

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

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NAZİLLİ DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
MESLEKİ OTONOMİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Sebahattin YETİM**

**TEZ DANIŞMANI**  
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

**İSTANBUL- 2014**

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

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NAZİLLİ DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
MESLEKİ OTONOMİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Sebahattin YETİM**

**(122009385)**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL- 2014**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

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

Adı ve Soyadı : Sebahattin YETİM Öğrenci No: 122009385  
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 26.06.2014  
Danışman : Yrd. Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ Tez Savunma Saati :10.00

Tez Konusu : Nazilli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Otonomileri ve Etkileyen Faktörler

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

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Prof.Dr. Mithat KIYAK		KABUL
Yrd.Doç.Dr. Yıldırım GÜLHAN		KABUL
Yrd. Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd.Doç.Dr. Erdinç ÜNAL		

## ÖZET

### NAZILLI DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ OTONOMİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu çalışma, Nazilli Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin mesleki otonomilerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Nazilli İlçe Devlet Hastanesi'nde 03.06.2013- 19.08.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Nazilli İlçe Devlet Hastanesi'ndeki 194 hemşire oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşmak hedeflemiş, ancak araştırmayı kabul eden 184 hemşire (%94,8) örneklemini oluşturmuştur. Veriler, 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, standart sapma, ortalama, frekans dağılımı, Kolmogorov Smirnov testi, Oneway ANOVA testi ve student-t testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %29,3'ü dâhili klinikler hemşiresi, %51,1'i ön lisans mezunu ve %59,2'si 17 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin, %50,5'i günde 11 hasta ve üzerine bakım vermekte, %43,5'i ayda 6-10 nöbet tutmakta ve %55,4'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %61,4'ü mesleki dergi/yayın takip etmemekte, %71,7'si mesleki kongre/kurslara katılmakta ve %81'inin mesleki bir derneğe üyeliği bulunmamaktadır. Hemşirelerin %62'si mesleğinden memnun olduğunu, %64,7'si mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini "kısmen" yerine getirebildiğini ve %50,5'i mesai saatleri içerisinde en fazla hemşirelik bakımı uygulayabildiğini belirtmiştir. Hemşirelerin, Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalaması  $158,36 \pm 29,72$  olarak bulunmuş ve otonomi düzeyleri orta seviye (121-180 puan arası) olarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin, çalıştıkları klinikler, eğitim durumları, çalışma süreleri, günlük bakım verdikleri hasta sayısı, aylık nöbet sayıları, mesleki statüleri, mesleki dergi/yayın takip etme durumları, mesleki kongre/kurslara katılma durumları, mesleki derneğe üye olma durumu, mesleğinden memnun olma durumu, mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumu ve çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Otonomi, hemşire, mesleki otonomi, değerlendirme.

## ABSTRACT

### THE PROFESSIONAL AUTONOMIES OF NURSES WORKING IN THE STATE OF NAZILLI HOSPITAL AND THE AFFECTING FACTORS

This study has been carried out as descriptive research with the object of determining professional autonomy of nurses working at Nazilli Public Hospital and factors affecting it. The study was conducted between 03.06.2013 and 19.08.2013 at Nazilli Public Hospital. 194 nurses working at Nazilli Public Hospital constituted the research population, it was aimed to reach out all population without choosing sample however 184 nurses (%94,8) formed the sample group. Data were developed by demographic data form and Shutzenhofer (1992), validity and reliability for our country were achieved by "Nursery Activity Scale" done by Saraçoğlu (2010). Research data were evaluated using standard deviation, mean, frequency distribution, Kolmogorov Smirnov test, oneway ANOVA test and student-t test.

Of the nurses participated in the study, %29,3 were internal clinic nurse, %51,1 had associate's degree and %59,2 had been working more than 17 years. %50,5 of the nurses were caring more than 11 patients daily, %43,5 of them were on 6-10 guard duties monthly and %55,4 of them were working as unit nurse. %61,4 of the nurses didn't subscribe to any professional magazine/publication, %71,7 of them had been attending to professional congress/courses and %81 of them had no any professional association membership. %62 of the nurses stated they were happy with their profession, %64,7 of them indicated they had been filling their roles "partly" in parallel with their professional goals and %50,5 of them remarked they most frequently could do nursery care within working hours. Average score of the nurses according to Nursery Activity Scale (NAS) is  $158,36 \pm 29,72$  and autonomy level of them has been considered to be intermediate (between 121 and 180). No statistically significant different has been found between their average NAS score and clinics the nurses work, their education levels, working hours, number of patients they care daily, number of guard duties they have monthly, subscription to professional magazine/publication and association, participation to professional congress/courses, satisfaction with their professions, filling their roles in parallel with their professional goals and the most frequently works they do within the working hours ( $p > 0,05$ ).

**Keywords:** Autonomy, nurse, professional autonomy, evaluation.

## TEŞEKKÜR

Dünya da 21. yy değişimlerinin çok yoğun olduğu bir dönemdir. Mevsimler, insanlar ve düşünceler dahi zaman içinde değişim göstermektedir. Bilim zaman içinde sorgulanabilmektedir. Daha önceden doğru olduğuna inandığımız bir bilginin sonradan yanlış olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu kadar hızlı olan bu değişimin içinde değişmeyen tek şey vardır: o da bilim ve bilgiye duyulan saygıdır.

Toplumların, insanların ilerlemesi ve medeni milletlerin seviyesine ulaşması ancak çok çalışmayla mümkün olacaktır. Ayrıca dünya da paylaştıkça azalmayan ve artan tek şey bilgidir. Tüm insanlar bu bilgi ışığının etrafında toplanmalıdır. Onun için öğrendiğimiz bilgiler üniversitelerde kalmamalı ve bu bilgilerimizi normal yaşantımızda kullanmalı, kendimizi sürekli geliştirmeli ve yenilemeliyiz. Geçmiş ve içinde bulunduğumuz zamanı değil de geleceği düşünerek ancak gelişmeleri yakalayabiliriz.

Yüksek lisans eğitimi almamda emeği geçen Prof. Dr Mithat KIYAK ve Yrd.Doç. Dr. Yıldırım GÜLHAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca çalışmam süresince bana yardımlarını esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde büyük emeği geçen annem Kübra, babam Süleyman, ağabeylerim; Yılmaz ve Erkut YETİM'e, eşim Keziban, oğullarım Süleyman ve Görkem YETİM'e ayrıca bana çok emeği geçen ve vefat eden Mehmet AKKUŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İyi ki varsınız ve ben sizlerin sayesinde buradayım.

Sebahattin YETİM

## **BEYAN**

Bu 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.

**Sebahattin YETİM**

..../..../.....

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

<b>TEZ ONAYI</b> .....	i
<b>ÖZET</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iv
<b>BEYAN</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vi
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	viii
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	x
<b>SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	xi
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Otonomi Kavramı .....	4
2.1.1. Tanım .....	4
2.1.2. Özellikler .....	5
2.2. Hemşirelikte Otonomi Kavramı.....	6
2.2.1. Tanım .....	7
2.2.2. Bileşenler ve Özellikler .....	8
2.3. Hemşirelikte Otonomiyi Etkileyen Faktörler .....	9
2.4. Hemşirelikte Otonomi Sağlayamama Nedenleri .....	11
2.5. Hemşirelikte Otonomi Sağlanabilmesi İçin Öneriler.....	13
2.6. Hemşirelik Tarihi .....	16
2.7. Hemşirelik Eğitiminin Tarihi .....	19
2.8. Hemşirelik Yasaları .....	25
2.9. Sağlık Politikaları .....	30
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	38



3.1.Araştırmanın Amacı ve Modeli .....	38
3.2.Araştırmanın Yeri .....	38
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	38
3.4. Veri Toplama Araçları .....	40
3.5.Araştırmanın Etik Yönü.....	41
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	42
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>43</b>
4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	43
4.2. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması.....	46
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>64</b>
<b>FORMLAR .....</b>	<b>71</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>

## TABLO LİSTESİ

### SAYFA NO

<b>Tablo 1.</b> Türkiye’de Kronolojik Olarak Hemşirelik Eğitimi.....	21
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelik Lisans ve Ön lisans Programlarının Kuruluş Yıllarına Göre Dağılımı.....	23
<b>Tablo 3.</b> Devletin Sağlık Piyasasına Müdahalesine Göre Sağlık Sistemi Tipleri.....	31
<b>Tablo 4.</b> Sağlık ve Sağlık Sektör Göstergeleri.....	33
<b>Tablo 5.</b> Güvenilirlik Analizi.....	41
<b>Tablo 6.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo7.</b> Hemşirelerin Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	44
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin Mesleki Bilimsel Aktiviteleri Takip Durumu.....	45
<b>Tablo 9.</b> Mesleki Memnuniyet ve Mesleki Amaç Doğrultusunda Rol Yerine Getirebilme Durumu .....	45
<b>Tablo 10.</b> Hemşirelik Aktivite Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri .....	46
<b>Tablo 11.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 12.</b> Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
<b>Tablo 13.</b> Medeni Duruma Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 14.</b> Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 15.</b> Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 16.</b> Bakım Verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 17.</b> Hemşirelerin Aylık Nöbet Sayısına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 18.</b> Hemşirelerin Statülerine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	50

<b>Tablo 19.</b> Hemşirelerin Dergi/Yayın Takip Etme Durumuna Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 20.</b> Hemşirelerin Kongre/Kurs Takibine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 21.</b> Hemşirelerin Mesleki Derneklere Üye Olma Durumlarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 22.</b> Hemşirelerin Mesleki Memnuniyet Durumlarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 23.</b> Hemşirelerin Mesleki Amaçlar Doğrultusunda Rollerini Yerine Getirebilme Durumuna Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 24.</b> Hemşirelerin Çalışma Saatleri İçerisinde En Fazla Yaptıkları İşlere Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	53

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### SAYFA NO

Şekil 1. Hemşirelikte Çağdaş Rol ve İşlevler .....	7
Şekil 2. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Kaynakları.....	34
Şekil 3. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Dolar Cinsinden Tespit Edilmiş Genel Görünümü.....	36

## **SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ**

### **Semboller Listesi:**

**N:** Evrendeki birey sayısı

**n:** Örneklem alınacak birey sayısı

**p:** İncelenen olayın görülme boyutu

**q:** İncelenen olayın görülmemeye boyutu

**S:** Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması

**t:** Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

**vb:** Ve benzeri

### **Kısaltmalar Listesi:**

**GATA:** Gülhane Askeri Tıp Akademisi

**SML:** Sağlık Meslek Lisesi

**SPSS:** Statistical Package for Social Science for Windows

# 1. GİRİŞ

Otonomi kavramı üzerine birçok tanımlama mevcuttur. Bu tanımlardan bazıları, kavramın yerine de kullanılmaktadır. Buna en iyi örnek ise özerklik olgusudur. Özerklik esas olarak, Arapça muhtariyet, Yunanca otonomi kavramlarının Türkçesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda kendi kendini idare etme durumunu anlatmaktadır Bunun yanında, Demos halk ve Kratiya, kendini yönetme anlamına geldiği dikkate alındığında; demokratik özerklik, halkın kendi kendini yönetmesi demektir. Bu nedenle de demokrasiden ayrı düşünülemez [1].

Otonomi olgusu, birçok alanda karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu gerek bireysel gerekse toplumsal olarak gündeme gelmektedir. Hangi alanda ele alındığına göre farklılık arz etmekte ve şekillenmektedir.

Otonomi kişilik özelliği yüksek bireylerde çevre üzerinde sağlanan kontrol kaybı ya da algılanan başarısızlık durumu, stres yaşamaya ve depresyona neden olabilmektedir [2]. Örneğin; Kaya ve ark. öğrenci hemşirelerin kendisi ile ilgili kararları verme durumları incelendiğinde [3];

- Kendisi hakkındaki kararları ailesinin yönlendirmesi sonucu alanlar ile sosyotropi kişilik özelliği,
- Kendisi hakkındaki kararlarını yalnız alanlar ile otonomi kişilik özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu ortaya çıkarmışlardır.

Campbell ve ark. yüksek otonomik kişilerin;[4]

- Aile ile uyum problemleri yaşadığını,
- Bu problemleri iş ortamında kendilerine yakın olmayan bireylerle yaşamadıklarını belirtmektedirler.

Hemşirelikte mesleki özerkliği geliştirmenin ilk yolu, var olan problemi doğru bir şekilde tanımlamak olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle mesleki özerklik ne demektir veya ne demek değildir sorularının yanıtını bulmak önem taşımaktadır. [5].

Batey ve Lewis 1982 yılında yaptıkları çalışmada, hemşirelikte mesleki özerkliği, hemşirenin bakım gibi sorumluluklarını içeren tüm mesleki uygulama alanında tercihleri arasında karar verebilme ve bu kararını uygulamaya geçirebilme özgürlüğü olarak tanımlamışlardır. Bununla birlikte, hemşirelerin, bu uygulamalarını diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde gerçekleştirmeleri gerektiğini de vurgulamış bulunmaktadır [6].

Hemşirenin doğru karar verebilmesi[7], [8];

- Konuya ilişkin tüm verileri değerlendirebilecek,
- Analiz edebilecek ve bir yargıya ulaşabilecek şekilde çağdaş bilimsel bilgiye ve beceriye sahip olmasını,
- Mesleki araştırmalara katılmasını,
- Mesleğine ilişkin yeni gelişmeleri takip etmesini gerektirmektedir.

Hemşireliğin özerkleşmesine en büyük katkıyı hemşirelik eğitimi standardizasyonunun sağlayacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte hemşirelik mesleği üyelerinin hemşirelik teori ve kuramlarını özümseyerek uygulaması da özerklikte önemli rol almaktadır [9].

Çalışmamızın amacını, otonomi kavramı çerçevesinde, hemşirelerin mesleki otonomileri ve bu otonomiye etki eden faktörlerin değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Aynı zamanda, günümüz koşullarında hemşirelere yüklenen sorumluluk ve bu sorumluluğun getirdiği baskılar sonucunda ortaya çıkan stres ile otonomi ilişkisi de ele alınmaktadır.

Hemşirelik mesleği içerisinde otonomiye olumlu ya da olumsuz etki eden faktörlerin analizi, meslek grupları içerisinde otonomi sağlayamama nedenleri ve mesleki otonominin uygulanması için gerekli özellikler üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte, hemşirelik eğitime değinilmekte ve tarihsel süreç içerisindeki yeri sorgulanmaktadır.

Sağlık politikaları etrafında, hemşirelik yasaları ve bu yasaların getirdiği değişimler hakkında analiz yapılmaktadır. Ayrıca, Türkiye'nin uyguladığı sağlık politikaları mercek altına alınmakta ve düzenlemelerin gerekliliği ile sonuçları

tartılmaktadır. Tm bu veriler ışığında, hemfirelik eğitimi, kronolojik olarak ele alınmakta ve tarihteki önemli olaylar üzerinde durulmaktadır.

Çalışmamızın önemi ise, geçmişte yalnızca kadın mesleği olarak bilinen ve zaman içerisinde değişime uğrayan hemfirelik mesleğinin geçirdiği devinimi gözler önüne sermek sureti ile otonomi sağlama ve sağlayamama nedenlerinin tespiti oluşturmaktadır.



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Otonomi Kavramı**

Otonomi kavramı, muhtariyet veya özerklik olarak da tanımlanmaktadır [10]. Otonomi kavramı, Yunanca auto ve autonomos (kendi-kendine), nomos (kanun, hukuk) kelimelerinden ortaya çıkmıştır. Kavram ile ifade edilmek istenen kendi kendini yönetme kabiliyetidir [11]. Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı otonomi olarak tanımlanmaktadır [12].

Otonomi, kendi uzmanlık alanında iş yapma, bağımsız olarak hareket etme ve özerklik olarak tanımlanmaktadır. Bireyin vereceği kararlarda sorun yaşamadan karar verme ve harekete geçmesidir [7], [13], [14].

Hastalık ile özerkliğin bir arada anılması iki ayrı bağlamda söz konusu olmaktadır. Hastalıklar bireyin özerkliğini zedelemektedir. Hastalıklar aynı zamanda kendisi hakkında kararlar almasına ve bu kararları yaşama geçirmesine engel olan durumlardır. Bu ilk ilişkide tıbbı düşen rol, hastalığı ortadan kaldırarak ya da hafifleterek zedelenmiş olan özerkliğin yeniden kazanılmasına katkı sağlamaktır [15].

#### **2.1.1. Tanım**

Otonomi kavramı yerine kullanılan birçok kavram bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de özerklik kavramıdır. Özerklik [15];

- Bireyin bağımsız ve özgür biçimde düşünebilmesi,
- Kendi adına kararlar alabilmesi,
- Aldığı kararları uygulayabilmesidir.

Kişi bağlamında özerkliğe değinildiğinde ise iki ana hat ortaya çıkmaktadır. Bunlar:

- Kişinin kendi yapıp edecekleri konusunda,
- Başkalarının kişi hakkında yapıp edecekleri konusunda son kararı verme hakkına sahip olmasıdır.

Türk Dil Kurumu'na göre özerklik [16];

- Hiç değilse bir takım koşullar altında bir topluluğun kendi kendini yönetme hakkı,
- Daha detaylı olarak bir kişinin, bir topluluğun kendi uyacağı yasayı kendisinin koymasđ,
- Bir topluluğun bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı,
- Muhtariyet,
- Otonomi olarak tanımlamaktadır.

### 2.1.2. Özellikler

“Lynch, Robins ve Morse’un (2003) yapmış olduğu araştırmada otonomik kişilik özelliklerine sahip bireylerin amaçları engellendiğinde ya da başarısızlık söz konusu olduğunda ya da özgürlüklerinin ellerinden alındığını hissettiklerinde kolaylıkla depresyon tablosu içine girdikleri gözlenmiştir. Yüksek otonomiye sahip insanların, kişisel başarı ve başarısızlıklara büyük önem verdikleri, çevre üzerinde sağladıkları kontrolün kaybı ya da algılanan başarısızlığın depresyona yol açabildiği sonucuna varmışlardır. Ayrıca otonomik kişiliği ağır basan bireylerin sosyotropik bireylere nispeten soğuk ve çekingen tavırlı oldukları, başkalarına karşı daha az sevecen ve samimi oldukları belirtilmiştir. Sonuç olarak çatışmalara daha fazla eğilimli bu tür bireylerin, başarıya odaklanmış ve kendi kontrollerine sahip bireyler olarak başkalarına karşı savunmacı bir davranış sergilediği ortaya konmuştur.” [17].

Bireye ait özerklik bazı bileşenlere dayanmaktadır. Bunlar [18] :

- Sahip olduğu bilgi ve beceriyi kullanabilme yeteneği,
- Kişi ile ilgili içsel ve dışsal etmenler,
- Kişiye ve toplumlara göre farklılık gösteren özellikler,
- Yeterlilik,
- Sınırlayan yasalar,
- Kişilerin ruhsal yapısı gibi örneklendirilebilmektedir.

## 2.2. Hemşirelikte Otonomi Kavramı

Hemşirelikte otonomi olgusu çeşitli araştırmalara konu olmaktadır. Genel bir kaniya göre hemşirelerin rolleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar, bağımlı, bağımsız ve yarı bağımlı şeklinde sıralanmaktadır.

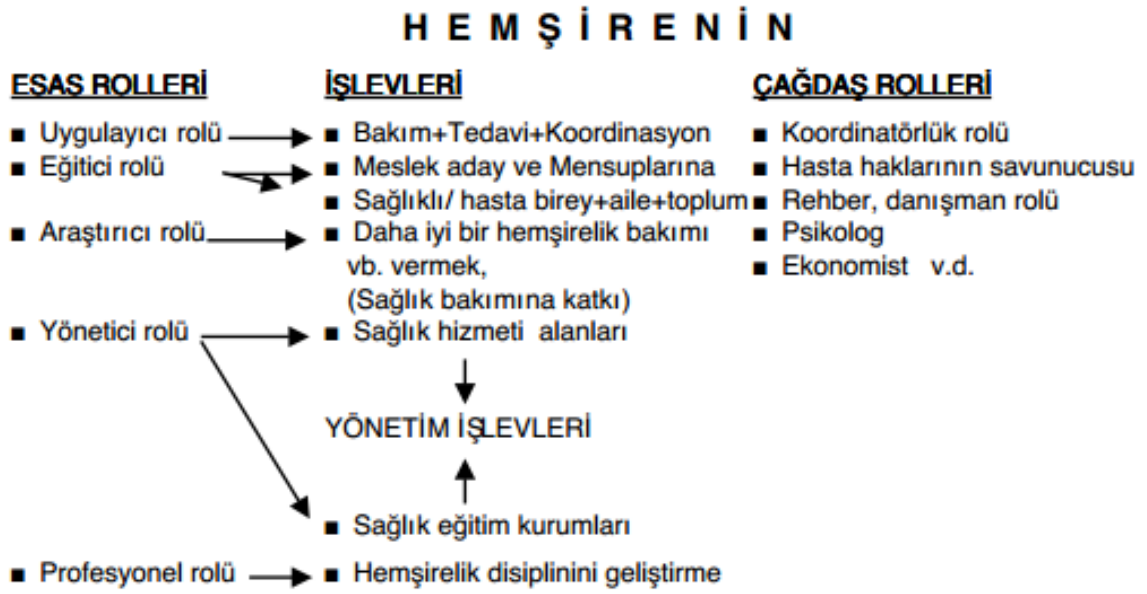
Bu rollerden kısaca bahsedilecek olduğunda [19]:

- Hemşirelikteki bağımsız roller olarak:
  - ✓ Bakım,
  - ✓ Eğitim,
  - ✓ Araştırma,
  - ✓ Hasta haklarını savunma ile doğrudan ilişkili roller
- Hemşirelikteki yarı bağımlılık olarak:
  - ✓ Tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği roller,
  - ✓ Sağlık ekibi üyeleri ile hasta ve yakınları arasında gerçekleştirdikleri roller,
- Hemşirelikteki bağımlı roller olarak:
  - ✓ Tanı ve tedavi konusundaki rollerde hemşireler hekimlere bağlı bulunmaktadır,
  - ✓ Hekimlerin istediği direktiflerin hastalara uygulanması,
  - ✓ Tanı ve tedavi esnasında koordinasyon işlevleri de hemşireler tarafından yerine getirilmektedir.

Ayrıca hemşirelikte otonomi, bu meslek gurubunda profesyonelleşme de önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. Otonomi sahibi bir hemşire, daha sağlıklı kararlar vererek, profesyonel adımlar atmaktadır.

Şekil 1'de de görüldüğü üzere, hemşireliğe ait rol ve işlevler çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. Bu rollerin gerektirdiği davranışlar ve getirdiği sorumluluklar ise hemşirelerin otonomi düzeyleri üzerinde büyük etkiler uyandırmaktadır.

Şekil 1. Hemşirelikte Çağdaş Rol ve İşlevler [19].



### 2.2.1. Tanım

Hemşirelik mesleği, insan gereksinimlerinden doğan bir meslek olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda, bireylere, ailelere, topluma verilen bir hizmettir. Toplumsal sorunlar ve yapılar sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri değişme durumundadır. Hemşirelik hizmetleri birey ve toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumaktadır. Bunu ise, meslek içerisindeki işlev ve rollerin değişmesine karşın sürdürmektedir. Hemşirelik felsefesinin temel kavramı olarak, demokratik yaşamın yapısında yer alan insanın bireysel bir değer olduğu inancı bulunmaktadır. Sağlık bakımı bireyden topluma genişlerken hemşirelik de hastanın bakımından bireyin, ailenin ve toplum sağlığının geliştirilmesine doğru bir genişleme göstermektedir [20].

Özerklik ve otonomi kavramlarını disiplin olarak tanımlamak gerektiğinde, başka bir disipline indirgenmeyecek bir konumda kabul edilmektedir. Farklı disiplinler karşısında da mantıksal ve kavramsal bir bağımsızlığa sahiptir [21].

“Otonomi kişilik özelliği yüksek bireylerde çevre üzerinde sağlanan kontrol kaybı ya da algılanan başarısızlık stres yaşamaya ve depresyona neden olabilmektedir” [22].

### 2.2.2. Bileşenler ve Özellikler

Hemşireliğin modern rolleri arasında bazı maddeler sıralanmaktadır. Önceleri karşımıza 6 model şeklinde çıkan hemşirelik rolleri, beraberinde iki modeli de bünyesine katmaktadır. Bunlar:

- Eğitici rol,
- Bakım verici rol,
- Araştırmacı rol,
- Yönetici rol,
- Karar verici rol,
- Savunucu rol,
- Kariyer geliştirici rol,
- Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolleri şeklindedir.

Bu rollerin iyi belirlenmesi, hemşirelik mesleğinin tanımlanmasında, toplum içerisinde yerinin anlaşılmasında ve hemşirelere ait yetki ve sorumluluk alanlarının altının çizilmesinde önemli sayılmaktadır.

Hemşirelikte otonomiye göre, hemşireler hastalara ait verdikleri kararların sorumluluğunu almaktadırlar. Ayrıca bu durum [23]:

- Hemşirelere ait profesyonel uygulamaları,
- Mesleki uygulama standartlarına uygun olarak,
- Meslek ile alakalı yasa ve kurallar bütününe uygun hareket etmek anlamını taşımaktadır.

Hemşirelikte otonomi, kişilerin mesleki alanlarına ait uygulamalara hakim olması ile de yakından alakalı bulunmaktadır. Bunun anlamı ise, hemşirelik mesleğine ait yeterlilik, teknik ve kişisel bilgilere sahip olmak ve bu bilgileri kullanmak sureti ile doğru kararlar alabilme yeteneği şeklindedir.

Hemşirelikte otonomi olgusu son yıllarda gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Bunun nedeni ise, hemşirelerde otonomi eksikliği sonucunda hastaların bu durumdan olumsuz biçimde etkilenmesi olmaktadır [24].

Hemşirelik mesleği çerçevesinde otonominin bileşen ve özelliklerine değinildiğinde ise, hem kişisel hem de mesleki olgular gündeme gelmektedir. Kişi bireysel olarak karar vermesi gerektiğinde, sonuçları çoğu zaman yalnızca kendisini etkilemektedir. Ancak meslek kuralları ve sorumlulukları çerçevesinde bakıldığında, bazı etik kurallar ve bu kuralların doğurduğu sonuçlar bulunmaktadır.

Örneğin, hemşirelerin hastaları konusunda verdiği kararlar ve gösterdikleri tutumlar yalnızca onları ve hastalarını ilgilendirmemekte; aynı zamanda diğer sağlık personellerini, toplumu ve hasta yakınlarını da etkilemektedir. Bu zincir içerisinde herhangi bir noktada oluşacak yanlış karar ya da profesyonellikten uzak bir müdahale çok ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Bundan dolayı bu mesleğin ve bu meslek içerisinde sağlanacak otonominin özenle incelenmesi gerekmektedir.

### **2.3. Hemşirelikte Otonomiye Etkileyen Faktörler**

Öncelikle sağlık eğitimi veren kişilerin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler kısaca [25]:

- Toplumun güvendiği bir birey olmalı,
- Toplumun anlayacağı bir dil ve üslupla konuşmalı,
- Topluma ait değer, kültür ve sorunlara hakim olmalı,
- Beden diline uygun ve iletişim kurallarına uyumlu davranmalı,
- Giyim konusunda ölçüyü bırakmamalı ve bununla model oluşturmalı,
- Eğitim sırasında ve sonrasında geribildirim almaya dikkat etmeli,
- Eğitimin güvenli bir atmosferde verilmesini sağlamalı,
- Otoriter tavırdan kaçınmalı,
- Kişilerin değer ve inançlarına saygı duymalı,
- Önce konu hakkında kendisine inanmalıdır.

Mesleki profesyonellik, küreselleşen dünyada ve değişimlere açık sistemlerde zorunluluk haline gelmektedir. Meslek gruplarına bakıldığında, bazıları yaşamlarını devam ettirebilmekte ve bazıları ise son bulmaktadır. Bunun nedenleri arasında [26]:

- İşlevleri,
- Organizasyon şekilleri,
- Toplum açısından değerleri,
- Aldıkları ücret,
- Bulunması gereken yetenek ve bilgileri önemli rol oynamaktadır.

Profesyonellik olgusu, mesleki otonomi açısından belirleyici olgulardan bir tanesidir. Birey, hâkimiyet kurmak istediği alanda ne kadar profesyonelleşirse o denli otonomi sağlama şansını yakalamaktadır.

Dikkat çeken bir diğer nokta da, hemşirelik mesleğinin değişken çalışma saatlerine sahip olması, yoğun stres altında çalışma ortamı ve onaylanmayan ve yapısı olmaktan uzak davranışlar ile karşılaşılması sonucunda profesyonelliğin gerekliliği tekrar öne çıkmaktadır [27].

Hemşirelikte doğru kararın verilebilmesi için bazı şartlar ve bazı yeterlilikler gerekmektedir. Örneğin [9], [28]:

- Çağdaş ve bilimsel bilgiye sahip olmaları,
- Mesleki araştırmalara katılmalarını,
- Mesleki gelişmeleri takip etmelerini zorunlu kılmaktadır.

Hemşirelikte otonomi olgusuna etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları çevresel etkilere dayandığı gibi bir kısmı da hemşirelerin kişilik özellikleri ile ilgilidir.

Mesleki otonomi sayesinde hemşireler hastaları ile daha sağlıklı biçimde ilgilenebilmekte ve hastaları ile ilgili kararları rahatlıkla verebilmektedirler. Otonomi olgusu, var olan durumu değerlendirme yeteneği ve yetisini sunmaktadır. Otonomi ile mesleki yeterlilik de doğru orantılı olarak işlemektedir. Mesleki yeterlilik arttıkça otonomi de artış göstermektedir [8].

Bir diğer önemli unsur da eleştirel düşünmedir. Hemşirelikte geliştirilen eleştirel düşünme vasıtası ile hemşirelerin bağımlı-bağımsız karar verme süreçleri güçlenmektedir. Aynı zamanda neden-sonuç ilişkisinin daha sağlıklı kurulması ve

analiz yeteneğinin de güçlendiği görülmektedir. Sayılan bu etkenler de hemşirelikte otonomi, profesyonelliği ve sağlam kararlar alabilmeyi etkinleştirmektedir [29].

Herhangi bir işin meslek olarak adlandırılabilmesi için özerklik olgusunun varlığı şarttır. 1980 yılında Amerikan Hemşireler Birliği'nin başlattığı ve tüm dünyada devam eden politikaya göre, hemşirelik mesleği de diğer sağlık meslekleri ile eşit statüde olmayı öngörmektedir [30].

Hemşirelikte otonomiye etkileyen faktörlerden biri de sorumluluk duygusudur. Sorumluluk kavramı, kişinin kendisine ve başkalarına karşı yerine getirmesi gereken yükümlülükleri zamanında ve olması gerektiği şekilde yerine getirmesidir [31].

Bunların yanı sıra, hemşireleri eğitenlerinde sahip olmaları gereken bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar arasında [32]:

- Analitik düşünebilmek,
- Düzenli bilgileri sınıflandırmak,
- Açık fikirli, yaratıcı, dürüst ve alçak gönüllü olmak,
- Birden fazla duyuya hitap etmek,
- Problem çözme sürecinde yetkin olmak,
- Teorik bilgileri uygulamaya geçirmek,
- Bilgi ve fikirleri sentezleyebilmek,
- Rol yeteneklerini kullanabilmek sayılmaktadır.

#### **2.4. Hemşirelikte Otonomi Sağlayamama Nedenleri**

Türk Hemşireler Derneği'nin 2000 yılında hemşire, ebe ve sağlık memurlarının meslekten memnuniyetine ilişkin yaptığı araştırmada bazı sonuçlar dikkat çekmektedir. Örnek verilecek olduğunda, araştırmaya katılan hemşirelerin yüzde 41,9'unun mesleğinden memnun olduğu, yüzde 58,1'inin mesleğinden memnun olmadığı saptanmıştır. Memnuniyetsizlik nedenleri olarak ise bazı maddelerin öne çıktığı görülmektedir. Bunlar sırası ile [33];

- Hemşirelik mesleği için verilen ücretin yetersiz olarak kabul edilmesi,
- Hemşirelere ait görev, yetki ve sorumluluklarının tam anlamıyla belli olmaması,
- Hemşirelik mesleği içerisinde risk faktörünün fazlalığı,
- Hemşirelerin sıklıkla görev dışı işlerde çalıştırılması durumu,



- Hemşirelerin çeşitli sebeplerden dolayı meslekte ilerleyememeleri,
- Toplum içerisinde hemşirelik mesleğine yönelik olumsuz yaklaşımların varlığı
- Diğer meslek gruplarına nazaran daha yoğun çalışma temposu,
- Hemşirelik mesleğinin muhteviyatının dışında, yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilmesi,
- Fazla çalışma,
- İstenilen branşta çalışamama olarak tanımlanmaktadır.

Hemşirelikte otonominin gelişmesini engelleyen bazı durumlar bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre [9], [34], [35], [36]:

- Genellikle kadınlardan oluşan bir meslek grubu olması,
- Eğitim sisteminde standardın bulunmaması,
- Hemşirelere ait itaatkâr yapı,
- Doktorların istemlerini yerine getirme gibi bağımlı özelliklerinin ön planda bulunması,
- Hekimlerin yardımcısı olarak görülmeleri özerkliklerinin gelişmesi önünde engel olarak kabul edilmektedir.

2007 yılında güncellenen Hemşirelik Yasası ile erkeklerinde hemşirelik yapabilmesinin önünün açılması ile erkek hemşire sayısının artacağı ve hemşirelik mesleğinin sadece kadınlardan tarafından yürütülen bir meslek olarak olmayacağı ümit edilmektedir.

Hemşirelikte otonomiye katkı sağlayan bazı etmenlerin yokluğu da aynı ölçüde sorun yaratmaktadır. Sayılan maddelerin yokluğu sonucunda, hem mesleki olarak hem de hemşirelerin hizmetinden yararlanan kişilerin sorun yaşaması olasıdır.

***Hemşirelikte otonomi sağlayamama nedenleri arasında:***

- Mevzuat ve kanunlardaki eksiklikler,
- Kişilik özellikleri,
- Demografik özellikler,
- Mesleki yetersizlik,
- Profesyonelleşememe,
- Sağlıksız çalışma ortamı,

- İşine adapte olamama, motivasyon eksikliği,
- Hemşireliğin halen meslek olup olmadığının tartışılıyor olması,
- Hemşirelere anne, doktorlara baba rolünün verilmesi,
- Tıbbın baskın bir meslek grubu olması,
- Hemşirelerin itaate yatkın kişiler olarak algılanması sayılabilmektedir [37], [38], [39], [40].

## 2.5. Hemşirelikte Otonomi Sağlanabilmesi İçin Öneriler

Hemşirelik mesleği, ardında birçok sorumluluk ve eğitimi de içermektedir. Bunun yanında yaşanan problemlerin çözümü ve değerlendirilmesi ayrıca önem taşımaktadır. Problemler sağlıklı bir biçimde çözümlenmesi, hem sağlık kuruluşları, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için önemli bir noktadır.

“Problem çözme sürecinin ilk aşaması, bireyin/ailenin bakım gereksinimlerinin saptanması için yapılan ön değerlendirmedir. Hemşirelik sürecinin son aşaması olan bakım planının “değerlendirmesi” ile karıştırılmamalıdır. Sorununa yardım arayan bireyin sorununun nedenini araştırırken hemşire, eleştirel düşünme ve sezgileriyle doğru bakım yapabilmelidir. Bu aşamada hemşire verilerle ilgili bilgiyi zamanında ve yerinde toplamalı ve tamamlamalıdır. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olabilmesi için, verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Veriler objektif ve subjektif olarak gruplandırılabilir. Subjektif veri hastanın/ailenin ifade ettikleri, objektif veriler ise hemşire veya diğer ekip üyelerinin görüşme, gözlem, fiziksel değerlendirme yoluyla topladıkları veri, yapılan tanı işlemlerini ve laboratuvar sonuçlarını kapsamaktadır.”[41].

Her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleği içerisinde de bazı etik kurallar mevcuttur. Hemşirelikte Etik İlkeler [42];

- **Zarar vermeme ilkesi:** Bu ilke ile kastedilen davranış biçimi zarardan kaçınma, zararlı etken ve koşulları ortadan kaldırma ve önlemeyi içermektedir. Örneğin, mesleki açıdan hemşireliğin sorumluluklarını taşımak sureti ile hastalarına yetki ve sorumlulukları dahilinde hareket ederek zarar vermeme durumu olarak da karşımıza çıkmaktadır.

- **Yarar sağlama ilkesi:** İyi olanın yükseltilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer bir tanıma göre yararlılık, danışan kişi veya kişilerin iyilik halinin korunması ve geliştirilmesine ait sorumluluğu ifade etmektedir [43].
- **İnsan onuruna saygı ilkesi:** İnsanın:
  - ✓ Yaşamına,
  - ✓ Haklarına,
  - ✓ Duygu ve düşüncelerine,
  - ✓ Başkalarına zarar vermediği sürece davranışlarına ve onuruna saygılı olmayı ifade etmektedir.
- **Adalet ilkesi:** Tedavi ve bakımda kullanılan araç gereç-donanım kaynakları, kişilerin yetki, yetenek ve yeterlilikleri hastanın bireysel gereksinimleri belirlenerek, eşitlik ilkesine uygun dağılımın sağlanması anlamını taşımaktadır.
- **Dürüstlük ilkesi:** Etik ve manevi olarak prensip sahibi olmak demektir. Dürüstlük ilkesine göre, görev ve sorumlulukların üstlenilmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır.
- **Doğruluk ilkesi:** Hasta ile ilgili yapılan uygulamalarda doğru kayıt tutulması gerektiğinin savunulduğu ilkedir. Bu ilkenin düzgün biçimde yerine getirilmesi sonucunda sağlık sisteminin düzgün işleyişi söz konusu olmaktadır.
- **Güvenilirlik ilkesi:** Bireye ait bilgilerin saklanması, gerçeği söyleme durumu olarak ifade edilmektedir. Güvenilirlik ilkesine göre, hastalara ait bilgi ve detayların gizliliğinin korunması esastır.
- **Otonomi ilkesi:** Kendi kendine karar verme becerisidir. Otonomi ilkesine göre, çalışanlar hastaları ile ilgili konularda sorumluluk almalı ve kendi kararlarının arkasında durabilmelidirler.
- **Sadakat ilkesi:** Bireyin kendisi dışında birine inanma, sadık kalma ve ahlaki ilkeler doğrultusunda hemşire hasta ilişkisinin yarattığı güven duygusunu ifade etmektedir. Bu ilkeye göre, verilen sözlerin sorumluluğunun alınması, sağlıklı iletişim ve bireyler arası güven önem taşımaktadır.

Kişinin sahip olduğu bilgi ve yetenek, sorumluluk ve profesyonel otoriteyi de beraberinde getirmektedir. Örnek verilecek olduğunda, profesyonel hemşireden de bazı hizmetleri sunması beklenmektedir. Bunlar arasında: hastalarına etkili ve güvenli bakım sağlaması, topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına yaptıklarının hesabını verebilmesi beklenmektedir. Hemşireliğin profesyonelleşme aşaması, onun sağlıklı karar

verebilmesinde yatmaktadır. Aynı zamanda verdiği kararların bilime dayanması da gereklidir [44].

Burada ifade edilmek istenen asıl nokta, hemşirelik mesleğinin bilime uygun standartlarda ve eğitimli kişilerce uygulanmasının gerekliliğidir. Aynı zamanda otonomi sahibi hemşire, profesyonel ve sorumluluk sahibi hemşiredir. Bu özelliklerin varlığı ise birbirini olumlu yönde destekler niteliktedir.

İyi bir hemşire otonomi sahibi olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için de deneyimi ölçüsünde karar verme yetkisine sahip olması gerekmektedir. Özellikler hastalarının bakımı ve ihtiyaçları konusunda karar hakkına sahip olmalıdır. Ancak bu otonomiyi kullanırken, sınırlarını ve yetkilerini aşan durumlarda meslek arkadaşlarının yetki ve bilgisine de saygı duymalıdır [45].

Bir diğer önemli etken de, hemşirelik mesleğindeki yoğun çalışma ortamıdır. Hemşirelerin gerek motivasyonu ve gerekse sağlıksız çalışma koşulları, onların verdikleri kararlarda da etkili olmaktadır. Yoğun stres altında ve uzun çalışma saatleri sonrasında alınan kararlarda bazı aksaklıklar yaşanması olasıdır. Bunun neticesinde ise otonomiden yoksun ve yanlış kararlar ortaya çıkmaktadır. Kendi kararlarını kendi verebilen ve sağlıklı işlere imza atan hemşireler için, çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin otonomi düzeylerinin belirlenmesinde karar verme konusundaki serbestlikleri de önem taşımaktadır. Yapılan bazı araştırmalara göre hemşireler karar verme sınırlarının esnek olduğu ortamlarda [46]:

- Çalışmayı tercih etmektedirler.
- Merkezi karar vermeye daha aktif olarak katılmaktadırlar.
- Katılımcı oldukları işlerde daha az doyumsuzluk yaşamaktadırlar.
- Hastalarla geçirilen süre arttıkça hemşirelerin karar verme yetenekleri artmaktadır.
- Hemşirelerin karar vermesine etki edecek belirsizlikler ve yapılandırılmamış kurallar sorun çıkarmaktadır.
- Otonominin eksikliği, belirsizlik ve güven kaybı, iş doyumu ve performansı etkilemektedir.

Hemşirelikte mesleki özerklik, hemşirelerin uyguladığı bakım ve benzeri hizmetler konusunda karar verebilme yetisini kapsamaktadır. Bu yetkiler kullanılırken çalışanlar ile işbirliği de esas kabul edilmektedir [47].

“Hemşirelik mesleğinin özerklik alanı, mesleğin ortaya koyduğu özgün işlev alanıdır. Bu bağlamda hemşireliğin özerkliğinin en geniş olabileceği alan, tanımlardan da anlaşılacağı üzere en eski ve temel rolü olan hemşirelik bakımındır. Hemşirelik bakımı, hemşireliğin özünü oluşturması ve insanın doğası gereği vazgeçilemeyen bir gereksinimi olması bakımından mesleki özerklik için kilit bir roldür. Literatürde, mesleki özerkliğin gelişmesinin, hemşirelik bakımının zamanında ve uygun yapılmasını sağladığı, kaliteli hemşirelik bakımının ise mesleki özerkliğin gelişimine katkı sağladığı belirlenmiştir [6], [48], [49].”

## **2.6. Hemşirelik Tarihi**

Dünyada modern anlamdaki hemşirelik tarihinin 1854-1856 yılları sırasında Kırım Savaşı sürecinde Florance Nightingale (1820-1910) ile başladığı kabul edilmektedir. Türkiye’ye bakıldığında ise Üsküdar Selimiye Kışlası'nda dünyaca ünlü hemşirelerin verdiği hizmetlerle mesleğin doğuşuna tanıklık ettiği görülmektedir. F. Nightingale [50]:

- Rahibelerden ve sivil hastanelerdeki kişilerden seçilen 38 kişilik bir hemşire kafilesi ve malzeme ile
- 1854 Ekimi"nde İstanbul’a gelmiştir
- Disiplinli çalışmaları neticesinde savaştan dönen yaralılar arasındaki ölüm oranını yüzde 42’den yüzde 2’ye düşürmüştür.
- F. Nightingale’in yaralı ve hastalara bilgi ve şefkatle bakması onun efsaneleşmesine neden olmuştur.

Florence Nightingale daha küçük yaşlarda hastanelerde hastalara yeterince ilgi gösterilmediğini düşündüğü için bu durumu düzeltmek adına hastabakıcı olmak istemektedir. Ailesi Nightingale'e izin vermemektedir. Bunun nedeni ise, o dönemlerde hastabakıcılığın hiç bir işi olmayan kızların yaptığı pis bir iş olarak kabul edilmesidir. Ailesine kabul ettiremediği için ailesinden ayrılarak hastabakıcı olmaya karar vermiştir. Hastabakıcılığın kötü adını silmek için fikirleri olan Nightingale, bu durumu ülkenin

bakanlarına kadar iletmesine rağmen izin alamamıştır. İlerleyen zaman içerisindeki gelişmelere kronolojik olarak bakıldığında [51]:

- 1854 yılında Kırım Savaşı sırasında, Üsküdar'daki Selimiye Kışlası'nda yaralanan İngiliz askerlerinin tedavi ve bakımını üstlenmiş olduğu görülmektedir.
- Bunun yanı sıra, İtalyanca, Fransızca ve İngilizce öğrenmiştir.
- Savaşın zor koşullarında, gece gündüz demeden yaralılara baktığı için askerler ona The Lady with the Lamp yani Lambalı Kadın adını vermiştir.
- Savaştan sonrada Londra'da hemşirelik okulu açmıştır.
- 1907 yılında Liyakat Nişanı alan ilk kadın olarak tarihe geçmiştir.
- 1910 yılında ölmüştür.
- 1961 yılında, Türkiye'de, Şişli'de açılan ilk Yüksek Hemşirelik Okulu'na onun adı verilmiştir.
- 1989'da merkez olarak kurulan Florence Nightingale Hastanesi de denem binada şimdi şapka biçiminde camdan bir ek bina daha yapılacaktır. Bununla birlikte dünya üzerinde ismini altın harflerle yazdıran ilk hemşire olmuştur.
- Doğum günü olan 12 Mayıs, tüm dünyada hemşireler günü olarak kabul edilmiştir.

Genel olarak ele alındığında hemşirelik olgusu, güçsüz ve hasta insanların bakımı şeklinde ortaya çıkmaktadır. Daha çok kadınlara yüklenen bu mesleğin geçmişte şifacı olarak bilinen kişiler ile yakın ilgisi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, profesyonel hemşirelik alanına geçilmesi ise aynı şartlarda olumlu karşılanmamış ve bazı sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olmuştur [36].

Türkiye'de modern hemşirelik, ancak 1. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamıştır. Bunun birçok nedeni bulunmaktadır. Hekimlik mesleği ilerlemiş ancak hemşirelik mesleği geride kalmıştır. Çünkü Türk kadının iş yaşamına alınması Türkiye'de zorluklarla karşılaşmıştır. Bunun yanında, hastalara bakacak eğitilmiş sağlık çalışanlarına duyulan ihtiyaç ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler sonucunda ise hekimleri bu konuda çalışma yapmaya itmiştir [52].

“Hemşirelik ve hastabakıcılığın ülkemizde nasıl başladığına kısaca değinecek olursak; hemşirelik, 1911 yılında Trablusgarp ve 1912 yılında Balkan Savaşları'nda

yaralanan askerlerin büyük kayıplar vermesiyle ve bu askerlerin bakımı için duyulan gereksinimle başlamıştır.1911 yılında gönüllü hasta bakıcı kursu açılmış ve ilk formal hemşirelik eğitimine başlanmıştır. 6 ay süren kurs sonunda sertifika alan Müslüman Türk kadınlarının ilk defa Balkan Savaşı (1912) ve Çanakkale Savaşı (1915 – 1916) sırasında hasta bakımına katılmaları mümkün olmuştur. 1913–1914 yıllarında üniversite konferans salonlarında tertiplenen kurslara çok sayıda öğrenci katılmış; bu öğrencilere hasta bakımı üzerine çeşitli bilgiler verilmiştir. Kursları bitiren Safiye Hüseyin (Elbi), Kerime Salahar, Münire İsmail gibi Türk hanımları; Çanakkale ve Balkan Savaşlarında gönüllü hasta bakıcılığı yapmışlar ve büyük fedakârlıklar göstermişlerdir” [53].

Hemşirelik mesleği birçok açıdan öneme sahip bir meslektir. Hemşirelikte iletişim de o denli önemlidir. İletişimin kullanıldığı [54]:

- Hasta ile tanışmak,
- Öykü almak,
- Tanı koymak,
- Tedavisine karar vermek ve uygulamak,
- Bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişimin önemi büyüktür.
- İletişim tedavide önemli bir bakım aracıdır.

Hemşire sözcüğü Türkiye’de ilk olarak 1910’lu yıllarda kullanılmaya başlanmış bir kelimedir. 1900 yıllarında Gülhane Seriryat Mektebi ve Hamidiye Etfal Hastanesi’ne Almanya’dan Şvesterler gelmiştir. Kız kardeş ve rahibe anlamına gelen bu sözcüğün karşılığı Türkiye’de hemşire olarak kalmıştır. Bunun sonucunda iş olduğu kadar işin adı da dışı kavram olarak yerini almıştır. Türkiye’de 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanunu, erkek hemşire yetiştirilmesine olanak tanımayan bir yasal düzenlemeyi içermektedir [55].

Çıkarılan bu yasa ile mesleğin cinsiyeti belirlenmiş durumdadır. Ancak böyle bir uygulama açıkça yanlış bir uygulamadır. 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalan bu yasa, günümüzün gereksinimlerine yanıt vermediği ve hemşireliğin meslekleşmesine ket vuran ve bir kadın mesleği olduğuna ilişkin maddeyi barındırdığı için değiştirilmiştir. Bu değişiklik ise, Mayıs 2007’de resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yapılmıştır [56].

“Ülkemiz geneline baktığımızda lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren okullarda yeterli sayıda ve nitelikte öğretim elemanı olmadığı görülmektedir. Uygulamalı eğitim veren alanlarda öğrenci grubunun en fazla 10-15 kişilik gruplar olması gerekirken ülkemizde sınıflarda ve uygulama alanlarında ise okulların % 80-90’ında 50-100 kişilik öğrenci gruplarıyla eğitim sürdürülmektedir. Bunun yanında uygulama alanlarının da eğitim için uygun şekilde yapılandırılmaması da hemşirelik mesleğine kazandırılacak yeni elemanların eleştirel düşünme düzeylerini etkileyen olumsuz faktörler arasında yer almaktadır”[33].

## 2.7. Hemşirelik Eğitiminin Tarihi

Sağlık hizmetlerinde hemşirelerin birçok rolü üstlendiği görülmektedir. Bunlardan bir tanesi de eğitimci rolleridir. Hemşireler, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hastalar ile tüm boyutları ile ilgilenmektedirler. Elbette bu ilgi ve bakım bazı standartlar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir.

Hemşirelerin sağlık eğitimi ile ilgili etkinliklerini 3 grupta incelemek mümkündür. Bunlar sırası ile [25]:

**\*Primer Bakım:** Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bağlamında ortaya çıkmaktadır. Primer bakım ile alakalı eğitim programlarına örnek vermek gerektiğinde:

Sigara ve alkol kullanımı gibi risk faktörleri,

İlk yardım ve risk yönetimi,

Hastalıklardan korunma,

Yeterli egzersiz ve dinlenme,

Yaşamın farklı dönemlerinde uygun beslenme alışkanlıkları,

Bağışıklama ve hijyen,

Güvenli çevrenin sağlanması,

Sağlık taramaları,

Prenatal ve postnatal dönemlerde bakım,

Psikososyal sorunlar ve stresle başa çıkma gibi maddeler karşımıza çıkmaktadır.

**\*Sekonder Bakım:** Sağlığı yeniden kazanma üzerine yapılan çalışma ve eğitimlerdir. Bu eğitim içerisinde hemşireler, hastalarını yaşadıkları hastalığın komplikasyonları



hakkında bilgilendirme sureti ile farklı sorunların yaşanma ihtimalleri de göz önünde bulundurularak eğitmesidir.

**\*Tersiyer Bakım:** Bu aşama ise rehabilitasyon aşaması ve eğitimini içermektedir. Bu aşamada evde bakım söz konusu olabilmektedir. Ayrıca, rehabilitasyona yönelik eğitim etkinlikleri de uygulanmaktadır. Bu eğitim aşamasında destekleyici kişi ve kuruluşların işbirliği de kabul edilmektedir.

Eğitim süreci ile ilgili bazı standartlar bulunmaktadır. Bunlar [25]:

- \* Eğitim süreci ile hemşirelik sürecinin aynı aşamalardan oluştuğu görülmektedir.
- \* Odak noktası sağlıklı ya da hasta bireydir.
- \* Bireyler ve hemşireler gereksinimleri birlikte belirlemektedirler.
- \* Hemşireler eğitim sürecini planlamakta ve ilkelere göre hareket etmektedirler.
- \* Eğitim sürecinin dokümantasyonu sağlık çalışanlarına kaynak oluşturması açısından da büyük öneme sahiptir.

Her meslek grubunda olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de kendine özgü bir misyonu bulunmaktadır. Hemşirelik eğitiminin misyonu;

- Birey aile ve topluma yaşadıkları çevrenin koşulları ile baş edecek:
  - ✓ Fiziksel,
  - ✓ Ruhsal,
  - ✓ Sosyal potansiyelleri kullanarak sağlıklarına ulaşma ve bunu devam ettirmede yardım edebilecekleri iyi eğitilmiş hemşireler yetiştirmektir [57].

Türkiye’de ilk olarak bir askeri hekim olan Besim Ömer Paşa, Japonya’da kadın hastabakıcı yetiştirilmesinde uygulanan yöntemi İstanbul’da uygulamaya karar vermiştir. Bu uygulama ile birlikte [58]:

- Şehrin tanınmış ailelerinin kızlarını, “Gönüllü Hastabakıcılık Kursu”na çağırıştır.
- 1925 yılına gelindiğinde ise, Kızılay Derneğine bağlı Kızılay Hastabakıcı Okulu kurulmuştur.
- İzleyen yıllarda hemşirelikte okullaşma çok yavaş ilerlemiş ve 1960 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslek Liselerini açmaya başlamıştır.
- 1961 yılından itibaren hemşirelik eğitiminde bir yaygınlaşma görülmektedir.

- Sağlık Meslek liselerinin sayıları hızla artmış ve böylece hastanelerde insan gücü ihtiyacı karşılanmıştır

Türkiye’de hemşirelik eğitimini kronolojik olarak incelemek gerektiğinde, yapı taşı kabul edilen 4 dönemden bahsetmek mümkündür. Bunlar Tablo 1’de de görüldüğü üzere:

- 1845 Dönemi,
- 1911 Dönemi,
- 1961 Dönemi,
- 1982 Dönemi olarak sınıflandırılmaktadır.

**Tablo1. Türkiye’de kronolojik olarak hemşirelik eğitimi**

<b>Hazırlık Dönemi</b>	1.Dönem: 1845’te başlayan 66 yıl süren dönem
<b>Başlangıç Dönemi</b>	2.Dönem: 1911’de başlayan 50 yıl süren dönem
<b>Yaygınlaşma Dönemi</b>	3.Dönem: 1961’de başlayan 21 yıl süren dönem
<b>Yüksekokullar Dönemi</b>	4.Dönem: 1982’de başlayan 15 yıl süren dönem

**Kaynak:** [58].

Hemşirelik eğitimi diploma programlarına bakıldığında bazı gelişmeler öne çıkmaktadır. Hemşirelik eğitiminin tanımlamasını daha sağlıklı yapabilmek ve

hemşirelik eğitimi tarihine değinmek için bu maddeleri ayrıntılı sınıflandırmak gerekmektedir.

Dönemin belirleyicilerine bakılacak olduğunda [59]:

- Türkiye’de ilk defa 1920 yılında, Amiral Bristol Hastanesine bağlı hemşire okulu açılmıştır. Bu okulda eğitim süresi başlangıçta 2 yıl 6 ay iken, daha sonra 3 yıla ve 1957 de 4 yıla çıkarılarak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanarak meslek lisesi denkliği kazanmıştır.
- Cumhuriyet Döneminde açılan ilk hemşire okulu 21 Şubat 1925 yılında Kızılay Hemşire Okulu'dur. Bu okulun:
  - ✓ Eğitim süresi iki yıl üç aydır,
  - ✓ Bu okula kabul şartları, okur-yazar, iyi ahlak sahibi ve vücutça sağlam olmaktır.
  - ✓ 1936 yılında bu okula, ortaokul mezunları alınmaya başlanmıştır.
  - ✓ Eğitim süresi üç yıla, 1958'de dört yıla çıkarılmıştır.
- 1946 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere Sağlık Meslek Liseleri açılmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların:
  - ✓ Eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl,
  - ✓ 1958'den sonra 4 yıl olmuştur.
  - ✓ 1988 - 1991 yılları arasında SML 300'lü sayılara ulaşmıştır.
- 1957 yılında 18-30 yaş arasındaki bayanlara bir buçuk yıl kuramsal ve uygulamalı eğitim veren "hemşire yardımcısı" kursları açılmıştır. 1967 yılında ise bu kurslar kapatılmıştır.
- Eğitim alanındaki gelişmeler devam ederken, bakanlık yapısında da bazı değişiklikler yapılmıştır.
- 1957 yılında Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı bünyesinde hemşirelik eğitimi v.b. konuları görüşmek üzere Hemşirelik İstişari Konseyi kurulmuştur.

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

- Müfredat programında yapılacak olan değişiklikler,

- Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin kendilerini yetiştirebilecekleri kursların planlamasıdır.
- Kursların işleyişinde:
  - ✓ Aktif katılım,
  - ✓ Tartışma,
  - ✓ Kendi kendine öğrenme kritik düşünme,
  - ✓ Kesin yargılardan vazgeçme gibi yöntemler kullanılmalıdır [11], [60].

Tablo 2’de de görüldüğü üzere, zamana ve ihtiyaçlara göre lisans ve ön lisans programları sıralandığında, bazılarının Hemşirelik Fakültesine, bazılarının Vakıf Üniversitesi’ne ve bazılarının da Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’ne dönüştüğü görülmektedir.

**Tablo 2. Hemşirelik Lisans ve Ön lisans Programlarının Kuruluş Yıllarına Göre Dağılımı**

Kuruluş Yılı	Programlar
1955-..	Ege Üniversitesi HYO <sup>a</sup>
1961-..	Hacettepe Üniversitesi HYO <sup>b</sup>
1961-..	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO <sup>a</sup>
1977-..	Atatürk Üniversitesi HYO <sup>b</sup>
1982-..	Cumhuriyet Üniversitesi HYO <sup>b</sup>
1985-..	Gülhane Askeri Tıp Akademisi HYO
1993-..	Marmara Üniversitesi HYO <sup>b</sup>
	Başkent Üniversitesi HYO <sup>b,c</sup>
1994-..	Dokuz Eylül Üniversitesi
1995-..	Gazi Üniversitesi HYO
1997-2002 2008-..	Maltepe Üniversitesi HYO <sup>c</sup>
1998-..	Haliç Üniversitesi HYO <sup>c</sup>
1999-..	Koç Üniversitesi HYO <sup>c</sup>
2006-..	Bilim Üniversitesi HYO <sup>c</sup>
1985-1996	Üniversitelere bağlı önlisans programları
1991-1999	Açık Öğretim Fakültesi önlisans programı
1996-..	Sağlık Yüksekokulları

<sup>a</sup>Hemşirelik Fakültesine dönüşmüştür.

<sup>b</sup>Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne dönüşmüştür.

<sup>c</sup>Vakıf Üniversitesi

**Kaynak:** [61].

Hemşirelik eğitimi açısından lisans eğitimi programlarına bakıldığında ise [53]:

- 1955 yılında Türkiye’de üniversite düzeyinde açılan ilk yüksekokul, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuludur. Ayrıca bu okul, Avrupa’da da üniversite düzeyinde açılan ilk hemşirelik okulu olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Daha sonra 1965 yılında İngiltere’de üniversite düzeyinde ilk hemşirelik okulu açılmıştır.
- Ege Üniversitesi’nde açılan Hemşirelik Yüksek Okulu’nu 1961 yılında Ankara’da Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu’nun açılması ile devam etmiş ve İstanbul’da Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’nun açılması da bunu izlemiştir. Bu okulların hemşirelik eğitiminin ve hemşirelik mesleğinin gelişmesine önemli katkıları olmuştur.
- 1982 yılında Atatürk ve Cumhuriyet Üniversiteleri Hemşirelik Yüksek Okul’ları açılmıştır.
- 1985 yılında “Muvazzaf Askeri Yüksek Hemşire” yetiştirmek üzere Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksek Okul’ları açılmıştır. Bu okulun varlığı hemşirelik için ayrı bir önem taşımaktadır.
- Daha sonraki yıllarda Marmara, Dokuz Eylül, Gazi Üniversiteleri Hemşirelik Yüksek Okul’ları açılmıştır.

Türkiye’de Yükseköğretimde hemşirelik yüksek lisans eğitimi, Hacettepe Üniversitesi’nde 1968 yılında başlamış bulunmaktadır [58], [59]. Bugün bu programların sayısı hızla çoğalmaktadır.

Yüksek lisans programları, tezli ve tezsiz olmak üzere iki biçimde yürütülmektedir. Tezli yüksek lisans programının amacı [63]:

- Öğrencilerin bilimsel bilgiler aracılığı ile bilgiye ulaşmaları,
- Ulaştıkları bu bilgileri değerlendirebilmeleri ve yorumlama yeteneğini kazanmasını sağlamaktadır.

Yükseköğretimde hemşirelik doktora eğitimi de, Hacettepe Üniversitesi’nde 1972 yılında başlamıştır [58], [62].

Hemşirelikte doktora programının amacı [64]:

- Öğrenciye bağımsız araştırma yapma bilimsel olayları geniş ve derin bir bakış açısı ile irdeleyerek,
- Yorum yapma ve yeni sentezlere ulaşmak için gerekli adımları belirleme yeteneği kazandırmaktır.
- Doktora programı, yüksek lisans derecesi olan öğrenciler için toplam yirmi bir krediden az olmamak koşuluyla en az yedi adet ders, yeterlilik sınavı, tez önerisi ve tezden oluşmaktadır.

Öğrencilerle yapılan araştırmalar bazı sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, hemşirelik öğrencileriyle diğer okul öğrencileri arasındaki kişilik özellikleri farklarını ortaya çıkarmaktadır. Hemşirelik öğrencileri çoğunlukla:

- Daha verici,
- Bağımlı,
- Boyun eğen,
- Kadınsı özellikler sergilemekte,

Bu nedenle de girişim ve otonomi gerektiren pozisyonları istememektedirler [65].

Özerk işlevi geliştiren ve bunu daha geleneksel bir programla karşılaştıran bir eğitim programında eğitilen hemşirelik öğrencilerindeki farklılıklarını tanımlayan bir başka çalışmada ise öğrenciler daha özerk durumdaki hemşirelik öğrencilerine kıyasla:

- Daha yüksek sosyallik,
- Kendini ifade etme,
- Daha yüksek statü kapasitesi kazanmaktadır [64].

## **2.8. Hemşirelik Yasaları**

Hemşirelik mesleği ile ilgili yasalar, hemşirelerin mesleki yeterliliklerini sergileyebilecekleri ve gelişim-yönetim sorumluluğunu üstlenecek biçimde düzenlenmelidir [66].

Hemşirelik mesleğine ilişkin olarak çıkarılan ilk yasa, 2 Mart 1954 Tarihinde yürürlüğe giren 6283 sayılı yasadır. Bu yasanın bazı maddelerine bakıldığında [67]

“**Madde 1** - Ortaokulu bitirmiş olup 25 yaşından yukarı bulunmayan kadınlardan Hükümetçe açılmış veya tanınmış bir (Ebe - Laborant Hemşire) okulunda 3 sene tahsil görüp Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletince teşkil olunan jüri huzurunda meslek imtihanı vererek aldığı diplomayı usulüne göre Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletine tescil ettirenlerle 3 üncü maddenin 2 nci fıkrasında yazılı olanlara (Hemşire) unvanı verilir.

Bu kanunun yürürlüğe girmesinden evvel usulüne göre hemşirelik sınıfına alınmış olanlar sanatlarını yapmaya ve hemşire unvanını kullanmaya devam ederler.

**Madde 2** - Bu kanunun yayımından sonra diğer Vekaletlerle özel veya tüzel kişiler tarafından hemşirelik okulu açılması için Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletinin müsaadesini almak şarttır.

Gerek bu kanunun yayımı tarihinde mevcut bulunan, gerekse yayımından sonra açılacak olan bu gibi hemşirelik okulları Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletinin murakabesine tabidir.

**Madde 3** - Türkiye’de hemşirelik sanatını bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanını kazanmış Türk kadınlarından başka hiç bir kimse yapamaz.

Ancak yabancı memleketlerde ve mahalli Hükümetlerce tanınmış hemşire okullarında tahsil görerek diploma alan Türk hemşirelerinin alelusul hüviyetleri tespit edilerek, tahsil ettiği memlekette tescil edilmiş olanların diplomaları, uygun görüldüğü takdirde, aynen Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletince onanıp tescil edildikten sonra sanatlarını yapmalarına müsaade olunur.

Yabancı memleketlerin yukarıdaki şartları haiz okullarını bitirmekle beraber diploması oraca tescil edilmeyenler Türkiye’de meslek imtihanı vererek hemşire olabilirler.

Öğretim programları Türk hemşire okulları programından ve müddetinden az olan yabancı hemşire okullarından gelenler, noksan olan kısım ve müddetleri Türk hemşire okullarında tamamlamaya mecburdurlar.”

Yenilenen Hemşirelik Kanunu' nunda [68];

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

2007 yılında 6283 sayılı yasada yapılan değişiklikler sonucunda, hemşirelerin ana görevi olarak, hekim tarafından verilen tedavileri uygulamak gösterilmiştir. Bunun dışında:

- Hemşirelik girişimi,
- Hemşirelik tanılama süreci gibi esasen içeriğinin doldurulması gereken kavramlarla,
- Hemşirelik bakımını planlamak,
- Uygulamak,
- Denetlemek ve değerlendirmek yetki ve görevi verilmiştir.

Esas itibari ile hemşirelerle yapılan seminerlerde, hemşirelerin görev ve yetkilerini eğitimlerinin belirleyeceğini, mevzuatın bu konuda çok açık olmadığını ifade etmekte fayda vardır. Görüldüğü üzere yeni düzenleme de açık bir belirlemeden ziyade:



- Hemşirelik girişimi,
- Hemşirelik tanılama süreci,
- Hemşirelik bakımı gibi kavramlar kullanarak,
- Hemşirelerin görev ve yetkilerinin bu sınırlar çerçevesinde belirleneceğini ortaya koymaktadır.

“Aile hekimliğine ilişkin yeni Kanun’daki açık belirleme ve diğer mevzuata yapılan atıf dışında, Kanun ayrıca, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının esasen Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla konu yeni Kanun’da da ayrıntılı olarak belirlenmemiş, görev ve yetkiler hususu, yönetmeliğe bırakılmıştır.”[69].

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu’nda 02 Mayıs 2007 tarihinde yapılan değişiklik ile ebeliği ilgilendiren bir geçici madde yer almaktadır. Geçici madde şöyledir [70];

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

Bu geçici maddeye bakıldığında bazı çalışanlar tarafından yanlış anlaşılmış olduğu görülmektedir. Yani kendilerine hemşirelik kadrosu ya da unvanı verileceği yanlışına düşmüşlerdir. Fakat geçici madde de söylenen durum açıktır. Burada:

- Yalnızca hemşirelik yetkisi ile mevcut alanlarında çalışmaya devam edeceklerdir.
- Hemşirelik kadrosu ya da unvanı verilmesi ise söz konusu değildir.

25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 1 inci maddesi ile 25.02.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 1 inci maddesi de değiştirilmiştir. Bu madde değişiklikten önce şu şekildedir [71]:

“Ortaokulu bitirmiş olup, 25 yaşından yukarı bulunmayan kadınlardan Hükümetçe açılmış veya tanınmış bir (Ebe-Lâborant Hemşire) okulunda 3 sene tahsil görüp Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletince teşkil olunan jüri huzurunda meslek imtihanı vererek aldığı diplomayı usulüne göre Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletine tescil ettirenlerle 3 üncü maddenin 2 nci fıkrasında yazılı olanlara (Hemşire) unvanı verilir...”

25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Kanun ile bu madde aşağıdaki şekilde dñzenlenmiřtir;

“Tñrkiye’de ùniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fak÷lte ve y÷ksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile òęrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.”

8 Mart 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 27515 sayılı y÷netmelik ile bazı ònemli dñzenlemeler ortaya çıkmaktadır. Òrneęin [72];

Daha òncesinde hemşirelerin en geniş anlamda iş tanımları, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda çalışan hemşireleri kapsayan Tedavi Kurumları İşletme Y÷netmeliğinde yer almaktadır. Ancak yeni y÷netmelikte bu kapsam; “kamu ve òzel tñm sağlık kurum ve kuruluşları ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda g÷rev yapan hemşireleri kapsar” şeklinde genişletilmiştir.

Yine tanımlar b÷lümünde, hemşirelikle ilgili ònceki dñzenlemelerde hiç s÷z÷ edilmeyen “hemşirelik tanılama s÷reci” kavramına yer verilmektedir. Ayrıca:

- ✓ Hemşirelerin doğrudan meslek alanı içinde yer alan,
- ✓ Bireyin mevcut ve olası sağlık sorunlarına en uygun hemşirelik bakımını verme sorumluluğuna açıkça vurgu yapılmış olmaktadır.

Y÷netmelikte uzman hemşire tanımı ile birlikte yetki belgesi kavramına yer verilmiştir. Bu dñzenleme ise, hemşirelik dñnyasında sıklıkla karıştırılan, hemşirelikte akademik uzmanlaşma ile òzel alanlara ilişkin sertifikalı eğitim programı arasındaki farkın anlaşır duruma gelmesini sağlamaktadır.

\*Uzman hemşirenin tanımında “ mesleği ile ilgili lisans÷st÷ eğitim olarak uzmanlaşan...” şeklinde yer alan ifade, hemşirelerin b÷y÷k bir b÷lümünde memnuniyet yaratmaktadır. Ancak hemşirelik alanı dışında diğer programlarda lisans÷st÷ eğitim alan bazı hemşirelerin beklentilerine karşılık vermediği açıkça g÷r÷lmektedir. Onlar hemşirelik dışında òrneęin;

- ✓ Turizm,
- ✓ İşletme,

- ✓ Yönetim vb. programlarda aldıkları yüksek lisans diplomalarına karşılık uzman hemşire unvanını kullanma haklarının olmasını istemektedirler.

## 2.9. Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetleri çeşitli amaçlara göre hareket etmekte ve hizmetlerini sürdürmektedir. Örneğin [73]:

- Tanım bakımından: İnsanların beden, ruhen ve sosyal anlamda tam iyilik halinde bulunmasını,
- Amaç bakımından: kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu korumak adına toplumu sağlıklı kılma çabaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık politikalarının daha iyi bir biçimde işleyebilmesi adına bazı standartların kabul edilmesi ile mümkündür. Bunlar [25]:

- Sağlık kuruluşları, sağlık hizmetini alan birey ve aileye:
  - ✓ Bilgi,
  - ✓ Beceri,
  - ✓ Davranışları kazandıracak eğitimi,
  - ✓ Sağlık bakım girişimi olarak sunmaktadır.
- Sağlık kuruluşları:
  - ✓ Eğitimi planlamakta,
  - ✓ Etkinlik ve kaynakları destekleyen koşullar sağlamaktadır.
- Sağlık kuruluşları:
  - ✓ Kişilerin eğitim gereksinimlerine,
  - ✓ Öğrenme kapasitesine,
  - ✓ Öğrenmeye hazır bulunma düzeyine uygun hareket etmektedir.
- Sağlık kuruluşları:
  - ✓ Taburcu olacak kişi ya da kişilere gerekli eğitimi sunmaktadır.

Ülkelerin uyguladıkları sağlık politikalarına bakıldığında çeşitlik olduğu görülmektedir. Bunun temel nedenleri arasında, devletin sağlık piyasasına müdahale etmesi ve etmemesi durumu yatmaktadır.

Tablo 3’de de görüldüğü gibi, devletin müdahalesine göre çeşitli sınıflara ayrılmış olan sağlık sistem tipleri mevcuttur. Bunun anlamı ise, her müdahalenin farklı bir yapıyı ortaya çıkardığı gerçeğidir.

Türkiye’nin uyguladığı sağlık politikalarına bakıldığında ise, refah yönelimli Bismarck Modeli karşımıza çıkmaktadır. Bu model, sosyal faydaların yalnızca emek piyasasında bulunanlara verildiği model olarak bilinmektedir. Ayrıca, başarı odaklı model olarak da isimlendirildiği olmaktadır.

**Tablo 3. Devletin Sağlık Piyasasına Müdahalesine Göre Sağlık Sistemi Tipleri**

Sistem / GSMH	Girişimci ve Serbest	Refah Yönelimli	Genel ve Kapsayıcı	Sosyalist, merkezi
Zengin, Sanayileşmiş	ABD	Almanya, Kanada, Japonya	Britanya, Yeni Zelanda, Norveç	Rusya
Kalkınan ve Değişimci	Tayland, Filipinler, Güney Afrika	Brezilya, Mısır	İsrail, Nikaragua	Küba, K. Kore
Çok Yoksul	Gana, Bengladeş, Nepal	Hindistan, Burma	Sri Lanka, Tanzanya	
Kaynak Zengini		Libya, Gabon	Kuveyt, Suudi Arabistan	

**Kaynak:** [74].

Sağlık politikalarındaki düzensizlikler ve eşitsizlikler dikkate alındığında, yapılan bilimsel çalışmaların, çoğulcu ve katılımcı sağlık yönetiminin temelleri üzerinde kurulmasına özen gösterilmelidir [75].

1961 yılında Türkiye'nin planlı kalkınmayı hedeflemesiyle birlikte hemşireliğe atfedilen değer de artmaktadır. Bu dönemden itibaren hemşire yetiştiren okulların sayısı artırılmıştır. Bunlara rağmen Türkiye'de kişi başına düşen hemşire sayısı yeterli seviyede bulunmamaktadır [59].

Hemşireler genellikle:

- Yataklı tedavi kurumları,
- Halk sağlığı,
- Eğitim kurumlarında çalışmaktadırlar.

Bu çabalar 1970'li yılların ikinci yarısında başlamış, 1980 ve 2000'li yıllarda da çeşitli düzenlemeler ile devam etmiştir. Sağlık politikalarında yaşanan gelişmeler elbette yasalarında desteği ile sağlanmaktadır. Örneğin 1962 ve 1981 yıllarında ortaya konulan Anayasalar ile sosyal devlet anlayışında çeşitli değişiklikler söz konusu olmaktadır. Bunların ardından yasal bir düzenleme ile Sağlık Sigortaları gündeme gelmektedir.

Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması [76]:

- Türkiye'de kişi başına yapılan sağlık harcaması 671 Euro'dur.
- AB'de ortalama kişi başına yapılan sağlık harcaması 2192 Euro'dur.
- Kişi başına en yüksek sağlık harcaması yapılan ülke Norveç, 4294 Euro'dur.
- Kişi başına en düşük sağlık harcaması yapılan ülke Türkiye (ülkemize ait rakamlar 2007 yılı rakamlarıdır ve 1998-2007 arasında sağlığa yapılan kişi başına harcamalarda en fazla büyüyen ülke durumundadır), ülkemizin ardından Romanya gelmektedir; 687 Euro'dur.

Tablo 4'te de ifade edildiği gibi, Türkiye de dahil olmak üzere birçok ülkeye ait sağlık sektörü standartları mevcuttur.

Tablo 4. Sağlık ve Sağlık Sektörü Göstergeleri (Dolar Bazında)

		Yaşam beklentisi (Yıl)	Bebek ölüm oranı (1000 doğumda)	Doktor sayısı (1000 kişiye düşen)	Dünya ilaç ihracatından aldığı pay (%)	Dünya medikal ürün ihracatından aldığı pay (%)	Dünyadaki toplam biyoteknoloji patentlerinden alınan pay(%)
1	ABD	78,2	6,5	2,4	8,4	24,7	41,54
2	Çin	73,3	13,7	1,4	1,2	4,1	2,32
3	Japonya	82,9	2,4	2,1	0,8	4,6	10,91
4	Almanya	80,0	3,4	3,6	15,0	13,3	7,26
5	Fransa	81,4	3,5	3,4	7,2	3,4	4,54
6	Brezilya	73,1	15	1,8	0,3	0,2	0,38
7	İngiltere	80,4	4,5	2,7	7,0	2,7	4,06
8	İtalya	81,7	3,3	3,5	4,1	2,0	1,59
9	Rusya	68,8	10,3	4,3	0,1	0,1	0,52
10	Hindistan	65,1	48,6	0,6	1,8	0,5	0,93
11	Kanada	80,8	5	2,0	1,2	0,7	2,92
12	İspanya	81,6	3,7	4,0	2,6	0,5	1,62
13	Avustralya	81,7	4,2	3,0	0,8	0,4	1,88
14	Meksika	76,7	14,1	2,0	0,4	4,9	0,10
15	Kore	80,8	4,2	2,0	0,2	1,2	3,24
16	Endonezya	68,9	25,8	0,3	0,1	0,1	0,01
17	Hollanda	80,7	3,5	2,9	3,4	8,5	2,63
18	<b>Türkiye</b>	<b>73,7</b>	<b>12,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,02</b>
19	İsviçre	82,2	4	4,1	11,5	3,0	1,95
20	Polonya	76,2	5,2	2,2	0,5	0,4	0,17

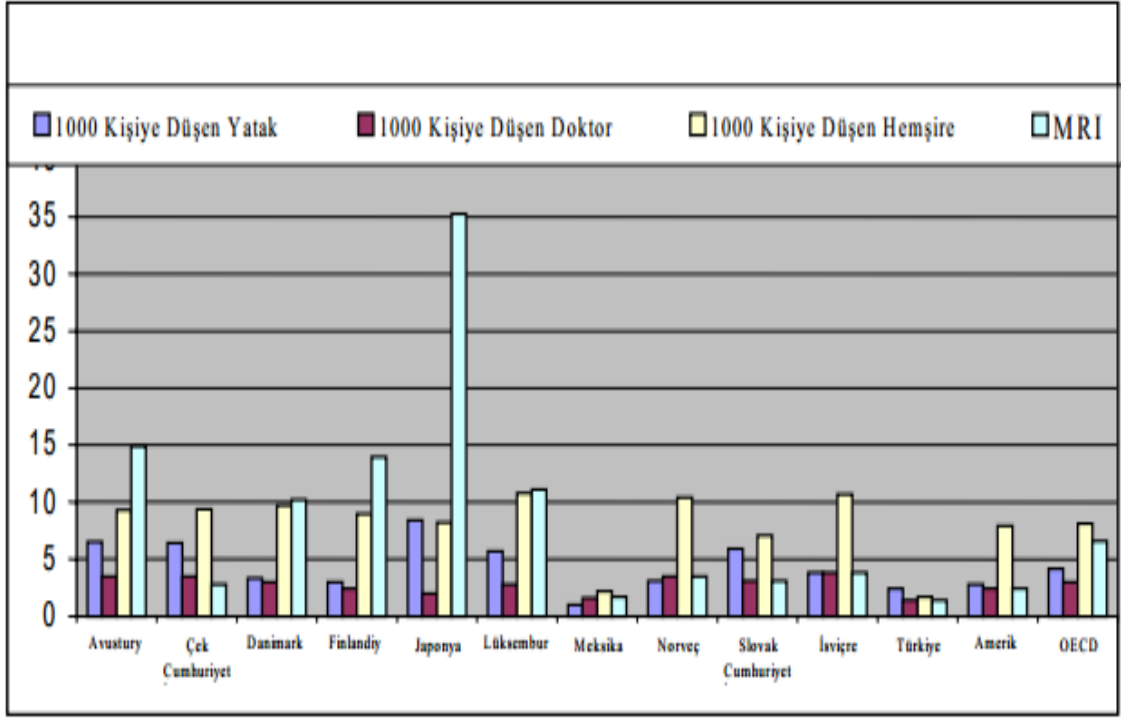
Kaynak: [77].

“2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması şeklinde açıklanmıştı. Program dokümanında belirtilen temel bileşenlerden uygulamaya girenler; Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Bakanlığı yapısında değişim, aile hekimliği, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun kurulması, Sağlık Bilgi Sistemi ve erişilebilir sağlık hizmeti sistemi oldu.”[78].

Şekil 2’de da ifade edildiği gibi, Bazı OECD ülkelerinde:

- 1000 kişiye düşen yatak sayısı,
- 1000 kişiye düşen doktor sayısı,
- 1000 kişiye düşen hemşire sayısı gösterilmektedir.

Şekil 2. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Kaynakları [79].



“Sağlık Bakanlığı, sayıları giderek artan iş garantili sağlık meslek liseleri için yeni bir düzenleme yapmaya hazırlanıyor. Açılan meslek liselerinin yetiştireceği hemşirelerle 2023 yılında, bakanlığın ihtiyacı olan hemşire sayısının 2 kat fazlası yetiyeceği için bakanlık düğmeye bastı. Bakanlar Kurulu'nda Millî Eğitim Bakanı Nabi Avcı ile görüşen Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu, sayıları giderek artan sağlık meslek liseleri ile ilgili radikal kararlar aldı. Bu kapsamda, artık liseden mezun olan hemşire ile lisans mezunu hemşireye kademelendirme farkı geliyor.”[80].

Sağlığın Finansmanı [76]:

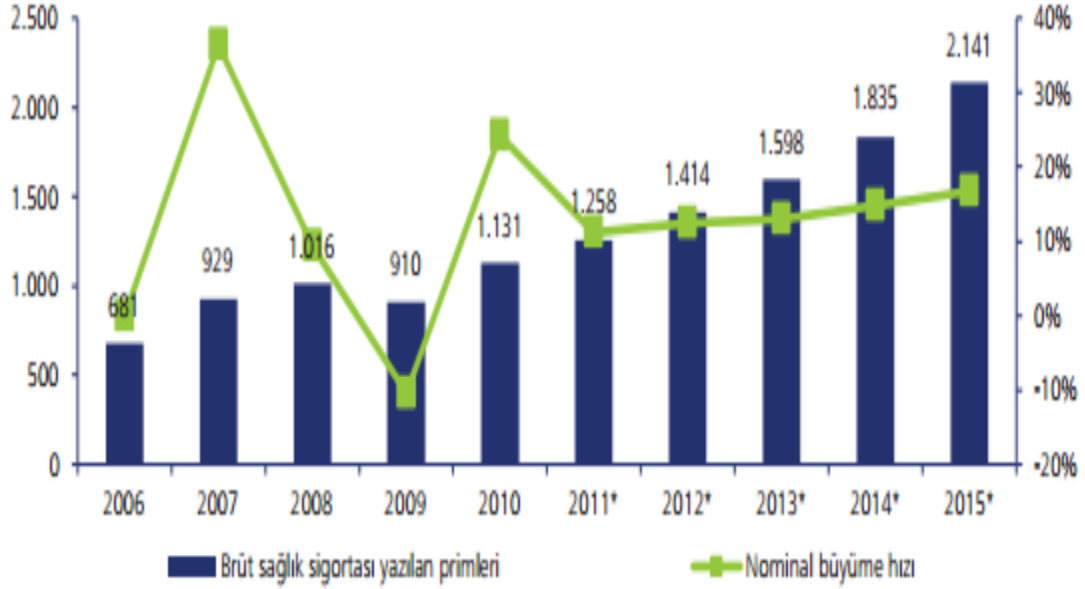
- Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının:
  - ✓ %39’u sosyal güvenlikden karşılanırken,
  - ✓ %28,8’i merkezi bütçeden karşılanmaktadır.
  - ✓ Toplamda kamunun payı %67,8’dir.
  - ✓ Türkiye’de sağlık harcamalarının %21,8’i kişilerin özel bütçelerinden karşılanmaktadır.
- Sağlık harcamalarının:

- ✓ AB ortalaması %39'u sosyal güvenlikten karşılanırken,
- ✓ %34,6 merkezi bütçeden karşılanmaktadır.
- ✓ Toplamda kamunun payı %73,6'dır.
- ✓ AB'de ortalama olarak sağlık harcamalarının %18'i kişilerin özel bütçelerinden,
- ✓ %5,5'i ise özel sağlık sigortasından karşılanmaktadır.
- AB'de kamunun payı %90,9 ile en yüksek olan ülke Lüksemburg'dur.
  - ✓ Sağlık harcamalarının %70'i sosyal güvenlikten karşılanırken,
  - ✓ %20,9'u merkezi bütçeden karşılanmaktadır.
  - ✓ Bu ülkede, sağlık harcamalarının %7,2'si kişilerin özel bütçelerinden,
  - ✓ %1'i ise özel sağlık sigortasından karşılanmaktadır.
- AB'de kamunun payı %42,1 ile en düşük olan ülke Güney Kıbrıs Rum Kesimi'dir.
  - ✓ Sağlık harcamalarının %42,1 merkezi bütçeden karşılanmaktadır.
  - ✓ Bu ülkede sağlık harcamaları, özel sağlık sigortasından %5,9, kişilerin özel bütçelerinden %50 oranında karşılanmaktadır.

Şekil 3'te de görüldüğü üzere, Türkiye'deki sağlık sektörünün genel yapısına bakıldığında, nominal büyüme hızı ile brüt sağlık sigortası yazılan primleri baz alınmaktadır.



Şekil 3. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Dolar Cinsinden Tespit Edilmiş Genel Görünümü [81].



“Sağlık hizmetlerinin temel önceliği, bireyin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında, ana çocuk sağlığı, güvenli çevre, dengeli beslenme, erken tanı, bağışıklama vb. hizmetlerde hemşire ve ebelerin öncelikli sorumlulukları uluslararası kabul gören bir yaklaşımdır. Hemşireler, sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi gibi profesyonel rollerini bu alanda gerçekleştirir ve mesleki bilimsel bilgilerini bağımsız olarak kullanma olanağına bu alanda erişirler. Sağlıkla ilgili politik yaklaşımların tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşması, sağlık çalışanlarını da büyük ölçüde tedavi kurumlarında, hasta tedavisine ilişkin rollerini yerine getirmeye yöneltir. Hastane ortamında karmaşık süreçler ve çeşitlilikler, sağlık çalışanlarını kendi rolleri ve meslek alanları içinde kalmasını zorlaştırır. Rol belirsizlikleri ve rol karmaşasına, sağlık insan gücü planlamasına ilişkin yetersizlikler eklendiğinde disiplinler arası çatışmalar kaçınılmaz olur.” [42].

1961 Anayasası'nın 49. Maddesine bakıldığında [82];

### **“VII. Sağlık Hakkı**

**Madde 49-** Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.

Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.” İbaresinin yer aldığı görülmektedir.

Bu maddenin yanı sıra, 1982 Anayasası'na bakıldığında ise, bu durumun değiştiği gözlenmektedir. Bu madde ile [83];

### **“VIII. Sağlık, çevre ve konut**

#### **A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması**

**MADDE 56.**– Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

1961 ve 1982 Anayasalarında görülen sağlık politikalarına bakıldığında, 1961 yılında devletin görevi olan beden ve ruh sağlığı hizmeti, 1982 Anayasası'nda devletin denetlediği bir işlev haline gelmektedir. 12 Eylül 2010 yılında yapılan değişiklik sonucunda da 1982 yılında gerçekleştirilen 56. Madde dikkate alınmaktadır.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Amacı ve Modeli**

Bu çalışma, Nazilli Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, hemşirelerin mesleki açıdan sahip oldukları otonomi düzeyleri, hemşirelikte mesleki otonomilerin gelişiminde demografik özelliklerinin etkisi ve mesleki otonomilerin gelişiminde mesleki özelliklerinin etkisi olup olmadığı incelenmiştir.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri**

Araştırma Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Aydın ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği bünyesindeki Nazilli İlçe Devlet Hastanesi'nde 03.06.2013- 19.08. 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Nazilli İlçe Devlet Hastanesi 350 yatak kapasiteli olup, ana ve ek bina olarak hizmet vermektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede çalışan hemşire sayısı 194'tür. Ancak bu araştırmada 184 hemşireye anket uygulanmıştır. Hemşireler 08-16, 16-08, 08-20 ve 20-08 olacak şekilde dört farklı vardiyada çalışmaktadırlar. Supervisör hemşireler dışında kalan ve yönetici pozisyonundaki tüm hemşireler ve poliklinik hemşireleri 08-16 vardiyası şeklinde çalışmaktadır. Ayrıca hemşirelik hizmetleri Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü tarafından yürütülmektedir.

#### **3.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Aydın ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Nazilli İlçe Devlet Hastanesi'ndeki 194 hemşire oluşturmaktadır. Ayrıca örneklem seçimine gitmeden evrenin tümüne ulaşmak hedeflemiş, ancak basit rastgele yöntemle seçilen ve araştırmayı kabul eden 184 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme alınan 194 hemşireden 6 hemşire raporlu / izinli bulunmuş, 3 hemşire anket uygulamasını kabul etmemiş ve 1 hemşire ise anket uygulamasını yapmasına rağmen teslim etmemiştir. 184 tane hemşireye ise kendi istekleri doğrultusunda anket yapılmıştır.

Hemşirelerin çalışma alanları 6 gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1) Dâhili Klinikler,

- \* Dâhiliye ve Enfeksiyon Hastalıkları Servisi,
- \* Nöroloji Servisi,
- \* Göğüs Servisi,
- \* Kardiyoloji Servisi,
- \* Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi,
- \* Psikiyatri Servisi,
- \* Diyaliz Servisi,

2) Cerrahi Klinikler,

- \* Beyin Cerrahi Servisi,
- \* KBB-Ortopedi Servisi,
- \* Kalp Damar Cerrahi Servisi,
- \* Göğüs Cerrahi Servisi,
- \* Göz Servisi,
- \* Çocuk Cerrahi Servisi,
- \* Genel Cerrahi Servisi,
- \* Üroloji Servisi,

3) Yoğun Bakım Üniteleri,

- \* Göğüs Yoğun Bakım,
- \* Koroner Yoğun Bakım,
- \* Genel Cerrahi Yoğun Bakım,
- \* Nöroloji Yoğun Bakım,
- \* Yeni doğan Yoğun Bakım,

4) Ameliyathane,

5) Acil Servis (Yetişkin ve Çocuk Acil),

6) Poliklinikler Şeklindedir.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Anket formu, örneklem grubundaki hemşirelere araştırmacının kendisi tarafından uygulanmış, anket bitimine kadar araştırmacının refakati devam etmiştir. Anket uygulaması, hemşirelerin iş yoğunluğu dikkate alınmak sureti ile yoğunluğun en az olduğu 11-15 saatleri arasında ve nöbetlerde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma içerisinde katılımcıların isimleri alınmamış ve verilen cevapların yalnızca araştırmacı ile denek arasında kalacağı bildirilmiş ve buna uyulmuştur.

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek-1). Anket formunun birinci bölümünde 14 soru bulunmaktadır. Hemşirenin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı servis, hastanedeki konumu, nöbet tutma durumu ve nöbet sayısı, hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumu, mesleki herhangi bir derneğe üyelik durumu, hemşireliğe özgü bilimsel yayınları takip etme durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Hemşirelerin otonomi düzeyi puanları (Hemşirelik Aktivite Ölçeği) ise araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Anketin ikinci bölümünde ‘‘Hemşirelik Aktivite Ölçeği’’ olarak bilinen 35 soru ve her sorunun 4’lü likert puanlama sistemi yer almaktadır. Aktivite Ölçeği ilk olarak Karen Kelly Shutzenhofer tarafından 1980 yılında uygulanmış ve 1992 yılında geliştirilip yenilenmiştir. Ülkemiz için geçerliliği ve güvenilirliği ise 2010 yılında Esra Saraçoğlu tarafından yapılan ‘‘Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi’’ isimli çalışmada tanımlanmıştır. Ölçeğin orijinali 35 maddeden oluşmakta olup, araştırmamız içerisinde Saraçoğlu tarafından ülkemiz için geçerli ve güvenilirliği kabul edilen 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. Çalışmamız içerisinde ölçek puan hesaplamaları 30 madde baz alınarak hesaplanmıştır.

Çalışmamız içerisinde ölçeğin içsel tutarlılık ve güvenilirliği için madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alfa katsayısı analiz edilmiştir. Hemşirelik Aktivite Ölçeği maddeleri için içsel tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı % 90,1 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 5. Güvenilirlik Analizi**

GÜVENİLİRLİK ANALİZİ	
Cronbach's Alpha	N
,901	30

Ölçek puan hesaplama tablosuna bakıldığında ise, son 5 madde hesaplama katılmamıştır. Maddeler dörtlü likert tipi puanlama sistemi ile “*çok nadir bu şekilde davranırım*”, “*nadiren bu şekilde davranırım*”, “*genel olarak bu şekilde davranırım*”, “*çoğunlukla bu şekilde davranırım*” ifadeleri ile cevaplanmıştır.

Otonom seviyeleri 3 gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

- \* **60 ile 120** arası **düşük** seviyede otonom,
- \* **121 ile 180** arası **orta** seviyede otonom,
- \* **181 ile 240** arası **yüksek** seviyede otonom olarak tanımlanmıştır.

### **3.5.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmada kullanılan 'Hemşirelik Aktivite Ölçeği' çalışmada kullanabilmek için ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Esra Saraçoğlu'ndan e-posta ile ölçeğin kullanımına dair izin (Ek 2). Araştırma Okan Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan (Ek 3) ve araştırma kapsamındaki kurum yönetimlerinden yazılı izin (Ek 4) alındıktan sonra araştırmayı kabul eden hemşirelerden “Bilgilendirilmiş Onam Formu” (Ek 5) imzalamaları istenmiş ve imzalamayanlardan sözlü onam alınarak araştırmaya başlanmıştır.

### **3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma örnekleme ile sınırlandırılmış olmaktadır. Örneklem ise bu kapsamda elde edilen verilen birleşiminden oluşmaktadır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın analizi SPSS ( Statistical PackageforSocialSciences) 16.0 istatistik analiz programı kullanılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken; standart sapma, ortalama ve frekans gibi tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra Kolmogorov Smirnov testi ile de parametrik varsayımların sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlandığından ikiden fazla grupların ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Oneway ANOVA Testi; iki grubun karşılaştırmasında ise student-t testi kullanılmıştır. Ayrıca analiz sonuçları değerlendirilirken istatistiksel anlamlılık sınırı olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Araştırmadaki bulgular anket çalışmasında elde edilen veriler üzerinden oluşturulmuştur.

Araştırmada veriler anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anketler basit rastgele örnekleme yöntemi ile değerlendirilmiştir. Çalışma Aydın ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Nazilli ilçe Devlet Hastanesin de çalışan 194 hemşireden 184 tanesine uygulanmıştır.

##### 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 6. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı**

	n	%
<b>Klinikler</b>		
Acil Servis	32	17,4
Ameliyathane	24	13,1
Cerrahi Klinikler	20	10,9
Dâhili Klinikler	54	29,3
Poliklinikler	19	10,3
Yoğun Bakım Üniteleri	35	19,0
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %17,4'si acil servis hemşiresi, %13,1'i ameliyathane hemşiresi, %10,9'u cerrahi klinikler hemşiresi, %29,3'ü dâhili klinikler hemşiresi, %10,3'ü poliklinik hemşiresi ve %19'u yoğun bakım ünitesi hemşiresidir (Tablo 6).



**Tablo 7. Hemşirelerin Demografik Özelliklerin Dağılımı**

<b>Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	20-29 Yaş	16	8,7
	30-39 Yaş	99	53,8
	40 Yaş ve üzeri	69	37,5
<b>Medeni Durum</b>	Bekâr	27	14,7
	Evli	157	85,3
<b>Eğitim Düzeyi</b>	SML	18	9,8
	Ön Lisans	94	51,1
	Lisans ve üzeri	72	39,1
<b>Çalışma Süresi</b>	1-10 Yıl	24	13
	11-16 Yıl	51	27,7
	17 Yıl ve üzeri	109	59,2
<b>Günlük Hasta Sayısı</b>	1-5 Hasta	46	25
	6-10 Hasta	45	24,5
	11 Hasta ve üzeri	93	50,5
<b>Nöbet Sayısı</b>	Nöbet Yok	13	7,1
	1-5 Nöbet	69	37,5
	6-10 Nöbet	80	43,5
	11 Nöbet ve üzeri	22	12
<b>Konum</b>	Servis Hemşiresi	102	55,4
	Ameliyathane/Yoğun Bakım Hemşiresi	59	32,1
	Poliklinik Hemşiresi	19	10,3
	Sorumlu Hemşire	4	2,2
<b>Toplam</b>		<b>184</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları incelendiğinde 16 (%8,7)'si 20-29 yaş, 99 (%53,8)'u 30-39 yaş ve 69 (%37,5) 'u 40 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Hemşirelerin 27 (%14,7)'si bekâr, 157 (%85,3)'si evli; 18 (%9,8)'i SML, 94 (%51,1)'ü ön lisans ve 72 (39,1)'si lisans ve üzeri eğitim düzeyindedir (Tablo 7)

Araştırmaya alınan hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde 24 (%13)'ü 1-10 yıl, 51 (%27,7)'i 11-16 yıl ve 109 (%59,2)'u 17 yıl ve üzeri süredir çalışmakta; günlük hasta sayısı incelendiğinde 46 (%25)'si 1-5 Hasta, 45 (%24,5)'i 6-10 Hasta ve 93 (%50,5)'ü 11 hasta ve üzeri hastaya bakmaktadır. Hemşirelerin nöbet sayısı incelendiğinde 13 (%7,1)'ü nöbet tutmamaktadır, 69 (%37,5)'u 1-5 nöbet, 80 (%43,5)'i 6-10 nöbet, 22 (%12)'si 11 nöbet ve üzeri nöbet tutmaktadır. İncelemeye alınan hemşirelerin konumları incelendiğinde 102 (%55,4)'ü servis hemşiresi, 59 (%32,1)

ameliyathane/yoğun bakım hemşiresi, 19 (%10,3) poliklinik hemşiresi ve 4 (%2,2)'ü sorumlu hemşiredir (Tablo 7).

**Tablo 8. Hemşirelerin Mesleki Bilimsel Aktiviteleri Takip Durumu**

		n	%
<b>Dergi/Yayın Takibi</b>	<b>Evet</b>	71	38,6
	<b>Hayır</b>	113	61,4
<b>Kongre/Kurs Takibi</b>	<b>Evet</b>	132	71,7
	<b>Hayır</b>	52	28,3
<b>Dernek Üyeliği</b>	<b>Evet</b>	35	19,0
	<b>Hayır</b>	149	81,0
<b>Toplam</b>		<b>184</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin mesleki bilimsel aktiviteleri takip etme durumları incelendiğinde; hemşirelerin 71 (%38,6)'i dergi veya yayınları takip etmekte ve 113 (%61,4)'ü takip etmemekte; 132 (%71,7)'si kongre veya kursları takip etmekte ve 52 (%28,3)'si takip etmemekte ve 35 (%19)'ünün dernek üyeliği bulunmakta ve 149 (%81)'unun dernek üyeliği bulunmamaktadır (Tablo 8).

**Tablo 9. Mesleki Memnuniyet ve Mesleki Amaç Doğrultusunda Rol Yerine Getirebilme Durumu**

		n	%
<b>Mesleki Memnuniyet</b>	<b>Evet</b>	114	62
	<b>Hayır</b>	70	38
<b>Mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumu</b>	<b>Evet</b>	24	13
	<b>Hayır</b>	41	22,3
	<b>Kısmen</b>	119	64,7
<b>Hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işler</b>	<b>Hemşirelik Bakımı</b>	93	50,5
	<b>Tanı Tedavi</b>	69	37,5
	<b>İdari ve Teknik Hizmetler</b>	22	12,0
<b>Toplam</b>		<b>184</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin mesleki memnuniyetlerine bakıldığında 114 (%62)'ü mesleğinden memnun ve 70 (%38)'i mesleklerinden memnun değildir. Hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumu

incelendiğinde 41 (%22,3)'i rollerini yerine getirebilmekte, 24 (%13)'ü rollerini yerine getirememekte ve 119 (%64,7)'u rollerini kısmen yerine getirebilmektedir. Hemşirelerin 93 (%50,5)'ü mesai saatleri içerisinde en fazla hemşirelik bakımı uygulayabildiğini, 69 (%37,5)'u tanı/ tedavi uygulamalarını yapabildiği, 22'si (%12) ise idari ve teknik hizmetleri yerine getirebildiğini belirtmiştir (Tablo 9).

#### 4.2. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

**Tablo 10. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri**

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı	184	66	230	158,36	29,72

Hemşirelerin Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan dağılımları incelendiğinde; minimum puan 66, maksimum puan 230, ortalama ise  $158,36 \pm 29,72$  olarak bulunmuştur. Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanları normal dağılmaktadır ( $p=0,243 > 0,05$ ). Hemşirelerin otonomi düzeyleri orta seviyede (121-180 puan arası) bulunmuştur (Tablo 10).

**Tablo 11. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
<b>Klinikler</b> Acil Servis	102	230	161,0	31,647	0,181
Ameliyathane	114	172	152,67	13,739	
Cerrahi Klinikler	106	186	150,8	20,513	
Dâhili Klinikler	78	228	166,44	34,66	
Poliklinikler	66	216	154,32	32,98	
Yoğun Bakım Üniteleri	80	212	153,89	28,86	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

( $p=0,181>0,05$ ). Analizler sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte “cerrahi kliniklerde” çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri daha düşük; “dâhili kliniklerde” çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 12. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Yaş	20-29 Yaş	112	186	153,13	20,093	0,692
	30-39 Yaş	78	214	158	28,066	
	40 Yaş ve üzeri	66	230	160,09	33,81	

a. Oneway ANOVA

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 ( $p=0,692>0,05$ ) (Tablo 12). Çalışma bulgusu, hemşirelerin yaşları arttıkça otonomi puan ortalamalarının arttığını göstermektedir. Hemşirelerden 40 yaş ve üzeri olanların otonomi puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

**Tablo 13. Medeni Duruma Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Medeni Durum	Bekar	98	214	160,37	27,585	0,704
	Evli	66	230	158,01	30,141	

a. Student-t Test

Hemşirelerin medeni durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,704>0,05$ ) (Tablo 13). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte evli olan hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur.

**Tablo 14. Eğitim Düzeyine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Eğitim Düzeyi	SML	66	228	144,44	38,578	0,080
	Ön Lisans	78	230	158,21	28,375	
	Lisans ve üzeri	102	216	162,03	28,335	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin eğitim düzeyleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,080>0,05$ ) (Tablo 14). Çalışma bulgusu, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça otonomi düzeylerinin de arttığını göstermektedir.

**Tablo 15. Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Çalışma Süresi	1-10 Yıl	88	212	150,58	27,1	0,112
	11-16 Yıl	78	214	154,12	28,127	
	17 Yıl ve üzeri	66	230	162,06	30,631	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ( $p=0,112>0,05$ ); hemşirelerin çalışma süresi arttıkça otonomi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 16. Bakım verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Günlük Hasta Sayısı	1-5 Hasta	110	212	160,91	20,633	0,474
	6-10 Hasta	80	212	153,78	27,539	
	11 Hasta ve üzeri	66	230	159,31	34,227	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin bakım verdikleri günlük hasta sayısına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin bakım verdikleri günlük hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,474>0,05$ ). Ancak, hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça otonomi puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 16).

**Tablo 17. Hemşirelerin Aylık Nöbet Sayısına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Nöbet Sayısı	Nöbet Yok	66	186	143,85	33,371	0,241
	1-5 Nöbet	78	216	160,67	29,059	
	6-10 Nöbet	80	230	157,38	29,698	
	11 Nöbet ve üzeri	102	214	163,27	28,835	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin aylık nöbet sayısına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; aylık nöbet sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,241>0,05$ ) (Tablo 17). Hemşirelerden nöbet tutmayanların otonomi düzeyleri diğerlerine göre düşük bulunurken, 11 nöbet ve üzeri tutan hemşirelerin otonomi düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 18. Hemşirelerin Statülerine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
<b>Konum</b>	Servis Hemşiresi	78	230	161,86	31,942	0,066
	Ameliyathane/Yoğun Bakım Hemşiresi	80	212	153,76	23,888	
	Poliklinik Hemşiresi	66	190	148,95	30,29	
	Sorumlu Hemşire	148	216	181,5	29,727	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin statülerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin statüleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yapılan değerlendirmede, poliklinik hemşirelerinin otonomi düzeyleri düşükken; sorumlu hemşirelerin otonomi düzeyleri diğer hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. ( $p=0,066>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19. Hemşirelerin Dergi/Yayın Takip Etme Durumuna Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
<b>Dergi/Yayın Takibi</b>	Evet	78	230	162,45	26,471	0,139
	Hayır	66	228	155,79	31,432	

a. Student-t Test

Hemşirelerin dergi/yayın takip etme durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin dergi/yayın takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hemşirelerden mesleki dergi/yayınları takip edenlerin otonomi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,139>0,05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 20. Hemşirelerin Kongre/Kurs Takibine Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
<b>Kongre/Kurs Takibi</b>	Evet	66	230	159,09	28,989	0,596
	Hayır	80	228	156,5	31,714	

a. Student-t Test

Hemşirelerin kongre/kurs takip etme durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin kongre/kurs takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yapılan analizlerde, hemşirelerden kongre/kursları takip edenlerin otonomi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,596>0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21. Hemşirelerin Mesleki Derneklere Üye Olma Durumlarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
<b>Dernek Üyeliği Olma Durumu</b>	Evet	112	230	164,63	27,631	0,166
	Hayır	66	228	156,89	30,088	

a. Student-t Test

Hemşirelerin mesleki derneklere üye olma durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mesleki derneklere üye olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, mesleki derneklere üye olan hemşirelerin otonomi düzeylerini daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,166>0,05$ ) (Tablo 21).



**Tablo 22. Hemşirelerin Mesleki Memnuniyet Durumlarına Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Meslekten memnun olma durumu	Evet	66	230	155,72	28,358	0,125
	Hayır	78	228	162,66	31,549	

a. Student-t Test

Hemşirelerin mesleklerinden memnun olma durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mesleklerinden memnun olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hemşirelerden mesleğinden memnun olmayanların otonomi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek bulunması şaşırtıcıdır ( $p=0,125>0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Hemşirelerin Mesleki Amaçlar Doğrultusunda Rollerini Yerine Getirebilme Durumuna Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı				p <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	
Mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumu	Evet	66	230	156,42	44,166	0,872
	Hayır	102	214	160,24	29,79	
	Kısmen	78	216	158,1	26,205	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumuna göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumuna ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hemşirelerden mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebildiğini belirtenlerin otonomi düzeylerinin düşük olması düşündürücüdür ( $p=0,872>0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. Hemşirelerin Çalışma Saatleri İçerisinde En Fazla Yaptıkları İşlere Göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

İşler		Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanı			Standard Sapma	P <sup>a</sup>
		Minimum	Maksimum	Ortalama		
İşler	Hemşirelik Bakımı	66	230	156,32	29,167	0,306
	Tanı Tedavi	78	214	158,29	31,853	
	İdari ve Teknik Hizmetler	128	216	167,18	24,179	

a. Oneway ANOVA

Hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işlere göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hemşirelerden mesai saatleri içerisinde en fazla “hemşirelik bakımı” ile ilgilendiklerini belirtenlerin otonomi düzeyleri düşükken; “idari ve teknik hizmetlerle” ilgilenen hemşirelerin otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,306>0,05$ ) (Tablo 24).

## 5. TARTIŞMA

Nazilli Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini ve hemşirelerin mesleki otonomilerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmada, hemşirelerin %17,4'ü acil servis hemşiresi, %13'ü ameliyathane hemşiresi, %10,9'u cerrahi klinikler hemşiresi, %29,3'ü dâhili klinikler hemşiresi, %10,3'ü poliklinik hemşiresi ve %19'u yoğun bakım ünitesi hemşiresidir (Tablo 6). Bu bulgu, çalışmanın yapıldığı kliniklerdeki hemşire sayıları arasında belirgin farklılık olmadığını göstermektedir. Ayrıca, hastanedeki tüm birimlerde çalışan hemşirelerin çalışmada yer alması da farklı birimlerdeki hemşirelerin otonomi düzeylerini görebilmemiz açısından önemlidir. Kangallı'nın çalışmasında da (2005), hemşirelerin çalışmamızla benzer şekilde kliniklerde dağılım gösterdiği saptanmıştır [68].

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları incelendiğinde; 99 (%53,8)'u 30-39 yaş grubunda; 180 (%97,8)'i kadın, 157 (%85,3)'si evli ve 94 (%51,1)'ü ön lisans mezunudur (Tablo 7). Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin %58,9'u evli ve %44,3'ü ön lisans mezunudur [68]. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin %85,1'i kadındır [64]. Bu bulgular, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya alınan hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde; 109 (%59,2)'u 17 yıl ve üzeri süredir çalışmakta; 93 (%50,5)'ü günde 11 hasta ve üzeri hastaya bakmakta; 80 (%43,5)'i ayda 6-10 nöbet tutmakta ve 102 (%55,4)'si servis hemşiresi olarak çalışmaktadır (Tablo 7). Seren'in çalışmasında (1998), hemşirelerin %45,4'ü ayda 6 ve üzeri nöbet tutmaktadır [60]. Kangallı'nın çalışmasında (2005), devlet hastanesindeki hemşirelerin %26,6'sı ayda 7 ve üzeri nöbet tutmakta ve %84'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır [68]. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin %39,5'inin günde 11-19 hastaya bakım verdiği ve %67,1'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı saptanmıştır [64]. Bu sonuçlar, çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin mesleki bilimsel aktiviteleri takip etme durumları incelendiğinde; hemşirelerin 113 (%61,4)'ü mesleki bilimsel aktiviteleri takip etmemekte; 132 (%71,7)'si kongre veya kursları takip etmekte ve 149 (%81)'unun dernek üyeliği bulunmamaktadır (Tablo 8). Keskin ve Yıldırım'ın çalışmasında (2006), hemşirelerin mesleki bilimsel etkinliklere ve toplantıları katıldıkları saptanmıştır [84].

Kangalli'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin %79'unun bilimsel yayınları takip etmediği ve %67,9'unun herhangi bir örgüt/derneğe üye olmadığı bulunmuştur. Yıldız Fındık ve ark. çalışmasında (2008), hemşirelerin büyük oranda mesleki eğitim etkinliğine katıldıkları belirlenmiştir [85]. Bu sonuçlar, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin mesleki memnuniyetlerine bakıldığında 114 (%62)'ü mesleğinden memnundur. Hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumu incelendiğinde 119 (%64,7)'u rollerini kısmen yerine getirebilmekte ve hemşirelerin 93 (%50,5)'ü mesai saatleri içerisinde en fazla "hemşirelik bakımı" uygulayabildiğini ifade etmektedir (Tablo 9). Saraçoğlu'nun çalışmasında, hemşirelerin %38,8'i (n:159) "sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirme" sorusuna "kısmen" yanıtını vermiş ve %47,8'i (n:196) çalışma saatlerinde en fazla "hemşirelik bakımı" uyguladığını ifade etmiştir [64]. Günümüzde hemşireler hastalarına bakım verme rollerinin yanında, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma işlevlerini de yerine getirmelidir. Hemşirelik mesleğinin güç ve motivasyonunu profesyonel anlamda çalışan derneklerden alması gerektiğini, profesyonel bir derneğin ise ortak amaçlar çerçevesinde tüm meslek üyelerini bir araya getirebilmesi ve sözleri eyleme dönüştürebilmesi önemlidir. Ülkemizde Türk Hemşireler Derneğine üye olan hemşire sayısının yeterli olmadığı bilinmektedir. Ülkemizde iki üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada; hemşirelerin % 73,3'ünün mesleki örgütlere üye olmadıkları belirlenmiştir [86], [64]. Hemşireler hastanın bakım gereksinimini belirleyebilecek eğitimi almaktadırlar. Zaten hemşirelik mesleğinin en önemli işlevlerinden biri de hastaya bakım vermektir [64].

Hemşirelerin Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan dağılımları incelendiğinde; minimum puan 66, maksimum puan 230, ortalama ise  $158,36 \pm 29,72$  olarak bulunmuştur. Hemşirelik Aktivite Ölçeği puanları normal dağılmaktadır ( $p=0,243 > 0,05$ ) (Tablo 10). Hemşirelerin puan ortalaması ölçek değerlendirme skalasına göre 121-180 arasında olup, orta seviyede otonomi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), Sağlık Bakanlığı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin (n:142) HAÖ puan ortalaması  $177,28 \pm 21,624$  olarak bulunmuştur [64]. Bu sonuç, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p=0,181>0,05$ ) (Tablo 11). Analizler sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte “dâhili kliniklerde” çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin, kronik hastalığı olan, uzun süre yatan ve ağırlıklı olarak bakım ihtiyacı olan hastalara bakım veriyor olmaları nedeniyle hastalıkları ve tedavilerini özüksedikleri, bu nedenle de bakım vermede daha otonom oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin otonomi düzeylerinde farklılık yaratmadığı saptanmış ancak yoğun bakım hemşirelerinin otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır [68]. Seren (1998) çalışmasında, hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre otonomi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuş ve tüm kliniklerdeki hemşirelerin otonomi düzeyini benzer bulmuştur [60]. Bu bulgular, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin yaş grupları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte hemşirelerin yaşları arttıkça otonomi puan ortalamalarının arttığını göstermektedir. Hemşirelerden 40 yaş ve üzeri olanların otonomi puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir ( $p=0,692>0,05$ ) (Tablo 12). Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin yaş grupları ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte 40-49 yaş grubundaki hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur [64]. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda otonomi düzeyleri ile yaş arasında anlamlı ilişkinin olmadığını, ancak yaşın artmasıyla otonomi düzeyinin arttığı belirten çalışmalar yer almaktadır [60], [68]. Bu bulgular, çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,704>0,05$ ) (Tablo 13). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte evli olan hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuç, evli olan hemşirelerin iş dışındaki süreçlerde aile sorumluluklarının bekârlara

göre daha fazla olması, daha fazla rol üstlenmeleri, bu nedenle de çalışma yaşamında daha ayrıntıcı yaklaşımlarına bağlı olarak otonom davranmada güçlük yaşadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Seren'in çalışmasında (1998) da, hemşirelerin medeni durumlarının otonomi düzeylerini etkilemedi ancak bekârların otonomi puan ortalamalarının evlilerden biraz daha yüksek olduğu bulunmuştur [60]. Bu sonuç, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin eğitim düzeyleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça otonomi düzeylerinin de arttığını göstermektedir ( $p=0,080>0,05$ ) (Tablo 14). Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin eğitim durumlarının otonomi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur [68]. Bu bulgu, çalışma bulgusunu desteklemektedir. Literatürde çalışma bulgusundan farklı olan çalışmalar yer almaktadır. Seren'in çalışmasında (1998), farklı eğitim seviyesine sahip hemşirelerin otonomi düzeyleri de farklı bulunmuştur [60]. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin eğitim düzeyleri ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve üniversite mezunu (ön lisans ve lisans birleştirilerek elde edilmiş) hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur [64].

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,112>0,05$ ) (Tablo 15). Yapılan analizlerde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte hemşirelerin çalışma süresi arttıkça otonomi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Literatürde, çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Seren'in çalışmasında (1998), hemşirelerin çalışma yılı arttıkça otonomi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir [60]. Kangallı'nın çalışmasında (2005) çalışma süresinin otonomi düzeyini etkilemediği bulunmuştur [68]. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin çalışma yılı ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte 17 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur [64]. Collins ve Henderson (1991) yaptıkları çalışmada otonominin mesleki deneyimle ilişkili olmadığını bulmuştur. Bu sonuçlar, çalışma bulgusunu desteklemektedir [87]

Hemşirelerin bakım verdikleri günlük hasta sayısına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin bakım verdikleri

günlük hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte bakım verilen hasta sayısı arttıkça otonomi düzeyi düşmektedir ( $p=0,474>0,05$ ) (Tablo 16). Seren'in çalışmasında (1998), da az hastaya bakım veren hemşirelerin mesleki uygulamalarda diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha otonom oldukları belirtilmiştir [60]. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), hemşirelerin bakım verdikleri günlük hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır [64]. Bu sonuçlar, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin aylık nöbet sayısına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; aylık nöbet sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,241>0,05$ ) (Tablo 17). Hemşirelerden nöbet tutmayanların otonomi düzeyleri diğerlerine göre düşük bulunurken, 11 nöbet ve üzeri tutan hemşirelerin otonomi düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, nöbet tutan hemşirelerin, geceleri yaşanan rutin işler dışında ortaya çıkan sorunlarda bağımsız karar vermeyi gerektiren aktiviteleri daha fazla sergilemeleri ile ilişkilendirilmiştir. Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin nöbet sayısının otonomi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur [68].

Hemşirelerin statülerine göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin statüleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,066>0,05$ ) (Tablo 18). Yapılan değerlendirmede, poliklinik hemşirelerinin otonomi düzeyleri düşükken; sorumlu hemşirelerin otonomi düzeyleri diğer hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, poliklinik hemşirelerinin bağımsız rollerinin sınırlı olması ve daha çok hekime yardımcı rolde olması nedeniyle otonom davranış sergileyemedikleri, sorumlu hemşirelerin ise yönetsel bir takım güçlerinin olması nedeniyle daha otonom davranabildikleri şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Seren'in çalışmasında (1998) ve Kangallı'nın çalışmasında (2005) hemşirelerin kurumdaki konumlarının otonomi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Çalışma bulgusunun aksine, Collins ve Henderson'un çalışmasında (1991) ve Wade'in çalışmasında (1999) hemşirelerin otonomi düzeyleri incelenmiş ve yönetici hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre yüksek olarak bulunmuştur [88]. Ülkemizde yapılan çalışmada, Saraçoğlu (2010), hemşirelerin statüleri ile HAÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulmuş ve yönetici hemşire

ve poliklinik hemşirelerinin otonomi düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir [64].

Hemşirelerin dergi/yayın takip etme durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin dergi/yayın takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,139>0,05$ ) (Tablo 19). Hemşirelerden mesleki dergi/yayınları takip edenlerin otonomi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kangallının çalışmasında (2005), bilimsel yayın takip eden hemşirelerden otonomi düzeylerinin, yayın takip etmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir [68]. Hemşirelerin çalışma hayatlarında öğrenmeye devam etmeleri mesleki bilgi ve deneyimlerinin artmasına neden olacak, bunun sonucunda hemşireler daha bağımsız kararlar alabilecek ve daha otonom davranacaktır.

Hemşirelerin kongre/kurs takip etme durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin kongre/kurs takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,596>0,05$ ) (Tablo 20). Yapılan analizlerde, hemşirelerden kongre/kursları takip edenlerin otonomi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin eğitim programlarına katılmalarının otonomi düzeylerini etkilediği ve eğitim programına katılan hemşirelerin otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [68].

Hemşirelerin mesleki derneklere üye olma durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mesleki derneklere üye olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,166>0,05$ ) (Tablo 21). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, mesleki derneklere üye olan hemşirelerin otonomi düzeylerini daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kangallı'nın çalışmasında (2005), hemşirelerin mesleki örgüt/ derneğe üye olma durumlarının mesleki otonomi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur [68]. Otonomi sadece mesleğin bağımsız uygulanması değil, aynı zamanda mesleki bağımsızlığa zemin hazırlayan, meslekle ilgili kararların alındığı, yasa ve politikaların meslek üyeleri tarafından belirlendiği güçlü örgütler / dernekler ile sağlanabilir. Bu nedenle, hemşirelerin mesleki derneklere üyeliklerinin arttırılması, mesleki otonominin arttırılmasında da etkili olacaktır.

Hemşirelerin mesleklerinden memnun olma durumlarına göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin



mesleklerinden memnun olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,125>0,05$ ) (Tablo 22). Hemşirelerden mesleğinden memnun olmayanların otonomi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek bulunması şaşırtıcıdır. Bu sonuç, mesleğinden memnun olan hemşirelerin koşulsuz şartsız mesleğin tüm gereksinimlerini yapmak için çabaladığı, mesleğinden memnun olmayanların ise daha fazla sorguladıkları, kendi sorumlulukları dışında yapmış oldukları işlerden mutsuz olmaları nedeniyle daha fazla otonom davrandıklarını düşündürmüştür.

Hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumuna göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumuna ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,872>0,05$ ) (Tablo 23). Hemşirelerden mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebildiğini belirtenlerin otonomi düzeylerinin düşük olması düşündürücüdür. Yapılan çalışmalar bakımın etkinliğinin önemini ortaya koymasına rağmen, hemşirelik uygulamalarının genellikle hekimin önerdiği tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirenin asıl görev ve sorumlulukları arasında yer alan temel hemşirelik işlevlerinin, hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği saptanmıştır. Sağlık ekibi içinde hemşirenin rolünün açıklık kazanması ve ekip içindeki iletişimsizliklerin azalması halinde, iş doyumunu artacak ve dolayısıyla hizmette etkililik, verimlilik, hasta ve personel memnuniyeti de artacaktır [37]. Hemşirelerin daha bağımsız roller kazanmaları ve bağımsız karar verebilen bir meslek haline gelmesi ile hemşirelerin otonomilerin de arttıracağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işlere göre Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puanlarının karşılaştırması incelendiğinde; hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,306>0,05$ ) (Tablo 24). Hemşirelerden mesai saatleri içerisinde en fazla “hemşirelik bakımı” ile ilgilendiklerini belirtenlerin otonomi düzeyleri düşükken; “idari ve teknik hizmetlerle” ilgilenen hemşirelerin otonomi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Saraçoğlu'nun çalışmasında (2010), da “idari ve teknik hizmetlerle” ilgilenen hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur [64]. Hemşirelerin idari ve teknik hizmetlerde daha otonomi sahibi olmalarının sebebi olarak; çalışılan bölümde bu gibi konulardan hemşirelerin sorumlu tutulmasının olduğu düşünülmektedir. Çalıştığı birimde her şeyden sorumlu

tutulan hemşire idari ve teknik işlerle de zaman ayırmak zorunda kalmaktadır. Hemşire bakım yaparken kendini daha otonom hissettiğinden tanı ve tedavi yapanlara göre otonomi puanı yüksektir [64].

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelikte mesleki otonomi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda hemşirelerin otonomi düzeylerinde demografik ve mesleki özelliklerinin etkisi olmadığı belirlenmiştir.

- Hemşirelerin %53,8'unun 30-39 yaş grubunda, %97,8'inin kadın, %85,3'sinin evli ve %51,1'inin ön lisans mezunu olduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya alınan hemşirelerin %59,2'u 17 yıl ve üzeri süredir çalışmakta; %50,5'i 11 hasta ve üzeri hastaya bakım vermekte, %43,5'i ayda 6-10 nöbet tutmakta ve %55,4'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır.
- Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %61,4'ü mesleki bilimsel dergi veya yayınları takip etmemekte; %28,3'si kongre/kursları takip etmemekte ve %81'inin dernek üyeliği bulunmamaktadır.
- Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %62'si mesleğinden memnun, %64,7'si mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini kısmen yerine getirebilmekte ve %50,5'i mesai saatleri içerisinde en fazla hemşirelik bakımı uygulayabilmektedir.
- Hemşirelerin Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) puan ortalaması  $158,36 \pm 29,72$  olarak bulunmuş ve hemşirelerin otonomi düzeylerinin orta seviyede (121-180 puan arası) olduğu görülmüştür.
- Hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,181 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin yaş grupları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,692 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin medeni durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,704 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,080 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin çalışma süreleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,112 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin bakım verdikleri günlük hasta sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,474 > 0,05$ ).
- Hemşirelerin aylık nöbet sayısı ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,241 > 0,05$ ).

- Hemşirelerin statüleri ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,066>0,05$ ).
- Hemşirelerin dergi/yayın takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,139>0,05$ ).
- Hemşirelerin kongre/kurs takip etme durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,596>0,05$ ).
- Hemşirelerin mesleki derneklere üye olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,166>0,05$ ).
- Hemşirelerin mesleklerinden memnun olma durumları ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,125>0,05$ ).
- Hemşirelerin mesleki amaçlar doğrultusunda rollerini yerine getirebilme durumuna ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,872>0,05$ ).
- Hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde en fazla yaptıkları işler ile HAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,306>0,05$ ).

***Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:***

- ✓ Farklı değişkenler eklenerek çalışmanın üniversite hastanesi ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerde tekrarlanması,
- ✓ Hemşirelerin mesleki yayınları ve bilimsel toplantıları takip etmeleri konusunda desteklenmesi,
- ✓ Hemşirelerin mesleki derneklere üye olmalarının artırılması ve mesleki derneklerde aktif olarak görev almaları, mesleki kararlarda söz sahibi olabilmeleri konusunda cesaretlendirilmesi,
- ✓ Hemşirelerin mesleki otonomilerini yükseltmek için; hemşirelik eğitiminin tamamen üniversiteye temellendirilmesi,
- ✓ Hemşirelerin ekip işbirliği içerisinde çalıştıkları diğer sağlık çalışanlarına da mesleki otonomi ile ilgili eğitimlerin yapılması,
- ✓ Kurumlarda çalışan hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını destekleyecek güçlü hemşirelik yönetiminin sağlanması ve yetkilerinin artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- [1] Öztürk S. “ Üniversitelerin Yapısal ve İşlevsel Değişiminde Üniversite Özerkliğinin Yeniden Tanımlanması veya Özerklik Kavramı ve Üniversite Özerkliği”, Üniversite ve Toplum, 2006, 6(4).
- [2] Beck R, Taylor C, Robbins M. “Missing home: sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen”. *Anxiety, Stress, and Coping*, 2003; 16(2):155-166.
- [3] Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M.. “Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 10(3):1-11.
- [4] Campbell DG, Kwon P, Reff RC, Williams MG. “Sociotropy and autonomy: an examination of interpersonal and work adjustment”, *Journal of Personality Assessment*, 2003, 80(2):206-207.
- [5] Şahinoğlu, S., ve Baykara Z. “Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, Ankara, 16;3.
- [6] Batey MV. Frances M. “Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service Part I”, *JONA*, 1982, 12(9):13-18.
- [7] Karaöz S. “Cerrahi hemşireliği ve etik”, *C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000, 4(1): 1-8.
- [8] Azak A, Taşçı S. “Klinik karar verme ve hemşirelik”, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2009, 17(3): 176-83.
- [9] Karagözoğlu Ş. “Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008, 3, 41-50.
- [10] <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96zerklik>, 09.01.2014.
- [11] Ballou K. “A Concept Analysis of Autonomy”, *Journal of Professional Nursing*, 1998, 14:102-110.
- [12] <http://www.nedirnedemek.com/otonomi-nedir-otonomi-ne-demek>, (erişim tarihi: 09.01.2014).
- [13] Doğan H., Can A. “Örgütlerde Mesleki Özerklik Sorunu ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde Ampirik Bir Çalışma”, *Ç.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2009, 18 (1), 133-148.
- [14] Çelik S. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi (Tez). Gazi Üniversitesi Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi; 2010.

- [15] Kadioğlu S. Tez hakkında özel görüşmeler, Eylül 2008 – Mayıs 2009.
- [16] <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=%F6zg%FCr1%FCk&ayn=tam>, 10.01.2014.
- [17] Doğan H. Evli Bireylerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ile Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumu ile Arasındaki İlişki, Çukurova Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- [18] Baykara Z., Şahinoğlu S. “Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 16: 3.
- [19] <http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1207/unite02.pdf>, 10.01.2014.
- [20] Milli Eğitim Bakanlığı, (2012), Hemşirelik, Meslek Esasları Tekniğine Giriş, Ankara, s. 3.
- [21] Cevizli A. “Paradigma Felsefe Sözlüğü”, 6. Baskı. İstanbul: Paradigma Yayınları. İstanbul Entegre Matbaacılık Anonim Şirketi; p.1300, 1301, 1305-1307, 2005.
- [22] Malak B., Üstün B. “Hemşirelerin Sosyotropi- Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Düzenlenmesi”, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011, 1-16.
- [23] Varjus SL, Suominen T, Kipli HL. “Autonomy among intensive care nurses in Finland”, Intensive CritCare Nurs, 2003, 19 (1): 31-40.
- [24] Akay M. “Hemşirelikte Otonomi”, Vakıf Hastanesi Dergisi, 2008, 13(4): 24-26.
- [25] Hacialioğlu N. “Bakım Verenlerin Hakları”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, Cilt 8, Sayı 2.
- [26] İlhan S. “Bazı Temel İşlevleri ve Artan Önemi Açısından Meslek”, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 2004, 132-137.
- [27] Karamanoğlu AY, Özer, FG, Tuğcu A: “Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi’, Fırat Tıp Dergisi, 2009, 14 (1), 12-17,
- [28] Karagozğlu Ş. “Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik”, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008, 3, 41-50.
- [29] Barazzetti G, Radaelli S, Sala B. “Autonomy, responsibility and the Italian code of deontology for nurses”, Nursing Ethics, 2007, 14(1): 83-98.
- [30] Senit J. “The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting”, Teaching and Learning in Nursing, 2008, 3, 6-10.
- [31] Ulusoy F, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları. 3. Baskı, Ankara, 1997.
- [32] <http://tr.wikipedia.org/wiki/Sorumluluk>, 12.01.2014.

- [33] Akça NK., Taşçı S. “Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme”, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009, Cilt 5, Sayı 2.
- [34] <http://hemsirelik.wordpress.com/>, 10.01.2014.
- [35] Kaya N; Aştı T; Acaroğlu R; Kaya H ve Şendir M. Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 10 (3), 1-11.
- [36] Taylan S. Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009.
- [37] Karadağ A.”Meslek Olarak Hemşirelik”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 5(2), 1-8.
- [38] Adams D, Miller BK. “Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners”, Journal of Professional Nursing, 2001, 17( 4): 203-210.
- [39] Babadağ K. “Meslekleşme ve kadın”, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 2001, 35-39.
- [40] Breda KL, Anderson MA, Hansen L, Hayes D, Pillion C, Lyon P. “Enhanced nursing autonomy through participatory action research”, Nurs Outlook, 1997, 45: 76-81.
- [41] Riddell T. Critical assumptions; thinking critically about critical thinking. Journal of Nursing Education, 2007, 46 (3), 121-127.
- [42] Yıldırım A. “Sağlık Politikaları Sağlık Mesleklerinin Rollerini Nasıl Etkiler”, Hastane Dergisi, 2010.
- [43] <http://hastane.gazi.edu.tr/posts/view/title/hemsirelik-felsefesi-9584>, 14.01.2014.
- [44] Ergene T. Psikolojik Danışmanları ve Etik Çözme Süreci, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2012, Ankara
- [45] Kocaman G., Seviğ Ü., Kubilay G. “Türkiye’de Hemşirelik Eğitimi ve İnsan Gücü Planlaması: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu, [www.tead.med.ege.edu.tr](http://www.tead.med.ege.edu.tr), (Erişim: 10.06.2010).
- [46] Velioğlu P. “Değişen Sağlık Kavramı ve Hemşirelik Eğitimi”, Hemşirelik Bülteni, 1991, 5(18), ss: 1-4.
- [47] Dwyer DJ, Schwartz RH, Fox M L. “Decision Making Autonomy in Nursing”, Journal of Nursing Administration, 1992, 22(2):17-23.
- [48] MacDonald C. “Nurse autonomy as relational”, Nursing Ethics, 2002, 9(2): 194-201.

- [49] Mick D, Ackerman M. “Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice”, *Heart Lung*, 2000, 29(3): 210-21.
- [50] Almost J, Laschinger H. “Workplace empowerment, collaborative work relationship and job strain in nurse practitioners”, *JAANP*, 2002, 14(9): 408-20.
- [51] Şentürk SE, “Meslek olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler”, Nobel Tıp Kitabevi, 2012.
- [52] Uyer G. Hemşireliğe Genel Bakış, Hürbilek Matbaası, Ankara, 1997.
- [53] [http://tr.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](http://tr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale), 17.01.2014.
- [54] Babadağlı B., Ekiz Erim S., Erdoğan S. “Hekimlerin ve Hemşirelerinin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(3), 52-63.
- [55] Resmi Gazete. Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283 nolu Hemşirelik Kanunu.
- [56] Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
- [57] Arslan H, Karanisoğlu H. “Türkiye’de Hemşirelik Eğitimi”, *Hemşirelik Bülteni*, 1998, 10:27-29.
- [58] Ulusoy MF. “Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci”, *C Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(1), 1-8.
- [59] Yürügen B. “Ağrı ve Opioid Analjeziklerin Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Komplikasyonlarda Hemşirelik Yaklaşımları”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, Cilt 4, Sayı 1.
- [60] Seren S. Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 1998.
- [61] Bahçecik N, Alpar ŞE. “Nursing education in Turkey: From past to present”, *Nurse Education Today*, 2009, 29, 698–703.
- [62] Aksayan S., Çimete G. “Nursing education and practice in Turkey”, *Journal of Nursing Scholarship; Second Quarter*, 2000, 32 (2), 211-212.
- [63] Yükseköğretim Kurulu (YÖK). (1996). Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. Erişim: 26 Kasım 2011, <http://www.yok.gov.tr/uak/yonetmelikler/lusnav.pdf>.



- [64] Saraçoğlu E. Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- [65] Dwyer DJ., Schawart RH., Fox ML. “Desioan Making Autonomy in Nursing”, Journal of Nursing Administration, 1992, 22 (2): 17-23.
- [66] Erdil F. Atatürk'ün Ölümünün 62.yılında Cumhuriyet Türkiye'sinde Bilimsel Gelişmeler Sempozyumu, 8-10 Kasım 2000, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayını Ankara.
- [67][http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev\\_kan/hemsirelik\\_kanunu.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_kan/hemsirelik_kanunu.pdf), 20.01.2014.
- [68] Kangallı P. Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi, C. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- [69] <http://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/genel/tr-yardimci-hemsirelik-geliyor-6-48-53009.html>, 24.01.2014.
- [70][http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=87&Itemid=113](http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=113), 25.01.2014.
- [71] <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110205-11.htm>, 25.01.2014.
- [72] <http://www.thdkonya.org.tr/index.php?p=duyurular&id=72>, 25.01.2014.
- [73] Sargutan AE. Türk Sağlık Politikası-Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler, Sağlık Yayınları, 1996, Ankara.
- [74] Kıyak M. Türkiye Sağlık Politikaları, Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Bursa, 2010.
- [75] Lister J. Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz, Çevirenler: M İnan, A Kılıçaslan, N Erten, D İlhan, H Kurban, İNSEV yayınları, 1. Baskı İstanbul, Mart: 5-173, 2008.
- [76] Ersöz F, “Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi”, İstatistikçiler Dergisi, 2008, 2:95-104.
- [77] Memiş SA. “Biyoekonomi”, <http://www.ttgiv.org.tr/content/docs/sarslanhan.pdf> (erişim: 10.01.2014).
- [78] Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık 2003. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>
- [79] <http://www.istatistikciler.org/dergi/IstDer080203.pdf>, 25.01.2014.

- [80] Özkan HA, “Hemşirelikte son on yıl içerisinde eğitim, yönetim, yasal ve uygulamalarla ilgili değişimler, <http://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/genel/tr-hemsirelikte-son-10-yilda-neler-degisti-6-48-47897.html>, (erişim tarihi: 26.01.2014).
- [81] [http://www.ahd.org.tr/Upload/Document/document\\_YASED\\_Saglik\\_Sektoru\\_Raporu\\_2013\\_02\\_18\\_15\\_02\\_07.pdf](http://www.ahd.org.tr/Upload/Document/document_YASED_Saglik_Sektoru_Raporu_2013_02_18_15_02_07.pdf) (erişim tarihi: 25.01.2014).
- [82] <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, 25.01.2014.
- [83] <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, 25.01.2014.
- [84] Keskin G, Yıldırım GÖ. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22 (1): 119-133.
- [85] Yıldız Fındık Ü, Ünsar S, Yıldızeli Topçu S. Çalışan hemşirelerin eğitim etkinliklerinin değerlendirilmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, 2008, Nevşehir, s:38.
- [86] Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 2009, 51: 168-173.
- [87] Collins SS, Henderson MC. “Autonomy: Part of The Nursing Role?”, Nursing Forum, 1991, 26(2): 23-29.
- [88] Wade GH. “Professional Nurse Autonomy: Concept Analysis and Application to Nursing Education”, Journal of Advanced Nursing, 1999, 30 (2), 310-318.

## EKLER

### EK-1: ANKET FORMU

#### NAZİLLİ DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ OTONOMİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

##### Anket formu

Değerli Meslektaşım,  
Bu çalışma, hemşirelerin mesleki otonomilerini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Sebahattin Yetim

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

##### A. Tanıtıcı özellikler

###### 1. Yaşınız:

20-29 ( ) 30-39 ( ) 40-49 ( ) 50 yaş ve üzeri ( )

###### 2. Medeni durumunuz:

Bekar ( ) Evli ( )

###### 3. Mezun Olduğunuz Okul:

SML ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ve üzeri ( )

###### 4. Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

1-5 ( ) 6-10 ( ) 11- 16 ( ) 17 ve üstü ( )

###### 5. Çalıştığınız servis nedir?

Dahili birimler( )

Cerrahi birimler ( )

Poliklinik ( )

Acil ve Yoğun bakım ( )

###### 6. Bakmakla yükümlü olduğunuz günlük ortalama hasta sayısı kaçtır?

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

###### 7. Aylık nöbet sayınız nedir?

Nöbet tutmuyorum ( )

1-5 nöbet ( )

6-10 nöbet ( )

11 ve üzeri nöbet ( )

###### 8. Çalıştığınız hastanede konumunuz nedir?

( ) Bakım hizmetleri müdürü

( ) Bakım hizmetleri müdür Yardımcısı

( ) Sorumlu Hemşire

( ) Servis Hemşiresi

( ) Poliklinik hemşiresi

( ) Ameliyathane/ Yoğun bakım hemşiresi

- 9.** Hemşirelikle ilgili bilimsel dergi/ yayınları takip eder misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )
- 10.** Mesleki değişme ve gelişmelerden haberdar olmak için kongre / kurs / panel/ hizmet içi eğitim programlarına katılır mısınız?  
Evet ( ) Hayır ( )
- 11.** Mesleki herhangi bir derneğe üye misiniz?  
Evet ( ) Hayır ( )
- 12.** Şu anda hemşire olarak çalışıyor olmaktan memnun musunuz?  
Evet ( ) Hayır ( )
- 13.** Sizce hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebiliyor mu?  
Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen( )
- 14.** Genel olarak çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz?  
Tanı tedavi ( ) Hemşirelik bakımı ( ) İdari ve teknik hizmetler ( )

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
<b>Çok nadir bu şekilde davranırım</b>	<b>Nadiren bu şekilde davranırım</b>	<b>Genel olarak bu şekilde davranırım</b>	<b>Çoğunlukla bu şekilde davranırım</b>

### HEMŞİRE AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

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

13. Bir hasta bakım planına cevap vermediği zaman diğer hemşirelere danışırım.	1	2	3	4
14. Mevcut hemşirelik literatüründe tanımlanan hasta bakımındaki yenilikleri rutin olarak yerine getiririm.	1	2	3	4
15. Hasta değerlendirmem esnasında eğer hastanın psikiyatrik bir tedaviye ihtiyacı olduğu gözüküyorsa hasta hekiminden böyle bir psikiyatrik danışma talebinde bulunurum.	1	2	3	4
16. Yakın zamanda taburcu olmuş hastalara, hasta eğitiminin etkisini değerlendirmek için durumlarını takip edecek telefon aramaları yapmak gibi yenilikçi hemşirelik faaliyetlerini teşvik ederim.	1	2	3	4
17. Hastanın, uygulamanın riskleri hakkında soruları varsa, hastanın hekimine danışmadan önce teşhis yordamı ve riskleri ile ilgili hastanın anlama düzeyini değerlendiririm.	1	2	3	4
18. Bir mesleki hata davası karşısında hastane ya da hekim tarafından korunmayı beklemeden kendi mesleki davranışımın tam sorumluluğunu üstlenirim.	1	2	3	4
19. Hasta bakımını etkileyen politikalar konusunda hemşirelerin tavsiyelerine dair işveren kurumumda etkili iletişim kanalları geliştiririm.	1	2	3	4
20. Klinik çalışma alanıma uygun değerlendirme araçlarını inceler ve değerlendiririm.	1	2	3	4
21. Hemşirelik bakım planı ve uygulamasında kullanmak üzere hastanın fiziksel değerlendirmesindeki verileri şemaya kaydederim.	1	2	3	4
22. Hekim tarafından hasta taburcu planı bulunmasa dahi, hastanın hemşirelik bakımına ilişkin taburcu edilmesine ön ayak olurum.	1	2	3	4
23. Bana rahatsızlık veren bir hekimi uygun müdür veya yöneticiye bildiririm	1	2	3	4
24. Yeni bir hemşirelik ünitesinin oluşturulması ya da hemşireler tarafından kullanılacak yeni 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, kaydederim.	1	2	3	4

31.Eğitim ve tecrübemle eksik olduğum özel ihtisas biriminde geçici olarak görev alarak, çalışmayı kabul ederim.	1	2	3	4
32. Sosyal hizmetlere ya da beslenmeye uygun kurum içi sevkleri ancak bir hekim talimatıyla yaparım.	1	2	3	4
33.Bir hastanın evde bakım ihtiyacını sadece bir hekim tarafından talimat aldığımda değerlendiririm.	1	2	3	4
34. Alerjisi olduğunu bildiren bir hastaya, doktor benim eylemlerimden sorumlu olmayı kabul ederse, ilaç tedavisi uygularım.	1	2	3	4
35. Hemşire-hekim zıtlığından doğan, benimde içinde bulunduğum her vakada tüm hata ve suları stlenirim.	1	2	3	4

## EK-2: İZİN YAZISI

YNT: yüksek lisans tez ölçeği istemi - İleti (HTML)

İleti

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet Sil Klasöre Kural Diğer Taşı Oluştur Eylemler Göndereni Engelle Önemli Posta Değil Güvenilirler Listeleri Kategorilere Ayır İzle Okunmadı Olarak İşaretle Seçenekler Bul İlişkili Seç Bul

Bu iletiyi 29.04.2013 15:08 tarihinde ilettiniz.

Kimden: esransyb [esransyb@hotmail.com] Tarih: Sal 05.03.2013

Kime: Kerime Derya Beydag

Bilgi

Konu: YNT: yüksek lisans tez ölçeği istemi

Selam

Kusura bakmayın biraz geç cevap yazabildim. Tabii ki kullanabilirsiniz. Sormak istediğiniz herhangi bir şey olursa her zaman yazabilirsiniz. Kolay gelsin.

Samsung Mobile tarafından gönderildi

Kerime Derya Beydag <[derya.beydag@okan.edu.tr](mailto:derya.beydag@okan.edu.tr)> yazdı:

Merhaba Esra hanım,

YÖK'ün tez sayfasından yapmış olduğunuz yüksek lisans tezine ulaştım. Öncelikle çalışmanızdan ötürü sizi kutlarım. Geçerlik gücünü sağladığınız Hemşirelik aktivite ölçeği'ni bir çalışmada kullanmak için sizden izin almak istiyorum. Bu konuda yanıtınızı bekliyorum, iyi çalışmalar diliyorum



## EK-3: ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:13

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 05.06.2013

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Doç. Dr. Belma Bekçi	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı	(Üye)

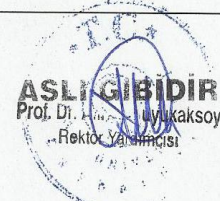
---

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.06.2013 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

---

- 1- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü - Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi **Begüm Topaloğlu'nun** “**Alay Edilme Algısı Ölçeği Türkçe Geçerlik Çalışması ve Alay Edilmenin Beden Memnuniyeti ve Kontrol Kaybıyla İlişkisi**” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Türkan Yağmur'un** “**Denizli İli Kamu ve Üniversite Hastanelerindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetimsel Bakış Açılarının İncelenmesi**” başlıklı yüksek lisans çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencisi **Gülşay Altay'ın** “**Medikal Kalibrasyon Bilinci Ölçüm Anketi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Sebahattin Yetim'in** “**Hemşirelikte Otonomiye Etkileyen Faktörler**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Yeşim Akar'ın** “**Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;



- Karar 1.** Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü - Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi **Begüm Topaloğlu'nun "Alay Edilme Algısı Ölçeği Türkçe Geçerlik Çalışması ve Alay edilmenin Beden Memnuniyeti ve Kontrol Kaybıyla İlişkisi"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Türkan Yağmur'un "Denizli İli Kamu ve Üniversite Hastanelerindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetimsel Bakış Açılarının İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencisi **Gülay Altay'm "Medikal Kalibrasyon Bilinci Ölçüm Anketi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Sebahattin Yetim'in " Hemşirelikte Otonomiye Etkileyen Faktörler"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Yeşim Akar'm "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Aliya Büyükaksoy  
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu  
(Üye)

Doç.Dr. Belma Bekçi  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı  
(Üye)



## EK-4: KURUM İZİN ONAYI



Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Aydın Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı 25305691-605

10.06.2013\* 8067

Konu :Araştırma İzni

NAZİLLİ DEVLET DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE  
AYDIN

İLGİ:10.06.2013 tarih ve 8333 sayılı Dilekçe ve eki anket formu

İlgi dilekçeyle talep edilen Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı öğrencisi Sebahattin YETİM Yüksek Lisans bitirme Programı kapsamında "Nazilli Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Otonomileri ve Etkileyen Faktörler " konulu anket çalışmasını Nazilli devlet Hastanesi Hemşirelerine 03.06.2013-19.08.2013 tarihleri arasında uygulaması ; çalışmayı yaparken kimlik taşıması ,çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizle paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Mehmet ÖZKAN  
Genel Sekreter

EK:  
1-Dilekçe  
2-Anket Formu  
3-Etik Kurul Onayı

## EK-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışmada, Nazilli Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin otonomilerini etkileyen faktörlerin nelerden oluştuğunu belirlemek hedeflenmiştir.

Bu ankette tamamen hemşirelerin kişisel özellikleri ve mesleki yaşamdaki karşılaştıkları otonomilerle ilgili sorular bulunmaktadır.

Bu çalışma Aydın Kamu Hastaneleri Birliği'nin izni alınarak gerçekleştirilmektedir.

Bu anket 3 bölümden oluşmaktadır. Nazilli Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin otonomilerini etkileyen faktörler ile ilgili etkenler göz önünde bulundurularak hazırlanmaktadır.

Anket iki temel bölümden oluşmaktadır.

- Bölüm:** İlk 9 soru demografik özellikler ile ilgilidir ve son 6 soru mesleki özelliklerle ilgili sorulardır.
- Bölüm:** 35 soru Hemşirelik Aktivite Ölçeği ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Araştırmaya alınacak kişilerin bireysel özellikleri araştırma kapsamı dışında hiçbir kişiyle paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz.

Araştırmada kesinlikle isim sorulmayacaktır.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız sonucunda size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmadan çıkan sonuçlar Aydın Kamu Hastaneleri Birliği ve bu anketin yapıldığı Nazilli Devlet Hastanesi ile paylaşılabilir.

Sebahattin YETİM, Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksekokulu Yüksek Lisans Öğrencisi  
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ(Danışman), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu  
Öğretim Üyesi

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

İmza:

## ÖZGEÇMİŞ

### 1.1.1.1. Kişisel Bilgiler

Adı	SEBAHATTİN	Soyadı :	YETİM
Doğ.Yeri	NAZİLLİ	Doğ.Tar.	05.09.1981
Uyruğu	TC	Tel :	535-230 28 11
Email :	sebahattin_yetim_09@hotmail.com		

### 1.1.1.2. Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüls.Lis.		
Lisans	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ- SAĞLIK YÜKSEK OKULU(SAĞLIK MEMURLUĞU)	2002-2006
Lise	KİRAZ SAĞLIK MESLEK LİSESİ/İZMİR	1994-1998

### 1.1.1.3. İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
SAĞLIK MEMURU	ÇİVRİL DEVLET HASTANESİ	2002-2003
SAĞLIK MEMURU	SARAYKÖY DEVLET HASTANESİ	2003-2007
SAĞLIK MEMURU	NAZİLLİ DEVLET HASTANESİ	2007-DEVAM

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS	(Diğer) Puanı
				YDS Puanı	
İNGİLİZCE	ORTA	ZAYIF	ZAYIF	-	-

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

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62.145	62.822	62.107
(Diğer) Puanı			

1.1.1.4. Bilgisayar Bilgisi: AZ

1.1.1.5. Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri:

1.1.1.6. Özel İlgi Alanları (Hobileri): GEZMEK-SİNEMAYA GİTMEK-MÜZİK  
DİNLEMEK-KİTAP OKUMAK-BELGESEL SEYRETMEK