, görevlerin, belirli bir kalite ve standartlar doğrultusunda yerine getirilmesi ve sorun çözme aşamaların da kullanılması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, profesyonellik bireyin bazı özelliklere sahip olmasını gerektirmektedir. Bu özelliklerin en önemlisi ise, yaptığı işte gerekli olan uzmanlık ve yetkinlik becerisine sahip olmasıdır (76).

Profesyonellik diğer bir deyişle, meslek mensubu olanların özerk olarak davranmalarını ve kendilerini kontrol etmelerini; ama daha önemlisi, bunu profesyonel davranış geliştirerek yapmalarını gerektirir (76,77).

Profesyonel birey tanımlamalarında, genellikle profesyonel meslek ve bu mesleğin konusunu oluşturan isin niteliklerine göre hareket edildiği görülmektedir. Ayrıca bu niteliklere dayanarak öne sürülen profesyonel tanımlarında bireysel vurgulamaların ön plana çıktığı dikkat çekmektedir (76).

Profesyonel birey, diğer bireylere yardım etme yeteneğine sahip olan ve bir amacı olan ve ihtiyacı olan bireylere yardım edendir. Dolayısıyla profesyonel birey, diğer bireylerin yapamayacağı sosyal açıdan önemli ve gerekli birçok şeyi yapabilme kapasitesine, yetkisine ve gücüne sahiptir. Profesyonel olarak nitelendirilebilmenin üç temel unsuru bulunduğu belirtilmektedir (76).

Bu temel unsurlardan ilki, yapmış olduğu işle ilgili yeterli bilgiye sahip olma, otonom sahibi olma, ve topluma hizmet etmede yüksek düzeyde sorumluluk bilinci olarak ifade edilmektedir. Burada dikkat çeken nokta, sorumluluk sahibi olmanın özgüvenle yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bireylerin güçlü ve sosyal açıdan yararlı bir bilgi birikimine sahip olmaları ve tüm faaliyetlerin içinde yer almada özerk davranış sergilemeleri, hem kendi gelişimi açısından hem de, kuruma en iyi hizmeti sunma açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (74).

Profesyonellik, yalnız yönetici, teknisyen, öğretmen, turizm görevlisi, devlet memuru, siyasetçi, sporcu, yazar, kütüphaneci ya da sanatkâra uygun görülen bir sıfat değildir. Tüm çalışanları, tüm insanları kapsayan bir yaklaşımdır (76).

Verimli, eylemci (aktif/dinamik), yaratıcı, girişimci, kanıtlara ve deneyimlere uygun meslek uygulaması, meslekte kendi sınırlarını (eksik ve fazlalıklarını, yeterlilik ve yetersizliklerinin bilincine ulaşmış olmak) bilen, özverili ve fedakâr, dürüst ve tutarlı bilgili sorumluluk sahibi, (meslektaşlarına ve hastalara saygı), etik kurallar içinde davranan, güvenilir, sır saklayabilme yetisi olan, toplum, müşteri ve meslektaşlarına örnek bir birey gibi kavramlar yerleşmiş ve uygulamadadır.

Tüm bunların bilincinde olunmaması, ya da herhangi birinin eksikliği profesyonelliği ortadan kaldırır. Profesyonel kişi, bilgi ve beceri düzeyini sürekli güncel tutan, deneyimli bir kişidir. Yaptığı ve yapacağı işin en ayrıntılı yönlerini, girdisini-

çıktısını kavramıştır. Kendisinden beklenilene çok iyi bilir. Profesyonel, işi ahlak ve normlarına uyan, oyunu kuralına göre oynayan kişidir (78).

Profesyonellik konusuna profesyonelliğin gerektirdiği hususlar olan, bireyin lisans düzeyinde eğitim alması, lisansüstü ve meslekle ilgili hizmet içi eğitimlere yer verilmesi, profesyonelliğin bir hak değil bir ayrıcalık olduğunun altının çizilmesi, profesyonelliğin tanımının yapılması, profesyonel olma kriterlerinin belirtilmesi, birey ile toplumun çıkarlarının, profesyonelin kendi çıkarlarının önünde tutulması, profesyonellikte olması gereken unsurlar olarak vurgulanmaktadır (77,79).

2.10.3.Meslek Ve Profesyonellik

Hızlı bir şekilde ilerleyen teknolojik gelişmeler ve bu gelişmelerin etki ettiği toplumsal değişimler, günümüzde mesleki profesyonelliği zorunlu kılmaktadır. Bu noktada Edgell'a göre ise, bir çok meslek zaman içerisinde, mesleğe özgü olan bilgi ve deneyimleri, aldıkları ücret, mesleğin faaliyetleri, organizasyon yapısı, toplum üzerindeki ahlaki norm ve değerlerine bağlı olarak, ya varlıklarını devam ettirebilmekte veya ortadan kalkmaktadır. Ancak bireysel ve sosyal açıdan kazanç sağlayan mesleki profesyonellik ile meslekler, sürekliliğini devam ettirmektedir (75).

Profesyonel meslek, toplumun herhangi bir kategorisinin talep ettiği, yüksek seviyede bir eğitim almak ve yaşam boyu devam eden eğitim etkinlikleriyle sürekli üretgen olmak ve bunu uygulamak durumundadır. Öznel ve nesnel olarak kendini kanıtlamış, bilgi düzeyi yüksek, mesleki statüsü olan, yüksek düzeyde maddi ödülleri de bulunan, kuruma bağlılık ve kurum kültürü gibi duyguları kazandıran, örgütlenme süreçlerini tamamlamış, belirli politika ve prosedürleri olan, sorumluluk sahibi, meslek bilinci olan, tüm bu özelliklerinden dolayı diğer iş ve mesleklerden ayrı olan kendine özgü bir yaşam tarzı olan meslekler, profesyonel meslek olarak ifade edilmektedir. (75).

Ş. H. Seçer'in 'mesleki yaşam modelinin oluşturulması ve mesleki analizlerde kullanımı' adlı çalışmasında profesyonel meslek öğeleri şu şekilde sıralanmıştır;

- ✓ Anlaşılması ve kullanılması güç, fakat talep edilen bir bilgi,
- ✓ Yüksek eğitim düzeyi ve hayat boyu öğrenim bilinci,

- ✓ Piyasada ayrıcalıklı bir yer ve kontrol olanağı,
- ✓ Bilgiye dayalı mesleki statü ve maddi ödüller,
- ✓ Örgütlenme sayesinde kazanılmış topluluk, üyelik ve kurum kimliği duygusu,
- ✓ Bağlılık, sorumluluk ve meslektaşlık bilinci, olarak sıralanabilir (80).

Diğer yandan, profesyonel meslek tanımlamamıza, sayılan bu ortak öğelerden kaynaklandığı düşünülen ve aslında kökeni oldukça eskilere dayanan bir düşünce de eklenmiştir. Bu düşünce, profesyonel mesleklerin, diğer iş ve mesleklerden farklılığını ortaya koyan “kendine özgü bir yaşam tarzının” olmasıdır. Bu düşüncenin temelleri, klasik sosyologlardan Weber’e kadar dayanmaktadır. Dolayısıyla, profesyonel mesleklerin değerlendirilmesinde ‘kendilerine özgü bir yaşam tarzına sahip oldukları’ da profesyonel meslek tanımlamasında 7.öğe olarak dikkate alınmalıdır (80).

Profesyonellik, bireyin sahip olduğu bir nitelik olarak ele alındığında, bir uzmanlık ve yetkinliğin, görevlerin, belirli bir kalite ve standartları doğrultusunda, sorun çözme anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, profesyonellikte bireylerin bazı özelliklere sahip olmasını gerektirmektedir (76).

Bu özelliklerin en önemlilerinden biri ise, uzmanlık ve yetkinlik, işi yapabilmek için gerekli olan beceridir. Profesyonel birey tanımlamalarında, genellikle profesyonel meslek kavramından ve bu mesleğin ana hatlarını oluşturan o mesleğe özgü niteliklerinden bahsedildiği görülmektedir. Fakat bu niteliklere dayanarak öne sürülen profesyonel tanımlarda bireye özgü vurgulamalar yapıldığı dikkat çekmektedir. Kendine özgü bir yaşam biçiminin olduğu kabul edilen mesleki profesyonellikte profesyonellik olgusu, bu nedenle meslek ve birey boyutlarında ayrı ayrı analiz edilmiştir (76).

Yüksek eğitim düzeyi ve hayat boyu öğrenim bilinci, piyasada ayrıcalıklı bir yer ve kontrol olanağı, bilgiye dayalı mesleki statü ve maddi ödüller, örgütlenme sayesinde kazanılmış topluluk, üyelik ve kurum kültürü duygusu, kuruma bağlılık, sorumluluk ve meslektaşlık bilinci mesleki profesyonellikte olması gereken hususlardandır. Profesyonel mesleklerin değerlendirilmesinde kendilerine özgü bir yaşam tarzına sahip oldukları da profesyonel meslek tanımlamasında yer almalıdır (80).

Bu yaşam biçiminde bireyden mesleki rolüne uygun davranması beklenir ve profesyonel birey de profesyonel mesleğinin doğasında mevcut olan bu farklı yaşam biçimini, profesyonellik anlayışının bir gereği olarak kendiliğinden benimser. Dolayısıyla, mesleki yaşam olgusu ile profesyonel bir mesleğin kendi değerlerine uyumlu bir yaşam tarzını öngörmesi, bireyin de bu yaşam tarzını benimsemesi ve sürdürmesi kastedilmektedir. Yaşam biçimi olarak görülen mesleki profesyonellikte, bireyden mesleki rolüne uygun davranması beklenir ve profesyonel birey de profesyonel mesleğinin doğasında mevcut olan bu farklı yaşam biçimini, profesyonellik anlayışının bir gereği olarak kendiliğinden benimser. Dolayısıyla, mesleki yaşam olgusu ile profesyonel bir mesleğin kendi değerleri ve felsefesine uygun bir yaşam tarzını öngörmesi, bireyin de bu yaşam tarzını benimsemesi ve sürdürmesi kastedilmektedir (80).

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu mesleklerde, bireyler sağlık bakım hizmeti içinde yer alan tanı ve tedavilerinin bakımlarının doğru ve eksiksiz bir şekilde yapılmasını istemektedirler. Ancak sağlık hizmetlerindeki bilgi ve teknolojik gelişmelerle beraber artış gösteren hasta sayısı ve beklentileri, geri dönüşü mümkün olmayan uygulama hatalarına neden olabilmektedir. Bu çerçevede hastaları sağlık bakım hizmetlerinin zarar verici etkilerinden korumak bu konuda bilinçlendirmek gerekmektedir. Yine sağlık hizmeti sunan çalışanlarının da hasta güvenliği konusunda eğitimlerini tamamlamak profesyonellik için büyük önem arz etmektedir (75).

Profesyonelliğin içeriğinde, profesyonel kurumun ideallerini içselleştirmek, hatta bunun da ötesinde, profesyonel bir insan olmayı ve profesyonel bir iş yapmayı bir yaşam biçimi olarak kabul etmek düşüncesi de bulunmaktadır. Tutum, düşünce ve inançlarda kendini açığa vuran profesyonel ideallere ve kariyere bağlılık, profesyonellik olarak adlandırılabilir. Dolayısıyla profesyonellik olgusunun birey açısından kendini profesyonel bağlılık olarak gösterdiği, mesleki yaşam düşüncesinin profesyonelliğin birey düzeyindeki işlevleriyle de şekillendiği söylenebilir (80).

Özellikle sağlık bakım hizmeti sunucularından biri olan hemşirelerin yoğun çalışma koşulları, uzun süren çalışma saatleri, yapıcı olmayan ve onaylanmayan davranışlarla karşılaşması ve yoğun stres altında görevlerini yerine getiriyor olmaları gibi olumsuz

etkenler; hemşirelik mesleğinde profesyonelliğin ne kadar gerekli olduğu görülmektedir (75).

2.10.4. Hemşirelik Mesleği Ve Profesyonellik

Profesyonellik, toplumda is yapan, bir mesleği olan herkesin benimsemesi gereken bir düşünce ve davranış biçimidir. Bireyin nasıl görüldüğü, örneğin kılık ve kıyafeti, konuşma şekli, davranış biçimi ve iş yapma yöntemi sürekli değerlendirilerek profesyonel olup olunmadığına karar verilmektedir. Profesyonellik, tüm çalışanları, tüm insanları kapsayan bir yaklaşımdır, yalnız yönetici, teknisyen, öğretmen, siyasetçi, sporcu, yazar ya da sanatkara uygun görülen bir sıfat değildir (82).

Profesyonel olmak, yapılan işin en ince ayrıntılarına kadar bilmeyi ve uygulayabilmeyi gerektirir. Profesyonelliğin en önemli ölçütü; yapılan işin gerektirdiği tüm faaliyetlerini en iyi şekilde gerçekleştirebilmektir. İşin ve konunun püf noktaları, çıkar ve çıkmazları profesyonelce bilinir ve kollarılır. Teknolojiyle birlikte her geçen gün artan nüfus ve gelişen toplumun beklentilerine yanıt vermeye çalışan iş alanları giderek özel uzmanlık dallarının da ortaya çıkmasına yol açmıştır (82).

Hemşireliğin başlangıç tarihinde hizmete çağrı, hekimin yardımcısı ya da kendini başkalarına adamaya yönelik dini bir görev olarak nitelendirilmiş olsa da günümüzde bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmektedir. Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin meslek olarak gelişmesini etkilemektedir. Ayrıca profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde ve mesleklerde önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir. Çünkü profesyoneller, hem toplum hem de diğer meslekler tarafından saygı duyulan kişilerdir. Hemşirelik mesleğinin bu anlamda saygınlık görmesi ve profesyonel statüye ulaşması için gerekli olan adımların atılması gerekmektedir (82).

Teknoloji ve politik alandaki hızlı gelişmeler, sağlık sisteminin hizmet sunucularından birisi olan hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarında da değişikliklere yol açmaktadır. Özellikle koruyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlere göre ön plana çıkması, hasta bireyden sağlıklı birey ve ailesine yönelmeyi gerektirmektedir. Bu durum hemşirenin görev yetki ve sorumluluklarını etkilemektedir (75).

Hemşirelik mesleği, 19. Yüzyılda ve 20. Yüzyılın ilk yıllarında dünyanın birçok ülkesinde hemşirelik adı ile, bir meslek olarak ortaya çıktığı ve meslek eğitiminin başladığı görülmektedir. 19. yüzyıldaki savaşlar ve özellikle 1. ve 2. Dünya savaşları, dünyanın birçok ülkesinde hemşirelik bakımına gereksinimi artırmış ve birçok ülkede hemşirelik hızla gelişmeye başlamıştır.

Meslekleşme sürecinde hemşirelik mesleği, hemşirelik meslek ölçütlerine tam olarak sahip olmamakla birlikte, özellikle 1980'lerden sonra meslek olma yolunda belirgin bir ilerleme sağlamıştır. Gelişmiş meslekler göz önüne alındığında, mesleklerin meslekleşme sürecinde ilerleyebilmesi ve statü kazanması için, meslek ideolojisini ve mesleki kimliğini benimsemiş, yeterli mesleki bilgiye sahip, deneyim ve beceri ile donanmış, mesleki uygulamalarında otonomi sahibi, görev, yetki ve sorumlulukları yasal düzenlemelerle belirlenmiş, etik ilke ve kuralları olan, sorumluluk sahibi meslek üyelerine gereksinimi vardır (83).

Hemşirelik mesleğinin hala bazı alanlarda eksik olduğu ve bu alanlarda güçlendirilmesi gerektiği görülmektedir. En başta bilimsel bilgi ve otonomi olmak üzere çeşitli alanlarda hala eksiklikleri vardır. Bunun yanı sıra hemşirelik, meslek ideolojisi ve mesleki kimlik benimsenmesinde, dolayısıyla mesleki rolünü yerine getirmede aşılması gereken durumlar söz konusudur. Bu durumu etkileyen en önemli nedenlere bakıldığında, ülkenin sağlık politikaları, toplumsal ve sosyal yapı, kültürel, bilimsel ve teknolojik birçok unsurlar etkili olmaktadır. Tüm bunlar hemşireler için, meslekleşme sürecinde aşılması gereken durumlar olarak algılanmalı ve meslekleşme sürecinde ilerlemek için birer uyarıcı olarak kabul edilmelidir (75).

Türkiye'de hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları sorunlar ve belirsizlikler, hemşirelerin mesleki kimliklerinin gelişmesine engel olmakta, hemşirelik mesleğine ilişkin görüş ve tutumları olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemiz hemşireliğinin meslekleşme sürecinde yol alabilmesi ve mesleklerini profesyonel olarak yerine getirebilmesi amacıyla mesleki ölçüt alanlarına ilişkin gelişmelerin sağlanması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle mesleki ideolojinin hemşireler tarafından kabul edilmesi ve mesleki kimliğin geliştirilmesi son derece önemlidir (83).

Miller’ın “hemşirelikte profesyonellik modeli”ne göre, hemşirelik mesleğinin profesyonellik değerleri ve mesleğin en önemli nitelikleri, hemşirelik eğitimi ve bilimsel temel çevresindeki tutumlardır. Bu nosyonda yer alan davranışlar, hemşirelikte profesyonellik kriterlerini göstermektedir. Bu kriterler şunlardır;

- Meslek ile gereken eğitimi almak.
- Araştırmalar yapmak ve yayınlamak.
- Bireylere ve topluma hizmet sunmak.
- Meslekle ilgili ulusal ve uluslararası örgütlere katılmak ve üye olmak.
- Hemşirelikle ilgili kodları tanımlamak.
- Bireysel olarak otonom davranabilmek ve sürekliliğini sağlamak.
- Mesleki yeterliliğe sahip olmak ve sürekli eğitimlerle bireysel ve mesleki gelişime katkı sağlamak (75).

Hemşireliğin profesyonel meslekler arasında yer almasında, verilen eğitimin nitelikli olması son derece önemlidir. Aynı zamanda bu alanda çalışan araştırmacılar, hemşireliğin meslekleşmesi ve profesyonelleşmesi sürecinde hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde verilmesi gerektiği görüşünde birleşmektedir. Literatüre bakıldığında, ilk lisans programına dayalı hemşirelik eğitimi Amerika Minnesota Üniversitesi’nde 1909 yılında verilmiştir (74).

Ülkemizdeki hemşirelik okullarına bakıldığında, eğitim düzeyinin, lise önlisans ve lisans düzeyinde olması, hemşirelik mesleği standartlarının bulunmaması, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesini olumsuz etkilemektedir. Beydağ ve Arslan’ın klinikteki hemşireler üzerinde yapmış oldukları araştırmalara bakıldığında, eğitimin profesyonelleşmede ne kadar etkili olduğunu işaret etmektedir. Bu araştırmaya göre, sağlık

meslek lisesi mezunlarının mesleki profesyonellikleri diğerlerine göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (75).

Hemşirelerin eğitim seviyesinin artması, bilimsel araştırmaların artmasını sağlayarak mesleğin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Bu durum profesyonelliğin kazanılması açısından önem taşımaktadır. Miller ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da hemşirelik fakültesindeki hemşire eğitimcilerin mesleki profesyonellik puanlarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (83).

Stoma ve yara bakımı hemşireliği, enfeksiyon hemşireliği, ameliyathane hemşireliği gibi uzmanlık alanlarının artması, hemşirelikte profesyonelliği gerekli kılmıştır. Yine hemşirelerin temel rolü olan hasta bakımı yanında, eğitici, danışman, otonomi ve karar verici, yönetici ve koordinatör rollerinin de ön plana çıkmasıyla, hemşirelik mesleği geleneksel hemşirelik modelinden profesyonelliğe doğru ilerlemiştir. Ayrıca son zamanlarda hız kazanan bilimsel çalışmalar; hemşirelik mesleği üyelerinin kendilerini sürekli geliştiren, yeniliklere açık, entelektüel, araştırmacı, sorumluluk sahibi, liderlik sosyal iletişimi yüksek gibi özellikleri kazanmalarına neden olmaktadır (75).

2.11. Özgürlük, Otonomi, Özgürlük ve Otonomi İlişkisi, Bağımsızlık ve Otonomi İlişkisi, Mesleki Otonomi, Hemşirelik Mesleğinde Otonomi

Bu bölümde, özgürlük, otonomi kavramları, özgürlük ve otonomi, bağımsızlık ve otonomi ile hemşirelik mesleği ve otonomi arasındaki ilişki irdelenecektir.

2.11.1. Özgürlük

Özgürlük kavramı siyaset, toplum, bilim, felsefe gibi birbirinden farklı bilim dallarında incelenmektedir. Türk Dil Kurumu'nun sözlüğüne göre özgürlük kavramı; herhangi bir kısıtlama ve baskı olmaksızın, düşünme veya davranabilme, herhangi bir şarta bağlı olmama durumudur. Bireyin, her türlü dış etkilerden bağımsız olarak hareket edebilmesi, insanın kendi iradesi ve yetisiyle karar vermesi, hürriyeti olarak tanımlanmaktadır. Bir birey bir şeyi isterken, düşüncelerini eyleme dönüştürürken başkaları tarafından engellenmiyorsa ve zorlanmıyorsa, o insan özgür olarak gelişmiş demektir (86).

Özgürlük; kişinin kendi kendisini belirlemesi, hiçbir dış baskı altında kalmadan otonom bir şekilde, seçimde bulunması ve bu seçimler doğrultusunda eyleme geçebilmesi olarak tanımlanabilir (85).

Siyasi anlam olarak özgürlük, 1789 Fransız devriminde yayımlanan insan hakları bildirisi'nin dördüncü maddesinde tanımlanmıştır. Bu tanıma göre “başkasına zarar vermeyen her şeyi yapabilmektir” denmiştir. Daha sonra hemen hemen bütün ülkelerin yasasında da bu tanım yer almıştır. Zorunluluğun olduğu yerde özgürlük, özgürlüğün olduğu yerde zorunluluk yoktur (85).

İnsanın kendi fikir ve tercihlerine, aklına dayalı kararlar alması, iradesine göre davranabilmesi özgürlük olarak ifade edilmektedir. Kant'a göre özgür insan, dış etkenlerin, psikolojik ve biyolojik yapısının belirlediği koşulları aşabilen kişidir. Ayrıca kendi idealleri, hedefleri ve isteklerine uygun olarak davranabilmek ancak özgür bireylerin davranış şeklidir. Bu özelliklere sahip insan kararını özgürce verdiği duygusuna, özgürlük duygusuna sahiptir. Ahlaksal olarak bakıldığında ise, özgürlüğün tanımının özerkliğin tanımına daha yakın olduğu görülmektedir (84).

Başka bir tanıma göre ise özgürlük, dışardan etkilenmemiş olmayı, bağlı olmamayı, engellenmemiş olmayı; zorlanmamış olmayı ifade etmektedir. İnsanın kendi isteklerini bilerek bu istekleri doğrultusunda harekete geçme olanağı; insanın dıştan engellenmeden etki yapabilmesi anlamlarına gelmektedir. İnsanın her türlü dış etkiden bağımsız olarak kendi istedikleri, düşüncesi, kendi yasasına göre karar verme durumudur (85).

Özgürlük ahlâksal olarak, bireyin bilerek kendi kendini denetlemesi, yönlendirmesi ve düzenlemesi hâlidir. Bireyin başka kişilerin emir ve isteklerine, onayına göre değil de, kendi isteklerine göre davranabilmesidir. Bu onun özgür olduğunu göstermektedir. Ahlâksal olarak özgür olan insan, kendisini dış baskılardan, etki ya da zorlamalardan bağımsız olarak, kendi hedeflerine, düşüncelerine ve isteklerine göre davranabilen insandır (85).

Özgürlük, insanın önünde bulunan çeşitli seçeneklerden birini, dış faktörlerin etkisi altında kalmadan ve yönlendirmelere bağlı olmadan, kendi iç görüşleri doğrultusunda

karar vermesi ve bu kararı harekete geçirebilmesidir. İnsanın doğumundan itibaren tecrübeyle deneyimle kazandığı bilgileri, eylemlerini belirlemede kullanması ve geliştirmesi için özgür olması gerekmektedir. Özgürlük, bireyin özgürlüğü olarak ifadelendirildiği gibi, toplumun özgürlüğü olarakta farklı açılımlara sahiptir. Özgürlük; fikirlerimizi, isteklerimizi davranışa geçirme faaliyetleridir. Bu bağlamda özgürlük; kişinin bilgisi, iradesi, içsel yetenekleri, dışsal etkileri değerlendirme yetisi, özgür düşünme ve özgür davranma yetisi ile ilgili olmaktadır (84).

Sonradan kazanılan bilgi bireyin gelişimi için oldukça önemlidir. Özgürlükte, insanın bilgisi ile kazanılır. Bireyin aklı ile hareket etmesi ve insan özgürlüğünün en yüksek noktasında olması, her zaman gücümüz dâhilinde değildir. İnsanların aklını kullanma özelliği farklı olduğuna göre insanların eşit ölçüde özgür olmadıkları söylenebilir. Ama tüm insanlar özgür olma gücüne eşit ölçüde sahiptirler. Yaşamını aklının öngördüğü şekilde sürdüren insan özgürdür. Akıl doğruyu öğretebilecek bu anlamda öneride bulunabilecek bir güçtür (84).

2.11.2. Otonomi

Psikolojik, siyasal, ve etik boyutları olan özerklik kavramının antik çağda kullanımı daha çok devletlerin siyasi bağımsızlığı anlamında kullanılmıştır. Psikolojik anlamda özerklik ise kendi kendini kontrol edebilmeyi, rasyonel karar verme beceri ve yeterliliğine sahip olmayı, bu doğrultuda olumsuz durumlardan uzak durabilmeyi ifade eder (90).

Hemen hemen tüm yaklaşımlarda özerklik etik anlamda sorumlu olmanın gerekli koşulu olarak görülmesine karşın, kimi etik kuramlar özerklik kavramının psikolojik boyutunu, kimileri de metafiziksel boyutunu irdemiştir. Özerklik kavramını bireye uygulayan ilk felsefeci Kant'tır. Özerklik kavramın ve ilkelerinin zarar görmesi veya zedelenmesi durumunda tüm sistemin bundan aynı şiddette etkilenmesi kaçınılmazdır (87).

Özerk kişi, kendi hayatı kendi kontrollünde olan, dışarıdan kontrole ve belirlenmeye izin vermeyen kişi olarak tanımlanır. Clement, özerkliğin olumlu ve olumsuz iki temel unsurundan bahsetmiştir. Olumlu unsura göre özerklik için sadece “kendi için seçmek” yeterli değildir; aynı zamanda seçilen üstüne eleştirel veya yansıtmalı

düşünme zorunluluğu vardır. Olumsuz unsura göre ise, özerklik karar verirken baskıdan özgür olmayı gerektirir (96).

Bu özerklik anlayışı psikolojik özellikler olan bireyin değerlerine, inançlarına, kendi kavramlarına ve duygularına odaklanır. Fakat özerklik sadece bireysel olarak başarılamaz. Gerçekte, özerk olma öğrenilir ve bu yeterliliği diğerlerinden izole edilerek değil de diğerleriyle ilişkilerle öğrenilir. Bu nedenle özerklik aynı zamanda sosyal olarak yapılandırılan bir şey olarak tanımlanır (96).

Çoğu feminist kuramcı, kadının geleneksel toplumsal rolüne ve uğraşına eleştirerek, kadının mevcut durumunun saygı duyulacak bir durum olmadığı görüşündedir. Bu nedenle toplumsal yapıyı ve kurumları yeniden yapılandırmadıkça kadının durumunda gerçek bir değişim olmayacağını savunulmaktadır. Örneğin, Simone De Beauvoir (1993) kadının sistematik bir şekilde erkeğe bağımlı olduğunu ve nasıl ikincil hale getirildiğini ifade etmektedir. Kadınların kamusal alandan dışlanmaları ve ev hayatına yönelik sosyalleştirmelerinin onları gerileştirerek, onları nasıl sakatlaştırdığını ve eksik bıraktığını anlatmaya çalışmaktadır (87,97).

Hala birçok alanda kadınlar erkeğe bağımlılığını sürdürmektedir. Erkeklerle aynı politik ve ekonomik haklara sahip olan kadınlar, bazı feminist kuramcılar tarafından farklılığı iki cins arasındaki "farklı çocukluk sosyalleşmesi" olgusuna dayandırılır (86).

Günümüzde bireysel özerklik bakımından kadının durumuna yönelik iki görüş söz konusudur:

- Kadınlar ev hayatına hapsedilip kamusal alandan uzaklaştırılıp gelişmeleri engelleniyor ve kütük bırakılıyor veya sakatlaştırılıyor. Bu durum kadınların bireysel özerkliklerini olumsuz etkiliyor.
- Geleneksel kadının evdeki rolü de önemlidir ve kadının bu rolü onun özerkliğini engel olamaz (87).

Literatürlerde Hemşirelik ile ilgili özerklik kavramı daha çok otonomi olarak kullanılmaktadır. Yunanca da autonomos Otonomi (özerklik) veya auto (kendi) ve nomos

(kanun, hukuk) kelimelerinden türemiş olup kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir. Kendi kendini yönetme ise , özerkliğin temel taşıdır (88,105).

Otonomi eski yunanca da, şehirlerin, devletlerinin kendi kendilerini yönetmelerini ifade etmek için kullanılan siyasal bir kavramdır. Günümüz koşullarında ise bireyin kendini yönetmesini ifade eden, bireysel özerklik anlamını taşıyan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (89,98).

“Özerklik Keenan’a (1999) göre, herhangi bir engel olmaksızın özgürce ve bağımsızca düşünebilme, karar alma ve harekete geçme yetisidir. Schutzenhofer ve Musse (1994) özerkliği, belli bir işi yapanların kendini yönetme özgürlüğü olarak tanımlar (99,100).”

Özerklik İş tasarımı literatüründe ise, çalışana doyurucu özgürlük ve sağ duyu sağlama derecesidir. Etik liberalizm özerkliği bir bireyin kendi koyduğu planı takip hakkına saygı duyma çerçevesinde, diğer bireylere zarar vermeme olarak sınırlandırmaktadır. Bu bağlamda özerklik, bireyin kendi yaşamını kontrol edebilmesi, bu kontrolü kolaylaştırmak için aktif adımlar atması ve kendi kararlarını kendisinin almasıdır. Özerk olmak, geçerli ahlaki ilkeler doğrultusunda kendi ilkelerini koyabilmektir (89).

“Özerklik, 1803 yılında bireysel özgürlük olarak, 1817 yılında metafizik açılarından “özgürlük” olarak tanımlanmıştır. Kant tarafından “geleceği saptama özgürlüğü, hiçbir özneye bağlı olmama özgürlüğü” olarak ifade edilmiştir.1840 yılında ise tüm bu tanımlara “topluluğun kendi hükümeti tarafından yönetilmesi” eklenmiştir (28).”

Biyotetik terimler sözlüğüne göre özerklik; bir topluluğun ya da bireyin karar verme ve yaşam şekli ile ilgili seçim yapabilme özgürlüğü olarak ifade edilmektedir. Etikteki ve tıp etiğindeki kullanımı bireysel özerkliği ifade ettiğinden yeni ve özgündür. Bireysel özerklik insan türünde bulunduğu varsayılan bir yetidir. Bu yeti insanı, diğer varlıklardan ayıran temel niteliklerden birisidir (90).

Özerklik kavramı bireysel ve profesyonel özerklik olmak üzere iki boyutta ele alınır. Mesleklere ait özerklikten söz edilse de, özerklik kavramı daha çok bireysel boyutta incelenmektedir. Bireysel özerklik profesyonel statü gelişimi anlamında hemşirelik mesleği açısından oldukça önemlidir. Bireylerin özerklikleri, çocukluklarından itibaren yaşadıkları deneyimler, zihinsel ve ruhsal gelişimleri ile farklı düzeylerde gelişmektedir. Bu

nedenlerle, bireye özgü kişilik özellikleri, ruhsal yapısı, hastalıkları, toplumsal baskı, ahlaki ve etik kurallar yaş, cinsiyet bireyin özerkliğini sınırlandırmaktadır (90).

“J. Harris bireyin özerkliğini sınırlandıran özellikleri şu şekilde sıralamıştır;

- Bireyin istek ve eylemlerini denetim altına almasındaki yetersizlikler
- Bireyin muhakemesindeki yetersizlikler
- Bireyin tercihini temellendireceği bilgilerdeki yetersizlikler
- Bireyin kendi kendine kararlı olabilme konusundaki yetersizlikler”

Bireyin özerkliğini belirleyen unsurlar, kişisel yeterlilikleri ve yetersizlikleridir. Özerk bir birey, karar verme düşünebilme, ve bağımsız hareket etme yeterliliğine sahip olan bireydir. Yeterlilik, özerklik ve yetki için gerekli bir yetidir. Bireyin özerkliğini kullanıp kullanamayacağı, yeterlilik durumu ile belirlenir. Bu bağlamda yeterlilik, özerkliği “açma kapama düğmesi”dir (90,107).

Bireyin kendi kendini yönetme fırsatlarının oluşması, başarılı bir özerklik gelişiminin sağlanması açısından önemlidir. Bu fırsatlar ise bireyin çocukluk döneminden başlar ve yaşam boyu devam eder. Çocukların oyun aktivitelerinde, tuvalet eğitiminde, kardeşiyle olan ilişkilerinde ve krizlerinde, başkalarıyla olan iletişimde özellikle kız çocuklarının otonom davranışların desteklenmesi önemlidir. Türk toplumunda kültürel özellikleri dikkate alındığında, toplum ve aile içinde kız çocuklara tanınan hakların sınırlılığı nedeniyle geleceğin bağımlı ve pasif özgüveni eksik kadın profili karşımıza çıkmaktadır (89,108).

Özerk bir birey, herhangi bir baskı olmadan kendisi ile ilgili kararları özgürce iradesini kullanarak verebilen bireydir. Baskı, bireyin seçim yapma ve karar verme yetisini özgürce kullanmasına engel teşkil etmektedir. Bu bağlamda, tercihte bulunamayan, özgür karar veremeyen bireylerin davranışlarını ahlaki açıdan değerlendirmek de doğru olmayacaktır. Kişi ancak özerk olduğu zaman kararları ve eylemleri ahlaki açıdan değerlendirilebilir. (90,100,104,112).

2.11.3. Özgürlük Ve Otonomi İlişkisi

Yukarıda özgürlük kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. O nedenle bu bölümde özgürlük tanımına kısaca değinilecek, özgürlük ve otonomi ile arasındaki ilişki irdelenecektir.

Özgürlük, bir insanın her istediğini her ortamda yapması ve bu hakka sahip olması değil, önüne çıkan zorluk ve engelleri aşmak için çaba harcaması, onu halletmesi olanağıdır (92).

“Kant’a göre ise özgürlük, fenomenal âlemde değil ancak numenal âlemde vardır. Özgürlük bilinemez, yalnızca düşünülebilir, kavranılabilir. Yani özgürlük düşüncede vardır. Özgürlük, zaman ve uzaydan bağımsız olduğu sürece vardır. Kant’ın tanımladığı özgürlük, başı boşluk değildir. İnsan kendi yasasının nesnesi, ahlak yasasının öznesi ve nesnesidir ve bundan dolayı da özgürdür (90,91).”

Sonuç olarak özgürlük kavramını her bilim adamı farklı öğelerle tanımlamıştır. Ancak şu var ki, özgürlük ahlaki bir varlık olan insana özgü bir olanaktır. Özgürlük, birey olmanın ve ahlakın önkoşulu olma özelliğindedir. Özgürlüğün olmadığı bir yerde insanın ahlaki bir özne olması olanaksızdır. Bu anlamıyla ahlaki özgürlükten, özgürlüğü de ahlaktan ayırmak olanaklı değildir (90).

Özgürlük ve özerklik kavramlarını incelediğinde, insanın ahlak sahibi bir varlık olmasının temelinde özgür olabilmesi gelmektedir. Eğer birey özgür değilse seçim yapabilme, bir şeyi isteme, eyleme geçebilme durumunda olmayacaktır. Türk Dil Kurumu'na göre “insan, istemelerinde özerk ise özgürdür” denmektedir. Birey kendi isteklerine göre karar alıp eyleme geçiyorsa o bireyin özgürlüğünden söz edilebilir (86, 92).

Özgürlük, kişinin diğer bireylerle olan ilişkisinde konusudur. Ancak özgürlüğün sınırını çizen etkenler toplumsal düzen ve zarar vermeme ilkesidir. Özgürlük insanın olanaklarından bağımsız ama insanda bulunan bir özelliktir. Özgürlük düşüncede var olan bir kavramdır. Tüm bunlardan yola çıkarak özgürlüğün kişinin üstünde daha kapsamlı bir kavram, özerkliğin de kişi ya da bir grubu içeren bir kavram olduğunu söyleyebiliriz (92).

Özerklik bireyin kendisine ait bir özellik olup, özgürlük ise bireyin kendisi dışında başkalarına bağlı olan bir özelliktir. Özerklik kavramında birey ya da toplumun kendisi ile ilgili kararları kendisinin verebilme yetisinden bahsedilir, özgürlükte ise başkalarını da ilgilendiren kararlar söz konusudur. Özerkliği bir yelpaze gibi düşündüğümüzde, sınırlılıkları bireylerde ve toplumlarda farklılıklar gösterebilmektedir. Bireyin kendisini ilgilendiren konularda özerkliğinden söz edilmektedir. Özerklik sınırsız değildir ve özerkliği sınırlayan yasalar, kurallar, kişilerin kişilik özellikleri, ruhsal yapısı, aile ve toplumsal yapısı bulunmaktadır. Yeterlilik özerkliğin belirleyicisidir (91).

Özgürlük, özerklik için ön koşul niteliğinde olup özgürlük, özerkliği de olanaklı kılan bir değerdir. Özgürlük olmasa ki bu özerkliği de kapsayan bir kavramdır, özerklikten söz etmek mümkün olmayacaktır. Tüm bu açıklamalardan yola çıkarak, özgürlük daha kapsamlı ve toplumsal bir kavramdır, özerklik ise kişi ya da bir gruba ait bir kavramdır. Ayrıca özgürlük insana ait bir özellik ve bireyin özerk olmasının da bir nedenidir (91).

2.11.4. Bağımsızlık Ve Otonomi İlişkisi

Bağımsızlık Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde ekonomik ve ruhsal desteğe gereksinim duyma, ilgi görme ve yön seçme bakımından diğer bireylere bağlı olmama durumu; iki olay ya da değişkenin birbirine bağlı olmaksızın değişmesi ya da aralarında bir bağıntının bulunmaması durumudur (91).

Ruh biliminde bağımsızlık duygu, düşünce ve davranışlarda başkalarının etkisinde olmamayı ifade eder. Metafizikte varoluşu için başka hiç bir şeye ihtiyaç duymamayı tanımlar. Siyaset felsefesinde ise bağımsızlık, başka bir ülkenin veya ülkelerin yönetiminde veya denetimi altında olmamak olarak ifade edilir. İşlerini başka bir devlet organına bağlı kalmadan yürütülen devlet organını niteler (91).

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi bağımsızlık, siyaset, felsefe, toplum, bilim, psikoloji, ekonomi gibi birbirinden farklı birçok alanı ilgilendiren, birbirleriyle dönem dönem kesişen ve farklı anlam yüklerini kapsayan bir kavramdır.

Özerklik bağımsızlık ile kavramları karşılaştırıldığında; bağımsızlığın hiç bir şeye bağlı olmama durumu olduğu, hiç bir şeyle bağlantının olmaması durumu olduğu

görülmektedir. Oysa özerklik kişinin kendi ile ilgili konularda kararını kendisinin verebilmesi yetisidir. Özerklikte kişinin kendi olanağı, yetkisi söz konusudur (90).

Bağımsızlıkta dışsal etkilerden arınmış olma, “bağlı olmama” alt ve üst sınırı olmayan bir kavram durumu söz konusuysen, özerklikte sınır koyan etmen grubun veya bireyin yeti düzeyidir. Özerklikte hiç bir şeye bağlı olmama durumu söz konusu değildir. Özerkliğin sınırını belirleyen, bu yeti yelpazesinin genişliğidir.

Örnek olarak, mesleki özerklik yerine “mesleki bağımsızlık” kavramı kullanıldığında, meslek sahibi bireyin uygulamalarında, bağlı olduğu bir şeyin olmaması, her şeyden arınmış olarak karar vermesi olarak düşünülebilir (90).

Oysaki; meslek ile ilgili prosedürler ve standartlar, meslekle ilgili yasalar, meslekle ilgili etik ilke ve kurallar mesleğin görev tanımı ve yetkileri, meslek üyesinin bilgi yükü gibi etmenler mesleki özerkliğin sınırlarının belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaçınılmaz olarak meslekte salt bir bağımsızlıktan söz etmek mümkün olmayacaktır. Bu nedenle “mesleki bağımsızlık” kavramının “mesleki özerklik” yerine kullanılması uygun görülmemiştir (91).

Örneğin bağımsızlıktan “mesleki bağımsızlık” terimi türetildiğini ve mesleki özerklik yerine “mesleki bağımsızlık” kavramı kullanıldığı düşünülürse bu bir meslek üyesinin uygulamalarında bağlı olduğu bir şeyin olmaması, her şeyden arınmış olarak karar vermesi anlamına gelebilir (90).

Halbuki; meslekle ilgili yasalar ve etik kurallar, mesleki standartlar, meslekle ilgili görev tanımları, mesleği icra eden kişinin mesleki bilgi ve becerisi, mesleki özerkliği sınırlandıran etmenlerdir. Dolayısıyla meslekle ilgili salt bir bağımsızlıktan söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle “mesleki özerklik” yerine “mesleki bağımsızlık” kavramının kullanılması uygun görülmemiştir (90,91).

2.11.5. Mesleki Otonomi

Mesleki özerklik bireysel özerkliğin yansıması olup destekleyici sosyal ilişkiler içinde anlam bulur. Profesyonel özerklikte ve mesleki uygulamalarda temel kontrole sahip olmak anlamındadır. Ayrıca meslek sahibi bireylerin çalışma ortamlarında kendi fonksiyonları üzerinde hakim olabilmeyi ifade eder (89,94).

Biyoetik terimler sözlüğü'nde mesleki özerklik kavramı, yaptıkları işlerle ilgili kararları verirken ve bireylerin mesleki sorumluluklarını yerine getirirken, fikir ve düşüncelerini yaşama geçirebilmelerini olanaklı kılan bağımsızlık ve kendi kendini yönetebilme yetisi veya durumudur. Mesleki özerklik; mesleki uygulamalar ve kararlar üzerinde meslek üyesinin kontrolünün olması anlamına gelmektedir (89,93,94).

Mesleki özerkliği Hall 1968' de, "çalışma özerkliği", "özerk tutum" ve "toplamda mesleki özerklik" olarak sınıflandırmaktadır. Çalışma özerkliği, çalışanların yaptıkları işlerinin gerekleri üzerinde karar verme özgürlüğü olarak ifade edilir. Özerk tutum, bireyin, mesleki bakış açısı ve bireysel düşünme yolu ile özgürce karar vermesi olarak düşünülür (95).

Mesleki özerklik ve bireysel özerklik kavramları karşılaştırıldığında; mesleki özerklik ise kişinin mesleki değerler ve yargılar, sorumluluklar doğrultusunda mesleki uygulamalarına ilişkin kararları verebilme durumu, bireysel özerklik ise; kişinin bireysel değerleri doğrultusunda kendisi ile ilgili kararları verebilme yetisi, toplumda mesleki özerklik, toplumsal ve yasal kurallar çerçevesinde bireyin dışsal bir etki altında kalmadan mesleki davranışlarında özgür olarak kendisinin karar vermesidir (90,95).

Dolayısıyla mesleki özerklik ve bireysel özerklikte, bireyin ve grubun kararlarını temellendirdiği ilkeler birbirinden farklıdır. Ancak, bireyler meslekleriyle ilgili kararları verirken hiç kuşkusuz bireysel değerleri de göz önünde bulundurmaktadır (90,98,107).

2.11.6. Hemşirelik Mesleğinde Otonomi

Hemşirelikte mesleki otonomi, hemşirelerin profesyonel hemşirelik uygulamalarını, mesleki uygulama standartlarını, etik ilkeler doğrultusunda, meslek ile ilgili yasa ve kurallara uygun bir şekilde davranabilme ve gerçekleştirebilme durumudur. Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin yetki ve bakımda verdiği kararların sorumluluğunu üstlenmesidir (106).

1982 yılında Batey ve Lewis hemşirelik mesleğinde mesleki otonomiye, hemşirelikle ilgili hasta bakımını içeren tüm uygulamalarda sorumluluk alması, tercihleri arasında karar verebilme ve bu kararını uygulamaya koyabilme özgürlüğü olarak tanımlamışlardır. Ayrıca hemşirelerin, bu uygulamaları sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği kurarak gerçekleştirmeleri gerektiğini de vurgulamışlardır (109).

Walker ve Avant'a göre ise hemşirelik mesleğinde mesleki otonomi, hemşirenin hasta merkezli yaklaşması ve hasta savunuculuğunu benimseyerek, hasta ile karşılıklı iletişim ve etkileşim, işbirliği içinde bağımsız olarak hastanın bakımına karar vermesi ve bu kararın sorumluluğunu almasıdır. Aynı zamanda hasta haklarını sonuna kadar savunma ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olma konuları da özerklik kapsamına alınmıştır (1).

Bir başka tanıma göre hemşirelik mesleğinde otonomi; hemşirelerin, işlerini yerine getirirken, mesleki değerler doğrultusunda özgür karar verebilmesidir (94).

Mesleki otonomi, hemşirenin hastasını bütüncül olarak değerlendirmesi ve hastaya en uygun hemşirelik uygulamasını belirlemesi ve yapabilmesidir. Özerklik, var olan durumu değerlendirme yetisi ve yetkisidir. Mesleki yeterlilik arttıkça mesleki özerkliğin alanı da genişleyecektir. Mesleki yeterliliğin bir göstergesi niteliğini taşıyan otonomiye de olumlu yönde etkileyecektir (113,114).

Yukarıdaki tanımlarda özellikle hemşirelerin hasta bakım rolünde özerk karar verebilmesi ve davranabilmesine vurgu yapılmaktadır. Hemşirelikte mesleki özerklik ile hemşirelik bakımı, birbirlerinin gelişimine aynı oranda etki etmektedir. Hemşirelik bakım

hizmetlerinde kalitenin artması mesleki özerkliği gelişmesini sağlarken, mesleki özerkliğin gelişmesi hasta bakımın kalitesinin artmasında önemli bir katkı sağlamaktadır (114).

Mesleki özerkliği oluşturan temel öğelerden birisi karar vermedir. Bu nedenle mesleki özerkliğe sahip olan hemşirenin mesleki uygulamalarıyla ilgili karar vermesi beklenmektedir. Hemşirelikte klinik karar verme, mesleki bilgi birikimi doğrultusunda, tüm uygulama seçeneklerini ortaya koyup uygun olanı seçebilmeyi gerektirir (114).

Hemşirelerin karar vermesi gereken konular arasında; hemşirelerin ve sağlıkla ilgili destek hizmeti veren personelin işe alınması, ve işten çıkarılması, hastaların denetimi, kurum içi akreditasyon komitelerine katılma, bütçe hesabının yapılması, kendisini ve meslektaşlarını değerlendirme gibi alt başlıklar da bulunmaktadır (53,114).

Hemşirenin doğru karar verebilmesi; konuya ilişkin tüm verileri değerlendirebilecek, analizini yapabilecek ve bir yargıya ulaşabilecek şekilde, çağdaş bilimsel bilgiye ve beceriye sahip olmasını, bilimsel kongrelere ve araştırmalara katılmasını, mesleğine ilişkin yenilikleri sürekli takip etmesini gerektirmektedir. Ancak bu sayede hemşireler, meslekleriyle ilgili kararları verebilecek yetkiye ve yeterliliğe sahip olacaklardır (53,115).

Mesleki otonominin önemli bir ögesi de sorumluluk almaktır. Bir hak olarak mesleki otonomi sahip olduğunda, bu hakkı elde etmenin karşılığında yeni sorumlulukları üstlenme zorunluluğu doğmaktadır (115).

Mesleki otonominin artmasıyla birlikte, hemşirelik meslek üyelerinin teknolojiyle birlikte son gelişmelere uygun mesleki bilgi ve becerileri doğrultusunda üst düzeyde hasta bakımı verme sorumluluğunu da beraberinde getirmektedir. Kuşkusuz karar verme yetisine sahip olan kişi, aldığı kararın sorumluluğunu da üstlenmelidir (105,116).

Literatürde hemşirenin rollerine bakıldığında; “bağımlı”, “bağımsız”, “yarı bağımlı” gibi sınıflandırılmaktadır. Yukarıdaki tanımlardan yola çıkarak, hemşirenin rollerinin bu şekilde sınıflandırılmasının hemşirelerin rollerinin doğru bir şekilde anlaşılmasını güçleştireceği düşünülmektedir. Bu nedenle hemşirelik rollerinin; hemşirenin karar verip uygulayacağı, hemşirenin hekimin istemi doğrultusunda uygulayacağı ve hemşirenin diğer

sağlık ekibiyle işbirliği içinde karar verip uygulayacağı roller şeklinde incelenmesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir (115).

Hemşirelik, doğası gereği diğer ekip üyeleriyle de işbirliği içinde yürütülen bir meslektir. Bu nedenle hastaya ilişkin birçok karar ekip ile birlikte alınmaktadır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, hastalarla sürekli iletişim halindedir. Hemşireler hasta için en iyi olanı belirlemeye çalışarak hastalarda istenilen sonuca ulaşmada, ekibin karar verme sürecinde en önemli katkıyı sağlamaktadırlar (53,115).

Bu nedenle hemşireler sağlık ekibin bir üyesi olarak, etkili ve doğru iletişim tekniklerini bilmeli, ekibin diğer üyeleriyle etkin iletişim kurmalıdır. Böylelikle hastaya yönelik alınan kararlarda, hastanın katılımını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Hemşirenin ekip içinde var olduğunu hissettirmesi, otonominin tanınması anlamında oldukça önemlidir. Hemşirelik mesleğinde hemşirelerin otonomiye en iyi kullandıkları alan, mesleğin ortaya koyduğu, tanımlardan da anlaşılacağı üzere en eski ve en temel rolü olan hemşirelik bakım uygulamalarıdır. Hemşirelik bakımı, hemşireliğin özünü oluşturması ve insanın doğası gereği vazgeçilemeyen bir gereksinim olması bakımından mesleki otonomi için kilit bir roldür. (116)

Hemşirelik mesleğinde, mesleki özerklik konusu daha çok 20. yüzyılda tartışılmaya başlanmasına karşın 19. Yüzyılda bazı hemşirelerin özerk davranış sergiledikleri, yapılan araştırmalarda görülmektedir. Konuyla ilgili literatürlere bakıldığında, hemşirelerde mesleki otonomi gelişmesinin, hemşirelik bakım uygulamalarının zamanında ve uygun yapılmasını sağladığı, kaliteli hemşirelik bakımının ise mesleki otonomi gelişimine katkı sağladığı belirlenmiştir (94,116).

Örneğin, 1893 yılında Lilianwald Ve Mary Brewster, New York'daki fakir insanların sağlık ile ilgili gereksinimleri doğrultusunda fakir insanların beslenme, temizlik, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılamışlardır. Burada ilk kez özerk davranan hemşireler, bir hekimden emir almadan eleştirel düşünerek ortaya çıkan problemleri hızlı bir şekilde çözüme ulaştırmışlardır (42).

Kuşkusuz tek tek örneklerden yola çıkarak hemşireliğin özerkliğinden söz etmek doğru olmayacaktır. Hemşirelik mesleğinin bugünkü durumuna bakıldığında, hemşirelerin sağlık bakım sisteminde karar verme sürecine çok katılmadıkları, hatta mesleki kararlarını vermede engelleyici farklı etmenlerle karşılaştıkları görülmektedir (117,118,119,120).

Florence Nightingale'in 19. yüzyıldaki yaklaşımı, 20. Yüzyılın sonlarına kadar etkisini sürdürmüştür. 20. yüzyılın ortalarına yaklaşıldığında hemşirelerin hâlâ hekim isteklerini yerine getirmeyi önemli bir değer olarak benimsedikleri ve bu anlayışı hemşirelik mesleği etik kodlarına da yansıttıkları görülmektedir (42).

Hemşirelerin otonom davranma nedenlerine bakıldığında, tarihsel süreç içerisinde hemşireliğin çoğunlukla kadınlar tarafından yapılması ve kadının toplumdaki imajı, eğitim düzeyindeki farklılıklar, hemşirelik yasası ve yönetmeliğinde görev tanımlarındaki belirsizlikler, istihdam sorunu, hastane prosedürleri ve organizasyon yapısı, ülkenin sağlık politikaları şeklinde sıralanabilir (42).

Hemşirelerin mesleklerini icra ederken özerk olmalarının sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin artmasında hem de mesleki gelişmesinde oldukça önemli olduğu görülmektedir. Hemşirelik mesleğinde, özerkliğin gelişmesine yapılacak her türlü katkı, doğrudan tüm sağlık sistemine olumlu yansıyacaktır. Hemşirelikte mesleki özerkliği geliştirmenin ilk yolu, var olan problemi tespit etmek ve problemin çözümü için en kısa zamanda girişimde bulunmaktır (90).

Özerklik, bir mesleğin temel taşıdır. Hemşirelikte mesleki özerkliğin gelişmesi sürecinde, meslek üyelerinin, diğer sağlık sisteminde yer alan tüm ekibin, sağlıkla ilgili yasa yapanların mesleğe ilişkin algılarındaki değişim sonucu olarak görünmektedir (46).

Geleneksel ve her söyleneni yapan, hemşirelik mesleğinin birincil görevi olan hasta bakım uygulamalarında dahi hekime bağlı kalan hemşire imajı, günümüze kadar gelmiştir. Bu durumun sonucu olarak da bu gün hemşirelik mesleğinin diğer mesleklerden daha az özerk olduğu ve özerklik kazanma konusunda pasif kaldığı görülmektedir. Hemşirelik mesleğinin görev tanımındaki belirsizlikler, hemşirelik yasasındaki

belirsizlikler, toplum genelinde olduğu gibi sağlık camiasında da karmaşıklığa yol açmaktadır. Bu nedenle hemşirelik mesleği, bağımsız meslek olma yolunda istenilen konum ve düzeyde değildir (46).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı Ve Modeli

Bu çalışma hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarında bireysel ve mesleki otonomiye kullanma konusundaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin, otonomi düzeyleri ve hemşirelik uygulamalarında otonomiye kullanma düzeyleri, demografik özelliklerinin mesleki otonomiye olan etkisi incelenmiştir.

3.1. Araştırmanın Hipotezleri :

Hipotez 1-0. Hemşirelerin görüşlerine göre, mesleki otonomiye kullanma düzeyi düşüktür.

Hipotez 1-1. Hemşirelerin görüşlerine göre, mesleki otonomiye kullanma düzeyi yüksektir.

Hipotez 2-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, yaş durumuna göre farklı değildir.

Hipotez 2-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, yaş durumuna göre farklıdır.

Hipotez 3-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, cinsiyet durumuna göre farklı değildir.

Hipotez 3-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, cinsiyet durumuna göre farklıdır.

Hipotez 4-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, mezuniyet durumuna göre farklı değildir.

Hipotez 4-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, mezuniyet durumuna göre farklıdır.

Hipotez 5-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, çalışma yılına göre farklı değildir.

Hipotez 5-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, çalışma yılına göre farklıdır.

Hipotez 6-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, çalıştığı kliniğe göre farklı değildir.

Hipotez 6-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, çalıştığı kliniğe göre farklıdır.

Hipotez 7-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, günlük baktığı hasta sayısına göre farklı değildir.

Hipotez 7-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, günlük baktığı hasta sayısına göre farklıdır.

Hipotez 8-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, klinikteki konumuna göre farklı değildir.

Hipotez 8-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, klinikteki konumuna göre farklıdır.

Hipotez 9-0. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, hemşirelik uygulamalarına göre farklı değildir.

Hipotez 9-1. Hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, hemşirelik uygulamalarına göre farklıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Şubat 2014- Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırma tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan (n=1018) tüm hemşireler, araştırmanın örnekleme ise evrenin tamamı olup araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden oluşturulmuştur. Araştırma süresince, 1 yıldan fazla raporlu olan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir. Evrendeki 1018 hemşireden 564'üne ulaşılmıştır. 33 hemşire ise Hemşire Aktivite Ölçeği'nde yer alan soruları tam olarak cevaplamadığı için araştırma analizinde 531 denek baz alınmıştır. 1018 evren büyüklüğü olarak tespit edildiğinde $\pm 5\%$ kabul edilebilir hata da %99 Güven seviyesi kabulünde önerilen örneklem büyüklüğü 402 olarak hesaplanmıştır. Bu yönü ile bakıldığında yapılan örneklem tespiti %99 güven seviyesinin de üzerinde bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri sosyo-demografik veri formu ve hemşirelik aktivite ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Sosyo-demografik veri formu 14 maddeden oluşmaktadır. Bu formda 8 madde demografik özellikleri, diğer 6 madde ise hemşirelik uygulamalarına yönelik sorulardan oluşmaktadır (EK 1).

Hemşirelerin Otonomi düzeyleri, anketin ikinci bölümde yer alan "Hemşirelik Aktivite Ölçeği" kullanılarak elde edilmiştir. Karen Kelly Schutzenhofer tarafından ilk olarak 1980 yılında geliştirilmiş, 1992 yılında yenilenmiştir. Ülkemizde de "Hemşirelik Aktivite Ölçeği" 2010 yılında Esra Saraçoğlu tarafından "Hemşirelerin Mesleki Otonomi Ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi" isimli çalışmada, hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. (8,EK-1)

Ölçeğin hemşirelerin mesleki otonomisini belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiş, 2011 yılında Jorge Manuel Da Silva Ribero "Autonomia Profissional Das Enfermeiras" adlı çalışmada (cronbach alfa=0,88); Kae R. Livsey (2009) "Structural Empowerment and Professional Nursing practice behaviors Of Baccalaureate nursing students İn Clinical Learning Environments" adlı çalışmada (cronbach alfa=0,75) kullanılmışlardır (127,128).

Yine Anne Marie H. Bularzik ‘‘Nurses perceptions Of Their Group Goal Attainment Capability and Professional Autonomy: A Pilot Study’’ alışmasında HAÖ’ni kullanmıştır (126).

Araştırmamızda da, ölçeğin içsel tutarlılık ve güvenirliliği için madde toplam korelasyonları ve cronbach alfa katsayısı analiz edilmiştir. Hemşirelik aktivite ölçeği maddeleri için içsel tutarlılık cronbach alfa katsayısı % ,898 olarak tespit edilmiştir.

Anket formu ve Hemşirelik Aktivite Ölçeği; Esra Saraçoğlu’ndan e-mail yolu ile kullanım izni alınmıştır (EK-2). Ölçeğin orjinali 35 maddeden oluşmaktadır. Karen Kelly Schutzenhofer tarafından geliştirilen ve Esra Saraçoğlu tarafından da geçerli ve güvenirliliği kabul edilen ankette 30 madde dikkate alınmıştır. Ölçeği geliştiren araştırmacı ölçeğin son 5 maddesinin, ölçek toplam puanı hesaplanırken çıkarılmasını önermiştir. Bunun nedeni ise maddelerin ölçekte ters ifadelerinin bulunmasıdır. Araştırmamızda da ölçek puan hesaplamaları 30 madde baz alınarak hesaplanmıştır.

Araştırmada da ölçek puan hesaplamaları 30 maddenin puanları hesaplanarak saptanmıştır. Maddeler dörtlü likert tipi puanlama sistemiyle; ‘‘ok nadir bu şekilde davranırım’’, ‘‘nadiren bu şekilde davranırım’’, ‘‘genel olarak bu şekilde davranırım’’ ve ‘‘oğunlukla bu şekilde davranırım’’ ifadeleriyle cevaplanmaktadır. Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanlaması; ifadelere verilen ağırlıklarla hesaplanmaktadır. Bu ifadeler aşağıda verilmiştir.

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

60 - 120 = Düşük Seviyede Otonom

121 -180 = Orta Seviyede Otonom

181 -240 = Yüksek Seviyede Otonom

3. 5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul'dan etik kurul onayı ve hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere öncelikle çalışma ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip, sözlü onamları alınmış ve uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma Analizleri SPSS (Statistical Package for social sciences) 18.0 İstatistik Analiz Programı İle Yapılmıştır.

Araştırma verileri değerlendirilirken; ölçek toplam puanı kolmogorov smirnov test sonucu normal dağılıma uygun bulunmuştur. Hemşirelik Aktivite Ölçek Puanı ile demografik veriler arasındaki ilişkiyi aramak için, parametrik yöntemlerden tek yönlü

varyans analizi, standart sapma, frekans, ki-kare, t-test gibi istatistiksel metotlar kullanılmıştır.

Grupların karşılaştırılmasında Oneway ANOVA testi; iki grubun karşılaştırmasında ise student-t testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirilirken istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırma da hemşirelerin yaş, okul, çalıştığı birim, klinik türü, konumu, günlük baktığı hasta sayısını gösteren tablo aşağıda verilmiştir.

Tablo3. Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı (n=531)

Yaş	N	Yüzde %
20-29	198	37,3
30-39	198	37,3
40-49	116	21,8
50-59	19	3,6
Cinsiyet		
Erkek	27	5,1
Kadın	504	94,9
Mezuniyet Durumu		
HYO/Hemş.Fakültesi	453	85,3
Lisansüstü	28	5,3
Önlisans	26	4,9
SML/Sağlık memurluğu	24	4,5
Çalışma Yılı		
1-5	177	33,3
6-10	124	23,4
11-15	59	11,1
16-20	94	17,7
21-26	48	9,0
27 Ve Üstü	29	5,5
Klinik Türü		
Dahili Birim	288	54,4
Cerrahi Birim	193	36,3
Çocuk Hastanesi	37	7,0
Hemşirelik hizm. Yönt.	13	2,4
Klinikteki Konumu		
Servis Hemşiresi	255	48
Y.B. / Ameliyat. Hemşiresi	167	31,4
Yönetici / Sor.Hemşire	63	12
Poliklinik Hemşiresi	46	8,6
Günlük Bak. Hasta Sayısı		
1-5	145	27,3
11-19	150	28,2
6-10	81	15,3
20 Ve Üstü	118	22,2
Yok	37	7,0

Tablo 3'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin %74,6'sının (n=396) 20-29 ve 30-39 yaş aralığında olduğu, %94,9'nun (n =504) kadın olduğu, % 85,3' ünün (n=453) HYO ve Hemşirelik Fakóltesi mezunu olduğu, % 54,4'ünün (n=288) dahili birimlerde çalıştığı, %47,9'nun (n=255) servis hemşiresi olduğu, % 33,3'nünn (n=177) 1-5 yıl arasında çalıştığı, %27,3'ünün (n=145) ise 1-5 arasında günlük hasta baktığı saptanmıştır.

Bu bölümde hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirilmesine yönelik bulgular verilmiştir. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirememe nedenleri gösterilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme durumuyla ilgili bulguların dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde %	Ölçek Puanı	Ss
Evet	154	29,0	160,78	23,893
Kısmen	292	55,0	157,82	25,634
Hayır	85	16,0	153,29	29,374
Total	531	100,0	157,95	25,848

Tablo 4'e göre hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme sorusuna **%55,0'ı** (n=292) 'Kısmen' yanıtını; % 29,0'i (n=154) 'Evet' yanıtını ve % 16,0'ı (n=85) ise 'Hayır' yanıtını verdikleri saptanmıştır. Verilen yanıtlara göre HAÖ ortalama ölçek puanı 'evet' diyenlerin 160,78; 'kısmen' diyenlerin 157,82; 'hayır' diyenlerin 153,29 olarak hesaplanmıştır.

Bu tabloda hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirememe durumları gösterilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirememe durumunun dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde%	Ölçek Puanı	Ss
Hemşire Sayısının Yetersizliği	106	26,0	154,75	24,454
İş Yükü Fazlalığı	109	20,5	157,10	24,928
Hasta Sayısının Fazla Olması	88	16,6	153,65	24,645
Malzeme Eksikliği	92	17,3	159,35	28,715
Görev Dışı İşlerde Çalışma	80	15,1	164,19	28,841
Görev Tanımının Olmaması	80	15,1	164,19	28,841
Evrak Kayıt Dosya İşleri	76	14,3	155,76	28,321
Ekip İçinde İletişim Yetersizliği	56	10,5	167,57	21,255
Nöbet Çalışma Saatinin Fazlılığı	27	5,1	159,48	19,374
Yönetici Desteğinin Yetersizliği	25	4,7	157,76	26,281
Motivasyon Eksikliği	27	5,1	164,59	26,658
Ücretlendirmede Adaletsizlik	8	1,5	167,50	22,207
Yorgunluğa Bağlı Hata Yapma Endişesi	4	0,8	169,25	16,070

Tablo 5' e göre sağlık bakım sistem içinde rollerini yerine getirememe nedeni olarak araştırmaya katılan hemşirelerin %26,0 (n=106) hemşire sayısının yetersizliği'; % 20,5 (n=109) 'iş yükü fazlalığı'; %16,6 (n=88) 'hasta sayısının fazla olması', % 17,3 (n=92) 'malzeme eksikliği'; %15,1 n=80 'görev dışı işlerde çalışma' olarak belirtmiştir.

HAÖ puan ortalamalarına baktığımızda; 'hemşire sayısının yetersizliği' 154,75; 'iş yükü fazlalığı' 157,10; 'hasta sayısının fazla olması' 153,65; 'malzeme eksikliği' 159,35; 'görev dışı işlerde çalışma' 164,19 olarak saptanmıştır.

Bu tabloda hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen nedenler yer almaktadır.

Tablo 6. Hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermesini etkileyen faktörlerin dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde%	Ölçek Puanı	Ss
Hekim İle Ast/Üst Sorunları	83	15,6	165,12	28,891
Görev Tanımı Yetersizliği	66	12,4	162,20	25,823
Yönetimle İlgili Sıkıntılar	59	11,1	157,85	29,081
Mesleki Bilgi Yetersizliği	52	9,8	166,62	21,132
Yasal Hakların Yetersizliği	48	9,0	167,0	23,788
Diğer Ekip Üyeleriyle Uyum Sorunları	48	9,0	158,02	30,911
Hastaya Bağlı Nedenler	48	9,0	158,02	30,911
Kurum İşleyişi İle İlgili Sorunlar	43	8,1	155,70	31,916
Özgüven Eksikliği	24	4,5	169,58	21,671
Mesleki Anlamda Değer Görmeme	32	6,0	161,13	20,388
Deneyim Azlığı	22	4,1	171,32	26,491
Görev Tanımı Dışında İş Yükü	18	3,4	151,67	29,155
Evrak Kayıt İşlerinin Uzun Sürmesi	9	1,7	156,00	17,685
Çalışma Arkadaşları	10	1,9	170,40	36,707
İş Merkezli Çalışma	7	1,3	159,57	24,535

Tablo 6'ya göre, Hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörlere bakıldığında, %15,6'sı (n=83) 'hekim ile ast/üst sorunlarının yaşanması'; %12,4'ü (n=66) 'görev tanımının yetersizliği'; %11,1'i (n=59) 'yönetimle ilgili sıkıntılar'; %9,8'i (n=52) 'mesleki bilgi yetersizliği' olarak belirtmiştir.

HAÖ ortalama ölçek puanları ise; 'hekim ile ast/üst sorunlarının yaşanması' 165,12; 'görev tanımının yetersizliği' 162,20; 'yönetimle ilgili sıkıntılar' 157,85; 'mesleki bilgi yetersizliği' 166,62 olarak hesaplanmıştır.

Bu tabloda araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma saatlerinde en fazla zaman ayırdıkları işlerin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin alışma saatlerinde en fazla zaman harcadıkları işlerin dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde%	Ölçek Puanı	Ss
Evrak Kayıt İşleri	368	69,3	156,42	26,032
Hemşirelik Bakımı	177	33,3	160,3	22,500
Tanı Ve Tedavi	163	30,7	157,37	24,479
İdari Ve Teknik Hizmetler	69	13,0	166,42	27,413

Tablo 7'ye göre araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma saatlerinde en fazla zaman harcadıkları işlere bakıldığında; %69,3' (n=368) '**evrak ve kayıt işleri**'; %33,3' (n=177) 'hemşirelik bakımı'; %30,7'si (n=163) 'tanı ve tedavi'; %13,0'ı (n=69) idari ve teknik hizmetler olarak saptanmıştır.

HAÖ puanları ise; 'evrak ve kayıt işleri' 156,42; 'hemşirelik bakımı' 160,3; 'tanı ve tedavi' 157,37; 'idari ve teknik hizmetler' 166,42 olarak hesaplanmıştır.

Bu tabloda araştırmaya katılan hemşirelerin hasta bakımında özellikle dikkate aldığı unsurların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkat ettiği unsurların dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde%	Ölçek Puanı	Ss
Kendi Hemşirelik Gözlemlerim	406	76,5	159,71	25,175
Hekimin Yazılı İsteminin Olması	396	74,6	156,42	26,032
Hemşirelik Bakım Planında Yazılı Olması	154	29,0	163,28	25,380
Hekimin Sözlü Onamının Olması	127	23,9	156,45	27,173

Tablo 8' e göre hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkat ettiği unsurlara bakıldığında; %76,5'i (n=406) '**kendi hemşirelik gözlemlerim**'; %74,6'sı (n=396) 'hekimin yazılı isteminin olması'; %29'u (n=154) 'hemşirelik bakım planında yazılı olması'; %23,9'u (n=127) 'hekimin sözlü onamının olması' olarak belirtmiştir.

HAÖ puanları ise; hemşirelik bakım planında yazılı olması 163,28; kendi hemşirelik gözlemlerim 159,71; hekimin yazılı isteminin olması 156,42; hekimin sözlü onamının olması 156,45 olarak hesaplanmıştır.

Bu tabloda doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım uygulamalarının dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 9. Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım işlemlerinin dağılımı (n=531)

İfadeler	N	Yüzde%	Ölçek Puanı	Ss
Tüm Vücut Ve Öz Bakım	257	48,4	160,96	23,109
Damar Yolu/Santral Kateter / Dren Bakımı	123	23,2	158,03	22,962
Bası Yarası Bakımı	91	17,1	157,32	22,580
Mobilizasyon/Pozisyon Değişikliği	83	15,6	158,63	22,769
Hasta/Hasta Yakını Eğitimi	83	15,6	166,84	25,045
Vital Bulgu Takibi	75	14,1	154,36	27,408
Yara Bakımı	68	12,8	161,12	23,889
Emosyonel Destek	56	10,5	164,14	23,813
Ödem Bakımı	45	8,5	161,09	20,021
Hipertermi/ Hipotermi Bakımı	34	6,4	161,88	20,771
Aseptik Teknik/Enfeksiyon Kontrolü	23	4,3	171,30	26,687
Beslenme Gereksiniminin Sağlanması	22	4,1	161,18	14,454
Soğuk Uygulama	19	3,6	160,11	28,341
Aspirasyon Uygulama	14	2,6	167,43	24,140
Kan Şekerini Takibi	11	2,1	145,45	36,314
Postüral Drenaj/Solunum Egzersizi	7	1,3	176,71	12,120
Psikososyal Destek	6	1,1	173,17	13,960
Preop/Postop Bakım	5	0,9	182,60	19,152
Kolostomi Bakımı	5	0,9	158,40	13,939
Hastaya Uyku Ve Hijyen Sağlama	4	0,8	167,00	11,165
Bilinç Takibi	3	0,6	160,00	19,287
Allerji Durumunda Tedaviyi Durdurma	3	0,6	169,67	19,035

Tablo 9' a göre doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım işlevlerinin dağılımına bakıldığında; %48,4'ü (n=257) '**tüm vücut ve öz bakım**'; % 23,2'si (n=123) '**damar yolu/santral kateter/dren bakımı**'; %17,1'i (n=91) '**bası yarası bakımı**'; %15,6'sı (n=83) '**mobilizasyon/pozisyon değişikliği**'; %15,6'sı (n=83) '**hasta/hasta yakını eğitimi**' olarak saptanmıştır.

HAÖ puanları ise; '**tüm vücut ve öz bakım**' 160,96; '**damar yolu/santral kateter/dren bakımı**' 158,03; '**bası yarası bakımı**' 157,32; '**mobilizasyon/pozisyon değişikliği**' 158,63; '**hasta/hasta yakını eğitimi**' 166,84 puan olarak hesaplanmıştır.

4.2. Hemşirelik Aktivite Ölçeği puan ortalamalarının demografik özellikleri ve hemşirelik uygulamaları ile karşılaştırılması

Tablo 10. Hemşirelerin yaş gruplarına göre HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Yaş Grubu	N	Yüzde %	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
20-29	198	37,3	64	211	156,97	24,475
30-39	198	37,3	81	222	157,98	26,495
40-49	116	21,8	96	220	160,99	24,078
50-59	19	3,6	81	240	157,95	25,848

Oneway ANOVA

p=0,261

Tablo 10' na göre hemşirelerin yaş gruplarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin yaş grupları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0,261>0,05)

Literatürde de, çalışmamıza paralel olarak benzer sonuçlar elde edilmiş, yaş grupları ile otonomi düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tüm yaş gruplarının HAÖ puanları ise; 40-49 yaş grubu 160,99; 30-39 yaş grubu 157,98; 50-59 yaş grubu 157,95; 20-29 yaş grubu 156,97 olarak bulunmuştur. Ayrıca yaş gruplarının HAÖ puanlarının birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir. (8,121,124)

Tablo 11. Hemşirelerin çalışma yıllarına göre HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Çalışma Yılı	N	Yüzde %	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
1-5	177	33,3	64	211	155,67	24,147
6-10	124	23,4	81	218	156,75	25,673
11-15	59	11,1	105	216	161,12	26,292
16-20	94	17,7	81	222	158,72	27,868
21-26	48	9,0	117	220	166,06	22,173
27 ve üstü	29	5,5	81	240	157,95	32,625

Oneway ANOVA

p=0,167

Tablo 11' e göre hemşirelerin çalışma sürelerine göre hemşirelik aktivite ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,167>0,05$).

Ancak hemşirelerin çalışma yılı arttıkça otonomi puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında otonomi düzeyi ile çalışma yılının artmasıyla kendine güvenin arttığı, otonominin de deneyimle arttığından söz edilmektedir. Collins ve Henderson otonominin deneyimle ilişkili olmadığını ifade etmektedir. Kangalli'nın 2005' te ve Saraçoğlu'nun 2010 da yaptığı çalışmada da, çalışma yılı ile otonomi arasında anlamlı fark görülmemiştir (8,124,125).

Tablo 12. Hemşirelerin cinsiyete göre HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Cinsiyet	N	Ort.	Ss
Erkek	27	150,89	27,987
Kadın	504	158,33	25,704

T-Test

p=0,145

Tablo 12'ye göre hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin cinsiyet durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,145>0,05$).

Tablo 13. Hemşirelerin mezuniyet durumlarına göre HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Okullar	N	Yüzde %	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
SML	18	3,4	101	204	144,94	29,226
Sağlık Memurluğu	6	1,1	115	217	167,67	28,127
Ön Lisans	26	4,9	81	184	142,58	26,778
HYO	345	65,0	64	220	158,01	23,845
Hemşirelik Fakültesi	108	20,3	86	222	161,11	26,160
Lisansüstü	28	5,3	81	240	165,68	35,167

Oneway ANOVA

p=0,002

Tablo13'e göre hemşirelerin mezun oldukları okullarla HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mezun olduğu okullarla HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p=0,02<0,05**).

Eğitim düzeyi arttıkça, hemşirelerin otonomi ölçek puanının yükseldiği görülmektedir. Lisansüstü mezun hemşirelerin, HAÖ puanı lisans mezunu ve SML mezunlarına göre daha yüksektir. Burda dikkati çeken sağlık memuru mezunu olan grubun HAÖ puanının diğerlerinden yüksek olup, sağlık memurluğu mezunu hemşirelerin diğerlerine göre, daha otonom davranış sergiledikleri söylenebilir.

Tablo 14. Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre HAÖ puan ortalamasının karşılaştırılması (n=531)

Okullar	N	Yüzde %	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
Dahili Birim	288	54,4	64	222	155,61	25,616
Cerrahi Birim	193	36,3	81	214	157,11	25,756
Çocuk Hastanesi	37	7,0	139	240	173,51	23,334
H.H.Yönetimi	13	13	160	205	178,00	15,615

Oneway ANOVA

p=0,000

Tablo 14'e göre hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p=0,00<0,05**).

Hemşirelik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışanlara göre, HAÖ puanı daha yüksek olup, otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek oluşu, bu grubun hasta bakımında aktif olarak yer almamaları ve hemşirelik yönetimi ile ilgili görevler yapmaları nedeniyle daha otonom davranış sergiledikleri söylenebilir. Ayrıca çocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin de HAÖ puanı, dahili ve cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri, birimler arasındaki farklılıkları görmek açısından da önemlidir.

Tablo 15. Hemşirelerin klinikteki konumuna göre HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Klinik türü	N	Yüzde%	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
Servis Hemşiresi	255	48	81	211	155,85	22,789
YB/Ameliyat.Hemşiresi	167	31,4	64	221	156,92	25,372
Yönetici/sorumlu hemşire	63	12	106	220	169,81	24,469
Poliklinik Hemşiresi	46	8,6	81	240	157,11	38,881

Oneway ANOVA

p=0,002

Tablo 15'e göre hemşirelerin klinikteki konumuna ile HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; klinikteki konumu ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (**p=0,002<0,05**). Yönetici ve sorumlu hemşire olarak çalışan grubun diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre HAÖ puanı daha yüksektir. Yönetici ve sorumlu hemşireler, daha çok klinik yönetiminde görev yaptıkları ve hemşirelik uygulamalarında aktif olarak yer almadıkları için otonomi düzeyleri daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 16. Hemşirelerin günlük baktığı hasta sayısı ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

Hasta Sayısı	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
1-5	64	211	155,49	24,626
6-10	95	217	159,49	23,030
11-19	86	240	157,01	24,781
20 Ve Üstü	81	221	158,73	30,721
Hasta bakmayan grup	109	211	165,57	22,981

Oneway ANOVA

p=0,276

Tablo 16'ya göre hemşirelerin günlük olarak baktıkları hasta sayısı ile HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin günlük baktığı hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,276>0,05$). Ayrıca bakılan günlük hasta sayısı arttıkça hemşirelerin otonomi ölçek puanının azaldığı görülmüştür. Hasta sayısının fazla olması iş yükü fazlalığı ile birlikte, hemşirelerin hasta bakım uygulamalarında daha az zaman ayırmalarına ve hasta ile ilgili kararlarda daha pasif rol almalarına neden olacağı, dolayısıyla hemşirelerin bireysel otonomilerinin gelişmesini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Tablo 17. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirebilme durumunun (HAÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması (n=531))

İfadeler	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
Evet	81	222	160,78	23,893
Kısmen	64	220	157,82	25,634
Hayır	81	240	153,29	29,374

Oneway ANOVA

p=0,100

Tablo 17'ye göre hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirme durumu ile HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirme durumu ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,100>0,05$). 'Hemşireler sağlık bakım sistemi

içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebiliyor mu?’ sorusuna ‘evet’ diyenlerin HAÖ puanınının 160,78 puan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 18. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedenleri ile HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

İfadeler	Evet	Hayır	Evet Ort.	Hayır Ort.	Evet Ss	Hayır Ss	P
İş Yüğü Fazlalığı	109	422	157,10	158,17	24,928	26,105	0,700
Malzeme Eksikliği	92	439	159,35	157,66	28,715	25,232	0,570
Görev Tanımının Olmaması	80	451	164,19	156,85	28,841	25,155	0,035
Hemşire Sayısının Azlığı	106	425	154,75	158,75	24,454	26,151	0,155
Ekip İçinde İletişim Yetersizliği	56	475	167,57	156,82	21,255	26,123	0,003
Hasta Sayısının Fazla Olması	88	443	153,65	158,81	24,645	26,023	0,087
Motivasyon Eksikliği	27	504	164,59	157,60	26,658	25,783	0,171

Oneway ANOVA

Tablo18’e’ göre hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedenleri ile HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelediğinde; ‘görev tanımının olmaması’ ve ‘ekip içinde iletişim yetersizliği’ olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,035<0,05$, $p=0,003<0,05$). HAÖ puan ortalamalarında ise; ‘evet’ diyenlerin; ‘görev tanımının olmaması’ 164,19; ‘ekip içinde iletişim yetersizliği’ 167,57 olarak hesaplanmıştır.

Görev tanımının olmaması ve ekip içinde iletişim yetersizliği, hemşirelerin otonom davranmalarını olumsuz etkilemekte, dolayısıyla bu durum hemşirelik meslek uygulamalarına da yansımaktadır.

Tablo19. Hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlerle HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

İfadeler	Evet	Hayır	Evet Ort.	Hayır Ort.	Evet Ss	Hayır Ss	P
Hekim İle Alt/Üst Sorunları	83	448	165,12	156,63	28,891	25,055	0,053
Görev Tanımı Yetersizliği	66	465	162,20	157,35	25,823	25,823	0,008
Yönetimle İlgili Sıkıntılar	59	472	157,85	157,97	29,081	25,450	0,128
Mesleki Bilgi Yetersizliği	52	479	166,62	157,01	21,132	26,156	0,011
Kurum İşleyişi	43	488	155,70	158,15	31,916	25,274	0,048
Yasal Nedenler	48	479	163,63	157,34	23,750	26,014	0,095
Ekip İle Uyumsuzluk	48	483	167,00	157,05	23,768	25,895	0,011
Mesleki Değer Görmeme	32	499	161,13	157,75	20,388	26,163	0,185
Hastaya bağlı nedenler	48	483	158,02	157,95	30,911	25,328	0,162
Özgüven eksikliği	24	507	169,58	157,40	21,671	25,918	0,024
Deneyim Azlığı	22	509	171,32	157,38	26,491	25,690	0,013
Görev tanımı dışında iş yükü	18	513	151,67	158,17	29,155	25,729	0,294
Evrak ve kayıt işlerinin uzun sürmesi	9	522	156,00	157,99	17,685	25,977	0,819
Çalışma Arkadaşları	10	521	170,40	157,71	36,707	25,586	0,124
İş merkezli çalışma	7	524	159,57	157,93	24,535	25,887	0,868
Çalışma Yılıının Fazla olması	4	527	164,50	157,90	23,573	25,879	0,612

Oneway ANOVA

Tablo 19 ‘a göre hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlerle HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelediğinde; hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlerden; ‘görev tanımı yetersizliği’, ‘mesleki bilgi yetersizliği’, ‘kurum İşleyişi’, ‘ekip ile uyumsuzluk’, ‘özgüven eksikliği’ ve ‘deneyim azlığı’ olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,008<0,05$; $p=0,011<0,05$; $p=0,048<0,05$; $p=0,024<0,05$; $p=0,013<0,05$). HAÖ puanı ortalamaları ise; ‘evet’ diyenlerin, ‘deneyim azlığı’ 171,32, ‘mesleki bilgi yetersizliği’ 166,62 ‘görev tanımı yetersizliği’ 162,20, ‘kurum işleyişi’ 155,70, ‘ekip ile uyumsuzluk’ 167,00, ‘mesleki bilgi yetersizliği’ 166,62, ‘özgüven eksikliği’ 169,58, olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin bağımsız karar vermesini etkileyen nedenler arasında özellikle, görev tanımının yetersizliği dikkat çekmektedir. Tablo 18’ de de hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememeye nedenleri arasında da görev tanımının yetersizliği ifade edilmiştir. Hemşirelerin görev tanımı ve sorumluluklarındaki belirsizlikler, hemşirelik uygulamalarında bağımsız karar verememelerine neden olmaktadır. Yine kurum işleyişi, diğer ekip üyeleri ile olan iletişimde yaşanan sıkıntılar, özgüven eksikliği ve deneyim azlığı da, hemşirelerin daha otonom davranmalarını engellemekte ve hasta bakımı olumsuz etkilenmektedir.

Tablo 20. Hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerle HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

İfadeler	Evet	Hayır	Evet Ort.	Hayır Ort.	Evet Ss	Hayır Ss	p
Tanı ve Tedavi	163	368	157,37	158,21	24,479	26,461	0,363
Hemşirelik Bakımı	177	354	160,33	156,77	22,500	27,322	0,017
İdari Ve Teknik Hizmetler	69	462	166,42	156,69	27,413	25,396	0,003
Evrak ve Kayıt İşleri	368	163	156,42	161,42	26,032	25,164	0,040

Oneway ANOVA

Tablo 20’ye göre hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerle HAÖ puanı karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerden; ‘hemşirelik bakımı’, ‘idari ve teknik hizmetler’ ‘evrak ve kayıt işleri’ diyenlerle HAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,017< 0,05; p=0,003< 0,05; p=0,040< 0,05**). HAÖ puan ortalamaları ise; ‘evet’ diyenlerin; idari ve teknik hizmetler 166,42; hemşirelik bakımı 160,33; evrak ve kayıt İşleri’ 156,42 olarak hesaplanmıştır.

Görüldüğü gibi hemşireler, çalışma saatlerini en fazla, evrak kayıt işleri ile ilgilenmekte, temel görevleri olan hemşirelik bakımına gereken zamanı ayıramamaktadır.

Tablo 21. Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkate aldıkları durumlarla HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

İfadeler	Evet	Hayır	Evet Ort.	Hayır Ort.	Evet Ss	Hayır Ss	P
Hekimin Yazılı İsteminin Olması	396	135	156,94	160,93	25,764	25,962	0,801
Hekimin Sözlü Onamının Olması	127	404	156,45	158,43	27,173	25,434	0,453
Kendi Hemşirelik Gözlemlerim	406	125	159,61	152,24	25,175	27,253	0,005
Hemşirelik Bakım Planında Yazılı Olması	154	377	163,28	155,78	25,380	25,755	0,002

Oneway ANOVA

Tablo 21' e göre hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkate aldıkları durumlarla HAÖ puanları karşılaştırılması incelendiğinde; '**kendi hemşirelik gözlemlerim**', '**hemşirelik bakım planında yazılı olması**' diyenlerle, HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,005<0,05**; **p=0,002<0,05**). HAÖ puanları ise; 'evet' diyenlerin hemşirelik bakım planında yazılı olması 163,28; kendi hemşirelik gözlemlerim 159,61 olarak hesaplanmıştır.

Buradan yola çıkarak, hemşirelerin, hasta bakım gereksinimlerini karşılarken, kendi hemşirelik gözlemlerini ve hemşirelik bakım planında yazılı olmasını dikkate aldıklarını, hasta bakım uygulamalarında da daha bağımsız hareket ettiklerini söyleyebiliriz.

Tablo 22. Doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan en önemli hasta bakım işlemleriyle HAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=531)

İfadeler	Evet	Hayır	Evet Ort.	Hayır Ort.	Evet Ss	Hayır Ss	p
Hastanın Öz Bakımın Desteklenmesi	257	274	160,96	155,13	23,109	27,925	0,009
Damar yolu/santral kateter/dren bakımı	123	408	158,03	157,93	22,962	26,684	0,038
Hasta/Hasta Yakını Eğitimi	83	448	166,84	156,31	25,045	25,685	0,001
Vital Bulgu Takibi	75	456	154,36	158,54	27,408	25,566	0,194
Emosyonel Destek	56	475	164,14	157,22	23,813	26,004	0,058
Ödem Bakımı	45	486	161,09	157,66	20,021	26,320	0,070
Bası Yarası Bakımı	91	440	157,32	158,08	22,580	26,496	0,091
Yara Bakımı	68	463	161,12	157,49	23,889	26,116	0,280
Mobilizasyon Pozisyon Değişikliği	83	448	158,63	157,83	22,769	26,401	0,274
Hipo/Hipertermi Bakımı	34	497	161,88	157,68	20,771	26,155	0,192
Aseptik teknik /Enf. Kont.	23	508	171,30	157,35	26,687	25,673	0,011
Beslenme gereksiniminin sağlanması	22	509	161,18	157,81	14,454	26,229	0,013
Aspirasyon uyg.	14	517	167,43	157,70	24,140	25,867	0,165
Kan Şekerı Takibi	11	520	145,45	158,22	36,314	25,564	0,150
Psiko-Sosyal Destek	6	525	173,17	157,78	13,906	25,909	0,147

Oneway ANOVA

Tablo 22'ye göre, doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan en önemli hasta bakım işlemleriyle HAÖ puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; 'hastanın öz bakımın desteklenmesi', 'damar yolu/santral kateter/dren bakımı', 'hasta/hasta yakını eğitimi', 'aseptik teknik 'enfeksiyon kontrolü', beslenme gereksiniminin sağlanması' diyenlerin HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,009<0,05; p=0,038<0,05; p=0,001<0,05; p=0,011<0,05; p=0,013<0,05**). HAÖ puan ortalamaları ise; 'evet' diyenlerin; 'hastanın öz bakımın desteklenmesi'160,96, 'damar yolu/santral kateter/dren bakımı 158,03; 'hasta/hasta yakını eğitimi 166,84; 'enfeksiyon kontrolü' 171,30; 'beslenme gereksiniminin sağlanması' 161,18 olarak hesaplanmıştır.

Hastanın öz bakımın desteklenmesi, damar yolu/santral kateter/dren bakımı, hasta/hasta yakını eğitimi, aseptik teknik/enfeksiyon kontrolü, beslenme sağlanması; doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan işlemler olup, hemşirenin temel görevleri arasındadır. Hemşireler bu görevleri yerine getirirken daha özgür hareket etmekte ve hasta bakım uygulamaları ile ilgili bireysel kararlar alabilmektedir. Ayrıca temel görevlerini yerine getiren hemşirelerin HAÖ puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 23. Hemşirelik aktivite ölçeği tanımlayıcı istatistikleri

	N	Minumum	Maksimum	Ort.	Ss
HAÖ Puanı	531	64	240	158,00	25,848

Tablo 23' e göre hemşirelerin hemşirelik aktivite ölçeği (HAÖ) puan dağılımları incelendiğinde; minimum puan 64, maksimum puan 240, ortalama ise **158,00±25,848** olarak bulunmuştur. Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanları normal dağılmaktadır ($p=0,224>0,05$). Hemşirelerin otonomi düzeyleri **orta seviyede** (121-180 puan arası) bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarında bireysel ve mesleki otonomi kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin otonomi düzeyleri, anketin ikinci bölümde yer alan ‘Hemşirelik Aktivite Ölçeği’ kullanılarak elde edilmiştir. Ülkemizde ‘Hemşirelik Aktivite Ölçeği’ Karen Kelly Schutzenhofer tarafından ilk olarak 1980 yılında geliştirilmiş ve 1992’de yenilenmiştir. Ülkemizde de 2010 yılında Esra Saraçoğlu tarafından “Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi” isimli çalışmasında, hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan ve araştırmaya katılan hemşirelerin; Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) **158,00** olarak hesaplanmış ve orta düzey otonomiye sahip oldukları saptanmıştır. Saraçoğlu çalışmasında hemşirelerin HAÖ puanı, 173,20 puan olup daha yüksek olarak hesaplanmış, ancak çalışmamıza benzer olarak orta düzey otonomiye sahip olduğu bulunmuştur (8) (tablo 22).

Bularzık A.M.H. Tullai-Mcgunness S.&Sieloff C.L tarafından 2013’de hemşirelerin profesyonel özerklik algılarını belirlemek için yapılan çalışmada, HAÖ puanı 190,40 olup otonom düzeyleri yüksek düzey olarak saptanmıştır. Buradan yola çıkarak Saraçoğlu ve bizim yaptığımız çalışmada HAÖ puanlarının daha düşük olduğu ve hemşirelerin orta düzey otonomiye sahip olduklarını görmekteyiz (8,126).

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri;

%74,6’sı (n=396) 20-29 ve 30-39 yaş aralığında; **%94,9’** unun (n=509) cinsiyeti kadın; **%85,3’**ünün HYO ve Hemşirelik Fakültesi mezunu; **%33,3’ü** (n=177) 1-5 yıl arasında çalıştığı; **%54,4’ü** (n=288) dahili birimlerde çalıştığı; **%48’i** (n=255) servis hemşiresi olduğu; **%28,2’si** (n=150) günlük baktığı hasta sayısının 11-19 arasında olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile HAÖ puanlarının karşılaştırılması;

Yaş grubuyla HAÖ puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; yaş grubuyla HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,261 >0,05$). HAÖ puanları ise birbirine yakın değerlerdir. 40-49 yaş grubunda 160,99; 50-59 yaş grubunda ise 149,32 olarak bulunmuştur. Literatürde de yaş grupları ile otonomi düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. (1,8,121,125,126) (Tablo 10).

Cinsiyet ile HAÖ puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; cinsiyet ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,145 >0,005$). Cinsiyet ile HAÖ puan ortalaması baktığımızda kadınların 158,33; erkeklerin ise 150,89 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Hemşirelerin mezun oldukları okullarla HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mezun olduğu okullarla HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,02 <0,05$) (Tablo13).

HAÖ puan ortalaması ise lisansüstü mezunu hemşirelerin **165,68**, Sağlık Memurluğu ise **167,67** olarak bulunmuştur. Lisansüstü ve sağlık memurluğu mezunu hemşirelerin HAÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo13).

Eğitim düzeyi yükseldikçe, hemşirelerin otonomi ölçek puanının yükseldiği görülmektedir. Lisansüstü mezun hemşirelerin, HAÖ puanı lisans mezunu ve SML mezunlarına göre daha yüksektir. Burada dikkati çeken sağlık memuru mezunu olan grubun HAÖ puanının diğerlerinden yüksek oluşunu, sağlık memurluğu mezunu hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarında diğerlerine göre daha otonom davrandıkları şeklinde söylenebilir.

Eğitim düzeyi arttıkça otonomi düzeyinin de arttığını gösteren çalışmalarda; Kikuchi A, Harada T. çalışmalarında farklı eğitim düzeyine sahip hemşirelerin otonomi düzeylerinin de farklı olduğunu göstermiştir. Yine çalışmamıza paralel olarak Saraçoğlu; eğitim durumlarıyla otonomi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğunu, eğitim düzeyi yükseldikçe otonomi düzeyinin de yükseldiğini göstermiştir (7,122).

Ancak Seren çalışmasında; eğitim düzeyinin hemşirelerde otonomiye etkilediğini, fakat SML mezunu hemşirelerin otonomi düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızla Seren'inin çalışma bulguları arasında bir paralellik görülmemektedir (123).

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre hemşirelik aktivite ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,167>0,05$). Çalışma yılı 21-26 arası olan hemşirelerin HAÖ puanı **166,06** olup diğerlerine göre daha yüksektir. (Tablo11).

Literatüre bakıldığında otonomi düzeyi ile çalışma yılının artmasıyla kendine güvenin arttığı, otonominin de deneyimle arttığından söz edilmektedir. Ancak Collins ve Henderson otonominin deneyimle ilişkili olmadığını ifade etmektedir. Kangallı'nın 2005'te ve Saraçoğlu'nun 2010 yılında yaptığı çalışmada da, çalışma yılı arttıkça otonomi puan ortalamalarında anlamlı fark görülmemiştir. Çalışmamızdaki bulgularla, Collins ve Henderson, Kangallı ve 'Saraçoğlu'nun bulgularıyla benzerlik göstermektedir (8,123,124,125).

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,00<0,05$) (Tablo14).

Hemşirelik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışanlara göre, HAÖ puanı **178,00** olup, otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek oluşu, bu grubun hasta bakımında aktif olarak yer almamaları ve hemşirelik yönetimi ile ilgili işlerde çalışmalarını nedeniyle daha otonom davranış sergiledikleri söylenebilir. Ayrıca çocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin de HAÖ puanı **173,51** olup, dahili ve cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri, birimler arasındaki farklılıkları görmek açısından önemlidir (Tablo14).

Kangallı'nın 2005 te yaptığı çalışmada ise, kliniklere göre otonomi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Otonomi puan ortalamaları

ise bizim araştırmaya paralel bulgular olup, cerrahi ve dahili birimlerin otonomi ölçek puanları birbirine yakın değerdedir (124).

Hemşirelerin klinikteki konumuna ile HAÖ puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; klinikteki konumu ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,002<0,05$). Yönetici ve sorumlu hemşire olarak çalışan grubun HAÖ puanı **169,81** olup, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre HAÖ puanı daha yüksektir. Kangalli'nın 2005 te yaptığı araştırmada ise, klinikteki konumlarına göre otonomi ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur, otonomi ölçek puanları da birbirine yakın değerlerde bulunmuştur. Wade'1999' da yaptığı araştırma bulguları da araştırmamıza benzer bulgular olup, yönetici düzeyinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri yüksek bulunmuştur (1,124)(Tablo 14).

Hemşirelerin günlük olarak baktıkları hasta sayısı ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde hemşirelerin günlük baktığı hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p=0,276>0,05$) Ayrıca bakılan günlük hasta sayısı arttıkça hemşirelerin otonomi ölçek puanının azaldığı görölmüştür. Hasta sayısının fazla olması beraberinde, hemşirelerin hasta bakım uygulamalarına daha az zaman ayırmalarına ve hasta ile ilgili kararlarda daha pasif rol almalarına neden olacak, dolayısıyla hemşirelerin bireysel otonomilerinin gelişmesini olumsuz etkileyecektir (tablo 16).

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme sorusuna çoğunluğun yani **%55,0**'i (n=292) '**Kısmen**' yanıtını; % 29,0'i (n=154) 'Evet' yanıtını ve % 16,0 (n=85) ise 'Hayır' yanıtını verdikleri görölmektedir. Saraçoğlu'nun (2010) çalışmasında ise çoğunluğun (% 42,9 n=176) "evet" yanıtını verdiği saptanmıştır. Verilen yanıtlara göre HAÖ ortalama ölçek puanı 'Evet' diyenlerin **160,78**; 'Kısmen' diyenlerin 157,82; 'Hayır' diyenlerin 153,29 olarak hesaplanmıştır (Tablo17).

Sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedeni olarak araştırmaya katılan hemşirelerin **%26,0** (n=106) hemşire sayısının yetersizliği'; **% 20,5** (n=109) 'iş

yükü fazlalığı'; **%16,6** (n=88) 'hasta sayısının fazla olması', **%17,3** (n=92) 'malzeme eksikliği'; **%15,1** (n=80) 'görev dışı işlerde çalışma' olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedenleri ile HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; 'görev tanımının olmaması', 'ekip içinde iletişim yetersizliği' olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,035<0,05**; **p=0,003<0,05**). HAÖ puan ortalamalarında ise; 'evet' diyenlerin; hemşire sayısının yetersizliği' 154,75; 'görev tanımının olmaması' 164,19; 'ekip içinde iletişim yetersizliği' 167,57 olarak hesaplanmıştır (tablo18).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **%26,0'ı** (n=106) sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedeni olarak 'hemşire sayısının yetersizliği'ni ifade etmiştir. Ülkemizde de bir çok kurumda hemşire sayısının yetersizliği söz konusudur. Yeterli sayıda hemşire istihdamının yapılamaması nedeniyle, hemşireler, hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakımını uygulayamamaktadır. Bu durum hemşirelerde motivasyon ve iş doyumunda yetersizliğe neden olmakta, ekibin diğer üyeleriyle olan iletişim ve etkileşim de olumsuz etkilenmektedir. Literatürde de hemşire sayısının yetersizliğinin hasta bakım kalitesinde düşmeye, motivasyon ve iş doyumunda azalmaya neden olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. (129-130,131)

Bu nedenle sağlık kurumlarda yeterli hemşire istihdamının yapılması gerekmektedir. Ancak bu sayede hasta bakımı ve hizmet kalitesi istenilen noktaya gelecek, sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonunun artmasıyla birlikte, otonomileri de artacaktır.

Hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörlerden; **%15,6** (n=83) 'hekim ile ast/üst sorunlarının yaşanması'; **%12,4** (n=66) 'görev tanımının yetersizliği'; **%11,1** (n=59) 'yönetimle ilgili sıkıntılar'; **%9,8** (n=52) 'mesleki bilgi yetersizliği' olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermesini etkileyen nedenlerle HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin bağımsız

karar vermesin etkileyen nedenlerden; ‘görev tanımı yetersizliği’, ‘mesleki bilgi yetersizliği’, ‘kurum İşleyişi’, ‘ekip ile uyumsuzluk’, ‘özgüven eksikliği’ ve ‘deneyim azlığı’ olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,008<0,05$; $p=0,011<0,05$; $p=0,048<0,05$; $p=0,024<0,05$; $p=0,013<0,05$) (Tablo19)

HAÖ puanı ortalamaları ise; ‘evet’ diyenlerin, ‘deneyim azlığı’ 171,32; ‘özgüven eksikliği’ 169,58; ‘ekip ile uyumsuzluk’ 167,00; ‘mesleki bilgi yetersizliği’ 166,62 ‘görev tanımı yetersizliği’ 162,20; ‘kurum işleyişi’ 155,70; olarak saptanmıştır (Tablo 19).

Hemşirelerin bağımsız karar vermesini etkileyen nedenler arasında özellikle, görev tanımının yetersizliği dikkat çekmektedir. Tablo 18’ de de hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememeye nedenleri arasında da görev tanımının yetersizliği ifade edilmiştir. Hemşirelerin görev tanımı ve sorumluluklarındaki belirsizlikler, hemşirelik uygulamalarında bağımsız karar verememelerine neden olmaktadır. Yine kurum işleyişi, diğer ekip üyeleri ile olan iletişimde yaşanan sıkıntılar, özgüven eksikliği ve deneyim azlığı, hemşirelerde motivasyon eksikliğine ve iş doyumlarında azalmaya neden olacaktır.

Saraçoğlu’nun 2010’ da yaptığı çalışmada da, bağımsız karar vermeyi etkileyen nedenler arasında hemşirelik yasası ve yönetmelik ile ilgili nedenler olduğu ifade edilmiştir.

Sağlık bakım sistemin önemli üyesi olan hemşirelerin görev tanımları ile ilgili yeni düzenlemeler olmakla birlikte, (2011 Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik) hemşirelik yasasında, farklı okul mezunu ve farklı eğitim düzeyi mezunlarının hepsine birden hemşire ünvanı verilmektedir. Dolayısıyla bu programlardan mezun olan hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri, mesleği algılayışları da farklı olabilmektedir. Ayrıca hak ve yetki bakımından da fark olmaması, hem hemşireler arasında hem de hemşirelerle hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında özerklik çatışmalarına neden olabilmektedir. Halen çalışmakta olan lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans sahibi hemşireler arası eğitim farklılıkları, mesleki özerkliğin gelişmesine engel olmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma saatlerinde en fazla yaptıkları iş; **%69,3** (n=368) **‘evrak ve kayıt işleri’**; %33,3 (n=177) ‘hemşirelik bakımı’; %30,7 (n=163) ‘tanı ve tedavi’; %13,0 (n=69) idari ve teknik hizmetler olarak saptanmıştır.

HAÖ puanları ise; ‘idari ve teknik hizmetler’ 166,42; ‘hemşirelik bakımı’ 160,3; ‘evrak ve kayıt işleri’ 156,42; ‘tanı ve tedavi’ 157,37 olarak hesaplanmıştır (tablo 7).

Hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerle HAÖ puanı karşılaştırılması incelendiğinde; ‘hemşirelik bakımı’, ‘idari ve teknik hizmetler’ ‘evrak ve kayıt işleri’ diyenlerle HAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,017< 0,05; p=0,003< 0,05; p=0,040< 0,05**) (Tablo 20).

Görüldüğü gibi hemşireler, çalışma saatlerini en fazla, evrak kayıt işleri ile ilgilenmekte, temel görevleri olan hemşirelik bakımına gereken zamanı ayıramamaktadır. 2014 yılında Berrak Balanuye tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin %86,0’ı iş yükü fazlılığı olarak evrak kayıt işlerinin fazla olmasını belirtmiştir (132).

Hemşireler hasta bakımını uygularken yaptığı işlemleri de kayıt altına alması gerekmektedir. Ancak kayıt işlemleri, sadece bununla sınırlı kalmamakta, bu durum gereğinden fazla iş yükü oluşturmaktadır. Hemşirelerin, hasta ile sürekli iletişim ve etkileşim içinde olmaları gerekmektedir. Ancak bu şekilde hastanın gereksinim ve ihtiyaçları zamanında tespit edilecek ve buna yönelik hemşirelik uygulamaları planlanacaktır.

Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkat ettiği unsurlara bakıldığında, **%76,5** (n=406) ‘kendi hemşirelik gözlemlerim’; **% 74,6** (n=396) ‘hekimin yazılı isteminin olması’; **% 29,0** (n=154) ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’; % 23,9 (n=127) ‘hekimin sözlü onamının olması’ olarak saptanmıştır (tablo 8).

HAÖ puanları ise; ‘evet’ diyenlerin ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’ 168,28; ‘kendi hemşirelik gözlemlerim’ 159,61; ‘hekimin yazılı isteminin olması’ 156,94 olarak hesaplanmıştır. (Tablo21).

Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkate aldıkları durumlarla HAÖ puanları karşılaştırılması incelendiğinde; ‘kendi hemşirelik gözlemlerim’, ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’ diyenlerle, HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,005<0,05$; $p=0,002<0,05$) (Tablo21)

Hemşireler, hasta bakım gereksinimlerini karşılarken, kendi hemşirelik gözlemlerini dikkate almakta ve hemşirelik bakım planına uygun olarak hasta bakımını planlamaktadır. Aynı zamanda, aldıkları sorumluluk bilinciyle hasta bakım uygulamalarında da bireysel karar verdikleri, dolayısıyla da otonomilerini kullandıkları görülmektedir.

Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım işlevlerinin dağılımı; %48,4 (n=257) ‘tüm vücut ve öz bakım’; % 23,2 (n=123) ‘damar yolu/santral kateter/dren bakımı’; %17,1(n=91) ‘bası yarası bakımı’; %15,6 (n=83) ‘mobilizasyon/ pozisyon değişikliği’; %15,6(n=83) ‘hasta/hasta yakını eğitimi’ olarak saptanmıştır. (Tablo 9)

Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uygulanan hasta bakım işlevlerine evet diyenlerin HAÖ puanları ise; ‘tüm vücut ve öz bakım’ 160,96; ‘damar yolu/santral kateter/dren bakımı’158,03; ‘bası yarası bakımı’157,32; ‘mobilizasyon /pozisyon değişikliği’ 158,63; ‘hasta/hasta yakını eğitimi’ 166,84 olarak hesaplanmıştır.(Tablo 9).

Doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan en önemli hasta bakım işlemleriyle HAÖ puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; ‘tüm vücut ve öz bakım’, ‘damar yolu/santral kateter/dren bakımı’, ‘hasta/hasta yakını eğitimi’, ‘aseptik teknik/ enfeksiyon kontrolü’, ‘beslenme sağlanması’ diyenlerin HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,009<0,05$; $p=0,038<0,05$; $p=0,001<0,05$; $p=0,011<0,05$; $p=0,013<0,05$). HAÖ puan ortalamaları ise; ‘evet’ diyenlerin; ‘hastanın öz bakımın desteklenmesi’ 160,96, invaziv girişimler’ 158,03, ‘hasta/hasta yakını eğitimi 166,84 ‘enfeksiyon kontrolü’ 171,30, ‘beslenme gereksiniminin sağlanması’ 161,18 olarak hesaplanmıştır (Tablo 22).

Hastanın öz bakımın desteklenmesi, damar yolu/santral kateter/dren bakımı, hasta/hasta yakını eğitimi, aseptik teknik/enfeksiyon kontrolü, beslenme sağlanması; doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan işlemler olup, hemşirenin temel görevleri

arasındadır. Hemşireler bu görevleri yerine getirirken daha özgür hareket etmekte ve hasta bakım uygulamaları ile ilgili bireysel kararlar alabilmektedir. Ayrıca temel görevlerini yerine getiren hemşirelerin HAÖ puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu görülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarında bireysel ve mesleki otonomi kullanımı konusunda tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma da aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=531) Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanının, **158,00±25,848** olduğu, otonomi düzeylerinin **orta düzeyde** (121-180 puan arası) olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri'ne bakıldığında; **Hipotez 4-1** 'hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, mezuniyet durumuna göre farklıdır'; **Hipotez 6-1** 'hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, çalıştığı kliniğe göre farklıdır'; **Hipotez 8-1** 'hemşirelerin mesleki otonomi düzeyleri, klinikteki konumuna göre farklıdır' hipotezleri kabul görmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikler ve mesleki bilgilerle ilgili olarak; araştırmaya katılan hemşirelerin %74,6'sının 20-29 ve 30-39 yaş aralığında olduğu; %94,9'sinin kadın olduğu; **% 85,3' ün HYO ve Hemşirelik Fakültesi mezunu olduğu**; % 63,6'sının dahili bilim dallarında çalıştığı; %48'nin servis hemşiresi olduğu; % 33,3'ünün 1-5 yıl arasında çalıştığı; %28,2 'sının günlük ortalama 11-19 arasında hasta baktığı saptanmıştır.

'Hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebiliyor mu?' sorusuna **çoğunluğun %55,0'ı** sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda '**kısmen**' yerine getirebildiklerini ifade etmiştir.

'Hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirememeye nedenleri' sorusuna, **%26,0'ı 'hemşire sayısının yetersizliği'**; %20,5'i 'iş yükü fazlalığı'; %16,6'sı 'hasta sayısının fazlalığı' olarak belirtmiştir.

'Mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermenizi etkileyen faktörlerden en önemlileri nelerdir' sorusuna; 15,6'sı 'hekim ile ast/ üst sorunları'nın olduğunu; %12,4'ü 'görev tanımının yetersizliği'; %11,1'i 'yönetimle ilgili sıkıntılar'; %9,8'i 'mesleki bilgi yetersizliği' olarak belirtmiştir.

‘Çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz’ sorusuna; **%69,3’ü ‘evrak ve kayıt işleri’**; %33,3’ü ‘hemşirelik bakımı’; %30,7 ‘tanı ve tedavi’; olarak belirtmiştir.

‘Hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini karşılarken dikkat ettiğiniz unsurlar hangileridir’ sorusuna, **76,5’i ‘kendi hemşirelik gözlemlerim’**; %74,6’sı ‘hekimin yazılı isteminin olması’; %29’u ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’ olarak belirtmiştir.

‘Doğrudan hemşirelik kararlarıyla uyguladığınız hasta bakım işlevlerinden en önemlileri nelerdir’ sorusuna ; **%48,4’ü ‘tüm vücut ve öz bakım’**; % 23,2’si ‘damar yolu/santral kateter/dren bakımı’; %17,1’i ‘bası yarası bakımı’; %15,6’sı ‘mobiliyasyon / pozisyon değişikliği’; % 15,6’sı ‘hasta/hasta yakını eğitimi’ olarak belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAÖ puan ortalamaları ile demografik özelliklerinin ve hemşirelik uygulamalarının karşılaştırılması;

Hemşirelerin yaş grupları ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,261>0,05$).

Hemşirelerin çalışma yılları ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,167>0,05$).

Hemşirelerin cinsiyet durumlarına göre HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin cinsiyet durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,145>0,05$).

Hemşirelerin mezun oldukları okullarla Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin mezun olduğu okullarla HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**$p=0,002<0,05$**). Eğitim düzeyi yükseldikçe, hemşirelerin otonomi ölçek puanının yükseldiği saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (**p=0,00<0,05**). Hemşirelik hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışanlara göre, HAÖ puanı daha yüksek olup, otonomi düzeyleri diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir.

Hemşirelerin klinikteki konumuna ile HAÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; klinikteki konumu ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (**p=0,002<0,05**). Ayrıca yönetici ve sorumlu hemşire olarak çalışan grubun diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre HAÖ puanı daha yüksektir.

Hemşirelerin günlük olarak baktıkları hasta sayısı ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde ; hemşirelerin günlük baktığı hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,276>0,05$). Ayrıca bakılan günlük hasta sayısı arttıkça hemşirelerin otonomi ölçek puanının azaldığı görülmüştür.

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirme durumu ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; ‘görev tanımının olmaması’ ve ekip içinde iletişim yetersizliği’ olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,035<0,05, p=0,003<0,05**). ‘Hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebiliyor mu?’ sorusuna ‘evet’ diyenlerin HAÖ puanının **160,78** daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini yerine getirememe nedenleri ile Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; ‘görev tanımının olmaması’; ‘ekip içinde iletişim yetersizliği’ diyenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,035<0,05; p=0,003<0,05**).

HAÖ puan ortalamalarında ise; ‘Evet’ diyenlerin; ‘görev tanımının olmaması’ 164,19; ekip içinde iletişim yetersizliği 167,57; olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlerle Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelediğinde; hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlerden; ‘görev tanımı yetersizliği’, ‘mesleki bilgi yetersizliği’, ‘kurum İşleyişi’, ‘ekip ile uyumsuzluk’, ‘özgüven eksikliği’ ve ‘deneyim azlığı’ olarak belirtenlerin HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,008<0,05; p=0,011<0,05; p=0,048<0,05; 0,024<0,05; 0,013<0,05**).

Hemşirelerin bağımsız karar vermesin etkileyen nedenlere evet diyenlerin HAÖ puanları, ‘deneyim azlığı’ 171,32; ‘özgüven eksikliği’ 169,68; ‘ekip ile uyumsuzluk’ 167,00 ‘mesleki bilgi yetersizliği’ 166,62; ‘görev tanımı yetersizliği’ 162,20; ‘Kurum İşleyişi’ 155,70 olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerle Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlerden; ‘hemşirelik bakımı’, ‘idari ve teknik hizmetler’ ‘evrak ve kayıt işleri’ diyenlerle HAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,017< 0,05; p=0,003< 0,05; p=0,040< 0,05**).

Hemşirelerin çalışma saatlerini en fazla geçirdikleri işlere ‘evet’ diyenlerin HAÖ puanları; ‘idari ve teknik hizmetler’ 166,42; ‘hemşirelik bakımı’ 160,33; ‘evrak ve kayıt işleri’ 156,42 olarak hesaplanmıştır.

Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkate aldıkları durumlarla Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalamaları incelediğinde; ‘kendi hemşirelik gözlemlerim’, ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’ diyenlerle, HAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p=0,005<0,05; p=0,002<0,05**).

Hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılarken dikkate aldıkları durumlara ‘evet’ diyenlerin HAÖ puanları ise; ‘hemşirelik bakım planında yazılı olması’ 163,28;

'kendi hemşirelik gözlemlerim' 159,61; 'hekimin yazılı isteminin olması' 156,94 olarak hesaplanmıştır.

Doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan en önemli hasta bakım işlemleriyle HAÖ puan ortalaması karşılaştırılması incelendiğinde; 'hastanın öz bakımın desteklenmesi'; 'damar yolu/santral kateter/dren bakımı'; 'hasta/hasta yakını eğitimi', 'enfeksiyon kontrolü', 'beslenme sağlanması' diyenlerle HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p=0,009<0,05$; $p=0,038<0,05$; $p=0,001<0,05$; $p=0,011<0,05$; $p=0,013<0,05$).

Doğrudan hemşirelik kararı ile uygulanan en önemli hasta bakım işlemlerine 'evet' diyenlerden HAÖ puanları; 'aseptik teknik/enfeksiyon kontrolü' 171,30; 'hasta/hasta yakını eğitimi' 166,84; 'beslenme sağlanması' 161,18; 'hastanın öz bakımın desteklenmesi' 160,96; 'damar yolu/santral kateter/dren bakımı' 158,03 olarak hesaplanmıştır.

Öneriler :

- Hemşirelerin mesleki ve bireysel otonomi düzeylerini yükseltmek için; Hemşirelik eğitimin örgün eğitime dayalı ve lisans düzeyinde verilmesi,
- Hemşirelerin bilimsel yayınları takip etmelerinin desteklenmesi ve bilimsel çalışmalar yapabilmelerini sağlayacak gerekli olanakların sağlanması,
- Hemşire, yönetici hemşire görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, hemşire yöneticilerin yetkilerinin artırılması ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin güçlenmesinin sağlanması,
- Hemşirelerin bağımsız ve otonom davranmalarını artıracak, mesleki otonomi konusunda hemşirelere, düzenli olarak eğitim verilmesi,
- Yeterli sayıda hemşire istihdamının yapılması yönünde çalışmalar yapılması
- Kurum politikalarının oluşturulması, hemşirelik hizmetlerine yönelik prosedür geliştirilmesi, hastane akreditasyon çalışmalarında hemşirelere aktif görev verilmesi ve alınacak kararlara dahil edilmesi, böylelikle bireysel otonomilerini kullanmalarına olanak sağlanması,
- Hekim-Hemşire ilişkilerinde, hemşirelerin bağımsız karar vermesini kısıtlayan, ast/üst sorunlarının ve meydana gelecek çatışmaların önlenmesi,

- Hemşireler ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile olan işbirliği ve etkili ve doğru iletişimin artırılması yönünde, ekip çalışmasının önemini vurgulanması, etkili iletişim eğitimlerinin verilmesi,
- Özel hastaneler ve diğer kamu hastanelerinde, çalışmanın tekrar edilmesi, kurumlar arası farklılıkların görülmesi açısından önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- 1- Wade GH. "Professional Nurse Autonomy Concept Analysis And Application To Nursing Education", Journal Of Advanced Nursing, 1999,30 (2): 310-318.
- 2- Mrayyan MT. "Nurses Autonomy Influence Of Nurse Managers Actions", Journal Of Advanced Nursing, 2004, 45: 23-29.
- 4- Mcpherson DA. "Chieving Nursing Autonomy In Relationt Staffing And Work load Determination", Majorin Dustry Paper Submitted To The Sauder School Of, Business UBC ,2010.
- 5- Pankratz L, Pankratz D. "Nursing Autonomy And Patients' Rights: Development Of A Nursing Attitude Scale", J Health Socbehav. 1974, 15(3):211-6.
- 6- Deontoloji Ve Mesleğin Sorumluluk Ve Yükümlülükleri Kitabı, Hemşirelik, T.C.Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara 2013.
- 7- Öktem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. Hemşirelik Tarihi Eğitimi ve Gelişimi Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 2000,1(1): 6-11.
- 8- Saraçoğlu E. Hemşirelerin Mesleki Otonomi Ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 9- Turan N, Öztürk A, Kaya H, Atabek Aştı T. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011, 4(1):168-171.
- 10- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul, 1999, 323-346.
- 11- American Nurses Association (ANA), <Http://www.Nursingworld.Org>), Erişim Tarihi 01.02. 2015.

12- Dünya Sağlık Örgütü Hemşirelik, <Http://www.who.Int/Topics/Nursing>, Erişim Tarihi, 01.02. 2015.

13- “Nursing and midwifery progress report”, WHO (Dünya Sağlık Örgütü Hemşirelik Ve Ebelik İlerleme Raporu), 2008-2012.

14-“International Council Of Nurses”, Uluslararası Hemşire konseyi <Http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/ilgili-kuruluslar/uluslararasi-hemsirelik-kuruluslari/>, Erişim Tarihi, 01.02. 2015.

15- THD Eğitim komisyonu, <Http://www.turkhemsirelerdernegi.Org.Tr/>, Erişim tarihi, 20.03.2015

16- Velioğlu P. Hemşirelikte Yönetim, Meteksan Yayınevi, Ankara, 1982, 42-100.

17- Hemşirelik Kanunu R.G.Tarihi: 02.03.1954 R.G. Sayısı: 8647 <http://www.saglik.gov.tr/25.02.1954>, Sayısı:6283, erişim tarihi, 20.03.2015.

18-Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi (Tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007.

19- Ülker S. (Çev.Ed.) Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset Yayınevi, Ankara, 1995,1-119.

20- Hemşirelik Yönetmeliği, <Http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>, Erişim Tarihi, 10.04.2015.

21- Birol L. Hemşirelik Süreci, 8. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, 2005,1-50.

22- Yürügen B. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, <http://www.hemsireyiz.biz>, Erişim Tarihi 20.04.2015.

23- Özlük B. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde Profesyonelleşme Kapsamında Hemşireliğin Değerlendirilmesi Ve Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2006.

- 24- Ulusoy M F. "Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci", C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, (1).
- 25- Ergöl Ş. "Türkiye’de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi", Yüksek Öğretim Ve Bilim Dergisi, 2011, (3): 152-155.
- 26- Şentürk S. Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı Tarihçesi (1956-2006), Birmat yayıncılık, İstanbul, 2006,10-17.
- 27-5634 Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 25/4/2007, [Http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm), Erişim Tarihi 20.04.2015.
- 28- Göçmen BZ. Hemşirelik Bakımında Hemşirelerin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi (Tez). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; Ankara, 2010
- 29- Göz F, Erkan M. "Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Mesleki Düşünce Görüş ve Sorunları", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006, 1(3).
- 30- Hemşirelik Kanunu,Tarihi:02.03.1954 R.G. Sayısı:864, [Http://www.Sb.Gov.Tr/](http://www.Sb.Gov.Tr/) Tarihi: 25.02.1954 Sayısı:6283 R.G. 7, Erişim Tarihi 15.01.2015
- 31- Tarihçi Delice S. Hemşirelik Mesleği Ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin Betimlenmesi (Tez). Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2006.
- 32- Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği [Http://hemarge.org.tr/sayfa/tuzuk-3.html](http://hemarge.org.tr/sayfa/tuzuk-3.html) , Erişim Tarihi 2015.
- 33- Tunçer T. Türkiye’ de Hemşirelik Mesleği Ve Eğitim (Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2013.
- 34- Acil Hemşireler Derneği, [Http://ahemder.Org/](http://ahemder.Org/), Erişim Tarihi, 20.03. 2015.
- 35- Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği, [Http://www.tcagd.Org/](http://www.tcagd.Org/) , Erişim Tarihi, 20.03 2015.

- 36- Birol L. Onkoloji Hemşireliği Derneği, [Http://www.onkohem.org.tr/tarihce.Php](http://www.onkohem.org.tr/tarihce.Php), İzmir 2007, Erişim Tarihi, 20.03.2015 .
- 37- Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, [Http://www.tybfd.org.Tr/dernek.Asp](http://www.tybfd.org.Tr/dernek.Asp), Erişim Tarihi, 20.03. 2015.
- 38-Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği [Http://www.ndthd.org/İndex.Php/Tarihce.Html](http://www.ndthd.org/İndex.Php/Tarihce.Html), Erişim Tarihi, 20.03. 2015.
- 39- Çamcı M. Sağlık Yönetimi (Tez). Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Mersin 2007.
- 40- Gavaz N. Türkiye’de Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu Ve Geleceğinin Analizi (Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2010.
- 41- Arabacı S. Yoğun Bakımlarda Görevli Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonu Üzerine Etkisi (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2012.
- 42- Potter PA, Perry AG. "Fundamentals Of Nursing", 2005, 6th Ed. St Louis: Elsevier Mosby Company.
- 43- Erdemir F. "Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, 2(1).
- 44- Güngör İ, Rathfish G, Beji Kızılkaya N. "Kadın Sağlığı Hemşirelerinin Rol Yetki Ve Sorumluluklarının Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi", F.N. Hem. Dergisi, 2013, 21 (1): 49-56.
- 45- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. "Hemşirelik Roller ve Özerklik", Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012, 14.

- 46- Taylan S. Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini (Tez). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Adana 2009.
- 47- Hakreader H, Hogan MA, Thobaben M. "Fundamentals Of Nursing", 3rdEd, Saunder Publication, Canada, 2007.
- 48-Ay FA, Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Işık R, Sarvan S. "Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar", İstanbul, 2008.
- 49-Birol L. "Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım", Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2009.
- 50- Erdemir F. Hemşirenin Rol Ve İşlevleri Ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(1): 59-62.
- 51- Arslan M. Yönetim ve Organizasyon Ders notları, Harran Üniversitesi Birecik Meslek Yüksek Okulu, 2014.
- 52- Tatar Ülkü B. Ercan Türkmen E. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Kitabı, Cilt 2, Akademi basın, İstanbul, 2014.
- 53- Karaöz S. "Cerrahi Hemşireliği ve Etik", C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4(1).
- 54- Ardahan M. "Hemşirelerin Savunuculuk Rolü", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003, 7(2).
- 55- Uyer G. "Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, 2000, 8(2): 90-4
- 56- Akdemir N, Akkuş Y. "Rehabilitasyon ve Hemşirelik", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 82-91.
- 57- Rehalitasyon Hemşireleri Derneği (ARN), [Http://www.Rehabnurse.Org/](http://www.Rehabnurse.Org/) Pubs/ Role /Role-Rehab-Staff-Nurse, Erişim Tarihi 02.02.2015.

- 58- Karadağ A. “Stoma Bakım Hemşiresi”, Ulusal Cerrahi Dergisi, 2010, 26(1): 52-53.
- 59- Göz F, Gürbüz K. “Hemşirelikte Kariyerinizi Keşfedin”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 8(2).
- 60- Çınar Ş, Demir Y. “Toplumdaki Hemşirelik İmajı”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2): 2009.
- 61- Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Kocabeyoğlu. T, Çetin S. “Hemşirelik Mesleğinin Toplumdaki İmajının Belirlenmesi” F.N. Hemşirelik Dergisi, 2013, 21(3): 147-153
- 62- Öngen B. Aytaç S. “Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları Ve Yaşam Değerleri İlişkisi”, Sosyoloji Konferansları, 2013, 1(18).
- 63- Çayır K, Ayan Ceyhan M. "Ayrımcılık çok Boyutlu Yaklaşımlar" 1. baskı, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012.
- 64- Turan N, Öztürk A, Kaya H, Atabek Aştı T. “Toplumsal Cinsiyet Ve Hemşirelik”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2011, 4(1).
- 65- Terzioğlu F, Taşkın L. “Kadının Toplumsal Cinsiyet Rolünün Liderlik Davranışlarına Ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları” C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008, 12(2).
- 66- Kaya N, Turan N, Öztürk A. “Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2011, 8 (1): 16-30.
- 67- Ünver S, Ürkmez E. “Hemşirelik Mesleğinin Erkek Üyelerine Toplumun Bakış Açısı” Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale, 2009, 145.
- 68- Alayoğlu G, Karakaş B, Akbulak F, Aktepel H, Karadeniz D, Karadeniz MH. “Hemşirelik Mesleğine Erkek Alınması Konusundaki Düşünceler ve Hemşirelik Uygulamalarının Cinsiyet İle İlişkisi”, Kongre Kitabı, İstanbul, 2008.
- 69- Öktem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. “Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi” Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 2000, 1(1).

- 70- Güven S. Halkla İlişkilerde Meslekleşme Olgusu (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Erzurum 2013.
- 71- Ayaz Ö. Hekim, Hemşire Ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 72- Canpolat N. “Bir Meslek Olarak Halkla İlişkiler Ve Etik”, Journal Of Yasar University, 2012, 25 (7): 4229 - 4240.
- 73- Öztemiz S. Bilgi Teknolojilerinin Statü Bağlamında Bilgi Profesyonelliğine Yansıması (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2012.
- 74- Güven T. “Tıp Etiği Açısından Meslek Ve Profesyonellik Kavramlarının İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Dergisi, 2009, 40(2): 84-88.
- 75- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Sönmez Özkan D. “Mesleki Profesyonellik Ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği”, Yönetim Bilimleri Dergisi, 2011, 9(2).
- 76- Seçer S. “Mesleklere Ve Profesyonel Bireylere Güven” Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Bölümü Kamu-İş, 2009, 10(4).
- 77- Barbara A.Misztal;“Trustingthe Professional” Mike DENT/Stephen Whitehead(Edt.); Managing Professional Identities: Knowledge, Performativity And The New Professional, Routledge, London, 2002, (31).
- 78- Gökçora İ. H.“Toplumsal Yaşamımızda Ve Türk Bilim-Dünyasında Profesyonel Ve Profesyonellik Kavramlarına Değin”, Bilgi Dünyası Dergisi, 2005, 6(2): 237-250
- 79- Edmund D, Pellegrino, M.D.“Professionalism, Profession And The Virtues Of The Good Physician”, The Mount Sinai Journal Of Medicine, 2002; 69(3): 78-84.
- 80- Seçer Ş. “Mesleki Yaşam Modelinin Oluşturulması Ve Mesleki Analizlerde Kullanımı”, Celal Bayar Üniversitesi S.B.E. Sosyal Bilimler dergisi, 2009, 7(1): 35-56.

- 81- “Profesyonel Hemsirenin Rol Ve İşlevleri”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2003, 7(2): 35-40.
- 82- Karamanoğlu A.Y, Özer F. G, Tuğcu A. “Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi”, Fırat Tıp Dergisi; 2009, 14(1): 12-17.
- 83-Korkmaz F, Görgülü S. “Hemşirelerin Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri”, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010, 1–17.
- 84- Çakıroğlu M. "Özgürlüğün Cinsiyeti", 2008, 2(4): 197-200.
- 85- Taylan S. Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini (Tez). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Adana 2009.
- 86- Türk Dil Kurumu, Özgürlük, <http://tdk.gov.tr/index>, Erişim Tarihi 20.04.2015.
- 87- Yazıcı A.“Kantçı Ve Feminist Etik Kuramlarda Bireysel Özerklik Tartışması”, Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi, 2008, 11, 77-90.
- 88- İliopoulou K.K,While A.E. “Professional Autonomy And Job Satisfaction: Survey Of Critical Care Nurses In Mainl and Greece”, Journal Of Advanced Nursing, 2010, 66(11): 2520–2531.
- 89-Karagözoğlu Ş. “Hemşirelikte Bireysel Ve Profesyonel Özerklik”, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008, 3 -41
- 90-Göçmen Baykara Z, Şahinoğlu S. “Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi”, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 16(3).
- 91- Hançeroğlu O. “Felsefe Ansiklopedisi (Kavramlar Ve akımlar)”, 1. baskı, Remzi Kitabevi, 94, 102-109, İstanbul, 1978.
- 92- Türkiye Felsefe Kurumu,“İnsan Haklarının Felsefi temelleri” 2nd. Ed. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu yayını, 1996, P.15-42.

- 93- Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik terimleri Sözlüğü Türkiye Felsefe Kurumu, Meteksan AŞ, Ankara, 2005, P.196,197,199,200.
- 94- MacDonald C. "Nurse Autonomy As Relational" Nursing Ethics", 2002, 9(2): 194-201.
- 95- Hall R. "Professionalization And Bureaucratization", American Sociological Review, 1968, 33(1): 92-104.
- 96- Clement, G. "Autonomy and Justice", Feminism and The Ethic of Care", West view Press, Boulder, Colo, 1996
- 97- Beauvoir De S. "Kadın İkinci Cins Bağımsızlığa Doğru", Payel Yayınevi, İstanbul, 1993.
- 98- Scott PA, Valimaki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M. "Autonomy, Privacy And Informed Consent I: Concepts And Definitions", British Journal Of Nursing 2, 2003, 43-47.
- 99- Schutzenhofer K.K, Musse D.B. "Nurse Characterization And Professional Autonomy" 1994, Image 26, 201-206.
- 100- Keenan J, "A Conceptanalysis Of Autonomy", Journal Of Advanced Nursing, 1999, 29, 556-562.
- 102- Dwyer DJ, Schwartz RH, Fox ML. "Decision Making Autonomy İn Nursing", The journal Of Nursing Administration, 1992, 22(2), 17-23.
- 103- Grindal C.G, Peterson K. "The practice environment Project", Thejournal Of Nursing Administration, 1996, 25, 43-51.
- 104- Arend AJG, Gooding S "Mesleki ve etik sorunlar", In N Platin (Çev. Ed.), Learning material on nursing (LEMON) Hemşirelik Eğitim Materyali, World Health Organization & T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Projesi, Yayın No:609, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, 1998, 19-25.

- 105- Ballou KA, "A Concept Analysis Of Autonomy", Journal Of Professional Nursing, 1998, 14: 102-110.
- 106- Varjus SL, Suominen T, Kipli HL. "Autonomy Among Intensive Care nurses", In Finland Intensive and Critical care nurse, 2003, 19 (1): 31-40.
- 107- Harris J. "Hayatın Değeri Tıp Etiğine Giriş" 1.Baskı, Ayrıntılı Yayınları, P.268 İstanbul, 1998.
- 108-Kramer M, Schmalenberg C. "Learning From success Nursing Management", 1993, 24(5): 58-6.1
- 109- Lewis FM, Batey MV. "Clarifying Autonomy And Accountability In Nursing Service", Journal of Nursing Administration, Part 2. J Nurs adm. Oct, 1982, 12(10):10-5.
- 110- Oğuz NY. "Özerkliğe Saygı İlkesi", 2. Baskı, Antip A.Ş. Yayınları, 51-5, Ankara, 1999.
- 111- Wong DL. "Developmental Influences On Child Health Promotion", In DL Wong (Eds.), Whaley And Wong's, Essentials Of Pediatric Nursing, (5th Ed.), Mosby-Yearbook, Inc. St. Louis. 1997, P.83-105.
- 112- Elçioğlu Ö, Kırımlıoğlu N, Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş. "Tıp Etiği İlkeleri Çağdaş Tıp Etiği", 1. Baskı, Nobel Kitabevleri, P. 26-40, İstanbul, 2003.
- 113- Barazzetti G, Radaelli S, Sala B. "Autonomy, Responsibility And The Italian Code Of Deontology For nurses", Nursing ethics, 2007, 14(1): 83-98.
- 114- Miller BK, Adams D, Beck L. "A Behavior Inventory For Professionalism In Nursing", Journal Of Professional Nursing, 1993, 9(5): 190-5.
- 115-Azak A, Taşçı S. "Klinik Karar Verme Ve Hemşirelik", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 2009, 17(3):178-180.
- 116- Ackermann RJ, "With Holding And With-Drawing Life Sustaining Treatment", Am Fam Physician, 2000, 62(7): 1555-60.

- 117-Almost J, Laschinger H. “Work Place Empowerment, Collaborative Work Relation Ship And Job Strain İn Nurse Practitioners”, JAANP, 2002, 14(9): 408-20.
- 118- Ulusoy MF, Dinç L. Hemşirelik Mesleği. İn: Ulusoy MF, Görgülü RS, Editör. Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram, İlke ve Yöntemler, 2. Baskı, 72. TDFD Ltd. Şti, P.1-32, Ankara, 2001
- 119- Yiğit R. “Hemşirelikte Liderlik”, Türk Hemşireler Dergisi, 1997, 17 (1): 10-3.
- 120- Ersoy N. “Hemşirelik Ve Etik”, Hemşirelik Forumu, 1998, 1(2): 83-7.
- 121- Kelly LY, Joel LA. “Dimensions Of Professional Nursing. 7 Th Ed. United States: 1995, Bularzık A.M.H. Tullai-Mcgunness S. & Sıeloff C.L., Nurses Perceptions Of Their Group Goal Attainment Capability And Professional Autonomy, Journal Of Nursing Management, 2013, 21, 581–590
- 122- Kikuchi A, Harada T. “ThereLation Ship Between Professional Autonomy And Demographic And Psychological Variables İn Nursing”, Kongo Kangyu. 1997, 30, 23-35.118
- 123- Seren Ş. Hemşirelerin Otonom Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Tez). 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 1998
- 124- Kangallı P. Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki Ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi (Tez). Yüksek Lisans Tezi; Sivas, 2005.
- 125-Collins SS, Henderson MC. “Autonomy Part Of The Nursing Role?”, Nursing Forum 26, 23-29.
- 126- Bularzık A.M.H, Tullai-Mcgunness S.& Sıeloff C.L. “Nurses Perceptions Of Their Group Goal Attainment Capability And Professional Autonomy”, Journal Of Nursing Management, 2013, 21, 581–590.

- 127- Jorge Manuel da SR. “Autonomia Profissional Do Senfermeiros”, Revista de Enfermagem Referência, 2011, (5):27-36.
- 128- Livsey KR.“Structural Empowerment And Professional Nursing Practice Behaviors Of Baccalaureate Nursing Students In Clinical Learning Enviraments”, International Journal of Nursing Education Scholarship, 2009, (6):26.
- 129- Caron Víctor F. The Nursing Shortage In The United States, University of Rhode Island, 2004.
- 130- Ulusoy H. Güvenli İstihdamın Önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(3): 106-111.
- 131- Bal Demirgöz M. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan gücü Planlama Yaklaşımları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 2014, 3(1):148-150.
- 132- Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi (Tez).Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara,2014.

EKLER

EK 1. Anket formu

Değerli Meslektaşım,

Bu araştırma Hemşirelerin otonomi konusundaki görüşlerini belirlemek ve profesyonel hemşirelik uygulamalarında otonomi kullanmalarına yönelik olarak planlanmıştır. Araştırma ile ülkemizde hemşireliğin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır. Demografik verileri içeren bir anket ve otonomi ve profesyonel uygulamaları ölçen bir ölçek bulunmaktadır. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Demet Avşar

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi bölümü

1. Çalıştığınız kurum.....

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

3. Cinsiyetiniz: Erkek () Bayan ()

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

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

6.Çalıştığınız klinik adı

7. Bakmakla yükümlü olduğunuz günlük ortalama hasta sayısı

1-5 () 6-10 () 11-19 () 20 ve üstü ()

8. Çalıştığınız hastanede konumunuz

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

e) Poliklinik hemşiresi f) Ameliyathane hemşiresi g) Yoğun bakım hemşiresi

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

Evet () Hayır () Kısmen ()

10- Cevabınız hayır veya kısmen ise nedenleri size göre nelerdir? En önemli 5 tanesini yazınız.

1. 4.
2. 5.
3.

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

1. 4.
2. 5.
3.

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

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

Diğer.....

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

- a) Hekimin yazılı isteminin olmasını ()
- b) Hekimin sözlü onamının olmasını ()
- c) Hekimin bilgisinin olmasını ()
- d) Kendi hemşirelik gözlemlerimi ()
- h) Hemşirelik bakım planında yazılı olmasını ()
- e) Diğer.....

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

1. 4.
2. 5.
3.

Değerli meslektaşlarım

Bu ölçek hemşirelik mesleğinde otonomi ve profesyonel uygulamalarla ilgili ifadeleri içeren 35 maddeden oluşmaktadır.. Her bir maddeyi dikkatle okuduktan sonra bu ifadenin

sizin davranışınıza uygun olup olmadığına ilişkin görüşlerinizi ifadenin karşısındaki sütunlardan sadece birini işaretleyerek belirtin. Vereceğiniz yanıtlar hemşirelikte profesyonel uygulamaları belirlemek açısından oldukça önemlidir. Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

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

HEMŞİRELİK AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

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

ilacı uygulamadan önce yeni bir ilaç tedavisi ya da ilaç tedavisindeki değişim hakkında hastanın sorularını cevaplarım.				
11.Hasta ünitesindeki hemşire kontrollerini(vizitelerini) başlatırım.	1	2	3	4
12. Hemşire arkadaşlarımla, tıbbi talimatları gerçekleştirmemle ilgili baskısına rağmen ters etki gösterecek bir ilacı hastaya uygulamayı reddederim.	1	2	3	4
13. Bir hasta bakım planına cevap vermediği zaman diğer hemşirelere danışıırım.	1	2	3	4
14. Mevcut hemşirelik literatüründe tanımlanan hasta bakımındaki yenilikleri rutin olarak yerine getiririm.	1	2	3	4
15. Hasta değerlendirmem esnasında eğer hastanın psikiyatrik bir tedaviye ihtiyacı olduğu gözüküyorsa hasta hekiminden böyle bir psikiyatrik danışma talebinde bulunurum.	1	2	3	4
16. Yakın zamanda taburcu olmuş hastalara, hasta eğitiminin etkisini değerlendirmek için durumlarını takip edecek telefon aramaları yapmak gibi yenilikçi hemşirelik faaliyetlerini teşvik ederim.	1	2	3	4
17. Hastanın, uygulamanın riskleri hakkında soruları varsa, hastanın hekimine danışmadan önce teşhis yordamı ve riskleri ile ilgili hastanın anlama düzeyini değerlendiririm.	1	2	3	4
18. Bir mesleki hata davası karşısında hastane ya da hekim tarafından korunmayı beklemeden kendi mesleki davranışımın tam sorumluluğunu üstlenirim.	1	2	3	4
19. Hasta bakımını etkileyen politikalar konusunda hemşirelerin tavsiyelerine dair işveren kurumumda etkili iletişim kanalları geliştiririm.	1	2	3	4
20. Klinik çalışma alanıma uygun değerlendirme araçlarını inceler ve değerlendiririm.	1	2	3	4
21.Hemşirelik bakım planı ve uygulamasında kullanılmak üzere hastanın fiziksel değerlendirmesindeki verileri şemaya kaydederim.	1	2	3	4
22. Hekim tarafından hasta taburcu planı bulunmasa dahi, hastanın hemşirelik bakımına ilişkin taburcu edilmesine ön ayak olurum.	1	2	3	4

23.Bana rahatsızlık veren bir hekimi uygun müdür veya yöneticiye bildirim	1	2	3	4
24. Yeni bir hemşirelik ünitesinin oluşturulması ya da hemşireler tarafından kullanılacak yeni ekipmanların alımlarına ilişkin konularda yöneticilerime teklifte bulunurum.	1	2	3	4
25. Her hasta için psiko-sosyal bir değerlendirme yaparak, bu bilgiyi hemşirelik bakım yönteminde kullanırım	1	2	3	4
26. Klinik uygulamamda kullanmak üzere diğer öğretilerdeki değerlendirme araçlarını kendime uyarlarım.	1	2	3	4
27. "Yemek kitabı" olarak tanımlanan hastane prosedür el kitabından sapmak anlamına dahi gelse, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için mesleki muhakememi kullanarak hasta bakım prosedürlerini gerçekleştiririm.	1	2	3	4
28. Eğitim ve tecrübe açısından eksik olduğum bir ihtisas alanında geçici olarak görev almayı ve görevin gereklerini yerine getirmeyi reddederim.	1	2	3	4
29. Hekimin talimatı bulunmadığı durumlarda, hastanın beslenme ve sosyal hizmetler ricasını gerçekleştiririm.	1	2	3	4
30. Durumu bozulan hastanın hayati işaretlerinin sıklığını yükseltecek hemşirelik raporlarını, böyle bir görüntülemenin sıklığını arttıracak tıbbi bir emir bulunmasa bile, kaydedirim.	1	2	3	4
31.Eğitim ve tecrübemle eksik olduğum özel ihtisas biriminde geçici olarak görev alarak, çalışmayı kabul ederim.	1	2	3	4
32. Sosyal hizmetlere ya da beslenmeye uygun kurum içi sevkleri ancak bir hekim talimatıyla yaparım.	1	2	3	4
33.Bir hastanın evde bakım ihtiyacını sadece bir hekim tarafından talimat aldığımda değerlendiririm.	1	2	3	4
34. Alerjisi olduğunu bildiren bir hastaya, doktor benim eylemlerimden sorumlu olmayı kabul ederse, ilaç tedavisi uygularım.	1	2	3	4
35. Hemşire-hekim zıtlığından doğan, benimde içinde bulunduğum her vakada tüm hata ve suçları üstlenirim.	1	2	3	4

EK 2. Ölçeğin Kullanım İzni

11.06.2015

Outlook.com İletiyi Yazdır

[Yazdır](#)

[Kapat](#)

Kimden: **esransyb** (esransyb@hotmail.com)
Gönderme tarihi: 17 Temmuz 2013 Çarşamba 14:12:30
Kime: avsar.demet@hotmail.com

Merhaba Demet hanım,
Tezimdeki Türkçeleştirdiğim hemşirelik meslek otonimisi ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin. Sormak istediğiniz başka bir şey olursa tekrar yazabilirsiniz.
İyi günler...
Esra Saraçoğlu

Samsung Mobile tarafından gönderildi

----- Orjinal mesaj -----
Kimden: Demet Avşar <avsar.demet@hotmail.com>
Tarih:
Alıcı: esra saraçoğlu <esransyb@hotmail.com>
Konu: FW: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

EK3. Etik Kurul Onayı(Kurum İzin Yazısı)



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetik@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Mesleki Otonomiye İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon <input type="checkbox"/>		Yüksek Doz Araştırması <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	02.10.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	02.10.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	-		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 14-1.1/9	Tarih: 04.02.2014			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.				

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kablim (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ, Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	S. Sarenur
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Ahmet

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu
22

Rev. Tarihi / No.su:
28.09.2011/05

Sayfa
1/2



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 14-1.1/9				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

EK 4. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı	DEMET	Soyadı	AVŞAR
Doğ.Yeri	Ankara/Cebirli	Doğ. Tarihi	27.04.1973
Uyruğu	TC.	Tel :	05325219679
Email.	avsar.demet@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi H YO/ Sivas	1991-1996
Lise	Tire ŞAİK Lisesi İzmir/Tire	1987-1990

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1996- 2015 devam ediyor

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazama	KPDS/ ÜDS YDS puan	Diğer puan
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf	-	-