Şeniz BAŞARAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

2022

T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL DEĞERLERİNİN MESLEKİ OTONOMİLERİNE ETKİSİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ŞENİZ BAŞARAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2022

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL DEĞERLERİNİN MESLEKİ OTONOMİLERİNE ETKİSİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Şeniz BAŞARAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN:
Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER

BURSA-2022

T. C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi Ve İlişkili Faktörler’’ adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallara uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyaz ederim.

Şeniz Başaran
Tarih ve İmza

TEZ KONTROL VE BEYAN FORMU

…../…../…..

Adı Soyadı: Şeniz Başaran
Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Konusu: Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi Ve İlişkili Faktörler

ÖZELLİKLER	**UYGUNDUR**	**UYGUN DEĞİLDİR**	**AÇIKLAMA**
Tezin Boyutları	✓	□	
Dış Kapak Sayfası	✓	□	
İç Kapak Sayfası	✓	□	
Kabul Onay Sayfası	✓	□	
Sayfa Düzeni	✓	□	
İçindekiler Sayfası	✓	□	
Yazı Karakteri	✓	□	
	✓	□	
Satır Aralıkları	✓	□	
Başlıklar	✓	□	
Sayfa Numaraları	✓	□	
Eklerin Yerleştirilmesi	✓	□	
Tabloların Yerleştirilmesi	✓	□	
Kaynaklar	✓	□	

DANIŞMAN ONAYI
Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Nursel VATANSEVER
İmza:

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak
İç Kapak
ETİK BEYAN II
TEZ KONTROL BEYAN FORMU III
İÇİNDEKİLER IV
TÜRKÇE ÖZET VI
İNGİLİZCE ÖZET VI
1. **GİRİŞ** 1
2. **GENEL BİLGİLER** 4
   - **2.1.Meslek ve Meslekleşme** 4
     - **2.1.1. Hemşirelik Mesleği** 5
     - **2.1.2. Hemşirelik Mesleğinin Meslekleşme Süresi** 10
   - **2.2.Profesyonellik** 11
     - **2.2.1. Meslekte Profesyonellik** 13
     - **2.2.2. Hemşirelikte Profesyonellik** 14
     - **2.2.3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri** 17
       - **2.2.3.1.Alturizm** 19
       - **2.2.3.2.Otonomi** 20
       - **2.2.3.3.İnsan Onuru** 20
       - **2.2.3.4.Sosyal Adalet** 20
       - **2.2.3.5.Doğruluk (Gerçeklik)** 21
       - **2.2.3.6.Eşitlik** 21
       - **2.2.3.7.Estetik** 21
   - **2.3.Otonomi** 22
     - **2.3.1. Bireysel Otonomi** 23
     - **2.3.2. Mesleki Otonomi** 24
     - **2.3.3. Hemşirelikte Otonomi** 26
3. **GEREÇ ve YÖNTEM** 29
   - **3.1.Araştırmanın Amacı ve Yöntemi** 29
   - **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman** 29
   - **3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi** 29
   - **3.4.Verilerin Toplanması ve Toplama Araçları** 30
   - **3.5.Araştırmanın Etik Yönü** 32
   - **3.6.Araştırmaya Sağlanan Destekler** 32
   - **3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları** 32
   - **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi** 33
4. **BULGULAR** 34
   - **4.1.Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular** 34
   - **4.2.Hemşirelerin Profesyonel Uygulamalarıyla İlgili Görüşlerine Yönelik Bulgular** 35
   - **4.3.Hemşirelerin Profesyonel Değerleri, Hemşirelik Aktivite Ölçeği ve HDPÖ Alt Ölçeklerinin Güvenilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular** 44
5. **TARTIŞMA ve SONUÇ** 47
6. **KAYNAKLAR** 62
7. **SİMGELER VE KISALTMALAR** 68

8. EKLER **69**
Ek 1. Gönüllü Olur Formu **69**
Ek 2. Hemşire Tanılama Formu **70**
Ek 3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği **71**
Ek 4. Hemşirelik Aktivite Ölçeği **73**
Ek 5. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Kullanım İzni **75**
Ek 6. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Kullanım İzni **76**
Ek 7. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Onayı **77**
Ek 8. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Onayı **78**
Ek 9. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu **80**
9. TEŞEKKÜR **81**
10. ÖZGEÇMİŞ **82**

TÜRKÇE ÖZET

Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi Ve İlişkili Faktörler

Bu araştırma bir eğitim araştırma hastanesinde ameliyathanede steril hemşire olarak çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin mesleki otonomilerine etkilerini ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Şubat 2021- Kasım 2021 tarihleri arasında 75 hemşirenin gönüllü katılımı ile yapılmıştır. Verilerin toplanması amacıyla; Hemşire Tanılama Formu, Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) ve Hemşirelik Aktivite Ölçeği (HAÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSSv22.0 programında yüzdelik dağılımlar, ortalamalar, Shapiro Wilk testi, Mann Whitney U testi, t testi, Cronbach alfa (α) ve Spearman kolerasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınırı p=0,05 olarak kabul edildi.

Çalışmaya katılan hemşirelerin; yaş ortalaması 39, meslekte çalışma yıl ortalaması 15, ameliyathanede çalışma yıl ortalaması 10 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %93,3'ü kadın, %65,3'ü evli ve %69,3'ünün lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %65,3'ü mesleği isteyerek seçtiğini ifade ederken, %42,7'si de meslekle ilgili profesyonel eğitim aldığını dile getirmiştir. HPDÖ toplam ölçek puanı 122,2±18,9 yüksek düzeyde bulunmuş ve Cronbach alfa katsayısı 0,959 bulunarak ölçeğin güvenilirliği saptanmıştır. HAÖ toplam ölçek puanı 91 düşük düzeyde otonom olarak hesaplanırken Cronbach alfa katsayısı 0,845 oranında güvenilir bulunmuştur. HPDÖ Otonomi alt ölçek toplam puanı ile HAÖ arasından aynı yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmada HPDÖ ve HAÖ ülkemizde kullanımının güvenirliği saptanmıştır. Hemşirelerin profesyonel değerlerinin yurtdışı kaynaklarla benzer olduğu görülmüştür. Profesyonel otonomi değeri yüksek olan hemşirelerin mesleki otonomlarını da yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre; ülkemizde hemşirelerin profesyonel değerlerinin ve mesleki otonomlarının artırılması için sürekli eğitimlerin sağlanması ve motive edici yaklaşımların olması, bu doğrultuda araştırmaların sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Profesyonellik; Mesleki Profesyonellik; Mesleki otonomi; Hemşirelikte Profesyonellik

İNGİLİZCE ÖZET

The Effect Of Professional Values Of Operating Room Nurses On Their Occupational Autonomous And Related Factors

This research was carried out to determine the effect of the professional values of nurses working as sterile nurses in the operating room in a training and research hospital on their professional autonomy and related factors.

The research was carried out with the voluntary particiation of 75 nurses between February 2021 and November 2021. For the purpose of collecting data; Nurse Identification Form, Nurses' Professional Values Scale (HPDS) and Nursing Activity Scale (HAS) were used. The collected data were evaluted by using percentage distributions, Shapiro Wilk test, Mann Whitney U test, T test, Cronbach alpha and Spearman correlation analysis on the programme SPSSv22.0. The border of statistical significance was regarded as p=0,05.

The nurses participating in the study; the average age was 39, the average of working years in the profession was 15 and the average of working years in the operating room was 10. It was determined that %93,3 of the nurses were women, %65,3 were married and %69,3 were undergraduate graduates. In addition, %65,3 of the nurses stated that they chose the profession voluntarily, while %42,7 stated that they received professional training related to the profession. The HPDS total scale score was found to be 122,2±18,9 high and the reliability of the scale was determined by the Cronbach's alpha coefficient of 0,959. While the HAS total scale score was calculated as 91 at a low level of autonomy, the Cronbach's alpha coefficient was found to be reliable at the rate of 0,845. A significant correlation was found between HPDS Autonomy subscale total score and HAS in the same direction.

In the study, the reliability of the use of HPDS and HAS in our country was determined. It has been observed that professional values of nurses are similar to those of foreing sources. It is seen that the professional autonomy of nurses with high professional autonomy value is also high. According to this; In order to increase the professional values and professional autonomy of nurses in our country, it is recommended to provide continuous training and to have motivating approaches and to provide researches in this direction.

Key Words: Professional; Professional professionalism; Professional autonomy; Professionalism in nursing

1. GİRİŞ

Türk Dil Kurumu (TDK) mesleğin tanımını şu şekilde yapmıştır: ‘‘Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan kuralları belirlenmiş iş’’tir (‘‘Meslek nedir tdk’’, 2020). Günümüzde iş ve meslek kavramları birbiriyle karıştırılır; bir işin meslek sayılabilmesi için belli bir eğitim, tecrübe ve profesyonellik gerekir. Meslekleşme sürecinde de iş ve meslek kavramları mevcuttur. İş zayıf halka meslek ise daha kapsamlı halka olarak kabul edilir. Herhangi bir iş ya da uğraşın meslek olarak kabul edilebilmesi için belirli teknik ve kurumsallaşmış değerlerinin olması gerekir (Aslanbay, 2015).

Meslekleşme, bir işin meslek olma yolunda güç elde edilen belli nitelikler kazandığı dinamik bir süreçtir. Meslekleşme ve mesleksel statüyü kazanmak için çaba harcamak gerekir (Abay, 1985). Meslekleşme kelimesi, yapılan ‘‘iş’’e mana yükleyen ve işlerinin çok değerli olduğunu hem bu meslekte çalışanlara hem de başkalarına göstermeye ve kanıtlamaya yarayan; kendi kendini kontrol, hatta kendine inanmayı içeren, mesleki bir kimlik ya da göstergedir (Kaya, 2011).

Hemşireliğin ilk tanımlaması 1859 yılında Florence Nightingale tarafından yapılmıştır. Nightingale’nin yaptığı tanıma göre hemşirelik; ‘‘Doğanın birey üzerinde en iyi şekilde etkili olabilmesi için bireyin de en iyi durumda olması gerekmektedir. Doğanın bireye sağladıkları ısınma, yeme, solunum gibi teme gereksinimlerdir. Hemşirelikte bu temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylere yardımcı olup bireyin temel gereksinimlerini yerine getirmesini sağlar.’’ şeklindedir (Dost, 2014). Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonunun 1981’de yaptığı tanıma göre; Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması,

örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinidir. Hemşirelik Kanunu (2 Mayıs 2007 tarih ve 26510 sayılı)'na göre; ''Hemşire; ''Tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli yetkili sağlık personelidir.'' şeklinde açıklanmıştır (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Sonuç olarak hemşire; birey, aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma ve geliştirme, hastalık durumunda iyileşmesini sağlayan, görevlerinin tümünde hasta/sağlıklı bireyler ile sürekli etkileşim içerisinde olan kişidir (Yelekçi, 2018).

Belirli bir alanda ''yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimine'' profesyonellik denir (Gökçora, 2005). Profesyonelleşme, çağdaş toplumlarda meydana gelen en önemli değişikliklerin başında gelir. Günümüzde insanın kendi konusunda her şeyi bilmesi gerekmektedir. Başarıya ulaşabilmek için çalışılan alana ilişkin her şey bilinmelidir (Craven, & Hirnle 2003).

Mesleki profesyonellik ise, kişisel profesyonelliği kurumsal profesyonelliğe dönüştürmektir. Yıldız (2003)'e göre, her meslek kendine özgü görev, rol ve işlevlerin yanı sıra genel bazı işlevlerde de yer alır. Bunlardan mesleğe özel rol ve işlevler o mesleğe profesyonellik kazandırır. Mesleki profesyonelliğin yeterince gelişmemiş olması önce birey, ardında da kurumu etkileyecektir. Bu da hizmet kalitesinin düşmesine ve kurumsal sorunlara yol açacaktır (Yıldız, 2003).

Hemşireliğin değişimi, gelişimi ve rol modelleri hemşirelik eğitimi ile yakından ilgilidir. Hemşirelikte görülen değişimler, artan nüfus ile birlikte sağlık sektöründeki talebin artması, insan ömrünün uzaması ve artan kronik hastalıklar, hastanedeki yatış sürelerinin kısalması, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın artması, sağlık hizmetlerindeki maliyetin azaltılması, bilimsel gelişmelerle birlikte tanılama ve tedavi yöntemlerindeki değişikliklerden

etkilenmektedir. Bu nedenle hemşirelikte profesyonelliğin de önemi göz ardı edilemeyecek boyuttadır (Vicdan, 2010).

Otonomi, kendi uzmanlık alanındaki sorunlar oluşmadan karar verip harekete geçme olarak tanımlanır (Özpekin, 2015). Ayrıca otonomi; özerklik, işini yaparken ve mesleki uygulama alanlarında özgürce hareket etme anlamına gelmektedir. Hemşirelikte otonomi ise; bakım verirken bağımsız kararlar alma ve bu kararları uygulayabilmektir. Hemşirelikte tartışmalara konu olan otonomi önemli profesyonel ölçütlerden biridir (Açıkgöz, 2015).

Özetleyecek olursak hemşireliğin, bilimsel bilgi temeli ve otonomi başta olmak üzere bir takım zayıflıklarının olduğu görülmektedir. Meslekleşme sürecinde ilerleyebilmek için bu problemlerin çözülmesi ve bu alanların mesleki değerlerle güçlendirilmesi gerekmektedir (Karadağ, 2002). Mesleki değerler, ortak misyon ve vizyon belirlemede, mesleki uygulamalara anlam katmada ve meslek üyelerinin etkili bir şekilde örgütlenmesinde önemli derecede etki sağlar (Acaroğlu, 2014).

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Meslek ve Meslekleşme

Türk Dil Kurumu (TDK) mesleğin tanımını şu şekilde yapmıştır: ‘‘Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan kuralları belirlenmiş iş.’’ (‘‘Meslek nedir tdk’’, 2020). Çelik (2010)’de benzer bir tanımla mesleği; eğitim yoluyla elde edilebilen, yüksek derecede bilgi ve beceriye sahip olan bireyler tarafından, yasal ve etik kurallar doğrultusunda topluma hizmet veren uğraş olarak ifade etmektedir (Çelik, 2010). Yani meslek bireye statü kazandırdığı gibi aynı zamanda ailelerin ve toplumlarında yaşamsal ölçütlerini belirler.

İş ise bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma, emek olarak tanımlanmaktadır (‘‘İş nedir tdk’’, 2020). Meslek ve iş tanımları genellikle birbiri yerine ulanılan fakat taşıdıkları özellikler açısından farklı anlamlar taşıyan iki kelimedir.

Başta sosyologlar olmak üzere birçok bilim adamı meslek kavramını ve özelliklerini tanımlamaya çalışmıştır. Bu doğrultuda meslek üzerine birçok yayın yapılmış ve ölçütler belirlenmiştir. Flexner 1915 yılında gerçek mesleklerin taşıması gerektirdiği ölçütleri bir liste şeklinde yayınlamıştır. Genevieve ve Roy Bixler 1945 yılında ilk kez hemşireliği meslek ölçütleri açısından incelemiş ve hemşireliği 7 ölçüte göre değerlendirmişlerdir. Povalko’ya göre bir işi meslek yapan 8 ölçüt vardır. Bunlar; teorik bilgi, yapılan işin temel sosyal değerlere uygunluğu, eğitim süresi, motivasyon, otonomi, bağlılık bilinci ve meslek ahlakı yasasıdır (Ulusoy, 1995; Uyer, 1992). Bu ölçütler aynı zamanda iki kavram arasındaki farklılıkları da ortaya koymaktadır. Meslek ve iş arasındaki farklılıklar Tablo 1’de gösterilmiştir. Son olarak Kelly 1981 yılında bir işin meslek olarak değerlendirilebilmesi

için 8 ölçüt yayınlamış ve Karadağ (2002) yayınladığı makalede hemşireliğin işten meslek olmaya geçişini bu ölçütle göre değerlendirmiştir (Karadağ, 2002).

Tablo 1: İş ve Meslek Arasındaki Temel Farklılıklar (Moloney, 1992)

İş	Meslek
Eğitim iş başında gerçekleşir	Eğitim üniversitede gerekleşir
Eğitimin süresi değişir	Eğitim süresi uzundur
Değerler, inanç ve etik işe hazırlıkta belirgin özellikler değildir	Değerler, inanç ve etik mesleğe hazırlığın ayrılmaz bir parçasıdır
İşe bağlılık ve kişisel kimlik genellikle zayıftır	Mesleğe bağlılık ve kişisel kimlik güçlüdür
Çalışanlar işveren tarafından denetlenir	Çalışanlar öz denetime sahiptir
Kişiler sıklıkla iş değiştirir	Kişiler mesleği değiştirmek istemezler
Sorumluluk genellikle işverene aittir	Sorumluluk bireylere aittir

Meslek, çaba harcamayı içeren bir süreçtir (Ulusoy, 2000). Bu anlamda meslekleşme süreci profesyonellik olarak da adlandırılmaktadır. Bir işin ya da uğraşı alanının meslek olup olmadığı meslekleşme ölçütlerine göre değerlendirilmektedir (Adams, & Miller 2001; Ulusoy, 2000). Görüldüğü üzere meslekleşme sürecinde de iş ve meslek tanımlarıyla karşılaşılmaktadır. İş zayıf halka meslek ise daha kapsamlı halka olarak kabul edilir. Herhangi bir iş ya da uğraşın meslek olarak kabul edilebilmesi için belirli teknik ve kurumsallaşmış değerlerinin olması gerekir (Aslanbay, 2015).

Meslekleşme kelimesi, yapılan ‘‘iş’’e mana yükleyen ve işlerinin çok önemli olduğunu hem meslektaşlarına hem de diğer kitlelere kanıtlamayı amaçlayarak; kendi kendini kontrol etme, kendine inanma ve motive etmeyi sağlar. Meslekleşme, bir işin meslek olma yolunda güç elde etmeyi hedefleyen aynı zamanda bireye mesleki ve sosyal bir kimlik oluşturabilen dinamik bir süreçtir. Bu nedenle meslekleşme ve bu mesleksel statüyü kazanabilmek adına çaba sarf etmek gerekmektedir.

2.1.1.Hemşirelik Mesleği

Hasta bakımının geçmişi eski çağlara dayanmaktadır. Neolitik zamandan kalma iskeletler üzerinde bir takım cerrahi girişimlerin yapıldığına dair kanıtlar bulunmuştur. Hemşirelik, başlangıçta toplumun ihtiyaçlarını karşılamak ve ihtiyacı olan kimselere bakım vermek için geliştirilmiştir. Bu

nedenle bakım yöntemleri; hastalık nedenleri ve yaşam konusundaki inançların çerçevesinde kurulmuştur. Zaman içinde teknolojik gelişmeler ve inançlardaki değişmelerle beraber hasta bakımında da değişiklikler olmuştur.

Eski dönemlere ait kayıtlarda hemşireliğin ayrı bir uğraş olduğunu gösteren kanıtlar bulunmuştur. Bu kayıtları genellikle bir tıp adamı, bir rahip, bir ebe veya usta bir kadının tuttuğu görülmüştür. Aile içinde hasta bakımından sorumlu olan esas kişi ise kadındır. M.Ö.3500 yıllarına ait eski bir Hint kitabında sağlık ve tıbbi bilgilere ilişkin kayıtlarda, bakım sürecinde ayrı bir grup üyesi olarak hemşirelerin tanımlandığı görülmüştür. Bu hemşireler nadiren kadındır ancak günümüzde hemşireler ile benzer özellikler göstermektedir. Tıp ve hasta bakımı eski Mısırlıların ve etkisinde kaldıkları Yunan uygarlığıyla beraber ilerleme yaşamıştır. Tıbba önemli katlıları olan bir kişi ise M.Ö.460-370 yılları arasında yaşayan Hipokrat'tır.

Kadınlar hasta bakımına antik Yunan döneminde, Yunan tarihinin ünlü hekimi ve mitolojide Tanrı olarak kabul edilen Aesculapius'un kızı Hijyen ile başlamıştır. Hijyen tapınakta yardım isteyen hastalara sağlık hizmeti veriyordu fakat bu döneme ait yazılı herhangi bir kaynak yoktur.

Musevilerin hekimlik, hasta bakımı ve ebelik konusundaki bilgileri Tevrat'ta yer almaktadır. Burada temizlik kuralları, sağlığın korunması ve bazı otların ilaç yapımında kullanıldığından bahsedilmektedir. İsrailliler sağlığın Tanrı'dan geldiğine ve sağlıkla uğraşan kişilere saygı duyulması gerektiğine inanırlardı. Erken Hıristiyanlık döneminde kilise ve manastırlara bağlı olarak çalışan erkeklere Dakon, kadınlara ise Dakones denmekteydi. Bu kişiler yardıma ihtiyacı olup manastıra sığınan yabancı, yoksul ve hastalara yardı ettikleri gibi; hastalara da ev ziyareti yapıyorlardı. Bu kişilere hem güven hem de saygı duyuluyordu fakat örgün bir eğitimden geçmemişlerdi. Hıristiyanlığın yayılıp, kiliselerin çoğalmasıyla beraber kendini Tanrı'ya adayan çok kimse hasta, yaşlı ve yoksullara bakmaya başlamışlardır.

Orta çağ sonlarına doğru yapılan Haçlı Seferleri sonucunda doğu ve batı arasında hasta bakımı açısından kültür alışverişi sağlanmıştır. O çağlarda yolcu ve hacıların yol boyu barındıkları hanlardan ilki Paris'te kurulmuş ve adı ''Tanrı'nın Evi'' anlamına geliyordu. Bu otel ve bakım evi gönüllü

hizmet veren kadınlar tarafından kurulmuş ve hasta bakım kuralları Augistinian kız kardeşler tarafından düzenlenmiştir. Belirli bir eğitimden geçip özel beyaz giysiler giyerler ve kep takarlardı. Hastalarına fiziki bakım vermek, ilaç vermek ve yaralarını temizlemek gibi işlemler yaparlardı, ancak en önemli görevlerinden biri hastalarının dinsel inançlarına yardımcı olmaktır.

Dinsel etkinliklerinin yanı sıra kiliseden bağımsız hasta bakımı sağlayan örgütlerde kurulmuştur. Genç kızlar ve kadınların oluşturduğu bu örgüt ziyaretçi hemşireliğin temelini atmış, hastaların ayağına hizmeti götürmüşlerdir.

Katolik kilisesine karşı Protestanlığın doğuşu ile hasta bakımı ve hastanecilik olumsuz etkilenmiş, hemşirelik gerilemiş ve karanlık çağ başlamıştır. Din devrimi ile hastaneler kapanmış, hasta bakımı yasaklanmıştır; fakat hasta bakım ihtiyacı kendini güçlü bir şekilde hissettirince para karşılığında çalışan kadın ve erkek hemşireler yeniden görev alamaya başlamışlardır. Ancak hemşirelik mesleği toplumsal konumunu yitirmiş ve saygınlığını kaybetmiştir. Bir kadın ancak yapacak hiçbir iş bulamadığında hemşire olmaya başlamıştır.

Sınıf ayrılıklarını ortadan kaldıran Müslümanlığın doğuşuyla beraber hasta bakımı yeniden önem kazanmıştır. Yaralı ve hasta bakımı için ilk kadın topluluğu Hz. Muhammed zamanında kurulmuş ancak hemşireliğin anlamı çok geç anlaşılmıştır. Osmanlı'da sosyal yardım işlerinde ve hasta bakımında gönüllü kadınlar görev almış, soylu kadınlar tarafından şifahaneler kurulmuş fakat hasta bakımı açısından her hangi bir öğrenimden bahsetmek mümkün değildir. Modern hemşireliğin kurulması ve gelişmesi Cumhuriyet dönemiyle başlamıştır.

Sanayi alanındaki gelişmelerle beraber şehirler kurulmaya başlamış, işçi ve ailelerin beraber yaşamaya başlamasıyla beraber hastalıklar ve yaralanmalar ortaya çıkmıştır. Bu dönemde toplum alt ve üst sınıf olarak bölünmüş ve üst sınıf insanlar alt sınıftaki insanlara hasta bakımı gibi konularda yardımsever roller üstlenmişlerdir. Kadının özgürlüğüne kavuşması ve kadın haklarının desteklenmesi profesyonel hemşireliğin gelişimine

katkıda bulunmuş fakat 16. ve 19. yüzyıllar arasında iyi yetişmiş hiçbir kadın hemşirelik mesleğine katılmamıştır.

1800'lü yılların, başında hastaların durumu, hastanelerin fiziki yapısının bozukluğu, anestezinin henüz yaygınlaşmamış olması, hastaların hijyenik koşullarındaki yetersizlik ayrıca savaşın varlığıyla yaralı askerlerin durumu gibi çeşitli olayların yaşanmasıyla; hasta ve çaresiz insanlara yardım etme arzusuyla dolu olan ve soylu bir aileden gelip iyi bir eğitim görmüş olan Florance Nightingale'i daha da duyarlı kılarak hemşireliğin gelişimine önemli katkılar sunmaya yöneltmiştir. Nightingale, hemşirelikte formal eğitimin önemini vurgulayan ve hemşirelik uygulamalarına ilk bilimsel yaklaşımı sağlayan kişidir. Ayrıca hemşirelikte ilk kuramcı olarak değerlendirilmektedir.

Hemşirelik ilk çağlardan günümüze dek çeşitli şekillerde tanımlanmıştır; fakat bireylerin yapılarının ve görüşlerinin yaşantı ve kültürlerine göre değişiklik göstermesi hemşireye ve hizmete olan gereksinime de farklı şekillerde yansıdığı için evrensel bir hemşirelik tanımı yapılamamıştır.

İlk hemşirelik tanımı 1859'da Florance Nightingale tarafından ''Doğanın birey üzerinde en iyi şekilde etkin olabilmesi için bireyin en iyi duruma getirilmesidir.'' şeklinde tanımlanmıştır. 1930'lu yıllarda hemşirelikte bilinçli tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır. 1933 yılında Taylor ''Bireyin fizik ve teknolojik gereksinimlerine istenen tedaviyi ve önlemleri uygulamaktır.'' diyerek hemşireliği tanımlamış ve hasta merkezli bir bakım ilk kez dile getirilmiştir. 1955'te Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği ''Profesyonel hemşirelik uygulaması; poliklinik hastasının, yaralının, yatan hastanın/sağlıklı bireyin durumunun düzeltilmesi/sürdürülmesi, başkalarının hastalıktan korunması, diğer personelin gözetimi ve eğitimi ya da diplomalı dişçi ve doktorun önerdiği tedavi ve ilaçların hastaya uygulanması, bakım verilmesi, danışmanlık ve gözlem yapılmasıdır.'' şeklinde tanımlanmıştır. 1958 yılında kuramcı bir hemşire olan V. Henderson'un yaptığı hemşirelik tanımı Uluslar arası Hemşirelik Konseyi (ICN) tarafından benimsenmiştir. Bu tanıma göre

hemşirelik; ‘‘Gerekli güç, istek ya da bilgiye sahip olunabilseydi, bireyin yardımsız olarak kendini iyileştirmesi ya da sağlığı için gereken etkinlikleri yapabilmesi gerekirdi. Bunların bireyce yapılamadığı hallerde ya da sağlıklı ve hastalıklı bireye yardımcı olmak, hemşireliğe özgü bir fonksiyondur.’’ Hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğu ICN tarafından 1975’de belirtilmiş ve Singapur’da hemşireliği ‘‘Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış ve yetkisi onaylanmış profesyonel bir kişidir.’’ şeklinde tanımlanmıştır.

Ülkemizde modern anlamda hemşirelik I.Dünya Savaşı’ndan sonra başlamıştır. Hekimlik mesleğinin ilerlemesine karşın olumsuz sosyal etkiler ve Türk kadınının çalışmasına engel olunması nedeniyle hemşirelik mesleği ülkemizde geç gelişmiştir. Yataklı sağlık kurumlarının açılması, hekimlik mesleğinin gelişmesi ancak hastalara bakım verebilecek bilgili hemşirelerin olmayışı hekim meslek grubunu bu yönde çalışmalar yapmaya yöneltmiştir. Trablusgarp ve Balkan Savaşları esnasında hasta bakımında oldukça zorlanılmıştır. 1911 yılında Kızılhaç’ın Washington Kongresi’ne katılan Dr. Besim Ömer Paşa, Kızılay Derneği’ni (Hilal-i Ahmer) uyararak hemşirelik okulunun açılmasının zorunlu olduğunu dile getirmiştir. Bunun üzerine ilk kez İstanbul’da Kadırga Hastanesi’nde 6 ay süreyle gönüllü hasta bakıcı kursu kurulmuş, Dr. Besim Ömer Paşa’nın gayretiyle İstanbul’un en kültürlü çevrelerinde ilgi görmüş ve Balkan Savaşı ile birlikte Türk kadınları hastanelerde çalışmaya başlamıştır. 1912 yılı ülkemizde hemşirelik mesleğinin başlangıcı olmuştur.

Ülkemizde açılan ilk hemşirelik okulları; Amiral Bristol Sağlık Lisesi (1920), Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi (1943), Sağlık Bakanlığına bağlı hemşirelik okulları 1946 yılında Haydarpaşa Numune ve Şişli Çocuk Hastanelerinde birer Hemşire-Laborant Okulu olarak açılmıştır. Devamında 1952 Erzurum, Sivas, İzmir ve 1953 yılında Diyarbakır ve diğer illerde açılan Hemşire-Laborant, Hemşire-Ebe-Laborant Okulları açılmıştır. Sağlık Kolejleri adıyla anılan bu okullar 1976 yılında Sağlık Meslek Lisesi olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı dışında bazı kurumlarda hemşirelik

eksikliklerini gidermek maksadıyla hemşire okulları açmışlardır. Hemşirelik Yüksek Okulları ise 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öncülüğünde açılmış ve toplumun, ailenin ve bireyin sağlığının korunması, yükseltilmesi ve hastalık durumunda daha bilgili ve bilinçli bakım verilmesi, hemşire yetiştiren okullarda öğretmenlik ve yöneticilik, sağlık kurumlarında yöneticilik görevlerini üstlenecek hemşireler yetiştirmeyi amaçlamıştır.

1976 yılından itibaren hemşirelik mesleği profesör, doçent, asistan, uzman gibi akademik kadroları almıştır (Ökdem ve ark., 2000).

2.1.2.Hemşireliğin Meslekleşme Süreci

Hemşirelik, insanlığın yaratılışından beri var olan bir süreçtir. Hemşirelik uzun bir tarihi geçmişe sahiptir. Hemşirelik bu uzun tarihinde yükselişler ve çöküşler yaşamıştır. Florance Nightingale'nin öncülüğüne başlatılan örgün hemşirelik eğitimi, meslekleşme sürecinin önemli bir basamağıdır. 19. yüzyıldan itibaren hastane tabanlı diploma eğitimiyle kazanılan bir iş olarak kabul edilmiştir.

Günümüzde ise 20. yüzyılın başlarından itibaren hemşireler için bir sosyal hareketlilik dönemi olmuştur ve bilimsel temelli bir meslek olarak kabul edilmiştir. Bu yüzyılın ortalarında mesleksel bilinçlenme hareketiyle birlikte hemşirelik bakımının niteliğini etkileyecek yeni bir dönem başlamış olsa da, hemşirelik halen meslekleşme sürecini tamamlayabilmek için mücadele vermektedir (Dinç, 2009; Ulusoy, 1992).

Hemşireliğin temelinde bireyi doğumundan ölümüne kadar sağlıkta ve hastalıkta anlayıp algılama vardır. Bu nedenle Aslanbay'ın dediği gibi hemşirelik toplumsal sistemin önemli bir parçasıdır (Aslanbay, 2015).

Meslekleşme süreci içinde olan hemşireliğin birçok sorunu vardır. Bunların önde gelenleri; meslek üyelerinin eğitim seviyelerinin farklı olması, bakım ve tedavi hizmetlerinin yeterli düzeyde yerine getirilememesi, mesleki bilgi ve deneyimlerin etkili kullanılamaması ya da her bir meslek üyesinin pratik bilgi ve deneyiminin farklı olmasıdır.

Hemşireliğin meslekleşme sürecinin bir diğer eksik yanı ise meslek üyelerinin örgütlenememesidir. Örgütlenmiş bir meslek grubu her anlamda güçlü ve hedeflerine ulaşabilir duruma gelir. Bu süreçte hemşireler birlik olmalı ve örgütlenebilme düzeyleri geliştirilmelidir.

Zaman içinde düzeltilen ve meslekleşme sürecine engel olan bir diğer sorun ise; Türkiye'de 1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu'nda hemşireliğin bir kadın mesleği olarak görülmesidir. Bu kanun Ocak 2007'de ''Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'' ile değiştirilmiş ve cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmıştır.

Bilim ve teknolojinin gelişmesi ve değişmesi ile toplumların sosyal yapıları ve gereksinimleri de değişir. Bu değişimler meslek gruplarından beklentilere de yol açar ve meslek gruplarının içeriklerinde de değişimler görülür. Bu değişimlere ayak uydurmayan meslekler yok olur ve değişime ayak uydurabilen yeni meslek dalları ortaya çıkar. Değişimlere ayak uydurabilen meslek dalları da kendilerini yenileyerek ve içeriklerini güncelleyerek varlıklarını sürdürebilirler.

Kısacası hemşireliğin bilimsel bilgi temelli ve otonomi başta olmak üzere bazı güçsüz yanları bulunmaktadır. Meslekleşme süreci içinde ilerleyebilmek için öncelikle bu sorunların çözülmesi ve bir takım mesleki değerlerle güçlendirilmesi gerekmektedir. Meslek üyelerinin etkili bir şekilde örgütlenmesi, ortak amaç ve vizyon belirlemesi gerekmektedir.

2.2.Profesyonellik

İlk insandan itibaren, artan nüfus ve gelişmeye devam eden toplumun isteklerine ve ihtiyaçlarına yanıt vermek için ortaya çıkan iş dalları zamanla özel uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Uzmanlaşma sayesinde yapılan iş profesyonel bir statüye gelmekte ve bireyin gözünde önem arz etmektedir. Bu kavram önem taşımakla beraber farklı meslek gruplarında farklı zamanlarda tanımlanmıştır. Öncelikle üç bilge meslek; din, hukuk ve tıp; bazen de askeriye için kullanılarak günümüzde bilinen anlamını almıştır.

Profesyonelliğin kelime anlamına baktığımızda; ‘‘profes’’ sözcüğünün ilk anlamı dinsel bir kökten geldiğini ve ‘‘dinsel düzen adına yemin etmeyi’’ dile getirir. 1675 yılından itibaren kelime dinsel anlamını kaybederek ‘‘yeteri kadar nitelikli olma’’ anlamına gelmeye başlamıştır. ‘‘Profesyon’’ (ya da bir meslek), herhangi bir konuyu açık bir şekilde ortaya koyma anlamına gelmiştir. Dolayısıyla meslek (profession), bu mesleğe girmek isteyen bir kişinin işi iyi bildiğini ve gerekli niteliklere sahi olduğunu ifade etme (profess) anlamını taşımaya başlamıştır.

Türk Dil Kurumu’na göre profesyonellik; ‘‘profesyonel olma durumudur.’’ şeklinde açıklanmıştır. Profesyonel ise; ‘‘1. Bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan kimse, amatör karşıtı. 2. Ustalaşmış, uzmanlaşmış.’’ şeklinde tanımlanmıştır (‘‘Profesyonel nedir tdk’’, 2020). Bu açıklamalara bakıldığında kelimenin yabancı olması nedeniyle Türkçe çevirilerinin yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu açıklamalardan yola çıkarak profesyonellik kavramının genellikle meslek, meslekleşme gibi kavramların yerine kullanıldığı görülmektedir.

Sosyologlar profesyonel kavramını, bir işi bilgi bütünü ve uzmanlık gerektiren beceriler temelinde toplumun refahını artırmak için hizmet götürmek olarak tanımlamaktadır (Mokk ve ark., 2009). Hwang ve arkadaşları (2009), profesyonelliği bir profesyonelin ve profesyonel kimlik düzeyine bağlanma düzeyi olarak tanımlamışlardır (Hwang ve ark., 2009). Bir başka tanımda profesyonellik, bir alanda gösterilen uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (Björkström ve ark., 2008).

Literatürde mesleklerin profesyonelliğine ilişkin ölçütler incelendiğinde uzun ve örgün eğitim, normlar, karar verme ve uygulamada otonomi, tolumun ihtiyacını karşılama, etik kuralları ve kodlarının olması çoğu zaman en önemli ölçütler olarak kabul edilmektedir (Meydan, & Kaya, 2018). Profesyonellik ölçütlerine ilişkin bilinen en eski açıklamayı eğitimci Abraham Flexner yapmıştır (Flexner, 2001). Flexner’e göre profesyonelliğin değerlendirilmesinde temel alınan belli başlı altı ölçüt şöyledir;

- Bireysel sorumluluğun olması.
- Bilgi bütünü temelinde öğrenilmiş olması.

- Kuramsal bilginin yeniden üretilebilir olması.
- Eğitimsel bir disiplin doğrultusunda tekniklerin öğretilebilir olması.
- Örgütlenmesinin çok iyi yapılmış olması.
- Alturizm (özgecilik) yoluyla üyelerin birbirine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya istekli olması.

Pavalko, profesyonellik ölçütlerini bilgi yükü (teori), toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, eğitim süresi, otonomi, mesleğe bağlılık, birlik bilinci toluma hizmet sunma ve meslek etiği olmak üzere sekiz ölçüt ile tanımlamıştır (Pavalko, 1971).

Görüldüğü üzere profesyonel kişi; yaptığı işi en ince ayrıntılarına kadar bilen, en kusursuz şekilde ortaya koyan, bunu uygularken tüm bilgi becerisini kullanabilen, yatığı işle ilgili sorumluluk sahibi olan özerk biridir.

2.2.1.Meslekte Profesyonellik

Mesleki profesyonellik; bireysel profesyonelliğin örgütsel profesyonelliğe dönüşmesidir. Bir başka ifade ile mesleki profesyonellik mesleki kuralların belirlenmesinde ve kaliteli hizmet sunumunda temel faktörlerden biridir (Yelekçi, 2018). Bununla birlikte mesleki profesyonelliği olumsuz yönde etkileyen herhangi bir sebep, bireyi etkilemesinin yanı sıra kurumu da etkiler. Kurumdaki kalitenin etkilenmesi ise hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliği olarak kuruma geri döner (Beydağ, & Arslan, 2008). Bu noktada Edgell'a göre mesleklerin birçoğu zamanla; işlev, organizasyon şekilleri, gerekli bilgi ve yetenekleri, aldıkları ücret ve tolumdaki değerlerine bağlı olarak, varlıklarını devam ettirirler ya da meslek adına kaybederler. Ancak mesleki profesyonellik ile meslekler devamlılığını sürdürebilirler (Adıgüzel ve ark., 2012).

Bazı meslek grupları neredeyse insanlığın varoluşundan itibaren varlığını sürdürmektedir. Bu meslek gruplarından biri de hemşireliktir. Çünkü hizmeti alan da, hizmeti veren de insandır. Değişim ve gelişmelerin takibi ve uygulamaya yansıtılması hemşirelik mesleğinin devamlılığı ve profesyonelliğinin olumsuz etkilenmemesi için önemli ölçütlerdendir.

Kazanç sağlayan her uğraşın meslek olarak algılanması mesleki profesyonelliği olumsuz etkileyen bir düşüncedir. Mesleği meslek yapan önemli şeylerin başında kendine özgü etik kuralları ve kodları olması gelir. Mesleki profesyonellik tanımı yapılırken literatürde sıklıkla örgün eğitim özelliğiyle karşılaşılmaktadır. Bunun devamında ise; karar verme ve uygulamada otonomi, etik kurallar ve yasalar, normlar, tolumun ihtiyacını karşılama gelir. Bir mesleğin toplumda yüksek statüye ulaşması ile birlikte meslek uygulayıcılarının saygınlığının artmasında ve iş doyumuna ulaşmalarında mesleki profesyonelliğin etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir (Erbil, & Bakır, 2009).

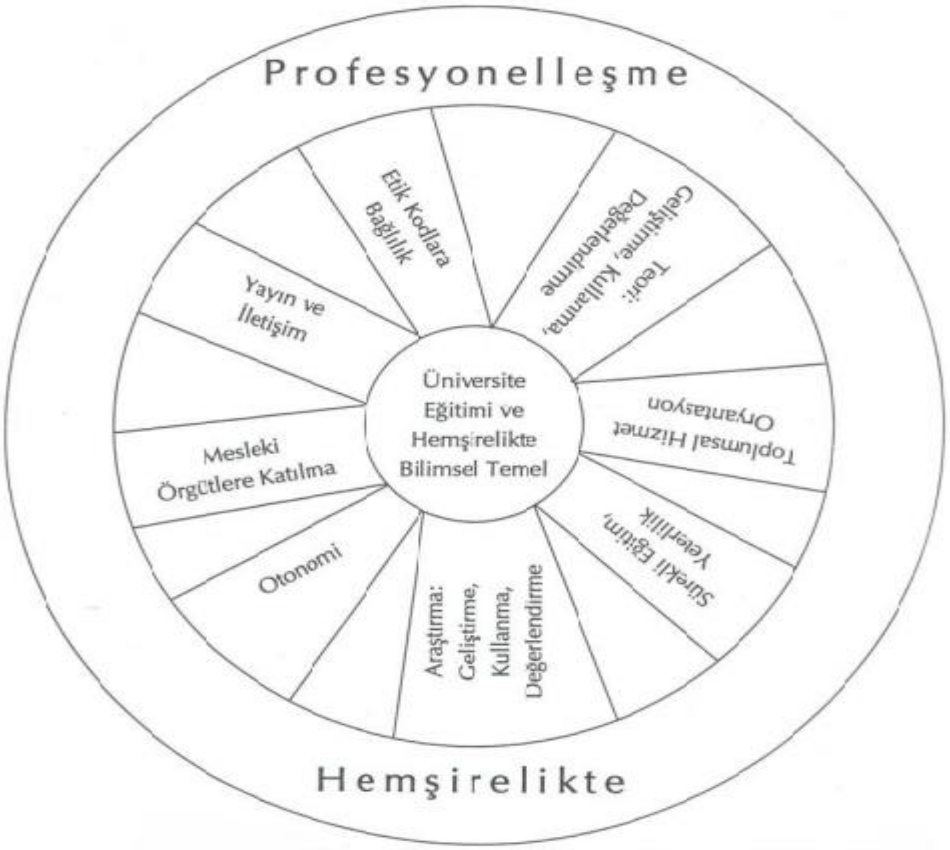
2.2.2.Hemşirelikte Profesyonellik

Hemşirelik geçmişten günümüze insanlığın varoluşundan itibaren gelen bir meslektir. Toplumların yaşadığı değişimler sonucunda hemşirelikte zaman içinde çeşitli değişiklikler yaşamıştır. Hemşirelik başlangıçta sadece fiziksel gereksinimlerin karşılanması olarak görülürken zamanla hasta ya da sağlıklı bireyi bütüncül olarak ele alan bir meslek grubu haline gelmiştir. Yaşanan değişimlerle beraber; hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe; bununla beraber hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (Göriş ve ark., 2014; Taylan ve ark., 2012). 2007 yılında yapılan kanun değişimi ile meslekte erkek hemşirelere yer verilmesi ile toplumun meslek üzerindeki cinsiyet algısı da yıkılmıştır.

Hemşirelikte profesyonelliğin kişisel, kişilerarası ve sosyal-tarihsel olmak üzere üç boyutu olduğu ifade edilmektedir. Kişisel boyut hemşirelikte profesyonelliğin bütüncül unsuru; kişilerarası boyut meslektaşlarıyla etkileşim ve sosyalizasyonu ile mesleki bilgi, değerler, normlar ve kültürün içselleştirilmesini; sosyal-tarihsel boyut ise cinsiyet nedeniyle daha az önem veriliyor olmasını ifade etmektedir (Öhlen, & Segesten, 1998).

Hemşirelik mesleğinde profesyonellik adına atılabilecek ilk adım; hemşirelerin kendilerini profesyonel olarak kabul edip bu doğrultuda karar vermeleridir. Hizmet sunumunda karşılaşılan etik ikilemlerin giderilmesi amacıyla etik ilke ve mesleki kaynaklara gereksinim duyulmaktadır. Hemşireler; bireye, aileye, toplumun fertlerine bakım sağlarken bunları etik çerçeveler, insan yaşamının onuruna ve değerlerine saygı duyarak, şahsi ve profesyonel bilgi birikimiyle gerçekleştirilir. Bir hemşire bu profesyonellik bilincini öncelikle eğitim ile temellendirir. Bu sebeple profesyonelliğin en önemli ve ilk aşaması örgün eğitimdir. Spouse'nin yatığı araştırmaya göre hemşirelerin profesyonel gelişimlerine katkı sağlayan bir diğer faktör ise bilgi ve tecrübesi yüksek meslektaşlarının örnek davranışları ve bilgi paylaşımları olduğu görülmüştür (Spouse, 2000).

Hemşirelikte profesyonellik, ilk olarak Miller, Adams ve Beck tarafından literatüre girmiştir (Miller ve ark., 1993). Miller, hemşirelerin profesyonellik adına bilmeleri gereken tutum ve davranışları tanımaları için ''Hemşirelikte Profesyonellik Modeli''ni (Resim 1) geliştirmiştir. Bu model, merkeze temel karakteristikleri, çevresine ise bahse konu karakteristikleri destekleyen davranışları almaktadır. Nightingale'ye göre profesyonel hemşire olmak, diğerlerine yardım etmeye gönüllü olmaktır (Tourville, & Ingalls, 2003). Başka bir meslek kuramcısı olan Hall 1982'de profesyonel tutumların özelliklerini tanımlamıştır. Bu özellikler; profesyonel derneklere katılma, toluma verilen sağlık uygulamalarına inanç geliştirme, bireyin kendisini düzenleme ve maddi kazanç dışında mesleğe bağlanma olarak sıralanmaktadır (Altınok, & Üstün, 2014).



Resim 1. Profesyonelleşme Tekeri (Can, 2017)

1975 yılında Singapur'da ICN (International Council of Nurses) tarafından hemşirelik; ''Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış aynı zamanda yetkisi onaylanmış profesyonel bir kişidir.'' şeklinde tanımlanarak hemşireliğin profesyonellik yanına vurgu yapmıştır.

Ontario Kayıtlı Hemşireler Birliği 2007'de ''Hemşirelikte profesyonellik Rehberi'' hazırlayarak; hemşirelerin profesyonel çalışma alanlarında ne yamaları ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda yönlendirmelerde bulunmuştur. Bu rehbere göre bir hemşirede; iyi seviyede teorik, pratik ve klinik bilgi birikimi olmalıdır. Hemşire; sorgulayan, sorumluluk alan, öncelik kullanan, savunucu, yenilikçi, vizyon sahibi, işbirliğine açık, hemşirelik etik değerlerini klinik pratiğe dönüştürebilen bir profesyonel olmalıdır.

Sağlık multidisipliner bir çalışma alanıdır. Hemşireler bu multidisipliner çalışmanın önemli bir parçasıdır. Eski zamanlardan itibaren

özünde insana yardım bulunan bu meslek dalı gün geçtikçe yaşanan değişimlerden etkilenerek günümüzdeki yerini almıştır, fakat bazı konularda hala eksiklikler ve olumsuzluklar gözlenmektedir. Günümüz hemşirelerinin en önemli eksikliklerinden biride profesyonelliklerini tam olarak aktaramamalarıdır. Bunun çeşitli nedenleri vardır; en önemli nedenlerinden biri de ülkemizde hemşirelik eğitiminin farklı eğitim seviyelerinde kalmalarıdır. Yapılan araştırmalara göre hemşireliğin meslekleşmesi ve profesyonelleşmesi için en az lisans eğitimi alınmış olması gerekmektedir. Sağlık alanında görülen gelişmeler, mesleki uygulamalarda deneyimli hemşireler yerine yüksek düzeyde eğitim almış profesyonel olarak hizmet veren hemşirelerin olması gerekli kılmıştır.

Kısaca profesyonel hemşire; uygulama alanlarında etik kurallara uyan, bağımsız kararlar alabilen, teknolojik ve bilimsel gelişmeleri takip ederek mesleki gelişimini sağlayan ve kaliteli sağlık bakımı veren kişidir (Erol, 2016). hemşirelerin bakım vermenin yanında araştırmalar yama, mesleki bilgiler geliştirme ve mesleki örgütlere katılım gibi profesyonel işlevleri de vardır (Göriş ve ark., 2014).

2.2.3.Hemşirelerin Profesyonel Değerleri

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre değer; bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin değdiği karşılık, kıymettir (''Değer nedir tdk''. 2020). İnsanlar ve toplumlar değerleriyle var olurlar ve gelecek kuşaklara değerleriyle ''evrensel emanetler'' bırakırlar. Değer kavramı üzerinde çok durulmasına karşın yeterince açıklığa kavuşmamıştır. Davranış bilimciler, sosyologlar, psikologlar, antropologlar, felsefeciler tarafından çeşitli şekillerde yaklaşımlarda bulunulmuş ve yorumlanmıştır.

Asıl olarak değer, bilirli bir düşünce ya da davranışın kıymeti hakkındaki inançtır. Kişi için bir doğru-yanlış rehberidir. Genel olarak değerler, anlamlı veya önemli oldukları düşünülen ahlaki inançlar, idealler, ilkeler, kurallar, standartlar veya niteliklerdir (Altun, 2012).

Değer kavramı bilim adamları tarafından farklı şekillerde tanımlandığı gibi farklı şekillerde sınıflandırılması da yapılmıştır. Literatür incelendiğinde; en kabul gören ve bilinen değer sınıflandırılmalarının Spranger, Nelson, Schwartz ve Rokeach'a tarafından yapılan sınıflamalar olduğu dikkati çekmektedir. Değerler ile ilgili ilk test çalışmasını yapan Eduard Spranger'dir ve davranışların altı grup değer altında oluştuğunu savunmuştur. Spranger'e göre bu altı değer; estetik, bilimsel, ekonomik, siyasal, sosyal ve dini değerlerdir. Spranger'i destekler nitelikte Lindzey, Allport ve Vernon da yaptıkları çalışmalarda altı tip değerler grubundan bahsetmiştir. Nelson da değerleri; bireysel, grup ve sosyal değerler olarak sınıflandırmıştır. Schwartz ise, bireysel ve kültürel iki ana başlık altında olmak üzere değerleri 10 alt başlığa ayırmıştır. Değerler ile ilgili birçok araştırması olan Rokeach değerleri; yaşam için temel olan davranışları amaçsal (Terminal Values) ve bu temele ulaşmak için belirlenen davranışlara araçsal (Instrumental Values) değerler olmak üzere iki başlık altında toplamıştır (Yazıcı, 2006).

Bakıldığı zaman değerler kişiye kimlik kazandıran inançlardır. Kişinin ideallerine ulaşmasındaki yol göstericilerdir. Kişiye sosyal kimlik ve toplumsal aidiyet ve bağlılık duygusu kazandırır. Bu bağlamda, bireyin yaşamını anlamlaştırarak biçimlendiren ve yönlendiren birbiri ile örüntülü olan değerler; bireysel/kişisel, sosyal/toplumsal/kültürel ve mesleki/profesyonel değerler olmak üzere üç ana başlık altında toplanabilir (Maraşlı, 2015).

Mesleki değerler, genel bir yaklaşımla bir meslek grubu tarafından değer verilen nitelikler olarak tanımlanmaktadır (Kaya ve ark., 2012). Bir anlamda kişisel profesyonelliğin örgütsel profesyonelliğe aktarılmasıdır. Mesleki değerler, meslek üyelerinin mesleklerine yönelik oluşturduğu ve koruduğu kurallardır (Can, 2013). Fakat zamanla bu değerlerde de değişiklikler ve meslek üyeleri arasında çatışmalar yaşanmaktadır. Multidisipliner bir çalışma alanına sahip olan hemşirelik profesyonel bir meslek grubudur ve kendine ait değerleri, etik kuralları mevcuttur. Hemşireliğin mesleki profesyonel değerleri daha çok 19. ve 20. yüzyıllarda şekillenmiştir. Bir mesleğin profesyonel olabilmesi hem sahip olduğu

değerlere hem de bu değerleri koruyarak kendini zamanın değişikliklerine göre şekillendirebilmesine bağlıdır.

Profesyonel değerler hemşirelik uygulamaları için temel sağlar ve hemşirelerin hastalarla, meslektaşlarıyla, toplumla etkileşimine rehberlik eder (Craven, & Hirnle, 2003). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslar arası Hemşirelik Konseyi (ICN) en önemli durumun sağlıklı/hasta bireyin esenliği olduğunu vurgulayarak, temel değerin yararlılık olduğunu kabul etmişlerdir. Bu etik çalışmalar sonucunda hemşirelik mesleği adına; alturizm (özgecilik), estetik, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet ve doğruluk (gerçeklik) olarak adlandırılan yedi temel değer belirlenmiştir (Ay, 2008; Kaya ve ark., 2012; Ulusoy, & Görgülü, 1996; Tosun, 2011). Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği ise artık beş profesyonel değerden söz etmektedir; alturizm, otonomi, bütünlük, insan onuru ve sosyal adalet (Craven, & Hirnle, 2003; Taylor ve ark., 2001).

2.2.3.1.Alturizm

Alturizm kelimesi Latince ‘‘alter’’ kökünden türemiştir ve ‘‘öteki’’ anlamına gelmektedir. İlk defa Auguste Comte tarafından 1830’lu yıllarda başkalarına ilgi, özen göstermek anlamında kullanılan genel bir terimdir (Green, 2004). Başkalarının çıkarlarını harekete geçirici bir ilke olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle egoizmin tam tersi olarak formüle edilmiştir (Glannon ve ark., 2002). Alturizm ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Sonuçta hepsinin birleştiği nokta; kendini düşünmeksizin başkaları için karşılık beklemeden hareket etmeye yol açan ahlaki değerlerdir. Bunu hemşirelik mesleği açısından yorumlamamız gerekirse; hasta bakımı esnasında tüm dikkatini hastaya odaklayarak bakım verme, diğer ekip üyeleri ile yardımlaşma içinde olma, toplumu ilgilendiren olaylar karşısında duyarlı olma ve fikir üretme, din-dil-ırk ayrımı yamaksızın herkese aynı empati ile yaklaşabilme ve gerekli durumlarda hasta savunuculuğunu yapma, özellikle çabuk incinebilir hastalara karşı korumacı olma şeklinde sayılabilir.

2.2.3.2.Otonomi

Otonomi; Yunanca *autonomos* veya *auto* (kendi-kendine) ve *nomos* (kanun, hukuk) kelimelerinden türemiş olu kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir (Ballou, 1998). Yani bireyin bağımsız hareket edebilmesini, özgür düşüncelerini becerilerine aktarabilmesini sağlar. Otonomi kişi için gücü ifade eder. Fakat yapılan bu otonomi tanımı profesyonel otonomi tanımı için eksik kalmaktadır. Profesyonel otonomi; sadece işle ilgili değil, aynı zamanda iş standartlarının düzenlenmesi ve standartların içeriği üzerindeki denetimi de anlatmaktadır (Seren, 1998). Otonomi konusunu hemşirelikle beraber ele alacak olursak; hemşirelere standartları kontrol altına aldırırken, iş aktivitesi kontrolü ile iş doyumu sağlamaktadır.

Otonomi kavramı hemşirelik değerleri arasında özgürlük olarakta tanımlanmaktadır. Hemşirelerin profesyonel değerleri ile ilgili yapılan araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle her kaynakta farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Araştırma kapsamında otonomi konusu ilerleyen bölümlerde detaylandırılarak anlatılacaktır.

2.2.3.3.İnsan Onuru

İnsan onuru, insanın kendi kararlarını alabilen özgür bir birey olmasını kavrayarak, insanın eşsizliğinin farkına varmak ve saygı duymaktır. Hemşirelik bakımını sağlarken de insan onurunun profesyonel davranışa yansıması; bireyin mahremiyetinin korunması, bireye onun hoşlanacağı biçimde davranılması, hastaların ve arkadaşlarının mahremiyetinin korunması, birlikte çalıştığı kişilere geçmişlerine bakmaksızın aynı şekilde davranılması olarak örneklendirilebilir (Orak, 2005).

2.2.3.4.Sosyal Adalet

Sosyal adalet; ahlaki ve yasal ilkelere bağlı olunması gerektiği inancını savunan değerdir (Ay, 2008; Orak, 2005; Tosun, 2011). Cesaret,

dürüstlük, ahlaklılık, tarafsızlık gibi tutum ve kişisel nitelikleri barındırır. Hemşireliğe yansıyan profesyonel davranışlar; sağlık bakımı ile ilgili konularda savunma üstlenmek, kaynakları adil bir şekilde dağıtmak, yanlış, etiğe aykırı ve yasal olmayan işleri, tarafsız ve olgulara dayanarak rapor etmek olarak örneklendirilebilir (Orak, 2005).

2.2.3.5.Doğruluk (Gerçeklilik)

Doğruluk; etik ilkelere uygun, kabul görmüş ve benimsenmiş bakım uygulamalarını kullanmaktır. Özünde; namus, akılcılık, yansıtma, güvenilirlik, sorumluluk ve araştırma gibi özellikleri barındırır. Hemşirelikteki profesyonel davranışlara yansıması; bakım ve tedavi ile ilgili kayıtları tam ve doğru olarak tutmak, örgütsel politikaların uygulanıp uygulanmadığını rapor etmeden önce yeterli veri toplamak ve kararları bu verilere temellendirmek, profesyonel faaliyetlere katılarak halkı sağlık hakkındaki yanlış bilgilendirmelerden korumak olarak sıralanabilir (Orak, 2005).

2.2.3.6.Eşitlik

Eşitlik ilkesine göre; her bireyin aynı hakka sahi olduğu benimsenir. Eşitlik ilkesi doğrultusunda hareket eden hemşire; her hastaya aynı düşünce ile yaklaşarak gereksinimlerini yerine getirir, diğer sağlık çalışanları ile ayrımcı olmayan bir ilişki kurar ve sağlık bakımı konusunda fikir üreterek bu ilkeyi profesyonel davranışa döker (Orak, 2005).

2.2.3.7.Estetik

Estetik, bireyin kendisi ve diğer bireyler için doyum sağlayan bir değerdir. Aynı zamanda bütünlük ve bütüncül bakım sanatının önemli bir parçasıdır (Göriş ve ark., 2014; Kaya ve ark., 2012). Bu değeri benimseyen bir hemşire; çevreyi hasta için beğenilecek bir duruma getirmeyi amaçlar,

yaratıcılığını kullanarak kendisi ve başkaları için hoş bir ortam sağlayarak güzel bir çalışma ortamı yaratmaya çalışır, kişiliği ile çevreye olumlu bir imaj yaratır (Orak, 2005).

2.3.Otonomi

Otonomi Yunanca autonomos veya auto (kendi-kendine) ve nomos (kanun, hukuk) kelimelerinden türemiş olup kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir (Ballou, 1998). Otonomi kişinin kendisini yönetmesi, özgürlük hakları, mahremiyeti, bireysel seçimi ve bireyin kendi iradesini izleme özgürlüğü, kendi adına karar verme, bağımsızlık, paylaşılan güç ve iş ortamı üzerinde kontrol ve bu kontrolün tanımlanmasına izin veren durum anlamına gelir. Otonomi aynı zamanda özerkli anlamına da gelmektedir. Özerk sözcüğü ‘‘öz’’ ve ‘‘erk’’ sözcüklerinin birleşmesi ile oluşur. ‘‘ Öz’’ kişinin kendisi, ‘‘erk’’ güç anlamına gelmektedir (Ballou, 1998; Erikmen, 2015; Saraçoğlu, 2010;).

Psikolojik, siyasal ve etik boyutları olan özerklik kavramının antik çağda kullanımı daha çok devletlerin siyasi bağımsızlığı anlamında olmuştur. Psikolojik anlamda özerklik ise kendi kendini kontrol edebilmeyi, rasyonel karar verme beceri ve yeterliliğine sahip olmayı, bu doğrultuda olumsuz durumlardan uzak durabilmeyi ifade eder (Göçmen, & Şahinoğlu, 2013). Bu nedenle literatür tarandığında otonomi için bir çok tanımlama ile karşılaşılmaktadır.

Otonomi kavramı; bireysel otonomi ve profesyonel otonomi olmak üzere ikiye ayrılır. Profesyonel otonomi ağırlıklı olarak mesleki profesyonelliği içerse de otonominin özü bireydir ve bu doğrultuda ilerler. Bu çalışmada da otonomi; bireysel, mesleki ve hemşirelik boyutlarında ele alınacaktır.

2.3.1.Bireysel Otonomi

Otonomi kavramı her ne kadar mesleklere ithaf edilse de, daha çok bireysel boyutta ele alınmaktadır. Bireysel otonomi profesyonel statünün sağlanmasında temel olduğu için hemşirelik mesleği açısından son derece önemlidir (Karagözoğlu, 2008; Seren, 1998). Larson'un 1977 yılında yaptığı araştırma sonucunda bireysel otonominin kişilerin meslekteki profesyonel statüleriyle yakından ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Bunun sonucunda Larson, hemşirelerin bireysel otonomilerinin meslekteki profesyonel statülerini belirlediğini ifade etmektedir. Meslek üyelerinin sahip olduğu bireysel otonomi, o mesleğin profesyonel statü kazanmasında önemlidir (Kangallı, 2005).

Bireysel otonomi, kişinin değerleriyle tutarlılık gösteren gereksinimlerini karşılaması ve hedeflere ulaşmak için özgür karar alma ve gerçekleştirme kapasitesine sahip olması anlamına gelmektedir (Seren, 1998). Bireysel otonomi sosyalleşme sürecinde şekillenmekte ve içinde bulunduğumuz duruma, çevremizdeki güç yapılarına göre yapılanmaktadır. Bireysel otonomi onu destekleyen yapılar olduğunda en iyi şekilde oluşmaktadır, etkili bir bireysel otonomi için kişinin kendini yönetme fırsatı bulması gerekmektedir. Aksi takdirde; yoksun ortamda bağımlılık ortaya çıkar ve gerileme başlar, süreklileşen bağımlılık kendi hareketlerini kontrol etme konusunda kişide şüphe uyandırır. Otonomi kişinin kendisiyle alakalıdır ve önce kişinin isteğine göre kendisinde başlamalıdır.

Bireysel sorumluluk alma, hemşirelik hizmetlerinin temel özelliklerinden birisidir. Amerikan Hemşireler Birliği bireysel sorumluluk almayı ‘‘bireyin yaptıklarına dair sorgulanabilmesi’’olarak tanımlamaktadır. Bireysel sorumluluk meslek üyelerine, kendine, bakım verdiği bireylere, çalıştığı kuruma karşı bir açıklama yapabilmeyi içermektedir (Korkmaz, 2011). Bu açıklamaya bakıldığında sorumluluk; bir görevi belli kurallar çerçevesinde yapmaktan öte; görevi yerine getirirken istekli olmayı ve belli bir bilgi birikimiyle kendi kararlarını uygulayabilmeyi kapsamaktadır. Akademik yazınlarda da bireysel otonominin mesleki otonomiyi etkilediği,

bireysel otonomi düzeyi yüksek kişilerin çalışma ortamındaki olayları daha dikkatli ve objektif değerlendirip kararlar alabildiği belirtilmektedir (Demir, 2002).

2.3.2.Mesleki Otonomi

Mesleki otonomi, bireysel otonominin yansımasıdır. Meslek sahibi bireylerin çalışma ortamında kendi fonksiyonları üzerinde hâkim olabilmeyi de ifade eder. Mesleki ve bireysel otonomi karşılaştırıldığında; bireysel otonomi kişinin kendi değerleri doğrultusunda kendisi ile ilgili kararlar verebilmeyi, mesleki otonomi ise kişinin mesleki değerleri doğrultusunda mesleki uygulamalarına ilişkin kararlar verebilmesini ifade etmektedir.

Meiksins ve Watson, otonomiyi; ‘‘bir hareketi ya da olaylar dizisini başlatabilme ve sonuçlandırabilme, yapılacak işin kapsamı, yöntemini ve hızını kontrol edebilme kabiliyeti’’ olarak tanımlanmaktadır. Daha aççık bir ifadeyle Meiksins ve Watson otonomide bireyin bir iş ya da olayı başlatabilme kabiliyetinin yanı sıra onun içeriğine, uygulanacak yöntemin tercihine ve işleyiş sürecine müdahale etme yetkisinin bulunması gerektiğini belirtmektedirler. Tüm bu açıklamalar ise bize, bir mesleki otonomi tanımlamasında; bilgi, bağımsızlık, kıyaslama gücü, karar alma becerisi/kapasitesi, kararlılık unsurlarının bulunması gerektiğini ifade etmektedir (Erikmen, 2015).

Baykara 2010 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin mesleki otonomilerini olumlu etkileyen üç etmenden bahsetmiştir. Bunlar;

- Mesleki etmenler; yasal düzenlemelerle sorumlulukların artması, meslek bilincinin artması, mesleki örgütlenmenin artması, yönetici hemşirelerin klinik hemşirelere destek olması, hasta ve yakınlarının olumlu geri bildirimlerinin olması, mesleğe giriş yaşının yükselmesi ve hemşirelik bakımının bağımsız olarak uygulanabilmesi,
- Eğitimsel etmenler; mesleki bilgi dağarcığının artması, lisans mezunu hemşire sayısının artması, meslek içi eğitimlerin artması, kongreler,

kurslar, sempozyumlara katılımının artması, lisans eğitimindeki eğitimcilerin olumlu yaklaşımları ve meslekte uzmanlaşmanın artması,

- Kişisel etmenler; mesleki deneyimlerinin artması, hemşirenin öz güveninin artması, hemşirenin mesleki uygulamaların sorumluluğunu üstlenmesi ve savunabilmesi ve ekiple etkin iletişim kurulmasıdır (Baykara, 2010).

Baykara yaptığı araştırmada aynı zamanda hemşirelerin mesleki otonomilerini olumsuz etkileyen üç etmenden de bahsetmiştir. Bunlar;

- Mesleki etmenler; hemşirelik uygulamalarının hekime bağlı olması, kanuni hak ve yetkilerde sınırlılıkların olması, kurumun olumsuz çalışma koşullarının olması, mesleğin geçmişten gelen meslekleşmeyi önleyici alışkanlıları ve inançlarıdır. Takip eden diğer etmenler; hemşirelerin sürekli ve yoğun denetim/baskı altında çalışması, mesleki standartların gelişmemesi, görev tanımlarının belirgin/yeterli düzeyde olmaması, farklı meslek gruplarıyla iç içe çalışılmasıdır, hemşireliğin bir kadın mesleği olması, mesleki örgütlenmenin yetersiz olması, hemşireliğin toplum tarafından bir meslek olarak algılanmamasıdır. Mesleğe erişkin bir yaşta başlanmaması, mesleki yükün arttırılmamasına yönelik meslektaşlardan tehditler alınması, hemşire sayısının hasta sayısına oranla az ve iş yükünün fazla olması, hemşirelerin bir üst kıdemlisinin önerileri doğrultusunda çalışma zorunluluğunun olması, hemşirelik yönetiminin bağımsız olarak çalışamaması devam eden diğer etmenlerdir,
- Eğitimsel etmenler; bilgi/eğitim eksikliğinin olması, mesleki uzmanlaşmada yetersiz kalınması ve mesleki araştırmaların yetersiz kalması,
- Kişisel etmenler; mesleki bilincin yeterli düzeyde olmaması, mesleki karar verme ve sorumluluk üstlenmede isteksizlik ve yetersizliğin olması, meslek üyelerinin otonom davranışı benimsememesi, hemşirenin mesleğini severek ve isteyerek yapmaması ve hemşirenin mesleki değerleriyle toplumsal değerlerinin çatışmasıdır (Çelik, 2010).

Hemşirelikte mesleki otonominin temeli bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlayarak mesleğe aktarmaktır. Böylelikle hemşirelik uygulamalı deneyime dayalı uygulamalardan, kanıta dayalı uygulamalara aktarılacaktır

ve hemşire; kendi bilgisini üreten, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda sorumluluk sahibi olacaktır (Baykara, 2010).

2.3.3.Hemşirelikte Otonomi

Hemşirelikte otonomi, bakım için hemşirelik kararlarını verme yeteneği ve bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak tanımlanmaktadır (Grindal, & Peterson, 1996). Hemşirelik özellikle 1980'li yıllardan sonra meslekleşme sürecinde önemli ilerlemeler sağlayan bir disiplindir. Fakat hemşirelikte otonomi kavramı çok önemli bir yer edinmesine rağmen günümüzde tam olarak hemşireler otonomilerini kazanabilmiş değil ve bu terim hala teorik olarak anılan bir kavram olarak görülmektedir.

Tarihsel süreç içinde hemşirelerin günümüzde diğer mesleklerden daha az otonom olduğu görülmektedir ve mesleki otonomi hemşirelerin iş doyumunu etkileyen önemli etkenlerden biridir. Yapılan çalışmalarda bu durumun nedenleri olarak; meslekte daha çok bayanların olması, doktora bağımlı fonksiyonlarının ön planda olması, sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmesi, eğitim sisteminin standart olmaması, meslek üyelerinin itaatkâr kişilik yapısına sahip olması gösterilmiştir (Adıgüzel ve ark., 2012).

Türkiye'de 2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yayımlanarak yürürlüğe giren ‘‘Sağlıkla Dönüşüm Programı’’ adıyla yürütülen politikalar, genelde sağlık çalışanlarının, özelde de hemşirelerin özerkliğini oldukça olumsuz yönde etkilemiş ve halen de etkilemeye devam etmektedir. Bu programda hekim dışında görev yapan çalışanlara ‘‘diğer sağlık profesyoneli’’, ‘‘yardımcı sağlık personeli’’, ‘‘aile sağlığı elemanı’’ tanımlamaların yapılması, sağlık profesyonellerinin görev, yetki ve sorumluluklarının net olarak ortaya konulmaması, aile hekimliği modelinde tüm yetki ve kararların hekime devrilmesi profesyonel hemşirelik anlayışıyla paralellik göstermemekte, hemşireliğin otonom bir sağlık disiplini olduğu gerçeğiyle ters düşmektedir (Harmancı, & Yıldırım, 2013).

Hemşirelikte otonomi, hemşirelerin çalışma ortamlarında kendi kendilerinin kontrolü buna bağlı olarak mesleki profesyonelliğin ve mesleki otonominin ölçütü olarak belirlenmektedir. Kendi otonomunu kullanabilme aynı zamanda hemşireliğin alanını da tanıyabilme anlamına gelmektedir, çünkü otonomi sınırsız yetki demek değildir. Hemşirelerin talep ettikleri otonomi, hemşirelik yetkisinin kendi otoriteleri ile devam ettirilmesi anlamına gelir (Weins, 1990). Bilgi, mesleki sınırlar ve sorumluluklar içinde kalmak koşuluyla mesleğin tek başına icra edilmesi, sorumluluğun üstlenilmesi, problemin çözülmesi için her türlü önlemin alınması demektir (Kangallı, 2005).

Hemşirelikte mesleki otonominin sağlanabilmesi için eğitim standardizasyonunun sağlanması gerekmektedir. Eğitimdeki standardizasyon davranışa yansıyarak mesleki otonomiye dönüşür. Mesleki otonomiye dönüşen davranışlar, hemşireliğin çalışma alanı olan ve geçmişten günümüze gelen en büyük rolü olan hemşirelik bakımına yansıyarak hemşirelik bakımının kalitesini artırır. Hemşirelikte otonominin artması ile bakım uygulama kalitesi de artar ve iş doyumu sağlanır. Hemşirelik bakımı, hemşireliğin özünü oluşturması ve insanın doğası gereği vazgeçilmeyen bir gereksinimi olması bakımından mesleki otonomi için kilit bir roldür (Baykara, & Şahinoğlu, 2013).

Finn'in, Avustralya'da kamu hastanesinde çalışan hemşirelerde iş doyumu ve otonominin incelenmesi amacıyla 178 hemşire ile yaptığı çalışmada, otonominin hemşirelerin iş doyumu için en önemli iş unsuru olduğu belirtilmiştir (Finn, 2001). Mrayyan'ın Amerika, Kanada ve İngiltere'de çalışan 317 hemşire ile yaptığı çalışma, otonominin artırılmasında en önemli üç faktörün; yönetici hemşirelerin desteği, eğitim ve deneyimin aktarılması süreci olduğu ve yönetici hemşirelerin bu konuda kilit rol oynadıkları belirlenmiştir (Mrayyan, 2004).

Yapılan literatür incelemesi sonucunda hemşirelik mesleğinin profesyonel bir yanı olduğu ve otonomi ile bunun daha da güçlendirilebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Fakat hemşirelerin bunu yeterince gerçekleştiremedikleri de görülmüştür. Bunun nedenini incelemek adına

yapılan araştırmalar sayıca yetersizdir ve hemşireliğin güçsüz olan bu yanlarının kuvvetlendirilebilmesi amacıyla çalışmalar yapılması gerektiği öngörülmüştür. Bu araştırmanın çıkış noktası hemşireliğin bu güçsüz yanlarına ışık tutabilmek ve nedenlerini daha iyi tanımlayabilmekle beraber, bu iki tanım arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Öyledir ki araştırmanın varmak istediği sonuca göre hemşireler profesyonellikleri doğrultusunda otonomilerini gösterebilirken, otonomilerini kullanabildikleri derece de profesyonellerdir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu araştırma hemşirelerin profesyonel değerlerinin mesleki otonomilerine etlisi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma soruları:

1. Hemşirelerin profesyonel otorite değeri ne düzeydedir?
2. Hemşireler hangi düzeyde mesleki otonomiye sahiptirler?
3. Hemşirelerin profesyonel otorite değeri ile mesleki otonomi düzeyi arasındaki ilişki nasıldır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; kalp ve damar cerrahisi ameliyathanesi, ek bina ameliyathane ve ana bina ameliyathanesinde Şubat 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini ameliyathanede aktif steril hemşire olarak görev yapan 75 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya herhangi bir nedenden dolayı dâhil edilmeyen hemşire yoktur. Araştırma için örneklem grubu oluşturulmamıştır.

Çalışmaya dahil etme kriteri ise ameliyathanede aktif olarak steril hemşirelik yapma durumudur.

3.4. Verilerin Toplanması ve Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde 14 adet soru vardır. Bunlardan 8 tanesi demografik özellikleri sorgulamaktadır. Diğer 6 ifade hemşirelerin profesyonel uygulamalarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek 2).

Anketin ikinci bölümünde; Darlene Weis ve Mary Jane Schank tarafından geliştirilen 44 maddeden oluşan ve Türkçe dil geçerliliği Nuray Şahin Orak ve Şule Ecevit Alpar tarafından yapılan Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ANA'nın etik kurallarını yansıtan, hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmıştır (Ek 3).

Anketin üçüncü bölümünde; Karen Kelly Schutzenhofer tarafından ilk olarak 1980'de geliştirilen ve 1992'de yenilenen Hemşirelik Aktivite Ölçeği'nin Türkçe dil geçerliliği Esra Saraçoğlu tarafından yapılan haliyle kullanılmıştır. Ölçeğin amacı; hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerinin belirlenmesidir (Ek 4).

Veriler, yüz yüze görüşülerek, çalışmayla ilgili bilgi verilerek ve etik kurul onayı alınmış bilgilendirilmiş olur formu okunarak/okutularak gönüllülük esasına göre toplanmıştır (Ek 1).

Yapılan literatür taramasında Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ölçeği bugüne kadar pek çok ülkede ve ülkemizde hemşireler tarafından kullanıldığı ve hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmakta geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçek Darlene Weis ve Mary Jane Schank tarafından geliştirilmiş, 44 maddeden oluşan beşli likert tipi puanlama sistemiyle; ‘‘son derece önemli: 5’’ , ‘‘çok önemli: 4’’ , ‘‘önemli: 3’’ , ‘‘biraz önemli: 2’’ ve ‘‘önemli değil:1’’ ifadeleriyle cevaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı belirtilen puanlama doğrultusunda hemşirelerin verdikleri cevaba göre puanlanan maddelerin toplamından oluşur ve toplam puan 44-220 arasında değişebilir. Puanın yüksek olması hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdiklerini gösterir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Nuray Şahin Orak ve Şule Ecevit Alpar tarafından

yapılmıştır. Araştırmamda ölçeğin kullanılması amacıyla Nuray Şahin Orak ile görüşmeler yapılarak gerekli izinler alınmıştır (Ek 5).

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin 44 maddeli bütün halinin hemşirelerin etik kurallara bakış açısını, 31 maddeye indirgenmiş halinin ise hemşirelerin değerlerini incelemede kullanılabilecek, ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin 31 maddeye indirgenmiş halinin alt ölçeklerinin değerlendirmesi aşağıda verilmiştir (Tablo 2). Bu araştırmada da ölçeğin 31 maddelik hali kullanılmıştır.

Tablo 2: HPDÖ 31 Maddelik Halinin Alt Ölçekleri (Orak, 2005)

Faktör	Maddeler	Alınabilecek Puan Aralığı
İnsan Onuru	13, 14, 15, 24, 25, 26, 27,28, 29, 30, 31	11-55
Sorumluluk	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	7-35
Harekete Geçme	4, 16, 17, 18, 23	5-25
Güvenlik	1, 2, 3, 5	4-20
Otonomi	19, 20, 21, 22	4-20

Yine yapılan literatür araştırmaları doğrultusunda Hemşirelik Aktivite Ölçeği de bir çok ülkede ve ülkemizde hemşirelerin mesleki otonomilerinin belirlenmesi amacıyla kullanıldığı görülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerliliği Esra Saraçoğlu tarafından 2010 yılında yapılmış ve araştırmamda kullanılmak üzere gerekli izinler alınmıştır (Ek 6). Ölçeğin orijinali 35 maddeden oluşmakla beraber, yapılan uygulamalar sonucunda ölçekte ters ifadeler bulunduğu için son 5 maddenin puanlamaya dâhil edilmemesi önerilmiştir fakat bu araştırma popülâsyonunda ters ilişki görülmediği için puanlamaya dâhil edilmiştir. Maddeler dörtlü likert tipi puanlama ''çok nadir bu şekilde davranırım'' , ''genel olarak bu şekilde davranırım'' , ''çoğunlukla bu şekilde davranırım'' ve ''çoğunlukla bu şekilde davranırım'' ifadeleriyle cevaplanmaktadır. Hemşire aktivite ölçeği puanlaması; ifadelere verilen ağırlıklarla hesaplanmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Puanlaması (Saraçoğlu, 2010)

60-120	Düşük seviyede otonom
121-180	Orta seviyede otonom
181-240	Yüksek seviyede otonom

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından verilmiştir (Ek 7). Araştırma kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (Ek 8) ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından yazılı izinler alınmıştır (Ek 9). Araştırmaya katılan hemşirelere; çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ ile açıklanmıştır. İsteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

3.6. Araştırmaya Sağlanan Destekler

Araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma mevcut evren kapsamında elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup bu süreçte yaşanan en büyük sınırlılığı pandemi oluşturmuştur. Pandemi nedeniyle acil dışı vakaların alınması engellenmiş böylelikle ameliyathanede çalışan hemşireler pandemi servislerine ve devamında aşı birimine çekilerek ameliyathane dışı birimlere destek olması için rotasyona tabii tutulmuştur. Bu nedenle evrene ulaşma konusunda gecikmeler yaşanmıştır. Ayrıca pozitif veya temaslı olan ameliyathane hemşirelerinin tedavi süreçleri de verilerin toplanması açısından sürenin uzamasına neden olmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSSv22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılımın saptandığı durumlarda betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım sağlanmadığı durumlarda ise median (minimum-maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerde ise n(%) olarak ifade edilmiştir. HAÖ, HPDÖ ve HDPÖ alt ölçeklerinin güvenirlik analizleri Cronbach alfa (α) katsayısı ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler ise Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak α=0,05 alınmıştır.

4. BULGULAR

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

4.1.Hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.Hemşirelerin profesyonel uygulamalarıyla ilgili görüşlerine yönelik bulgular

4.3.Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği, Hemşirelik Aktivite Ölçeği ve HPDÖ alt ölçeklerinin güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, ameliyathanede çalışma süresi ve mesleği kendi istekleriyle seçme durumlarına ilişkin bulgulara Tablo 4'de yer verildi.

Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=75)

Demografik Özellikler	**n**	**%**
Cinsiyet		
-Kadın	70	%93,3
-Erkek	5	%6,7
Medeni Durum		
-Evli	49	%65,3
-Bekâr	26	%34,7
Eğitim durumu		
- Lise	5	%6,7
-Önlisans	13	%17,3
-Lisans	52	%69,3
-Lisansüstü	5	%6,7
Mesleği Seçme Şekli		
- İsteyerek	49	%65,3
-İstemeyerek	26	%34,7
Yaş	n=75 Median (Min-Max) 39 (22-48)	
Çalışma Süresi (yıl)	n=75 Median (Min-Max) 15 (1-26)	
Ameliyathanede Çalışma Süresi	n=75 Median (Min-Max) 10 (1-23)	

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan 75 hemşirenin demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalaması 39 olarak bulundu, min değeri 22 max değeri 48 olarak saptandı. Katılımcıların %93,3'ünün (n=70) kadın, %6,7'sinin (n=5) erkek olduğu gözlendi. Katılımcılar %65,3 (n=49) oranında evli ve %69,3'ü (n=52) lisans mezunudur. Böylelikle araştırmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görüldü. Araştırmacılarımızın %65,3'ü (n=49) hemşirelik mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini belirtirken, %34,7'si (n=26) hemşirelik mesleğini istemeden seçtiğini belirtti. Araştırmaya katılan katılımcıların meslekte geçirdikleri süre 1-26 yıl arasında değişirken median değeri 15 yıl olarak saptandı. Hemşirelerimizin ameliyathanede çalışma süresi 1-23 yıl arasında değişirken median değeri 10 yıl olarak belirlendi.

4.2. Hemşirelerin Profesyonel Uygulamalarıyla İlgili Görüşlerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin profesyonel uygulamalarıyla ilgili görüşlerine yönelik bulgulara yer verildi.

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme durumlarıyla ilgili bulguların dağılımları Tablo 5'te verildi.

Tablo 5. Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebilme durumu (n=75)

İfade	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	26	%34,7
Hayır	15	%20
Kısmen	34	%45,3
Toplam	75	100

Tablo 5'e göre 75 hemşiremizin %34,7'si (n=26) sağlık bakım sistemi içindeki rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebildiğini söyledi. %20'lik (n=15) bir kesim hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getiremediğini söylerken, %45,3'lük (n=34) bir kesim de hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini kısmen yerine getirebildiğini söylediler. Bu doğrultuda hayır ve

kısmen cevaplarını veren hemşirelerimizden sağlık bakım sistemi içindeki rollerini gerçekleştirememe nedenlerini maddeler halinde belirtmeleri istendi ve sonuçları Tablo 6'da verildi.

Tablo 6. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenleri (n=75)

İfadeler	Frekans (n)	Yüzde (%)
1.Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı işlerinde yüklenmesi	29	%38,7
2.Yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, çalışan sayısının yetersizliği	20	%26,7
3.Hekime bağlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması	18	%24
4.Eğitim farklılıkları, eğitim eksiklikleri	7	%9,3
5.Yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi	10	%13,3
6.Motivasyon eksikliği, gerekli maddi doyumun sağlanamaması	12	%16
7.Mobbing, sağlıkta şiddetin artması	12	%16
8.Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı	8	%10,7
9.Toplumun ve beraber çalışılan disiplinlerin mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı	5	%6,7
10.Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği	22	%29,3
11.Yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilmeme	6	%8
12.Kişisel farklılıkların çokluğu, ekibin yeniliklere açık olmaması, mesleki üyeler arası iletişimsizlik	7	%9,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 6'da sağlık bakımı sistemi içinde rollerini gerçekleştirememe nedeni olarak araştırmaya katılan hemşirelerin %38,7'si (n=29) ''Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı işlerinde yüklenmesi''ni en önemli neden olarak belirttiler. Hemşirelerin; %29,3'ü (n=22) ''Yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, çalışan sayısının yetersizliği''; %24'ü (n=18) ''Hekime bağlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması''; %16'sı (n=12) ''Motivasyon eksikliği, gerekli maddi doyumun sağlanamaması'' ve ''Mobbing, sağlıkta şiddetin artması'' diğer nedenler olarak söylediler.

Bu ifadelerin HAÖ, HPDÖ ve HPDÖ alt ölçekleri ile güvenirlik analizleri yapıldı. Analizler yapılırken katılımcıların bu ifadeyi kullanıp kullanmamalarına göre değerlendirme yapıldı. Normal dağılımın saptandığı durumlarda betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım sağlanmadığı durumlarda ise median (min-max) değerleriyle ifade edildi (Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9).

Tablo 7. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenlerinin HAÖ İle Analizi

İfadeler	Söylememiş Katılımcılar		Söylemiş Katılımcılar		p
1.İfade	90(69-128)	n=46	92(68-117)	n=29	0,489
2.İfade	91(69-28)	n=55	91,5(68-111)	n=20	0,732
3.İfade	90(68-128)	n=57	95(83-128)	n=18	0,065
4.İfade	90,5(68-128)	n=68	96(91-112)	n=7	**0,024**
5.İfade	91(68-128)	n=65	87(78-103)	n=10	0,285
6.İfade	91(68-128)	n=63	104(78-128)	n=12	**0,008**
7.İfade	91(68-128)	n=63	89,5(77-117)	n=12	0,983
8.İfade	91(68-128)	n=67	86,5(81-103)	n=8	0,315
9.İfade	91(68-128)	n=70	91(83-93)	n=5	0,765
10.İfade	90,4±10,6	n=53	96,2±14,2	n=22	0,056
11.İfade	91(68-128)	n=69	92,5(77-96)	n=6	0,969
12.İfade	91(68-117)	n=68	92(85-128)	n=7	0,218

Tablo 7'de hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerinin amaçları doğrultusunda gerçekleştirememe nedenlerini belirten katılımcıların Hemşirelik Aktivite Ölçeği'ne göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Buna göre; ''Eğitim farklılıkları, eğitim eksiklikleri'' olan 4.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen katılımcılar karşılaştırıldığında HAÖ ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,024) Buna göre 4.ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha yüksek bulundu.

Tablo 7 incelendiğinde; ''Motivasyon eksikliği, gerekli maddi doyumun sağlanamaması'' gösteren 6.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen katılımcılar karşılaştırıldığında HAÖ ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,008) Buna göre 6.ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha yüksek bulundu. (p=0,008)

Tablo 7'de yer alan diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Tablo 8. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenlerinin HPDÖ İle Analizi

İfadeler	Söylememiş Katılımcılar		Söylemiş Katılımcılar		p
1.İfade	120,7±19,2	n=46	124,8±18,7	n=29	0,366
2.İfade	125(84-155)	n=55	122(87-153)	n=20	0,900
3.İfade	123,5±18,6	n=57	118,5±20,4	n=18	0,336
4.İfade	124(84-153)	n=68	141(110-155)	n=7	0,126
5.İfade	125(84-155)	n=65	109,5(92-137)	n=10	0,084
6.İfade	125(84-155)	n=63	115,5(92-153)	n=12	0,422
7.İfade	124(84-155)	n=63	122,5(92-153)	n=12	0,474
8.İfade	126(84-155)	n=67	105(92-126)	n=8	**0,006**
9.İfade	124,5(84-155)	n=70	121(92-132)	n=5	0,256
10.İfade	123,1±18,5	n=53	120,4±20,5	n=22	0,577
11.İfade	124(84-153)	n=69	135(98-155)	n=6	0,300
12.İfade	124(84-155)	n=68	124(95-152)	n=7	0,985

Tablo 8'de hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerinin amaçları doğrultusunda gerçekleştirememe nedenlerini belirten katılımcıların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'ne göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Buna göre; ''Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı'' olan 8.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen katılımcılar karşılaştırıldığında HPDÖ ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,006) Buna göre 8.ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha düşük bulundu. (p=0,006)

Tablo 8'de yer alan diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Tablo 9. Hemşirelerin Sağlık Bakım Sistemi İçinde Rollerini Gerçekleştirememe Nedenlerinin HPDÖ Alt Ölçekleri İle Analizi

		HDPÖ İnsan Onuru	HDPÖ Sorumluluk	HDPÖ Harekete Geçme	HDPÖ Güvenlik	HDPÖ Otonomi
1.İfade						
-Söylemiş	n=29	44(23-55)	26(18-35)	19(14-25)	17(19-20)	17(12-20)
-Söylememiş	n=46	43,5(28-55)	28(18-35)	17,5(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p		0,429	0,348	0,121	0,442	0,327
2.İfade						
-Söylemiş	n=20	44,2±7,6	25(18-35)	19(14-25)	16(12-20)	16(12-20)
-Söylememiş	n=55	43,7±7,5	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,796	0,421	0,677	0,608	0,753
3.İfade						
-Söylemiş	n=18	42,3±8,8	26,5(18-34)	18,5(15-25)	15(12-20)	16(11-20)
-Söylememiş	n=57	44,3±7	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,334	0,268	0,807	**0,043**	0,890
4.İfade						
-Söylemiş	n=7	48(38-55)	29(23-35)	21(15-25)	19(14-20)	18(15-20)
-Söylememiş	n=68	44(23-55)	25,5(18-35)	18,5(14-25)	16,5(9-20)	16(11-20)
-p		0,205	0,154	0,177	0,177	0,187
5.İfade						
-Söylemiş	n=10	41,5(32-52)	23,5(18-31)	16,5(15-25)	15(12-20)	13(12-20)
-Söylememiş	n=65	45(23-55)	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,132	0,046	0,279	0,131	0,118
6.İfade						
-Söylemiş	n=12	43,5(33-55)	24(20-35)	18(15-25)	14(12-20)	17(12-20)
-Söylememiş	n=63	44(23-55)	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,602	0,223	0,743	0,145	0,838
7.İfade						
-Söylemiş	n=12	43,5(32-55	25,5(18-33)	18,5(15-25)	14(12-20)	17(12-20)
-Söylememiş	n=63	44(23-55)	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,563	0,417	0,959	0,137	0,838
8.İfade						
-Söylemiş	n=8	36,5(32-44)	21(18-33)	16,5(14-19)	14(12-19)	13(12-18
-Söylememiş	n=67	45(23-55)	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	17(11-20)
-p		**0,004**	**0,004**	**0,038**	0,067	**0,026**
9.İfade						
-Söylemiş	n=5	43(32-50)	24(18-31)	18(15-22)	17(12-17)	16(12-18)
-Söylememiş	n=70	44(23-55)	28(18-35)	19(14-25)	16,5(9-20)	16(11-20)
-p		0,303	0,313	0,570	0,334	0,323
10.İfade						
-Söylemiş	n=22	43,1±8,5	26,2±5,2	19(14-25)	16,5(9-20)	16(12-20)
-Söylememiş	n=53	44,1±7	27,2±4,7	18(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,586	0,444	0,648	0,833	0,251
11.İfade						
-Söylemiş	n=6	49(34-55)	29(21-35)	21(15-25)	18(12-20)	18(13-20)
-Söylememiş	n=69	44(23-55)	26(18-35)	19(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p		0,328	0,524	0,409	0,491	0,228
12.İfade						
-Söylemiş	n=7	43(34-55)	28(19-35)	20(15-25)	14(12-20)	16(11-20)
-Söylememiş	n=68	44(23-55)	26(18-35)	18,5(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p		0,763	0,927	0,588	0,491	0,949

Tablo 9'da hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerinin amaçları doğrultusunda gerçekleştirememe nedenlerini belirten katılımcıların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin alt ölçeklerine göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Buna göre; ''Hekime bağlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması''nı belirten 3.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen hemşirelerin

HPDÖ Güvenlik alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,043) HPDÖ Güvenlik alt ölçek puanının da bu ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha düşük bulundu. (p=0,043)

Tablo 9'a göre; ''Yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi''ni belirten 5.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen hemşirelerin HPDÖ Sorumluluk alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,046) HPDÖ Sorumluluk alt ölçek puanının da bu ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha düşük bulundu. (p=0,046)

Tablo 9'a bakıldığında; ''Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı''nı belirten 8.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen hemşirelerin HPDÖ İnsan Onuru, Sorumluluk, Harekete Geçme ve Otonomi alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,004; p=0,004; p=0,038; p=0,026) HPDÖ İnsan Onuru, Sorumluluk, Harekete Geçme ve Otonomi alt ölçek puanının da bu ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha düşük bulundu. (p=0,004; p=0,004; p=0,038; p=0,026)

Tablo 9'da yer alan diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörlerle ilgili düşüncelerine ait bulguların dağılımları maddeler halinde Tablo 10'da verildi.

Tablo 10. Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Faktörler

İfadeler	Frekans (n)	Yüzde (%)
1.Hekimlerin hasta üzerinde birincil karar veren mekanizma olması	36	%48
2.Hemşireler arasında birlik olmaması, iletişim sorunları	26	%34,7
3.Hasta ve hasta yakınlarının güvensizliği	12	%16
4.Bakım yapmak için gerekli malzeme ve ortamın olmaması	15	%20
5.Eğitim ve deneyim farklılıkları	22	%29,3
6.Yasalar, yönetmelikler ve kurum yönetimi	34	%45,3
7.Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği	39	%52
8.Hastanın ihtiyacı	10	%13,3
9.İş yükü fazlalığı	13	%17,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 10 hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörleri ve bu ifadeleri söyleyen hemşire sayısı ile yüzdelik oranı göstermektedir. Buna göre hemşirelerin; %52'si (n=39) ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği''ni bağımsız karar vermelerindeki en önemli faktör olarak ifade etti. Hemşirelerin; %48'i (n=36) ''Hekimlerin hasta üzerinde birincil karar veren mekanizma olması''; %45,3'ü (n=34) ''Yasalar, yönetmelikler ve kurum yönetimi''; %29,3'ü (n=22) ''Eğitim ve deneyim farklılıkları''; %20'si (n=20) ''Bakım yapmak için gerekli malzeme ve ortamın olmaması''nı bağımsız karar vermelerini etkileyen diğer nedenler arasında sıraladılar.

Bu ifadelerin HAÖ, HPDÖ ve HPDÖ alt ölçekleri ile güvenirlik analizleri yapıldı. Analizler yapılırken katılımcıların bu ifadeyi kullanıp kullanmamalarına göre değerlendirme yapıldı. Normal dağılımın saptandığı durumlarda betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım sağlanmadığı durumlarda ise median (min-max) değerleriyle ifade edildi (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

Tablo 11. Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Nedenlerin HAÖ İle Analizi

İfadeler	Söylememiş Katılımcılar		Söylemiş Katılımcılar		p
1.İfade	91(69-128)	n=39	91(68-113)	n=36	0,644
2.İfade	91(68-128)	n=49	91(77-128)	n=26	0,969
3.İfade	91(68-128)	n=63	89(82-128	n=12	0,823
4.İfade	91(68-128)	n=60	88(75-128)	n=15	0,666
5.İfade	93,2±12,3	n=53	89,5±10,9	n=22	0,237
6.İfade	89,5±10,4	n=41	95,2±13,1	n=34	**0,039**
7.İfade	91(69-128)	n=36	92(68-113)	n=39	0,595
8.İfade	91(68-128)	n=65	90(75-104)	n=10	0,761
9.İfade	90,5(68-128)	n=62	94(78-112)	n=13	0,231

Tablo 11'de hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen nedenlerini belirten katılımcıların Hemşirelik Aktivite Ölçeği'ne göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Buna göre; ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği'' olan 7.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen katılımcılar karşılaştırıldığında HAÖ ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,039) Buna göre 7.ifadeyi söyleyen hemşire grubunun ortalama değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha yüksek bulundu. (p=0,039)

Tablo 11'de yer alan diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Tablo 12. Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Nedenlerin HPDÖ İle Analizi

İfadeler	Söylememiş Katılımcılar		Söylemiş Katılımcılar		p
1.İfade	123±18,8	n=39	121,5±19,5	n=36	0,735
2.İfade	122,2±18,4	n=49	122,4±20,4	n=26	0,962
3.İfade	123(84-155)	n=63	127,5(106-152)	n=12	0,135
4.İfade	121,6±19,6	n=60	124,9±16,9	n=15	0,549
5.İfade	122,8±18,6	n=53	120,9±20,3	n=22	0,700
6.İfade	121,3±18,8	n=41	123,5±19,5	n=34	0,616
7.İfade	126,1±17,8	n=36	118,7±19,6	n=39	0,091
8.İfade	124(84-155)	n=65	130(106-146)	n=10	0,293
9.İfade	123(84-153)	n=62	128(94-155)	n=13	0,272

Tablo 12'de hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen nedenlerini belirten katılımcıların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'ne göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Tablo 12'de yer alan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Tablo 13. Hemşirelerin Mesleki Uygulamalarında Bağımsız Karar Vermelerini Etkileyen Nedenlerinin HPDÖ Alt Ölçekleri İle Analizi

	HPDÖ İnsan Onuru	HPDÖ Sorumluluk	HPDÖ Harekete Geçme	HPDÖ Güvenlik	HPDÖ Otonomi
1.İfade					
-Söylemiş n=36	43,2±7,9	27,1±4,8	19(14-25)	17(9-20)	16(12-20)
-Söylememiş n=39	44,4±7	26,7±4,9	19(14-25)	16(12-20)	18(11-20)
-p	0,466	0,710	0,693	0,366	0,251
2.İfade					
-Söylemiş n=26	43,7±8,2	27(18-35)	19(14-25)	16(12-20)	16.5(11-20)
-Söylememiş n=49	43,7±8,2	28(19-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(11-20)
-p	0,936	0,776	0,792	0,996	0,558
3.İfade					
-Söylemiş n=12	47.5(37-55)	27.5(23-35)	21(16-25)	17(14-20)	18(12-20)
-Söylememiş n=63	44(23-55)	28(18-35)	18(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p	0,174	0,180	0,136	0,311	0,128
4.İfade					
-Söylemiş n=15	44,2±6,5	29(20-35)	21(14-23)	17(12-20)	16(12-20)
-Söylememiş n=60	43,7±7,7	26(18-35)	18.5(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p	0,830	0,437	0,598	0,253	0,856
5.İfade					
-Söylemiş n=22	43,6±8,3	26,5(18-35)	18,5(14-25)	16,5(9-20)	17,5(11-20)
-Söylememiş n=53	43,9±7,2	28(18-35)	19(14-25)	17(9-20)	16(12-20)
-p	0,888	0,417	0,519	0,668	0,517
6.İfade					
-Söylemiş n=34	44,1±7,1	27,7±4,9	19(15-25)	16(12-20)	16(11-20)
-Söylememiş n=41	43,6±7,7	26,2±4,6	18(14-25)	17(9-20)	17(11-20)
-p	0,784	0,202	0,267	0,727	0,360
7.İfade					
-Söylemiş n=39	42,8±7,6	25(18-35)	17(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-Söylememiş n=36	44,9±7,2	28(18-35)	20(15-25)	17(12-20)	17(11-20)
-p	0,204	0,145	**0,042**	0,300	0,085
8.İfade					
-Söylemiş n=10	48,5(37-55)	28,5(22-32)	18,5(15-25)	17,5(14-20)	17,5(12-20)
-Söylememiş n=65	44(23-55)	26(18-35)	19(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p	0,128	0,931	0,437	0,303	0,364
9.İfade					
-Söylemiş n=13	47(34-55)	28(20-35)	20(14-25)	17(14-20)	16(12-20)
-Söylememiş n=62	44(23-55)	27(18-35)	18(14-25)	16(9-20)	16(11-20)
-p	0,220	0,911	0,163	0,600	0,600

Tablo 13'de hemşirelerin mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörleri belirten katılımcıların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin alt ölçeklerine göre analizi verildi. Bu analiz yapılırken Tablo 6'da verilen ifadeler ''ifade'' şeklinde belirtildi.

Buna göre; ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği''ni belirten 7.ifadeyi söyleyen ve söylemeyen hemşirelerin HPDÖ Harekete Geçme alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0,042) HPDÖ Harekete Geçme alt ölçek puanının da bu ifadeyi söyleyen hemşire grubunun median değeri söylemeyen hemşire grubuna göre daha düşük bulundu. (p=0,042).

Tablo 13'de yer alan diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. (p>0,05)

Hemşirelerin profesyonellik ile ilgili eğitim alma durumları, profesyonellik ve otonomi tanımlarını doğru yapabilme durumları Tablo 14'te verildi.

Tablo 14. Hemşirelerin Profesyonellik İle İlgili Eğitim Alma Durumları, Profesyonellik Ve Otonomi Tanımlarını Doğru Yapabilme Durumları

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Profesyonellik Eğitim Alma Durumu		
-Almış	32	%42,7
-Almamış	43	%57,3
Profesyonel Tanımını Yapabilme Durumu		
-Doğru	43	%57,3
-Yanlış	32	%42,7
Otonomi Tanımını Yapabilme Durumu		
-Doğru	51	%68
-Yanlış	24	%32
Toplam	75	%100

Tablo 14'e göre hemşirelerin %42,7'si (n=32) profesyonellik ile ilgili eğitim aldığını belirtirken, %57,3'ü (n=43) profesyonellikle ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtti. Hemşirelerin %57,3'ü (n=43) profesyonellik tanımını doğru yapabilirken %42,7'si (n=32) profesyonellik tanımını doğru yapamadı. Yine araştırmaya katılan hemşirelerin %68'i (n=51) otonomi tanımını benzer literatür tanımları doğrultusunda yapabilirken %32'si (n=24) otonomi tanımını doğru yapamadı.

4.3.Hemşirelerin Profesyonel Değerleri, Hemşirelik Aktivite Ölçeği Ve HPDÖ Alt Ölçeklerinin Güvenilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında kullanılan Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği, Hemşirelik Aktivite Ölçeği ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin alt ölçeklerinin güvenilirlik analiz sonuçları tablo 15'te verildi. Normal dağılımın saptandığı durumlarda betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım sağlanmadığı durumlarda ise median (min-max) değerleriyle ifade edildi.

Tablo 15. Ölçek ve Alt Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri

	n		Madde Sayısı	Cronbach α
HPDÖ	75	122,2±18,9	31	0,959
HPDÖ İnsan Onuru	75	43,8±7,4	11	0,922
HPDÖ Sorumluluk	75	28(18-35)	7	0,846
HPDÖ Harekete Geçme	75	19(14-25)	5	0,801
HPDÖ Güvenlik	75	17(9-20)	4	0,808
HPDÖ Otonomi	75	16(11-20)	4	0,793
HAÖ	75	91(68-128)	35	0,845

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; insan onuru alt boyutu normal dağılım göstermektedir ve puan ortalaması 43,8±7,4 olarak bulundu. Diğer alt boyutlar normal dağılım göstermediği için median (min-max) değerleri hesaplandı. Buna göre sorumluluk alt boyutu 28(18-35), harekete geçme alt boyutu19(14-25), güvenlik alt boyutu 17(9-20), otonomi alt boyutu 16(11-20) değerlerine sahiptir. HPDÖ toplam puanı 122,2±18,9 olarak hesaplandı.

Hemşirelik Aktivite Ölçeği 91(68-128) median (min-max) değerine sahiptir. Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi tablo 16'da verildi.

Tablo 16. Ölçekler Ve Alt Ölçeklerin Arasındaki İlişki

	HAÖ	HPDÖ	HPDÖ İnsan Onuru	HPDÖ Sorumluluk	HPDÖ Harekete Geçme	HPDÖ Güvenlik	HPDÖ Otonomi
Yaş							
n	75	75	75	75	75	75	75
r	-0,001	-0,127	-0,118	-0,138	-0,114	-0,182	-0,129
p	0,990	0,276	0,313	0,237	0,330	0,118	0,270
Eğitim							
n	75	75	75	75	75	75	75
r	0,129	0,068	0,075	0,102	0,018	0,011	0,158
p	0,271	0,560	0,521	0,384	0,877	0,922	0,176
Çalışma Süresi							
n	75	75	75	75	75	75	75
r	-0,007	-0,105	-0,079	-0,174	-0,102	-0,145	-0,074
p	0,955	0,370	0,502	0,134	0,384	0,213	0,530
Ameliyathanede Çalışma Süresi							
n	75	75	75	75	75	75	75
r	0,028	-0,083	-0,021	-0,142	-0,114	-0,129	-0,121
p	0,810	0,478	0,861	0,225	0,332	0,271	0,300
HAÖ							
n	-	75	75	75	75	75	75
r	-	0,167	0,158	0,137	0,195	-0,011	0,240
p	-	0,152	0,177	0,241	0,093	0,928	**0,038**

Tablo 16 incelendiğinde HAÖ ölçek toplam puanı ile HPDÖ Otonomi alt ölçek toplam puanı arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. (r=0,240; p=0,038)

Tablo 16'da yer alan ölçekler ve alt ölçeklere göre cinsiyet ve profesyonellikle ilgili eğitim alma durumu değişkeni ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmaması nedeniyle tabloda belirtilmedi.

Tablo 16'da yer alan diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi. (p>0,05)

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ve hemşirelerin mesleki otonomi düzeylerini belirlemek amacıyla da Hemşirelik Aktivite Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler daha önceden Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmış halleri ile gerekli izinler alınarak uygulanmıştır.

Literatür taramasında ülkemizde çalışmamızın yöntemi ile bazı yönlerde paralellik gösteren çalışmalar olmasına rağmen tam olarak çalışmamız ile aynı doğrultuda bir çalışma bulunamamıştır. Ancak ölçeklerin ayrı ayrı kullanıldığı araştırmalar mevcuttur.

5.1. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği;

Orak tarafından 2005 yılında İstanbul İlinde çalışan lisans ve lisansüstü eğitime sahip 1047 hemşire üzerinde HPDÖ Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirme amacıyla, (Orak, 2005), Kaya ve arkadaşları tarafından 2009-2010 yılları arasında bir hemşirelik yüksek okulunun birinci sınıfında kayıtlı olan 143 öğrenciden 132 tanesinin öğretim yılı başındaki ve sonundaki bireysel değerlerinin ve öğretim yılı sonundaki mesleki değerlerinin belirlenerek üst sınıflardaki eğitim programlarına ışık tutacak verileri ortaya koymak amacıyla, (Kaya ve ark.,2012), Can ve Acaroğlu tarafından 2012-2013 yılları arasında Bursa il sınırları içinde bulunan ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı iki devlet hastanesinde çalışan 400 hemşirenin mesleki değerleri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirerek aralarındaki ilişkiyi bulmak amacıyla, (Can, 2013), Kaya tarafından 2013 yılında Antalya il merkezi hastanelerinde yönetici olarak çalışan 216 hemşirenin profesyonel değerler algısı ile iş doyum düzeylerinin

incelenmesi amacıyla, (Kaya, 2013), Dikmen tarafından 2014 yılında bir kamu hastanesinde çalışan 244 hemşirenin profesyonel değerleri algılama düzeyini ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla, (Dikmen, 2014), Maraşlı tarafından 2015 yılında Ankara ilinde bulunan bir üniversite hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir devlet hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere görev yapan 325 hemşirenin profesyonel değerlerinin iş doyumuna etkisi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, (Maraşlı, 2015), Karadağlı tarafından 2015 yılında İstanbul İlinde bulunan özel bir üniversitede hemşirelik lisans eğitimi gören 254 öğrencinin profesyonel değer algılarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, (Karadağlı, 2015), Elmalı tarafından 2015-2016 yılları arasında bir vakıf üniversitesinde eğitim gören birinci, ikinci ve üçüncü sınıf 130 hemşirelik öğrencisinin mesleki profesyonel değer algılarının belirlenmesi amacıyla, (Elmalı, 2016), Uslu ve Kızılkaya tarafından 2018 yılında İstanbul ilinde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde bulunan 257 hemşirenin profesyonel değerlerinin belirlenmesi amacıyla, (Uslu, & Kızılkaya, 2018), Akman tarafından 2018 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 308 lisansüstü eğitim alan ve almayan hemşirenin profesyonel değerlerini karşılaştırmak amacıyla, (Yelekçi, 2018), Bekleviç tarafından 2019 yılında Zonguldak ilinde bulunan hastanelerin cerrahi birimlerinde çalışan 245 hemşirenin profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla, (Bekleviç, 2019), Keser tarafından 2019 yılında Adana ilinde bulunan iki üniversite ve bir devlet hastanesinde çalışan 98 yönetici hemşirenin profesyonel değerlerinin belirlemek amacıyla, (Keser, 2019), Süzen tarafından 2020 yılında Ege Üniversitesi'nde görev yapan 156 hemşirenin profesyonel değerleri ile merhamet ve sabır düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, (Süzen, 2020), Yumuşak tarafından 2020 yılında Adana ilinde bulunan yedi hastanenin ameliyathanesinde görev alan 157 gönüllü hemşirenin profesyonel değerleri ve etik duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla, (Yumuşak, 2020), Şanal tarafından 2020 yılında Zonguldak il merkezinde bulunan hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları birimlerinde görev yapan 124 hemşirenin

profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla, (Şanal, 2020), Kırca tarafından 2020 yılında Akdeniz bölgesinde bir ilde bulunan iki üniversite ve sağlık bakanlığına bağlı iki devlet hastanesinde görev yapan ve araştırmaya gönüllü katılan 52 hemşirenin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla, (Kırca, 2020), Güven tarafından 2021 yılında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet hastanelerinde görev yapan 300 hemşirenin profesyonel değerleri ve yetkinlik düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisini incelemek amacıyla, (Güven, 2021), Yayla ve arkadaşları tarafından 2021 yılında İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Hastanesinde; cerrahi kliniklerde çalışan 50 hemşirenin bireysel yenilikçilik ve profesyonellik düzeylerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla, (Yayla ve ark., 2014), Demircioğlu tarafından 2021 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi'nde araştırmaya gönüllü olarak katılan 500 hemşirenin profesyonellik değerleri ve profesyonellik değerlerini etkileyen faktörleri incelemek (Demircioğlu, 2021) amacıyla HPDÖ kullanılmıştır.

5.2. Hemşirelik Aktivite Ölçeği;

Saraçoğlu tarafından 2010 yılında İstanbul ili Avrupa bölgesinde bulunan bir sağlık bakanlığı hastanesi, bir üniversite hastanesi ve bir özel hastanede çalışan 411 hemşirenin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla, (Saraçoğlu, 2010), Yetim tarafından 2013 yılında Nazilli Devlet Hastanesi'nde çalışan 194 hemşirenin mesleki otonomilerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, (Yetim, 2014), Erikmen tarafından 2015 yılında İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 214 hemşirenin bireysel ve mesleki otonomi düzeylerini nasıl algıladıklarının belirlenmesi amacıyla, (Erikmen, 2015), Avşar tarafından 2015 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 1018 hemşirenin bireysel ve mesleki otonomiyi kullanma konusundaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla, (Avşar, 2015), Mert

tarafından 2016 yılında Türkiye'deki hastanelerde bulunan radyasyon onkolojisi poliklinikleri ve radyasyon onkolojisi bölümünde yatan hasta servisleri olmak üzere 34 hastanede görev yapan, araştırmaya gönüllü katılan 138 hemşirenin otonomi düzeyi ve otonomi düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Mert, 2016) amacıyla HAÖ kullanılmıştır.

Araştırmanın bu bölümünde; hemşirelerin profesyonel değerlerinin mesleki otonomilerine etkisi literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışmamızda hemşirelerin yaş ortalaması 39 (22-48) olarak belirlendi. Şanal (2020) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin yaş ortalaması 33,03 (23-55) olarak bulunurken; Yumuşak (2020) tarafından yapılan bir araştırmada da hemşirelerin yaş ortalaması 36,94±7,70 olarak bulunmuştur. Bu veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yaş ortalamasının orta yaş olması nedeniyle ameliyathanelerde genelliklerle daha kıdemli hemşirelerin çalıştığı yorumunu bize yaptırmaktadır.

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan hemşireler cinsiyet yönünden değerlendirildiğinde %93,3'ünün kadın olduğu tespit edildi. Bu oran benzer şekilde; Kaya (2013) tarafından yapılan araştırma da hemşirelerin %94,4'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ameliyathanelerde kadın cinsiyet oranının yüksek olması tek bir ameliyathaneye bağlı olmaksızın anketlere katılan steril hemşirelerin üç farklı ameliyathanede çalışması ve bu ameliyathanelerden birinin kadın hastalıkları ve doğum ağırlıklı olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde %69,3 oranında lisans mezunu oldukları saptandı. Benzer şekilde; Yumuşak (2020) tarafından ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin ve etik duyarlılıklarının belirlenmesini amaçlayan çalışmada hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde %63,7 oranında lisans mezunu oldukları saptanmıştır. Araştırma verilerimiz, Yumuşak'ın verileri ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65,3'ü hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini belirtmiş ve ortalama meslekte çalışma süresi 15 (1-26) yıl olarak bulunmuştur. Can (2013) tarafından yapılan araştırma da hemşirelerin

mesleği isteyerek seçme oranı %67,5 olarak bulunmuştur. Kırca (2020) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %73,1'i hemşireliği isteyerek seçtiğini söylerken ortalama meslekte çalışma süresi de %11,5 oranında 16 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur. Bekleviç'in (2019) araştırmasında hemşirelerin %44,9'u mesleği isteyerek seçtiğini, %38,8'i kısmen isteyerek seçtiğini ve %16,3'ü istemeyerek mesleği setçini ifade etmiştir. Araştırma verilerimiz son sekiz yıl içinde yapılan diğer çalışmalarla benzer oranlarda bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin %34,7'si sağlık bakım sistemi içindeki rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebildiklerini ifade ederken, hemşirelerin %45,3'ü kısmen yerine getirebildiğini söylemiş ve %20'si ise sağlık bakım sistemi içindeki rollerinin mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir. Saraçoğlu (2010) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %42,9'u sağlık bakım sistemi içindeki rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebildiklerini ifade ederken, %57,1'i ise sağlık bakım sistemi içindeki rollerinin mesleki amaçlar doğrultusunda kısmen yerine getirebildiklerini veya hiç yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir. Avşar (2015) tarafından yapılan araştırmada aynı soruya cevap veren hemşirelerin %29'u sağlık bakım sistemi içindeki rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda gerçekleştirebildiğini iletirken; hemşirelerin %55'i kısmen ve %16'sı hayır cevaplarını vermiştir. Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık bakım sistemi içindeki rollerini kısmen (%45,3) veya hiç yerine getiremediğini (%20) ifade eden hemşireler %38,7'lik oranda bir neden olarak ''Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı işlerinde yüklenmesi''ni ifade etmişlerdir. Saraçoğlu (2010) tarafından yapılan araştırmada ise ''Görev dışı işlerde çalıştırılma, görev dışı işlerinde yüklenmesi'' ifadesi hemşirelerin %15,3'ü tarafından ifade edilmiştir. Saraçoğlu'nun araştırmasında %26,3 oranında hemşireler sağlık bakım sistemi içindeki rollerini yerine getiremem nedeni olarak ''Yoğun çalışma temposu, iş yükü fazlalığı, çalışan sayısının yetersizliği''ni belirtirken; bizim çalışmamızda bu ifadeyi kullanan hemşireler %26,7'lik bir oranı oluşturmaktadır. Oranlar ve ifadelere verilen

önem sıralaması iki çalışma arasında farklılık gösterse bile hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini yerine getirmelerindeki nedenlerin aynı doğrultuda olduğu görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin sağlık bakım sitemi içindeki rollerini yerine getirememe nedenleri Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ile analiz edildiğinde hemşirelerin ifade ettiği nedenlerden olan ‘‘Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı’’ ifadesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,006) Yani hemşireler; kurumlarındaki malzeme yetersizliği sağlansa, çalışma ortamları iyileştirilse mesleki rollerini daha etkin yerine getirebilecek iken bu tarz sorunlar nedeniyle hemşirelik rollerini yeterince aktifleştiremediklerini bildirmişlerdir. Bu doğrultuda hemşirelerin eksikliklerinin ve isteklerinin göz ardı edilmemesi aslında sağlık bakım sisteminin iyileştirilmesinin öncülüğü olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sağlık bakım sitemi içindeki rollerini yerine getirememe nedenleri Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’nin alt ölçekleri doğrultusunda analiz edildiğinde; ‘‘Hekime bağlı çalışma, sağlık ekibi olamama, hekimin üst konumda olması’’ ifadesi Güvenlik alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,043)

Araştırmaya katılan hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini yerine getirememe nedenleri Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’nin alt ölçekleri doğrultusunda analiz edildiğinde; ‘‘Yasalar, sağlık politikaları, kurum yönetimi’’ ifadesi Sorumluluk alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,046) Aslında hemşirelik kanunlarla tanımlaması yapılmış bir meslek olmasına karşın, yönetmelikte sınırları tam olarak belirlenememiştir ve ucu açık cümleler halen bulunmaktadır. Bu açık cümleler neticesinde bazı durumlarda ‘‘Bu görev şimdi kimin?’’ sorusu kafalarda yankılanmakta ve kimse o görevi üstlenmemektedir. Hemşire hastanın çıkarını gözeterek bu görevi yaptığında o görev birden bire hemşirenin olmaktadır. Devamında hemşirelerin sürekli hale getirip, hastanın çıkarını gözeterek yaptıkları bu görev ters bir sonuç doğurduğunda yasalar bu görevi yönetmeliklerde açık açık belirtmediği için hemşireler suçlu duruma düşmektedir, yasa hemşireyi korumamaktadır. Bu

nedenle hemşireler; bazı görevleri yerine getirirken yasal sonuçlarını da düşünmek zorunda kaldıkları için hasta çıkarlarını gösterememekte ve mesleki rollerinin yeterince yerine getirmektedirler.

Hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini yerine getirememe nedenleri Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin alt ölçekleri ile analiz edildiğinde; ''Kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği, çalışma ortamı'' ifadesi İnsan Onuru, Sorumluluk, Harekete Geçme ve Otonomi alt ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,004; p=0,004; p=0,038; p=0,026) Hemşireler; kurum kaynaklı sebepler, malzeme eksikliği ve çalışma ortamı nedeniyle mesleki rollerini yeterince yerine getirememekle beraber; profesyonel değerlerini de bu sebepler yüzünden yaşayamamaktadırlar. Örnekler vererek açıklamak gerekirse; hasta odalarının tek kişilik olmaması nedeniyle hasta mahremiyetinin korunmasında yaşanan sorunlar, hemşire-hasta iletişiminde eksiklikler yaşanması hemşirelerin profesyonel değeri olan insan onuruna saygıyı etkilemektedir. Malzeme eksikliği nedeniyle; bu malzeme sarf bir malzeme olmakla beraber bazen bir ilaç, hatta bazen bir nevresim takımı bile olabilmekte, eksikliği yaşandığı için tedavi ve bakım vermekte aksaklıklar yaşanabilir ve hemşirelerin hareket geçme profesyonel değerini yeterince etkin kullanmalarını etkileyebilir. Tabii bu gibi olaylar sonucunda yaşanan mobing ve şiddet olayları da hemşirelerin motivasyonunun düşmesi, iş doyumunun azalması gibi bir takım başka sonuçlara da yol açmaktadır.

Araştırmada katılan hemşirelerin sağlık bakım sitemi içindeki rollerini yerine getirememe nedenleri Hemşirelik Aktivite Ölçeği ile analiz edildiğinde hemşirelerin ifade ettiği nedenlerden olan ''Eğitim farklılıkları, eğitim eksiklikleri'' ve ''Motivasyon eksikliği, gerekli maddi doyumun sağlanamaması'' ifadeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,024; p=0,008) Avşar (2015) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin sağlık bakım sistemi içindeki rollerini yerine getiremem nedenleri HAÖ ile analiz edildiğinde; ''Görev tanımının olmaması'' ve ''Ekip içinde iletişim yetersizliği'' ifadelerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. (p=0,035; p=0,003) Hemşirelik Aktivite

Ölçeği'nin hemşirelerin mesleki otonomilerini gösteren bir ölçek olduğunu tekrardan hatırlatarak; bir üstte yaptığım açıklamayı anımsatmak istiyorum. Hemşireler ellerinde olmayan malzeme eksikliği nedeniyle hemşirelik rollerini yerine getirmede zaman olarak aksaklıklar yaşayabilir, bu aksaklık sonucunda karşılaştığı mobing, şiddet, olumsuz iletişim şekilleri nedeniyle motivasyon düşüklüğü ve yeterli iş doyumuna varamazlar. Bunun sonucunda mesleki otonomileri çeşitli düzeylerde etkilenebilir. Bu durumu ameliyathane bazında bir örnek ile açıklamak gerekirse; ameliyathanede hemşire-hasta iletişimi hastalar anestezi etkisinde olduğu için düşük düzeydedir fakat hemşire-hekim-diğer ekip üyeleri arasındaki ilişki daha yüksek düzeydedir. Ameliyathaneler genellikle pahalı malzemelerin kullanıldığı hastane birimleridir ve birçok malzeme ihale usulüyle temin edilmektedir. İhale yazışmalarının uzun sürmesi, alım-satım işlerindeki zaman kaybı, kargo bekleme süreçleri malzeme temininde yaşanan en basit aksaklıklardır. Fakat bu aksaklıkların hepsi malzeme temininden bire bir sorumlu olmayan hemşire tarafından açıklanmak zorunda kalmaktadır. Bu gibi durumlarda aslında herkes tarafından bilinen, görev dışı tanım olan bu sorun hemşirelerin vaka öncesi-sırası-sonrasında motivasyonunu etkilemekte ve iş doyumunu azaltmaktadır. Bizim araştırmamızda da hemşirelerin mesleki otonomilerini yerine getirememelerinin başlıca nedenlerinden biri olarak ‘‘Motivasyon eksikliği, gerekli maddi doyumun sağlanamaması’’ görülmektedir. bir diğer önemli etken ise ‘‘Eğitim farklılıkları, eğitim eksiklikleri’’dir.

Çalışmada hemşirelerden mesleki uygulamalarında bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörleri maddeler halinde ifade etmeleri istendi ve hemşirelerin kullandığı ifadeler gruplandırılarak analiz edildi. Bu analiz sonucunda hemşirelerin %48'i bağımsız karar vermelerini etkileyen en önemli neden olarak ‘‘Hekimlerin hasta üzerinde birincil karar veren mekanizma olması’’nı ifade etmişlerdir. Saraçoğlu (2010) tarafından yapılan benzer bir çalışmada hemşireler aynı ifadeyi %28,3 oranında ifade etmişlerdir. Birden fazla cevap veren hemşireler ikinci önemli neden olarak %34,7 oranında ‘‘Hemşireler arasında birlik olmaması, iletişim sorunları’’ ifadesini kullanırlarken; Saraçoğlu (2010) tarafından yapılan çalışmada ise bu

ifade %8,5 olarak altıncı sırada kullanılmıştır. Avşar (2015) tarafından yapılan araştırmada da %15,6'lık bir hemşire kesimi ilk sırada ''Hekim ile ast/üst sorunları'' olarak belirtmiştir. Benzer doğrultuda yapılan bu farklı araştırmalarda hemşireler farklı oranlarda da olsa aynı nedenler nedeniyle mesleki uygulamalarında yeterince bağımsız olamadıklarını ifade etmektedir.

Araştırmada hemşirelerin bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörler Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ile analiz edilmiş ve ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak herhangi bir ifade ile anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak ifadeler ölçek alt ölçekleri ile analiz edildiğinde; ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği'' ifadesi Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Hareket Geçme alt ölçek toplam ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,042)

Araştırmada hemşirelerin bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörler Hemşirelik Aktivite Ölçeği ile analiz edilmiş ve ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği'' ifadesi ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,039) Avşar (2015) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin bağımsız karar vermelerini etkileyen faktörler HAÖ ile analiz edildiğinde; ''Görev tanımı yetersizliği'', ''Mesleki bilgi yetersizliği'', ''Kurum işleyişi'', ''Ekip ile uyumsuzluk'', ''Özgüven eksikliği'' ve ''Deneyim azlığı'' ifadelerinin HAÖ puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. (p=0,008; p=0,011; p=0,048; p=0,024; p=0,013) Hemşireler görev ve yetkilerindeki belirsizlik, tanımlamada eksik bırakılan ucu açık cümleler neticesinde mesleki otonomilerini tam olarak kullanamamaktadırlar. Hemşirelik kanununda yapılacak olan bu netleştirme neticesinde hemşireler daha otonom ve daha profesyonel bir sağlık bakımı sunabileceklerdir.

Araştırmada hemşirelerin %42,7'si profesyonellikle ilgili eğitim aldığını belirtirken, %57,3'ü herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Bekleviç'in (2019) araştırmasında hemşirelerin %55,1'i profesyonel değerlerle ilgili eğitim aldığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden profesyonellik ve otonomi tanımları yapmaları istenmiştir. Hemşirelerin verdikleri cevaplar literatür doğrultusunda değerlendirilerek hemşireler doğru ve yanlış cevaplar verenler olarak gruplandırılarak analiz edildi. Bunun sonucunda hemşirelerin %57,3'ü profesyonellik tanımına doğru cevap verirken; %68'i otonomi tanımına doğru cevap vermiştir.

Araştırmada kullanılan ölçekler kendi içinde analiz edilmiştir. Bu analiz yapılırken ölçeklerde kullanılan madde sayılarından faydalanılmış ve Cronbach α sayısı ile güvenilirliği belirlenmiştir. Cronbach α katsayısının; literatürde 0-1 arasında değiştiği değerlendirme kriterlerine göre ''0,00 ≤ α ≥0,40'' ise ölçek güvenilir değil, ''0,40 ≤ α ≥0,60'' ise ölçek düşük güvenilirlikte, ''0,60 ≤ α ≥0,80'' ise ölçek oldukça güvenilir ve ''0,80 ≤ α ≥1,00'' ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmektedir. HPDÖ'nin Cronbach'ın alfa katsayısı çalışmamızda 0,959 olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmiştir. Benzer olarak Orak (2005) tarafından yapılan araştırmada HPDÖ'nin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,95 olarak, Weis ve Schank'ın çalışmasında (2000) 0,94 olarak, Martin ve Alfred'in çalışmasında (2003) 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hem yurtdışında hem de ülkemizde hem de bizim araştırmamızda Cronbach'ın alfa katsayısına göre yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir.

Literatür araştırmasına göre hemşirelerin; Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nden alabilecekleri toplam puan 44 maddelik hali kullanılacaksa 44-220, 31 maddelik hali kullanılacaksa 31-155 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara daha fazla önem verdiklerini gösterir. Araştırmada hemşirelerin; Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nden aldıkları toplam puan 122,2±18,9 olarak bulunmuştur. HPDÖ'den alınabilecek en yüksek toplam puanın 155 olduğu dikkate alındığında, hemşirelerin profesyonel değer algılarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin profesyonel değerlerinin iyi düzeyde olması çalışmamızın sonuçları açısından sevindirici bir bulgudur.

Orak'ın araştırmasında (2005) Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nden aldıkları toplam puan; özel hastanelerde çalışan hemşirelerde 181,60±21,05; devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde 178,93±20,85; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde 181,16±21,60; hemşirelik yüksek okulunda çalışan hemşirelerde 200,42±12,44 olarak bulmuştur. Can (2013) tarafından yapılan araştırmada 400 hemşirenin HPDÖ toplam puanı 123,55±19,36 bulunmuştur. Bu değer çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Süzen (2020) tarafından yapılan araştırmada da HPDÖ toplam puanı 123,1±16,7 olarak bulunmuştur. Maraşlı tarafından yapılan araştırma HPDÖ toplam puanı 123,03±18,45 olarak bulunmuştur. Kaya (2013) tarafından yapılan araştırmada ise HPDÖ toplam puanı 147,9±18,8 olarak bulunmuştur. Maraşlı (2015) yaptığı araştırmada hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre HPDÖ toplam ölçek puanı hesaplanmış ve ameliyathanede çalışan 20 hemşirenin HPDÖ toplam puanını 120,45±16,05 olarak çalışmamızla benzer bir değer bulmuştur. Bekleviç'te (2019) araştırmasında ameliyathanede çalışan hemşirelerin HPDÖ toplam ölçek puanını 127,26±19,36 olarak bulmuştur.

Araştırmada HPDÖ alt ölçek puanları araştırmamızda; İnsan Onuru alt ölçek puanı 43,8±7,4; Sorumluluk alt ölçek puanı 28 (18-35); Harekete Geçme alt ölçek puanı 19(14-25); Güvenlik alt ölçek puanı 17 (9-20) ve Otonomi alt ölçek puanı 16(11-20) olarak bulunmuştur. Araştırmada hemşirelerin; HPDÖ alt ölçeklerinde istendik düzeyde yüksek puan aldıkları, en yüksek puanı ''İnsan Onuru'' alt ölçeğinde; en düşük puanı ise ''Otonomi'' alt ölçeğinde aldıkları saptanmıştır. Fakat bu puanlama yapılırken kullanılan madde sayısının da önemli olduğunu belirtmek gerekmektedir.

Maraşlı (2015) yaptığı araştırmada; İnsan Onuru alt ölçek puanı 44,70; Sorumluluk alt ölçek puanı 26,56 (10-35); Harekete Geçme alt ölçek puanı 18,81 (5-25); Güvenlik alt ölçek puanı 16,63 (7-20) ve Otonomi alt ölçek puanı 16,33 (4-20) olarak çalışmamıza benzer değerler olarak bulmuştur. Akman (2018) ise yaptığı araştırmada; İnsan Onuru alt ölçek puanı 41,26; Sorumluluk alt ölçek puanı 25,25 (7-35); Harekete Geçme alt

ölçek puanı 18,43 (5-25); Güvenlik alt ölçek puanı 14,87 (4-20) ve Otonomi alt ölçek puanı 15,39 (4-20) olarak çalışmamıza benzer değerler olarak bulmuştur. Bekleviç'in (2019) araştırmasına göre ameliyathanede çalışan hemşirelerin İnsan Onuru alt ölçek puanı 44,88±6,90; Sorumluluk alt ölçek puanı 27,84±4,70; Harekete Geçme alt ölçek puanı 20,84±3,41; Güvenlik alt ölçek puanı 17,00±2,57 ve Otonomi alt ölçek puanı 16,69±2,89 olarak çalışmamıza benzer değerler olarak bulunmuştur.

HPDÖ alt ölçek puanı literatür ışığında yorumlanacak olursa neredeyse tüm araştırmalarda ‘‘İnsan Onuru’’ alt ölçeği hemşirelerin en çok değer verdiği birinci boyut olarak saptanmıştır. Al-Banna'nın (2017) Irak'taki kardiyak cerrahi hemşireleri ile yaptığı araştırmanın sonucunda farklı olarak hemşirelerin; HPDÖ alt ölçeklerinin her birinden yüksek puan almakla beraber ‘‘Otonomi’’ alt ölçeğinden en yüksek puanı alırken ‘‘İnsan Onuru’’ alt ölçeğinden ise en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. (Al Banna, 2018) Hümanistik görüşe göre de, insanlığın sürdürülebilir sosyal yaşam içerisinde birinci derecede önemli olan değeri ‘‘insan onuru’’dur. (Lindwall, & Von Post, 2014) Temelinde hümanizm olan hemşirelik mesleğinde de, empati, bakım vermede mahremiyete duyulan saygı ve insanı insanca kabullenme değerlerinin ‘‘insan onuru’’ puanının yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmada HPDÖ'nin alt ölçeklerinin Cronbach'ın alfa katsayıları da yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur. İnsan Onuru alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,922; Sorumluluk alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,846; Harekete Geçme alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,801; Güvenlik alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,808; Otonomi alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,793 olarak bulunmuştur. Orak (2005) kendi çalışmasında İnsan Onuru alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,87; Sorumluluk alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,81; Harekete Geçme alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,79; Güvenlik alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,65; Otonomi alt ölçeğinin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,68 olarak bulmuştur. Bu doğrultuda araştırmamızın güvenilirlik derecesinin

benzer araştırmalarla aynı doğrultuda hatta daha yüksek derecede olduğu söylenebilir.

Hemşire aktivite ölçeği puanlaması; ifadelere verilen ağırlıklarla hesaplanmaktadır. Buna göre; 60-120 puan arası düşük seviyede otonom, 121-180 puan arası orta seviyede otonom ve 181-240 puan arası yüksek seviyede otonomu göstermektedir. Araştırmada Hemşirelik Aktivite Ölçeği normal dağılım göstermemekle beraber toplam puan ortalaması 91(68-128) arasında bulunmuştur. Her ne kadar ölçek Cronbach'ın alfa katsayısı 0,845 ile yüksek güvenilirliğe sahip olsa bile hemşirelerin puan ortalamasına bakarak düşük seviyede otonoma sahip oldukları söylenebilir. Yetim (2013) tarafından yapılan araştırmada HAÖ puanı normal dağılmakla beraber 158,36±29,72 bulunmuş ve hemşirelerin otonomi düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Erikmen (2015) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin HAÖ puanları çalıştıkları kliniklere göre ve genel puan ortalaması olarak yorumlanmıştır. Ameliyathanede çalışan 22 hemşirenin HAÖ puanı 84,90±15,49 olarak bulunmuş ve 214 hemşirenin genel HAÖ puanı ise 86,20 olarak değerlendirilmiştir. Araştırma içerisinde anlamlılık saptanmayan bu değer bizim araştırmamız ile paralel bir sonuç vermektedir. Avşar (2015) tarafından yapılan araştırmada 531 hemşirenin HAÖ puan dağılımı değerlendirildiğine min 64 max 240 ve puan ortalaması 158,00±25,848 ile orta seviyede otonom olarak değerlendirilmiştir. Yapılan diğer araştırmalarla kıyaslandığında araştırmamızdaki hemşirelerin mesleki otonomilerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak hemşireler kendi içlerinde ''Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği''ni göstermekle beraber, araştırma grubunun ameliyathane hemşireleri olması ve tedavi bakım siteminin ameliyathanede hekim kontrolü altında olması da düşünülebilir.

Araştırmada HAÖ hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve ameliyathanede çalışma süresi ile analiz edildiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Birçok araştırmada önemli etken olan demografik verilerin, araştırmamızda önemli bir fark yaratmaması şaşırtmakla beraber yorumlanması da gerekmektedir. Çalışma grubumuz ameliyathane hemşirelerinden oluştuğu için daha tecrübeli ve çalışma yılı

fazla olan hemşireler üzerinde uygulanan bu çalışma neticesinde yaş ortalaması, meslekte çalışma yılı ve ameliyathanede çalışma süreleri istatistiksel olarak çok fark yaratmamıştır. Çünkü hemşirelerin hepsinin yaşı ortalama bir yaşta ve birbirine yakındır. Cinsiyet olarak herhangi bir kıyaslama yapılamaması, ameliyathanelerden birinin kadın hastalıkları ve doğum olması nedeniyle kadın hemşire sayısının fazla olması ve genel ortalamayı da etkilemesi nedeniyle anlamlı bir fark yaratmamıştır. Hemşirelerin eğitim seviyeleri ise ağırlıkla lisans olmakla beraber diğer mezuniyet seviyelerinin kıyaslanabilecek düzeylerde olmamasıdır. Bu sebeple hemşirelerin demografik özelliklerinin araştırmamızda etkili olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt ölçekler arasındaki ilişki analize bakılacak olursa; Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin alt ölçeği olan otonomi ile hemşirelik aktivite ölçeği arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda profesyonel otonomi değeri yüksek olan hemşirelerin mesleki otonomileri de yüksektir.

Araştırmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin genel ve alt ölçeklerinin iyi düzeyde ve mesleki otonomilerinin ise düşük otonom seviyesinde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin profesyonel değerleri arasında insan onuru ve sorumluluk alt boyutunun daha öncelikli olduğu bulunmuş fakat hemşirelerin demografik özelliklerinin diğer araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada genel ölçek ve alt ölçeklere etki etmediği saptanmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel otonomi alt ölçeği ile mesleki otonomileri arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırma doğrultusunda; hemşirelerin profesyonel değerlerini önemseme durumlarının belirlenmesi amacıyla HPDÖ'nin ve mesleki otonomilerinin belirlenebilmesi amacıyla da HAÖ'nin kullanımının uygun ve güvenilir kaynaklar olduğu önerilebilir. Fakat evren kısıtlaması nedeniyle çalışmanın daha geniş kitlelere uygulanması daha faydalı olacaktır.

Hemşirelerin profesyonel otonomi değerini ve mesleki otonomilerini kuvvetlendirebilmeleri adına; üniversite ve sağlık kurumlarının ortak

çalışması ile hizmet içi eğitim programları kapsamında profesyonel değerler konusunun daha çok ele alınması önerilmektedir. Profesyonellikle ilgili eğitimlerin arttırılarak hemşirelerin katılımının sağlanması, hemşirelerin yayın ve araştırma yapmasının kurum tarafından da desteklenmesi bu konuda atılabilecek önemli adımlardandır. Yine hemşirelerin kongre, sempozyum, sertifika alma ve kurslara katılımının sağlanması amacıyla gerekli izinlerin verilmesi ve maddi desteğin sağlanması, hemşirelik mesleği adına kanıta dayalı uygulamaların arttırılması ve lisans üstü eğitim açısından desteklenmesi de hemşirelerin profesyonelliklerinin ve otonomilerinin arttırılması amacıyla önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Abay F. (1985). Hemşirelerin Türk Hemşireler Derneği'ne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi*, *35* (2), S. 19-25

Acaroğlu R. (2014). Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlik Ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *22* (1), S. 8-16

Açıkgöz G. (2015), *Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin ve Profesyonellik Davranışlarının Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 394110)

Adams, D., Miller, B.K. (2001). Professionalism İn Nursing Behaviors Of Nurse Practitioners. *Journal Of Professional Nursing*, *17* (4), S. 203-210
Doi: https://doi.org/10.1053/jpnu.2001.25913

Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Sönmez DÖ. (2012). Mesleki Profesyonellik Ve Bir Meslek Unsurları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. *9* (2), S. 235-259
Erişim adresi: http://acikerisim.lib.comu.edu.tr:8080/xmlui/handle/COMU/783

Ak, V. (2010). Hemşirelikte Profesyonellik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 261-263

Al Banna DA. (2017). Core Professional and Personal Values of Nurses About Nursing in Erbil City Hospitals: A Profession, Not Just Career. *Nurs Healthc Int J 2*(6), S. 169-173
Doi: 10.15406/ncoaj.2017.02.00056

Altınok HÖ, Üstün B. (2014). Profesyonellik Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. *7* (2), S. 151-155
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753398

Altun, İ., & Aştı TA Ve Karadağ A (Ed). (2012). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı İçinde Etik Ve Değerler* (ss. 113-122). İstanbul: Pasifik Ofset / Akademi Basın Ve Yayıncılık

Aslanbay Ş. (2015). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez no: 409472)

Avşar D. (2015). *Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Uygulamalarında Bireysel Ve Mesleki Otonomi Kullanımı*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 433447)

Ay, F. A. (Ed.). (2008). *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Yayıncılık

Ay, F. A. (2011). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler. *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul*

Ballou, K. A. (1998). A Concept Analysis Of Autonomy. *Journal Of Professional Nursing*, *14*(2), 102-110
Doi: https://doi.org/10.1016/S8755-7223(98)80038-0

Baykara, Z. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. (Doktora Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 272033)
Bekleviç A. (2019). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışlarına Etkisi: Zonguldak İl'i Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 579401)
Beydağ, K. D., & Arslan, H. (2008). Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *3*(7), 75-87
Björkström, M. E., Athlin, E. E., & Johansson, I. S. (2008). Nurses' Development Of Professional Self–From Being A Nursing Student İn A Baccalaureate Programme To An Experienced Nurse. *Journal Of Clinical Nursing*, *17*(10), 1380-1391.
Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02014.x
Can Ş. (2013). *Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 336809)
Can R. (2017). *Hemşirelerde Profesyonellik Durumu Ve Tükenmişlik Sendromu Düzeyi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 476385)
Cerit B. (2010). *Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları İle Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Doktora Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 267401)
Chitty, K. K. (1997). Professional Nursing (2bs.). Philadelphia: W. B. Saunders Company
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Fundamentals Of Nursing. Human Health And Function. Fourh Ed.
Çelik S. (2010). *Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 260710)
Değer nedir tdk?. (2020, 3 Eylül). Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/
Demir ŞT. (2002). *İlköğretim Öğrencilerinin Kültürel Etkinlikleri İle Özerklik Arasındaki İlişki.* (Doktora Tezi).
Erişim adresi: http://hdl.handle.net/20.500.12575/34943
Demircioğlu B. (2021). *3.Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 684261)
Dikmen, Y. (2016). Hemşirelerde Profesyonel Değerler ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *25*(5), 197-204
Dinç, L. (2009). Hemşirelik Ve Etik. Y. I. Ülman, B. Gül, T., F. G. Kadıoğlu, G. Yıldırım & Z. Edisan (Ed.). Tıp Etiğinden Biyoetiğe: V. Tıp Etiği Kongresi (1 Bs., S. 45-51). Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği
Dost A. (2014). *Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmajı Ölçeği Geliştirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 365334)
Elmalı, H. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algılarının Belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, *6*(1), 125-131
Doi: https://doi.org/10.5222/jaren.2020.59272
Erbil, N., & Bakır, A. (2009). Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, *6*(1), 290-302
Erişim adresi: https://core.ac.uk/download/pdf/268072166.pdf

Erikmen E. (2015). *Hemşirelerin Bireysel Ve Mesleki Otonomilerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:433188)
Erol F. (2016). *Hemşirelerin Bakım Davranışları Ve Mesleki Profesyonel Tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:440326)
Finn, C. P. (2001). Autonomy: An İmportant Component For Nurses' Job Satisfaction. *International Journal Of Nursing Studies*, *38*(3), 349-357
Doi: https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00065-1
Flexner, A. (2001). Is Social Work A Profession?. *Research On Social Work Practice*, *11*(2), 152-165
Doi: https://doi.org/10.1177/104973150101100202
Glannon, W., & Ross, L. F. (2002). Are Doctors Altruistic?. *Journal Of Medical Ethics*, *28*(2), 68-69
Doi: http://dx.doi.org/10.1136/jme.28.2.68
Baykara, Z. G., & Şahinoğlu, S. (2013). Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *16*(3), 176-181
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29637
Gökçora, İ. H. (2005). Profesyonelliğe saygı. *Üniversite Ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, *5*(3)
Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., & Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *5*(3), 137-142. (doi: 10.5505/phd.2014.74046)
Green, W. S. (2004). Altruism And The Study Of Religion: Preliminary Questions. Paper Presented At The Conference "Altruism İn World Religions" At Bard College, Annandale-Onhudson, New York, 16 November
Grindal Cg, Peterson K (1996) The Practice Environment Project, The Journal Of Nursing Administration, 25(5): 43-51
Güven B. (2021). *Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ve Yetkinlik Düzeylerinin Bakım Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 678311)
Seren, A. H., & Yıldırım, A. (2013). Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *16*(2), 123-131
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29623
Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2007, 2 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı: 26510). Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc091/kanuntbmmc091/kanuntbmmc09105634.pdf
Hwang, J. I., Lou, F., Han, S. S., Cao, F., Kim, W. O., & Li, P. (2009). Professionalism: The Major Factor İnfluencing Job Satisfaction Among Korean And Chinese Nurses. *International Nursing Review*, *56*(3), 313-318
Doi. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00710.x
İş nedir tdk?. (2020, 3 Eylül). Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/
Kangallı, P. (2005). *Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri Ve Otonomiyi Etkileyen Mesleki Ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:194073)
Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(2)
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29181

Karadağlı, F. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algıları Ve Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(2), 81-91
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/226423
Karagözoğlu, Ş. (2008). Hemşirelikte Bireysel Ve Profesyonel Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, *10*(3), 41-50
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/984124
Kaya A. (2013). *Antalya İl Merkezi Hastanelerindeki Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı İle İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:331597)
Kaya H., Işık B., Şenyuva E., & Kaya N. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Ve Profesyonel Değerleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *15*(1), 18-26
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29590
Kaya P. (2011). *İstanbul'un Bir İlçesinde Kamu Ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Profesyonelliklerinin Belirlenmesi.* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim Adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/89822/yokAcikBilim_417741.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
Keser M. (2019). *Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerleri*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 588872)
Kırca, N. (2020). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Profesyonel Değerler Algısı Ve Etkileyen Faktörler Professional Perception Of Values And Affecting Factors İn Nurses Working İn Obstetrics And Gynecology Clinics. *Education*, *7*(2), 59-69
Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB_7_2_59_69.pdf
Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme Ve Ülkemizde Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *18*(2), 59-67
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/88499
Lindwall, L., & Von Post, I. (2014). Preserved And Violated Dignity İn Surgical Practice–Nurses' Experiences. *Nursing Ethics*, *21*(3), 335-346
Doi. https://doi.org/10.1177/0969733013498527
Maraşlı İ. (2015). *Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İş Doyumuna Etkisi Ve İlişkili Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:412597)
Mert Ş. (2016). *Radyasyon Onkolojisi Bölümünde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:502598)
Meslek nedir tdk?. (2020, 3 Eylül). Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/
Meydan, Ş. D., & Nurten, K. A. Y. A. (2018). Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, *5*(2), 129-138. (DOI: 10.17681/hsp.350549)
Miller, B. K., Adams, D. O. N. N. A., & Beck, L. (1993). A Behavioral İnventory For Professionalism İn Nursing. *Journal Of Professional Nursing*, *9*(5), 290-295
Doi: https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90055-H
Moloney, M. M. (1992). *Professionalization Of Nursing: Current İssues And Trends*. Lippincott Williams & Wilkins

Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' Autonomy: İnfluence Of Nurse Managers' Actions. *Journal Of Advanced Nursing*, *45*(3), 326-336
Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x
Orak NŞ. (2005). *İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri Ve Etkileyen Faktörlerin Analizi*. (Doktora Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:164063)
Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The Professional İdentity Of The Nurse: Concept Analysis And Development. *Journal Of Advanced Nursing*, *28*(4), 720-727
Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00704.x
Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., & Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi Ve Gelişimi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *1*(1), 5-1
Doi: https://doi.org/10.1501/Ashd_0000000004
Profesyonel nedir tdk?. (2020, 3 Eylül). Erişim adresi: https://sozluk.gov.tr/
Saraçoğlu E. (2010). *Hemşirelerin Mesleki Otonomi Ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No:281718)
Seren, Ş. (1998). *Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 70224)
Spouse, J. (2000). An İmpossible Dream? Images Of Nursing Held By Pre- Registration Students And Their Effect On Sustaining Motivation To Become Nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, *32*(3), 730-739
Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2000.01534.x
Süzen H. (2020). *Hemşirelerin Profesyonel Değerleri İle Merhamet Ve Sabır Düzeyleri Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 622986)
Şanal S. (2020). *Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışları Üzerindeki Etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 621729)
Taylan, S., Sultan, A. L. A. N., & KADIOĞLU, S. (2012). Hemşirelik Rolleri Ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, *14*(3), 66-74
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/985410
Taylor, C. (2001). Lillise. Fundamental Of Nursing: The Art & Sciense Of Nursing Care. S. 317-342
Tourville, C., & Ingalls, K. (2003, July). The Living Tree Of Nursing Theories. In *Nursing Forum* (Vol. 38, No. 3, P. 21). Blackwell Publishing Ltd.
Doi: 10.1111/j.0029-6473.2003.t01-1-00021.x
Tunçer T. (2013). *Türkiye'de Hemşirelik Mesleği Ve Eğitim Süresi*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 333214)
Ulusoy, M.F. (1992). İsa'dan Bugüne Hemşirelik. *Türk Hemşireler Dergisi*. *42* (2). S. 17-21
Ulusoy, M. F., & Görgülü, R. (1995). Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler (Fundamentals Of Nursing-Theorectical Basis, Concepts, Principles And Techniques). *Cilt: I Cagin Ofset, Ankara*
Uslu, Ö., & Kızılkaya, M. Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Belirlenmesi. Doi:10.5222/SHYD.2021.28290

Uyer, G. (1992). Hemsirelige Genel Bakis. *Ankara, Republic Of Tiirkiye*
Van Mook, W. N., De Grave, W. S., Wass, V., O'Sullivan, H., Zwaveling, J. H., Schuwirth, L. W., & Van Der Vleuten, C. P. (2009). Professionalism: Evolution Of The Concept. *European Journal Of Internal Medicine*, *20*(4), E81-E84
Doi: https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.005
Yayla, A., Özlü, Z. K., Gümüş, K., Sevinç, G., & Khaghanı, E. (2015). İki Farklı Kültürdeki Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi: Farklı İki Ülke Örneği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, *5*, 19-33
Yazıcı, K. (2006). Değerler Eğitimi'ne Genel Bir Bakış. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, (19), 499-522
Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/156875
Yelekçi E. (2018). *Lisansüstü Eğitim Alan Ve Almayan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 576147)
Yetim S. (2014). *Nazilli Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Otonomileri Ve Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 376859)
Yıldız, S. (2003). Profesyonel Hemşirenin Rol Ve İşlevleri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, *7*(2), 35-40
Yumuşak T. (2020). *Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Ve Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). YÖKTEZ. (Tez No: 653798)
Weins, G. A. (1990). Expanded Nurse Autonomy. *The Journal Of Nursing Administration*, *20*(12), 15-22

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

HPDÖ: Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği
HAÖ: Hemşirelik Aktivite Ölçeği
Min: Minimum
Max: Maksimum
N (n): Frekans
p: İstatistiksel anlamlılık
r: Korelasyon katsayısı
vb: Ve benzeri
%: Yüzde
± : Artı eksi

8. EKLER

Ek 1. Gönüllü Olur Formu

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU
ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Lütfen bu dokümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız

Sizi Şeniz Başaran tarafından yürütülen "**Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi: Bir Hastane Örneği**" başlıklı anketе dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu anket 93 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 30 dakika süre almaktadır.

Araştırma Sorumlusu

Şeniz Başaran

Ek 2. Hemşire Tanımlama Formu

Tanılama Formu

1. Yaşınız?
   - ☐ ……
2. Cinsiyetiniz?
   - ☐ Kadın
   - ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz?
   - ☐ Evli
   - ☐ Bekar
4. Mesleğiniz?
   - ☐ Ebe
   - ☐ Hemşire
   - ☐ Ameliyathane teknikeri
5. Eğitim durumunuz?
   - ☐ Lise
   - ☐ Önlisans
   - ☐ Lisans
   - ☐ Lisanstüstü
6. Sağlık sektöründeki çalışma süreniz ne kadardır?
   - ☐ ……
7. Ameliyathanede çalışma süreniz ne kadardır?
   - ☐ ……
8. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
   - ☐ Evet
   - ☐ Hayır
9. Sizce hemşireler sağlık bakım sistemi içinde rollerini mesleki amaçlar doğrultusunda yerine getirebiliyor mu?
   - ☐ Evet
   - ☐ Hayır
   - ☐ Kısmen
10. Cevabınız kısmen ya da hayır ise size göre nedenleri nelerdir? En önemli 5 tanesini yazınız.
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
11. Mesleki uygulamalarınızda bağımsız karar vermenizi etkileyen faktörlerin en önemli bulduğunuz 5 tanesini yazınız.
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
    - ☐ ……
12. Daha önce profesyonellik ile ilgili eğitim aldınız mı?
    - ☐ Evet …… süre ile
    - ☐ Hayır
13. Sizce profesyonellik nedir?
    - ☐ ……
14. Sizce otonomi nedir?
    - ☐ ……

Ek 3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

Önemli değil	Biraz önemli	Önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1	2	3	4	5

1. Sürekli öz- değerlendirme yapmak	1	2	3	4	5
2. Bireyin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalındığı zaman konsültasyon/işbirliği istemek	1	2	3	4	5
3. Toplumu güvenli olmayan sağlık ürünlerinden/uygulamalarından korumak	1	2	3	4	5
4. Kaynakların paylaşımını/dağılımı etkileyen ulusal politika kararlarının belirlenmesinde yer almak	1	2	3	4	5
5. Hemşirelik mesleğinin değerlerini ve amaçlarını açıkça ifade etmek	1	2	3	4	5
6. Sağlık ekibine bireye ait bilgi sağlamak	1	2	3	4	5
7. Eş düzeydeki meslektaşların birbirini değerlendirmesinde yer almak	1	2	3	4	5
8. Araştırmaların uygunluğunu belirlemek için rehberleri kullanmak	1	2	3	4	5
9. Günlük hemşirelik uygulamalarına rehber olarak standartları belirlemek	1	2	3	4	5
10. Öğrenciler için planlanmış öğrenim etkinliklerinin yapıldığı yerlerde standartları sağlamak ve sürdürmek	1	2	3	4	5
11. Hemşirelik tanılarını koymak için tanılama verilerini kullanmak	1	2	3	4	5
12. Kendi mesleki uygulamalarının meslektaşları tarafından değerlendirilmesini istemek	1	2	3	4	5
13. Bireyin/ailenin karar verebilmesi için bilgi sağlamak	1	2	3	4	5
14. Bireyin tedavi planını seçme hakkı olduğunu kabul etmek	1	2	3	4	5
15. Gizli bir bilginin açıklanması istendiğinde yazılı rehberlere uygun hareket etmek	1	2	3	4	5
16. Etik rehberlerin gelişmesine katkıda bulunmak	1	2	3	4	5
17. Hemşirelik standartlarının yürütülmesi ve gözetilmesi açısından topluma karşı sorumluluk almak	1	2	3	4	5
18. İş koşulları ve kurallarının belirlenmesinde yer almak	1	2	3	4	5

19.	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının sınırlarını kabul etmek	1	2	3	4	5
20.	Mesleğin imajını yükseltmek için eğitimiyle paralellik gösteren hemşire unvanını (uzman hemşire, doktoralı hemşire vb.) kullanmak	1	2	3	4	5
21.	Standartlar doğrultusunda kalitesi yüksek hemşirelik bakımı sağlamak	1	2	3	4	5
22.	Hemşirelik bakımını geliştirmeye yönelik standartların değerlendirilmesinde yer almak	1	2	3	4	5
23.	Kaynakların paylaşımını etkileyen kurumsal kararların belirlenmesinde yer almak	1	2	3	4	5
24.	Sahip olunan mesleki değerlerle etik açıdan ters düşen bakım uygulamalarına katılmayı reddetmek	1	2	3	4	5
25.	Hasta savunucusu olarak hareket etmek	1	2	3	4	5
26.	Farklı yaşam tarzı olan bireylere ön yargısız bakım sağlamak	1	2	3	4	5
27.	Bireyin gizlilik hakkını güvence altına almak	1	2	3	4	5
28.	Kuşkulu ya da uygunsuz uygulamaları olan sağlık ekibi elemanlarına karşı çıkmak	1	2	3	4	5
29.	Araştırmalarda katılımcıların (örneklem grubuna alınanların) haklarını korumak	1	2	3	4	5
30.	Uygun araştırmaları uygulamalarda kullanmak	1	2	3	4	5
31.	Uygulamada rehber olarak Etik İlkeleri kullanmak	1	2	3	4	5

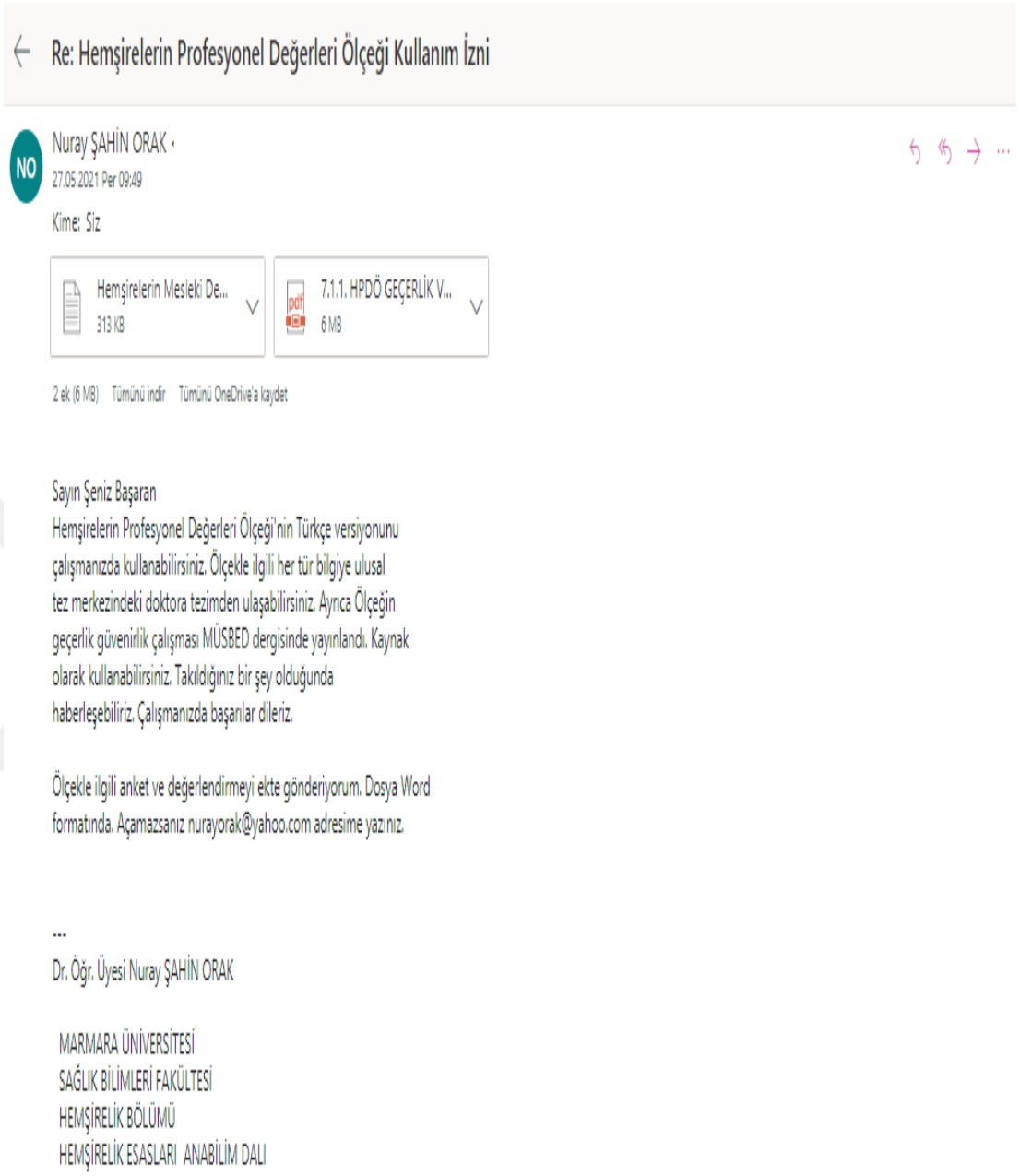
Ek 4. Hemşirelik Aktivite Ölçeği

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

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 arkadaşlarımın, 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 suçları üstlenirim	1	2	3	4

Ek 5. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Kullanım İzni



Re: Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Kullanım İzni

NO

Nuray ŞAHİN ORAK ‹

27.05.2021 Per 09:49

Kime: Siz

Hemşirelerin Mesleki De... 313 KB

7.1.1. HPDÖ GEÇERLİK V... 6 MB

2 ek (6 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

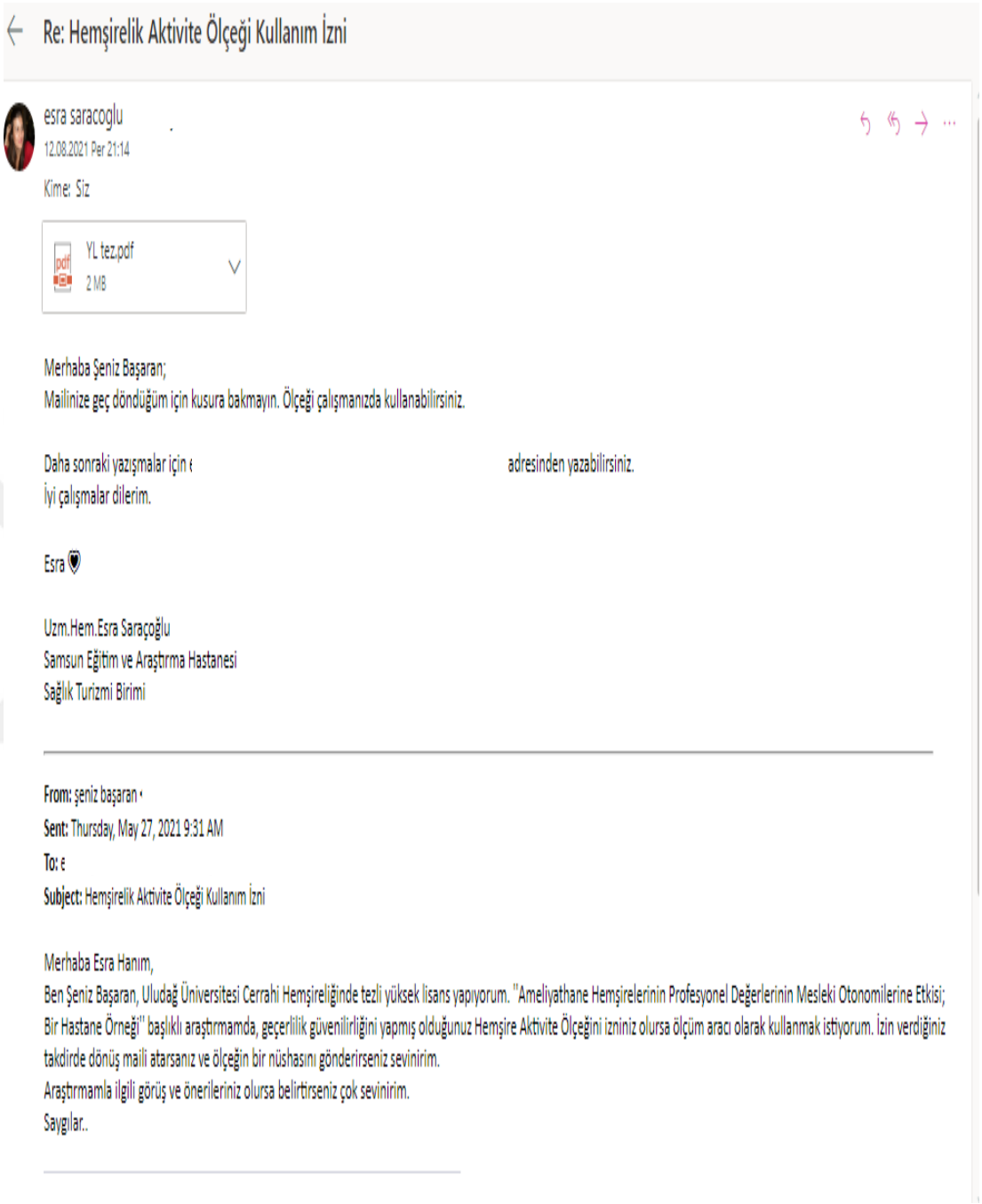
Sayın Şeniz Başaran
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Türkçe versiyonunu çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili her tür bilgiye ulusal tez merkezindeki doktora tezimden ulaşabilirsiniz. Ayrıca Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması MÜSBED dergisinde yayınlandı. Kaynak olarak kullanabilirsiniz. Takıldığınız bir şey olduğunda haberleşebiliriz. Çalışmanızda başarılar dileriz.

Ölçekle ilgili anket ve değerlendirmeyi ekte gönderiyorum. Dosya Word formatında. Açamazsanız nurayorak@yahoo.com adresime yazınız.

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

Ek 6. Hemşirelik Aktivite Ölçeği Kullanım İzni



Re: Hemşirelik Aktivite Ölçeği Kullanım İzni

esra saracoglu
12.08.2021 Per 21:14

Kime: Siz

YL tez.pdf
2 MB

Merhaba Şeniz Başaran;
Mailinize geç döndüğüm için kusura bakmayın. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Daha sonraki yazışmalar için ‹ adresinden yazabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Esra

Uzm.Hem.Esra Saraçoğlu
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sağlık Turizmi Birimi

From: şeniz başaran ‹
Sent: Thursday, May 27, 2021 9:31 AM
To: ɛ
Subject: Hemşirelik Aktivite Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba Esra Hanım,
Ben Şeniz Başaran, Uludağ Üniversitesi Cerrahi Hemşireliğinde tezli yüksek lisans yapıyorum. "Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi; Bir Hastane Örneği" başlıklı araştırmamda, geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hemşire Aktivite Ölçeğini izniniz olursa ölçüm aracı olarak kullanmak istiyorum. İzin verdiğiniz takdirde dönüş maili atarsanız ve ölçeğin bir nüshasını gönderirseniz sevinirim.
Araştırmamla ilgili görüş ve önerileriniz olursa belirtirseniz çok sevinirim.
Saygılar..

Ek 7. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurul Onayı

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ	**OTURUM SAYISI**
30 Eylül 2020	2020-08

KARAR NO 1: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Şeniz BAŞARAN'ın Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi; Bir Hastane Örneği" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve ölçek sorularının incelenmesi geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Şeniz BAŞARAN'ın Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi; Bir Hastane Örneği" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve ölçek sorularının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere *(çalışmaya başlamadan önce anketin uygulanacağı kurum, kuruluş, ŞUAM Başhekimliği ve klinik sorumlusu vb. gerekli yerlerden yazılı izinlerin alınarak)* uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Ek 8. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Onayı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
19/01/2021 11:39 / 31234050 / 799 / E-31234050-799-1496

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : E-31234050-799
Konu : Dilekçeniz Hk.

Sayın Şeniz ÖNCÜ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından **"Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi; Bir Hastane Örneği"** başlıklı tez çalışması için Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan almış olduğunuz izne dayanarak gerekli olan anket ve ölçeğini hastanemizde çalışan ameliyathane hemşirelerine çalışma işleyişini etkilemeyecek şekilde uygulayabilmenize ilişkin vermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiş olup, **uygun olduğuna, karar verildi.**

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

–

Prof.Dr.Levent ÖZDEMİR
Başhekim

Ek:
1- Şeniz ÖNCÜ'nün Dilekçesi Hk.
2- 18.01.2021 TUEK Kararları

Tıpta Uzmanlık Eğitim Sekreterliği Birimi - Mimarsinan Mah. Emniyet Cad. Yıldırım BURSA
Telefon: (Faks No:
e-Posta: i İnternet Adresi: www.bursayuksekihtisaseah.saglik.gov.tr
Bilgi için: İlknur GÜNEŞ
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 2a05765b-8afd-4be5-9d17-378023a97934 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU

Karar No: 182
Toplantı Tarihi: 18.01.2021
Başkan: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR
Üyeler: Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT, Prof. Dr. Yusuf TÜZÜN Doç. Dr. Cuma Bülent GÜL, Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ, Doç. Dr. Metin GÜÇLÜ, Doç. Dr. Kağan HUYSAL

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU KARARLARI

Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR
(Başkan)

Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT
Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Yusuf TÜZÜN
(Üye)

Doç. Dr. Cuma Bülent GÜL
(Üye)

Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ
(Üye)

Doç. Dr. Metin GÜÇLÜ
(Üye)

Doç. Dr. Kağan HUYSAL
(Üye)

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 2a05765b-8afd-4be5-9d17-378023a97934 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA İSTATİSTİK, ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
19/02/2021 12:12 - E-67508481 - 799 - 244
00135000163

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın uygunluğunu değerlendirmek üzere 16.02.2021 tarihinde toplanmıştır.

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 07.12.2020 tarih ve E.1688 sayılı ekli yazısında Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi Nursel VATANSEVER'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Şeniz ÖNCÜ'nün "Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Mesleki Otonomilerine Etkisi: Bir Hastane Örneği" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama isteğine ilişkin belgeleri incelenmiştir.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme neticesinde, söz konusu çalışmanın adı geçen hastanede yapılan hizmetleri aksatmayacak şekilde, Covid-19 önlemlerine riayet edilerek, kişisel verilerin korunması hakkındaki kanun ve yönetmeliklere uyulmak kaydı ile yapılması uygun bulunmuş olup, çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm.Dr.Hande OCAKOĞLU
Halk Sağlığı Uzmanı (Üye)

Uzm.Dr.Hasret YÜCEL ÖZBÖLÜK
Tıbbi Farmakoloji Uzmanı (Üye)

Emine SARIOĞLU
Uzman (Üye)

Hasan ARSLAN
Uzman (Üye)

16 / 02 / 2021
Uzm.Dr. Salih METİN
Kamu Hast. Hiz. Bşk.Yrd.
(Komisyon Başkanı)

Ek: Şeniz ÖNCÜ Başvuru Belgeleri

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge [illegible] https://[illegible]-ebys
Telefon: Faks No: Dahili: 1016
e-Posta: İnternet Adresi: bursa@saglik.gov.tr
Tıbbi Sek
Telefon No: (0 224) 600 3

9. TEŞEKKÜR

Gerek tez çalışmam süresince gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Nursel VATANSEVER'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana katkı sağlayan hocam Sayın İlker ERCAN'a ve tüm hocalarıma,

Hayatımın her anında yanımda oldukları gibi bu araştırmayı sürdürebilme aşamasında da benim elimden tutup daima arkamda duran, varlıklarını ve emeklerini hiç esirgemeyen sevgili aileme,

En büyük motivasyon kaynağım, her zaman desteğini yanımda hissettiğim, hayat arkadaşım, sevgili eşim Mustafa ÖNCÜ'ye, bu yolculuğumun son evresinde varlığıyla bana güç kaynağı olan canım oğluma,

Çalışmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma,

En içten duygularımla teşekkür ederim…

Şeniz BAŞARAN

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Şeniz	**Soyadı**	Başaran

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans	Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	-*
Lisans	T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Lise	Bursa Ahmet Vefik Paşa Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimleri

Görevi	**Kurum**	**Yıl**
Servis Hemşiresi	Fulya Acıbadem Hastanesi	2015-2017
Servis Hemşiresi	Bursa Acıbadem Hastanesi	2017-2017
KVC Hemşiresi	Bursa Medicana Hastanesi	2017-2020
Ameliyathane Hemşiresi	S.B.Ü.Bursa Yüksek İhtisas E.A.H.	2020-…

Yabancı Diller	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**
İngilizce	Orta	Orta	Orta
	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı (2016)	75	75	68

Bilgisayar Program Bilgisi	**Kullanma Becerisi**
Word	İyi
Powerpoint	İyi
Excel	Orta
SPSS	Orta