



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM
DALI



**3. BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HEMŞİRELERİN
PROFESYONELLİK DEĞERLERİ ve PROFESYONELLİK
DEĞERLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ:
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

BURÇIN DEMİRCİOĞLU

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2021

Burçin DEMİRCİOĞLU

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI



**3. BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HEMŞİRELERİN
PROFESYONELLİK DEĞERLERİ ve PROFESYONELLİK
DEĞERLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ:
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

BURÇİN DEMİRCİOĞLU

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
DOÇ. DR. ELİF ATICI**

BURSA-2021

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “3. Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Burçin DEMİRCİOĞLU

Tarih ve İmza

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

05/07/2021

Adı Soyadı: Burçin DEMİRCİOĞLU

Anabilim Dalı: Tıp Tarihi ve Etik

Tez Konusu: 3. Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Doç. Dr. Elif ATICI

İmza:

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	II
KABUL ONAY	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER	V
TÜRKÇE ÖZET	X
İNGİLİZCE ÖZET	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Hemşirelikte Profyonelleşmenin Önündeki Engeller	4
1.3. Tezin Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Temel Kavramlar	7
2.1.1. İş	7
2.1.2. Meslek	8
2.1.2.1. İş ve Meslek Arasındaki Farklılıklar	9
2.1.2.2. Meslek Olma Ölçütleri	10
2.1.3. Profyonellik	11
2.1.4. Mesleki Değerler	11
2.2. Hemşirelik Mesleği ve Profyonellik Süreci.....	12
2.2.1. Hemşire, Hemşirelik	12
2.2.1.1. Hemşire ve Hemşirelik Tanımı	13
2.2.1.2. Hemşirenin Rollerini	14
2.2.1.3. Hemşire Görev Tanımı	15
2.2.1.4. Hemşirelik İmajı (İmgesi)	17
2.2.1.5. Hemşireliğin Kısa Tarihi	19
2.2.1.5.1. Genel Hemşirelik Tarihi	19
2.2.1.5.2. Modern Hemşireliğin Başlaması	21

2.2.1.5.3. Türkiye’de Hemşireliğin Gelişimi	23
2.2.1.5.4. Hemşirelikte İlk Örgütlenme Süreci	26
2.2.2. Hemşirelikte Profesyonelliğin Temel Özellikleri	27
2.2.3. Hemşirelikte Profesyonelleşmenin Boyutları	28
2.2.3.1. Profesyonelleşmenin Bilişsel Boyutu	28
2.2.3.2. Profesyonelleşmenin Tutumsal Boyutu	28
2.2.3.3. Profesyonelleşmenin Psikomotor Boyutu	29
2.3. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik Ölçütleri	29
2.3.1. Eğitimsel Hazırlık	30
2.3.2. Araştırma	31
2.3.3. Yayın ve İletişim	31
2.3.4. Otonomi (Özerklik)	32
2.3.5. Mesleki Örgütlenmeye Katılım	34
2.3.6. Sürekli Eğitim ve Yeterlik	36
2.3.7. Toplum Hizmet Sunma	36
2.3.8. Teori	37
2.3.9. Hemşirelik Kodları	39
2.3.9.1. Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi	40
2.3.9.2. Bireye Saygı-Özerklik İlkesi	40
2.3.9.3. Adalet-Eşitlik İlkesi	41
2.3.9.4. Mahremiyet-Sır Saklama İlkesi	41
3. GEREÇ ve YÖNTEM	42
3.1. Araştırma Tasarımı ve Yöntemi	42
3.2. Araştırma Soruları	42
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	42
3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi	42
3.5. Veri Toplama Araçları	43
3.5.1. Anket Formu	43
3.5.2. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)	43
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	44
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	45
3.7. Verilerin Toplanması	45

3.8. Verilerin Analizi	45
3.9. İzin ve Onaylar	45
4. BULGULAR	46
4.1. Hemşire Tanıtım Formu Veri Analizi	46
4.2. Mesleki Profesyonellik Parametrelerinin Veri Analizi	50
4.2.1. Mesleki Profesyonellik Ölçütleri	50
4.2.2. Mesleki Örgütlenme	51
4.2.3. Görev Tanımı	52
4.2.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme	54
4.2.5. Hemşirelik Eğitimi	56
4.2.6. Otonomi	56
4.2.7. Ekip Çalışması	58
4.2.8. Profesyonellik	59
4.3. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)	61
4.3.1. Güvenlik Alt Boyutu	61
4.3.2. Sorumluluk Alt Boyutu	61
4.3.3. Harekete Geçme Alt Boyutu	62
4.3.4. Otonomi Alt Boyutu	62
4.3.5. İnsan Onuru Alt Boyutu	62
4.4. Anket Soruları ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) Arasındaki İlişkinin Analizi	65
4.4.1. Kategorik ve Sürekli Değişkenler ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	65
4.4.2. Mesleki Profesyonellik Parametreleri ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	67
4.4.2.1. Mesleki Profesyonellik Ölçütleri ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi.....	67
4.4.2.2. Mesleki Örgütlenme ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	69
4.4.2.3. Görev Tanımı ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	71
4.4.2.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	73
4.4.2.5. Hemşirelik Eğitimi ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	76
4.4.2.6. Otonomi ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	78
4.4.2.7. Ekip Çalışması ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	80
4.4.2.8. Profesyonellik Kavramı ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi	82

5. TARTIŞMA	85
5.1. Katılımcı Profili	85
5.2. Mesleki Örgütlenme	85
5.2.1. Mesleki Örgütlenmenin Önemi ve Gerekliliği	85
5.2.2. Mesleki Örgütlenme Durumu	86
5.2.3. Mesleki Örgütlenmeye Katılımda Engeller	88
5.3. Görev Tanımı	90
5.3.1. Görev Tanımının Önemi ve Gerekliliği	90
5.3.2. Görev Tanımı ile İlgili Sorunlar	90
5.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme	92
5.4.1. Alanında Yenilikleri Takip Etmenin Önemi ve Gerekliliği	92
5.4.2. Alanında Yenilikleri Takip Etme Durumu	93
5.4.3. Alanında Yenilikleri Takip Etmede Engeller	94
5.5. Hemşirelik Eğitimi	96
5.5.1. Hemşirelik Eğitiminin Niteliği ve Yeterliliği	96
5.5.2. Hemşirelik Eğitimi Yeterli Bulmama Durumunun Değerlendirilmesi ..	98
5.6. Otonomi (Özerklik)	99
5.6.1. Otonomiye Sahip Olma Durumunun Değerlendirilmesi	99
5.6.2. Otonomiye Olumsuz Etkileyen Nedenler	100
5.7. Ekip Çalışması	102
5.7.1. Sağlık Ekibinin Bir Parçası Olma	102
5.7.2. Ekip İçi İletişimde Olumsuzluklar	103
5.8. Profesyonellik	104
5.8.1. Hemşirelerin Profesyonellik Durumlarını Değerlendirmesi	104
5.8.2. Hemşirelerde Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Faktörler	106
5.9. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri	107
5.9.1. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Puanlamasının Değerlendirilmesi	107
5.9.2. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutların Değerlendirilmesi	108
5.9.2.1. Kategorik Değişkenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	110
5.9.2.1.1. Eğitim Düzeyi	110
5.9.2.1.2. Çalışılan Birimdeki Görev ve Yöneticilik Pozisyonu	111
5.9.2.1.3. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu	111

5.9.2.2. Hemşirelere Göre Mesleki Profesyonellik Ölçütleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	112
5.9.2.2.1. Mesleki Örgütlenmeye Katılım ve Katılmama Nedenleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki	112
5.9.2.2.2. Görev Tanımı ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki	113
5.9.2.2.3. Alanında Yenilikleri Takip Etme ve Takip Etmeme Nedenleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki	114
5.9.2.2.4. Otonomi Durumu ve Otonomiye Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki.....	115
5.9.2.2.5. Ekip İçi İletişimi Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki	116
5.9.2.2.6. Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki	116
5.10. Sonuç ve Öneriler.....	117
5.10.1. Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi	117
5.10.2. Öneriler	119
6. KAYNAKLAR	121
7. SİMGELER ve KISALTMALAR	138
8. EKLER	139
8.1. EK 1 - Anket Formu.....	139
8.2. EK 2 - Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)	142
8.3. EK 3 - Etik Kurul Kararı	144
8.4. EK 4 - HPDÖ Kullanım İzni	145
9. TEŞEKKÜR	146
10. ÖZGEÇMİŞ.....	147

TÜRKÇE ÖZET

3. Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği

Giriş: Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hemşirelerin profesyonelleşme sürecinde hangi noktada yer aldıklarını ve profesyonellik değerlerini hangi faktörlerin etkilediğini belirleyerek profesyonelleşme sürecinde yaşanan sorunlara dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın tasarımı tanımlayıcı ve kesitseldir. Veriler literatür bilgisine dayalı olarak hemşirelikte profesyonellik ölçütleri temel alınarak hazırlanan hemşire tanıtım formu ve mesleki profesyonellik formundan oluşan 35 soruluk anket formu ve 31 maddelik Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ) kullanılarak Bursa ilinde bulunan devlet üniversitesi eğitim araştırma hastanesinde çalışan 500 hemşirenin katılımı ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı testler kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %90,8'i kadın, %73,4'ü evli, %76,2'si lisans mezunudur. Lisansüstü eğitim oranı %13,6'dır. %61,4'ü dâhili tıp bilimlerinde, %60,3'ü vardiyalı, %67,8'i klinik hemşiresi, %12'si yönetici pozisyonunda çalışmaktadır. Ortalama mesleki hizmet süresi 14,5±8,0 yıldır. Hemşirelerin %82,6'sı gelir düzeyini yetersiz bulmakta, %68'i mesleği tercih etmemektedir. Mesleki profesyonellik ölçütleri arasında ilk sıralarda en az lisans eğitiminin şart olduğunu (%77,4), uzmanlaşma (%74) ve güçlü mesleki örgütlenmenin (%73,8) gerekliliğini belirtmişlerdir. Dernek üyelik oranı %47,4'tür. Derneklerin meslek adına bir şey yapmaması (%52,5), zaman bulamama (%46,8) öncelikli üye olmama nedenleridir. Hastanın zarar görmemesi, hizmetin aksamaması (%69,7) ve problemi hemen çözmek (%56,8) için görev tanımına uygun olarak çalışmadıklarını, hekimin yardımcısı (%74,4) ve ara eleman olarak (%70,4) görülmelerinin, standart eğitim olmayışının (%42,6), itaatkâr kişilik yapılarının (%28,4) otonomilerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. %59'u alanda yenilikleri takip etmemektedir. Bunun başlıca nedeni uzun çalışma saatleridir (%46). Mezuniyet öncesi eğitimi yeterli bulmayanlar (%46,6) eğitim içeriğinin hizmetin gerekenlerini kapsamadığını belirtmiştir. Profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenlerin başında yoğun iş yükü (%80,6), görev tanımı dışında çalışma (%68,2) ve hiyerarşik yapı (%67,4) gelmektedir. Hemşirelerin profesyonel değerleri ortalamasının üzerindedir (118,74±19,38). En yüksek ortalama puan insan onuru, en düşük ortalama puan otonomi alt boyutundadır. Eğitim durumu, görev yeri, mesleği isteyerek seçme ile HPDÖ arasında anlamlı ilişki vardır (p<0,05).

Tartışma ve Sonuç: 3. basamak sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerleri ortalamasının üzerinde olup, profesyonellik değerleri ile profesyonellik ölçütleri arasında doğrusal bir ilişki olduğu, hemşirelerin profesyonellik ölçütlerine uygun çalışmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Profesyonellik, Otonomi, Profesyonel değerler

İNGİLİZCE ÖZET

Examination of the Professional Values and the Factors Affecting the Professional Values of Nurses Providing Tertiary Health Care: The University Hospital Example

Introduction: It is aimed to draw attention to the problems experienced in the professionalization process by determining at what point the nurses providing tertiary health care take place in the professionalization process and which factors affect their professionalism values.

Materials and Methods: The design of the study is descriptive and cross-sectional. The data were collected with the participation of 500 nurses working in a state university training and research hospital located in Bursa using a 35-question questionnaire consisting of a nurse introduction form and a professional professionalism form prepared on the basis of the criteria of professionalism in nursing based on literature knowledge, and a 31-item Nurses' Professional Values Scale (NPVS). Descriptive and correlational tests were used in the analysis of the data.

Results: 90.8% of the participants are women, 73.4% are married, 76.2% are undergraduate graduates. Postgraduate education rate is 13.6%. 61.4% work in internal medicine, 60.3% work in shifts, 67.8% work as clinical nurses and 12% in managerial positions. The average professional service period is 14.5 ± 8.0 years. 82.6% of the nurses find the income level insufficient, 68% of them do not prefer the profession. They stated that at least undergraduate education is a necessity (77.4%), specialization (74%) and a strong professional organization (73.8%) are required in the first place among professional professionalism criteria. The membership rate of the association is 47.4%. Associations not doing anything in the name of the profession (52.5%), not finding time (46.8%) are the primary reasons for not being a member. They stated that they could not work in accordance with the job description in order not to harm the patient, not to interrupt the service (69.7%) and to solve the problem immediately (56.8%). They stated that being seen as an assistant (74.4%) and intermediate staff (70.4%), lack of standard education (42.6%), and obedient personality structures (28.4%) negatively affect their autonomy. 59% do not follow innovations in the field. The main reason for this is long working hours (46%). Those who did not find the pre-graduate education sufficient (46.6%) stated that the content of the education did not cover the requirements of the service. Heavy workload (80.6%), working outside the job description (68.2%) and hierarchical structure (67.4%) are the leading causes that negatively affect professionalism. Professional values of nurses are above the average (118.74 ± 19.38). The highest average score is in the human dignity, the lowest average score is in the autonomy sub-dimension. There is a significant relationship between education level, place of duty, choosing the profession willingly and NPVS ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: It was determined that the professionalism values of the nurses providing tertiary health care services were above the average, there was a linear relationship between the professionalism values and the professionalism criteria, and the nurses could not work in accordance with the professionalism criteria.

Key words: Nursing, Professionalism, Autonomy, Professional values

1. GİRİŞ

“Hekimler savaş oyunlarını haritalandırıyor olabilirler, ancak çatışmayı katlanılabılır kılan hemşirelerdir.”

Jodi Picoult

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

İnsan, irade, bilinç ve idrak sahibi bir varlık olarak kâinatı anlama, çevreyi ve doğal olayları kavrama yeteneğine sahiptir. Bu özellikleriyle manevi ve maddi varlığını geliştirmek, refah içinde, güvenli ve mutlu bir şekilde yaşamak ister. İnsanın varoluşu ile birlikte verimlilik ve nüfus artışı, insanlar arasında dayanışmayı, iş kavramını ve işbölümünü kendiliğinden oluşturmuştur (Genç, 1991). Öte yandan her insanın toplumsal yaşamda iş yapma ve meslek sahibi olabilme istemi, başka bir ifadeyle daha aktif olma ihtiyacı, istihdam politikalarında ve toplumsal iş bölümünde mesleklerin stratejik bir yer almasına neden olmuştur (Korkmaz, & Görgülü, 2010).

Günümüzde küresel boyutta sağlık ve sosyal iş gücünün %70'ini kadınlar, sağlık sisteminin temel unsurları arasında yer alan hemşireler ve ebeler ise sağlık işgücünün yarısını oluşturmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni, 2020). Özellikle dünya nüfusunun hızla arttığı ve yaşam süresinin uzadığı 1960'larda sağlık hizmeti sunumunun değişen ve artan gereksinimleri karşılayacak şekilde gelişmesi beklentisi hemşirelik hizmetlerinin önemini artırmıştır (World Health Organization [WHO], 2016). Bununla birlikte 1970'lere kadar kadın mesleği olarak görülen hemşirelik yarı profesyonel bir kariyer olarak değerlendirilmiştir. Özellikle bilimsel temellerin oluşturulmamış olması, hemşirelerin eğitime gereksinim duymaları konusundaki tartışmalar, hemşirelik eğitiminin akademik düzeyde olmaması, hemşirelik uygulamaları ile ilgili teorilerin ve teoriye dayalı araştırmaların olmaması, iş yükünün fazlalığı ve yarı zamanlı çalışma durumu hemşireliğin meslek olarak kabulü ve profesyonelleşmesinin önündeki engeller olarak sıralanmıştır (Schmidt, & McArthur, 2017).

Değişen ya da artan hizmet gereksinimlerine uyum sağlama ve sağlık hizmeti sunanların bu doğrultuda gelişiminin ve desteklenmesinin kaliteli sağlık hizmeti sunumunun gerekenleri arasında yer alması, hemşirelik hizmeti gereksinimindeki artış meslek mensuplarının ulusal ve uluslararası alanda seslerini duyurmalarına zemin oluşturmuştur (WHO, 2016). Bununla birlikte profesyonel bir kimlik geliştirmek ve sürdürmek için hemşirelerin de mesleki değerleri içselleştirmeleri gerekmektedir (Schmidt, & McArthur, 2017)

Hemşirelerin profesyonelleşme süreci nitelikli mesleki eğitim, uygulama alanlarında teorik bilgiyi kullanma, hemşirelik etik kodlarını uygulama, toplumsal değerleri paylaşma, bilimsel bilgi birikimini sağlama, mesleki örgütlenmeyi gerçekleştirme, yaşamsal değeri olan konulara odaklanabilme ve otonomi sahibi olma gibi temel profesyonellik özelliklerini kapsamaktadır. Mesleğe yönelik standartların oluşturulması, kaliteli bakım verilmesi ve hizmetin geliştirilmesi mesleki profesyonellik için son derece önemlidir (Tarhan, Kılıç, & Yıldız, 2016).

Bilimsel gelişimin en temel aracı olan araştırmayla elde edilen bilimsel bilgi hemşirelik uygulama ve bakımını olumlu yönde etkilemektedir. Araştırma bulgularına dayanarak hemşirelik bakımının verilmesi hemşirelik uygulamalarının etkinliği ve yeterliliği için temel oluşturmaktadır (Öztürk, Kaya, Ayık, Uygur, & Cengiz, 2010). Hizmet sunumunun planlanması, gerekli bilgi ve donanımın belirlenmesi, oluşabilecek sorunların öngörülmesi ve bu durumda izlenilecek yol ve stratejilerin oluşturulabilmesi ise mesleki profesyonelliğin kapsamını oluşturmaktadır (Adıgüzel, Özkan, & Tanrıverdi, 2011; Budak, 2009).

Hemşirelik mesleğinin özerklik kazanabilmesinde bilgi ön koşuldur. Çünkü bireyin irade özgürlüğüne sahip olarak uzmanı olduğu mesleği veya görevi ile ilgili bağımsız şekilde karar verme serbestliğinin oluşması elde edilen bilgiyle oluşmaktadır. Hemşirelerin bilgili, iyi yetişmiş ve deneyimli olmalarının yanı sıra uzmanlık alanıyla ilgili konularda karar verebilme serbestliğine sahip olmaları da gerekmektedir. Aksi halde mesleki özerkliğin sağlanmasından söz edilemez (Doğan, & Can, 2009).

Belirli hedeflere ulaşmak için hemşirelik mesleğini uygulayan bireylerin her alanda güç kazanmasının yolu, birlikte hareket edebilmeleri ve hemşireler arasında yapıcı ilişkilerin geliştirilmesidir. Hemşirelerin politik etkinliklerini arttırmaları ve örgütlenmeleri bu amaca hizmet etmektedir (Karaöz, 2004). Mesleki derneklere katılım profesyonel değerlere katkı sağlayan en önemli adımlardan birisidir. Meslek bireylerinin örgütlenmesi ve derneklere katılım sağlanmasıyla bireyler güçlenir ve ulaşmak istedikleri amaçlara doğru birlikte hareket ederler. Hemşirelik gibi gelişimini sürekli olarak sürdürmesi gereken meslek grupları, ortak karar alarak ve birlikte harekete geçme süreci içinde bir amaç çevresinde daha kolay bir şekilde toplanırlar (Çiçek, Fatma, Şerbet, & Deniz, 2018).

Hemşirelerin görev ve sorumlulukları üzerinde etki oluşturan gelişmeler, hemşirelerin sadece bakım veren değil aynı zamanda eğitici, danışman, karar verici, yönetici, işler arasında düzen ve uyum sağlayıcı rollerini de gündeme getirmiştir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda sağlık bakım sektöründeki seri değişimler profesyonel hemşireye olan gereksinimi artırmaktadır (Adıgüzel ve ark., 2011). Profesyonel hemşireler, küresel sağlık hizmeti sunumunda hayati bir rol oynamaktadırlar. Sağlık çalışanları için adil, demokratik, barışçıl bir ortam sağlamak hasta bakımı ve memnuniyetini de doğrudan etkilemektedir (Terzioglu, Temel, & Sahan, 2016).

Hemşireliğin meslek olup olmadığı konusu 1900'lü yıllardan günümüze birçok yazar tarafından kaleme alınmıştır. Bazı yazarlar hemşireliği bir meslek olarak görürken, bazıları da hâlâ meslekleşme sürecinde olduğunu savunmaktadırlar. Diğer alanlardaki araştırmacılar ise hemşireliği bir yarı meslek olarak tanımlamaktadır (Adams, & Miller, 2001; Karadağ, 2002).

Karadağ'a göre hemşirelik, otonomi (özerklik) ve güvenilir bilgi temelli olma gibi mesleğin bazı temel unsurlarından yoksundur. Hemşireler, yaptıkları işin bir meslek olduğunu düşünmekle birlikte profesyonel kimliğin nasıl tanımlandığını bilememektedirler. Meslek mensuplarınca meslekleşmeyi engelleyen faktörlerin ne olduğunun anlaşılması, mesleğin tanımının ve anlamının kavranması hemşireliğin meslekleşme ve profesyonellik yolunda gelişme göstermesi için gerekliliktir (Karadağ, 2002).

Mesleki bilgi ve beceri kadar mesleki davranışın temel ilkelerinin anlaşılması ve bu ilkeler doğrultusunda karar verebilmenin içselleştirilmesi ve eyleme geçme profesyonel hemşirelik için gereklidir. Bu bağlamdan bakıldığında hemşirelik uygulamalarının bu düzeye taşınmasında engeller olduğunu söylemek mümkündür. Literatürde hemşirelikte profesyonellik değerlerini etkileyen faktörler bulunduğu ifade edilmektedir (Göriş, Kılıç, Ceyhan, & Şentürk, 2014; Kaya, & Kantek, 2016; Getu, Gemru, & Semaw, 2015).

1.2. Hemşirelikte Profesyonelleşmenin Önündeki Engeller

Birtakım engeller ve zorluklar profesyonelleşme sürecini engellemekte ya da yavaşlatmaktadır (Gönç, 2015). Profesyonel meslek konumunu kazanmak için engellerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Genel olarak eğitimde standardizasyon olmaması, örgütlenmede yetersizlik, görev tanımı belirsizliği, uzmanlaşmama, araştırma yetersizliği, bilimsel bilgi birikiminin üretimi ve kullanımında yetersizlik, otonomiye sahip olamama ve hemşirelerin kendi olumsuz profesyonellik algıları engeller olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hemşirelik mesleğini uygulayan bireylerin mevcut iş gücünde lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde mesleki eğitim almaları, lisans mezunu hemşirelerin teorik bilgi düzeylerinin lise ve ön lisans mezunlarına oranla yüksek olması, öte yandan özel ve kamu sektöründe çalışma şartlarının farklı olması ve Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişikliklerle birlikte sağlık meslek lisesinden mezun olanların mezuniyet sonrasında hemşire olarak değil, hemşire yardımcısı olarak çalışması ayrıca eğitim farklılıklarının ücrete yansımaları meslek üyelerinin kendi içerisinde bölünmesine neden olmaktadır. Hemşirelik meslek üyelerinin kendi aralarındaki bölünmeler, mesleki derneklere üye olan hemşire sayısını azaltırken etkinliklere katılım durumları dikkate alındığında örgütlenmenin istenilen düzeye ulaşmadığı da görülmektedir (Kuşaklı, Çetin, & Ateş, 2019).

Lisans eğitiminde hemşirelik öğrencileri aldıkları teorik bilgileri klinikte uygulayamadıklarını, görev dışı sorumluluk aldıklarını, öğretim elemanı yetersizliğinden dolayı uygulama alanlarında öğretim elemanlarını model alamadıklarını ve alınan derslere uygun olarak kliniklerde staj yapamadıklarını

belirterek bu durumların uygulama sırasında sorun yaşamalarına neden olduğunu belirtmişlerdir (Karadağ, Kılıç, Ovayolu, Ovayolu, & Kayaaslan, 2013).

Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarındaki karmaşa ve belirsizlik meslekler arasındaki iş bölümü sırasında multidisipliner ekip çalışması anlayışının azalmasına, hemşirelerin diğer meslek gruplarının işlerini yapmalarına ve asıl sorumluluklarından uzaklaşmalarına ve iş yüklerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum hasta bakımı gibi daha temel görevlere ayrılan zamanın azalması ile hasta bakımının geri planda kalmasına neden olmakta, hem iş tatmini açısından hem de hastalarla ilişkiler açısından istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır (Gönç, 2015).

Hemşirelerin klinik uzmanlık alanlarının olmaması, mesleğin profesyonelleşmesinin önündeki engellerden biri olarak görünmektedir. Bu durum mesleki deneyimin birikmesini sınırlamakta ve hemşirelerin otonomilerini olumsuz etkilemektedir. Uzmanlaşmanın olmaması hemşirelerin meslekte profesyonel olamama nedenlerin biri olarak görülmektedir (Gönç, 2015).

Bilimsel gelişmenin asıl aracı araştırmadır. Hemşirelik bakımının araştırma bulgularına dayandırılarak verilmesi, hemşireliğin gelişimi arttırmakta ve hemşirelik uygulamalarını olumlu yönde etkilemektedir. Hemşirelerin hasta bakım sürecinde araştırma sonuçlarını uygulamaya geçirmesinde olanakların yetersizliği, mesleklerine ait bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin olmaması, yapılan araştırma ile ilgili konularda tartışabilecekleri uzman meslektaşlarından uzak olmaları ve hemşirelerin araştırma okuyacak zamanlarının olmaması profesyonel olma durumlarını olumsuz etkilemektedir (Öztürk ve ark., 2010).

Kişinin bireysel olarak mesleği algılama biçimi profesyonelleşmeyi etkileyen bir başka unsurdur. Hemşirelerin profesyonellik kavramını nasıl algıladığına yönelik yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun kendi profesyonelliklerini düşük düzeyde algıladıkları belirlenmiştir. Profesyonellik algısının yeterli olmadığı durumlarda, uygulama standartları üzerinde otonomi kaybı, yetersiz kaynak, personel eksikliği ve memnuniyetsizlik gibi durumlarla karşılaşmaktadır (Özdelikara, Alkan, & Boğa, 2016). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonelliğe yönelik algısında okul ile olan iletişim, çalışma gruplarının etkisi ve klinik deneyimlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu algıdaki değişim, hemşireliğin kendine özgü bilgi temelini geliştirmesi, beceri gerektiren işlerden daha çok kişisel ve mesleki gelişimlerini yerine

getirmeye başlamaları ve toplumun sağlık bakımına mesleğin gerekenleri ile katkı sağladıklarında gerekleŒecektir (Karaöz, 2002; Özdelikara ve ark., 2016).

1.3. Tezin Amacı

HemŒirelerde profesyonellik değerleri ile profesyonellik ölçütleri arasında doğrusal bir ilişki olması ve hemŒirelerin profesyonellik ölçütlerine uygun sağlık hizmeti sunmaları beklenmektedir.

Bu alıŒmada, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve AraŒtırma Merkezinde (SUAM) görev yapan hemŒirelerin profesyonellik değerleri ve kendi bakıŒ açılarıyla profesyonellik değerlerini etkileyen faktörler incelenerek aralarındaki ilişki deđerlendirilmiŒtir. Mesleki profesyonellik kavramı çerçevesinde mevcut durumda yaŒadıklarını ifade ettikleri problemler ve bunun nedenleri tespit edilerek mesleki profesyonelliğin önündeki engeller irdelenmiŒtir. Bu alıŒma ile meslekleŒme problemi yaŒayan hemŒirelerde profesyonellik kavramının önemine dikkat çekmek hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Kavramlar

Toplum içinde yer alan her insanın farklı beceri ve yetenekleri vardır. Bu beceri ve yetenekler insanın toplumda önemli bir rol üstlenmesine sebep olmakla birlikte mesleklerin oluşmasına da katkıda bulunmaktadır (Çelik, Ünal, & Saruhan, 2012). İş alanlarının artan gereksinimleri karşılama uzmanlaşmayı gerektirmesi ise işin profesyonel bir statüye taşınmasını gerektirmiştir (Altıok, & Üstün, 2014). İş ve meslek kavramlarının birbirinin yerine kullanılmasında olduğu gibi profesyonellik kavramının da meslek ve meslekleşme kavramları yerine kullanıldığı görülmektedir (Altıok, & Üstün, 2014).

Akademik eğitim ve kendi konumlarını diğer mesleklerden ayıran yetki alanlarının belirlenmesi sağlık çalışanlarının meslekleşme sürecine katkıda bulunan temel özelliklerdir (Sena, 2017). Ayrıca tarihsel olarak tıbbi hâkimiyet biçimlerine ve diğer sağlık meslekleriyle çatışmalara maruz kalma hemşirelikte profesyonelleşmenin diğer mesleklere kıyasla sorun oluşturmasının nedenleri olarak ifade edilmektedir (Sena, 2017). Bu bağlamda iş, meslek, profesyonellik kavramlarının netleştirilmesi gerekmektedir.

2.1.1. İş

Kısaca herhangi bir alanda yapılan çalışma ve görevlerin tümü olarak ifade edilen iş, insanların gelir sağlamak, temel fizyolojik ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ortaya koydukları fiziksel ve düşünsel çabaların tümü olarak tanımlanabilir (Şimşek, 2002).

Daha geniş bir tanımlama olarak iş, sonuç elde etmeye yönelik güç harcanarak yapılan etkinlik ya da çalışma, bir değer yaratan emek, geçimi sağlayabilmek için herhangi bir alanda yapılmakta olan çalışma, istenilen hizmet veya yerine getirilmesi beklenen görev anlamlarında ele alınmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019).

Bu tanımlamalara göre fiziksel ve/veya dūşünsel boyuta sahip olan iş ile gelir sağlamanın amaçlandığı ve iş kavramının belli bir amaca yönelik yerine getirilmesi gereken çalışma ya da görev karşılığı olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte mesleki bilgi ve becerilerin uygulamaya konulmasını gerektirmektedir.

İşin meslek olabilmesi için belli nitelikler kazanması ve güç elde etme yolundaki etkin sürecin gerçekleşmesi gerekmektedir. Belirlenen ölçütler iş tarafında zayıf, meslek tarafında ise daha kapsamlıdır (Erbil, & Bakır, 2009; İlhan, 2008).

2.1.2. Meslek

İş ve meslek kavramları birbirinin yerine kullanılabilen ya da aynı anlamı ifade ettikleri algısı bulunmaktadır (Herdman, 2012). Meslek belli bir eğitimle kazandırılan, beceri ve sistemli bilgiye dayalı, mal üretimi, hizmet sunumu ile sonuçlanan ve karşılığında para elde etmek için yapılan ve belirlenen kuralları olan iş şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Bu tanıma göre mesleğin iş kavramından en önemli farkı eğitime ve bilgiye dayalı olmasıdır.

Sosyologlar başta olmak üzere birçok araştırmacı mesleğin özelliklerini ve meslek kavramını açıklamaya çalışmışlar, meslek ve iş kavramları arasındaki farklılıkları ortaya koymuşlardır. Bu konu ile ilgili 1900'lü yıllardan günümüze birçok makale yazılmıştır. Farklı disiplinlere sahip mesleklerin eğitimi konusuna öncülük eden eğitim uzmanı Abraham Flexner'in ABD ve Kanada'da tıp eğitimi konu aldığı 1910 tarihli raporundan beş yıl sonra yayınladığı meslek kriterleri çeşitli mesleklerin mesleki statüsünü belirlemede ölçüt olarak yaygın bir şekilde kullanılmış ve hemşirelik de dâhil olmak üzere birçok disiplinde mesleki eğitim üzerinde derin bir etkiye sahip olmuştur (Black, 2019). İlgili raporda tanımlanan kriterler doğrultusunda meslek, temelinde zihinsellik, üst seviyede bireysel sorumluluk gerektiren, öğrenilebilen, yenilenebilen, araştırmalarla yeniden üretilen bilgi deneyimine dayalı, teorik olmanın yanı sıra pratik yönü de bulunan, ileri seviyede mesleki eğitim süreciyle öğrenilebilen, meslek üyeleri arasında iç örgütlenmenin kuvvetli olduğu, kişilerin birbirlerine yardımcı olmaya istekli ve toplumun çıkarına çalışmaya eğilimli olunması şeklinde ifade edilmiştir (Karadağ, 2002; Korkmaz, 2011). Buna göre meslek tanımında yer alan ifadelerin dışında sorumluluk, iç örgütlenme, toplum çıkarlarının gözetilmesi kavramlarına yer verildiği görülmektedir.

2.1.2.1. İş ve Meslek Arasındaki Farklılıklar

Meslekler çoğunlukla işten kaynaklanır ve işin evrim geçirmiş hali mesleği oluşturur. Meslek, işin bileşimi olmasıyla birlikte meslek ve iş kavramları arasında bir dizi farklılıklar bulunmaktadır:

1. Eğitim: Meslek eğitimi üniversitede gerçekleşir ve eğitim süresi uzundur. İş eğitimi ise iş başında yapılabilmekte ve eğitim süresi işin özelliğine göre değişkenlik göstermektedir (Karadağ, 2002).
2. Bağlılık: Meslekte bireylerdeki mesleğe sadakat güçlüdür, çalışanlar bağımsızdır ve mesleğini değiştirmeye eğilimli olmamakla birlikte sorumluluk bireye ait olmaktadır. İşte ise birey sıklıkla işi değiştirir ve sorumluluk işverene aittir. İşe bağlılık bireye göre değişir ve bireyin gözlenmesini gerektirir (Karadağ, 2002).
3. Etik değerler: Meslek kavramı değerler ve belirli etik kurallar ile davranış standartlarına sahipken bu durum işte ön planda değildir (Karadağ, 2002).
4. Süreklilik: Meslekte yapılanın sürekli olarak devam etmesi ve geçimin daimi olarak o meslek alanı ile ilgili işlerden sağlıyor olması gerekir. İş kavramında ise geçicilik söz konusudur (Ertekin, 1998).
5. Kişisel kazanım: Meslek kişinin kapasitesini kullanabilme ve kendini gerçekleştirebilmeyi (Kuzgun, 2009) belirli faaliyet alanları etrafında yoğunlaşmış ve biçimlenmiş insani ilişkilerin varlığını içerirken iş maddi getiri sağlanmasına odaklıdır (Ertekin, 1998).

Meslek, bir kişinin hayatını kazanmak ve geçimini sağlamak için sürekli olarak üzerinde çalıştığı iş veya fikir alanı olarak anlaşılabilir. Bu, mesleğe daha çok ekonomik yönden ağırlık veren bir tanımdır. Oysa meslek aynı zamanda sosyal, kültürel ve teknik bir bütündür. Sosyolojik anlamda meslek, belirli faaliyet alanları etrafında yoğunlaşmış ve biçimlenmiş insani ilişkiler bütünü olarak ifade edilmektedir (Ertekin, 1998). Meslek para kazanmanın ötesinde, kapasiteyi kullanma ve kendini (özünü) gerçekleştirme yoludur. (Kuzgun, 2009)

2.1.2.2. Meslek Olma Ölçütleri

Yirminci yüzyılın ilk üçteyi içerisinde meslekleşme, meslek olma ile ilgili ölçütler üzerinde çalışmalar yapıldığı görülmektedir (Black, 2019). Bu süreçte dile getirilen ölçütler arasında eğitim, otonomi, örgütlenme, bilimsel bilgiye dayalı uygulamalar, birey ve toplum için vazgeçilmezlik ve sorumluluk ölçütlerine ortak vurgu yapılmıştır. Meslek etiği kurallarına sahip olma ölçütünün ise 1971 ve sonrasında ele alındığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Literatürde Yer Alan Meslek Ölçütleri

	Abraham Flexner 1915	Genevieve & Roy Bixler 1959	Hall 1968	Pavalko 1971	Lucie Kelly 1981
1	Temelde zihinsel olması ve buna yüksek derecede bireysel sorumluluğun eşlik etmesi	Uzmanlaşmış mesleki eğitimle öğrenilebilen zihinsel düzeydeki tanımlanmış ve organize edilmiş bilginin uygulamada kullanılması	Profesyonel bir örgütün birincil referans noktası olarak kullanılması	Teorik bilgiye sahip olması Bilgi biriminin artırılması ve geliştirilmesi	Verilen hizmetin birey ve toplum için vazgeçilmez olması
2	Öğrenilebilen, yenilenebilen ve araştırma yoluyla geliştirilen bir bilgi birikimine dayalı olması	Uygulamada kullanılan bilgi birikiminin ve yeni eğitim tekniklerinin geliştirilmesi ve bilimsel bilgiyi kullanarak hizmet sunulması	Toplumsal fayda sağlaması ve kamu hizmetinin değerine inanma	Yapılan işin temel sosyal değerlere uygun olması, toplum için gerekli olması	Araştırmalarla sürekli yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimin olması
3	Teorik olmanın yanı sıra uygulama alanının olması	Eğitimin yüksek eğitim düzeyindeki kurumlarda verilmesi	Öz denetimin olması (meslektaş kontrolü)	Eğitim süresine sahip olması	Hizmetin zihinsel boyutunun olması ve bireysel sorumluluk alınması
4	Uzmanlaşmış mesleki eğitim süreciyle öğretilebilir olması	Mesleki bilgi birikiminin birey ve toplum düzeyinde refahı sağlamada yaşamsal önemi olan hizmetlerde kullanılması	Maddi kazanç beklentisinin ötesine geçen mesleğe bağlılığın olması	Güdüleme – meslek ideallerinin topluma benimsenmesi	Eğitimin yüksek eğitim düzeyindeki kurumlarda verilmesi
5	Güçlü bir iç örgütlenme ve iyi gelişmiş bir grup bilincine sahip olması	Mesleki politikaları oluşturmada ve etkinliklerde otonomiye sahip olma	Otonomi	Otonomi	Mesleki politikaları oluşturmada ve etkinliklerde otonomiye sahip olma
6	Özgecilikle motive olan (başkalarına yardım etme arzusu) ve kamu çıkarlarına duyarlı olması	Meslek üyelerinin mesleğe bağlılığının olması		Bağlılık bilincinin olması	Meslek üyelerinin verdikleri hizmetin onları güdülemesi
7		Meslek uygulayıcılarına eylemlerinde serbestlik, sürekli mesleki gelişme fırsatı ve ekonomik güvence sağlaması		Birlik bilincinin olması-örgütlenme	Meslek üyelerini yönlendiren ve mesleki kararlarına rehberlik eden etik kuralların olması
8				Mesleki etik kurallarının olması	Uygulama standartlarını belirleyen mesleğin gelişimini destekleyen bir mesleki örgütün olması

2.1.3. Profesyonellik

Profesyonellik, profesyonel olma durumu, bir işi kazanç sağlama için yapan, ustalaşmış, uzmanlaşmış terimleriyle açıklanmaktadır (TDK, 2019). Sözlük tanımları analiz edildiğinde kavram olarak profesyonelliğin meslek ve meslekleşme gibi anlamdaş kavramlarla kullanıldığı görülmektedir (Korkmaz, & Görgülü, 2010; Özdelikara ve ark., 2016; TDK, 2019).

Profesyonellik, alanın eğitimini almış ve uzmanlaşmış meslek mensuplarının yine uzmanlık derneklerinin desteği ile hata olasılığını azaltarak, düzenli ve gerek bireysel gerek toplumsal boyutta sağlık gereksinimlerine yönelik hizmet sunumunun gerçekleşmesidir. Hizmet kalitesinin artırılması, alanın ilerlemesi ve mesleki otonominin kazanılması hedeflerine sahip olan bir süreç olarak ifade edilmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011). Yetkinlik, sorumluluk alma, değerlendirme ve iyileştirme profesyonelleşmenin gereklilikleridir. Dolayısıyla profesyonellik sürekli bir gelişme sürecidir.

Profesyonelliğin tanımı temel alınarak ifade edilen özellikleri üç ana başlıkta toplanabilir (Altıok, & Üstün, 2014):

1. Temellendirilmiş bilgi ile uygulama
2. Bilginin uzmanlaşmış, alana özgü eğitim ile sağlanması
3. Bilimsel düşünce ile bilginin kullanılması

Mesleki profesyonellik ise aynı amaç, hedefler ve değerler doğrultusunda bireyleri bir araya getiren örgütsel yapının varlığı ile mümkündür (Adıgüzel ve ark., 2011; Karamanoğlu, Özer, & Tuğcu, 2009).

2.1.4. Mesleki Değerler

Sözlük anlamı bir milletin sahip olduğu kültürel, sosyal, bilimsel ve ekonomik değerlerini kapsayan maddi ve manevi unsurların bütünü, yararlı nitelikleri olan, önemi belirlemeye yarayan soyut ölçü olan (TDK, 2019) değer kavramı felsefe, ekonomi, tıp, sosyoloji ve psikoloji gibi birçok bilim dalının kavramları arasında bulunmaktadır (Özensel, 2003). Bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü olarak değer, bir şeyin değdiği karşılığı, kıymeti, yüksek ve yararlı niteliği ifade eder. Felsefede isteyen, gereksinim duyan bir varlık olarak kişinin nesne ile bağlantısında beliren şey olarak tanımlanmaktadır (Ulusoy, & Dilmaç, 2016).

Büyük düşünür Aristoteles (MÖ 382-322) ve tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat (MÖ 460-377) deontoloji yerine Latince olan 'etik' kelimesinin mesleki felsefeyi de içeren bir anlamı olduğunu ifade etmişlerdir. Değerler felsefesi olarak kabul edilen etik, insanların karar ve eylemlerine rehberlik eden, davranışlarını iyiye ve doğruya yönlendiren, ahlaki kurallar sınırlarında araştırılan, yaşamda değerlerle ilgili sorunlar üzerinde çalışan bir disiplindir (Arslantaş, 2015).

Her yeni dönem bir önceki dönemin değerlerinden uzaklaşmak için mücadele verir. Yapılacak olan değerlendirme ancak insana göre yapılabilir. İnsan hayatı, değerlerin mücadelesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Orak, & Alpar, 2012; Özensel, 2003). Değerler, insanların eylemlerine, performanslarına, karar verme süreçlerine ve geleceğine rehberlik etmektedir.

İnsanların mesleki görevlerini yerine getirirken sergilemiş olduğu davranışlar için rehber ilkeler mesleki değerleri ifade etmektedir. Profesyonel bir grubun değerleri fikir birliği ile gelişir ve grup üyeleri tarafından benimsenmesi beklenir. Hemşirelik mesleğindeki bu değerler hemşirelerin problem çözme, eleştirel düşünme, bakım ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve bakım kalitesi üzerinde önemli etkiler oluşturmaktadır. Bu etkiler hasta ve aile bireyleri üzerinde de endişelerine yönelik ilgiyi etkiler (Pang, Senaratana, Kunaviktikul, Klunklin, & McElmurry, 2009; Yılmaz, & Demirsoy, 2018). Değer yüklü uygulamalarda hemşirelere karar vermede yardımcı olmakta ve temel oluşturmaktadır (Göriş ve ark., 2014; Kaya, Işık, Şenyuva, & Kaya, 2012; Öz, & Özyürek, 2018).

2.2. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik Süreci

2.2.1. Hemşire, Hemşirelik

Sağlıklı ya da hasta bireylere yardım etme ve bakım sağlama temel amacıyla 19. yüzyılın ortalarında profesyonelleşme süreci başlayan ve 20. yüzyılın ikinci yarısında bilimsel bilgi doğrultusunda uygulama ilkeleri oluşturulan hemşireliğin gelişim süreci devam edegelmektedir. Birey ve toplum sağlığına yönelik hizmet sunumu farklı görev, yetki ve sorumluluğa sahip ve birbirini tamamlayan sağlık çalışanlarının iş birliği ile gerçekleştiğinden sağlık hizmeti sunumu ekip çalışmasını gerektirir. Bu bağlamda hemşireliğin ne olduğu ve görev tanımı önem arz etmektedir.

Hemşireliğin tanımı, hizmet kapsamı ve görev, yetki, sorumluluk alanları gerek ulusal/uluslararası platformlarda gerek yasal düzenlemeler ile belirlenmiştir. Bununla birlikte hemşirelik rolleri ve hemşirelik imajı da hemşireliğin konumunda etki oluşturmaktadır.

2.2.1.1. Hemşire ve Hemşirelik Tanımı

Hemşirenin sözlük anlamı hekimin acil durumlar dışında yazılı olarak verdiği tedavileri uygulamakla, hastanın bakımını düzenlemekle, denetlemekle ve değerlendirmekle yetkili ve görevli sağlık çalışanıdır (TDK, 2019).

Ülkemizdeki konu ile ilgili ilk yasal düzenleme olan 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun ilk maddesindeki hemşire tanımında cinsiyet (kadın olmak), eğitim düzeyi (ortaokulu eğitimi ardından 3 yıllık eğitim) ve diploma şartı belirtilmiştir (Hemşirelik Kanunu, 1954). Güncelleme yapılarak 2007 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Kanunu'nda ise cinsiyet faktörünün kalktığı ve eğitimin en az lisans düzeyinde olması gerektiğinin ifade edildiği görülmektedir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Kanunun ardından 2010 tarihinde yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliği'nin tanımlar bölümünde ise hemşire tanımında ilgili Kanun'a atıfta bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

Hemşireliği uluslararası düzeyde temsil etme, hemşirenin rollerini ve mesleki uygulama kapsamını ifade etme ve yayma, hemşirelik bilgisinin ilerlemesini, yetkin bir hemşirelik iş gücü varlığını sağlama, hemşireliğin dünya çapında saygın bir konuma gelmesini sağlama ve küresel boyutta sağlık politikaları oluşturulmasına katkı sağlama sorumluluğunu taşıyan Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (International Council of Nursing-ICN) tanımına göre hemşire, hemşirelik eğitim programını tamamlayarak ilgili makamca yetkilendirilen kişidir. Tanımda ayrıca eğitimin temel unsurlarına yer verilmiş ve görev alanı ifade edilmiştir (International Council of Nursing [ICN], 1987). Buna göre hemşire;

1. Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve her yaştan bedensel, ruhsal ve bedensel engelli kişilerin bakımı da dahil olmak üzere hemşirelik uygulamalarını yerine getirir.
2. Sağlık eğitimi verir.
3. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak tam katılım sağlar.

4. Hemşirelik uygulamalarına ve sağlık bakımına yardımcı olanları denetler ve eğitir.

5. Bilimsel araştırmalara katılır.

Hemşireliğin tanımında ise araştırma, eğitim, sağlık politikasının oluşturulmasına ve sağlık yönetimine katılım önemli hemşirelik rolleri olarak ifade edilmiştir (ICN, 2002).

Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre (American Nurses Association-ANA) hemşire, sağlıklı veya hasta bireyin sosyo-ekonomik durumuna göre ayırım yapmadan bireylerin değerlerine ve kararlarına saygı sınırlarında sağlık problemine yönelik mesleki uygulamaları gerçekleştiren kişidir. ANA'nın yapmış olduğu tanımda hemşirelerin bakım uygulamaları yaparken mesleki değerlere dikkat etmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Utkualp, 2015).

Türk Hemşireler Derneğinin tanımına göre hemşirelik bilimsel ve sanatsal yönü olan bir sağlık disiplindir. Tanımda birey, aile ve toplum düzeylerinde öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik hemşirelik uygulamalarının planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve hizmet sunulanların eğitilmesi maddeleriyle hemşirelerin sorumluluklarına yer verilmiştir (Sabuncu, Babadağ, Taşocak, & Atabek, 1996).

2.2.1.2. Hemşirenin Roller

Sağlık hizmeti kapsamında sağlık çalışanlarının rollerinin açık olması farklı disiplinlerin görevlerinin birbirine karışmamasında önem taşır. Bu bağlamda hemşire rollerinin ne olduğunun belirtilmesi gerekmektedir.

Hemşire rolleri üç grupta ele alınabilir (Sabuncu ve ark., 1996):

1. Bağımsız roller; bakım, eğitim, araştırma ve hasta haklarını savunma olarak sıralanır. Hemşirenin eğitsel düzeyinin, "bağımsız karar verme" otonomi sahibi olmasını sağlayan bir modele dayandırılması, bağımsız hemşirelik işlevlerinin artmasını da sağlayacaktır.
2. Yarı-bağımlı (destekleyici) rolleri bakım, tedavi ile diğer sağlık ekibi üyeleri ve hasta, hasta yakını arasında ilişkiyi sağlamaktır.

3. Bağımlı rolleri ise hekim tarafından verilen istem ve yönergelerin hastaya uygulamak ve tanı-tedavi sürecinde koordinasyonu sağlamaktır. Tanılama ve tedavi sürecinin yürütülmesinde hemşire rolü hekimin rehberliğine bağımlıdır.

Teknolojik ve politik gelişmeler, sağlık sistemini ve içinde bulunan meslekleri etkilemektedir. Bu gelişmeler sağlık sistemindeki hizmeti sunmakla görevli hemşirelerin rollerinde ve fonksiyonlarında da değişiklikler meydana getirir. Tedavi edici hizmetten ziyade koruyucu hizmetler öne çıkmıştır. Bu durum bakım verici rollerinden başka hemşirelerin koordinatör, eğitici, karar verici, danışman ve yönetici rollerini gündeme getirmiştir. Bu rollerle birlikte geleneksel bakış açısından ve modellerden profesyonelliğe doğru bir süreç başlamıştır. Son yıllarda hızlanan bilimle ilgili çalışmalar hemşirelerin kendini kesintisiz olarak geliştirmesine, yeniliklere açık, araştırma yapan, sorumluluklarının bilincinde, önder ve sosyal iletişimleri güçlü özellikler kazanmalarına neden olmuştur. Bunlar hemşirelerin profesyonel hemşirelik mesleğine giden yolda ilerlemesine yardımcı olacak unsurlardır (Adıgüzel ve ark., 2011).

2.2.1.3. Hemşire Görev Tanımı

1954 tarihli Hemşirelik Kanunu'nun 4. maddesinde hemşirenin görevleri tanımlanmıştır. Buna göre, hekimin önerisi doğrultusunda tedaviyi uygulama, sağlık kurumu içinde ya da dışında enjeksiyon (subcutan, intramusküler, intravenöz) yapmakla görevlidirler Bu görevleri bağımlı rol kapsamındadır. Toplum sağlığı tedbirleri, hastalıklardan korunma yolları, sağlık kurumları hakkında bilgi vermek, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili önlem almak diğer görevleri olarak sıralanmıştır (Hemşirelik Kanunu, 1954).

İlgili Kanun'da 2007 yılında yapılan değişiklikle görev alanının genişlediği görülmektedir. Hemşirenin hekime bağımlı olan rolü acil haller hariç tutularak aynen ele alınmıştır. Ayrıca hemşirenin görev aldığı kuruma bağlı olarak hemşirelik uygulamaları kapsamında bireyin, ailenin ya da toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım planının yapılması ve uygulanması, denetlenmesi ve değerlendirilmesi görevi kapsamında ele alınmıştır (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Hemşirenin bağımlı rolüne dayanan görevlerinin

kapsamı ise Hemşirelik Yönetmeliğinin 6. Maddesinde düzenlenmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda, SUAM Organizasyon El Kitabı Görev Tanımları bölümünde hemşire görev tanımı şekilde yer almaktadır: “*Hekim tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlığı ile ilgili gereksinimlerini belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen gereksinimler çerçevesinde planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevlidir.*” (Organizasyon El Kitabı, 2019). Verilen kısa tanım, Hemşirelik Kanunu’nun (2007) 4. maddesindeki tanımla aynıdır (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007).

Dokümanın hemşirenin temel görev, yetki ve sorumlulukları başlığı altında ise yukarıda verilen kısa tanımda verilen görev tanımının genelleştirilerek ayrıntılara yer verildiği görülmektedir. Bunlar: (Organizasyon El Kitabı, 2019)

1. Hasta kabulü ve kayıt işlemleri
2. Hasta / hasta yakınına işlemler hakkında bilgilendirme
3. Hasta vital bulgularının ölçümü ve ilgili forma kaydının yapılması
4. Hastanın hemşirelik değerlendirmesinin yapılarak ilgili forma kaydedilmesi
5. Hekim tarafından hastanın tedavisi ya da bakımı için gereken ilaç ve tıbbi malzemelerin sağlanması
6. Acil ilaçlarının ve gerekli malzemelerinin kullanım için hazır halde tutulması
7. Hekimin verdiği tedavilerin (acil dışında) hazırlanması, uygulanması, takibinin yapılması
8. Hastanın sağlık ihtiyaçlarının tespiti
9. Hastanın ihtiyaç duyduğu bakım planının yapılması, uygulanması, değerlendirilmesi
10. Hasta ziyaretlerine katılma, bulgular hakkında bilgi verme
11. Yatan hastaların yemeklerinin kontrolü ve gerekirse hastaya yemeğinin yedirilmesi
12. Tanı ve muayene işlemleri için hazırlık yapılması
13. Hastanın birimler arası naklinin güvenliğini sağlama
14. Hastadan tetkik materyallerinin alınması ve laboratuvara iletilmesi
15. Enfeksiyon kontrol önlemlerini uygulama

16. Hasta ve yakınlarının sağlık eğitimi
17. Hizmet içi eğitimlere katılma ve hemşirelik ğrencilerinin eğitimine katkı sağlama
18. Hastane ıkış işlemlerini uygulama
19. Hastanın vefatı halinde gereken işlemleri uygulama
20. Genel düzenin kontrolü, eksikliklerin bildirilmesi
21. Sorumlu olduğu demirbaşların uygun korunmasını sağlama
22. Bakım kalitesi ile ilgili çalışmalara katılma
23. Sorumlu hemşire tarafından verilen diğer görevleri yerine getirme

2.2.1.4. Hemşirelik İmajı (İmgesi)

Meslek mensuplarının toplumda bıraktığı izlenim (algılanan imaj) ve meslek mensuplarının kendi mesleklerine yönelik izlenimleri (z imaj) o mesleğin konumunu ve mesleğin nasıl değerlendirildiğini (zsoy, 2000), ayrıca hizmet sunumunu ve bakım kalitesini etkilemektedir (Ndirangu, Sarki, Mbekenga, & Edwards, 2021). Bu bağlamda toplumsal mesleki imaj ve hemşirelerin mesleki imajının ne olduğunun bilinmesi önemlidir.

Gelir düzeyi yüksek ya da düşük olsun küresel boyutta hemşirenin rolünün takdir edildiği, hemşire ihtiyacının arttığı, ancak meslek seçiminde rağbet görmediği, gençlerin mesleği seçmeye teşvik edilmediği ve bu durumun meslek imajı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ndirangu ve ark., 2021).

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde hemşirelik imajı ile ilgili araştırmalar artmış, özellikle basının hemşirelik imajı üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Olumsuz imajın değiştirilmesi için hemşirelik ile ilgili kavramlar ve hemşirenin görevlerinin tanımlanması hakkında çalışmalar başlatılmıştır (zsoy, 2000). Hemşirelerin profesyonel imajı ile toplumsal mesleki imajın her zaman örtüşmediği görülmektedir. Toplumda hemşireler özerk profesyoneller olarak tanımlanmamakta ve hemşireliğin teoriye dayalı bilimsel yapıya sahip bir meslek olduğu farkındalığı bulunmamaktadır (ten Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014). şimşek ve Alpar'ın hemşirelik mesleğinin toplum tarafından nasıl algılandığına yönelik yaptıkları 2008-2018 yıllarına ait literatür taramasına dayalı araştırmada hemşirelerin görev ve sorumluluklarının

toplum tarafından tam olarak anlaşılmadığı ve toplum tarafından yardımcı meslek olarak algılandığı gösterilmiştir (Şimşek, & Alpar, 2019).

Toplum tarafından en çok genelleme yapılan mesleklerden biri olan hemşirelik, 100-150 yıllık geçmişiyle dünyada profesyonellik yolunda mücadele vermektedir. Bu imajı etkileyen faktörlerden birisi kadın olmasından kaynaklanmaktadır. Kadın olarak hemşirelik mesleğini yapmak sosyal, örgütsel, yasal, ekonomik bağımsızlıklarını olumsuz olarak etkilemiştir. Toplumun sevgi dolu, şefkatli bir iyilik meleği beklentisi hemşirelerde ruhsal bir baskı yaratarak onları bilime dayanan sistematik düşünceden alıkoymuştur (Çınar, & Demir, 2009; Özsoy, 2000; Tortumluoğlu, Akyıl, Karanlık, Aldaç, Turaneri, & Yılmaz, 2005). 1960'lı yıllara kadar hemşirelik okullarına sadece kadınlar alınmış ve bu meslek kadınlar tarafınca yürütülmüştür. Günümüzde kişiler arası ilişkilere ve profesyonelliğe dayanan aktif bir süreç olarak hemşirelik, gelişmiş ülkelerde kadın ve erkekler tarafından uygulanabilmekteyse de (Yılmaz, & Karadağ, 2011) toplumda kadın mesleği olarak algılandığı, ayrıca hekimin yardımcısı ya da sağ kolu, iyilik meleği gibi tanımlamalarla özdeşleştirildiği görülmektedir (Özsoy, 2000).

Araştırma sonuçlarına göre iletişim becerisi, meslekleriyle ilgili güncel bilgi ve beceriye sahip olma durumu, profesyonel tutum sergileme, hekimlerin mesleğe yaklaşımı, otonomi düzeyi, iş doyumunu, benlik saygısı, gelir düzeyi ve diğer kişilerce takdir edilme durumu hemşirelerin kendi mesleklerine yönelik izlenimleri üzerinde etkilidir (Ndirangu ve ark., 2021).

Personel ve malzeme yetersizliği, artan ve değişken hizmet gereksinimi nedeniyle hemşirelerin herhangi bir eğitim veya ilgili beceri ve yasal koruma olmaksızın kendi uygulama alanlarının ötesinde diğer sağlık çalışanlarının görevlerini de yapma durumunda bırakılmaları hem toplumsal hem de kendilerine yönelik izlenimi olumsuz etkilemektedir (Ndirangu ve ark., 2021). Hem öz hem de algılanan imajın olumsuz olması hemşirelerin iş doyumunun azalmasına, kurumsal bağlılıklarının güçsüzleşmesine ve işi bırakmalarına neden olabilmekte (Özata, & Aslan, 2010), hemşirelerin benlik kavramlarını ve mesleki kimliklerinin gelişimini olumsuz etkilemektedir (ten Hoeve ve ark., 2014).

2.2.1.5. Hemşireliğin Kısa Tarihi

Tarih, bir konuyu geçmişi ve gelişimi içinde inceleyen anlatı olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). İnsanların toplum içindeki davranışlarını konu almak tarihin ana konusudur. Geçmişteki toplumsal ilişkileri araştırması ayırt edici özelliklerinden birisidir. İnsanların yaşamlarını devam ettirme noktasında gerek duydukları topluma yönelik işleyişle ilgili düşünce alt yapısını oluşturmak tarihin amaçlarından biridir (Torun, 2019). Hemşireliğin tarihsel sürecine bakmak günümüzde hemşireliğin profesyonelleşme sürecini etkileyen otonomi, mesleki örgütlenme, eğitim, görev tanımı gibi sorun alanlarını anlamlandırmamızı sağlar (Elhabashy, & Abdelgawad, 2019).

2.2.1.5.1. Genel Hemşirelik Tarihi

Bireylerin bakımı çok eski çağlara kadar uzanmaktadır ve hemşireliğin tarihi de bu bağlamda uzun bir geçmişe sahiptir. Toplumun kadını ev işi ve çocuk bakımı gibi konularda sınırlandırdığı (Kuzgun, & Sevim, 2004) dönemlerde kadınların ev işleri, çocukların bakımı ve eğitimi gibi görevleri nedeniyle kazandıkları bilgiyi ve deneyimleri gelecek nesillere aktardıkları görülmektedir (Wierzbicka, 2019). Başlangıçta bakım ve sağlık işleri bilimsel olmayan temellerde deneme-yanılma yöntemleriyle doğanın sunduğu zenginlikleri gözlemleyerek yapılmıştır. İnsanlığın var oluşundan beri kadınların bu görevi yaptığı bilinmektedir. Bu dönemde hastalıkların tedavisi ve çocuk bakımı genel olarak din ve büyüün etkisinde kalmıştır. Çocuk bakımının yetersiz olduğu o dönemlerde engelli doğan veya yaşam koşullarının zorluklarından hastalanan çocukların tanrı(lar) tarafından toplumu cezalandırmak için gönderildiği düşüncesiyle çocukların öldürüldüğünden söz edilmektedir (Yılmaz, Uzşen, & Belli, 2021).

M.Ö. 460-370 yıllarında yaşayan Hipokrat'ın tıbbı en büyük katkısı büyü kavramını bilimsel yöne doğru değiştirmesidir ki çocuk sağlığı üzerinde olumlu etkileri olmuştur. Ancak Hipokrat'tan çok önce, Eski Mısırlıların öncülüğünde tıp ve hasta bakımında ileriye doğru adımlar atılmıştır (Wierzbicka, 2019; Ökdem, Abbasoğlu, & Doğan, 2000; Yılmaz ve ark., 2021). Kadının sağlıklı bir doğum yapması, bebeğin ve annenin yaşatılmasının öneminden Mısır Papirüslerinde bahsedilmektedir (Ökdem ve ark., 2000; Yılmaz ve ark., 2021).

Hemşirelik ile ilgili bilinen ilk kayıt milattan önce Hindistan'da bulunmuştur. Buna göre, hastaların bakımıyla ilgilenen kişilerin eğitimi üzerinde durulduğu görülmektedir. Genel anlayıştan farklı olarak Hindu kültüründe bu mesleğin sadece erkeklerin yaptığı, kadınlara izin verilmediği görülmektedir (Wierzbicka, 2019).

Antik Yunan döneminde kadınlar hasta bakımında yer almışlardır. Mitolojide Tanrı ve hekim olarak bilinen Aesculapius'un kızı Hijyen, tapınaklarda yardım isteyenlere sağlık hizmeti sunmaktadır (Ökdem ve ark., 2000; Yılmaz ve ark., 2021). Tanrı Asklepios'un tapınağında toplanan tıbbi yardıma ihtiyacı olan hastalara rahibeler hizmet vermektedirler (Wierzbicka, 2019). Eğitim usta-çırak ilişkisi içinde verilmektedir. O dönemlere ait örgütlü hemşirelik grubunun bulunduğuna yönelik yazılı bir bilgiye ise rastlanmamaktadır (Ökdem ve ark., 2000; Yılmaz ve ark., 2021).

Ortaçağ batı dünyasında hekimlik uygulamaları ve hasta bakımı üzerinde Hıristiyanlık dininin etkileri görülmektedir. Hasta bakımı dini kurumlarca verilmektedir (Ökdem, ve ark., 2000). Kilise, yoksulların bakımında önemli bir rol oynamıştır. Manastırlarda okullar, barınaklar ve sağlık kurumları oluşturulmuştur. Ayrıca evde bakım hizmeti verilmekte ve bu hizmet yine din görevlileri tarafından gerçekleştirilmektedir (Wierzbicka, 2019).

Hıristiyanlığın erken dönemlerinde Dakon (erkek) ve Dakones (kadın) olarak adlandırılan manastır ve kiliselere bağlı olarak çalışanlar bulunmaktadır. Bu kişiler tamamıyla insancıl yaklaşımlarla hasta, yoksul, kimsesizlere bakım vermek ve yardım etmekte olup güven duyulan fakat örgün eğitime sahip olmayan kişilerdir. Belli bir yaşta olmak ve bakire ya da dul olmak dakones olabilmek için belirlenmiş kurallardır (Ökdem ve ark., 2000). Kıdemli bir dakones tarafından seçilerek onaylanma ile dakones ünvanı verilmektedir. Bu kurallar dışında dakones ve dakonlar eşit çalışma koşullarına sahiptirler ve hem kilise içinde hem kilise dışında sosyal görevler üstlenmişlerdir. Kendi evlerinde kalan dakoneslerin özel bir kıyafeti bulunmamaktadır (Şentürk, 1985). Bu hizmet sunumu asil sınıfından olan, kültürlü ya da zengin kadınlarca da benimsenmiş ve bakım işlerinde yer almışlardır (Şentürk, 1985; Ökdem ve ark., 2000). Süreç içerisinde dakones ve dakonların yoksullar ve hastalara bakım vermek için evlerini kullanmalarıyla hastanelerin çekirdeğini oluşturan diakomia adı verilen bakımevleri kurulmuştur (Şentürk, 1985). Ortaçağın sonlarında hasta bakım

hizmeti veren bazı kadınların büyücülük ve cadılık ithamları ile öldürüldükleri bilinmektedir (Çamlıca, & Kartal, 2021).

On altıncı yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da yaşanan Protestan reformu manastır bünyesindeki bakım evlerinin kapatılmasına ve rahibelerin bakım hizmetini bırakmalarına neden olmuştur. Ancak Almanya’da Protestanlığın az olduğu bölgeleri etkilememiştir (Dereli, & Temel, 2021). On yedinci yüzyılda sağlık kurumlarının kötü koşullarına, salgın hastalıkların ve ölümlerin artmasına tepki olarak örgütlenmeler başlamıştır. Bunlardan biri olan Fransız rahip St. Vincent de Paul tarafından 1633 yılında kurulan Sisters of Charity topluluğu modern hemşireliğin ilk adımları olarak ifade edilmektedir (Çamlıca, & Kartal, 2021).

Sanayi devrimi ile birlikte şehirleşme, işçi sınıfının oluşması ve nüfus artışı sınıf farklılıklarının oluşmasını, hastalık ve yaralanmalarda artışı beraberinde getirmiştir. İhtiyaç sahiplerinin yardımına koşan kadınlar zamanla kadın haklarındaki kazanımlarıyla da hemşireliğin gelişimine katkı sağlamışlardır (Ökdem ve ark., 2000).

Hemşirelik eğitiminin usta-çırak ilişkisinden çıkarak okullarda verilmeye başlanması 19. yüzyılda gerçekleşmiştir. Kadınları hasta bakımı konusunda eğitmek ve aynı zamanda bakım vermek amacıyla ilk hemşirelik okulu (Dakones Merkezi) Theodore Fliedner tarafından Almanya’da 1836 yılında açılmıştır. Bunun ardından 1859 yılında İsviçre’de ilk laik hemşirelik okulu ve Hindistan’da sadece hemşire yetiştirmek üzere kurulan ilk okul olma özelliği taşıyan The Army Medical School açılmıştır. İlk hemşirelik eğitimi veren okulun açıldığı tarihten 1958 yılına kadar dünya genelinde 21 hemşirelik okulunda eğitim verilmiştir (Dereli, & Temel, 2021).

2.2.1.5.2. Modern Hemşireliğin Başlaması

Hemşirelik tarihinde önemli bir isim olarak yerini alan Florence Nightingale’in yaklaşımı hemşirelik eğitiminden çok hasta bakımına yönelik olsa da kadının toplumdaki konumuna tepkisi ve yaptığı çalışmalar ile hemşirelik eğitiminde önder olmuş ve modern hemşireliğin kurucusu olarak adlandırılmıştır (Dereli, & Temel, 2021). Hemşireliğe ilk kez kuramsal olarak yaklaşması, formal eğitimin önemine değinmesi ve hemşirelik uygulamalarını bilimsel yönüyle ele alması bu unvanı almasının gerekçeleridir (Ökdem ve ark., 2000).

Sosyo-ekonomik seviye bakımından 19. yüzyılın başlarında İngiltere’de toplum ve asiller arasında farkların olduğu bir dönemde yaşayan Florence Nightingale, kadının toplumda kendini gösteremeyen rolünü değiştirme görevinin Tanrı tarafından kendisine verildiğine inanarak hemşire olmaya karar vermiştir (Taylan, 2009). Kırım Savaşı (1853-1856) hemşireliğin gelişiminde ilk adımların atılmasına olanak sağlamıştır (Çamlıca, & Kartal, 2021). Florence Nightingale’in 1854 yılında Üsküdar Selimiye Kışlası’nda İngiliz askerlere verdiği bakım uygulamaları ise hemşireliğin mesleki bir kimlik kazanmasının başlangıcı olmuştur (Taylan, 2009).

Hemşireliğin meslekleşme sürecinde Nightingale’in katkılarını şu şekilde sıralayabiliriz (Taylan, 2009):

1. Hayırseverlik eylemi olarak süregelen hemşirelik uygulamalarının eğitime dayalı hale getirilmesi
2. Hemşirelik uygulamalarının çalışma ortamları göz önüne alınarak organize edilmesi ile hemşireliği hastane hemşireliği, ebe hemşirelik, evde bakım hemşireliği ve özel hemşirelik kategorilerine ayırma
3. Hasta bakım ortamının iyileştirilmesi ile ölüm oranlarının azaltılması
4. Hemşirelerin bağımsız rollerini oluşturan bakım uygulamalarının geliştirilmesi

Ancak Nightingale, hemşirelik uygulamalarına yenilikler getirmiş olsa da hemşireliği bir meslek değil iş olarak ele almıştır. Eğitim anlayışı hekimlerin direktiflerinin nasıl yerine getirileceğinin öğrenilmesi ile sınırlı kalmıştır. Hemşireliği annelikle özdeşleştirilmesi kadının toplumsal rolünü (eş, anne) hasta bakım ortamına taşıması, hasta bakımını doğanın kadına verdiği bir yetenek olarak görmesi ise çağdaş hemşirelik anlayışı ile örtüşmemektedir. Bununla birlikte hemşireliğe bakışı değiştirmesi, niteliğini artırması, saygınlık kazandırması, yasal bir iş statüsüne taşıması ile modern hemşireliğin ilk adımlarını atmıştır (Taylan, 2009).

Yirminci yüzyılın ortalarında tıptan farklı olarak hemşirelik kuramlarının geliştirilmesi hemşireliğin bilimsel bir disiplin olmasında mihenk taşıdır (Ay, 2008). Yine aynı dönemde 1955 yılında ilk kez Lydia Hall hemşirelik süreci kavramını kullanmıştır. Bu kavramın önemi, hemşirelik uygulamalarının bilimsel bilgiye dayalı olarak profesyonel bir yaklaşımla sorun çözümünün sağlanmasıdır (Erer, Akbaş, & Yıldırım, 2017).

2.2.1.5.3. Türkiye’de Hemşireliğin Gelişimi

İslam coğrafyasında özellikle savaşlarda yaralı askerlerin bakımıyla kadınların ilgilendiği, yine yaralı ve hasta bakımı için kadın topluluklarının peygamber döneminde oluşturulduğu bilinmektedir. Osmanlı döneminde de kadınların sosyal yardım işleriyle ilgilendikleri, hasta ve yaralıların bakımında gönüllü olarak çalıştıkları bilinmektedir. Ancak bu destek eğitim alınarak yapılmamıştır (Şentürk, 1985). Zengin ya da saray çevresinden olan kadınların doğrudan hasta bakımı vermemekle birlikte çeşitli hayır kurumları yaptırdıkları bilinmektedir (Çamlıca, & Kartal, 2021). Modern anlamda hemşirelik eğitiminin başlangıcı ise Cumhuriyet döneminde gerçekleşmiştir (Şentürk, 1985).

Dünya savaşlarında sayısız ölümler ve yaralanmalar yaşanması bu dönemde yaralı ve hastaların bakım ve tedavilerinde rol alacak bireylere ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Osmanlı Devleti; Kırım, Osmanlı-Rus, Trablusgarp, Balkan, Çanakkale ve Birinci Dünya Savaşı ve Milli Mücadele gibi birçok savaşa maruz kalmıştır. Florence Nightingale’in (1854) Kırım savaşında kadınlarla yürüttüğü bakım hizmeti, yaralı asker ve hastalar üzerindeki olumlu etkilerinin fark edilmesi ülkemizde hemşirelik mesleğinin başlangıcı olarak görülmektedir. Nightingale çevreye yönelik yaptığı iyileştirici uygulama ve tuttuğu istatistikler ile hemşirelik mesleğinin modernleşmesine liderlik etmiştir (Leblebicioğlu, 2017).

Hemşireliğin önemi ülkemiz tarihinde savaşlarla ortaya çıkmıştır. Balkan, Çanakkale ve I. Dünya Savaşı gibi birçok savaşta kadınlar cephede pansuman, kan ve kan ürünleri takımı, hasta bakımı, aşılama ve psikolojik destek gibi birçok görev yapmışlardır. O dönemde hekimlik mesleğinin ilerlemesine karşın Türk kadınının ilerlemesine olumsuz etki eden sosyal etkenler ve bakış açısı Türkiye’de de dünyada olduğu gibi bu mesleğin yavaş ilerlemesine neden olmuştur. Sağlık alanında zorlayıcı olan savaş yataklı kurumların açılmasına ve sayılarının artmasına neden olurken hastalara bakım verecek eğitilmiş hemşirelerin olmaması ve bunun sonucu olan başarısızlıklar Dr. Besim Ömer Paşa (Akalin) ve bazı hekimlerin bu konuya yönelmesine neden olmuştur (Gören, & Yalım, 2016).

1911 yılında Kızılhaç’ın Washington Kongresine katılan Dr. Besim Ömer Paşa, kongrede meslek olarak ifade edilen hemşireliğin aynı zamanda çalışma alanlarına göre branşlaştığını görerek ülkenin bir hemşirelik okuluna ihtiyacı olduğu

konusunda Hilâl-i Ahmer'in (Kızılay Derneği) dikkatini çekmiştir. Derneğin önem vermesi ve Dr. Besim Ömer Paşa'nın önderliğinde ilk kez İstanbul'da Kadırga Hastanesi'nde 6 ay süreli Gönüllü Hastabakıcı Kursu için ödenek ayrılmıştır. Böylece ilk formal eğitim başlamıştır. Bu kurs İstanbul'un aydınlarınca ilgi görmüş ve eğitimini tamamlayan Türk kadınları Balkan Savaşı ve Çanakkale Savaşında hizmet vermişlerdir (Şentürk, 1985; Karabulut, Gürçayır, & Aktaş, 2019). Balkan savaşlarında yaralı askerlere bakım vermek için Hilâl-i Ahmer Cemiyeti İstanbullu kadınları göreve çağırmıştır. İlk başvurular arasında Safiye Hüseyin Elbi ve kardeşi Nesime Hanım bulunmakta olup yorgan, yatak ve bağış gibi yardım hizmetleriyle ilgilenip hastanelerin kurulmasında bizzat görev almışlardır. İki kardeş çok iyi İngilizce konuşmaları nedeniyle İngiliz Hekimlerin görev yaptığı İngiliz Kızılhaç'ına ayrılan Müze Hastanesi olarak bilinen İstanbul Arkeoloji Müzesi'ne (Âsar-ı Atika Müzesi) gönderilmişlerdir. Hemşireliğe ilk adımını atan Elbi, böylelikle savaş yaralıların tedavisine ayrılan hastanede göreve başlamış, ameliyat hemşireliği yapmıştır. Savaş başlamadan önce Dr. Besim Ömer Paşa'nın 1913-1914 yıllarında düzenlediği hemşirelik kurslarına katılmış, Birinci Dünya Savaşı'nda da görev alarak kendi isteğiyle Reşit Paşa Hastane Gemisi'nde çalışmaya başlamıştır. Çanakkale'den İstanbul'a vapurla ağır yaralıları taşıyan Reşit Paşa Hastane Gemisi'nde Avusturyalı ve Alman hemşireler arasında tek Türk hemşire ve başhemşire olarak görev yapmıştır. İstanbul'a döndüğünde yeni kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti (Çocuk Esirgeme Kurumu) ve Hilâl-i Ahzar Cemiyeti (Yeşilay Cemiyeti)'nin idare heyetine alınarak görev yapmıştır. Türkiye Kadınlar Derneği ve Veremle Savaş Derneği'nin kurucularından olup 1924 yılında Hilâl-i Ahmer Cemiyeti tarafından açılma kararı verilen ve 1925'de hizmet veren Kızılay Hemşire Okulu'nda çok emeği olmuştur. 23 Ağustos 1933 yılında kurulan Türk Hasta Bakıcılar Cemiyeti'nin (Türk Hemşireler Derneği) kurucu üyeleri arasında yer almış ve cemiyet başkanlığını da üstlenmiştir. 21 Kasım 1921'de Florence Nightingale Madalyasını alan ilk Türk kadını ve hemşiresidir. Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Tesisi kuruluşunda yer alarak kendisini hemşirelik mesleği ve hemşirelik eğitimine adanmıştır (Gören, & Yalım, 2016).

Ülkemizde modern hemşirelik Cumhuriyet tarihinde başlamıştır. Hemşirelik mesleğine öncülük eden ilk isimler kişisel ve bilimsel donanımları ile ülkeyi

uluslararası düzeyde temsil etmişlerdir. Londra’da 1937 yılında, Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından düzenlenen ve hemşirelik eğitimi, organizasyon ve yönetim, halk sağlığı ve bazı hemşirelik problemlerinin konu alındığı kongreye ülkemizi temsil etmek üzere Cumhurbaşkanı Mustafa Kemal Atatürk’ün imzasını taşıyan destek ve onayla iki Türk Hemşiresi Fatma Eneren (Bengisu) ve Makbule Kılıç gönderilmiştir (Özcan, & Ülker, 2014).

Makbule Kılıç’ın Viyana’da eğitim gördüğü ve Ankara’da Hemşirelik Ordu Okulunun eğitim programını yönettiği dışında kapsamlı bir bilgi olmamakla birlikte Bengisu, 1930 yılında Kızılay Hemşirelik Okulundan mezun olmuş ve Kızılay Hastabakıcılar Okulu’nda eğitmeni olarak çalışmıştır. Hemşirelik mesleği için yaptığı en önemli çalışmalardan birisi 1940 yılında Kızılay’ın yardımıyla Türk Hemşireleri için yazdığı ilk temel kaynaklardan biri olan ‘Hemşire Tekniği’ adlı kitabıdır. 1954-1963 yılları arasında Kızılay Hemşirelik Okulu Müdürlüğü’nde bulunan Bengisu, 1954 yılında çıkan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu’nun oluşmasında da katkı sağlamıştır. Ayrıca Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Tesisi kuruluşunda Türkiye Kızılay Cemiyeti’ne katkıları olmuş ve kurucuları arasında yer almıştır (Özcan, & Ülker, 2014).

Ülkemizde ilk olarak Amerikalılar tarafından İstanbul’daki müttefiklerinin sağlık bakımı ihtiyacını karşılamak amacıyla 1920 yılında Amiral Bristol Özel Sağlık Meslek Lisesi eğitime başlamıştır. Diğer okullara örnek oluşturan bu okulun ardından Cumhuriyet Türkiye’sinin ilk okulu olan Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi 1925’de İstanbul’da eğitime başlamıştır. Okulun mezunları 1937 yılından itibaren devlet tarafından yapılan sınavla göreve başlatılmışlardır. Bir Türk hemşirenin yönetime gelmesi ise 1948 tarihinde mümkün olmuştur. Ankara’da 1939 yılında açılan Askeri Hemşire Okulu ise eğitim faaliyetlerini 1947 yılına kadar sürdürebilmiştir. Veremle savaş Derneği tarafından tüberküloz hastalarının bakımı özelinde hemşirelik eğitimi veren Tefvik Sağlam Hemşirelik Lisesi’nin kuruluşu 1943 tarihidir (Şentürk, 1985).

İlk başta özel statüde açılan okulların ardından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, kendi bünyesindeki hastanelerde görevlendirmek amacıyla ilki 1946 yılında İstanbul’da olmak üzere Ankara, Sivas, İzmir, Erzurum ve Diyarbakır’da okullar açmıştır. Aynı zamanda üniversitelerin bünyesinde, Çocuk Esirgeme Kurumu ve Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı eğitim veren kurumlar açılmıştır (Şentürk, 1985). Ortaokul

ve lise düzeyindeki eğitimlerin ardından Türkiye, hemşirelik eğitiminde önemli bir yol kat etmiştir. Yükseköğretim düzeyinde hemşirelik eğitimi ilk olarak 1955'te Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluyla başlamış olup bunu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ile İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu takip etmiştir. Sağlık Bakanlığının 1992 yılında gerçekleştirmiş olduğu I. Ulusal Sağlık Kongresinde belirtilen amaçlar doğrultusunda sağlık eğitimini tekrar yapılandırma projesi başlatılmıştır. Böylece ebe ve hemşire eğitiminin üniversite düzeyinde yapılması kararlaştırılmıştır (Ergöl, 2011). Dünyada ise yükseköğretim düzeyinde ilk hemşirelik eğitimi 1909 yılında Amerika'da Minnesota Üniversitesinde verilmiştir. Hemşireler üzerine yapılmış olan araştırmalar eğitimin profesyonelleşme üzerindeki etkisini göstermektedir (Adıgüzel ve ark, 2011; Karadağ, 2002).

Son yıllarda lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde hemşirelik eğitimi veren kurumlar artmıştır. Eğitimin niteliğini arttırarak meslekte profesyonelleşmeyi engelleyecek koşulların oluşmasını veya koşulları ortadan kaldırmak için çalışmalar ise sürdürülmektedir (Ergöl, 2011).

2.2.1.5.4. Hemşirelikte İlk Örgütlenme Süreci

Uluslararası düzeyde ilk örgütlenme fikri 1899'da Londra'da düzenlenmiş olan Uluslararası Kadınlar Birliği toplantısında gündeme gelmiş aynı yıl Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN-International Council of Nurses) İngiltere, ABD, Kanada, Danimarka, Yeni Zelanda ve Avustralya'nın katkılarıyla kurulmuştur. Türkiye 1949'dan beri aktif üyedir. Günümüzde 20 milyonu aşkın hemşireyi temsil eden ve 130'dan fazla ulusal hemşire derneklerinin dâhil olduğu bir federasyondur. Örgütün kuruluş amacı hemşirelik eğitiminin standartlarını yükseltilmesi, meslek onurunun korunması ve mesleki bilginin toplum yararına kullanılmasında hemşirelerin geliştirilmesi olarak ifade edilmiştir (Şentürk, 1985). ICN anayasasında dünya çapında hemşireleri temsil etmek ve dünya çapında hemşireliğin sesi olmak örgütün amacı olarak belirtilmiştir (ICN, 2019)

Ülkemizde hemşirelik örgütleri arasında en uzun geçmişe Türk Hemşireler Derneği (THD) sahip olmakla birlikte, gün geçtikçe hemşirelik örgütlerinin sayısında da artış görülmüştür. 1912 yılında açılan Gönüllü Hasta Bakıcı Kursu'ndan mezun olan hasta bakıcılar 1933 yılında Türk Hastabakıcılar Cemiyeti adlı ilk örgütü

kurmuşlardır. Cumhuriyet dönemi ile yaşanan gelişmeler ve örgün hemşirelik eğitimi alan hemşirelerin gayretleri ile 03.07.1943 tarihinde Türk Hemşireler Derneği ismini almıştır. Uluslararası Hemşireler Konseyine 13.06.1949 tarihinde üye olmuştur (Şentürk, 1985). 1951 yılında Ankara şubesi, 1952 yılında ise İzmir şubesi açılmıştır. 02.03.1973 yılında (1630 sayılı Dernekler Kanunu gereğince) genel merkez Ankara'ya taşınmıştır. İlerleyen yıllarda yeni şubelerin açılması ve varlığını sürdüremeyenlerin kapanması sonucu 2018 genel kurul sonrasında aktif olarak çalışan 16 ilde toplam 17 şube si (Ankara, Bursa, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, İstanbul, İstanbul Anadolu, İzmir, Konya, Malatya, Manisa, Mersin, Ordu, Samsun, Trabzon, Uşak, Zonguldak) bulunmaktadır (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2020)..

THD, hemşireliğe özel bilgi ve uygulamaların, sağlık sisteminin yaşamsal bir bileşeni olarak tanınmasını sağlamak için mesleğin uygulanması, eğitimi, yönetimi ve özlük hakları alanlarında çalışmalar yapmaktadır. Meslekle ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmasında liderlik etmektedir. Hemşirelik mesleğini temsil eden THD, topluma nitelikli ve güvenli bir bakım sunumunu sağlamak için politikaların oluşturulmasında söz sahibi olarak, politikaları izler, mesleği geliştirir, hemşirelerin refahını arttırmak için şu an ve gelecekte toplumun güvenli, sağlıklı ve sürdürülebilir bir çevrede yaşamasını sağlamak için meslektaşlarıyla işbirliği içinde çalışır (THD, 2020).

2.2.2. Hemşirelikte Profesyonelliğin Temel Özellikleri

Literatürde hemşirelikte profesyonelleşmenin birden fazla tanımı ve özelliği bulunmakta, ayrıca profesyonelliğin ölçümü ve değerlendirmesinde farklı yöntem ve araçlar kullanıldığı görülmektedir (Özlük, & Sur, 2017; Sena, 2017). Bununla birlikte profesyonellik sürecinin ortak temel özellikleri vardır.

Profesyonelleşme süreci sosyal, politik ve kurumsal aşamalardan oluşur. Alan bilgisine ve teknolojiye sahip olma, bilimsel bilgi kullanımı, teorinin uygulanması, toplum yararını gözeten hizmet sunumu, etik ilke ve kurallara sahip olma, uzmanlaşmış eğitim kurumlarının oluşturulması ve eğitimin standartlaştırılması, mesleki derneklere sahip olma, devlet tarafından mesleki faaliyet olarak tanınma ve sürecin sonucu olarak profesyonel otonominin elde edilmesi bu sürecin bileşenleridir (Sena, 2017).

Hizmet sunumunun nasıl yürütüleceği, hizmet sunumu için gereken bilgi ve yetkinliğin belirlenmesi, sorunların öngörülmesi, prosedürlerin oluşturulması, değişen koşullara ve gereksinimlere uyum sağlanabilmesi hemşireliğin profesyonel bir statü kazanması için sıralanan gerekliliklerdir (Özlük, & Sur, 2017).

2.2.3. Hemşirelikte Profesyonelleşmenin Boyutları

2.2.3.1. Profesyonelleşmesinin Bilişsel Boyutu

Bilişsel boyut mesleki bilgiyi kapsar. Mesleki bilgi, hemşirelik eğitimi sürecinde geliştirilmesi gerekmektedir. Eğitimin sürekliliği önemli olup her aşamada eğitim programı profesyonelleşme ile ilgili beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bununla birlikte sürekli eğitim, profesyonelleşme için tek ölçüt değildir. Eğitim sürecinde mesleki davranışın temel ilkelerinin anlaşılması ve bu ilkeler doğrultusunda karar verebilmenin içselleştirilmesi gereklidir. Mesleki değerlerle birleştirildiği ve eyleme geçirilebildiğinde eğitimin işlevselliği sağlanabilmektedir (Ghadirian, Salsali, & Cheraghi, 2014).

2.2.3.2. Profesyonelleşmesinin Tutumsal Boyutu

Bireyin ve grupların sahip olduğu inançlar ve idealler değerler olarak ifade edilir. Mesleki değerler profesyonel tutum için belirleyicidir (Altun, 2002). Hemşirelikte hakim değerler estetik (takdir etme, duyarlılık ve yaratıcılık), fedakarlık (özgecilik; başkalarının refahına saygı gösterme, bağlılık, şefkat, sebat, iyilik, empati), eşitlik (adalet ve aynı haklara, ayrıcalıklara veya statüye sahip olma), özgürlük (özyönetim, öz disiplin, bağımsızlık ve seçim yapma kapasitesine sahip olma ve eylemde bulunabilme), insan onuru (saygı, insanı merkeze alma), adalet (ahlaki ve yasal ilkelerin desteklenmesi yoluyla adil muamele) ve hakikattir (gerçeğe veya gerçekliğe bağlılık) (Altun, 2002). Bu değerler bireysel tutumlara yansıtılır; seçimleri, davranışları ve eylemleri etkiler, aynı zamanda motivasyon sağlar. Hemşire tutumunun meslek değerleri ile uyumlu olması beklenir.

2.2.3.3. Profyonelleşmenin Psikomotor Boyutu

Bilimsel bilgi, teori ve araştırmaya dayalı alan bilgisine sahip, mesleki değerleri benimsemiş olmanın bir sonraki adımı edinilen bilgi ve tutumun beceri boyutuna taşınmasıdır. Bu aşama hemşirelerin koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumunda ve hasta bakımında aktif rol alması anlamındadır. Bu bağlamda yüksek düzeyde sistematik bilgi ve toplum bilgisi, toplumun çıkarları hakkında farkındalık, etik kodlar aracılığıyla özdenetimin sağlanması ve ödül sistemi olması profesyonellik için gereklilikler olarak ifade edilmektedir. Hemşireden beklenen hastaların onuruna, değerlerine ve inançlarına saygı göstermesi, güvenini kazanması, bilinçli kararlar vermesi, yetkin ve güvenli bakım sağlaması, mesleki uygulama standartlarını sürdürmesi, olumlu hemşirelik imajını sağlaması ve yasal düzenlemelere uygun hizmet vermesidir (Ghadirian ve ark., 2014).

2.3. Hemşirelik Mesleği ve Profesyonellik Ölçütleri

İlk kez Miller, Adams ve Beck, 1993 yılında, hemşirelikte profesyonellikle ilgili bir tanım yaparak meslekte profesyonellikle ilgili bir süreç başlatmışlardır. Bu zamana kadar hemşireliğin profesyonellik seviyeleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Hemşirelikte profesyonellik davranışlarının bir modeli oluşturulmuş, 1998 yılında revize edilerek hemşireler için kullanılmıştır. Bu modelde merkezde üniversite ortamında eğitim ve hemşirelikte bilimsel alt yapı, etrafında ise destekleyen tutumlar yer almıştır. Buna göre belirlenen profesyonellik ölçütleri şunlardır: (Adams & Miller, 2001; Adıgüzel ve ark., 2011; Durmuş, & Erdem, 2019).

1. Eğitimsel hazırlık
2. Araştırma
3. Yayın ve iletişim
4. Otonomi (özerklik)
5. Mesleki örgütlenmeye katılım
6. Sürekli eğitim ve yeterlik
7. Topluma hizmet sunma
8. Teori
9. Hemşirelik kodları

2.3.1. Eğitimsel Hazırlık

Yapılan işin meslek olabilmesinin önemli koşullarından birisi alanda uzmanlaşmaktır. Eğitim sonrasında kazanılan beceri ve deneyim birlikteliği profesyonelliği getirmektedir (Adıgüzel ve ark, 2011). Verilen eğitim ile bireye bilgi, beceri ve davranış kazandırılarak meslek sahibi olması sağlanır. Bireylere toplumsal yaşamda üstlenecekleri görevleri, demokratik ve laik değerler öğretilir. Eğitim bireylere akılcı düşünme alışkanlığı kazandırır ve yeniliklere açık davranış yapısı oluşturur. Bilim, sanat, teknolojinin gelişimini ve iş gücü için gerekli potansiyeli sağlar. Bireylerin ekonomik, teknik ve politik kararları verme durumunda onlara bilgi ve beceri kazandırarak yanlış kararlar vermemesini sağlamak eğitimin amaçlarını özetlemektedir (Genç, 1991).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda tıp bilimindeki ilerlemeler, politik değişim, sağlık hizmeti veren personelin nitelik ve nicelik bakımından yetersiz olması, insan iş gücünün maliyetli olması gibi nedenler insan gücü planlamasını zorunlu hale getirmiştir. Dünya Sağlık örgütü (DSÖ), 1948 yılından günümüze üye ülkelere sağlık planları için rehberlik ederek sağlık insan gücü hizmetlerine önem vermiştir. DSÖ tarafından 1977’de başlatılan ‘‘2000 Yılında Herkes İçin Sağlık’’ sloganınının 36. hedefi sağlık insan gücü ile ilgilidir. Bu hedefe göre, tüm üye ülkelerin sağlık personellerini planlayarak, eğitim ve kullanımı, temel sağlık bakımı yaklaşımına önem verilerek, herkese ve sağlık politikalarına uygun olması gerektiği belirtilmiştir. İkinci Dünya Savaşı’nın ardından sağlık insan gücü planlamaları devam edegelmiştir. Sağlık insan gücü planlaması ile özellikle 1960’lı yılların ortalarına doğru her türlü sağlık personelinin eğitim düzeylerini geliştirme ve ülke içinde eşitliği sağlayacak şekilde eğitim verme çabaları olmuştur. 1950’li yıllardaki geleneksel sağlık personeli üzerinde, 1960 ve 1970’li yıllarda çok amaçlı yardımcı sağlık personeli üzerine yoğunlaşıldığı görülmektedir. Sağlık insan gücünün planlaması 1960’tan 1970’li yılların ortasına kadar ulusal olarak giderek artan bir öneme sahip olmuştur (Şantaş, Özer, & Çıraklı, 2012).

2.3.2. Araştırma

Toplumdaki bireylerin ilerlemesi ve yaşantılarını sürdürebilmeleri için bilim vazgeçilmez bir unsurdur. Evreni anlayabilmek, yorumlayabilmek, doğru olan bilgiyi yanlışından ayırabilmeyi ve sistemli bir şekilde insanlığın yararı için değerlendirmeyi amaç edinmek bilimin işidir. Bilimle uğraşan insanlar bilimsel olan yöntemleri kullanarak bilinmeyenini biliniyor kılmaya çalışırlar. Belli bir sorunun çözümlenmesine yanıt arayarak, kültürel ve sosyal öğeleri tanımlayıp açıklayarak elde ettikleri verileri doğa ve insanlık yararına kullanabilmek amacıyla bilim insanları araştırmalar yapmaktadırlar (Gören, & Yalım, 2015; Karagözoğlu, 2006).

Hemşirelik uygulamalarını, araştırma ile sahip olunan bilimsel bilgi olumlu yönde etkiler ve gelişimini sağlar. Araştırmayla elde edilen bulgulara dayanarak yapılan hemşirelik bakımı mesleğin gelişimi, hemşirelik pratiğinin yeterli ve etkin olması için bir temel oluşturmaktadır. Araştırmayla elde edilen sonuçların uygulama alanına yansıtılması hemşirelik mesleğinde üretilen bilginin kullanılmasına, geliştirilmesine, hemşirelik bakım kalitesinin artmasına, hemşirelik imajının toplum gözünde olumlu yönde gelişmesine, sağlık politikasının oluşturulmasına, mesleki motivasyon ve otonominin artmasına neden olmaktadır (Öztürk ve ark., 2010). Hemşirelik ile ilgili araştırmalar ülkemizde başlangıçta sadece üniversite bünyesindeki akademisyenler tarafından yapılmıştır. Günümüzde ise kliniklerde çalışmakta olan hemşireler karşılaştıkları problemlere yönelik çözüm yolları aramakta ve araştırmalar yapmaktadırlar (Öztürk ve ark., 2010; Yıldırım, & Özkahraman, 2011).

2.3.3. Yayın ve İletişim

Bilimle uğraşan insanlar, bilimsel yöntemlerle elde ettikleri bilgiyi diğer bilim insanlarıyla paylaşmakta ve topluma duyurmaktadırlar. Elde edilen yeni bilgi yayınlanarak bir gerçeklik kazanır. Bu yüzden bilimle uğraşan insanlar sadece bilim yapmakla kalmayarak bunu yazıya dökmelidirler (Gören, & Yalım, 2015). Yapılan araştırmaların yayın olabilmesi için bir takım niteliklere sahip olması gerekmektedir. Bu nitelikler şunlardır: (Adıgüzel ve ark., 2011; Bülbül, 2004).

1. Yapılan araştırmanın yönteminin belirtilmesi
2. Yapılan araştırmanın kontrolü için araştırma üzerinde detaylı bilgi verilerek referansların açıklanması

3. Yazılan makalenin hakemli ve bilime dayanan bir dergide yayınlanması
4. Araştırmanın alana yenilik kazandırması

Bilimsel gelişmeleri alanlarında kullanmak ve mesleki faaliyetlerine yansıtma profesyonelleşmenin en önemli şartıdır. Hemşirelik, profesyonel bir meslek olarak sahip olduğu mesleki bilgi birikimini ancak akademik dergiler aracılığı ile sağlayabilmektedir. Bu dergiler iletişim aracı olarak da görev yapmaktadır. Hemşirelik mesleğindeki ilerlemenin son yıllarda hızlandığı düşünülmüş ve buna paralel olarak hemşirelik ile ilgili yayın yapan dergilerin sayısında artış olmuştur (Gören, & Yalım, 2015; Gözüm, Ünsal, Demirci, Birel, & Çamuşoğlu, 2000).

Klinik bilişim, bireysel ve toplum sağlığı sorunlarını iyileştiren, hasta bakımını iyileştiren ve klinisyen-hasta ilişkisini güçlendiren bilgi ve iletişim sistemlerini analiz etme, tasarlama, geliştirme, uygulama ve değerlendirme konusunda tam teşekküllü bir disipline dönüşmüştür. Genel hedef, sağlık hizmetlerinin sunumunu, kalitesini ve verimliliğini iyileştirmek ve hastalar için daha iyi yaşam kalitesi sağlamaktır. Elektronik sağlık kayıtlarının ve genel olarak sağlık bilgi teknolojisinin benimsenmesinin arttığı ülkelerde daha belirgin olmakla birlikte küresel boyutta klinik bilişime ihtiyaç duyulmaktadır (Cummins, Gundlapalli, Gundlapalli, Murray, Park, & Lehmann, 2016).

Yapılmış olan klinik çalışmaların bilimsel yayın yapılması hemşirelik mesleğinin akademik boyutta destek görmesi bakımından önemlidir. Bu yayınlar, hemşirelik uygulamalarına ihtiyacı olan insanlara daha iyi hizmet sunma konusunda yol göstericidir. Bu anlayış toplumsal yararın ön palanda tutulduğu kurum anlayışına uygun olarak hemşirelik mesleğinin profesyonellik yolunda ilerlemesine yardımcı olmaktadır (Adıgüzel ve ark., 2011).

2.3.4. Otonomi (Özerklik)

Antik Yunan siyaset tarihi ile kullanıma giren, öz (auto) ve erk (nomous) sözcüklerinden oluşan otonomi (autonomous) kavramı kendi kendini yönetme anlamı taşımaktadır (Cihangiroğlu, Uzuntarla & Özata, 2015). Otonomiye sahip olma bireyin özgürce yani etki altında olmadan bağımsız düşünebilmesi, karar verebilmesi ve eyleme geçebilmesini ve sorun çözümünde harekete geçebilmeyi ifade eder (Adıgüzel ve ark., 2011; Doğan, & Can, 2009; Karadağ, 2002).

Bireyin otonomiye sahip olması profesyonellik kavramı ile ilişkilidir. Alan ile ilgili yetkin eğitim alma ve eğitim ile edilen bilgi ve becerinin an az hata ile eyleme dönüştürülmesi bireysel profesyonellik olarak ifade edilir. Alan yetkinliği, alana özgü görevlerin belirli nitelik ve standart çerçevesinde yapılmasını ve gerektiğinde sorun çözümünde bulunulmasını gerektirir (Cihangiroğlu ve ark., 2015). Karşıt eğilimler ve istekler arasında seçim yapmaktan mahrum bırakılan bir platformda otonomi kazanımı ise çok azdır. Bunun sonucunda gerileme ve bağımlılık başlar. Sürekli olan bu bağımlılık kişilerde kendi davranış ve tutumlarını kontrol etme konusunda eksikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Gedük, 2018; Karagözoğlu, 2008).

Bireysel boyuttaki otonomi, iletişim ve güven zemini üzerinde işbirliğinin sağlandığı ekip çalışması ile birlikte alan yetkinliği ile ilgili uygulamalarda kontrole sahip olma boyutuna taşındığında profesyonel otonomi kavramından söz edilir. Profesyonel otonomi meslek kavramının temel unsurlarındandır (Cihangiroğlu ve ark., 2015). Çünkü iş gruplarının üzerinde ekip dışından gelen farklı baskı ve denetleme güçleri bulunmasına karşın meslekte denetlemenin yönü içtendir ve meslek üyelerinden her biri kendi kendilerini denetlemektedir (Adıgüzel ve dark., 2011; Doğan, & Can, 2009; Karadağ, 2002). Profesyonelleşme sürecinin sonucu, profesyonel otonominin elde edilmesidir (Sena, 2017).

Son yıllarda sağlık bakım alanındaki teknolojik, sosyal, kültürel ve bilimsel gelişmelerin bir sonucu olarak hemşirelikte otonominin uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelikte otonomi, bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı ve bakım için hemşirelik kararlarını verme yeteneği olarak tanımlanır. Bununla birlikte hemşireliğin uzun yıllar boyunca çalıştırılan bir meslek konumunda olması, meslek mensuplarının genellikle kadınlardan meydana gelmesi, hekimlerin taleplerini yerine getirme ile sınırlandırılmaları gibi özerkliği olmayan işlevlerinin olması, itaatkâr yapıları ve standart eğitim sisteminin oluşturulamaması gibi nedenlere bağlı olarak hemşirelerin otonomiden yoksun kaldıkları ifade edilmektedir (Gedük, 2018; Karagözoğlu, 2008; Sena, 2017). Oysa bir mesleğin içeriğini ve uygulamalarını belirleme ve koruma gücüne sahip olma, mesleğin karşılıklı bağımlılığı olan meslekler arası ilişkilerdeki statüsünü ve gelişme potansiyeli belirleyecektir (Sena, 2017). Otonomiye sahip olmanın mesleğin uygulama standartlarını ve eğitim

gereksinimlerini belirlenmesinde etkili olduğu, otonominin etik kurallarla korunabilir olduğu ifade edilmektedir (Sena, 2017).

Yönetim sürecinin merkezinde karar verme yer alır. Alınan kararlardan etkilenen tarafların karar sürecinde yer alıp almama durumu ise kararların etkinliğini belirler. Karara katılım karşılıklı etkileşimi ve karar paylaşımını gerektirir (Cihangiroğlu ve ark., 2015). Karara katılım, hemşireleri sadece emredileni tatbik eden olmaktan çıkarak eleştirel düşünen, karar veren ve uygulayan konumuna taşır (Baykara, Çalışkan, ve Karadağ, 2014; Setoodegan, Gholamzadeh, Rakhshan, & Peiravi, 2019). Bununla birlikte hemşirelerin otonomilerinin olmadığı ve karar sürecinde yeterince yer almadıkları ifade edilmektedir (Cihangiroğlu ve ark., 2015).

Hemşirelikte otonomi eksikliği, karar vermelerini engellediği gibi ahlaki sıkıntılara yol açabilecek etik muhakemeyi de engelleme riskini getirmektedir. Bu, kişinin inandığı ile nasıl davrandığı arasındaki çatışmanın bir sonucudur. Hemşireler arasındaki ahlaki sıkıntıların yaygın nedenleri iş baskısı, hasta ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri, hasta için gereksiz muayeneler, mesleki yaşamda hayal kırıklığı, iş doyumunun azalması, tükenmişlik olarak sıralanmakta, bunların ise hemşirelikteki kariyerinden vazgeçme gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceği belirtilmektedir (Abdolmaleki, Lakdizaji, Ghahramanian, Allahbakhshian, & Behshid, 2019).

2.3.5. Mesleki Örgütlenmeye Katılım

Ortak bir hedef veya yapılacak olan işi gerçekleştirebilmek için bir yerde toplanmış ve belli bir ihtiyaç için güç birliği sağlanarak karşılanması amacıyla birleşen bireylerin veya kurumların oluşturduğu bir olma durumu örgüt olarak tanımlanmaktadır (Kahrman, Mumcu, Kaptan, & Ayar, 2015; Kiper, & Koştu, 2010).

Hemşirelik mesleği için örgütlenme, profesyonel statü kazanmasında oldukça önemlidir (Kuşaklı, Çetin, & Ateş, 2019). Profesyonel örgütler birlikte hareket edebilme gücünü oluşturmaktadır. Ortak hedefler çerçevesinde hemşireleri bir araya getiren, değişiklik yapma gücüne sahip olan ve düşünceleri eksiksiz olarak anlatan kelimeleri eyleme geçiren kurumlardır (Karaöz, 2004; Ünsal, Yıldırım, & Aymelek, 2010). Politika, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve sağlığın korunmasına büyük önem verir. Ayrıca çalışma ortamında sağlığı iyileştirmek ve sürdürmek için stratejiler geliştirme konusunda rehberlik eder. Strateji geliştirme konusunda bütüncül bir

yaklaşım sergiler. Bu bireyler kişisel gelişim planlarını belirlemeye ve yaşam boyu öğrenme ilkelerini benimsemeye teşvik edilir (Wilkinson, 2008).

Hemşirelik mesleğinin topluma nitelikli hizmet sunması ve gelişimini hızlandırabilmesi, mesleği devam ettiren üyelerin siyasetin ve gücün önemini, anlamını ve doğasını kavramasıyla anlaşılır (Karaöz, 2004). Örgütlenme ile hemşirelerde birlik ve beraberlik hissi oluşacak, uygulamalar için rehber kaynakların gelişimi sağlanacaktır. Ayrıca hakların savunulması sağlanarak, mesleki otonominin ve hemşirelik hizmetindeki bakım kalitenin artması sağlanacaktır (Adams & Miller, 2001).

Son yıllarda hemşirelikte örgütlenme meslek alanında örgütlenmeden çok, örgütlenme çeşitliliği yaşayarak kendini göstermektedir. Mesleki alanda çalışma gösteren dernekler 2000 senesinde 20 iken, 2005 senesinde 25 ve günümüze kadar 56'ya ulaşmıştır. Çoğunluğu hemşire akademisyenler tarafından kurulmuş olup özel dal dernekleri ile sayılarında hızlı bir artış sağlanmıştır. Fakat hemşirelik mesleğindeki örgütlenme ile ilgili çalışmalarda, çalışan hemşire sayısına oranla mesleki örgütlere üye olan veya olmayı aklından geçiren hemşire sayısının az olduğu görülmüştür (Korkmaz, 2011; Korkmaz, & Görgülü, 2010; Kuşaklı ve ark., 2019).

Devlet işlerinin düzenlenmesini sağlayan politika (ilkeler, yasalar, tüzükler), hemşirelik uygulamaları üzerinde de etkili olmuş ve bakım verme yeterliliği birçok kamu politikasının etkisinde kalmıştır. Hemşirelerin yeterlilik durumları, uygulamalarını tanımlayan yasadan türemektedir. Bu alan hemşire olarak hizmet verenlerin ne yapıp yapmamaları ile ilgilidir. Hemşirelerin politik etkinliklerini arttırmaları mesleki gelişim ve profesyonellik için önemli bir konudur (Karaöz, 2004). Ülkemizde ilk hemşirelik kanunu 6283 kanun numarası ile 25.02.1954 yılında kabul edilerek 02.03.1954 yılında Resmi Gazete'de yayınlanmış ve THD'nin örgütsel gücü ile belirli senelerde kanunda değişiklikler yapılarak bugünkü şeklini almıştır. Böylece hemşirelik sadece bakım vermektan çıkarak hemşirelik tanılama süreci kapsamında bakımı planlayan, uygulayan, denetleyen ve değerlendiren, her ortamda birey, aile ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirleyen ve hekim tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulayabilen yetkili ve görevli sağlık personeli olarak kabul edilmiştir (Hemşirelik Kanunu, 1954).

2.3.6. Sürekli Eğitim ve Yeterlik

Çalışan kişilerin iş yaşamları süresince becerilerinin çeşitlenmesi, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi sürekli eğitim ile gerçekleşmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011).Dünyadaki yoğun ve hızlı demografik, ekonomik, teknolojik, kültürel değişme ve gelişmeler, sağlık bakımındaki hizmetleri etkilemekte bu durum bireylerin veya meslek üyelerinin eğitim ihtiyaçlarının hızla artmasına neden olmaktadır. Zira hemşirelerin temel mesleki eğitimlerinde kazandıkları bilgilerin bir kısmı zamanla unutulmaktadır ve bir kısmı da teknolojik ve bilimsel değişim ve gelişimlere bağlı olarak geçerliliğini kaybedecektir. Mesleki ve toplumsal yönden hemşireler, devamlı olarak kendilerini yenileme ve tamamlama olanağına sahip olmazlarsa güncelliğini yitirmiş belki de doğru olmayan bilgi, tutum ve becerilerle görevlerini sürdürerek etkinliklerini kaybederler. Böyle bir sonuç, yaşam boyu öğrenmenin hemşireler için ne ölçüde gerekli ve önemli olduğunu belirtmektedir (Şenyuva, 2013).

Amerikan Hemşireler Birliği, profesyonel hemşireler için eğitim ortamlarını ve uzmanlık alanlarındaki genel uygulama standartlarını belirlemiştir. Bu standartlar yasal değişikliklerle, klinik uygulamadaki gelişmeler, teknik güncellemeler ve hemşirelerin güvenli ve güncel uygulamaları sürdürmeleri için ihtiyaç duydukları yetkinliklerin belirlenmesine yardımcı organizasyonel talepler ile ilgilidir. Hastalar profesyonel hemşirelerin uygulamalarında ve sağladıkları bakımda yetkin olmalarını bekler. Hemşirelerin çoğu, yetkinliklerini korumak için klinik güncellemeler, yetkinlik değerlendirmeleri, e-öğrenme, web seminerleri, konferanslar, uzmanlık sertifikasyonu, kongre, hizmet içi eğitimler alarak bir tür sürekli eğitime katılmalıdır. Bu çabalar ile büyüme, öğrenme ve değişim gerçekleşerek hemşirelikte profesyonel gelişim oluşacaktır (Bindon, 2017).

2.3.7. Topluma Hizmet Sunma

Hemşirelik geçmişte her ne kadar karşılıksız ve gönüllülük üzerine yapılırsa da bu hizmet günümüzde para karşılığı sunulan bir hizmet halini almıştır. Bu durum hemşirelik mesleğinin ilerlemesine engel olan önemli bir sorundur. Hemşirelik mesleğini sunan üyelerin büyük bir bölümü aile bütçelerine katkı için mesleği bir uğraş, bırakılabilecek bir iş gibi görmekte, ekonomik ya da ailesel ihtiyaçlara göre mesleği kolayca bırakabilmektedir. Çoğunlukla kadınlar tarafından yapılması,

evlendikten sonra meslekten ayrılma ve çalışma şartlarındaki zorluklar nedeniyle başka meslekleri tercih eden hemşire sayısı dikkat çekmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011; Karadağ, 2002).

Meslek üyelerinde olduğu gibi örgütlerin de çalışmalarını devam ettirmelerinin yanı sıra gelir sağlama ve topluma hizmet sunma gibi amaçları vardır. Ancak birçok örgüt topluma hizmet amacını korumak yerine kazancı ön plana almıştır. Bu pozisyon örgüt faaliyetlerinin başarı olasılığını düşürmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011). Profesyonellik, profesyonel standartların geliştirilmesinde ve bakım kalitesinin sağlanmasında oldukça önemlidir. Ödün veren bir profesyonellik, önce birey, sonra kurum ve son olarak sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Profesyonelliğin gelişimi, hemşirelerin mesleklerine olan bağlılıkta oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirelerdeki profesyonellik geliştirebilse de performansları ve etkinlikleri olumlu yönde etkilenmesine rağmen, eğer örgütsel kültür ve örgütsel adalet iyileşmez, mobing devam ederse hemşirelik bakımının kalitesi iyileşmeyebilir (Öztürk, Kasım, Kavgacı, Kaptan & İnce, 2015; Terzioğlu ve ark., 2016).

Hemşirelik mesleğinin toplumdaki, diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetleri profesyonelleri arasındaki düşük imajı, yöneticilerin adaletsiz davranışları, gelir düzeyleri hemşirelerin mesleki gelişimlerini engellemektedir. Bunlar, gelişmiş ülkelerde hemşirelerin işlerini bırakmasına ve sağlık bakım hizmeti sunumunun olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır (Khomeiran, Yekta, Kiger, & Ahmadi, 2006). Yön değiştirmeden mesleğe devam edilmesi, daha tercih edilen ve saygın bir meslek haline dönüşmesi ancak bireysel çıkarlardan önce toplumsal çıkarların gözetilmesiyle olmaktadır. Bu bilincin oluşmasında yönetime olduğu kadar meslek örgütlerine de büyük görev düşmektedir (Adıgüzel ve ark., 2011; Tortumluoğlu ve ark., 2005).

2.3.8. Teori

Hemşirelik eğitimi müfredatı, teori ve uygulamayı entegre ederek uygulama alanında kaliteli hemşirelik bakımı sağlayabilen profesyonel hemşirelerin teşvik edilmesi amacıyla işletilmektedir. Hemşirelik, uygulayıcının bilgisine dayanarak hemşirelik bakımı sağlanmasına olanak tanıyan pratik bir öğrenmedir ve eğitimden sonrası uygulamada bilginin uygulanabilirliği önemlidir (Lee, & Sim, 2020).

Hemşirelik eğitiminde teorik ve uygulamadan oluşmasındaki temel düşünce, öğrencileri uygun ve etkili bakımı sağlamaları için hazırlamaktadır. Klinik öğretim bu hazırlıkta, eğitim sürecinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçasıdır. Klinikteki uygulama alanlarında öğrenciler rol modellerini gözlemleyerek, sorumluluklar alarak, kendi başlarına uygulama yapabilen, hastanın klinik seyrine göre davranabilen, karar verebilen ve ekibin bir parçası olarak çalışabilen bireyler olma olanağını bulurlar. Öğrenciler, öğrenimleri sürecinde aldıkları teorik bilgileri klinik uygulama sahalarında davranışa dönüştürürler. Öğrenim hedefi doğrultusunda seçilen klinik ortamı öğrencinin kendini geliştirmesine katkıda bulunur. Öğrenim hedefleri doğrultusunda yapılmaması, klinik eğitim-öğretim kurallarının dikkate alınmaması öğrencinin deneme yanılma yoluna başvurmasına veya karşılaştıklarını taklit etmesine neden olmaktadır (Karadağ ve ark., 2013).

Hemşirelik mesleği, bilgi, kuram ve teoriler üzerine kurulmuş uygulamalardan oluşmuştur. Bu kuram ve teoriler hemşirelik uygulamalarını temellendirir (Adıgüzel ve ark., 2011). Teori araştırma sürecine rehberlik ederek araştırma sorularını şekillendirir, araştırmanın tasarım, analiz ve yorumuna yardımcı olur. Profesyonel bir disiplin olan hemşirelikte araştırma ve teori ilk kez Florence Nightingale'in çalışmalarında görülmüştür. Nightingale, Hemşirelik Üzerine Notlar'ında gözlem, kayıt ve istatistik bilgisinin önemine değinmiştir (Çatal, & Dicle, 2014; Ekim, Manav, & Ocakço, 2012). Hemşirelik disiplinine özgü teori ve model kullanımı aynı zamanda hemşirelerin özerkliğini ortaya koyar. Hemşirelik uygulamalarındaki teori ve modeller, üstü örtük bilgiden üstü açık hemşirelik bilgisine ulaşılmasına, uygulamaların belirginleşerek bilinçli karar verilmesine ve uygulama yapılmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca hemşirelerin günlük bakımlarını organize etmelerini ve daha az iş gücü ile daha nitelikli bakım vermelerini sağlayacaktır. Hemşirelikte teori ve modeller odak noktası olarak bireyi ele alır ve hemşirelik bakım sürecinin daha profesyonel verilmesinde kullanılır (Baykara, Çalışkan, Öztürk & Karadağ, 2019).

2.3.9. Hemşirelik Kodları

İnsanoğlunun varoluşuyla başlayan hemşirelik tarihi, öncelikle kadına atfedilen şefkat, fedakârlık ve şifa vericilik özellikleriyle özdeşleştirilmiştir. Hemşireliğin etik değer ve ilkelerinin ifadesi ise ilk olarak meslek yemininde yer almıştır. Meslek yemini kişiye sorumluluk bilinci vermekte, mesleğe güveni pekiştirmekte, kişinin mesleki eylemlerinde nasıl davranması gerektiğinin çerçevesini çizmektedir. İlk kez Michigan Hemşireleri Derneği'nin kurucusu ve aynı zamanda halk sağlığı hemşiresi olan Lystra Gretter (1858-1951), Florance Nightingale adına yemin hazırlanması önerisinde bulunmuştur. Bu yemin, çalıştığı Michigan Detroit'deki Frand Hemşirelik Okulu mezunları tarafından ilk kez 1893 yılında Florance Nightingale yemini olarak okutulmuştur (Sümen, 2017).

İlk yemin metni zarar vermeme, sır saklama, mesleki gelişim, hastaya bağlılık, mesleğe ve hekime sadakati içerir. Lystra Gretter 1935 yılında yemin metnini revize ederek insanlığın iyiliğine adamayı eklemesi hemşire rolünün genişletilmesi olarak ve hekime sadakat kavramını çıkarması bağımsız bir mesleğe yönelik olarak ifade edilebilir (Sümen, 2017).

Yapılan etik alanındaki çalışmalar sonucu 1950 ile 2001 yılları arasında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1953 ile 2012 yılları arasında Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) var olan hemşirelik kodlarını incelemiş ve hemşireler için döneme uygun etik kodlarını belirleyerek yazılı bir şekilde ilan etmişlerdir (Akıncı, & Pınar, 2011; Arslantaş, 2015).

Hemşirelerin etik yükümlülükleri insanlar, uygulama, meslek ve iş birliği halindeki çalışanlar olmak üzere dört ana başlık altında yer almıştır (Dinç, 2009; Musa, Rashid, & Sakamoto, 2011; Arslantaş, 2015):

1. Hemşireler ve insanlar: Hemşirelerin temel sorumluluğu bakım gereksinimi olan bireye yöneliktir. Sunulan bakımın insan haklarına ve değerlerine uygun bir şekilde verilmesi gerekir.
2. Hemşireler ve uygulama: Hasta güvenliğinin ve hemşirelik uygulamalarının sağlanması için hemşireler sorumluluk almalıdır. Bunun için sürekli eğitim, mesleğin toplumdaki saygınlığını koruyacak şekilde davranma ve kişisel sağlıklarına dikkat etmeleri gerekir.

3. Hemşireler ve meslek: Hemşirelerin etik yükümlülükleri vardır. Hemşirelerin mesleki eğitim, araştırma, uygulama ve hemşirelik uygulamalarının yönetiminden kendilerinin sorumlu olmaları, meslek örgütü aracılığıyla hemşirelik üyelerinin çalışma şartlarının geliştirilmesinde etkin rol almaları gerekir.
4. Hemşireler ve iş birliği halinde çalışanlar: Meslektaşlarıyla ve diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliğine dayalı bir iletişim sürdürmelidir. Bakım verilen bireyin sağlığına yönelik herhangi bir tehlike söz konusu olduğunda gerekli tedbirleri almak ve savunuculuk rolü üstlenmekle yükümlüdür.

Ülkemizde THD tarafından 2009 yılında benimsenen bu kodlar “Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar” başlığıyla bir metin halinde derneğin internet sitesinde yayınlanmıştır. Buna göre hemşirelerin görevleri sırasında uymaları beklenen etik ilkeler zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama ile adalet ve eşitlik olmak üzere dört başlıkta ifade edilmiştir (THD, 2021).

2.3.9.1. Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi

Hemşirelerin hastaya fayda sağlayacak biçimde davranmasını gerektirir. Hemşirelerin faydalı bir şekilde davranma yükümlülükleri vardır ve bu yararı sağlayan eylemler yasal ve ahlaki açıdan profesyonel rolün gerektirdiklerindedir (THD, 2021).

2.3.9.2. Bireye Saygı-Özerklik İlkesi

Özerk insan kendi kişisel hedeflerini belirleyebilen, oluşturulan eylem planı üzerinde kendi kararlarını verebilen ve verdiği kararlar doğrultusunda eyleme geçebilme özgürlüğü bulunan kişidir. Özerkliğin sağlanabilmesi için bu özelliklerden her birinin en azından belli bir düzeyde olması gerekmektedir. Günümüzde hastayı dinleme, sorularına yanıt verme, hastalık, tedavi ve bakıma ilişkin bilgi verilmesini ve hastanın kendi özerk seçimlerini yapmasını sağlayan kurallar vardır. Bu durumda hemşireler hastanın değer ve inançlarına özen göstererek saygı duymalı ve özerkliğe saygı ilkesini göz önünde tutmalıdır (THD, 2021).

2.3.9.3. Adalet-Eşitlik İlkesi

İnsanlara adil, eşit ve uygun tedavinin sağlanarak hizmetlerin dağıtılmasını gerektirmektedir. Adalet ile toplumda herkesin yararına olacak şekilde hak ve kazançların dağıtılması sağlanır. Sahip oldukları haklar bakımından insanlar arasında hiçbir ayırım gözetilmemesi ise eşitlik olarak ifade edilir. Sağlık kaynaklarının kısıtlılığının neden olduğu durumda hemşire tıbbi kriterleri temel alarak değerlendirme yapmalıdır (THD, 2021).

2.3.9.4. Mahremiyet-Sır Saklama İlkesi

Bireyin kişisel bilgi ve sırlarının korunması ve ifşa edilmesinin kontrol edilmesidir. Gizlilik ilkesi diğer kişi ya da kişilere zarar vermeyi engellemek gibi bir durumla karşı karşıya kalındığında sorgulanabilir. Kişisel verilere sadece hastaya bakım sağlamak için ulaşılmalıdır. Hastaların gizliliğinin korunması kişiye olan saygıyı beraberinde getirmekte ve hasta-hemşire ilişkisinin güçlenmesinde etkili olmaktadır (Sümen, 2017). Teknoloji ve sağlık hizmetlerindeki hızlı gelişimin, iletişim kanallarının hızlanmasının, sosyal medya etkisinin, mahremiyet hakkının ihlaline ve kişisel sınırların aşılmasına neden olduğu ve bu nedenle de bakımın her safhasında hastanın mahremiyet ve sırrının korunması bakım veren hemşirelerin etik zorunluluğu olduğu vurgulamaktadır (Gül, Eşer, & Kocaçal, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı ve Yöntemi

Hemşirelerin özelliklerini tanımlamak, profesyonellik algılarını belirlemek, tanımlanmış profesyonellik ölçütlerini temel alarak kendi bakış açılarıyla hemşirelerin profesyonellik değerlerini etkileyen durumları ve nedenlerini, hemşirelerin profesyonellik değerleri ile bu değerleri etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak planlanmıştır.

Belirli bir zaman kesitinde neden ve sonuç arasındaki ilişki birlikte incelendiğinden aynı zamanda kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

- 1) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerleri ne düzeydedir?
- 2) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerlerini etkileyen faktörler nelerdir?
- 3) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerleri ile bu değerleri etkileyen faktörler arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H(1) Hemşirelerde profesyonellik değerleri ile profesyonellik ölçütleri arasında doğrusal bir ilişki vardır.

H(2) Hemşireler profesyonellik ölçütlerine uygun hizmet sunamamaktadır.

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden alınan güncel ve geçerli personel verileri temel alınarak 2020 yılında görevli olan 860 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmamıştır. Araştırma verilerinin toplandığı tarih aralığında (Ocak-Şubat 2020) uzun süreli izinde olan 150 hemşire dışında kalan toplam 710 hemşirenin tamamına

ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş üstünde, Türkçe anlayabilen ve iletişim kurabilen tüm hemşireler araştırmaya dâhil edilmiştir. Gönüllü olan 500 hemşireye ulaşılmıştır. Katılım oranı %70,4'tür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hemşirelikte profesyonellik ölçütleri temel alınarak oluşturulan anket formu (EK 1) ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) (Orak, & Alpar, 2012) (EK 2) kullanılmıştır.

3.5.1. Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Sorular yapısal (kapalı uçlu) ve yapısal olmayan (açık uçlu) biçiminde hazırlanmış olup anket formu toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölüm "Hemşire Tanıtım Formu" olup yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslek unvanı, çalışılan birim, birimdeki görevi, mesai düzeni, hizmet verilen günlük ortalama hasta sayısı, geliri yeterli bulma durumu, meslekle ilgili düşünce gibi çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özelliklerini belirlemeye yönelik 16 soru olarak hazırlanmıştır.

İkinci bölüm "Mesleki Profesyonellik Formu" olup tanımlanmış hemşirelikte profesyonellik ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Bu bölüm; profesyonellik ölçütlerini tanıma, mesleki örgütlenme durumu, görev tanımı, yenilikleri takip etme, bilimsel çalışma, mesleki eğitim değerlendirmesi, otonomi, ekip çalışması ile ilgili toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)

Ölçek, veri toplama aracının ikinci ana bölümünü oluşturmaktadır. Weis ve Shank (2000) tarafından hemşirelerin profesyonel değerlerini ölçmek için Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) Etik Kurallarına dayalı olarak geliştirilen 5'li likert tipi (1:önemli değil, 2:biraz önemli, 3: önemli, 4: çok önemli, 5: son derece önemli) 44 maddeden oluşan Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Nuray Şahin Orak ve Şule Ecevit Alpar tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçeğin madde sayısı faktör analizi sonucu 44'ten 31'e düşmüştür. HDPÖ'nün 44 maddelik şekli hemşirelerin etik kurallara bakış açısını belirlemede, 31 maddelik

şekli hemşirelerin değerlerini incelemede kullanılmaktadır. 31 maddelik ölçeğin 5 alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar güvenlik (4 madde), sorumluluk (7 madde), harekete geçme (5 madde), otonomi (4 madde) ve insan onurudur (11 madde). Ölçeğin toplam puanı hemşirelerin verdikleri yanıtı göre puanlanan maddelerin toplamından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 31-155 arasındadır. Puanın yüksek olması hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konularına verdikleri önemin dolayısı ile algılarının yüksek olduğunu göstermektedir (Orak, & Alpar, 2012). Ölçek Araştırmamızda hemşirelerin değerlerini incelemek amacıyla ölçeğin 31 maddelik şekli kullanılmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli yazılı izin araştırmacılarından alınmıştır.

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.96 bulunmuştur. Bu katsayı Weis ve Schank'ın (2000) çalışmasında 0.94, Orak ve Alpar'ın (2012) çalışmasında 0.95'tir. Çalışmamızda ölçek alt boyutların Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Cronbach Alpha Değerleri

Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları	Madde sayısı (Madde No)	Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması cronbach alpha güvenirlik katsayısı (Orak, & Alpar, 2012)	Bu araştırmada cronbach alpha güvenirlik katsayısı
HPDÖ	31	0,95	0,96
Güvenlik	4 (1, 2, 3, 5)	0,65	0,82
Sorumluluk	7 (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)	0,81	0,86
Harekete geçme	5 (4, 16, 17, 18, 23)	0,89	0,85
Otonomi	4 (19, 20, 21, 22)	0,68	0,81
İnsan onuru	11 (13, 14, 15, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31)	0,87	0,93

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, mesleki hizmet süresi, bakım verilen günlük ortalama hasta sayısı gibi sürekli değişkenler ile görev yapılan bilim dalı, çalışılan birimdeki görevi, meslek yaşamının herhangi bir döneminde yönetici olma durumu, gelir düzeyini yeterli bulma durumu, mesleği isteyerek seçme ve meslek seçme durumunda yeniden mesleği tercih etme durumu gibi kategorik değişkenlerdir.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri mesleki profesyonellik ölçütleri ve hemşirelerin profesyonel değerler ölçeği puanlarıdır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından katılımcılara çalışmanın amacı anlatılarak onam vermeleri durumunda Anket Formu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği dağıtılmış ve sessiz bir ortamda ortalama 20-25 dakika içerisinde doldurmaları istenmiştir. Anket doldurma sürelerinin mesai saatlerini etkilememesine dikkat edilmiştir. Anket formlarının yanıtlanmasını tamamlayan hemşirelerden, formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında 2 aylık süreçte toplanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma, nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Bağımlı yapıdaki kategorik veriler McNemar testi ile karşılaştırılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3.9. İzin ve Onaylar

Anket çalışmasının yürütülebilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden (SUAM) 29/11/2019 tarih, 73115338-819/36040 sayılı ve Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 04/12/2019 tarih, 2019-20/11 no'lu karar ile resmi izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Bulgular dört ana bölümde ele alındı. İlk bölümde anket formunun ilk başlığını oluşturan Hemşire Tanıtım Formunda yer alan katılımcıların kategorik değişkenlerinin (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, görev yapılan bilim alanı, mesai düzeni, görevi, yönetici pozisyonunda çalışma durumu, gelir düzeyi, mesleği seçme durumu).ve sürekli değişkenlerinin (yaş, hizmet süresi, bakım verilen günlük ortalama hasta sayısı) frekans dağılımlarına yer verildi.

İkinci bölümde anket formunun ikinci başlığı olan Mesleki Profesyonellik Formunda yer alan soruların frekans dağılımları bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların mesleki profesyonellik ölçütleri olarak neyi ifade ettiklerinin belirlenmesi ile mesleki örgütlenme, görev tanımı, alanında yenilikleri takip etme, hemşirelik eğitimi, otonomi, ekip çalışması ve profesyonellik alt başlıklarına verilen yanıtlar değerlendirildi.

Üçüncü bölümün başlığı ikinci veri toplama aracı olarak kullanılan Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğidir (HPDÖ). Bu bölümde katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan ile ölçeğin alt boyutlarının tanımlayıcı istatistiksel analizleri verilmiştir.

Dördüncü bölümde veri toplama aracı olarak oluşturulan anket formunda yer alan sorulara verilen yanıtlar ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği arasında anlamlılık ilişkisinin analizi yer almaktadır.

4.1. Hemşire Tanıtım Formu Veri Analizi

Katılımcıların %90,8'i kadın (n=454), %73,4'ü evli (n=367) olup çocuk sahibi olma oranı %65,6'dır (n=328). Eğitim durumları değerlendirildiğinde çoğunluğunun lisans mezunu olduğu (n=381; %76,2), lisansüstü eğitim oranının %13,6 olduğu görülmektedir. Dahili tıp bilimlerinde görev yapanların oranı %61,4 (n=307), vardiyalı çalışma oranı %60,3'tür (n=301) (Tablo3).

Çalışılan birimdeki görev durumu değerlendirildiğinde klinik hemşiresi ve poliklinik hemşiresi olarak görev yapanların oranı sırasıyla %67,8 (n=339) ve %20,2'dir (n=101). Katılımcıların %3,6'sı (n=18) başhemşire/başhemşire yardımcısı ve %8,4'ü (n=42) sorumlu hemşire olarak hizmet vermektedir. Meslek yaşamının herhangi bir döneminde yönetici pozisyonunda bulunanların oranı ise %23,2'dir (n=116). Gelir düzeyini yetersiz bulanların oranı yüksektir (%82,6; n=413) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşire Tanıtım Formu Kategorik Değişkenlerin Frekans Dağılımı

Kategorik Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	454	90,8
	Erkek	46	9,2
Medeni durum	Evli	367	73,4
	Bekâr	133	26,6
Çocuk sahibi olma durumu	Var	328	65,6
	Yok	172	34,4
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	13	2,6
	Ön Lisans	38	7,6
	Lisans	381	76,2
	Yüksek Lisans	66	13,2
	Doktora	2	0,4
Görev yapılan bilim dalı	Dahili Tıp Bilimleri	307	61,4
	Cerrahi Tıp Bilimleri	193	38,6
Mesai düzeni ¹	Sadece gündüz	191	38,3
	Sadece gece nöbeti	7	1,4
	Vardiya sistemi (gündüz ve gece)	301	60,3
Çalışılan birimdeki görev durumu	Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı	18	3,6
	Sorumlu Hemşire	42	8,4
	Klinik Hemşiresi	339	67,8
	Poliklinik Hemşiresi	101	20,2
Meslek yaşamının herhangi bir döneminde yönetici pozisyonunda olma durumu	Evet	116	23,2
	Hayır	384	76,8
Gelir düzeyini yeterli bulma durumu	Yeterli	87	17,4
	Yeterli Değil	413	82,6
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	332	66,4
	Hayır	168	33,6
Meslek seçme durumunda yine mesleği tercih etme durumu	Evet	160	32,0
	Hayır	340	68,0

n¹=498

Katılımcıların yaş ortalaması 37,38±8,07 yıl, ortalama mesleki hizmet süresi 14,5±8,0 günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı 27,98±57,41'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşire Tanıtım Formu Sürekli Değişkenlerin Frekans Dağılımı

	n	Ortalama±Standart Sapma	Medyan (min.-maks.)
Yaş	500	37,38±8,07	38,00 (24,00 – 60,00)
Mesleki hizmet süresi	500	14,50±8,00	14,13 (0,25 – 41,25)
Bakım verilen günlük ortalama hasta sayısı	499	27,98±57,41	11,00 (0,00 – 450,00)

Mesleği isteyerek seçenler, katılımcıların %66,4'ünü oluştururken %32'si tekrar aynı mesleği tercih edeceklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Mesleği isteyerek seçenler ile meslek seçme durumunda yine aynı mesleği seçeceğini ifade edenler arasında istatistiksel karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Mesleği İsteyerek Seçme Durumu ile Meslek Seçiminde Yeniden Aynı Mesleği Seçme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Meslek seçmek zorunda olsanız tekrar hemşirelik mesleğini seçer miydiniz?			P
		Evet	Hayır	Toplam	
Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?	Evet	141	191	332 (%66,4)	<0,001
	Hayır	19	149	168 (%33,6)	
Toplam		160 (%32)	340(%68)	500 (%100)	

Yeniden meslek seçme durumunda aynı mesleği tercih etmeyeceklerini ifade eden 340 katılımcıya (%68) tercih etmeme nedenleri soruldu. Soruyu yanıtlama oranı %48,2'dir. İfade edilen nedenler 9 başlık altında sınıflandırıldı. Bu başlıklar; çalışma koşulları (%45), mesleğin konumu (%20), düşük gelir (%9), iş-yaşam dengesi (%7), mesleği tatmin edici bulmama (%4,8), mesleği isteyerek seçmeme (%4,4), mobing (%3,4), mesleki eğitim ve uygulamanın farklı olması (%0,6) ve mesleği sevmeme (%0,2) olarak sıralanmaktadır (Tablo 6).

En çok katılım gösterilen neden olarak çalışma koşulları başlığı altında vardiya sistemi ve nöbet tutma (n=99; %19,8), yıpratıcı ve yorucu iş ortamı (n=67; %13,4), iş yükü fazlalığı (n=47; %9,4) ilk üç neden olarak yer almaktadır. Meslek konumu ile ilgili nedenler olarak mesleğe değer verilmemesi (n=49; %9,8), toplum tarafından mesleğe saygı duyulmaması (n=29; %5,8) ilk sıralarda ifade edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Yeniden Meslek Seçme Durumunda Katılımcıların Kendi Mesleğini Tercih Etmeme Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Tercih Etmeme Nedenleri*		n	%
Mesleğin konumu	Mesleki profesyonelliğe sahip olmama	9	1,8
	Toplum tarafından saygı duyulmaması	29	5,8
	Meslek olarak görülmemesi	3	0,6
	Başhekimliğe bağlı olması	1	0,2
	Yardımcı meslek olarak görülmesi	9	1,8
	Mesleğe değer verilmemesi	49	9,8
	TOPLAM	100	20
Çalışma koşulları	Vardiya ve nöbet tutma	99	19,8
	İş yükü fazlalığı	47	9,4
	Yıpratıcı ve yorucu iş ortamı	67	13,4
	Görev tanımına uygun çalışmama	5	1,0
	Mesleğe bağlı sağlık sorunları	7	1,4
	TOPLAM	225	45
Mesleği isteyerek seçmemiş olma	Aile baskısı ile meslek seçimi yapma	5	1,0
	İdealinde hemşirelik dışında bir meslek olması	17	3,4
	TOPLAM	22	4,4
İş-yaşam dengesi		35	7,0
Gelirin düşük olması		45	9,0
Mobing		17	3,4
Mesleki eğitim ve uygulamanın farklı olması		3	0,6
Mesleği tatmin edici bulmama		24	4,8
Mesleği sevmeme		1	0,2

* Katılımcılar birden fazla neden belirtmiştir.

4.2. Mesleki Profesyonellik Parametrelerinin Veri Analizi

Bu bölümde öncelikle katılımcıların mesleki profesyonellik ölçütlerini bilme durumu değerlendirilmiş, sonrasında ölçütlerle ilgili içinde buldukları durumu değerlendirmeleri istenmiştir. Son olarak verilen profesyonellik tanımına göre kendilerini değerlendirmeleri ve hemşirelikte profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenleri belirtmeleri istenmiştir.

4.2.1. Mesleki Profesyonellik Ölçütleri

Katılımcılara 7 mesleki profesyonellik ölçütünün seçenek olarak verildiği soruda hangilerinin ölçütler arasında yer aldığı sorulmuştur. Tüm seçenekleri ölçüt olarak ifade eden katılımcı sayısı 1'dir (%0,2). En yüksek oranda katılım gösterilen ölçütler en az lisans eğitiminin şart olması (%77,2), belli bir alanda uzmanlaşma (%74), güçlü mesleki örgütlenme (%73,8) ve karar mekanizmalarında yer alma, yasa ile yetkilendirme (%66,4). Diğer seçeneğini işaretleyenler (n=3; %0,6) hak edilen ücretin alınması, hemşirelik müdürlüğünün olması ve görev karmaşasının olmamasını mesleki profesyonellik ölçütü olarak ifade etmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcılara Göre Mesleki Profesyonellik Ölçütlerinin Frekans Dağılımı

Mesleki Profesyonellik Ölçütleri*	n	%
Mesleki eğitimin standartlaşması ve yeterliliği	283	56,6
En az lisans eğitiminin şart olması	387	77,4
Güçlü mesleki örgütlenme	369	73,8
Belli bir alanda uzmanlaşma	370	74,0
Uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretme	302	60,4
Bağımsız hareket edebilme, kendi sorumluluğunu yerine getirebilmek için karar alabilme	327	65,4
Karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirme	332	66,4
Diğer	3	0,60

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

4.2.2. Mesleki Örgütlenme

Katılımcıların %47,4'ü (n=237) ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üyedir. Türk Hemşireler Derneğine ve özel dal derneklerine üye olduğunu belirtenlerin oranları sırasıyla %22,6 (n=113) ve %8,6'dır (n=43). Hiçbir derneğe üye olmayanların oranı %52,6'dır (n=263) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Ulusal ve/veya Uluslararası Bir Derneğe Üye Olma Durumunun Frekans Dağılımı

Ulusal ve/veya Uluslararası Bir Derneğe Üye Olma Durumu	n	%
Türk Hemşireler Derneği	113	22,6
Özel Dal Dernekleri	43	8,6
Sigma Theta Tau, Uluslararası Hemşirelik Derneği	1	0,2
Diğer sağlık organizasyonları	80	16,0
Hiçbir derneğe üye değilim	263	52,6

Herhangi bir derneğe üye olmayan katılımcılar (n=263) sırasıyla derneklerin meslek adına bir şey yapmamasını (%52,5), bir derneğe üye olacak ve takip edecek kadar zamanlarının olmamasını (%46,8), derneklerin kendilerini temsil etmediğini (%39,2) neden olarak ifade etmişlerdir. Üyelik aidatının neden olarak gösterilmesine katılım oranı düşüktür (%5,7). Diğer seçeneğini işaretleyenler (n=8; %3) üyelikle ilgili bilgisinin olmamasını ya da farkındalığının olmadığını neden olarak belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Ulusal ve/veya Uluslararası Bir Derneğe Üye Olmama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Ulusal ve/veya Uluslararası Bir Derneğe Üye Olmama Nedeni*	n	%
Herhangi bir derneğe üye olacak ve takip edecek kadar zaman olmaması	123	46,8
Bu derneklerin meslek adına bir şey yaptığını düşünmeme	138	52,5
Üyelik aidatı vermek istememe	15	5,7
Hemşire olarak kendisini temsil etmediğini düşünme	103	39,2
Diğer	8	3,0

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

4.2.3. Görev Tanımı

Çalıştıkları kurumda mesleklerine ait görev tanımı olduğunu belirten katılımcılardan (n=375; %75) kurumlarındaki görev tanımlarını yazmaları istenmiştir. Soruyu yanıtlayan katılımcıların (n=261; %69,6) görev tanımlamaları Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kalite dokümanlarındaki hemşire görev tanımları temel alınarak değerlendirilmiştir. Buna göre görev tanımını doğru yapma oranı %32,8'dir (Tablo 10).

Çalıştıkları kurumda görev tanımları olmadığını ya da bilgilerinin olmadığını belirten katılımcılardan da (n=125; %25,0) görev tanımlarını yazmaları istenmiştir. Sorunun yanıtlama oranı %36'dır (n=45). Görev tanımı yapan katılımcıların %53,3'ünün (n=24) kurum kalite dokümanlarında yer alan meslek tanımına en yakın tanımı yaptıkları görülmüştür (Tablo 10). Diğer katılımcılar (%47,7; n=21) herhangi bir görev tanımı yapmamakla birlikte çalışma koşullarını eleştiren ifadeler yazmışlardır (Tablo 11).

Tanımlama yapan tüm katılımcılar içerisinde (n=306) meslek görev tanımlarını doğru ya da doğruya yakın yapma oranı %48'dir (n=147). Çalıştıkları kurumda görev tanımlarının olduğunu bildiğini ve bilmediğini ifade eden tüm katılımcılar (n=500) içerisinde ise bu oran %29,4'tür (n=147).

Tablo 10. Çalışılan Kurumda Mesleğe Ait Görev Tanımı Bilgisinin Frekans Dağılımı

Kurumda Mesleğe Ait Tanımlanmış Görev Tanımı Durumu	n	%	Görev Tanımı	n	%
Görev tanımı var	375	75,0	Görev tanımını doğru yapanlar	123	32,8
			Görev tanımını yanlış yapanlar	138	36,8
			Tanım Yapmayanlar	114	30,4
Görev tanımı yok	125	25,0	En yakın tanım yapanlar	24	19,2
			Çalışma koşullarının eleştirisi	21	16,8
			Tanım yapmayanlar	80	64,0

Tablo 11. Meslek Görev Tanımı ile İlgili Katılımcıların Eleştirel İfadeleri

Görev Tanımı ile İlgili Eleştirel İfadeler	
1	Boşta kalan her yeri ve işi doldurmak ve yapmak
2	Bakım profesyoneli değiliz, doktor değiliz
3	Bilgisayar başı işin çokluğu hasta bakım zamanından çalışıyor, sekreterlik gibi ikinci bir iş yükü bulunuyor
4	Mesleğimizde özellikli yetkilendirme olanağının olmaması nedeniyle bir görev tanımı yapılamaz
5	Yetkimiz olmadığı işlerde üstlerimizin talepleri doğrultusunda çalışıyoruz, meslek tanımımız var ama uygulanmıyor
6	Görev tanımının sadece ismi var, görev tanımında olmadığı halde yaptığım çok şey var
7	Hemşire demek her şeyi yapan demek, bütün işler ve hesaplar bizden soruluyor
8	Hemşire her işi yapar
9	Hemşirelik mesleğini icra etmek görev tanımım ancak sekreterlik, kayıt vs. işlerden zaman olursa
10	Her yerde her şeyi yapan kişiye hemşire denir, telefona bakar, kapı açar, tedavi yapar ama hiç iş yapmamış gibi gözüken kişidir
11	İşleri yetiştirmek için çalışmak
12	Karar mercii hiçbir zaman hemşire olamıyor
13	Doktorların tüm emirlerinin uygulayıcısı
14	Kim tarafından yapılacağı belli olmayan her işi yapabilir
15	Onam formunu alıp dosyaya koymak, hastadan kan almak
16	Mesaiye gelmek nasıl geçtiği ve nasıl yaptığın önemli değil
17	Mesleğe uygun olmayan çok farklı görevler yaptığımız için görev tanımımızı bilemiyorum ya da ne olduğumuzu kestiremiyorum
18	Mesleğim dışında poliklinik ortamında görev tanımının dışında bir sürü görev yaptığım için meslek tanımını uygulayamıyorum
19	Mesleğim haricinde her şeyi yapıyorum
20	Üstünün verdiği her işi yapan kişi
21	Şu an kan alma laboratuvarında görev almaktayım o nedenle tanımlanan bir yetkilendirme yok

Katılımcıların mesleki görev tanımına uygun çalışma durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Mesleki görev tanımına uygun çalışmadığını ifade edenlerin oranı %47'dir (n=234). Sıklık sırasına göre hastanın zarar görmemesi ve hizmetin aksamaması (n=163; %69,7), problemi bir an önce çözmek (n=133; %56,8) ve yöneticilerle sorun yaşamamak (n=117; %50) görev tanımına uygun çalışamama nedenlerini olarak ifade edilmiştir (n=27; %11,5) (Tablo 12).

Personel yetersizliği, her işin hemşireden beklenmesi, diğer personelin işini yapmaması, iş yükü fazlalığı, hasta yoğunluğu, mobing ve hiyerarşik yapılanma diğer seçeneğinde ifade edilen nedenlerdir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcılara Göre Mesleki Görev Tanımlarına Uygun Olarak Çalışma Durumlarının ve Çalışamama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Mesleki Görev Tanımına Uygun Olarak Çalışma		n ¹	%
Evet		264	53,0
Hayır		234	47,0
Görev Tanımına Uygun Olarak Çalışamama Nedeni *		n ²	%
Hastanın zarar görmemesi ve hizmetin aksamaması için		163	69,7
Yöneticilerle sorun yaşamamak için		117	50,0
Problemi bir an önce çözmek için		133	56,8
Diğer	Personel yetersizliği	7	3,0
	Her işin hemşireden beklenmesi	6	2,6
	Diğer personelin işini yapmaması	5	2,1
	İş yükü fazlalığı	4	1,7
	Hasta yoğunluğunu	2	0,9
	Mobing	2	0,9
	Hiyerarşik yapılanmayı	1	0,4

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

n¹=498, n²=234

4.2.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme

Katılımcıların %40,2'si hemşirelikle ilgili bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katıldığını, %31,6'sı hemşirelik ile ilgili bilimsel yayınları takip ettiğini, %4,8'i hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazdığını, %15'i bilimsel etkinliklere yaptığı ya da dâhil olduğu çalışmalarla katıldığını ifade ederken %59'u alanlarında hiçbir yeniliği takip edemediğini belirtmiştir (Tablo 13).

Hemşirelik adına yenilikleri takip edememe nedeni olarak uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama (n=230; %46) ve aile sorumluluğunun ön planda olması (n=119; %23,8) en çok ifade edilenlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=7; %1,6) tükenmişlik duygusunu, kurumsal desteğin olmamasını, etkinliklerden haberdar olmamayı ve yenilikleri takip etmenin önemsenmemesini yenilikleri takip etmeme nedenleri olarak belirtmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Alanlarında Yenilikleri Takip Etme Durumlarının ve Takip Edememe Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Alanda Yenilikleri Takip Etme Durumu *		n	%
Hemşirelik adına bilimsel yayınları takip etme		158	31,6
Hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazma		24	4,8
Hemşirelikle ilgili bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katılma		201	40,2
Bilimsel etkinliklere yapılan ya da dâhil olunan çalışmalarla katılma		75	15,0
Yenilikleri takip edememe		295	59,0
Alanda Yenilikleri Takip Edememe Nedeni		n	%
Ekonomik faktörler		60	12,0
Uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama		230	46,0
Konuyla ilgili farkındalık eksikliği		44	8,8
İstek / ilgi duymama		53	10,6
Mesleğin sadece para kazanmak amacıyla yapılması		23	4,6
Aile sorumluluğunun ön planda olması		119	23,8
Diğer	Tükenmişlik duygusunu	4	0,8
	Kurumsal desteğin olmamasını	1	0,2
	Etkinliklerden haberdar olmamayı	1	0,2
	Yenilikleri takip etmenin önemsenmemesini	1	0,2

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

4.2.5. Hemşirelik Eğitimi

Katılımcıların %46,6'sı mezuniyet öncesi aldıkları eğitimi hizmet sunumunda yeterli bulmamaktadır. Eğitimlerini yeterli bulmama nedeni olarak eğitim içeriğinin hizmet sunumunun gerekenlerini yeterince kapsamaması (n=124; %53,4) ilk sırada yer almaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Mezuniyet Öncesi Alınan Mesleki Eğitimi Hizmet Sunumunda Yeterli Bulma Durumu ve Eğitimi Yeterli Bulmama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Mezuniyet Öncesi Eğitimi Hizmet Sunumunda Yeterli Bulma Durumu	n	%
Evet	267	53,4
Hayır	233	46,6
Mezuniyet Öncesi Eğitimi Hizmet Sunumunda Yeterli Bulmama Nedenleri	n	%
Eğitimin içeriğinin hizmet sunumunun gerekenlerini yeterince kapsamaması	124	53,4
Hemşirelik uygulamalarını kontrol etmek isteyen farklı meslek gruplarının olması	55	23,7
Alınan eğitim doğrultusunda hemşirelerin kendilerini yönetememesi	45	19,4
Mesleki gelişim konusundaki çalışmalara katılım isteksizliği	2	0,9
Diğer	6	2,6

4.2.6. Otonomi

Mesleki uygulama sırasında eğitimlerinin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olduklarına katılım oranı %68,9'dur (n=344). Katılımcılara otonominin tanımı yapılmış ve verilen tanıma göre otonomiye sahip olma durumlarını değerlendirilmeleri istenmiştir. Verilen tanıma göre katılımcıların %33'ü (n=165) otonomiye sahip olduğunu ifade etmiştir (Tablo 15).

Katılımcılar, hasta bakım sürecinde otonomilerini olumsuz etkileyen neden olarak ilk sıralarda hemşirelerin sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmesini (n=372; %74,4), hemşirelerin ara eleman olarak görülmesini (n=352; %70,4), hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olmasını (n=322; %64,4) ifade etmişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=5; %1,0) mesleki eğitim yetersizliğine bağlı özgüven eksikliğini, hemşirelerin kendisini geliştirmemesini ve yasal hak ve sorumluluklarını bilmemesini, hekimlerin saygı duymamasını ve önyargılı olmasını, yöneticilerin otonomiye desteklememesini otonomilerini olumsuz etkileyen nedenler olarak belirtmişlerdir (Tablo 15).

Tablo 15. Hasta Bakım Süreci ile İlgili Kararlarda Söz Sahibi Olma ile Otonomiye Sahip Olma Durumunun Frekans Dağılımı

Hasta Bakım Süreci İle İlgili Kararlarda Söz Sahibi Olma Durumu	n ¹	%
Evet	344	68,9
Hayır	155	31,1
Otonomiye Sahip Olma Durumu	n	%
Evet	165	33,0
Hayır	335	67,0
Otonomiyi Olumsuz Etkileyen Nedenler *	n	%
Hemşirelerin itaatkar kişilik yapıları	142	28,4
Hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olması	322	64,4
Hemşirelerin sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmesi	372	74,4
Hemşirelik eğitim sisteminde standartların bulunmaması	213	42,6
Mesleği uygulayanların genellikle kadın olması	66	13,2
Geleneksel bakış açısı	209	41,8
Hemşirelerin ara eleman olarak görülmesi	352	70,4
Diğer	5	1,0

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir; n¹=499

Eğitim durumuna göre katılımcıların mesleki uygulamaları sırasında eğitimlerinin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olabilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 16). Sağlık meslek lisesi mezunları ile ön lisans mezunları arasındaki anlamlı farklılık bulunmaktadır ve bu oran sağlık meslek lisesi mezunlarında daha yüksektir.

Tablo 16. Eğitim durumuna göre Katılımcıların Otonomilerini Kullanabilme Durumlarının Karşılaştırılması

		Sağlık Meslek Lisesi	Önlisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora	p
Mesleki uygulamalarınız sırasında eğitiminizin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olabiliyor musunuz?	Evet	13 (%100) ^a	22 (%57,9) ^b	264 (%69,5) ^{ab}	44 (%66,7) ^{ab}	1 (%50) ^{ab}	0,030
	Hayır	0 (%0)	16 (%42,1)	116 (%30,5)	22 (%33,3)	1 (%50)	

4.2.7. Ekip Çalışması

Katılımcıların %94,6'sı (n=473) hemşireyi sağlık ekibinin bir parçası olarak görmektedir. Ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen nedenler olarak yetersiz sayıda çalışan olması (%82), aşırı hasta sirkülasyonu (%68,8), uzun çalışma saatleri (%67,6), uyku düzeninin bozulması (%58,6), yaşam riski olan hastalar ve hasta yakınları ile uğraşma (%51,2), araç-gereç yetersizliği (%49) ifade edilmiştir (Tablo 17).

Diğer seçeneğinde katılımcılar (n=32; %6,4) ekibin diğer üyeleri ile ilgili sorunlara (hiyerarşik yapı, ekip sorumlusu olarak hekimin ön planda olması, hemşireliğe bakış açısı, yeniliklere kapalı olunması, yüksek ego, kişisel çıkarlar ve değer yargıları, önyargılar, ekip ruhu olmaması, profesyonellikten uzaklaşma), bireysel kaynaklı sorunlara (empati kuramama, kişilik yapısı, iletişim kuramama, tükenmişlik) ve yönetsel sorunlara (sorunların fazlalığı, işi yapan ve yapmayan arasında fark olmaması, liyakatsizlik, ödül ve cezalandırma olmaması, görev dışı işleri yapmak, tükenmişlik, takdir edilmeme) değinmişlerdir (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirenin Sağlık Ekibin Bir Parçası Olarak Görülme Durumu ve Ekip İçi İletişimi Olumsuz Etkileyen Nedenlerin Frekans Dağılımı

Mesleğin Ekibin Bir Parçası Olarak Görülme Durumu		n	%
Evet		473	94,6
Hayır		27	5,4
Ekip İçi İletişimi Olumsuz Etkileyen Nedenler *		n	%
Aşırı Hasta Sirkülasyonu		344	68,8
Yetersiz Araç-Gereç		245	49,0
Uzun Çalışma Saatleri		338	67,6
Yetersiz Sayıda Çalışan		410	82,0
Yaşam Riski Olan Hastalar ve Hasta Yakınları İle Uğraşma		256	51,2
Uyku Düzeninin Bozulması		293	58,6
Diğer	Ekibin diğer üyeleri ile ilgili sorunlar	13	2,6
	Bireysel kaynaklı sorunlar	9	1,8
	Yönetsel sorunlar	10	2

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

4.2.8. Profesyonellik

Katılımcılara profesyonelliğin tanımı verilerek kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Verilen tanıma göre kendisini profesyonel olarak tanımlayanların oranı %80,4'tür (n=402) (Tablo 18).

Katılımcılardan hemşirelikte profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenleri belirtmeleri istenmiştir. En yüksek oranda katılımın yoğun iş yükü olduğu görülmüştür (n=403; %80,6). Bu nedeni sırasıyla görev tanımı dışında yer alan/hemşirelik dışı işlerin yapılması (%68,2), hastanedeki hiyerarşik yapı (%67,4), personel araç-gereç yetersizliği (%60) izlemektedir. Karar vermede yetkili olmama ve hekime bağlı çalışma (%51,4), örgütlü güç oluşturamama (%46,8), sağlık bakımı konusunda politikaların oluşturulmasında yer alamama (%32) ve mesleki uygulamalarında bağımsız karar alamama (%31,6) profesyonelliği olumsuz etkileyen neden arasındadır. Diğer seçeneğinde ise uzmanlaşmamanın, saygısız hasta yakınları ve deneyimsiz hekimlerin profesyonelliği olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Tablo 18).

Katılımcıların kendilerini profesyonel olarak değerlendirmeleri istenilen soruya verilen yanıtlar, katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamış ve yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda da eğitim grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 18. Katılımcıların Kendilerini Profesyonel Olarak Görme Durumu ile Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Nedenlerin Frekans Dağılımı

Profesyonel Olarak Görme Durumu	n	%
Evet	402	80,4
Hayır	98	19,6
Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Nedenler *	n	%
Eğitim düzeyinde farklılıklar olması	223	44,6
Eğitim ile uygulamanın farklı olması	258	51,6
Hemşirelik mesleğinin toplumsal algılanışı	257	51,4
Hastanelerdeki hiyerarşik yapı	337	67,4
Yoğun iş yükü	403	80,6
Görev tanımları dışında yer alan / hemşirelik dışı işleri yapma durumu	341	68,2
Personel ve araç-gereç yetersizliği	300	60,0
İş güvenliğinin yeterince sağlanamaması	213	42,6
Örgütlü güç oluşturamama	234	46,8
Çalışma arkadaşlarının yadırgaması	52	10,4
Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamama	107	21,4
Hemşireliği sevmediği için profesyonel olma gereği duymama	13	2,6
Mesleki uygulamalarında bağımsız olarak karar alamama	158	31,6
Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkiler	104	20,8
Bu konuda özgüvenin yetersiz olduğunu düşünme	16	3,2
Yöneticilerin, profesyonellik konusunda yeterince motive etmemesi	185	37,0
Karar vermede yetkili olmama ve hekime bağlı çalışma	257	51,4
Sağlık bakımı konusunda politikaların oluşturulmasında yer almama	160	32,0
Diğer	2	0,4

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Tablo 19. Eğitim durumuna göre Katılımcıların Otonomilerini Kullanabilme ve Kendilerini Profesyonel Olarak Değerlendirme Durumlarının Karşılaştırılması

		Sağlık Meslek Lisesi	Ön Lisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora	p
Kendinizi profesyonel olarak görüyor musunuz?	Evet	10 (%76,9) ^a	3 5(%92,1) ^a	295 (%77,4) ^a	61 (%92,4) ^a	1 (%50) ^a	0,004*
	Hayır	3 (%23,1)	3 (%7,9)	86 (%22,6)	5 (%7,6)	1(%50)	

*İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen ikili karşılaştırma sonucunda eğitim grupları arasında anlamlılık bulunmamıştır.

4.3.Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)

Katılımcıların Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinden (HPDÖ) aldıkları toplam puan ortalaması $118,74 \pm 19,38$ 'dir (Min-Maks= 74-155) (n=500). Ölçeğin alt boyutları arasında en yüksek ortalama puanın insan onuru, en düşük ortalama puanın otonomi başlığından alındığı görülmektedir (Tablo 20).

Tablo 20. HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
HPDÖ TOPLAM PUANI	118,74	19,38	119,00	74,00	155,00
GÜVENLİK	15,83	2,79	16,00	8,00	20,00
SORUMLULUK	25,74	4,76	25,00	14,00	35,00
HAREKETE GEÇME	18,83	3,51	19,00	11,00	25,00
OTONOMİ	15,61	3,02	16,00	5,00	20,00
İNSAN ONURU	42,78	7,51	43,00	27,00	55,00

Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde katılımcıların son derece önemli olarak ifade ettiği ilk üç madde sırasıyla 27., 3. ve 5. maddeler olup önemli bulmadıkları ilk üç madde ise 7., 12. ve 20. maddelerdir (Tablo 21).

4.3.1. Güvenlik Alt Boyutu

Sürekli öz değerlendirme yapmak maddesine %95,2 (n=476), bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz kaldığı zamanlarda meslektaşlarından konsültasyon ve işbirliği istemek maddesine %97,2 (n=486), toplumu güvenli olmayan sağlık ürünlerinden ve uygulamalarından korumak gerektiği maddesine %98,4 (n=492), hemşirelik mesleğinin değerlerini ve amaçlarını açıkça ifade etmenin gerekliliği maddesine %98 (n=490) oranında katılımcı önemli-çok önemli-son derece önemli olarak değerlendirmiştir (Tablo 21).

4.3.2. Sorumluluk Alt Boyutu

Sağlık ekibine bireye ait bilgi sağlamanın gerekliliği maddesine katılım oranı %96'dır (n=480). Eş düzeydeki meslektaşların birbirini değerlendirmesini ve bunda yer almak gerektiğini %81,6 (n=408), araştırmaların uygunluğunu belirlemek için

rehberleri kullanmanın gerekliliğini %93 (n=465), günlük verilen hemşirelik uygulamalarına rehber olarak standartların belirlenmesini %96,6 (n=483), öğrenciler için planlanmış öğrenim etkinliklerinin yapıldığı yerlerde standartları sağlamanın ve bu standartları sürdürmenin gerekli olduğunu %95,9 (n=478), hemşirelik tanı veya tanımlarını koyabilmek için tanılama verilerini kullanmak gerektiğini %97,4 (n=487), kendi mesleki uygulamalarının meslektaşları tarafından değerlendirilmesini istemenin gerektiğini %81,4 (n=407) oranlarında önemli-çok önemli-son derece önemli olarak değerlendirmiştir (Tablo 21).

4.3.3. Harekete Geçme Alt Boyutu

Katılımcılar kaynakların paylaşımını ve dağıtımını etkileyen ulusal politika kararlarının belirlenmesinde yer almanın (n=461; %92,2), etik rehberlerin geliştirilmesine katkıda bulunmanın (n:485; %97), hemşirelik standartlarının yürütülmesi ve gözetilmesi açısından topluma karşı sorumluluk almanın (n=488; %97,6), iş koşulları ve kurallarının belirlenmesinde yer almanın önemli olduğunu (n=484; %96,8), kaynakların paylaşımını etkileyen kurumsal kararların belirlenmesinde yer almanın (n=468; %93,6) gerekli ve önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 21).

4.3.4. Otonomi Alt Boyutu

Profesyonel hemşirelik uygulamalarının sınırlarını kabul etmek maddesine %95 (n=475), mesleğin imajını yükseltmek için eğitimiyle paralellik gösteren hemşire unvanını kullanmak gerektiğine %88,6 (n=443), standartlar doğrultusunda kalitesi yüksek hemşirelik bakımı sağlamak gerektiğine %81,8 (n=408), hemşirelik bakımını geliştirmeye yönelik standartların değerlendirilmesinde yer almanın gerektiğine %97 (n=485) oranında katılım gösterilmiştir (Tablo 21).

4.3.5. İnsan Onuru Alt Boyutu

Birey ve aile fertlerinin karar verebilmesi için bilgi sağlamak gerekliliği %93,2 (n=466), bireyin tedavi planını seçme hakkı olduğunu kabul etmenin gerektiğini %95,4 (n=477), gizli bir bilginin açıklanması istendiğinde bilgi verebilmek için yazılı rehberlere uymak gerektiğini %96,7 (n=482), sahip olunan mesleki değerlerle etik

açından ters düşen bakım uygulamalarına katılmayı reddetmek gerektiğini %95,4 (n=477), hasta savunucusu olarak hareket etmek gerektiğini %84,4 (n=422), farklı yaşam tarzı olan bireylere ön yargısız bir şekilde bakım sağlamanın gerekliliğini %98,2 (n=491), bireyin gizlilik hakkını güvence altına almanın gerektiğini %99 (n=495), kuşkulu ya da uygunsuz uygulamaları olan sağlık ekibi elemanlarına karşı çıkmanın gerekliliği %97,4 (n=487), araştırmalarda katılımcıların (örneklem grubuna alınanların) haklarını korumanın gerekliliğini %96,6 (n=483), uygun araştırmaları uygulamalarda kullanmak gerektiğini %97,2 (n=486), uygulamalarda rehber olarak etik ilkeleri kullanmak gerektiğini %98 (n=490) katılımcı önemli olarak değerlendirmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) Yanıtlarının Frekans Dağılımı

Ölçek Maddesi	Alt Boyut	Önemli Değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli	Son Derece Önemli
GÜVENLİK		n (%)				
1	Sürekli öz-değerlendirme yapmak	2 (0,4)	22 (4,4)	224 (44,8)	136 (27,2)	116 (23,2)
2	Bireyin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı zaman konsültasyon/işbirliği istemek	1 (0,2)	13 (2,6)	172 (34,4)	180 (36)	134 (26,8)
3	Toplumu güvenli olmayan sağlık ürünlerinden / uygulamalarından korumak	1 (0,2)	7 (1,4)	119 (23,8)	158 (31,6)	215 (43)
5	Hemşirelik mesleğinin değerlerini ve amaçlarını açıkça ifade etmek	0 (0)	10 (2)	128 (25,6)	151 (30,2)	211 (42,2)
SORUMLULUK		n (%)				
6	Sağlık ekibine bireye ait bilgi sağlama	4 (0,8)	16 (3,2)	153 (30,6)	199 (39,8)	128 (25,6)
7	Eş düzeydeki meslektaşların birbirini değerlendirmesinde yer almak	33 (6,6)	59 (11,8)	205 (41)	128 (25,6)	75 (15)
8	Araştırmaların uygunluğunu belirlemek için rehberleri kullanmak	2 (0,4)	33 (6,6)	191 (38,2)	157 (31,4)	117 (23,4)
9	Günlük hemşirelik uygulamalarına rehber olarak standartları belirlemek	2 (0,4)	15 (3)	171 (34,2)	172 (34,4)	140 (28)
10	Öğrenciler için planlanmış öğrenim etkinliklerinin yapıldığı yerlerde standartları sağlamak ve sürdürmek	2 (0,4)	19 (3,8)	172 (34,5)	175 (35,1)	131 (26,3)
11	Hemşirelik tanılarını koymak için tanılama verilerini kullanmak	2 (0,4)	11 (2,2)	168 (33,6)	170 (34)	149 (29,8)
12	Kendi mesleki uygulamalarının meslektaşları tarafından değerlendirilmesini istemek	26 (5,2)	67 (13,4)	210 (42)	136 (27,2)	61 (12,2)

Tablo 21 Devamı

Ölçek Maddesi	Alt Boyut	Önemli Değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli	Son Derece Önemli
HAREKETE GEÇME		n (%)				
4	Kaynakların paylaşımını / dağıtımını etkileyen ulusal politika kararlarının belirlenmesinde yer almak	7 (1,4)	32 (6,4)	222 (44,4)	132 (26,4)	107 (21,4)
16	Etik rehberlerin geliştirilmesine katkıda bulunmak	1 (0,2)	14 (2,8)	208 (41,6)	162 (32,4)	115 (23)
17	Hemşirelik standartlarının yürütülmesi ve gözetilmesi açısından topluma karşı sorumluluk almak	1 (0,2)	11 (2,2)	192 (38,4)	182 (36,4)	114 (22,8)
18	İş koşulları ve kurallarının belirlenmesinde yer almak	2 (0,4)	14 (2,8)	157 (31,4)	162 (32,4)	165 (33)
23	Kaynakların paylaşımını etkileyen kurumsal kararların belirlenmesinde yer almak	3 (0,6)	29 (5,8)	188 (37,6)	159 (31,8)	121 (24,2)
OTONOMİ		n (%)				
19	Profesyonel hemşirelik uygulamalarının sınırlarını kabul etmek	5 (1)	20 (4)	186 (37,2)	151 (30,2)	138 (27,6)
20	Mesleğin imajını yükseltmek için eğitimiyle paralellik gösteren hemşire unvanı kullanmak	17 (3,4)	40 (8)	148 (29,6)	142 (28,4)	153 (30,6)
21	Standartlar doğrultusunda kalitesi yüksek hemşirelik bakımı sağlamak	2 (0,4)	11 (2,2)	129 (25,9)	152 (30,5)	127 (25,4)
22	Hemşirelik bakımını geliştirmeye yönelik standartların değerlendirilmesinde yer almak	1 (0,2)	14 (2,8)	141 (28,2)	185 (37)	159 (31,8)
İNSAN ONURU		n (%)				
13	Bireyin / ailenin karar verebilmesi için bilgi sağlamak	7 (1,4)	27 (5,4)	213 (42,6)	174 (34,8)	79 (15,8)
14	Bireyin tedavi planını seçme hakkı olduğunu kabul etme	3 (0,6)	20 (4)	190 (38)	160 (32)	127 (25,4)
15	Gizli bir bilginin açıklanması istendiğinde bilgi vermek için yazılı rehberlere uymak	2 (0,4)	15 (3)	196 (39,3)	130 (26,1)	156 (31,3)
24	Sahip olunan mesleki değerlerle etik açıdan ters düşen bakım uygulamalarına katılmayı reddetmek	2 (0,4)	21 (4,2)	160 (32)	140 (28)	177 (35,4)
25	Hasta savunucusu olarak hareket etmek	15 (3)	63 (12,6)	199 (39,8)	115(23)	108 (21,6)
26	Farklı yaşam tarzı olan bireylere ön yargısız bakım sağlamak	0 (0)	9 (1,8)	150 (30)	145 (29)	196 (39,2)
27	Bireyin gizlilik hakkını güvence altına almak	0 (0)	5 (1)	117 (23,4)	136 (27,2)	242 (48,4)
28	Kuşkulu ya da uygunsuz uygulamaları olan sağlık ekibi elemanlarına karşı çıkmak	3 (0,6)	10 (2)	134 (26,8)	144 (28,8)	209 (41,8)
29	Araştırmalarda katılımcıların (örneklem grubuna alınanların) haklarını korumak	3 (0,6)	14 (2,8)	169 (33,8)	160 (32)	154 (30,8)
30	Uygun araştırmaları uygulamalarda kullanmak	0 (0)	14 (2,8)	179 (35,8)	183 (36,6)	124 (24,8)
31	Uygulamalarda rehber olarak etik ilkeleri kullanmak	1 (0,2)	9 (1,8)	145 (29)	155 (31)	190 (38)

4.4. Anket Soruları ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ) Arasındaki İlişkinin Analizi

Anket formunun ilk başlığını oluşturan Hemşire Tanıtım Formunda yer alan kategorik ve sürekli değişkenler ve ikinci başlığını oluşturan Mesleki Profesyonellik Formunda yer alan profesyonellik ölçütleri ile ilgili soruların (toplam 35 soru) her biri ile HPDÖ toplam ve alt boyut puanlarının ilişkileri analiz edilmiştir.

4.4.1. Kategorik ve Sürekli Değişkenler ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Sürekli değişkenler (yaş, meslekte hizmet süresi, bakım verilen ortalama hasta sayısı) ile HPDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kategorik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslek unvanı, mesai düzeni ve gelir düzeyine göre HPDÖ toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 22).

Eğitim durumları açısından incelendiğinde harekete geçme ($p=0,001$) ve otonomi ($p=0,001$) alt boyutları anlamlı bulunurken HPDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yüksek lisans eğitimi almış olanların harekete geçme ve otonomi puanı ön lisans ve lisans eğitimi almış olanlara göre daha yüksektir (Tablo 22).

Çalışılan birimdeki görevlere göre yapılan karşılaştırmada harekete geçme ($p=0,032$), otonomi ($p=0,012$) ve insan onuru ($p=0,033$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Başhemşire/başhemşire yardımcılarının puanı klinik hemşiresine göre daha yüksektir (Tablo 22).

Meslek yaşamının herhangi bir döneminde yönetici pozisyonunda çalışanlar ile çalışmayanlar arasında harekete geçme ($p=0,023$), otonomi ($p<0,001$) ve insan onuru ($p=0,015$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yönetici pozisyonunda yer alanların puanları yer almayanlara göre daha yüksektir (Tablo 22).

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen ve seçmeyen katılımcılar arasında otonomi alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,034$). Mesleği isteyerek seçenlerin puanı daha yüksektir (Tablo 22).

Tablo 22. Kategorik Değişkenlere Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ TOPLAM PUANI	GÜVENLİK	SORUMLULUK	HAREKETE GEÇME	OTONOMİ	İNSAN ONURU
Cinsiyet	Erkek	118,73±21,08	15,78±3,31	25,96±5,2	18,91±3,8	15,16±3,18	43±7,52
	Kadın	118,74±19,23	15,84±2,74	25,72±4,72	18,82±3,48	15,65±3	42,75±7,52
		p	0,999	0,896	0,750	0,860	0,293
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	115,46±22,46	15,15±3,08	24,62±5,36	18,23±3,88 ^{ab}	14,85±3,11 ^{ab}	42,62±8,61
	Ön Lisans	114,95±16,06	15,34±2,25	25,08±3,82	17,79±3,02 ^a	15,08±2,63 ^a	41,66±6,65
	Lisans	118,12±19,56	15,82±2,85	25,6±4,81	18,67±3,5 ^a	15,43±3,03 ^a	42,6±7,58
	Yüksek lisans	124,41±18,31	16,29±2,65	27,06±4,64	20,24±3,26 ^b	16,97±2,72 ^b	44,14±7,2
		p	0,051	0,292	0,091	0,001	0,001
Çalıştığı birimde görevi	Başhemşire/ başhemşire yrd	129,41±17,27	17±2,5	28,06±4,94	21,11±3,29 ^b	17,06±2,01 ^b	47,06±6,69 ^b
	Sorumlu hemşire	120±16,09	15,79±2,52	25,79±4,07	19,02±3,1 ^{ab}	16,46±2,79 ^{ab}	43,02±6,95 ^{ab}
	Klinik hemşiresi	117,59±20,09	15,74±2,91	25,58±4,91	18,65±3,52 ^a	15,35±3,11 ^a	42,27±7,66 ^a
	Poliklinik hemşiresi	120,26±18,01	15,95±2,5	25,87±4,43	18,94±3,54 ^{ab}	15,88±2,79 ^{ab}	43,61±7,12 ^{ab}
		p	0,067	0,298	0,214	0,032	0,012
Meslek yaşamınızın herhangi bir döneminde yönetici pozisyonunda yer aldınız mı?	Evet	122,49±17,55	16,11±2,5	26,37±4,58	19,47±3,44	16,53±2,77	44,19±6,89
	Hayır	117,62±19,77	15,75±2,87	25,55±4,8	18,63±3,51	15,33±3,03	42,35±7,64
		p	0,012	0,189	0,106	0,023	<0,001
Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?	Evet	119,5±18,43	15,88±2,66	25,98±4,59	18,87±3,4	15,81±2,9	43,02±7,25
	Hayır	117,22±21,11	15,74±3,03	25,28±5,06	18,73±3,72	15,2±3,2	42,29±7,99
		p	0,239	0,601	0,121	0,671	0,034
Meslek seçmek zorunda olsanız tekrar hemşirelik mesleğini seçer miydiniz?	Evet	119,87±18,94	15,88±2,86	26,11±4,76	18,88±3,53	15,88±2,78	43,27±7,28
	Hayır	118,2±19,59	15,81±2,76	25,57±4,76	18,8±3,5	15,48±3,12	42,55±7,61
		p	0,370	0,822	0,236	0,809	0,316

4.4.2. Mesleki Profesyonellik Parametreleri ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

4.4.2.1. Mesleki Profesyonellik Ölçütleri ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Çalışmaya katılan hemşirelerin “Sizce aşağıda yer alan ifadelerden hangileri mesleki profesyonellik ölçütleri arasındadır?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılmasının sonucu Tablo 23’te verilmiştir. Bu soruda birden fazla yanıt işaretlenebilmektedir.

“Mesleki eğitimin standartlaşması ve yeterliliği”, “uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretme” ve “karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirilme” ölçütlerini mesleki profesyonellik ölçütleri olarak kabul edenler ve etmeyenler arasında HPDÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve tüm alt boyutlarında ($p<0,005$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. HPDÖ toplam puanı ve alt boyutların puanı, üç ölçütü de mesleki profesyonellik ölçütleri olarak kabul edenlerde daha yüksektir.

“En az lisans eğitiminin şart olması” ölçütünü mesleki profesyonellik ölçütleri arasında kabul edenlerin HPDÖ toplam puanı ($p=0,033$) ve güvenlik ($p=0,029$), harekete geçme ($p=0,044$), insan onuru ($p=0,047$) alt boyut puanları ölçüt olarak kabul etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

“Güçlü mesleki örgütlenme” ölçütünü mesleki profesyonellik ölçütleri arasında kabul edenlerin HPDÖ toplam puanı ($p=0,001$) ve güvenlik ($p=0,018$), sorumluluk ($p=0,003$), harekete geçme ($p=0,001$), insan onuru ($p=0,002$) alt boyut puanları kabul etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

“Belli bir alanda uzmanlaşma” ölçütünü mesleki profesyonellik ölçütleri arasında kabul edenlerin HPDÖ toplam puanı ($p=0,002$) ve güvenlik ($p=0,009$), harekete geçme ($p<0,001$), otonomi ($p=0,002$), insan onuru ($p=0,008$) alt boyut puanları kabul etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

“Bağımsız hareket edebilme, kendi sorumluluğunu yerine getirebilmek için karar alabilme” ölçütünü mesleki profesyonellik ölçütleri arasında kabul edenlerin HPDÖ toplam puanı ($p=0,032$) ve harekete geçme ($p=0,002$), otonomi ($p=0,020$) alt boyut puanları kabul etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Mesleki Profesyonellik Ölçütü Olarak Kabul Edilen Kriterlere Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Sizce aşağıda yer alan ifadelerden hangileri mesleki profesyonellik ölçütleri arasındadır?*		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Mesleki eğitimin standartlaşması ve yeterliliği	Hayır	114,72±19,06	15,43±2,74	25,01±4,63	18,12±3,33	14,98±3	41,18±7,55
	Evet	121,85±19,08	16,15±2,8	26,31±4,79	19,37±3,55	16,1±2,94	44,01±7,25
	p	<0,001	0,004	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
En az lisans eğitiminin şart olması	Hayır	115,34±18,32	15,33±2,74	25,03±4,71	18,25±3,36	15,18±3,06	41,55±7,17
	Evet	119,75±19,59	15,98±2,79	25,96±4,76	19±3,54	15,73±2,99	43,14±7,58
	p	0,033	0,029	0,067	0,044	0,088	0,047
Güçlü mesleki örgütlenme	Hayır	114,23±17,39	15,34±2,7	24,7±4,53	17,93±2,99	15,2±2,87	41,06±6,92
	Evet	120,37±19,82	16,01±2,81	26,12±4,79	19,15±3,62	15,75±3,06	43,4±7,62
	p	0,001	0,018	0,003	0,001	0,068	0,002
Belli bir alanda uzmanlaşma	Hayır	114,5±17,64	15,29±2,59	25,1±4,45	17,93±3,12	14,89±2,75	41,29±7,18
	Evet	120,25±19,77	16,03±2,84	25,97±4,85	19,14±3,58	15,86±3,07	43,31±7,56
	p	0,002	0,009	0,071	<0,001	0,002	0,008
Uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretme	Hayır	114,4±17,42	15,34±2,56	24,84±4,42	18±3,11	14,92±2,84	41,3±7,11
	Evet	121,61±20,09	16,16±2,89	26,34±4,89	19,37±3,65	16,06±3,04	43,75±7,62
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Bağımsız hareket edebilme, kendi sorumluluğunu yerine getirebilmek için karar alabilme	Hayır	116,22±18,19	15,58±2,68	25,34±4,42	18,18±3,25	15,18±3,09	41,94±7,21
	Evet	120,11±19,89	15,97±2,85	25,96±4,93	19,18±3,6	15,84±2,95	43,23±7,64
	p	0,032	0,133	0,150	0,002	0,020	0,066
Karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirilme	Hayır	115,01±17,9	15,34±2,7	25,08±4,33	18,06±3,19	14,98±2,86	41,54±6,97
	Evet	120,66±19,85	16,08±2,81	26,08±4,94	19,22±3,6	15,93±3,04	43,41±7,7
	p	0,002	0,005	0,020	<0,001	0,001	0,007

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

4.4.2.2. Mesleki Örgütlenme ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye olma durumuna göre HPDÖ toplam puanı ve alt boyutları karşılaştırıldığında HPDÖ toplam puanı ve sorumluluk, harekete geçme, otonomi alt boyutlarında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 24).

Türk Hemşireler Derneği (THD) ile hiçbir derneğe üye olmayanlar arasında HPDÖ toplam puanı ($p=0,008$) ve sorumluluk ($p=0,006$) alt boyut puanı arasında anlamlı farklılık vardır. THD'ye üye olanların puanı daha yüksektir.

Harekete geçme alt boyutu ($p=0,001$) için THD'ye üye olanlar ile diğer sağlık organizasyonlarına üye olanlar veya hiçbir derneğe üye olmayanlar arasında anlamlı farklılık vardır. THD'ne üye olanların puanı yüksek bulunmuştur. Otonomi alt boyutu için ($p=0,001$) THD ve özel dal derneklerine üye olanların puanı hiçbir derneğe üye olmayanların puanından daha yüksektir.

Katılımcıların bir derneğe üye olmamalarının nedenleri ile HPDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Buna göre derneklerin meslek adına bir şey yapmadığını düşünen katılımcıların sorumluluk ($p=0,34$) ve otonomi ($p=0,031$) alt boyutlarında, üyelik aidatını bir neden olarak görenlerde otonomi ($p=0,014$) alt boyutunda daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Derneklerin kendilerini temsil etmediğini düşündükleri için bir derneğe üye olmadığını belirten katılımcıların HPDÖ toplam puanı ($p=0,047$), ve sorumluluk ($p=0,019$), ve otonomi ($p=0,002$) alt boyutlarının puanları daha düşüktür.

Tablo 24. Derneğe Üyelik ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtlara Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye olma durumu							
Türk Hemşireler Derneği		122,85±20,26 ^a	16,3±2,84	26,75±4,99 ^a	19,72±3,78 ^a	16,32±3,00 ^a	43,95±7,58
Özel dal dernekleri		123,95±17,33 ^{ab}	16,16±2,41	27,09±4,54 ^{ab}	19,84±3,31 ^{ab}	16,65±2,67 ^a	44,21±6,97
Diğer sağlık organizasyonları		117,35±19,5 ^{ab}	15,55±2,84	25,33±4,83 ^{ab}	18,34±3,35 ^b	15,25±3,19 ^{ab}	42,89±7,83
Hiçbir derneğe üye değilim		116,62±18,96 ^b	15,67±2,8	25,22±4,6 ^b	18,44±3,38 ^b	15,25±2,94 ^b	42,03±7,41
	p	0,008	0,139	0,006	0,001	0,001	0,075
Ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye değilseniz nedeni? *							
Herhangi bir derneğe üye olacak ve takip edecek kadar zamanım yok	Hayır	119,6±19,12	15,95±2,74	25,94±4,74	18,99±3,47	15,7±2,98	43,1±7,45
	Evet	116,07±20	15,48±2,92	25,15±4,78	18,33±3,59	15,33±3,11	41,77±7,64
	p	0,085	0,109	0,122	0,075	0,258	0,092
Bu derneklerin meslek adına bir şey yaptığını düşünmüyorum	Hayır	119,48±19,5	15,91±2,8	26±4,69	18,95±3,56	15,77±3,02	42,91±7,52
	Evet	116,75±18,96	15,64±2,77	25,05±4,9	18,49±3,35	15,16±2,98	42,41±7,48
	p	0,132	0,299	0,034	0,170	0,031	0,458
Üyelik aidatı vermek istemiyorum.	Hayır	118,98±19,31	15,86±2,78	25,82±4,73	18,86±3,49	15,67±2,98	42,83±7,52
	Evet	111±20,51	15,07±3,01	23,4±5,22	17,87±4,16	13,73±3,61	40,93±7,06
	p	0,112	0,279	0,051	0,275	0,014	0,325
Hemşire olarak beni temsil etmediğini düşünüyorum.	Hayır	119,72±19,5	15,86±2,8	26,02±4,77	19±3,54	15,83±2,99	43,07±7,52
	Evet	114,99±18,52	15,73±2,78	24,7±4,59	18,16±3,31	14,74±2,97	41,67±7,41
	p	0,047	0,713	0,019	0,051	0,002	0,152

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

4.4.2.3. Görev Tanımı ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Katılımcıların çalıştıkları kurumda mesleklerine ilişkin tanımlanmış bir görev tanımı olduğunu bilme ve bilmeme durumlarına göre HPDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 25).

Mesleğine ait tanımlanmış bir görev tanımı olduğunu belirten katılımcıların yaptıkları görev tanımlarının doğru ve yanlış olma durumu dikkate alınarak yapılan HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında ise tümü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Otonomi alt boyutunda tanım yok diyenlerin puanı diğerlerinden düşük bulunmuştur. Kurumlarında görev tanımı olduğunu ifade eden ve tanımlamayı doğru yapanlar ile tanım olmadığını ifade edenler arasında HPDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar açısından farklılık bulunmuştur. Görev tanımının olduğunu ifade eden ve tanımlamayı doğru yapanların puanı daha yüksektir (Tablo 25).

Meslek görev tanımlarına uygun olarak çalışıp çalışmadıklarına ve çalışmadıklarını düşünüyorlarsa bunun nedenlerine göre yapılan karşılaştırmada HPDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Çalışılan Kurumda Tanımlanmış Bir Görev Tanımı Varlığına ve Katılımcıların Yaptıkları Görev Tanımlarına Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Çalıştığınız kurumda mesleğinize ait tanımlanmış bir görev tanımınız var mı?	Hayır	117,89±20,5	15,42±2,89	25,7±5,13	18,92±3,62	15,58±3,17	42,24±7,71
	Evet	119,02±19,01	15,97±2,75	25,76±4,64	18,79±3,47	15,61±2,97	42,95±7,44
p		0,574	0,058	0,915	0,730	0,921	0,360
Çalıştığınız kurumda mesleğinize ait tanımlanmış bir görev tanımınız varsa yazınız.	Tanım var ve doğru	123,3±20,19 ^a	16,56±2,74 ^a	26,88±5,04 ^a	19,38±3,72 ^a	16,02±3,03 ^a	44,46±7,59 ^a
	Tanım yok	114,36±18,59 ^b	15,62±2,75 ^b	24,78±4,29 ^b	17,91±3,21 ^b	14,95±2,93 ^b	41,09±7,68 ^b
	Tanım var ve yanlış	119,45±17,35 ^{ab}	15,8±2,69 ^{ab}	25,62±4,36 ^{ab}	19,08±3,33 ^{ab}	15,84±2,85 ^a	43,3±6,74 ^{ab}
p		0,001	0,017	0,002	0,002	0,011	0,002

4.4.2.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Hemşirelik alanında bilimsel yayınları takip edenlerin, alanıyla ilgili bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katılanların, bilimsel etkinliklere yaptığı ya da dâhil olduğu çalışmalarla katılanların ve yenilikleri takip edemediğini ifade edenlerin HPDÖ toplam ve alt boyut puanları işaretlemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

Hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazdığını belirtenlerde HPDÖ toplam puanı ve harekete geçme, otonomi ve insan onuru alt boyutlarının puanları bilimsel makale yazmadıklarını ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

Sağlık sektöründe hemşirelik adına yenilikleri takip edememe nedeni olarak ekonomik faktörleri ve bu konuyla ilgili farkındalık eksikliğini gösterenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 27).

Uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramayanlarda HPDÖ toplam puanı ve güvenlik, sorumluluk, harekete geçme, otonomi alt boyut puanları daha düşük bulunurken insan onuru alt boyut puanı daha yüksektir. İstek / ilgi duymamayı neden olarak işaretleyenlerin HPDÖ toplam puanı ve harekete geçme, otonomi, insan onuru alt boyut puanları daha düşüktür. Mesleği sadece para kazanmak amacıyla yaptıklarını belirtenlerde sadece güvenlik alt boyutu anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Aile sorumluluğunun ön planda olmasını neden olarak ifade edenlerde HPDÖ toplam puanı ve sorumluluk, harekete geçme, otonomi, insan onuru alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 27).

Tablo 26. Sağlık Sektöründe Hemşirelik Adına Yenilikleri Takip Etme Durumuna Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Sağlık sektöründe hemşirelik adına yenilikleri takip ediyor musunuz?							
Hemşirelik alanında bilimsel yayınları takip ediyorum	Hayır	116,32±19,11	15,56±2,74	25,3±4,65	18,3±3,35	15,23±3,06	41,92±7,49
	Evet	124,01±18,97	16,42±2,82	26,7±4,87	19,96±3,59	16,43±2,75	44,63±7,22
	p	<0,001	0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
Hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazıyorum	Hayır	118,33±19,26	15,79±2,77	25,66±4,73	18,72±3,46	15,55±3,01	42,63±7,49
	Evet	127,09±20,41	16,75±3,04	27,57±5,15	20,96±3,78	16,83±2,9	45,71±7,5
	p	0,034	0,099	0,060	0,002	0,041	0,049
Hemşirelikle ilgili bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katılıyorum.	Hayır	115,49±19,58	15,39±2,86	25,1±4,62	18,26±3,43	15,06±3,08	41,67±7,69
	Evet	123,6±18,05	16,49±2,56	26,7±4,82	19,67±3,46	16,43±2,73	44,42±6,93
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Bilimsel etkinliklere yaptığım ya da dâhil olduğum çalışmalarla katılıyorum.	Hayır	116,94±19,2	15,66±2,79	25,35±4,69	18,42±3,4	15,33±2,99	42,18±7,54
	Evet	129,15±17,13	16,81±2,61	28±4,54	21,13±3,2	17,2±2,67	46,15±6,42
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Yenilikleri takip edemiyorum.	Hayır	123,08±18,78	16,39±2,77	26,57±4,77	19,69±3,51	16,27±2,77	44,25±7,21
	Evet	115,74±19,25	15,45±2,74	25,17±4,67	18,22±3,38	15,15±3,09	41,75±7,55
	p	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

Tablo 27. Sağlık Sektöründe Hemşirelik Adına Yenilikleri Takip Edememe Nedenlerine Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Sağlık sektöründe hemşirelik adına yenilikleri takip edemiyorsanız nedenini belirtiniz?							
Ekonomik faktörler	Hayır	118,63±19,26	15,82±2,76	25,7±4,7	18,85±3,48	15,62±3,01	42,69±7,49
	Evet	119,53±20,4	15,92±3	26,03±5,2	18,65±3,74	15,52±3,08	43,42±7,66
	p	0,734	0,807	0,616	0,679	0,804	0,483
Uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama	Hayır	120,87±19,5	16,1±2,78	26,2±4,86	19,24±3,66	15,93±2,95	43,49±7,51
	Evet	116,24±18,98	15,53±2,77	25,21±4,6	18,34±3,27	15,23±3,05	41,93±7,43
	p	0,008	0,023	0,021	0,004	0,009	0,021
Bu konuyla ilgili farkındalık eksikliği	Hayır	118,95±19,52	15,9±2,81	25,8±4,8	18,84±3,52	15,59±3,02	42,88±7,55
	Evet	116,5±17,92	15,14±2,53	25,2±4,36	18,68±3,4	15,77±2,96	41,7±7,09
	p	0,423	0,083	0,432	0,776	0,703	0,321
İstek / ilgi duymama	Hayır	119,46±19,25	15,9±2,8	25,88±4,76	18,95±3,51	15,76±2,94	43,03±7,47
	Evet	112,52±19,55	15,26±2,68	24,6±4,67	17,77±3,3	14,32±3,33	40,6±7,55
	p	0,014	0,116	0,065	0,021	0,001	0,027
Mesleğin sadece para kazanmak amacıyla yapılması	Hayır	119,04±19,36	15,9±2,78	25,8±4,78	18,86±3,52	15,65±3,01	42,89±7,51
	Evet	112,43±19,05	14,52±2,76	24,61±4,31	18,13±3,35	14,74±2,97	40,43±7,3
	p	0,110	0,021	0,242	0,331	0,158	0,126
Aile sorumluluğumun ön planda olması	Hayır	120,23±19,11	15,96±2,75	26,04±4,78	19,11±3,5	15,89±2,92	43,28±7,4
	Evet	113,98±19,53	15,42±2,89	24,8±4,59	17,91±3,4	14,7±3,14	41,16±7,67
	p	0,002	0,064	0,013	0,001	<0,001	0,007

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir

4.4.2.5. Hemşirelik Eğitimi ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Mesleki eğitime ilişkin sorulara verilen yanıtlara göre HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırma sonuçları Tablo 28’de verilmiştir.

Alınan mezuniyet öncesi hemşirelik eğitimini hizmet sunumunda yeterli bulanlar ile yeterli bulmayanların HPDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Alınan mezuniyet öncesi hemşirelik eğitimini hizmet sunumunda yeterli bulmama nedenlerine göre karşılaştırma yapıldığında sadece insan onuru alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Eğitimin içeriğinin hizmet sunumunun gerekenlerini yeterince kapsamaması” nedeni ile “Alınan eğitim doğrultusunda kendilerini yönetememeleri” nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. “Eğitimin içeriğinin hizmet sunumunun gerekenlerini yeterince kapsamamasını” gerekçe olarak sunanların insan onuru alt boyut puanı diğerine göre daha yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Mesleki Eğitime İlişkin Sorulara Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Aldığımız mezuniyet öncesi hemşirelik eğitimini hizmet sunumunda yeterli bulmuyorsanız nedenini belirtiniz	HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Eğitimin içeriğinin hizmet sunumunun gerekenlerini yeterince kapsamaması	121,04±18,83	16,25±2,79	26,32±4,69	19±3,42	15,71±2,95	43,73±7,24 ^{ac}
Hemşirelik uygulamalarını kontrol etmek isteyen farklı meslek gruplarının olması	115,81±18,85	15,2±2,79	25,42±5,29	18,31±3,28	15,44±3,02	41,56±6,92 ^c
Alınan eğitim doğrultusunda kendimizi yönetemememiz	114,24±20,94	15,36±2,65	25,24±4,98	18,4±4	15,07±3,14	40,18±7,73 ^{bc}
Diğer	112,83±20,01	15,5±2,35	23,5±3,39	17±2,83	15,5±3,89	41,33±9,89 ^c
p	0,092	0,064	0,251	0,201	0,631	0,027

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

4.4.2.6. Otonomi ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Mesleki uygulamaları sırasında eğitimlerinin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olduğunu ve olmadığını ifade edenler arasında HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 29).

Otonomiye sahip olduğunu düşünenlerin HPDÖ toplam puanı ($p=0,011$) ile güvenlik ($p=0,018$), sorumluluk ($p=0,009$), harekete geçme ($p=0,019$) ve insan onuru ($p=0,013$) alt boyut puanları daha yüksektir (Tablo 29).

Hemşirelerin “Siz hastanızın bakım gereksinimlerini karşılarken aşağıdaki ifadelerden hangisinin özerkliğinizi (otonomi) olumsuz yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar açısından sadece “Hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olması” ve “Geleneksel bakış açısı” yanıtlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olmasını otonomileri üzerinde olumsuz bir etken olarak değerlendirenlerin güvenlik, harekete geçme ve otonomi alt boyut puanları; geleneksel bakış açısını olumsuz etken olarak değerlendirenlerin ise HPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Otonomiye İlişkin Sorulara Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Mesleki uygulamalarının sırasında eğitiminizin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olabiliyor musunuz?	Hayır	117,46±20,25	15,51±2,88	25,63±4,89	18,72±3,61	15,45±3,13	42,18±7,81
	Evet	119,2±18,91	15,97±2,74	25,77±4,69	18,85±3,45	15,67±2,96	43,01±7,35
		p	0,354	0,089	0,755	0,697	0,457
Otonomiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	117,2±19,07	15,63±2,75	25,36±4,69	18,57±3,5	15,46±2,99	42,19±7,36
	Evet	121,88±19,68	16,25±2,83	26,54±4,81	19,35±3,48	15,91±3,04	43,96±7,68
		p	0,011	0,018	0,009	0,019	0,111
Siz hastanızın bakım gereksinimlerini karşılarken aşağıdaki ifadelerden hangisinin özerkliğinizi (otonomi) olumsuz yönde etkilediğini düşünüyorsunuz? *							
Hemşirelerin itaatkâr kişilik yapıları	Hayır	118±19,38	15,75±2,77	25,6±4,7	18,73±3,45	15,45±3,03	42,54±7,57
	Evet	120,58±19,31	16,04±2,85	26,11±4,9	19,07±3,64	16±2,96	43,37±7,34
		p	0,179	0,294	0,284	0,327	0,066
Hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olması	Hayır	116,52±20,59	15,47±2,96	25,45±4,94	18,37±3,64	15,24±3,18	42,18±7,93
	Evet	119,95±18,6	16,04±2,67	25,91±4,66	19,08±3,41	15,81±2,91	43,11±7,25
		p	0,059	0,028	0,302	0,029	0,045
Hemşirenin sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmesi	Hayır	118,34±20,35	15,77±3,06	25,86±4,85	18,77±3,55	15,54±3,2	42,63±7,64
	Evet	118,87±19,06	15,86±2,7	25,7±4,74	18,84±3,5	15,63±2,95	42,83±7,47
		p	0,791	0,763	0,753	0,844	0,782
Hemşirelik eğitim sisteminde standartların bulunmaması	Hayır	117,51±19,43	15,64±2,83	25,52±4,65	18,59±3,45	15,41±3,02	42,46±7,62
	Evet	120,38±19,24	16,09±2,73	26,05±4,9	19,15±3,57	15,88±3	43,2±7,35
		p	0,103	0,078	0,219	0,075	0,083
Mesleği uygulayanların genellikle kadın olması	Hayır	118,38±19,35	15,79±2,76	25,64±4,74	18,74±3,47	15,58±3,03	42,68±7,53
	Evet	121,09±19,54	16,11±3,01	26,39±4,9	19,36±3,72	15,79±2,92	43,44±7,42
		p	0,290	0,396	0,234	0,182	0,602
Geleneksel bakış açısı	Hayır	116,04±18,52	15,58±2,77	25,19±4,44	18,31±3,3	15,19±2,98	41,88±7,33
	Evet	122,45±19,96	16,19±2,79	26,51±5,09	19,54±3,67	16,19±2,97	44,02±7,59
		p	<0,001	0,015	0,003	<0,001	0,002
Hemşirelerin ara eleman olarak görülmesi	Hayır	116,99±20,16	15,72±3,08	25,57±4,57	18,55±3,47	15,3±3,21	41,9±7,73
	Evet	119,47±19,02	15,88±2,67	25,82±4,84	18,94±3,52	15,74±2,92	43,15±7,39
		p	0,194	0,564	0,592	0,250	0,141

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

4.4.2.7. Ekip Çalışması ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik mesleğini ekibin bir parçası olarak görenler ile görmeyenlerin HPDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen nedenlere göre HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılması sonuçları Tablo 28’de verilmiştir. Araç-gereç yetersizliğini ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen neden olarak belirtenlerde güvenlik alt boyutu anlamlı iken uyku düzeni bozukluğu nedeninde güvenlik ve sorumluluk alt boyutu anlamlı bulunmuştur. Her iki nedeni ifade edenlerin puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Diğer yanıtlar için HPDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Ekip İçi İletişimi Olumsuz Etkileyen Nedenlere Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen nedenler*		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Aşırı hasta sirkülasyonu	Hayır	118,52±20,24	15,91±2,89	25,78±4,94	18,55±3,68	15,41±3,16	42,86±7,69
	Evet	118,84±19	15,8±2,75	25,73±4,68	18,95±3,43	15,7±2,95	42,74±7,44
	p	0,863	0,678	0,899	0,241	0,317	0,868
Yetersiz araç-gereç	Hayır	117,68±18,89	15,55±2,74	25,48±4,65	18,61±3,36	15,5±3,07	42,64±7,38
	Evet	119,84±19,86	16,13±2,82	26,02±4,87	19,05±3,65	15,72±2,96	42,92±7,65
	p	0,214	0,018	0,209	0,156	0,409	0,672
Uzun çalışma saatleri	Hayır	118,17±19,08	15,67±2,8	25,39±4,68	18,69±3,58	15,64±2,94	42,94±7,34
	Evet	119,01±19,54	15,91±2,79	25,91±4,8	18,89±3,48	15,59±3,05	42,7±7,6
	p	0,651	0,354	0,246	0,553	0,883	0,741
Yetersiz sayıda çalışan	Hayır	117,27±20,53	15,6±2,97	25,47±4,78	18,56±3,57	15,5±3,36	42,14±7,84
	Evet	119,06±19,12	15,89±2,75	25,8±4,76	18,89±3,5	15,63±2,94	42,92±7,44
	p	0,427	0,380	0,543	0,420	0,710	0,378
Yaşam riski olan hastalar ve hasta yakınları ile uğraşma	Hayır	118,46±18,78	15,79±2,77	25,62±4,6	18,87±3,4	15,59±2,94	42,69±7,24
	Evet	119,04±19,99	15,88±2,82	25,87±4,92	18,8±3,62	15,62±3,09	42,89±7,77
	p	0,740	0,735	0,550	0,820	0,921	0,762
Uyku düzeninin bozulması	Hayır	117,36±18,23	15,5±2,75	25,24±4,47	18,6±3,43	15,54±2,84	42,62±7,22
	Evet	119,71±20,12	16,07±2,8	26,1±4,93	18,98±3,56	15,66±3,14	42,89±7,72
	p	0,184	0,023	0,047	0,234	0,671	0,699

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir

4.4.2.8. Profesyonellik Kavramı ile HPDÖ Arasındaki İlişkinin Analizi

Kendisini profesyonel olarak değerlendiren ve profesyonel olarak değerlendirmeyen katılımcılar arasında HPDÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Hemşirelik mesleğinde profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenler nedir?” sorusuna verilen yanıtlar HPDÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sonuçları Tablo 31’de verilmiştir.

Profesyonelliği etkileyen nedenler olarak “eğitim düzeyinde farklılıklar olması”, “görev tanımları dışında yer alan / hemşirelik dışı işleri yapma durumu”, “örgütlü güç oluşturamama” ve “sağlık bakımı konusunda politikaların oluşturulmasında yer almama” seçeneklerini belirten katılımcılarda HPDÖ toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu nedenleri belirtenlerin puanları diğerlerine göre daha yüksektir.

“Eğitim ile uygulamanın farklı olması” profesyonelliği olumsuz etkileyen bir neden olarak işaretleyenlerin harekete geçme alt boyut puanı işaretlemeyenlere göre daha yüksektir. “Hastanelerdeki hiyerarşik yapı” seçeneğini işaretleyenlerin HPDÖ toplam puanı ile sorumluluk, harekete geçme, otonomi ve insan onuru alt boyut puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. “Personel ve araç-gereç yetersizlikleri” nedeninin işaretleyenlerin güvenlik alt boyut puanı daha yüksektir. “Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamama” nedenini işaretleyenlerin HPDÖ toplam ile sorumluluk, otonomi ve insan onuru alt boyut puanları diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. “Yöneticilerimin, profesyonellik konusunda yeterince motive etmemesi” nedenini işaretleyenlerin sorumluluk ve harekete geçme alt boyut puanları diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların İfade Ettikleri Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Nedenlere Göre HPDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hemşirelik mesleğinde profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenler		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Eğitim düzeyinde farklılıklar olması	Hayır	114,65±18,69	15,35±2,74	24,76±4,51	17,99±3,27	15,04±2,96	41,52±7,48
	Evet	123,88±19,04	16,45±2,74	26,98±4,79	19,88±3,51	16,32±2,94	44,35±7,26
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Eğitim ile uygulamanın farklı olması	Hayır	117,57±18,97	15,72±2,82	25,49±4,56	18,5±3,39	15,46±2,99	42,5±7,44
	Evet	119,83±19,73	15,94±2,76	25,98±4,94	19,13±3,59	15,74±3,04	43,04±7,57
	p	0,194	0,373	0,250	0,047	0,300	0,424
Hemşirelik mesleğinin toplumsal algılanışı	Hayır	118,11±18,81	15,82±2,78	25,54±4,66	18,59±3,51	15,53±2,93	42,71±7,24
	Evet	119,33±19,92	15,84±2,8	25,93±4,85	19,05±3,5	15,68±3,1	42,84±7,77
	p	0,483	0,932	0,358	0,141	0,603	0,857
Hastanelerdeki hiyerarşik yapı	Hayır	114,99±18,46	15,49±2,92	24,7±4,32	18,16±3,28	15,10±2,8	41,71±7,29
	Evet	120,55±19,58	16±2,72	26,25±4,89	19,15±3,57	15,85±3,09	43,30±7,57
	p	0,003	0,056	0,001	0,003	0,009	0,026
Yoğun iş yükü	Hayır	118,9±19	15,73±2,83	25,66±4,76	19,01±3,5	15,74±3,05	43±7,34
	Evet	118,7±19,49	15,86±2,79	25,76±4,77	18,78±3,51	15,57±3,01	42,72±7,56
	p	0,929	0,689	0,842	0,565	0,624	0,745
Görev tanımları dışında yer alan / hemşirelik dışı işleri yapma durumu	Hayır	114,95±19,93	15,22±2,91	25,09±4,69	18,29±3,33	15,08±3,18	41,44±7,84
	Evet	120,49±18,89	16,12±2,69	26,04±4,77	19,08±3,57	15,86±2,91	43,4±7,28
	p	0,003	0,001	0,038	0,019	0,009	0,007
Personel ve araç-gereç yetersizlikleri	Hayır	116,77±18,45	15,45±2,83	25,3±4,49	18,53±3,36	15,43±2,97	42,18±7,01
	Evet	120,11±19,87	16,09±2,74	26,05±4,91	19,03±3,6	15,74±3,04	43,21±7,78
	p	0,060	0,012	0,087	0,115	0,271	0,123
İş güvenliğinin yeterince sağlanamaması	Hayır	118±19,09	15,76±2,72	25,62±4,62	18,71±3,52	15,48±3,04	42,52±7,44
	Evet	119,72±19,76	15,94±2,88	25,91±4,95	18,99±3,5	15,78±3,98	43,12±7,61
	p	0,329	0,469	0,499	0,380	0,276	0,377
Örgütlü güç oluşturamama	Hayır	115,42±18,51	15,56±2,74	25,07±4,52	18,1±3,34	15,09±2,99	41,7±7,26
	Evet	122,5±19,69	16,15±2,82	26,51±4,92	19,65±3,52	16,2±2,94	44±7,62
	p	<0,001	0,019	0,001	<0,001	<0,001	0,001

Hemşirelik mesleğinde profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenler nedir?*		HPDÖ Toplam Puanı	Güvenlik Alt Boyutu	Sorumluluk Alt Boyutu	Harekete Geçme Alt Boyutu	Otonomi Alt Boyutu	İnsan Onuru Alt Boyutu
Çalışma arkadaşlarının beni yadırgaması	Hayır	118,42±18,81	15,8±2,71	25,63±4,63	18,76±3,46	15,57±2,98	42,72±7,35
	Evet	122,06±23,41	16,21±3,34	26,79±5,71	19,48±3,85	16,02±3,25	43,56±8,68
	p	0,284	0,396	0,163	0,160	0,310	0,445
Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamama	Hayır	117,62±19,12	15,72±2,76	25,49±4,67	18,68±3,45	15,46±3,05	42,35±7,47
	Evet	122,85±19,84	16,27±2,88	26,68±4,97	19,36±3,67	16,14±2,83	44,35±7,48
	p	0,014	0,068	0,021	0,073	0,039	0,015
Hemşireliği sevmediğim için profesyonel olma gereği duymamam	Hayır	118,9±19,2	15,86±2,77	25,77±4,72	18,85±3,49	15,64±2,99	42,83±7,48
	Evet	112,69±25,47	14,69±3,45	24,85±6,32	18,08±4,11	14,38±3,62	40,69±8,73
	p	0,255	0,135	0,492	0,436	0,139	0,311
Mesleki uygulamalarımda bağımsız olarak karar alamamam	Hayır	118,23±19,31	15,83±2,8	25,64±4,66	18,78±3,5	15,57±3,01	42,48±7,51
	Evet	119,85±19,54	15,84±2,79	25,97±4,99	18,92±3,53	15,69±3,03	43,43±7,49
	p	0,386	0,966	0,473	0,671	0,663	0,191
Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkiler	Hayır	119,18±19,2	15,94±2,74	25,9±4,61	18,9±3,52	15,69±3	42,82±7,45
	Evet	117,07±20,06	15,44±2,97	25,14±5,26	18,55±3,47	15,31±3,05	42,63±7,78
	p	0,324	0,108	0,149	0,364	0,255	0,816
Bu konuda özgüvenimin yetersiz olduğunu düşünmem	Hayır	118,68±19,24	15,83±2,77	25,69±4,71	18,81±3,49	15,62±3	42,78±7,5
	Evet	120,5±23,9	16,06±3,49	27,38±6,08	19,25±4,02	15,25±3,47	42,56±8
	p	0,712	0,740	0,164	0,624	0,630	0,907
Yöneticilerimin, profesyonellik konusunda bizi yeterince motive etmemesi	Hayır	117,59±19,38	15,8±2,83	25,41±4,76	18,5±3,44	15,47±2,99	42,5±7,59
	Evet	120,67±19,27	15,89±2,72	26,31±4,71	19,38±3,57	15,84±3,06	43,25±7,36
	p	0,087	0,748	0,042	0,006	0,180	0,283
Karar vermede yetkili olmama ve hekime bağlı çalışma	Hayır	118,62±19,41	15,86±2,8	25,74±4,79	18,7±3,57	15,63±2,92	42,78±7,52
	Evet	118,84±19,39	15,81±2,79	25,74±4,74	18,94±3,45	15,59±3,11	42,77±7,52
	p	0,900	0,814	0,999	0,449	0,872	0,990
Sağlık bakımı konusunda politikaların oluşturulmasında yer almama	Hayır	116,25±18,87	15,61±2,78	25,29±4,65	18,27±3,39	15,29±2,95	41,87±7,43
	Evet	124,06±19,45	16,31±2,77	26,71±4,87	20±3,48	16,29±3,04	44,71±7,33
	p	<0,001	0,008	0,002	<0,001	0,001	<0,001

5. TARTIŞMA

5.1. Katılımcı Profili

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması $37,38\pm 8,07$, toplam mesleki hizmet süresi $14,50\pm 8,00$ 'dir. Çoğunluğu (90,8) kadın, dörtte üçü evli (%73,4) ve lisans mezunudur (%76,2). Hemşirelerin görev birimi dâhili tıp bilimlerinde (%60,5) yığılım göstermektedir. Yarıdan fazlası (%67,8) klinik hemşiresidir (Tablo 3). Hemşirelerin bu özellikleri ülkemizde yapılan çalışma sonuçları ile benzerdir (Mollaoğlu, Fertelli ve Tuncay 2010; Orak 2005; Seymen 2007).

Yönetici ve sorumlu hemşire pozisyonunda olma oranı sırasıyla %3,6 ve %8,4'tür. Yaklaşık her dört hemşireden biri meslek yaşamlarının belli bir döneminde yöneticilik yapmıştır. Çoğu gelir düzeylerini yeterli bulmamaktadır (%82,6). Her üç hemşireden ikisi (%66,4) mesleğini isteyerek seçmiştir. Yeniden hemşireliği seçme oranı ise %32'dir.

5.2. Mesleki Örgütlenme

5.2.1. Mesleki Örgütlenmenin Önemi ve Gerekliliği

Meslek üyeleri, her sahada güç kazanmada ve gelişmede ortak hedefler doğrultusunda birlikte hareket edebilmeleridir. Profesyonel dernekler ise birlikte hareket edebilme konusunda en büyük güç kaynağıdır. Profesyonel dernekler meslek üyelerini ortak amaçlar için bir araya getirerek ve sözleri eyleme dönüştürerek değişiklik yapabilme gücüne sahip organizasyonlardır (Ünsal ve ark., 2010). Bir mesleğin güçlü olabilmesi için örgütlü bir yapı oluşturması, bu yapı içerisinde üyelerinin aktif olması, örgütün üyeler arası iletişimi destekleyen, sorunları irdeleyen, çözüm önerileri geliştiren ve ilgili kurumlara ulaştıran, süreci takip eden bir yapısı olması gereklidir (Merih, & Arslan, 2012).

On dokuzuncu yüzyılın sonuyla birlikte hemşirelikte örgütlenmenin amacı eğitim, yetkilendirme ve uygulama alanlarında standartların belirlenmesi olmuştur

(Clark, & Clark, 2003). Örgütsel yapı, meslek üyelerinin ortak bir dil ve standart geliştirmeleri ile mesleki otonominin kazanılması ve hizmet kalitesinin artırılması için önemli olduğu kadar (Karabey, Gülsoy, & Yıldırım, 2020) birlikte hareket ederek güç oluşturmaları ve böylece hemşirelerin karşılaştığı sorunlarla başa çıkmak için etkili stratejiler geliştirmeleri (Clark, & Clark, 2003) için önemlidir. Bazı ÷lkelerde derneklerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi konusunda yetersiz kaldığı durumlarda ise sendikalaşmanın ön plana çıktığı gör÷lmektedir (Clark, & Clark, 2003).

Mesleki derneğe üye olanların özerkliğe sahip olma olasılıkları ve problem çözmeye katılımları daha yüksektir. Ayrıca mesleki dernekler yayınları ile bilimsel yayınların takibine, düzenledikleri bilimsel toplantılar ile sürekli eğitim olanağının sağlanmasına katkıda bulunurlar (Haley-Andrews, & Winch, 2001). Dernek üyeliğinin hemşirelerin hesap verebilirliğini, güvenilirliğini ve mesleki gelişimini artırmasına, mesleği destekleyici politikaları etkileyerek kaliteli hemşirelik bakımı için uygun koşulların yaratılmasına ve mensuplarının hem çalışma koşullarının hem de sağlık standartlarının yükseltilmesine, hemşirelerin haklarının korunmasına, mesleğin toplumsal imajını optimize etmeye katkı sağlaması beklenir (Esmaili, Dehghan-Nayeri, & Negarandeh, 2013).

5.2.2. Mesleki Örgütlenme Durumu

Küresel boyutta dernek üyelik oranlarında azalma olduğu, katılımıda isteksizliğin arttığı dile getirilen genel bir durumdur. Oysa bir meslek örgütünün temel gücü, üye sayısı ve meslekle ilgili konularda aktif rol almasıyla doğru orantılıdır (Esmaili ve ark., 2013).

Ülkemizde yapılan son on yılı kapsayan araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin yüksek oranda güçlü bir mesleki derneğin gerekliliğine katıldıkları ancak herhangi bir mesleki derneğe üye olma oranının düşük olduğu gör÷lmektedir (Gözüm ve ark., 2000; Korkmaz, & Görg÷lü, 2010; Merih, & Arslan, 2012; Kahriman ve ark., 2015; Çelik-Bekleviç, 2019; Altuntaş, & Yetginler, 2020; Karabey ve ark., 2020). Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmaya göre çok sayıda hemşirelik dernekleri bulunmasına rağmen profesyonellik ölçütlerinden biri ve grup etkileşiminin bir şekli olan mesleki örgütlere üyelik profesyonel davranış puanı düşük bulunmuştur (Kavaklı, Uzun, & Arslan, 2009). Hemşirelik öğrencilerinden alınan verilere göre

öğrenciler, mesleki gelişim için örgütlenmeyi gerekli görmekte (Kiper, & Koştu, 2010) ve hemşirelik derneklerine üye olmayı yararlı bulmaktadır (Çiçek ve ark., 2018). Örgütlenmenin birlik olmada etkili olması ve mesleğin gelişimine katkı sağlaması en önemli yararları olarak ifade edilmektedir (Çiçek ve ark., 2018)

Walton çalışmasında (2017), son 10 yılda mesleki derneklere üyelik oranlarının azaldığını, ABD’de kayıtlı hemşirelerin %80’inin herhangi bir meslek kuruluşuna üye olmadığını belirtmiştir. Ülkedeki en eski, en büyük ve en tanınmış hemşirelik organizasyonlarından biri olan Amerikan Hemşireler Birliği’ne üyelik oranı %18’dir (Walton, 2017). Dünya genelinde üyelik oranlarının düşük olmasında hemşirelik örgütlerine dâhil olmanın önemine ilişkin anlayış eksikliğinin olduğuna vurgu yapılmaktadır (Catallo, Spalding, & Haghiri-Vijeh, 2014).

Araştırmamızda da benzer olarak güçlü mesleki örgütlenmenin mesleki profesyonellik ölçütü olduğuna katılım oranının yüksek olmasına karşın (%73,8) ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye olma oranının düşük (%47,4) olduğu saptanmıştır. Dernek üyeliği olanların yaklaşık yarısı ülkemizde çatı dernek olan Türk Hemşireler Derneği’ne ve yalnızca %0,4’ü Uluslararası Hemşireler Derneği’ne üyedir.

Türkiye’de örgütsel güce katılım gösteren hemşirelerin büyük çoğunluğunun Türk Hemşireler Derneği’ni (THD) tercih etmesi THD’nin köklü ve ilk kurulan örgüt olması ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte mesleki birliklerin, dernekler ve odalardan daha etkin konumda oldukları ve birlik olmanın önemini ve gerekliliğini benimsemiş mesleklerin bu süreci tamamladıkları ifade edilmektedir. Türk Hemşireler Birliği’nin kurulması için 1987’de Sağlık Bakanlığı’na başvurularak süreç başlatılmış ancak yeterli üye sayısının olmayışı nedeniyle sonuç alınamamıştır (Gözüm ve ark., 2000).

Literatürdeki bulgular ile çalışmamızın bulguları arasında benzerlikler bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşireler güçlü mesleki örgütlenmenin gerekliliğini ifade etseler de mesleki derneğe üyelik oranı düşüktür. Hemşireler arasında geniş katılımlı bir örgütlenme yoktur. Bu sonuç meslek örgütlerine katılım ve grup bilincinin henüz istenilen düzeyde olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Mesleki derneklerin gerekliliklerini yerine getirebilmesinin ve mesleğe beklenen katkıyı sağlamasının en temel koşulu üye sayısının fazlalığıdır. Üye sayısı mesleği temsil edebilme durumunu etkilediği gibi sağlık politikalarının oluşturulmasında,

mensuplarının haklarının korunmasında söz sahibi olmayı sağlar (Gözüm ve ark., 2000). Profesyoneleşmede örgütlenmenin önemi ve faydaları konusunda meslek mensuplarında farkındalık oluşturmak bir gerekliliktir. Üyeliğe engel durumların neler olduğunun irdelenmesi güçlü bir örgütsel yapı için atılması gereken öncelikli adımdır.

5.2.3. Mesleki Örgütlenmeye Katılımda Engeller

Hemşireler küresel boyutta sağlık çalışanlarının çoğunluğunu oluşturmakla birlikte genellikle sağlık politikası ve sağlık sistemi değişiklikleri ile ilgili kararlara katılımı aktif değillerdir (Catallo ve ark. 2014). Bununla birlikte hemşirelerin haklarının derneklerce savunulması ve sorunlarına odaklanılması konusunda beklentileri olduğu ifade edilmektedir (Gözüm ve ark., 2000). Yeni üyelerin derneklere katılmaması kadar var olan üyelerin üyeliklerini devam ettirmede isteksiz oluşu üye sayısının az olmasına, bu durum ise güçlü bir örgütlenme sağlanamamasına neden olmaktadır (Walton, 2017).

Walton'ın (2017) araştırma sonuçlarına göre hemşireler dernek üyesi olmanın faydalarını sürekli eğitim, mesleğin iyileştirilmesi, kendini mesleki yönden geliştirme, yeni uygulamaların takibi, ücretsiz çevrimiçi kaynaklara ulaşım, kongre katılımında indirim olarak sıralamışlardır (Walton, 2017).

Mesleki örgütlenmeye katılımın düşük olmasının nedenleri araştırılmıştır. Yabancı literatürde hemşirelerin mesleki kuruluşlara katılmamalarının başlıca nedenleri zaman bulamama (Alotaibi, 2007), üyelik maliyetinin yüksek olması (Esmaili ve ark., 2013), çok fazla çalışma (Esmaili ve ark., 2013), meslek kuruluşunun doğasını anlamama (Walton, 2017), kendilerine bir yararı olmadığını düşünme (Alotaibi, 2007) olarak bildirmiştir. Ülkemizde yürütülen çalışmalarda derneğin faaliyetlerini bilmemek, derneğe ulaşamamak, zaman bulamama, güvensizlik (Gözüm ve diğerleri., 2000), derneklerin yararlı olmadığını düşünülmesi, mesleki derneklerin kendilerini yeterince tanıtmamaları (Kahriman ve ark., 2015) üyeliğe engel olan nedenler olarak ifade edilmektedir. Burada dikkat çeken ülkeler arasında ekonomi, politika, kültür ve sağlık sistemlerindeki farklılıklara rağmen, hemşirelerin üyelikle ilgili benzer nedenleri ifade etmeleri ve ülkemizde yurtdışından farklı olarak üyelik aidatlarının ilk sıralarda engel olarak ifade edilmemesidir.

Araştırma sonuçlarımıza göre herhangi bir derneğe üye olmadığını ifade eden hemşireler gerekçe olarak derneklerin meslek adına bir şey yapmadıklarını (%52,5), bir derneğe üye olacak ve takip edecek kadar zamanlarının olmadığını (%46,8) ve derneklerin kendilerini temsil etmediğini (%39,2) belirtmiştir (Tablo 9). Bu sonuçlar öncelikle bir güvensizlik durumunu göstermektedir. Türkiye’de bulunan 33 hemşirelik derneğinin %24,2’sinin kuruluş amaçlarına uygun faaliyetlerde bulunmadığı bildirilmiştir. Bu durumun üyelere derneğe karşı güvensizliğe ve yetersiz örgütlenme algısına neden olduğu, mesleki aidiyet duygusunda ve ekip anlayışında azalma, motivasyon eksikliği gibi durumları da beraberinde getirdiği vurgulanmıştır (Karabey ve ark., 2020). Sistemik olarak hemşirelik derneklerinin web sitelerinin değerlendirilmesi sonucu mesleği etkileyebilecek birden fazla hemşirelik sorununa ve sağlık politikasına yoğunlaştığı belirlenen 15 tane ulusal ve uluslararası düzeydeki hemşirelik derneklerinin incelendiği bir çalışmada uluslararası düzeyde hemşirelik sorunlarına odaklanma oranının %20 (n=3) ve Avrupa’daki hemşirelik sorunlarına odaklanma oranının %60 (n=9) olduğu ifade edilmiştir (Catallo ve ark. 2014). Bu çalışmada ICN, ANA gibi hemşirelik etik ilke ve sorumluluklarını belirlemede öncü olan örgütler bulunmaktadır.

Araştırmamızda derneğe üye olmama nedenleri arasında üyelik aidatı vermek istemeyenlerin oranı düşüktür (%5,7; Tablo 9). Çiçek ve arkadaşlarının (2018) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada maddi yetersizlik 3. sırada ifade edilmiştir (Çiçek ve ark., 2018). Öğrenci hemşirelerde maddi kazanç konusunda aileye bağımlılık üyelik aidatı vermek istememelerini haklı çıkarabilmektedir. Bizim çalışmamız ekonomik özgürlüğü olan hemşirelerle olduğu için maddiyat derneklere üyeliği etkileyecek bir gerekçe olarak görülmeyebilir. Yurtdışı çalışmalarda ise üyelik aidatının önemli bir engel olarak ifade edilmesi maliyetin beklenen faydaya oranla fazla bulunmasının bireyin katılım sağlamamasında etkili olduğu teorisi ile açıklanmaktadır (Walton, 2017).

5.3. Görev Tanımı

5.3.1. Görev Tanımının Önemi ve Gerekliliği

Toplumsal yapının önemli bir parçası olan mesleklerde görev kavramı mesleki kimlik kavramı ile ilişkilidir. Mesleki kimlik, meslek üyelerinin mesleki uygulamalarında kim olduğu anlayışının gelişmesini sağlamakta, siyasal veya toplumsal bir öğreti oluşturarak davranışlara yön veren politik, hukuki, bilimsel, felsefi, moral, dini, estetik düşünceler bütünü oluşturmaktadır. Mesleki kimliği kazanan meslek üyelerinde meslekle özdeşleşme sağlanır. Böylece birey mesleki kimliğini algılar ve mesleki kimliğin öngördüğü şekilde davranır. Bu davranışlar meslek üyesinin kimliği ile uyumlu, statü, saygınlık ve güce sahip olmasını beraberinde getirir (Korkmaz, & Görgülü, 2010). Ülkemizde hemşirelere meslekleriyle özdeşleşme ve net olarak görev tanımlarına uygun olarak çalışma imkânı yasa ile belirlenmiştir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007).

5.3.2. Görev Tanımı ile İlgili Sorunlar

Sağlık hizmeti veren mesleklerin üyelerinin hizmet sunumunda birbirleri ile yakın bağlantılı olmaları bu mesleklerin sınırlarının belirlenmesi, görev alanlarının netleştirilmesini güçleştirmektedir. Bu belirsizlik, sağlık çalışanlarının birbirlerinin görev alanlarına girmelerine ya da yetkilerini ve sorumluluklarını birbirine devretmelerine neden olabilmektedir (Ayaz, 2010). Bu durum görev tanımının meslek üyelerince doğru anlaşılmasının önemini ortaya koyar.

Araştırmamızın yapıldığı kurumda meslek görev tanımları ilgili kurumun kalite dokümanları içeriğinde ulaşılabilir şekilde yer almakla birlikte, araştırmaya katılan katılımcıların %75'inin çalıştıkları kurumda mesleklerine ait görev tanımları olduğunu ifade etmesi ve sadece %32,8'inin tanımlamayı doğru yapması (Tablo 10) meslekle özdeşleşme ve mesleki kimliğin kurum çalışanlarında tam olarak benimsenmediğini düşündürmektedir. Görev tanımını bilmeme ya da doğru tanımlayamama durumu hemşirenin çalıştığı kuruma karşı sorumlulukları kapsamında da değerlendirilebilir. Buna göre hemşire, görevini yerine getirmede ve hizmetin

bütünlüğünü sağlamada çalıştığı kurumun ilke ve kurallarını bilme ve bu doğrultuda hizmet sunma sorumluluğu taşımaktadır (Ayaz, 2010).

Hemşirelerin yarıya yakını görev tanımına uygun çalışmadığını ifade etmiştir (Tablo 10). Oysa hizmet sunumunun verimli olmasının şartları arasında görev tanımlarının net olarak ifade edilmesinin ve personel istihdamında görev tanımının dikkate alınmasının önemi vurgulanmakta (Aslan, & Çelik, 2018), sorumlulukların tanımlanması, beklentilerin açık olarak belirlenmesi işlerde belirsizliği azalttığı ifade edilmektedir (Orgambidez, & Almeida, 2020). Hemşirelerin görev tanımı ile ilgili eleştirel ifadelerini değerlendirdiğimizde görev tanımının kâğıt üzerinde olduğuna, yetkilendirmelerinin olmaması ve açıkta kalan her türlü işte yer almanın getirdiği karmaşaya özellikle vurgu yaptıkları görülmektedir (Tablo 11).

Görev tanımlarına uygun çalışamama nedenlerini hastanın zarar görmemesi, hizmetin aksamaması, problemlerin bir an önce çözülmesi ve yöneticilerle sorun yaşamama olarak belirtmeleri (Tablo 12), sadece hemşirelerin değil diğer sağlık çalışanlarının da görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirmelerinde aksama olduğunu göstermektedir. Utkualp'ın (2015) araştırmamızı yaptığımız aynı kurumda hemşire ve ebelerle yapmış olduğu çalışmasında görev ihmallerinin bulunduğunu tespit etmiş olması (Utkualp, 2015), geçen 6 yıllık süre içinde aynı kurum çalışanlarının görev tanımı, mesleki kimlik ve profesyonellik için çaba harcamadıklarını düşündürebildiği gibi katılımcıların iş, uğraş ve meslek arasındaki farkları net olarak bilmemesi ve her yapılan işi, uğraşı meslek sınırları içinde değerlendirmelerinden kaynaklı olabileceğini de düşündürmektedir. Bu değerlendirme bireysel boyuttadır. Kurumsal boyutta değerlendirildiğinde bu durumun idari olduğu kadar sistemsal sorunlarla ilişkili olabileceği söylenebilir.

Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin mesleki kimliklerini tam olarak algılamamış olmaları, mesleki uygulamaları içinde kim olduklarını bilememeleri ve hasta odaklı çalışmaları nedeniyle görev tanımının uygulanabilirliğinin hemşirelerin mesleki güce ve statüye erişmelerinde engel oluşturduğu söylenebilir. Bu noktada çalışan hemşirelerin görev tanımlarını bilmeleri ve görev tanımına uygun çalışabilmeleri profesyonelleşme sürecinde ve profesyonel değerlerin gelişiminde oldukça önemlidir.

5.4. Alanında Yenilikleri Takip Etme

5.4.1. Alanında Yenilikleri Takip Etmenin Önemi ve Gerekliliği

Bir mesleğin gelişebilmesinde alanla ilgili mesleki ve bilimsel yayınların üretilmesi ve takibi hemşirelerin mesleğine karşı yerine getirmesi gereken en önemli sorumlulukları arasında ifade edilmektedir (Gözüm ve ark., 2000). Bilimsel bilgiyi ve bilimsel yöntemleri kullanmak, hemşirelikte profesyonel davranışın önemli koşulları arasındadır. Buna göre hemşirelerin yaptıkları araştırmalar ile hasta bakımına yönelik soyut ve somut konuları analiz etme, akıl yürütme ve değerlendirme yapmaları beklenilir (Karagözoğlu, 2006; Kavaklı ve ark., 2009). Ülkemizde hemşirelik alanıyla ilgili araştırmaların yapılmaya başlanması 1955 itibariyle hemşirelik yükseköğretim kurumlarının kuruluşuyla olmuştur. Lisansüstü eğitim programlarının 1972 yılında başlamasıyla birlikte hemşireler araştırmacı olarak çalışmalar yapmaya başlamıştır (Yava, Tosun, Çiçek, Yavan, Terakye, & Hatipoğlu, 2007). Türkiye’de 2011-2015 yılları arasında hemşirelik dergilerinde yayınlanan makalelerin %11.1’inin konusunun hemşirelik esasları olduğu belirlenmiş olup araştırmaların artırılması ve klinik hemşirelerinin de dâhil edilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Karaca, & Karadağ-Aydın, 2016).

Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe önem verdikleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanlarının pozitif yönde olduğu belirlenmiştir (Karaahmetoğlu, & Softa, 2018). Uygulamaların kanıta dayalı olması, bakım kalitesini arttırmakta, hizmetin etkili, akılcı, dinamik olmasını sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde planlanıp yürütülmesine katkı sağladığı gibi çalışan memnuniyetinin artmasına da etki etmektedir (Karaahmetoğlu, & Softa, 2018). Hemşirelerin ve hemşire eğitimcilerinin mesleki bilgiye dayalı araştırmaya katılımının önemi vurgulanmaktadır (Pang, ve ark., 2009). Alanda yeniliklerin takibi ve uygulanması mesleki gelişime katkının yanı sıra sağlık hizmetinin verimliliğini de sağlar Sağlık hizmetleri maliyeti yüksek hizmetlerdir. Etkin ve kaliteli bakımla hastaların yatış süresinin kısalması maliyet ve iş gücü kaybının azalmasını da sağlamaktadırlar (Karadağ, & Taşçı, 2005).

5.4.2. Alanında Yenilikleri Takip Etme Durumu

Hemşireler yüksek oranda hasta bakımında araştırma sonuçlarının kullanılmasına, bunun hizmet kalitesini olumlu etkileyeceğine ve hemşirenin otonomisini artıracığına, hemşireliğin bilimsel bir meslek olarak gelişimine katkı sağlayacağına katılmaktadırlar (Kelleci, Gölbaşı, Yılmaz, & Doğan, 2008). Bilimsel etkinliklere katılanların profesyonel tutum puanı katılmayanlara göre yüksektir (Durmuş & Erdem, 2019).

Ancak araştırmalar, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalarla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu ve alandaki yenilikleri uygulamalarında yeterince kullanmadıklarını göstermektedir (Yava ve ark., 2007; Nkrumah, Atuhaire, Priebe, & Cumber, 2018).

Literatürde hemşirelerin hemşirelikle ilgili yayınları izleme oranının oldukça düşük olduğu ve bundaki en büyük etkenin dergiler hakkında bilgi sahibi olmama ve dergilere ulaşamama olduğu gösterilmiştir (Gözüm ve ark., 2000). Araştırma sonuçlarımıza göre hemşirelerin uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretimini bir profesyonellik ölçütü olarak kabul etme oranlarının %60,4 (Tablo 7) olmasına karşın %59 oranında yayınları ya da kongreleri takip etmedikleri belirlenmiştir. Korkmaz ve Görgülü'nün (2010) hemşirelerle yaptıkları çalışmada yapılan araştırmaların mesleğin gelişimini sağladığına katılım oranı %56,3'tür (Korkmaz ve Görgülü, 2010). Hemşirelerin teori puanı ortalaması yüksek olmakla birlikte yayın puanı ortalaması en düşük düzeyde bulunmuştur (Adıgüzel ve ark., 2011).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin hemşirelikle ilgili gelişmeleri takip etme oranının %80 olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte kongrelere katılım oranı düşüktür (%4,4) (Ünsal ve ark., 2010). Hemşirelik mesleğinin çalışma şartlarının ağırlığı ve sorumluluklarının üst düzeyde olmasının profesyonelleşmede sıkıntı yaşanmasına neden olarak gösterilmesi (Adıgüzel ve ark., 2011) öğrencilerdeki mesleki gelişimleri takip etme oranının daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katılım oranının (%40,2) aktif katılımcı oranından (%15) yüksek olması bilimsel bilgi üretimine katkı payının daha düşük olmasını ifade etmektedir. Bilimsel etkinliklere yaptığı ya da dâhil olduğu çalışmalarla katılma oranı (%15) ile hasta bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazma oranı (%4,8)

arasında fark olması ise araştırmaya katılımında daha çok hizmet alımında yer aldıkları, bilimsel katkı sağlamadıklarını göstermektedir (Tablo 13). Kavaklı ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin veri toplama sürecine katılmakla birlikte araştırmanın yayın hazırlığına dâhil olmadıkları gösterilmiştir. Hemşirelerin araştırma yapma puanı yüksek, bilimsel makale yazma puanı düşüktür (Kavaklı ve ark., 2009).

Hemşirelik mesleğinde son yıllarda kanıta dayalı uygulamalar önem kazanmakla birlikte günümüzde hala klinik uygulamalarda deneyim, sezgisel ve geleneksel yaklaşımlara yer verilmesi, hemşirelerin yapmış oldukları araştırmaların klinik uygulamalara aktarılamaması anlamına gelmektedir (Karaahmetoğlu, & Softa, 2018). Hemşirelerin araştırma sonuçlarını uygulamalarında kullanma oranı bir araştırmaya katılım oranlarından düşüktür. Bunun nedenleri hemşirelerin araştırmanın uygulamaya yönelik yararını algılamada yeterli olmamaları, bilimsel makaleleri okumak için zaman bulamamaları, kurumsal destek olmaması ve araştırmayı hemşirelik rolünün bir parçası olarak algılamamalarıdır (Nkrumah ve ark., 2018). Bu saptamalar, araştırmaya katılım ve /veya alandaki yeniliklerin takibindeki engelin bireysel ve kurumsal boyutları olduğunu göstermektedir.

5.4.3. Alanında Yenilikleri Takip Etmede Engeller

Hemşirelerin en fazla ülkemizde yayınlanan ilk yayın olma özelliği taşıyan Türk Hemşireler Dergisi'ni bildikleri ve takip ettikleri ancak dergi aboneliği oranının oldukça düşük olduğu gösterilmiştir. Sırasıyla dergiyi bilmemek, dergiye ulaşamamak, ihmalkarlık gibi kişisel nedenler ve ekonomik gerekçe dergiye abone olmayı engelleyen etkenler olarak ifade edilmiştir (Gözüm ve ark., 2000).

Hemşirelerin araştırmaya katılmasının önündeki en önemli engelin zaman bulamama olduğu, diğer engellerin kaynak yetersizliği ve/veya hemşirelerin araştırmaya katılımını destekleyen kurumsal bir kültürün olmaması, araştırma yöntemi bilgisine sahip olmama ve araştırmaya yapmaya ilgi göstermeme olarak sıralandığı gösterilmiştir (Sherron, 2020). Sıralanan bu engellerin yanı sıra hekimler ve meslektaşların işbirliği eksikliği engellerden biri olarak ifade edilmiş ve hemşirelerin eğitim niteliklerinin klinik araştırmalara katılım ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Lisansüstü eğitim düzeyinin araştırmaya katılımı olumlu etkilediği bildirilmiştir (Nkrumah ve ark., 2018; Kelleci ve ark., 2008).

Araştırmamızın sonuçlarına göre, hemşirelik adına yenilikleri takip edememe nedenlerinin başında uzun çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama (%46) gelmektedir. Aile sorumluluğunun ön planda olması (iş-yaşam dengesi) (%23,8) nedeni ise toplumsal cinsiyetin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Japonya’da yapılan bir çalışmada kültürel ve ekonomik nedenlerle ailenin bakım sorumluluğunu taşıyan hemşirelerin evlendikten sonra mesleklerini bıraktıkları bildirilmiştir. Hemşireler için yarı zamanlı çalışma esnekliğinin olmaması, çocuk bakım kaynaklarının eksikliği, çalışan anneleri çocuklarına bakmak için evde kalmaya zorlanması, Japon erkeklerinin çoğunlukla eşlerinin çalışmasını istememeleri bunun nedenleri olarak ifade edilmiştir (Turale, Ito, & Nakao, 2008).

Daha az oranda olmakla birlikte ifade edilen farkındalık eksikliği, ilgi duymama, önemsememe, mesleğin para kazanmak için yapılması, kurumsal desteğin olmaması ve tükenmişlik duygusu gibi nedenler motivasyon eksikliği ana başlığı altında toplanabilir. Bu durumda uzun çalışma saatlerinin hemen ardından gelen ve her dört hemşireden birinin alanında yenilikleri takip edememe nedeninin motivasyon eksikliği olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarımız literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Teknoloji sürekli gelişim halindedir ve hemşireler bu gelişim içinde sürekli kendilerini geliştirmek zorundadır. Uzun çalışma saatleri sonrası yorgunluk ve uykusuzluk, motivasyon eksikliği ile birlikte iş-yaşam dengesini oluşturamamaları kurum içinde çalışan hemşirelerin kendilerine ayıracak zamanlarının kalmamasına neden olduğu düşüncesini oluşturmaktadır. Bu durum bilimsel faaliyetleri takip etmeyi, katılımı, bilimsel araştırma yaparak yayınlamayı ve klinik uygulamalarda elde edilen çalışma sonuçlarıyla kaliteli ve kanıta dayalı bir hemşirelik bakımına yer vermeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Öncelikle hemşirelerde farkındalık oluşturmak gerekmektedir. Zaman ve kaynak ayırmak için ise kurumsal desteğe gereksinim vardır (Sherron, 2020).

5.5. Hemşirelik Eğitimi

5.5.1. Hemşirelik Eğitiminin Niteliği ve Yeterliliği

Sağlık iş gücünün ayrılmaz bir parçası olarak hemşirelerin eğitiminde tartışılan sorun alanları eğitim müfredatı, altyapı yeterliliği, öğretim üyesi sayısıdır. ICN, hemşirelerin eğitiminin nüfusun ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayacak şekilde değiştirilmesi, kaynak kısıtlılığı olan ortamlarda çalışabilme yetkinliğinin sağlanması, klinik eğitimcilerin sayısının artırılması gerekliliği üzerinde durmaktadır. Ayrıca profesyonel hemşirelerin politika oluşturmada ve sağlık reformu girişimlerini yönetmede liderlik edebilmeleri için, hükümet ilişkileri hakkında bilgi sahibi olmaları, yasa koyucularla politikaların geliştirilmesine katılmaları ve savunuculuk becerilerini geliştirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (ICN, 2020).

Bir işin, uğraşın meslek olarak sayılabilmesinin öncelikli koşulu, mesleğe yönelik uzmanlık bilgisinin oluşturulması ve benimsenmesidir. Bu bilgi, verilen eğitim ile sağlanmaktadır. Vasıflı öğretim ve eğitim ile mesleki bilgi donanımı güç kazanacak, meslek ve meslek üyeleri için büyük bir güç oluşturacaktır. Hemşirelik öğrencileri, eğitimlerine hemşirelik ile ilişkili kendi inançları ile başlamaktadırlar. Aldıkları klinik öğretim, eğitim müfredatı, eğitimciler, aile, okul ve diğer kurumlardaki hemşirelik uygulamaları gibi faktörler öğrencilerin mesleki kimliklerinin oluşmasında etkili olmaktadır (Elmalı, 2020). Ülkemiz genelinde lisans düzeyi eğitim veren kurumlarda yeterli öğretim elemanının olmaması uygulamalı eğitim alanlarında öğrencilerin kalabalık öğrenci gruplarıyla eğitimlerini sürdürdüklerini göstermektedir. Uygulama alanlarının eğitim standartlarına uygun yapılandırılmaması, mesleğe kazandırılacak yeni hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerini olumsuz etkilemektedir (Kılıç Akça, & Taşçı, 2009). Hemşirelikte mezuniyet sonrası eğitim ise seçmiş oldukları alanla ilgili daha derin ve geniş kapsamlı bilgilerin öğrenilmesine olanak sağlamaktadır (Ergöl, 2011).

Hemşirelik eğitiminin öğrenciyi mesleğin teknik yönlerine odaklanma durumundan sağlığı koruma ve yükseltmeye yönelik hemşirelik rolünün benimsenmesine yönelttiği ifade edilmektedir (Kızgüt, & Ergöl, 2011). Öğrenci hemşireler mesleğin gelişimi için alana özgü eğitimlerin verilmesi (Elkoca, & Özcan,

2019) ve hemşirelik eğitimi boyunca yer alan uygulamaların arttırılması gerektiğini ifade etmektedirler (Dinç, Kaya, & Şimşek, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen farklı ülkeler arasında eğitim sistemlerinde ve yaklaşımlarında artan sorunlara rağmen, hemşirelik eğitiminin küresel boyutta standardizasyonu sağlanamamıştır. Bazı ülkelerde ortaokul düzeyindeki eğitim programları yeterli bulunurken bazılarında asgari lisans eğitimi zorunludur (Sena, 2017). Avrupa Birliğine (AB) üye 29 ülke tarafından 1999'da imzalanan Bologna Deklarasyonu ile belirlenen hedeflerden biri en az 3 yıllık lisans düzeyinde hemşirelik eğitiminin olması ve lisansüstü eğitimin artırılmasıdır. Üç yıl sonra 2001'de yaşam boyu öğrenme ve öğrencilerin yükseköğretim kurumlarına katılımını teşvik etme hedefleri ve 2003'te lisans ve lisansüstü düzeyler için ortak niteliklerin belirlenmesi hedefi buna eklenmiştir. Bologna Süreci, en az lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi ve ardından tüm AB ülkelerinde yüksek lisans ve doktora akademik tanınırlığı için büyük bir fırsat yaratmıştır. Bununla birlikte Avrupa'da hemşirelik eğitiminde eğitim müfredatı ve eğitim seviyeleri arasında farklılıklar bulunmaktadır (Zabalegui, Macia, Marquez, Ricoma, Nuin, Mariskal, Pedraz, German, & Moncho, 2006).

Türkiye'de hemşirelikle ilgili ilk düzenlenen 1954 tarihli yasada yer alan ortaokul eğitimi ardından 3 yıllık mesleki eğitim şartı (Hemşirelik Kanunu, 1954), 2007 yılında yapılan değişiklikle en az lisans düzeyinde olması gerektiği şeklinde değiştirilmiştir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Araştırmamızın katılımcı profiline göre lisans (%76,2) ve lisansüstü eğitimi (%13,6) olan hemşire oranı yüksektir ancak %10,2'si meslek lisesi ve ön lisans düzeyinde eğitim almışlardır (Tablo 3). Hemşirelikte en az lisans eğitimi şartının getirilmesinin henüz 14 yıllık bir geçmişi olması ve düzenleme öncesi hemşirelik ünvanını almış olanların görevlerine devam etmekte olması bu oranları açıklamaktadır.

Araştırma sonuçlarımıza göre hemşirelerin %46,6'sı mezuniyet öncesi aldıkları eğitimi hizmet sunumunda yeterli bulmamaktadır (Tablo 14). Oysa eğitimde klinik deneyim sağlanması, hemşirelik eğitiminin ana noktası olarak kabul edilmektedir. Yetkin, kendine güvenen, aidiyet duygusu taşıyan hemşirelerin yetiştirilmesinde hayati önem taşıdığı bilinmekle birlikte hemşirelik eğitiminde sorunlu bir alandır (Jones, Lathlean, Maguire, & McMillan, 2007). Lee ve Sim'in

nöroloji hemşireleri ile yaptıkları çalışmada (2020) hemşireler lisans eğitimleri sırasında aldıkları teorik öğrenmenin uygulama için yetersiz kaldığını, nörolojik sistem ve nörolojik hastalıklarla ilgili hemşirelik uygulamalarını anlamalarına ve öğrenmelerine yardımcı olabilecek klinik uygulamaları deneyimleme fırsatlarının olmadığını bildirmişlerdir (Lee, & Sim, 2020).

Hemşireler eğitimleri aracılığıyla özerk uygulama için bir temel kazanmış olsalar da, yeni mezun hemşireler yeterli uygulama yeterliliğine sahip olmadıklarından mezuniyet sonrasında eğitimin devamlılığı gerekli görülmektedir (Scar, 2010).

5.5.2. Hemşirelik Eğitimi Yeterli Bulmama Durumunun Değerlendirilmesi

Araştırma sonuçlarımıza göre hemşirelerin “eğitim içeriğinin hizmet sunumunda gerekenleri yeterince kapsamaması” (%53,4) mezuniyet öncesi eğitimin hizmet sunumunda yeterli bulmamalarının öncelikli nedenidir (Tablo 14). Teorik eğitimin önemi yadsınamaz ancak bu eğitim öğrenciye yeni bilgiyi en iyi nasıl uygulayacağını göstermeye yardımcı olacak şekilde yapılandırılmalıdır. Teorik eğitimden uygulamaya geçişi sağlamada yeterli öğrenme ortamı ve eğitici varlığına gereksinim vardır.

Eğitim artan yaşlı ve kritik hasta sayısı, artan sağlık harcamaları, hızla değişen ve gelişen sağlık gereksinimlerine uygun bir şekilde uygulama ortamıyla uyumlu hale getirilmelidir. Eğitim müfredatı, eğitim stratejileri ve programları düzenli olarak değerlendirmeli ve gözden geçirilmelidir. Meslek üyelerinin disiplinler arası etkileşime ve ekip çalışmasına hazırlanmaları gerekmektedir. Eğitim kurumlarının ve eğiticilerin yeterliliği sağlanmalıdır (Fawaz, Hamdan-Mansour, & Tassi, 2018). Araştırmamızda çok düşük bir oranda (%0,9) ifade edilmekle birlikte “mesleki gelişimde çalışmalara katılım isteksizliğinin” eğitimi yeterli bulmama nedeni olarak ifade edilmiş olması klinik yeterliliğin öneminin benimsenmemiş olması ile ilişkilendirilebilir. Buna göre bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerileri bütünleştirme yeteneği olarak ifade edilen klinik yeterliliğin geliştirilmesi hemşirelik eğitiminde etkili öğrenmenin en önemli kriteridir. Eğitim kurumları, öğrenciye bilgiyi sağlamanın yanı sıra bilgiyi kullanma becerisi, problem çözme becerisi sağlamalı, sağlık gereksinimlerini karşılayacak şekilde hemşire yetiştirmelidir (Pachandekar, 2015).

Uzmanlık düzeyinde akademik eğitim, bir mesleği diğer mesleklerden ayıran ve diğer mesleklerle ilgili olarak yetki alanı sınırlarını belirleyen temel özelliklerden biridir (Sena, 2017). Ancak bulgularımıza göre mezuniyet öncesi eğitimi, hizmet sunumunda yeterli bulmama nedenlerinden biri diğer meslek gruplarının hemşirelik uygulamalarını kontrol etmek istemeleridir (%23,7) (Tablo 14). Bu durum hem eğitim düzeyinin en az lisans düzeyinde verilmesinin yetki alanının belirsizliğinin giderilmesi ve görev tanımına uygun çalışma üzerindeki etkisini hem de eğitim müfredatının yeterliliğinin gözden geçirilmesi ve standardize edilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Mezuniyet öncesi eğitimi, hizmet sunumunda yeterli bulmama nedeni olarak üçüncü sırada belirtilen aldıkları eğitim doğrultusunda kendilerini yönetememeleri (%19,4; Tablo 14) ise mesleki otonominin sağlanamamış olması ile ilişkilendirilebilir. Mesleki eğitimin niteliğinin ise otonominin sağlanabilmesinde önemli bir etken olduğu ifade edilmektedir (Sena, 2017).

5.6. Otonomi (Özerklik)

5.6.1. Otonomiye Sahip Olma Durumunun Değerlendirilmesi

Otonomi, bireyin bilinçli olarak bağımsız bir karar verme kapasitesine, rasyonel düşünceye ve bilgiye sahip olmasını gerektirir. Mesleki otonomi, kişinin mesleki bilgi temelli bağımsız olarak karar verme ve hareket etme özgürlüğüne sahip olmasıdır (Scar, 2010). Mesleki otonominin ek göstergeleri eleştirel düşünme, klinik karar verme, eylem özgürlüğü ve özerk yönetimdir. Hemşireler arasındaki özerkliğin boyutu, bilgi, eğitim düzeyleri, yaşam deneyimleri, güven ve sosyallik ile ilişkilidir (Rouhi-Balasi, Elahi, Ebadi, Jahani, & Hazrati, 2020). Bilimsel bir eğitim yoluyla edinilen bilgi, eylemlerde mesleki özerkliğin temelini oluşturmaktadır. Karar verme sorumluluğunu gerektirir. Meslek üyesi seçimleri ve eylemleri için sorumluluk almaya istekli ve seçimlerindeki değerlerin de farkında olmalıdır (Scar, 2010). Otonomi özellikle insan yaşamına odaklı ve değer sorunlarının var olduğu mesleklerde meslek üyelerinin eylemlerinin etik boyutu ile ilgili eleştirel düşünebilmesi, bağımsız ve etik açısından doğru karar verebilmesi için de önem arz eder (Cerit, Çıtak-Bilgin, & Çıtak-Tunç, 2020). Otonomi eksikliğinin etik muhakemeyi olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Abdolmaleki ve ark., 2019).

Hemşirelerin mesleki otonomi kavramını açıklamak amacıyla yapılan meta-analiz çalışmasında, otonomi tanımındaki belirsizliğin hemşirelik mesleğinde özerkliğe ulaşmadaki zorluklardan birisi olduğu belirlenmiştir. Gerçekten de, hemşirelik özerkliği ile ilgili birçok çalışmaya rağmen, bu kavramı tam olarak anlayamamıştır. Bu nedenle, hemşireliğin kalitesinin iyileştirilmesinde otonominin önemli rolü nedeniyle hemşirelikte mesleki otonomi kavramının kapsamlı bir açıklaması gerekli görünmektedir. İlgili çalışmada, mesleki otonomi kavramının, mesleki karar verme ve diğer sağlık çalışanları ile profesyonel etkileşim yoluyla hastaların sağlığını iyileştirmek ve en iyi bakım planını geliştirmek için hasta temelli yetkinlik ve özgüvene dayalı olarak elde edilen ve gelişen bir özellik olduğu ifade edilmiştir (Rouhi-Balasi ve ark., 2020).

Uzmanlaşmış eğitim kurumlarının yapılandırılması ve geliştirilmesi, mesleki derneklerin oluşturulması, hemşireliğin devlet tarafından mesleki faaliyet olarak tanınması ve etik kodların geliştirilmesi mesleki tanınma ve özerklik elde etmek için gerekli ancak yetersiz bir koşuldur. Mesleki sınırların nasıl tanımlandığı önemlidir ve yasal, kamusal ve kurumsal alanlarda sürekli mücadele edilmesini gerektirmektedir (Sena, 2017).

Araştırmamızın sonuçlarına göre mesleki uygulamaları sırasında hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olduğunu ifade eden hemşirelerin oranı %68,9'dur. Katılımcılara otonomi tanımı yapıldıktan sonra verilen tanıma göre otonomiye sahip olup olmadıklarını değerlendirmeleri istendiğinde otonomiye sahip olduğunu ifade eden hemşire oranı yarı yarıya düşmüştür (%33; Tablo 15). Korkmaz ve Görgülü'nün yaptığı çalışmada (2010), hemşirelerin yaklaşık yarısı hasta ile ilgili konularda karar verdiklerini belirtirken, verdikleri bu kararı uygulama oranının düşük olduğu bulunmuştur (Korkmaz, & Görgülü, 2010).

5.6.2. Otonomiye Olumsuz Etkileyen Nedenler

Araştırma sonuçlarımıza göre hemşirelerin otonomilerini olumsuz etkileyen nedenlerin başında hekimin yardımcısı olarak görülmeleri (%74,4), ara eleman olarak görülmeleri (%70,4), hekimlerin istemlerini yerine yetirme gibi bağımlı fonksiyonların ön planda olması (%64,4) ve geleneksel bakış açısı (%41,8) gelmektedir (Tablo 15).

Bir mesleğin diğer meslek grupları üzerindeki üstünlüğünün diğer meslek gruplarının otonomi düzeylerini etkilediği, özellikle hekimlerin hasta tedavi ve bakım süreçlerindeki baskın konumlarının hemşirelerin otonomileri üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir. Bu durum hemşirelerin bağımlı rollerinin bir getirisiidir. Çünkü tanı ve tedavinin planlanması hekimin özerklik alanıdır. Bu bağlamda hem hemşireler hem de diğer sağlık meslekleri, hekime tabi olma durumunda kalmaktadırlar. Bu durum aynı zamanda tıpta hekim hâkimiyetinin geleneksel kabulüdür (Sena, 2017).

Hemşirelik eğitiminde standart olmaması (%42,6) bir diğer engel olarak ifade edilmiştir (Tablo 15). Bilimsel bir eğitim yoluyla edinilen bilginin eylemlerde mesleki özerkliğin temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (Scar, 2010). Eğitimde standart olmaması küresel çapta bir sorundur ve katılımcılarımızın bunun farkında olduğu, otonomi kavramı ile ilişkili olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Hemşirelerin itaatkâr yapıları (%28,4) ve hemşirelerin genellikle kadın olması (%13,2) gerekçeleri (Tablo 15) ise toplumsal cinsiyetin hemşirelerin kendileri tarafından da kabul edildiğini düşündürmektedir. Hemşireliğin erkek odaklı profesyonellik tanımlarının egemen olduğu ve erkek özelliklerine değer verilen bir dönemde ağırlıklı olarak kadın mesleği olarak evrimleşmesi, toplumsal değerler ve hemşireliğin ağırlıklı olarak erkek egemen tıp mesleğine tabi olması hemşirelik özerkliğinin gelişimini geciktirmiştir ve hala etkisi devam etmektedir (Wynd, 2003).

Yapmış olduğumuz çalışma literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Katılımcılar kendilerini otonomi sahibi olarak görmekle birlikte uygulama sürecinde otonomiye sahip olamadıklarını ifade etmişlerdir. Farklı kültürlerdeki hemşirelerin de benzer sıkıntılarla mücadele etmesi hemşirelik uygulamalarında kültürel farklılıklar olmasına rağmen otonomi yönünden mesleğin gelişmediğini düşündürmektedir.

5.7. Ekip Çalışması

5.7.1. Sağlık Ekibinin Bir Parçası Olma

Hemşireler meslekleri gereği hasta, hasta yakınları, meslektaşları, diğer sağlık çalışanları ve toplum içindeki diğer gruplar ile devamlı bir iletişim halindedir. Dolayısıyla hemşirelerin hasta ve yakınlarını anlayabilmeli, bakım ile birlikte tedavi sürecinde de hastanın gereksinimlerini karşılayabilmelidirler. Bu gereksinimleri karşılayabilmede hemşirelerin iletişim becerisine sahip olmaları ve diğer sağlık çalışanlarıyla koordine bir şekilde birlikte çalışmaları gerekmektedir (Gedük, 2018). Disiplinler arası ekip çalışması, birbirini tamamlayan becerilere sahip iki veya daha fazla sağlık profesyonelinin ortak sağlık hedeflerini paylaşması ve hasta bakımını belirleme, planlama veya değerlendirmede uyumlu fiziksel ve zihinsel çabasını gerektiren dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin açık iletişimini ve ortak karar vermelerini gerektirmektedir. Bu, birbirine bağlı işbirliği, açık iletişim ve ortak karar verme yoluyla gerçekleştirilir. Hasta bakımını etkileyecek uzmanlık, bilgi ve becerileri paylaşmak için farklı disiplinlerdeki sağlık personelin birlikte çalışması karmaşık bir süreçtir. Ekip çalışmasının hizmetin organizasyonu, bireysel ilişkiler ve yönetim yapısını içeren çok faktörlü bir yapısı vardır (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby, & Roots, 2013).

Araştırmamızın sonuçlarına göre hemşireler kendilerini sağlık ekibinin bir parçası olarak görmektedirler (%94,6) (Tablo 17). Çelik ve Karaca'nın yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin ekip çalışması düzeyi yüksek bulunmuştur. Ekip çalışmasının yüksek düzeyde olmasının ise motivasyonu pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (Çelik, & Karaca, 2017). İyi bir ekip çalışmasının daha iyi hemşirelik bakımını sağladığı, ekip için sorunlar olduğunda ise tükenmişlik, iş tatmininde azalma, çatışma yaşanması gibi olumsuz sonuçlarının olduğu ifade edilmiştir (Bragadottir, Kalisch, & Tryggvagdottir, 2019).

5.7.2. Ekip İçi İletişimde Olumsuzluklar

Ortak girişim, işbirliğine dayalı çaba, istekli katılım, paylaşılan planlama ve karar alma, ekip yaklaşımı, uzmanlığın katkısı, paylaşılan sorumluluk, hiyerarşik olmayan ilişkiler, bilgi ve uzmanlığa dayalı paylaşılan güç başarılı bir ekip çalışmasına katkıda bulunan tanımlanmış faktörlerdir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerindeki geleneksel hiyerarşik ilişkilerin baskınlığı ön plana çıkmaktadır (Nancarrow ve ark., 2013).

Mesleki rollerin ve uzmanlığın paylaşımı, planlama ve karar verme sürecinin karmaşıklığı ekip çalışmasının zorlukları olarak ifade edilse de (Nancarrow ve ark., 2013) araştırmamızda hemşirelere göre ekip içi iletişimi olumsuz etkilediğini düşündükleri etkenler personel yetersizliği (%82), hasta yoğunluğu (%68,8), çalışma saatlerinin uzun olması (%67,6), bozuk uyku düzeni (%58,6), malzeme yetersizliği (%49) olarak sıralanmaktadır (Tablo 17). Bu etkenlerin sistem kaynaklı olduğu görülmektedir. Bozuk uyku düzeni ise vardiyalı çalışma oranının (%60,3, Tablo 3) yüksek olması ile açıklanabilir. Personel yeterliliği ile iyi bir ekip çalışması arasında doğrusal bir ilişki olduğunun ifade edilmesi (Nancarrow ve ark., 2013) araştırma sonuçlarımızla uyumludur. Karakuş'un yaptığı çalışmada (2011) ise iş tatmini düşük olan hemşirelerin bunun nedeni olarak çalışma koşullarını ve yoğun çalışma temposunu ifade ettikleri görülmektedir (Karakuş, 2011).

Araştırmamızın sonuçlarına göre kişilerarası sorunlara dayalı ekip içi iletişim bozukluğu oranı ise %2'dir. Literatürde hasta, hasta yakını ya da ekip içi iletişim sorunlarının hasta bakımını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Karadağ, & Taşçı, 2005). Bulduğumuz oran düşük olmakla birlikte hasta bakımındaki önemi yadsınmamalıdır. Çünkü iletişim hataları hem önlenemez hasta zararının bağımsız bir nedeni hem de diğer olası zararların altında yatan bir neden olarak değerlendirilmektedir (Rosen, DiazGranados, Dietz, Benishek, Thompson, Pronovost, & Weaver, 2018).

Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Kasapoğlu, çalışmasında performans sisteminin hekim ve hekim dışı personelin bir ekip halinde sunduğu hizmette iş barışını bozduğunu belirtmiştir. Hekim dışı personel tarafından yapılan enjeksiyon, serum takılması gibi girişimsel işlemlerin performans sisteminde puanlamada yer almaması bunun nedeni olarak gösterilmiştir (Kasapoğlu, 2016).

Hemşirelerin çalışma koşullarının uygunsuzluğu, yoğun çalışma temposu, vardiyalı sistem ile çalışması, ücret yetersizliği, mesleki risklerin fazlalığı, yapmış oldukları çalışmaların takdir görmemesi, terfi/yükselme imkânlarının yeterli olmaması, adil ve şeffaf yönetim anlayışının eksikliği, rol (iletişim ve koordinatörlük) ve iş tanımındaki belirsizlikler gibi sıkıntıları bulunmaktadır. Hemşireler çalıştıkları kurumlarda hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanları ile iletişim içinde olmak durumundadırlar. Yöneticilerle ve çalışma arkadaşları ile yaşanan gerilimler, aşırı iş yükü rol belirsizliklerine neden olabilir ve stresi arttırarak hasta ve hasta yakınları ile çatışmalar yaşanmasına neden olabilir. Bu gibi durumlar hemşirelerde çaresizlik, ümitsizlik gibi olumsuz duygulara neden olabileceği gibi ekip içi iletişimi, iş doyumunu, motivasyonu da olumsuz etkileyebilecektir.

5.8. Profesyonellik

5.8.1. Hemşirelerin Profesyonellik Durumlarının Değerlendirmesi

Hemşireliğin temel rolü olarak kabul edilen bakım verici rolü yakın zamana kadar hasta bakımında tek rol olarak algılanmıştır. Yaşanan bilimsel ve toplumsal davranışlardan hemşirelik rolleri de etkilenmiştir. Hemşirelik rolleri geçmişte sadece hastayı iyileştirmeye yönelik iken günümüzde hastalıktan koruma ve sağlığı geliştirecek danışmanlık, eğitim ve sosyal rollere doğru ilerlemektedir. Günümüzde hemşirelik mesleğinin sorumluluk ve yetkilerinin artması bağımsız rol ve işlemlerinin artmasına ve modern hemşirelik rolleri olan bakım verici, araştırmacı, eğitici, karar verici, yönetici, kariyer geliştirici, özerk, sorumluluk ve savunuculuk rollerine ilave olarak; iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici ve danışmanlık rolleri de eklenmiştir. Bu rollerin mesleğin gelişmesine ve profesyonelleşmesine katkısı önemlidir (Gedük, 2018).

Yapmış olduğumuz çalışmada hemşirelerin kendilerini profesyonel olarak görme durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme yapabilmeleri için profesyonellik tanımı verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu kendilerini profesyonel olarak tanımlamışlardır (%80,4). Bununla birlikte hemşirelere seçenek olarak verdiğimiz mesleki profesyonellik ölçütlerini belirlemeleri istendiğinde verilen ölçütlerin tümünü profesyonellik kapsamında değerlendiren sadece 1 hemşire

olmuştur (%0,2). Verdiğimiz mesleki profesyonellik ölçütlerine en fazla katılımın ise eğitimin en az lisans düzeyinde olması (%77,4), uzmanlaşma (%74) ve güçlü bir mesleki örgütlenme (%73,8) ölçütlerinde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte eğitimin standardize edilmesi ve yeterliliğine katılım daha düşüktür (%56,6). Hemşirelerin ancak yarısından fazlası karar mekanizmasında yer alma, otonomi ve araştırma ölçütlerine katılım göstermişlerdir (Tablo 7). Bunun anlamı, hemşirelerin profesyonellik ölçütleri hakkında yeterince farkındalıklarının olmaması ile açıklanabilir. Ayrıca hemşireliğin bilimsel temele dayanan bir disiplin olarak gelişmesinin yavaş olması, hemşireler arasında eğitim gereksinimleri hakkında devam eden uyuşmazlıkların da bunda etkili olduğu söylenebilir (Wynd, 2003).

Profesyonelliğin mesleğe bağlılık ve özdeşleşme düzeyini ifade ettiği (Wynd, 2003) düşünüldüğünde bu sonuçlar oldukça çarpıcıdır. Türkiye’de yapılan araştırmalarda da hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin düşük olduğu vurgulanmaktadır (Dikmen, Karataş, Arslan, & Ak, 2016). Diğer yandan mesleğe bağlılık ve özdeşleşme mesleğin isteyerek tercih edilmesi ile de ilişkilidir. Araştırmamızda mesleklerini isteyerek seçen hemşire oranı %66,4 iken yeniden meslek tercihi yapma durumunda yine hemşireliği seçeceğini ifade edenlerin oranı %32’dir (Tablo 3). Olumsuz çalışma koşulları (vardiyalı çalışma sistemi, iş yükü, görev tanımına uygun çalışmama vb) ve mesleğin olumsuz konumu hemşireliği yeniden tercih etmeme nedenleri olarak ifade edilmiştir. Ayrıca düşük gelir ve iş-yaşam dengesinin neden olarak belirtilmesi dikkat çekicidir (Tablo 6). Küresel boyutta hemşire yetersizliği sağlık hizmetinde ciddi bir sorun olarak ele alınmaktadır. Deneyimli hemşirelerin çoğunun mesleğini bırakması ve gençlerin hemşireliği tercih etmemeleri uluslararası öneme sahip bir sorun olarak hemşirelikte profesyonellik kavramının yeniden değerlendirilmesini gerekli kıldığı literatürde ifade edilmektedir (Wynd, 2003; Sabancıoğulları, & Doğan 2017).

5.8.2. Hemşirelerde Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalara göre profesyonel davranışın gelişiminde, mesleki kimliğin benimsenmesinde ve buna bağlı olarak mesleki rollerin yerine getirilmesinde engel oluşturan birçok neden olduğu görülmektedir. Bunlar iş yükü, uzun çalışma saatleri, eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklar, iş odaklı çalışma, yetersiz iş güvenliği (Dikmen ve ark., 2016), hiyerarşik yapı, düşük gelir düzeyi (Khomeiran ve ark., 2006; Dikmen ve ark., 2016), personel ve malzeme yetersizliği (Çelik ve ark., 2012; Yılmaz, & Vermişli, 2016; Dikmen ve ark., 2016), kırtasiye işleri, görev paylaşımındaki düzensizlik (Yılmaz, & Vermişli, 2016), hemşirelikle ilgili yasal düzenlemelerin eksikliği, görev tanımının dışında işlerin yapılması (Çakı, & Sönmez, 2020), hemşire yöneticilerinin mesleki profesyonel tutum sergilememesi (Khomeiran ve ark., 2006; Çakı, & Sönmez, 2020), vardiya sistemiyle çalışmadır (Dikmen ve ark., 2014).

Araştırmamızda da benzer nedenlerin profesyonelliği olumsuz etkilediği hemşirelerce ifade edilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası yoğun iş yükünü (%80,6), görev tanımı dışında yer alan/hemşirelik dışı işlerin yapılmasını (%68,2), kurumdaki hiyerarşik yapıyı (%67,4), personel ve araç-gereç yetersizliğini (%60), teori ve uygulama farklılıklarını (%51,6), hekime bağımlı rolü (%51,4), toplumsal imajı (%51,4) profesyonelliği olumsuz etkileyen öncelikli nedenler olarak belirtmişlerdir (Tablo 18).

Özlük ve Sur (2017) Türkiye’de hemşirelik mesleğinin henüz bütüncül bir kimlik anlayışı elde edemediğini, eğitim farklılığı, örgütlenme ve otonomi düzeyindeki eksiklikler nedeniyle hemşirelikte profesyonelleşme sürecinin tamamlayamadığını belirtmektedirler (Özlük, & Sur, 2017). Profesyonelliğin ana unsurları arasında olan bu ölçütlerde engellenme olduğuna katılım oranı araştırmamızın verilerine göre daha düşüktür (Tablo 18).

Literatürden farklı olarak her 5 hemşireden birinin ekip üyeleri arasında olumsuz ilişkiyi, her 3 hemşireden birinin yöneticilerin motive etmede yetersiz olmalarını engel olarak belirtmeleri ise profesyonellik ölçütleri içerisinde ekip çalışmasının önemini ortaya koymaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlara göre profesyonelleşmenin önündeki en büyük engelin sistemden kaynaklandığı, hemşirelerin profesyonellik ölçütleri ile ilgili farkındalıklarının ise yeterli düzeyde olmadığı, bu durumun da profesyonelleşmenin önündeki bireysel engel oluşturduğu

söylenbilir. Hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi ve buna göre kurumsal planlamaların yapılması, hem hizmetin maliyet-etkinliğini arttıracak hem de hemşirelerin kaliteli bakım hizmeti sunmasında etkili olacaktır.

5.9. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri

Hemşirelik, mesleki değerler üzerine kurulmuştur. Mesleki değerler, profesyonel davranışı tanımlayan standartlar ve ahlaki yargıyı etkileyen ve klinik uygulamaya anlam ve yön veren ilke ve idealler olarak tanımlanabilir. Mesleki değerler, karar verme ve etiğe uygun uygulama için bir çerçeve görevi görmekte ve bireyin mesleki bağlılığını sağlamaktadır (Erkuş, & Dinç, 2018). Profesyonel değerler, hemşirelerin uygulamalarında etik yeterliliklerini ve etik kaygılarla başa çıkmalarını sağlar. Profesyonel değerleri eşit olarak uygulayamaları da hemşirelerin mesleki değerlerin çok önemli olduğunu kabul ettiklerini bildirmiştir (Poochangizi, Farokhzadian, Abbaszadeh, Mirzaee, & Borhani, 2017). Bazı araştırmalarda ise hemşirelerin mesleki değerler konusunda bilgilerinin ve farkındalıklarının az olduğu, bunları etik açısından onaylanabilir eylemde kullanmadıkları ve etik sorumluluklarının temelinde daha çok kişisel deneyimleri kullandıkları veya kurumsal kültüre dayandırdıkları gösterilmiştir (Tadd, Clarke, Lloyd, Leino-Kilpi, Strandell, Lemonidou, Petsios, Sala, Barazzetti, Radaelli, Zalewski, Bialecta, van der Arend, & Heymans, 2006).

5.9.1. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Puanlamasının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda hemşirelerin profesyonel değerlere verdikleri önemi saptamak amacıyla kullandığımız 31 maddelik Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinden (HPDÖ) alınabilecek en yüksek puan 155'tir. Elde ettiğimiz verilere göre, hemşirelerin profesyonellik değerleri ortalamanın üzerindedir (HPDÖ toplam puan ortalaması 118,74±19,38) (Tablo 20). Kategorik ve sürekli değişkenler (Tablo 3) ile HPDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Türkiye’de son altı yılda 31 maddelik HPDÖ kullanılarak hemşirelerle yapılan araştırmalarda HPDÖ toplam puan ortalamasının $132,90 \pm 14,38$ ile $90,7 \pm 14,7$ arasında olduğu görülmektedir (Göriş ve ark., 2014; Can, & Acaroğlu, 2015; Yayla, Karaman-Özlu, Gümüş, Sevinç, & Khaghani, 2015; Zengin ve ark., 2018; Dünder, Özsoy, Toptaş, & Aksu, 2019; Kırca, 2020; Yelekçi, & Kutlu, 2020; Süzen, & Çevik, 2020; Şanal, 2020; Çelik-Beleviç, 2019; Maraşlı, 2015). Yapılan 11 araştırmadan ikisi (Göriş ve ark., 2014; Dünder ve ark., 2018) hariç diğer çalışmalarda bulunan HDPÖ ortalama puanları araştırmamızın sonucundan yüksek, araştırmalardan biri ile (Çelik-Beleviç, 2019) benzerdir.

Literatürde lisans ve lisansüstü eğitim (Rassin, 2008; Çetinkaya-Uslusoy, Paslı-Gürdoğan, & Aydınli, 2015; Gallegos, & Sortedahl, 2015; Dikmen, 2016; Öz, & Özyürek, 2018; Zengin ve ark., 2018; Geçit, & Özbayır, 2020), çalışan memnuniyeti (Altıok, & Üstün, 2014; Dikmen ve ark., 2014, Kantek, & Kaya, 2017), mesleği isteyerek seçmiş olma ve mesleği bırakmayı düşünmeme, mesleki derneklere üye olma (Dikmen, 2016; Zengin ve ark., 2018), vardiyasız ve gündüz çalışma (Zengin ve ark., 2018), yaş (genç olma), etik eğitimi alma durumu (Geçit, & Özbayır, 2020), mesleki hizmet süresinin az olması (1-5 yıl) (Dikmen ve ark., 2014; Öz, & Özyürek, 2018; Geçit, & Özbayır, 2020), yönetim görevinde bulunma, bilimsel etkinliklere katılma (Dikmen, 2016; Kantek, & Kaya, 2017), bekâr olma (Dikmen, 2016, Öz, & Özyürek, 2018), üniversite hastanesinde çalışma, çalışılan birimi hiç değişmeme (Öz, & Özyürek, 2018) gibi özelliklerin profesyonel tutumu olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Ancak araştırmamızda bu özelliklerle ilgili anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.9.2. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutların Değerlendirilmesi

Araştırmamızın sonuçlarına göre en yüksek puan ortalaması ölçeğin insan onuru alt boyutundadır (42,78). Bunu sırasıyla sorumluluk (25,74), harekete geçme (18,83) ve güvenlik (15,83) alt boyutları izlemektedir. En düşük puan ortalaması ise otonomi alt boyutunda (15,61) elde edilmiştir (Tablo 20). Alınan ortalama puana göre araştırmamıza benzer ölçek alt boyut sıralamasının olduğu (Can, Ş., & Acaroğlu, R.

2015; Maraşlı, 2015; Çelik-Beleviç, 2019; Şanal,2020; Süzen, & Çevik, 2020) ve olmadığı (Şenyuva, 2018; Öz, & Özyürek, 2018; Kırca, 2020) çalışmalar vardır.

Şenyuva'nın araştırmasında (2018) sıralamanın çoktan aza doğru insan onuru, otonomi, güvenlik, harekete geçme ve sorumluluk olduğu bulunmuştur. Otonominin ikinci sırada olması dikkat çekmektedir (Şenyuva, 2018). İlgili araştırmanın katılımcı profili medeni durum dışında araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak hemşirelerin çalıştığı kurum belirtilmemiştir. Farklılığın nedenlerinden biri bu olabilir. Kırca'nın çalışmasında (2020) ilk sıralarda sorumluluk ve otonomi alt boyutları yer almaktadır. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme ve mesleğinden memnun olma oranları ile lisans ve lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin oranı araştırmamıza katılan hemşirelerin oranlarından yüksektir (Kırca, 2020). Eğitim düzeyi (Rassin, 2008; Çetinkaya-Uslusoy, Paslı-Gürdoğan, & Aydınli, 2015; Dikmen, 2016; Zengin ve ark., 2018; Geçit, & Özbayır, 2020), çalışan memnuniyeti (Altıok, & Üstün, 2014; Dikmen ve ark., 2014), mesleği isteyerek seçmiş olma ve mesleği bırakmayı düşünmeme (Zengin ve ark., 2018) ile profesyonellik değerleri arasında pozitif yönde ilişki olması bu farklılığın nedeni olabilir. Öz ve Özyürek'in çalışmasında (2018) ilk sırada otonomi yer almaktadır. Bu çalışma cerrahi hemşireleri ile yapılmıştır ve otonominin ön planda olması cerrahi alanının yoğun ve stresli çalışma ortamı, hızlı karar vermeyi gerektirmesi, hasta durumunun hızla değişebilmesi gibi nedenlerle ilişkili görülmüştür (Öz, & Özyürek, 2018). Araştırmamızın katılımcı profilini daha çok dahili bilimler alanında çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Dolayısıyla profesyonellik değerleri alt boyutlarının çalışmalara göre farklı çıkması katılımcı profilinin özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Alt boyutların değerlendirmesinde hemşirelerin son derece önemli olarak ifade ettikleri maddeler incelendiğinde hemşirelerin bakış açısından ilk sıralarda insan onuru boyutunda yer alan “Bireyin gizlilik hakkının güvence altına alınması” ve güvenlik boyutunda yer alan “Hemşirelik mesleğinin değerlerini ve amaçlarını açıkça ifade etmek” ile “Toplum güvenli olmayan sağlık ürünlerinden/uygulamalarından korumak” olduğu saptanmıştır. En az önem verilen değerler ise sorumluluk alt boyutunda yer alan “Eş düzeydeki meslektaşların birbirini değerlendirmesinde yer almak”, “Kendi mesleki uygulamalarının meslektaşları tarafından değerlendirilmesini

istemek” ile otonomi alt boyutunda yer alan “mesleğin imajını yükseltmek için eğitimiyle paralellik gösteren hemşire unvanını kullanmak” olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik etik kodları arasında yer alan ana başlıklardan biri olan mahremiyet ve sır saklamanın (THD, 2020) en önemli değer olarak değerlendirilmesi literatür ile uyumludur (Poochangizi ve ark., 2017). Son derece önemli olarak ifade edilen diğer iki madde ise genel hemşirelik değerlerinin önemi ve hastaların zarar görmemesidir.

En az önem verilenin akran değerlendirmesi Gallegos ve Sortedahl’ın sonuçları ile benzerdir (Gallegos, & Sortedahl, 2015). Çalışma ortamına ilişkin koşullar örgütlenme kültürüne sahip olma, örgütsel destek düzeyi, farkındalık, eğitim düzeyi, motivasyon ve ilgi düzeyi, eğitimcilerin duygusal öğrenmeye yeterince önem vermemeleri profesyonel değerlerin önceliklendirilmesini etkileyebilmektedir. Bu değerlerin hemşireler arasındaki ve sağlık kuruluşlarındaki işbirlikçi ve sosyal faaliyetlerle ilgili olduğu belirtmiştir (Poochangizi ve ark., 2017). Katılımcılarımızın unvan kullanımına önem vermemesi de göz önüne alındığında profesyonellik değerlerinin hemşireliğin teşviki ile doğrudan ilişkisi olduğu konusunda düşük farkındalık olduğu ancak etik ilkelerin özellikle zarar vermeme ve mahremiyet konularında farkındalığın olduğu söylenebilir.

5.9.2.1. Kategorik Değişkenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Araştırmamıza göre eğitim durumu ile otonomi ve harekete geçme; çalışılan birimdeki görev ve meslek yaşamının herhangi bir döneminde yöneticilik pozisyonunda bulunma ile otonomi, harekete geçme ve insan onuru; mesleği isteyerek seçme durumu ile otonomi arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki vardır.

5.9.2.1.1. Eğitim Düzeyi

Yüksek lisans eğitimi almış olanların otonomi ve harekete geçme puanları yüksektir (Tablo 22). Bu durum eğitim düzeyinin otonomiye artırdığının bir göstergesi olarak literatürle uyumludur (Rassin, 2008; Çetinkaya-Uslusoy, Paslı-Gürdoğan, & Aydınli, 2015; Gallegos, & Sortedahl, 2015; Dikmen, 2016; Yılmaz, & Demirsoy, 2018; Öz, & Özyürek, 2018; Zengin ve ark., 2018; Çelik-Bekleviç, 2019; Geçit, & Özbayır, 2020; Şanal, 2020).

Araştırmamızda otonomi alt boyutuna ek olarak harekete geçme alt boyutunun da eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır (Demir, & Kocaman-Yıldırım, 2014; Şanal, 2020). Eğitim düzeyinin artması ile hemşirelerin otonomileri artacak, otonomiye sahip bireyler ise eylemlerini harekete daha kolay geçirebilecektir.

5.9.2.1.2. Çalışılan Birimdeki Görev ve Yöneticilik Pozisyonu

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çoğu klinik hemşiresi (%67,8) olarak çalışmakta olup başhemşire/başhemşire yardımcılarının oranı %3,6. Yaklaşık her 4 hemşireden biri meslek yaşamının herhangi bir döneminde yöneticilik yapmıştır. Araştırmamızda yönetici pozisyonunda olan hemşirelerin klinik hemşirelerine göre ve herhangi bir dönemde yöneticilik yapmış olanların ise yapmayanlara göre otonomi, harekete geçme ve insan onuru alt puanları yüksektir.

Hemşirelik hizmetlerinin etkin bir şekilde planlanması ve uygulanması için yönetici hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri konusunda farkındalıklarının olması gerekir (Kantek, & Kaya, 2017). Sorumlu hemşirelerin mesleki profesyonellik değerlerinin yüksek olduğu (Karamanoğlu ve ark., 2009) yönetici hemşirelerin iş tatmini üzerinde otonominin olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (Pencenek, Tate, Bernardes, & Cummings, 2021). Otonominin uygulamalarda temel kontrole sahip olmayı, meslek mensuplarının çalışma alanında kendi fonksiyonları üzerinde kontrol kurmayı, ekip üyeleri ile iletişim ve işbirliği içinde bağımsız karar vermeyi sağlaması (Demir, & Kocaman-Yıldırım, 2014) nedeniyle yönetici pozisyonundaki hemşirelerde yüksek olması beklenir. Ayrıca hastanelerde değerlendirme komisyonu, kalite güvenliği alanlarında yönetici hemşirelerin görev almasının da otonomi puanını etkilemiş olabilir.

5.9.2.1.3. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu

Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin (%66,4) isteyerek seçmeyenlere göre otonomi alt boyut puanı yüksektir. Literatürde mesleği isteyerek seçen ve mesleği severek yapan hemşirelerin profesyonellik tutumunun yüksek olduğu belirtilmektedir (Karamanoğlu ve ark., 2009; Çelik ve ark., 2012; Tarhan ve ark., 2016; Öz, & Özyürek, 2018). Bununla birlikte anlamlı bir farklılığın bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Maraşlı, 2015).

5.9.2.2. Hemşirelere Göre Mesleki Profesyonellik Ölçütleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Mesleki eğitimin standartlaşması ve yeterliliğini, bilimsel bilgi üretmeyi ve karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirmeyi profesyonellik ölçütü olarak kabul eden hemşirelerin HPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları yüksek bulunmuştur.

En az lisans eğitiminin şart olmasını mesleki profesyonellik ölçütü olarak kabul edenlerde HPDÖ toplam puanı ve güvenlik, harekete geçme ile insan onuru alt boyut puanları yüksektir.

Güçlü mesleki örgütlenmeyi mesleki profesyonellik ölçütleri arasında sıralayanlarda HPDÖ toplam puanı ve güvenlik, sorumluluk, harekete geçme ile insan onuru alt puanları yüksektir.

Belli bir alanda uzmanlaşmayı ölçüt olarak alan hemşirelerde HPDÖ toplam puanı ve güvenlik, harekete geçme, otonomi ile insan onuru alt puanları yüksek bulunmuştur.

Bağımsız olarak hareket etme, kendi sorumluluğunu yerine getirebilmek için karar almanın mesleki profesyonellik ölçütü olduğunu ifade edenlerde HPDÖ toplam puanı ve harekete geçme ile otonomi alt puanları yüksektir.

Elde ettiğimiz bu sonuçlar hemşirelerin kabul ettiği mesleki profesyonellik ölçütleri ile profesyonel değerleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ve meslek olmaya ilişkin özelliklerin profesyonellik değerlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

5.9.2.2.1. Mesleki Örgütlenmeye Katılım ve Katılmama Nedenleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Araştırmamızda ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye olanların (%47,4) HPDÖ toplam puanı ve sorumluluk, harekete geçme ile otonomi alt puanları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar mesleki derneğe üye olma ile profesyonellik değerleri arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Mesleki örgütler, mesleklerin gelişmesinde en önemli katkıyı sağlamaktadırlar. Mesleki standartların oluşturulması ve sağlık politikalarına aktif katılım için dernek üyeliği bir gerekliliktir. Araştırmamız hemşirelerin profesyonellik ölçütleri içinde yer

alan dernek üyeliği bilincinin olmasının profesyonellik değerlerine katkı sağladığını göstermektedir. Çelik-Bekleviç'in aktarımına göre (2019) az sayıda hemşire mesleki derneklere üye olmaktadır ve çoğu hemşirenin sağlık bakımı ile ilgili politikaların oluşturulmasında derneklerinin etkisini bilmemesi, dernek faaliyetlerinin mesai saatleri dışında olması ve isteğe bağlı katılım olduğunu düşünmeleri gibi nedenlerle mesleki örgütlenmenin rolü konusunda farkındalıkları istenilen düzeyde değildir (Çelik-Bekleviç, 2019).

Araştırmamızda deneklerin hemşire olarak kendilerini temsil etmediğini düşünenlerde ölçek puanı ve sorumluluk ile otonomi alt boyutlarından; derneklerin meslek adına bir şey yapmadığını düşünenlerde sorumluluk ve otonomi alt boyutlarından aldıkları puan yüksektir ($p<0,05$; Tablo 24). Bu sonuçlar, derneklerin faaliyetlerinin etkinliğini, hemşirelere ulaşma ve aktif katılımlarını sağlama konusunda kendilerini sorgulaması gerektiğini göstermektedir.

5.9.2.2.2. Görev Tanımı ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştıkları kurumda görev tanımlarının olduğunu ve olmadığını ifade edenler arasında profesyonel değerler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak görev tanımını doğru ve yanlış yapanlar arasındaki karşılaştırmada HPDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında tümü anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 25). Tanımı yanlış yapanların ise ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları, kurumlarında görev tanımının olmadığını söyleyenlerden yüksektir.

Görev tanımını bilmemenin karar verme noktasında hemşirelerin kendilerini bağımsız hissetmemelerinde ve profesyonel değerleri uygulama sırasında ahlaki bir takım sorunlarla karşılaşmalarında olumsuz bir etken olabileceği düşünülmektedir. Bağımsızlığın azalması ahlaki sıkıntıya yol açabilir. Ahlaki sıkıntı, işyerindeki zihin, beden ve kişiler arası ilişkileri etkileyen bir tür rahatsızlık olarak tanımlanır. Bu bir kişinin inandığı ile kişinin nasıl davrandığı arasındaki çatışmanın sonucudur. Hemşirelerin profesyonel bağımsızlığı ne kadar büyük olursa, daha az ahlaki gerilimin söz konusu olacağı belirtilmektedir (Abdolmaleki ve ark., 2019).

Araştırmamızda profesyonel değerlerle karşılaştırmada sadece görev tanımı konusunda hem ölçek hem de alt boyutların tümünün anlamlı çıkması dikkat çekicidir. Her ne kadar literatürde görev tanımı profesyonellik ölçütleri içerisinde bir başlık

olarak ele alınmamış olsa da yetki alanının bilincinde olmanın profesyonelleşmede öncül kavramlar arasında yer alması gerektiğini düşünmekteyiz.

5.9.2.2.3. Alanında Yenilikleri Takip Etme ve Takip Etmeme Nedenleri ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Katılımcıların %59'unun alanlarıyla ilgili yenilikleri takip etmemesine karşın takip edenlere göre ölçek ortalama puanı ve tüm alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Bulgularımıza göre alanda yenilikleri takip etme ile profesyonellik değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bilimsel yayınları takip edenlerde etmeyenlere göre, bilimsel etkinliklere dinleyici olarak ve/veya yapılan ya da dahil olunan çalışmalarla katılanlarda katılmayanlara göre HPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları; hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazanlarda (%4,8) HPDÖ toplam puanı ve harekete geçme, otonomi ile insan onuru alt boyut puanları yüksektir ($p<0,05$; Tablo26). Bu sonuçlar çalışmanın araştırma ve uygulama hastanesinde yapılmasıyla ve hemşirelerin çoğunluğunun eğitim düzeyinin lisans ve lisansüstü olmasıyla ilişkili olabilir.

Uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama nedeniyle yenilikleri takip edemeyenlerde HPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları düşüktür ($p<0,05$; Tablo27). Bu sonuç, literatürde belirtilen çalışma şekillerinin ve koşullarının hemşirelikte mesleki değerleri olumsuz etkilediği (Dündar, Özsoy, Toptaş, & Aksu, 2019) ifadelerini desteklemektedir. Uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin sağlıkları, iş doyumunu, aile ilişkileri ve sosyal yaşamları üzerindeki olumsuz etkisi olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Rajan, 2017; Bae, Hwang, & Lee, 2018). Bununla birlikte sistemsel bir sorun olan uzun çalışma saatlerinin, çalışma koşullarının, iş yükünün profesyonellik değerleri üzerinde ve profesyonellik ölçütlerinin gerçekleştirilmesinde etkisinin ne olduğuna yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamıza göre yenilikleri takip etmeme nedeni olarak mesleğe karşı ilgi duymama ya da isteksizliği gösteren hemşirelerin HPDÖ toplam puanı ve harekete geçme, otonomi ile insan onuru alt puanları düşüktür ($p<0,05$; Tablo27). Literatürde mesleklerine seveerek yapanların (Çelik ve ark., 2012) ve mesleği isteyerek seçenlerin profesyonel tutumları yüksek bulunmuştur (Karamanoğlu ve ark., 2009). İstmeden çalışmak ve ilgi duymamak meslekte profesyonellik ölçütlerinin gerçekleştirilmesini

ve profesyonellik değerlerini olumsuz etkilemektedir. Kurum ve yöneticilerin bu konuda çalışanları desteklemesinin önemli olduğu düşünceyiz.

Yenilikleri takip etmeme nedeni olarak aile sorumluluğunun ön planda olmasını belirten hemşirelerin HPDÖ toplam puanı ve güvenlik hariç tüm alt boyut puanları düşük bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo27). Bu sonucun hemşirelerin çoğunlukla kadın olmasına bağlı olarak toplumsal cinsiyet rolü gereği iş-yaşam dengesinde ailenin ön planda olmasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir

5.9.2.2.4. Otonomi Durumu ve Otonomiye Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Araştırmamıza göre otonomi sahibi olduğunu düşünen hemşirelerin düşünmeyenlere göre HPDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları yüksek olmakla birlikte otonomi alt boyut puanları arasında anlamlılık ilişkisi yoktur. Otonomilerini olumsuz etkileyen nedenlerin bağımlı rollerinin ön planda olması ve hemşireliğe geleneksel bakış açısı olduğunu düşünenlerde ölçek ve alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$; Tablo 29).

Setoodegan ve arkadaşlarının (2019), İranlı hemşireler ile yaptıkları araştırmada öne çıkan tema iş yerinde bağımsızlıktır. Bu temaya ilişkin kategoriler ise hekimlerin mesleki baskınlığı, feodal zihniyet, hemşirelere karşı ayrımcılık ve idari eksiklikler olarak belirlenmiştir. İranlı hemşireler bu kategoride yer alan nedenlerin profesyonel otonomilerini zayıflattığını belirtmişlerdir (Setoodegan ve ark., 2019). Toplumsal ve kültürel farklılıklar olsa da benzer sorunların hemşirelerin otonomilerini, mesleki profesyonellik ölçütlerini ve profesyonellik değerlerini etkilediği görülmektedir.

5.9.2.2.5. Ekip İçi İletişimi Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Çalışmamıza katılan hemşirelerden ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen neden olarak araç-gereç yetersizliğini belirtenlerde ölçeğin güvenlik alt boyut puanı ve uyku düzeninin bozulmasını belirtenlerde güvenlik ve sorumluluk alt boyut puanları yüksektir ($p<0,05$; Tablo 30). Bunun nedeni hemşirelerin araç-gereç yetersizliklerinde bireyi ve toplumu güvenli olmayan sağlık uygulamalarından koruma isteği ve uyku düzeni bozukluğunun hata yapma olasılığını arttırması ile ilişkili olabilir.

5.9.2.2.6. Profesyonelliği Olumsuz Etkileyen Nedenler ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişki

Farklı eğitim düzeylerinin olmasını, görev tanımı dışında yer alan/hemşirelik dışı işleri yapmalarını, örgütlü güç oluşturmamalarını ve sağlık bakımı politikalarının oluşturulmasında yer almamalarını profesyonelliklerini olumsuz etkileyen nedenler olarak ifade eden hemşirelerin HPDÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanları yüksektir bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 31). Elde ettiğimiz bu sonuçlar, hemşireler açısından profesyonelleşmede eğitim, görev yetki alanı ve sağlık politikalarına katılım konularının öncelikle ele alınması gerektiğini göstermektedir. Hemşirelerin kendi politika ve davranışlarının kontrolünü elinde tutabilmeleri ve bağımsız olmaları için öncelikle bireysel sorumluluk almaları ve mesleki örgütlenmeyi sağlamaları önemlidir (Korkmaz, & Görgülü, 2010).

Hastanelerdeki hiyerarşik yapıyı profesyonellik engeli olarak gören hemşirelerin ölçek toplam puanı ve güvenlik hariç diğer tüm alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$; Tablo 31). Tıbbi uygulamaların yürütülmesi ekip çalışmasını gerektirse de kendi içinde hiyerarşik bir yapıya sahiptir. Bunda tıptaki hâkimiyet ilişkilerinin etkisi vardır. Tıpta işlevsel baskınlık gereği tanılama ve tedavi planlamasında hekimlik bilgisinin merkezi durumda olması diğer sağlık mesleklerinin hekimin bu özerk alanına tabi olmasını gerektirmektedir. Sağlık iş bölümünde hiyerarşik ya da dikey yapılanma tıpta ikinci tür hâkimiyet ilişkisine neden olmaktadır. Bu durumun kurumun örgütsel gelişimi için önemli olduğu ifade edilir. Üçüncü olarak bilimsel hâkimiyet ilişkisi gelmektedir. Tıbbi bilgi üretiminde hekimler çoğunlukla yer almaktadır (Sena, 2017). Demir ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (2012)

hemşirelerin bilimsel araştırma yapma, mesleki bilimsel bir dergiyi takip etme, etkinliklere katılma ve meslekleriyle ilgili yayınlardan haberdar olma oranlarının düşük olması hemşirelere yeterli olanak sağlanmaması ile ilişkilendirilmiş ve bu engel kurumsal boyutta değerlendirilmiştir (Demir ve ark., 2012). Ancak profesyonelleşme için hemşirelerin hizmet alanı ile ilgili araştırmaların planlanması, yapılması ve klinik uygulamaya geçirilmesinde aktif olmaları gerekmektedir. Bulgularımızda ekonomik gerekçelerle bilimsel gelişmeleri takip etmemenin profesyonelleşmeyi engellediğini belirten hemşire oranı sadece %20,4'tür (Tablo 18). Bununla birlikte bu sorunu ifade eden hemşirelerin ölçek toplam puanı ve sorumluluk, otonomi, insan onuru alt boyut puanlarının anlamlı olarak yüksek olması (Tablo 31) bilimselliğin önemi konusunda hemşirelerde farkındalığın artırılmasının ve gelir düzeyinin iyileştirilmesinin önemini göstermektedir. Ekonomik yetersizliğe vurgu yapılmış olması dördüncü hâkimiyet ilişkisinin tarafı olan devletin/hukuk sisteminin rolünün değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda devlet; yasalar, eğitim, sağlık hizmetleri reformlarıyla hemşirelikte profesyonel özerkliği destekleyebileceği gibi görev tanımına uygun çalıştırmama, düşük gelir sağlama, bilimsel etkinliklere katılımı desteklememe ile özerkliklerini engellemektedir (Sena, 2017).

5.10. Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızın bulguları, profesyonellik ölçütlerinin sağlanabilirliği ile profesyonel değerler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin ifade ettiği sorunların profesyonellik ölçütlerinin sağlanmasında engel oluşturduğu görülmektedir ve ölçütlerin farkında olan hemşirelerde profesyonellik değerlerine sahip olma oranı yüksektir. Hemşirelerin profesyonelleşmesi mücadelesinin ilk adımı hemşirelerin mesleklerine yönelik olumlu algılarını geliştirmek ve profesyonelleşme sürecine aktif katılımlarını sağlamaktır.

5.10.1. Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Değişen toplumsal algı, teknolojik gelişmeler, değişen ve artan sağlık gereksinimlerinden etkilenen hemşirelik rolleri, mesleğin sorumluluk ve yetkilerinin artmasına neden olmaktadır. Sorumluluk ve yetki artışı modern hemşirelik rolleri olan bakım verici, araştırmacı, eğitici, karar verici, yönetici, kariyer geliştirici, özerk,

sorumluluk ve savunuculuk rollerine ilave olarak; iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, danışmanlık rollerinin eklenmesine ve mesleğin gelişip profesyonelleşmesine katkı sağlamada oldukça önemlidir. Araştırmamızda Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde sağlık hizmeti sunan hemşirelerin profesyonellik değerlerinin ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. (118,74±19,38). Hemşirelerin eğitim durumları ile HPDÖ'nün otonomi ve harekete geçme alt boyutları açısından istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin otonomilerinin artacağı, otonomiye sahip bireylerin eylemlerini harekete daha kolay geçirebileceği ve bunun profesyonellik değerlerini arttıracacağı düşünülmektedir. Ayrıca mesleki profesyonellik ölçütleri arasında yer alan uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretme, karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirme ile HPDÖ toplam ve alt boyut toplam puanları arasında pozitif yönde ilişki vardır. Mesleki örgütler mesleklerin gelişmesinde oldukça önemlidir. Hemşirelerin profesyonellik ölçütleri içinde yer alan dernek üyeliği bilincinin olması profesyonellik değerlerini etkilediğini ve hizmetin daha kaliteli sunumunda hemşirelere yol gösterici olacağını düşündürmektedir. Profesyonellik değerleri ile bu değerleri etkileyen faktörler arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda “Hemşirelerde profesyonellik değerleri ile profesyonellik ölçütleri arasında doğrusal bir ilişki vardır” savı arasında anlamlı bir ilişki saptanarak araştırma bulguları ile bu hipotez desteklenmiştir.

Literatürde profesyonel davranışın gelişiminde, mesleki kimliğin benimsenmesinde ve buna bağlı olarak mesleki rollerin yerine getirilmesinde engel oluşturan birçok neden olduğu ifade edilmektedir. Araştırmamızda benzer nedenlerin profesyonelliği olumsuz etkilediği hemşirelerce ifade edilmiştir. Yoğun iş yükü (%80,6), görev tanımı dışında yer alan/hemşirelik dışı işlerin yapılması (%68,2), kurumdaki hiyerarşik yapı (%67,4), personel ve araç-gereç yetersizliği (%60) profesyonelliği olumsuz etkileyen öncelikli nedenler olarak belirtilmiştir. Hemşireler profesyonellik ölçütlerine uygun hizmet sunamamaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlara göre profesyonelleşmenin önündeki en büyük engelin sistemden kaynaklandığı, hemşirelerin profesyonellik ölçütleri ile ilgili farkındalıklarının ise yeterli düzeyde olmadığı, bu durumun da profesyonelleşmenin önündeki bireysel engeli oluşturduğu

söylenbilir. Bu sonuçlar doğrultusunda “Hemşireler profesyonellik ölçütlerine uygun hizmet sunamamaktadır” savı arasında anlamlı bir ilişki saptanarak araştırma bulguları ile bu hipotez desteklenmiştir.

5.10.2. Öneriler

- Eğitimin en az lisans düzeyinde olması ve standartlaştırılması
- Öğrenci hemşirelere, lisans eğitimi sırasında ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programları ile meslek etiği, mesleğe yönelik kanun ve yönetmeliklerin irdelenmesi, ulusal ve uluslararası derneklerin tanıtımı, bilimsel araştırma yapma, bilimsel etkinliklere katılma, alanda yenilikleri takip etmenin önemi, hemşirelik hizmetlerinin kanıta dayalı uygulamaların nasıl arttırılacağı gibi konularda bilgilendirme yapılması ve eğitim verilmesi, sürekliliğinin sağlanması
- Mesleki gelişim için sempozyum, kurs, kongre gibi organizasyonlara katılımı arttırılması, Sağlık Bakanlığı ve hastane yönetimince bu konuda maddi destek ve gerekli izinlerin sağlanması,
- Bilimsel yayın ve araştırma yapma konusunda klinik hemşirelerinin ve akademisyen hemşirelerin iş birliğinin sağlanarak mesleki gelişimin teşvik edilmesi,
- Meslekte profesyonellik ölçütlerine ve profesyonellik değerlerine yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenli olarak yapılmasının sağlanması,
- Hemşirelerin profesyonellik değerlerini etkileyen sistem kaynaklı faktörlerin incelenmesi,
- Hemşirelerin profesyonellik değerlerini etkileyen bireysel faktörlerin aydınlatılarak hemşirelerde farkındalık oluşturulması
- Meslek bilinci ve birlikteliğini arttırmada hemşirelerin derneklerden beklentilerinin öğrenilmesine yönelik araştırmalar yapılarak dernek çalışmalarına ışık tutulması,
- Mesleğin güç kazanmasında önemli olan birlik bilincini geliştiren derneklerin bizzat tanıtımlar ve çalışmalar yaparak üye sayısını artırması,

- Hemşirelik derneklerinin güçler birliği oluşturması ve THD altında politik kararlarda yer alıp gerektiğinde bu kararları değiştirebilme ve uygulama yeterliliğine sahip olması,
- Hemşirelerin genel şartlarının iyileştirilmesi için politikalar dzenlenmesi ve kararlarda hemşirelerin yer alması,
- Hemşirelerin otonomilerini destekleyecek güçlü hemşirelik yönetiminin sağlanması ve bu konuda hemşirelerin yetkilerinin arttırılması,
- Hasta bakım sürecinde otonomi sahibi olarak karar vermelerini destekleyecek çalışma sistemlerinin oluşturulması ve bunun yöneticiler tarafından desteklenmesi,
- Yapmış olduğumuz çalışmanın Türkiye genelinde THD kontrolünde eş zamanlı, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılarak Türkiye'deki hemşirelerin profesyonellik ölçütleri ve profesyonellik değerlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli planlamaların yapılarak mesleki gelişimin desteklenmesi

6. KAYNAKLAR

Abdolmaleki, M., Lakdizaji, S., Ghahramanian, A., Allahbakhshian, A., & Behshid, M. (2019). Relationship Between Autonomy and Moral Distress in Emergency Nurses. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 20–25. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.076>

Adams, D., & Miller, B.K. (2001). Professionalism in Nursing Behaviors of Nurse Practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 17(4), 203–210. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2001.25913>

Adıgüzel, O., Özkan, D., & Tanrıverdi, H. (2011). Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 235–260.

Akıncı, A.Ç., & Pınar, R. (2011). Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(1), 5-13. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104707984&site=ehost-live>

Alotaibi, M. (2007). Factors Affecting Nurses' Decisions to Join Their Professional Association. *Int. Nurs. Rev.*, 54(2), 160-165. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00555.x>

Altıok, H.Ö., & Üstün, B. (2014). Profesyonellik: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014,7 (2), 151-155. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753398>

Altun, İ. (2002). Burnout and Nurses' Personal and Professional Values. *Nursing Ethics*, 9(3), 269-278. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne509oa>

Altuntaş, S, & Yetginler, Ş. (2020). Hemşirelerin Mesleki Derneklere Bakış Açılıarı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(7), 40-51. https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD-75046-RESEARCH_ARTICLE-ALTUNTAS.pdf

Arslantaş, H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular , Kodlar ve Standartlar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 47–56. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.18209>

Aslan, Ş., & Çelik, Ö. (2018). Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı Yoluyla Personel İstihdam Edilmesinde Karşılaşılan İnsan Kaynakları Yönetimi ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1(1), 1-8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/645246>

Ay, F. (Ed.). (2008). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Ayaz, Ö. (2010). *Hekim, Hemşire ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] Erişim adresi: file:///C:/Users/DELL/Downloads/303932%20(1).pdf

Bae, S.H., Hwang, S.W., & Lee, G. (2018). Work Hours, Overtime, and Break Time of Registered Nurses Working in Medium-Sized Korean Hospitals. *Workplace Health and Safety*, 66(12), 588-596.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079918769683>

Baykara, Z.Ç., Çalışkan, N., Öztürk, D., & Karadağ, A. (2019). Hemşirelikte Teori ve Model Kullanımı: Nitel Bir Çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 281–289. <https://doi.org/10.17826/cumj.562393>

Baykara, Z.G., Çalışkan, N., & Karadağ, A. (2014). Vaka Analiz Yönteminin Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Sorun Değerlendirme Becerilerine Etkisi. *Ulularası İnsan Bilimleri Dergisi*, 11(1), 236–255. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i1.2769>

Bindon, S.L. (2017). Professional Development Strategies to Enhance Nurses' Knowledge and Maintain Safe Practice. *AORN Journal*, 106(2), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.002>

Black, BP. (2019). Nursing Pathway to Professionalism. Professional Nursing: Concepts & Challenges. E-Book. 9th ed. Elsevier Health Sciences, pp. 57-72. https://books.google.com.tr/books?id=J1GfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Professional+nursing++concepts+%26+challenges&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwjFzNKgg9XvAhWNmIsKHb_FDzAQ6AEwAHoECAMQAg#v=onepage&q=Professional%20nursing%20%3A%20concepts%20%26%20challenges&f=false

Budak, Y. (2009). Meslekteki Eğitimde İhtiyaç Analizi ve İşlevsel Eğitim Programı. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 245, 65–75.

Bülbül, T. (2004). Bilimsel Yayınlarda Etik. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(15), 53–61.

Bragadottir, H., Kalisch, B.J., & Tryggvagdottir, G.B. (2019). The extent to which adequacy of staffing predicts nursing teamwork in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4298–4309. <https://doi.org/10.1111/jocn.14975>

Catallo, C., Spalding, K., & Haghiri-Vijeh, R. (2014). Nursing Professional Organizations: What Are They Doing to Engage Nurses in Health Policy? *SAGE Open*, 4(4), 1-9. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014560534>

Cerit, B., Çıtak-Bilgin, N., & Çıtak-Tunç, G. (2020). Hemşirelerde Otonomi Düzeyinin Mesleki Benlik Saygısına Etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 826-838. doi: 10.33715/inonusaglik.795392

Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y., & Özata, M. (2015). Otonomi ve Kararlara Katılımın Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 6(12), 39-52. <https://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1449147939.pdf>

Clark, P.F., & Clark D.A. (2003). Challenges facing Nurses' Associations and Unions: A Global Perspective. *International Labour Review*, 142(1), 29-47. <https://library.fes.de/libalt/journals/swetsfulltext/17160748.pdf>

Cohen, I.B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*, 250(3), 128-137. <https://www.jstor.org/stable/pdf/24969329.pdf>

Cummins, M. R., Gundlapalli, A. V., Gundlapalli, A. V., Murray, P., Park, H. A., & Lehmann, C. U. (2016). Nursing Informatics Certification Worldwide: History, Pathway, Roles, and Motivation. *Yearbook of Medical Informatics*, (1), 264-271. <https://doi.org/10.15265/iy-2016-039>

Çakı, E., & Sönmez, M. (2020). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 58-69. <https://www.researchgate.net/publication/344900716>

Çamlıca, T., & Kartal, H. (2021). Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 29(1), 142-147. DOI: 10.5336/mdethic.2020-75753

Çatal, E., & Dicle, A. (2014). Teori - Araştırma Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 33-45. Retrieved from <http://www.deuhyoedergi.org>

Çelik, A., & Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki ilişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 254-263. <https://doi.org/10.5222/head.2017.254>

Çelik, S., Ünal, Ü., & Saruhan, S. (2012). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 193-199. <https://doi.org/10.17672/fnhd.83327>

Çelik-Bekleviç, A. (2019). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışlarına Etkisi: Zonguldak İl'i Örneği*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://acikarsiv.beun.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12628/9361/%c3%87elik%20Beklevi%c3%a7%2c%20Arzum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Çetinkaya-Uslusoy, E, Paşlı-Gürdoğan, E. & Aydınlı A. (2015) Professional Values of Turkish Nurses: A Descriptive Study. *Nursing Ethics*, 24(4), 493-501. <https://doi.org/10.1177/0969733015611072>

Çınar, Ş., & Demir, Y. (2009). Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 24-33. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.36980>

Çiçek, Ö., Fata, S., Şerbet, M., & Deniz, E. (2018). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Derneklerine İlişkin Bilgi Düzeyi ve Üye Olmalarını Etkileyen Bazı Faktörler. *STED*, 27(4), 133-138.

<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TWpnNE5ESTVPUT09>

Demir, Y., Ak, B., Bilgin, N.Ç., Efe, H., Albayrak, E., Çelikpençe, Z., & Güneri, N. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımındaki Engeller ve Kolaylaştırıcı Faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 94-101. <https://doi.org/10.16899/ctd.80013>

Demir, S., & Kocaman-Yıldırım, N. (2014). Psikiyatri Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 25-32. https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-77487-RESEARCH_ARTICLE-DEMIR.pdf

Dereli, F., & Temel, A. B. (2021). Dünyada Hemşirelik Eğitiminin Başlaması : İlk Hemşirelik Okulları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 15-22. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1496591>

Dikmen, Y. (2016). Hemşirelerde Profesyonel Değerler ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *STED*, 25(5), 197-204.

<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TWpFM09ERTBOQT09>

Dikmen, Y. D., Yönder, M., Yorgun, S., Usta, Y, Y., Umur, S., & Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 158-164. <https://www.acarindex.com/pdfs/77206>

Dikmen, Y., Karataş, H., Arslan, G.G., & Ak, B. (2016). The Level of professionalism of Nurses Working in a Hospital in Turkey. *J Caring Sci.*, 5(2), 95-102. doi:10.15171/jcs.2016.010

Dinç, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 113-119. <https://www.researchgate.net/publication/303487924>

Dinç, S., Kaya, Ö., & Şimşek, Z. (2007). Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Bilgi, Düşünce ve Beklentileri. *Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.94448>

Doğan, H., & Can, A. (2009). Örgütlerde Mesleki Özerklik Sorunu ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Amprik Bir Çalışma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 133–148. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/50502>

Dünder, T., Özsoy, S., Toptaş, B., & Aksu, H. (2019). Hemşirelikte Mesleki Değerler ve Etkileyen Faktörler. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(1), 11–19. <https://www.researchgate.net/publication/332961772>

Durmuş, S.Ç., & Erdem, Y. (2019). Bir Kamu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Profesyonellik Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2), 126–133. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1096320>

Ekim, A., Manav, G., & Ocağço, A. F. (2012). Ülkemizde Teori Temelli Hemşirelik Araştırmaları: Bir Gözden Geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4), 157–161. Retrieved from <http://www.deuhyoedergi.org>

Elhabashy S., & Abdelgawad, E.M. (2019). The History of Nursing Profession in Ancient Egyptian Society. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11(100174), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100174>

Elkoca, A., & Özcan, H. (2019). Hemşirelik Mesleğinin Geliştirilmesinde Hemşirelik Öğrencilerinin Görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 19–26. <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TXpNd09UUXpNdz09>

Elmalı, H. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algılarının Belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(1), 125–131. <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. <https://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/419/346>

Erer, M.T., Akbaş, M., & Yıldırım G. (2017). Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 1-5. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/643943>

Ergöl, Ş. (2011). Nursing education İn Higher Education in Turkey. *Journal of Higher Education and Science*, 1(3), 152–155. <https://doi.org/10.5961/jhes.2011.022>

Erkuş, G., & Dinç, L. (2018). Turkish Nurses' Perceptions of Professional Values. *Journal of Professional of Nursing*, 34(3), 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.07.011>

Esmaceli, M., Dehghan-Nayeri, N., & Negarandeh, R. (2013). Factors impacting membership and non-membership in nursing associations: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 265-272. doi:10.1111/nhs.12012

Fawaz, M.A., Hamdan-Mansour, A.M., & Tassi, A. (2018). Challenges Facing Nursing Education in The Advanced Healthcare Environment. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9 (2018), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.10.005>

Gallegos, C, & Sortedahl, C. (2015). An Exploration of Professional Values Held by Nurses at a Large Freestanding Pediatric Hospital. *Paediatr Nurs.*, 41(4), 187–95. <https://www.researchgate.net/publication/283898585>

Geçit, S., Özbayır, T. (2020). Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(3), 145-151. <https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/58771/744667>

Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(6), 253–258. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>

Genç, T. (1991). Toplumsal İşbölümü. *Eğitim ve Bilim*, 15(80), 48–56. <http://eb.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/6037/2199>

Getu, M.A., Gemru, A.A. & Semaw, B.E. (2015). Assessment of Nurse's Perception Towards Their Profession and Factors Affecting It in Debre Berhan Town Governmental Health Institution, Debre Berhan, Ethiopia. *American Journal of Nursing Science*, 4(6), 297-304. doi: 10.11648/j.ajns.20150406.11

Ghadirian, F., Salsali, M., & Cheraghi, M.A. (2014). Nursing Professionalism: An Evolutionary Concept Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917177/>

Gökçora, İ. (2005). Toplumsal Yaşamımızda ve Türk Bilim-Dünyasında “Profesyonel ve Profesyonellik” Kavramlarına Değın. *Bilgi Dünyası*, 6(2), 237–250. DOI:10.15612/BD.2005.437

Gönç, T (2015). Türkiye’de Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşmesi Sürecinde Gelişmeler ve Zorluklar: Sosyolojik Bir Değerlendirme. *The Journal of Industrial Relations & Human Resources*, 17(4), 120-145. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TWpBME5EZ3pNdz09>

Gören, Ş. Y., & Yalım, N. Y. (2015). Ulusal Hemşirelik Dergilerinin Araştırma ve Yayın Etiği Politikalarının Dergi İnternet Siteleri Üzerinden İncelenmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 137–154. <https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB-25733>

Gören, Ş.Y., & Yalım, Y. N. (2016). Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü “Safiye Hüseyin Elbi”. *Lokman Hekim Dergisi*, 6(2), 38–45. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/643739>

Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., & Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137–142. <https://doi.org/10.5505/phd.2014.74046>

Gözüm, S., Ünsal, A., Demirci, P., Birel, Ş., & Çamuşoğlu, S. (2000). Hemşirelerin Mesleki Örgütler ve Dergilere İlişkin Görüşleri. *Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 19–28. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29135>

Gül, G.A., Eşer, İ., & Kocaçal, E. (2019). Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Koruma ve Sürdürme Durumları ile Etkileyen Faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 301–305. <https://doi.org/10.5222/head.2019.301>

Haley-Andrews, S., & Winch, A. (2001). Mentoring, membership in professional organizations, and the pursuit of excellence of nursing. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 6(3), 147-151. doi:10.1111/j.1744-6155.2001.tb00137.x

Hemşirelik Kanunu. (1954, 2 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 8647). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8647.pdf>

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2007, 2 Mayıs) Resmi Gazete (Sayı: 26510). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>

Hemşirelik Yönetmeliği. (2010, 8 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 27515). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>

Herdman, EA. (2012). Profession and Professionalism. *HEAD*, 9(2), 3-7.

ICN. (1987). Defination of a Nurse. *Nursing Definations*. Retrieved from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

ICN. (2002). Defination of Nursing. *Nursing Definations*. Retrieved from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

ICN. (2019). International Council of Nurses Constitution. Retrieved from <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Constitution%202019.pdf>

ICN. (2020). Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECDSA%5B12%5D.pdf

İlhan, S. (2008). Yeni Kapitalizm ve Meslek Olgusunun Değişen Anlamları Üzerine. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21, 313–328. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/download/article-file/55473>

Jones, T.L., Lathlean, J., Maguire, J., & McMillan, M. (2007). Belongingness: A Critique of The Concept and Implications For Nursing Education. *Nurse Education Today*, 27(3), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.05.001>

Kahrıman, İ., Mumcu, H.K., Kaptan, D., & Ayar, A. C. (2015). Bir Üniversite Hastanesinin Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Dernekler ile İlgili Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 132–141. <https://doi.org/10.5222/shyd.2015.132>

Kantek, F., & Kaya, A. (2017). Professional Values, Job Satisfaction, and Intent to Leave Among Nursing Managers. *The Journal of Nursing Research*, 25(4), 319-325. <https://www.researchgate.net/publication/304009440>

Karaahmetoğlu, G., & Softa, H. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(4), 256–263. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/611544>

Karabey, T., Gülsoy, Z., & Yıldırım, G. (2020). Türkiye'deki Ulusal Hemşirelik Derneklerinin Etkinliklerine Bir Bakış. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(3), 384–391. <https://doi.org/10.31020/mutftd.738958>

Karabulut, N., Gürçayır, D., & Aktaş, Y.Y. (2019). Hemşirelik Araştırma Tarihi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 121–128. <https://doi.org/10.31067/0.2018.48>

Karaca, T., & Karadağ-Aydın, A. (2016). Türkiye'deki Hakemli Hemşirelik Dergilerinde 2011-2015 Yılları Arasında Hemşirelik Esasları Alanında Yayımlanan Araştırmaların Bazı Özellikleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2016(8), 246-262. doi: 10.17371/UHD.2016823288

Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), - <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29181>

Karadağ, G., Kılıç, S. P., Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., & Kayaaslan, H. (2013). Öğrenci Hemşirelerin Klinik Uygulamada Karşılaştıkları Güçlükler Ve Klinik Hemşireler Hakkındaki Görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 665–672. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1353569323>

Karadağ, S., & Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 13–21. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/692325>

Karadağ A, Kaynak S, Duran S, Ergün S. (2016). Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Balıkesir Örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 74-80. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/607991>

Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim , Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 64–71. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/88584>

Karagözoğlu, Ş. (2008). Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 41–50.
<http://www.hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2008/2008-vol10-sayi3-197.pdf>

Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin İş Tatmin Düzeyleri :Sivas İli Örneği. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(6), 46–57. <http://www.e-dusbed.com/Dusbed/ArchiveIssues/PDF/f72a5864-6868-e711-80f0-00224d68272d>

Karamanoğlu, A. Y., Özer, F. G., & Tuğcu, A. (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12–17.
<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRBd05UY3pNdz09>

Karaöz, S. (2004). Hemşirelerin Politik Gücü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 30–36. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/885.pdf>

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131–174. <https://doi.org/10.18490/sosars.261673>

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2009). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168–173.

Kaya A, Kantek F. (2016). Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 18-25.
https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD-46330-RESEARCH_ARTICLE-KAYA.pdf

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. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.11198>

Kelleci, M., Gölbaşı, Z., Yılmaz, M., & Doğan, S. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Yapma ve Araştırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(2), 3-16. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/984044>

Khomeiran, T. R., Yekta, Z. P., Kiger, A. M., & Ahmadi, F. (2006). Professional Competence: Factors Described by Nurses as Influencing Their Development. *International Nursing Review*, 53, 66–72. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x>

Kılıç-Akça, N., & Taşçı, S. (2009). Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 187-196.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinefd/issue/17374/181426>

Kiper, S., & Koştı, N. (2010). Denizli Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14).
<https://www.researchgate.net/publication/267828020>

Kızgüt, S., & Ergöl, Ş. (2011). Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Hemşireliği Algılayışı Hemşirelik Rollerine ve Hemşireliğin Geleceğine Bakışı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 10–15.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29498>

Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 59–67.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/88499>

Korkmaz, F., & Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1–17. http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_89.pdf

Kuşaklı, B. Y., Çetin, G., & Ateş, A. Y. (2019). Hemşirelikte Mesleki Örgütlenme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 131–138.
<https://www.researchgate.net/publication/340978068>

Kuzgun, Y. (2009). Meslek Rehberliği Ve Danışmanlığına Giriş (4. baskı). Ankara: Nobel.

Kuzgun, Y., & Sevim, S. A. (2004). Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini Yönelim Arasındaki İlişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(1), 14–27. Erişim adresi: https://doi.org/10.1501/egifak_00000000088

Leblebicioğlu, H. (2017). 18. Yüzyıldan Günümüze Türkiye ve Amerika’da Askeri Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 268–274. <https://doi.org/10.31067/0.2018.48>

Lee, J. E., & Sim, I. O. (2020). Gap Between College Education and Clinical Practice: Experience of Newly Graduated Nurses. *Nursing Open*, 7(1), 449–456.
<https://doi.org/10.1002/nop2.409>

Maraşlı, İ. (2015). *Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İş Doyumuna Etkisi ve İlişkili Faktörler*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1685/412597.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mathewws, J. Role of Professional Organizations in Advocating for the Nursing Profession. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1), Manuscript 3.
DOI:10.3912/OJIN.Vol17No01Man03

Merih, Y.D., & Arslan, H. (2012). Hemşire ve Ebelerin Mesleki Bilinç - Örgütlenmeye Yönelik Görüşlerinin ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 9 (3), 40-46.
https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_9_3_40_46.pdf

Miller, B. K., Adams, D., & Beck, L. (1993). A Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 290–295. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(93\)90055-H](https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90055-H)

Musa, M. B., Rashid, M. H., & Sakamoto, J. (2011). Nurse Managers' Experience With Ethical Issues In Six Government Hospitals In Malaysia: A Cross-Sectional Study. *BMC Medical Ethics*, 12(23), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-12-23>

Nancarrow, S.A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots A. (2013). Ten Principles of Good Interdisciplinary Team Work. *Human Resources for Health*, 11, 19. doi:10.1186/1478-4491-11-19

Ndirangu, E.W, Sarki, A.M., Mbekenga, C. & Edwards, G. (2021). Professional image of nursing and midwifery in East Africa: an exploratory analysis. *BMC Nursing*, 20(37), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00531-w>

Nkrumah, I., Atuhaire, C., Priebe, G., & Cumber, S.N. (2018). Barriers for nurses' participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Kumasi Metropolis, Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 30: 24. Published online 2018 May 15. doi: 10.11604/pamj.2018.30.24.15230.

Orak, N.Ş. (2005). *İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi* [Yayınlanmamış Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: file:///C:/Users/EL% C4% B0F/Downloads/164063.pdf

Orak, N. Ş., & Alpar, Ş. E. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(Suppl. 1), 522–531. <https://dergipark.org.tr/en/pub/clinexphealthsci/issue/17850/187236>

Organizasyon El Kitabı, (2019). Erişim adresi: <https://suam.uludag.edu.tr/kalite-dokumanlari.htm>

Orgambidez, A., & Almeida, H. (2020). Social Support, Role Clarity and Job Satisfaction: A Successful Combination For Nurses. *International Nursing Review*, 67(3), 380-386. doi: 10.1111/inr.12591

Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., & Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1), 5-11. https://doi.org/10.1501/ashd_00000000004

Öz, M., & Özyürek, P. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Profesyonel Değer Algıları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 113–122. <https://doi.org/10.5222/shyd.2018.113>

- Özata, M., Aslan Ş. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki İmaj Algılamalarının Araştırılması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(19), 251-268. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/289167>
- Özcan, M., & Ülker, D. (2014). Uluslararası Hemşireler Konseyi 1937 Yılı Kongresi ve Türk Hemşireler. *Lokman Hekim Dergisi*, 4(3), 59-66. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/643681>
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Boğa, N. M. (2016). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinde Profesyonelliğin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(2), 1-11. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/228050>
- Özensel, E. (2003). Sosyolojik Bir Olgu Olarak Değer. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 1(3), 217-240. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/302607>
- Özlük, B., & Sur, H. (2017). Türkiye’de Hemşireliğin Profesyonelleşmesi Kapsamında Değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine Uyum Süreci: Niteliksel Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 98-106. <https://doi.org/10.5222/shyd.2017.098>
- Özsoy, S. A. (2000). Toplumda Hemşirelik İmajının Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16 (2), 1-19. <https://dergipark.org.tr/pub/egehemsire/issue/49619/635993>
- Öztürk, A., Kaya, N., Ayık, S., Uygur, E., & Cengiz, A. (2010). Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Engeller. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(3), 144-155. <https://doi.org/10.17672/fnhd.52938>
- Öztürk, H., Kasım, S., Kavgacı, A., Kaptan, D., & İnce, G. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 17-25. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.68071>
- Pachandekar, M. (2015) Factors Affecting the Teaching-Learning in Nursing Education. *American Research Journal of Nursing*, 1(4), 11-17. <https://www.arjonline.org/papers/arjn/v1-i4/2.pdf>
- Pang, D., Senaratana, W., Kunaviktikul, W., Klunklin, A., & McElmurry, B. J. (2009). Nursing values in China: The expectations of registered nurses. *Nursing and Health Sciences*, 11(3), 312-317. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00468.x>
- Penconek, T., Tate, K., Bernardes, A., & Cummings, G.G. (2021). Determinants of Nurse manager Job Satisfaction: A Systematic Review. *Int. J. Nurs. Stud*, 118(1), 103906. https://www.researchgate.net/publication/349481127_Determinants_of_nurse_manager_job_satisfaction_A_systematic_review

- Poorchangizi, B., Farokhzadian, J., Abbaszadeh, A. Mirzaee, M., & Borhani, F. (2017). The Importance of Professional Values From Clinical Nurses' Perspective in Hospitals of a Medical University in Iran. *BMC Med Ethics*, **18**(20), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0178-9>
- Rajan, D. (2017). Negative Impacts of Long Working Hours: A Comparative Study Among Nurses. *MOJ Applied Bionics and Biomechanics*, **1**(2), 60-67. <http://medcraveonline.com/MOJABB/MOJABB-01-00010.pdf>
- Rassin M. (2008). Nurses' Professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, **15**(5), 614-630. <https://doi.org/10.1177/0969733008092870>
- Rosen, M.A., DiazGranados, D., Dietz, A.S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J., & Weaver, S.J. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *Am Psychol.*, **73**(4), 433-450. doi: 10.1037/amp0000298. PMID: 29792459; PMCID: PMC6361117.
- Rouhi-Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Jahani, S., & Hazrati, M. (2020). Professional Autonomy of Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **25**(4), 273-281. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_213_19
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni (2020). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, s. 6.. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. & Atabek T. (1996). Hemşirelik Tanımları, Temel Kavram ve Kuramlar. *Hemşirelik Esasları* içinde (s.3). T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 225, file:///C:/Users/EL%C4%B0F/Downloads/silo.tips_hemrelk-esaslari-tc-anadolu-n-vers-tes-yayinlari-no-496-a-kretim-fakltesi-yay-nlar-no-225.pdf
- Scar, R. (2010). The Meaning of Autonomy in Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, **19**(15-16), 2226-2234. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x.
- Schmidt BJ, McArthur EC (2018) Professional Nursing Values: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, **53**(1), 69–75. <https://doi.org/10.1111/nuf.12211>
- Sena, B. (2017). Professionalization without Autonomy: The Italian Case of Building the Nursing Profession. *Professions and Professionalism*, **7**(3), e1900. <https://doi.org/10.7577/pp.1900>
- Setoodegan, E., Gholamzadeh, S., Rakhshan, M., & Peiravi, H. (2019). Nurses' lived Experiences of Professional Autonomy in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, **6**(3), 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.002>
- Sherron, F.M. (2020). Participation in Nursing Research We Can Do Better. *Nursing*, **50**(1), 1-3. doi: 10.1097/01.NURSE.0000651812.87874.cb

Sümen, A. (2017). Florence Nightingale Yemini ile Uluslararası Hemşirelik Andı'nın Karşılaştırılması ve Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 25(2), 43–48. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2017-56039>

Şanal, S. (2020). *Pediyatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışları Üzerindeki Etkisi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://acikarsiv.beun.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12628/9341/%c5%9eanal%2c%20Selahattin.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Şantaş, F., Özer, Ö., & Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 45-59. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ckuiibfd/issue/32890/365371>

Şentürk, S.E. (1985). *Hemşirelik Tarihi*. İstanbul: Can Kitapçılık-Pazarlama Yayınları.

Şenyuva, E. (2013). Hemşirelikte Yaşam Boyu Öğrenme : Algılar ve Gerçekler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 69–75. <https://www.researchgate.net/publication/309667807>

Şenyuva, E. (2018). Intergenerational Differences in The Personal and Professional Values of Nurses. *Nursing Ethics*, 25(7), 939-950. <https://Doi.Org/10.1177/0969733018784688>

Şimşek, A.K., Alpar, Ş.E. (2019). Toplumun Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Algısı: Sistematik Derleme *SAUHSD*, 2(1), 32-46. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sauhsd/issue/45374/516746>

Tarhan, G., Kılıç, D., & Yıldız, E. (2016). Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Tutumları ile Mesleki Profesyonellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 411–416. <https://doi.org/10.5455/gulhane.176909>

Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, Petsios, K, Sala, R., Barazzetti, G, Radaelli, S, Zalewski, Z., Bialecta, A., van der Arend, A, & Heymans, R. (2006). The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nursing Ethics*, 13(4), 376–93. doi: 10.1191/0969733006ne891oa.

Taylan, S. (2009). *Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/7377.pdf>

ten Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing Profession: Public İmage, Self-Concept And Professional İdentity. A Discussion Paper. *J Adv Nurs.*, 70(2), 295-309. doi: 10.1111/jan.12177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23711235/>

Terzioglu, F., Temel, S., & Sahan, F. U. (2016). Factors Affecting Performance and Productivity of Nurses: Professional Attitude, Organisational Justice, Organisational Culture and Mobbing. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 735–744. <https://doi.org/10.1111/jonm.12377>

Tortumluoğlu, G., Akyıl, R., Karanlık, A., Aldaç, R., Turaneri, E., & Yılmaz, A. (2005). Erzurum İlindeki Bireylerin Hemşireler İle İlgili Görüş ve Beklentileri. *Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 10–19. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.81120>

Torun, S. (2019). Türkiye’de Hemşirelik Lisans Programlarında Hemşirelik Tarihi Dersi Öğretiminin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 9(3), 317–325. <https://doi.org/10.31020/mutfd.587749>

Turale, S., Ito, M., & Nakao, F. (2008). Issues and challenges in nursing and nursing education in Japan. *Nurse Education in Practice*, 8(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.07.002>

Türk Dil Kurumu, T. (2019). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>

Türk Hemşireler Derneği. (2020). Erişim adresi: www.thder.org.tr/tarihçe

Türk Hemşireler Derneği (2021). Erişim adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf>

Ulusoy, K. & Dilmaç, B. (2016). Değerler Eğitimi. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.

Ünsal, A., Yıldırım, T., & Aymelek, N. (2010). Öğrencilere Verilen Eğitimin Hemşirelik Derneklerine İlişkin Bilgi Düzeylerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 25–34. <https://www.researchgate.net/publication/341379231>

Utkualp, N. (2015). *Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Eksiklikleri Giderme Tutumunun Etik Açısından Değerlendirilmesi*. [Yayınlanmamış Doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Walton, K.R. (2017). Barriers to Membership in a Professional Organization for Advanced Practice Nurses [Doctoral dissertation, Walden University]. ProQuest Dissertations and Theses Global. Retrieved from <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5287&context=dissertations>

WHO (2016). Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Retrieved from https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf?ua=1

WHO (2000). Strategies For Assisting Health Workers To Modify And Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process Of Change. Retrieved from https://www.who.int/hrh/documents/en/improve_skills.pdf

Wierzbicka, I.B. (2019). Nursing History and Development of the Profession. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(9), 121-129. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3386706>

Wilkinson, C. (2008). Policy, Progress and Occupational Health. *International Council of Nurses*, 55(3), 305–308. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00643.x>

Wynd, C.A. (2003). Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(03\)00104-2](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(03)00104-2)

Yava, A., Tosun, N., Çiçek, H., Yavan, T., Terakye, G., & Hatipoğlu S. (2007). Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenirliliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 72-80. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/hemsirelerin-arastirma-sonuclarini-kullaniminda-engeller-olcegi-toad.pdf>

Yayla, A., Karaman-Özlu, Z., Gümüş, K., Sevinç, G., & Khaghani E. (2015). İki Farklı Kültürdeki Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi: Farklı İki Ülke Örneği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2015(5), 19-33. doi: 10.17371/UHD.2015514475

Yelekçi, E., & Kutlu, A, K. (2020). Lisansüstü Eğitim Alan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Almayanlarla Karşılaştırılması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(2), 261–270. <https://doi.org/10.5222/shyd.2020.52533>

Yıldırım, B., & Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte Problem Çözme. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 155–159. <https://doi.org/10.22312/sbed.44304>

Yılmaz, A.T., & Demirsoy, N. (2018). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *The Journal of Academic Social Sciences*, 6(66), 108–120. <https://doi.org/10.16992/asos.13450>

Yılmaz, E., & Vermişli, S. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Meslekte Profesyonelleşmenin İş Doyumuna Etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 4(1), 17–27. <https://www.researchgate.net/publication/312288667>

Yılmaz, H.B., Uzşen, H., & Belli, M. (2021). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin Tarihsel Süreçteki Gelişimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 65–70. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1209932>

Yılmaz, M., & Karadağ, G. (2011). Erkek Öğrenci Hemşireler Hemşirelik Mesleğini Nasıl Algılıyor ? *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 21–28.

Zabalegui, A., Macia, L., Marquez, J., Ricoma, R., Nuin, C., Mariskal, I., Pedraz, A., German, C., & Moncho, J. (2006). Changes in Nursing Education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 114-118.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00087.x>

Zengin, M., Yaman, E, H., Yıldırım, N., Akın, E., Avşar, Ö., & Mamiş, E. (2018). Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Profesyonel Tutumlarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 316–323.
<https://doi.org/10.17681/hsp.324725>

7. SİMGELER ve KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devleti

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPDÖ: Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing)

SUAM: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

8. EKLER

8.1. EK 1 - Anket Formu

EK I: ANKET FORMU

Anket Doldurma Tarihi : .../.../20...

Bu çalışma ile hemşirelerin profesyonellik değerleri ve profesyonellik değerlerini etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmaktadır. Bu çalışmadaki bilgiler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Ankette yer alan soruların eksiksiz cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Size uygun olan cevabı daire içine almanız yeterli olacaktır.

Araştırmaya katkınızdan dolayı **TEŞEKKÜR** EDERİZ.

BÖLÜM I: HEMŞİRE TANITIM FORMU

1. Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz : (1) Erkek (2) Kadın

3. Medeni durumunuz : (1) Evli (2) Bekar

4. Çocuk sahibi olma durumunuz :
(1) Çocuğum yok (2) Çocuğum var

5. Meslek unvanınız (Ebe/Hemşire) :

6. Eğitim durumunuz : (1) Sağlık Meslek Lisesi
(2) Önlisans
(3) Lisans
(4) Yüksek Lisans
(5) Doktora

7. Meslekteki hizmet süreniz: ay yıl

8. Mesal düzeniniz :
(1) Sadece gündüz
(2) Sadece gece nöbeti
(3) Vardiya sistemi (gündüz ve gece)

9. Bakım verdiğiniz günlük ortalama hasta sayısı:
.....

10. Görev yaptığınız ünite/klinik/birim adı nedir?
.....

11. Çalıştığınız birimde göreviniz nedir?
(1) Başhemşire/Başhemşire Yrd
(2) Sorumlu Hemşire
(3) Klinik Hemşiresi
(4) Poliklinik Hemşiresi

12. Meslek yaşamınızın herhangi bir döneminde yönetici pozisyonunda yer aldınız mı?
(1) Evet (2) Hayır

13. Gelir düzeyinizi yeterli buluyor musunuz ?
(1) Evet (2) Hayır

14. Hemşirelik/ebelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
(1) Evet (2) Hayır

15. Meslek seçmek zorunda olsanız tekrar hemşirelik/ebelik mesleğini seçer miydiniz?
(1) Evet (2) Hayır

16. Cevabınız 15. soruya "hayır" ise nedenini belirtiniz.
.....
.....
.....
.....

BÖLÜM II: MESLEKİ PROFESYONELLİK FORMU

17. Sizce aşağıda yer alan ifadelerden hangileri mesleki profesyonellik ölçütleri arasındadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

(1) Mesleki eğitimin standartlaşması ve yeterliliği
(2) En az lisans eğitiminin şart olması
(3) Güçlü mesleki örgütlenme
(4) Belli bir alanda uzmanlaşma
(5) Uygulama alanlarında bilimsel bilgi üretme
(6) Bağımsız hareket edebilme, kendi sorumluluğunu yerine getirebilmek için karar alabilme
(7) Karar mekanizmalarında yer alma ve yasa ile yetkilendirilme
(9) Diğer (Lütfen belirtiniz)

18. Ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye olma durumunuzu belirtiniz.
(1) Türk Hemşireler Derneği
(2) Özel Dal Dernekleri (Örn. Diyabet Hemşireliği Derneği, Çocuk Hemşireliği Derneği vb.)
(3) SigmaThetaTau (Uluslararası Hemşirelik Derneği)
(4) Diğer Sağlık Organizasyonları (Lütfen belirtiniz)

(5) Hiçbir derneğe üye değilim

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 01.12.2015
Karar No : 2015-20/11

19. Ulusal ve/veya uluslararası bir derneğe üye değilseniz nedenini belirtiniz.
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Herhangi bir derneğe üye olacak ve takip edecek kadar zamanım yok.
- (2) Bu demeklerin meslek adına bir şey yaptığımı düşünmüyorum.
- (3) Üyelik aidatı vermek istemiyorum.
- (4) Hemşire olarak beni temsil etmediğini düşünüyorum.
- (5) Diğer (Lütfen belirtiniz)

20. Çalıştığınız kurumda mesleğinizde alt tanımlanmış bir görev tanımınız var mı?

- (1) Evet (2) Hayır

21. Cevabınız 20. soruya "evet" ise kurumunuzdaki görev tanımınızı yazınız.

.....
.....
.....
.....

22. Cevabınız 20.soruya "hayır" ise ya da bilginiz yoksa sizce mesleğinizde alt görev tanımınız nedir?

.....
.....
.....
.....

23. Mesleki görev tanımınıza uygun olarak çalıştığınızı düşünüyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

24. Görev tanımınıza uygun olarak çalışmadığınızı düşünüyorsanız bunun nedenini belirtiniz.
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Hastanın zarar görmemesi ve hizmetin aksamaması için
- (2) Yöneticilerle sorun yaşamamak için
- (3) Problemi bir an önce çözmek için
- (4) Diğer (Lütfen belirtiniz)

25. Sağlık sektöründe hemşirelik adına yenilikleri takip ediyor musunuz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Hemşirelik alanında bilimsel yayınları takip ediyorum.
- (2) Hasta-bakım gereksinimlerine yönelik araştırma yaparak bilimsel makaleler yazıyorum.
- (3) Hemşirelikle ilgili bilimsel etkinliklere dinleyici olarak katılıyorum.
- (4) Bilimsel etkinliklere yaptığım ya da dahil olduğum çalışmalarla katılıyorum.
- (5) Yenilikleri takip edemiyorum.

26. Sağlık sektöründe hemşirelik adına yenilikleri takip edemiyorsanız nedenini belirtiniz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Ekonomik faktörler
- (2) Uzun süren çalışma saatleri sonrası zaman ayıramama
- (3) Bu konuyla ilgili farkındalık eksikliği
- (4) İstek / ilgi duymama
- (5) Mesleğin sadece para kazanmak amacıyla yapılması
- (6) Aile sorumluluğumun ön planda olması
- (7) Diğer (Lütfen belirtiniz)

27. Aldığınız mezuniyet öncesi hemşirelik eğitiminizi hizmet sunumunda yeterli buluyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

28. Cevabınız 27.soruya "hayır" ise nedenini belirtiniz.

- (1) Eğitimin içeriğinin hizmet sunumunun gereksinimlerini yeterince kapsamaması
- (2) Hemşirelik uygulamalarını kontrol etmek isteyen farklı meslek gruplarının olması
- (3) Alınan eğitim doğrultusunda kendimizi yönetemememiz
- (4) Mesleki gelişim konusundaki çalışmalara katılım isteksizliği
- (5) Diğer (Lütfen belirtiniz)

29. Mesleki uygulamalarınızda eğitiminizin gerektirdiği hasta bakım süreci ile ilgili kararlarda söz sahibi olabiliyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 04.12.2019
Karar No : 2019-20/11

30. Otonomi; bağımsız iş yapma, kendi uzmanlık alanında serbestçe davranma olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanıma göre otonomiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

31. Siz hastanızın bakım gereksinimlerini karşılarken aşağıdaki ifadelerden hangisinin özerkliğinizi (otonomi) olumsuz yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Hemşirelerin itaatkar kişilik yapısı
(2) Hekimlerin istemlerini yerine getirme gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda olması
(3) Hemşirenin sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmesi
(4) Hemşirelik eğitim sisteminde standartların bulunmaması
(5) Mesleği uygulayanların genellikle kadın olması
(6) Geleneksel bakış açısı
(7) Hemşirelerin ara eleman olarak görülmesi
(8) Diğer (Lütfen belirtiniz)

32. Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik mesleğini ekibin bir parçası olarak görüyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

33. Ekip içi iletişimi olumsuz etkileyen neden nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Ağır hasta sirkülasyonu
(2) Yetersiz araç-gereç
(3) Uzun çalışma saatleri
(4) Yetersiz sayıda çalışan
(5) Yaşam riski olan hastalar ve hasta yakınları ile uğraşma
(6) Uyku düzeninin bozulması
(7) Diğer (Lütfen belirtiniz)

34. Profesyonellik; bir alanda eğitime dayalı uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanıma göre kendinizi profesyonel olarak görüyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

35. Hemşirelik mesleğinde profesyonelliği olumsuz etkileyen nedenler nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (1) Eğitim düzeyinde farklılıklar olması
(2) Eğitim ile uygulamanın farklı olması
(3) Hemşirelik mesleğinin toplumsal algılanışı
(4) Hastanelerdeki hiyerarşik yapı
(5) Yoğun iş yükü
(6) Görev tanımları dışında yer alan / hemşirelik dışı işleri yapma durumu
(7) Personel ve araç-gereç yetersizlikleri
(8) İş güvenliğinin yeterince sağlanamaması
(9) Örgütlü güç oluşturamama
(10) Çalışma arkadaşlarının beni yadrigaması
(11) Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamama
(12) Hemşireliği sevmediğim için profesyonel olma gereği duymamam
(13) Mesleki uygulamalarımda bağımsız olarak karar alamamam
(14) Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkiler
(15) Bu konuda özgüvenimin yetersiz olduğunu düşünmem
(16) Yöneticilerin, profesyonellik konusunda bizi yeterince motive etmemesi
(17) Karar vermede yetkili olmama ve hekime bağlı çalışma
(18) Sağlık bakımı konusunda politikaların oluşturulmasında yer almama
(17) Diğer (Lütfen belirtiniz)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 04.12.2015
Karar No : 215-23/11

8.2. EK 2 - Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (HPDÖ)

EK II: HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİ ÖLÇEĞİ (HPDÖ)

Bu ölçek bir takım değerlerin bir listesini içermektedir. Ölçekte 31 adet cümle bulunmaktadır.

Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra bu cümlede ifade edilen değer, hemşirelik uygulamaları sırasında sizin için ne kadar önemli olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara uygun olan rakamı daire içine alarak belirtiniz.

Her bir cümleye tek yanıt veriniz. Yanıtlanmamış cümle bırakmayınız. Verilen yanıtların doğru ya da yanlış diye bir değerlendirmesi yoktur.

Önemli Değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli	Son Derece Önemli
1	2	3	4	5

	Önemli değil	Biraz önemli	Önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Sürekli öz-değerlendirme yapmak	1	2	3	4	5
2. Bireyin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığı 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 tanımlarını koymak için tanımlama verilerini kullanmak	1	2	3	4	5

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
başından onaylanmıştır.
Tarih: 04.11.2015
Karar No: 2015-20/11

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 bilgi vermek için yazılı rehberlere uymak	1	2	3	4	5
16. Etik rehberlerin geliştirilmesine 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. Kuşku 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 ilkelere kullanmak	1	2	3	4	5

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraftan onaylanmıştır
Tarih: 26/11/2013
Karar No: 26/11

8.3. EK 3 - Etik Kurul Kararı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		3.Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği							
KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 2019-20/11		Tarih: 04 Aralık 2019					
		<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,</p> <p>2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>							
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		Haç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI		Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU							
ÜYELER									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.EBİBAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpistan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hünel ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hüseyin ARİ Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas FAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sagan HÜYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas FAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktora Öğretim Üyesi Çiğdem Mera YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktora Öğretim Üyesi Engin SAGDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktora Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Top Tarih ve Etik	U.Ü.T.F. Top Tarih ve Etik AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selen MİGAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
* Toplantıda Dahilim									

8.4. EK 4 – HPDÖ Kullanım İzni

Tarih:13.11.2019

Sayın Burçin Demircioğlu,

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Türkçe versiyonunu '' 3. Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Hemşirelerin Profesyonellik Değerleri ve Profesyonellik Değerlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği ''konulu çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda kullanmanızda sakınca yoktur.

Dr. Öğretim Üyesi NURAY ŞAHİN ORAK

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi

Hemşirelik Bölümü/Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

9. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde fikir ve önerileriyle yol almamı sağlayan ve her aşamasında desteğini hissettiğim danışman hocam Doç. Dr. Elif ATICI'ya, eğitimim sırasında sabırlarıyla ve bilgileriyle bana yön veren Prof. Dr. Mustafa Murat CİVANER ve Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER KAFA'ya, bu çalışmanın oluşmasında verilerin elde edilmesinde desteklerini esirgemeyen Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hemşirelerine, verilerin değerlendirilmesinde desteğiyle yol almamı sağlayan Doç. Dr. Güven ÖZKAYA'ya, bana moral vererek desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma ve aileme teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

..... tarihinde’ta doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini’ta, ön lisans eğitimini Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu’nda ve lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı’nda tamamladı. Yüksek lisans eğitimine Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı’nda 2018 yılında başladı. Halen Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı’nda hemşire olarak çalışmaktadır.