

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN
MESLEKLEŞME DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Özlem AYZA**

İstanbul, 2010

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN
MESLEKLEŞME DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Özlem AYZ

Öğrenci No: 080746043

Danışman:

Doç. Dr. Metin Ateş

İstanbul, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak “Hekim, Hemşire ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 18.06.2010

Aday: Özlem Ayaz

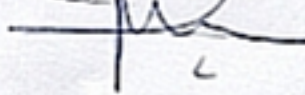
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

15.10.2010

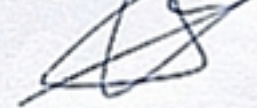
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumlar Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746043 numaralı *Özlem Ayaz*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN MESLEKLEŞME DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28.06.2010 tarih ve 2010/17 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red-~~me~~* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. METİN ATEŞ



ÜYE
DOÇ.DR. SEDAT AETİN



Haluk Tanrıverdi

ÜYE
YRD.DOÇ.DR. HALUK TANRIVERDİ

ÖNSÖZ

Bu araştırma hekim, hemşire ve sağlık yöneticilerinin meslekleşme düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın sonuçlandırılmasında değerli görüşleri ile katkıda bulunan hocam Sn. Doç. Dr. Metin Ateş'e ve desteğini esirgemeyen Ferdi Ayaz, İlker Öztekin ve tüm dostlarıma teşekkürlerimi sunar çalışmanın ilgililere faydalı olmasını dilerim.

İstanbul, 2010

Özlem Ayaz

HEKİM, HEMŞİRE ve SAĞLIK YÖNETİCİLEİNİN MESLEKLEŞME DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tezi Hazırlayan: Özlem Ayaz

ÖZET

Sağlık hizmeti sunulmasında birçok meslek beraber çalışmak zorundadır. Sağlık hizmeti, günümüzde eski dönemlerde olduğu gibi yalnızca hekim ve hemşire ile verilebilecek bir hizmet olmaktan uzaklaşmıştır. Birçok meslek yakın ilişki içinde bu alanda hizmet vermektedir. Bununla beraber mevcut hekim ve hemşireler de zaman içinde bu değişime ayak uydurmuştur. Hemşirelik daha profesyonel ve kendi kararlarını alabilen bir meslek haline gelmiştir. Hekimlerin ise şef kimlikleri yerini yavaş yavaş sağlık yöneticilerine bırakmaya başlamıştır. Günümüzde hastanelerin sadece tıp bilgisi ile yönetilemeyeceği, bunun yanında yönetim bilgisine sahip olunması gerektiği anlaşılmıştır. Bu nedenle sağlık yöneticiliği mesleğine ve eğitimine verilen önem artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında yaşanan bu değişimler, sağlık hizmetlerinde hizmet sunan tüm mesleklerin, meslekleşme koşulları açısından ne noktada olduklarını düşündürmüştür. Bu araştırma sağlık hizmet sunucularının hekimler, hemşireler ve sağlık yöneticilerinin meslekleşme koşulları açısından değerlendirilmesini içermektedir. Sonuç olarak hekimlerin meslekleşme koşullarını tamamladıkları, hemşire ve sağlık yöneticilerinin meslekleşme sürecinin devam ettiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Hemşire, Sağlık Yöneticisi, Meslek, Meslekleşme

ASSESSMENT OF PROFESSIONALISM LEVELS OF PHYSICIANS, NURSES and HEALTH MANAGERS

Submitted by: Özlem AYAZ

Abstract

Quite a few professions should have worked together when health services being offered to. Nowadays, health services have not been assessed as a service that is given by solely by the physicians and nurses like in the former times. Many professions serve in this field that is in a very close relation with each other. The physicians and nurses had been kept pace with these changes for the years passed. Nursing becomes a profession that can adopt its own decisions and much more professional. Also, the identity of being chief for the physicians had been yielded to the health managers. Moreover, it has been understood that the hospitals can not be manage by only medical knowledge but also management formation must be required. As a result of this, heath management profession and education are gained ground.

The changes that are occurred at the offering of the health services had been made us to think the professionalism of the professions at what point that are serving in the health services. This research includes the assessment of the health service providers such as physicians, nurses and health managers regarding their level of professionalism requirements. In conclusion, it has been observed that physicians full filled their professional requirements and the process of the professionalism is being continued for the nurses and health managers.

Key Words: Physicians, Nurse, Health managers, Profession, Professionalism

İÇİNDEKİLER

ÖZET

ABSTRACT

ŞEKİLLER LİSTESİ..... *vi*

KISALTMALAR *vii*

1. GİRİŞ 1

2. SAĞLIK HİZMETLERİ..... 4

2.1. Sağlık Tanımı 4

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı 9

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 12

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 13

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... 16

2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri..... 18

3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI 19

3.1. Hekimler 25

3.2. Hemşireler 30

3.3. Sağlık Yöneticileri..... 39

4. MESLEKLEŞME..... 50

4.1. Meslek Kavramı..... 50

4.2. Meslekleşme Kavramı 55

4.3. Meslekleşme Koşulları..... 58

4.3.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim 61

4.3.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme..... 63

4.3.3. Mesleki Örgütlenme 65

5. HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE MESLEKLEŞME
..... 74

5.1. Hekimlerde Meslekleşme 74

5.1.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma Kriteri Bakımından Hekimlerin
Meslekleşmesi 74

5.1.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri
Bakımından Hekimlerin Meslekleşmesi..... 78

5.1.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Hekimlerin Meslekleşmesi..... 84

5.2. Hemşireliğin Meslekleşmesi 88

5.2.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim Kriteri Bakımından Hemşirelerin
Meslekleşmesi 89

5.2.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri Bakımından Hemşireliğin Meslekleşmesi	100
5.2.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Hemşireliğin Meslekleşmesi .	107
5.3. Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi.....	113
5.3.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi	114
5.3.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi	119
5.3.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi	122
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	126
KAYNAKÇA	131

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1: Hastanelerin Hizmet Karması.....	45
Şekil:2 İş ve Meslek Arasındaki Başlıca Farklılıklar.....	54

KISALTMALAR

- ANA:** Amerikan Hemşireler Birliği
B.t. : Bilinmeyen tarih
CNOM: Fransız Tabipler Birliği
ICN: Uluslar arası Hemşire Konseyi
ILO: Dünya Çalışma Örgütü
KPSS : Kamu Personeli Seçme Sınavı
s.: Sayfa Numarası
SML: Sağlık Meslek Lisesi
THD: Türk Hemşireler Derneği
TTB: Türk Tabipler Birliği
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
YÖK: Yüksek Öğrenim Kurulu

1. GİRİŞ

Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişebilen, dinamik bir durumdur. Bireyin farklı fizyolojik ve psiko-sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini, uyum sağlayabilmesini ifade eder. Birey fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebiliyor, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duyu ve düşüncelerinin farkında, duygularını ifade edebiliyor ve entelektüel becerilere sahip ise sağlıklıdır. Sağlık, fiziksel iyilik ve yeterlilik kadar, bireysel ve çevresel kaynaklarla ilişkili, bireyin, ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve çevreyi değiştirebilme düzeyidir. (Ay-Akça, 2008, s. 39)

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanılanmıştır.(Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge. 2005)

Sağlık hizmetleri yalnızca bir meslek grubu tarafından sürdürülebilecek bir hizmet değildir. Birçok mesleğin bir arada çalışmasıyla oluşan büyük bir hizmet dalıdır. Bu hizmetlerin, değişik bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinin birbirlerini tamamlama özelliği, bir motorun dişlilerinin birbirini tamamlaması gibidir. Ekip üyelerinden birinin eksikliği ya da iyi çalışmaması sağlık hizmetlerini aksatmaktadır. Hayran ve Sur, 1998, s. 337)

Sağlık kurumlarında bir hastanın tedavisinde çok sayıda kişi (hekim, hemşire, radyoloji teknisyeni, berber, terzi, temizlikçi, vb.) birlikte çalışır. (Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp, 2006, s.222) Sağlık hizmeti oluşturulmasında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri alanlarında birçok alt hizmet alanı ve birçok hizmet sunucusu olduğu dikkat çekmektedir. Bu sağlık hizmeti sunucularının

hepsinin ayrı rolleri olmasına rağmen ekip olarak çalışmak ve her zaman birbirleriyle iletişim halinde olmak zorundadırlar.

Meslek; genellikle uzun ve yüksek dereceli bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraş olarak tanımlanmaktadır. Meslekleşme süreci ise, meslek statüsüne ulaşmak için, işin yapısındaki bir dizi değişiklikler olarak tanımlanır.(Karadağ, 2002)

Bir işin meslek olarak görülebilmesi için meslekleşme koşullarını karşılaması gerekmektedir. Meslekleşme koşulları ise, en başta kuramsal bilgiye sahip olmak, toplum ve diğer meslek grupları tarafından değer görmek, bir meslek örgütü sayesinde meslek mensuplarıyla birlikte hareket etmek ve mesleğin kurallarını belirlemektir.

Sağlık sektöründe hizmet veren birçok iş kolu bulunmaktadır. Bunların hepsine meslek demek doğru olmaz. Bazıları meslekleşme koşullarını tamamlamışken, bazılarının meslekleşme süreci halen devam etmektedir.

Sağlık hizmeti veren meslekler birbirleri ile yakından bağlantı halindedir. Bu nedenle, bu mesleklerinin sınırlarının çizilmesi, görev tanımlarının belirlenmesi güçtür. Meslekler birbirlerinin görev alanlarına müdahale edebilmekte, sorumluluklarını birbirine devretme çabası içini girebilmektedir. Meslekleşme kavramı bu noktada oldukça önemlidir. Meslekleşme koşullarını tam olarak karşılayan mesleklerin bu tür sorunlar yaşaması neredeyse imkânsızdır.

Bu araştırma giriş ve sonuç bölümleri dışında dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm “Sağlık Hizmetleri” başlığındadır ve bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımları yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına yer verilmiştir.

Bir sonraki bölümün adı “Sağlık Hizmet Sunucuları”dır. Bu bölümde sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılmasından bahsedilmiştir. Hekimlik, hemşirelik, sağlık yöneticiliği, Diş Hekimliği ve Eczacılık mesleklerinin tanımları ve kısa tarihleri anlatılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümü “Meslekleşme” adını taşır. Bu bölümde meslek ve meslekleşme kavramlarına ve meslekleşme koşullarına yer verilmiştir.

Araştırmanın dördüncü bölümünde ise Hekimlik, Hemşirelik ve Sağlık Yöneticiliği meslekleri meslekleşme koşulları açısından değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuç ve önerilerle araştırmaya tamamlanmıştır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin tanımı yapılacak, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına yer verilecektir.

2.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık evrensel bir kavramdır. Buna rağmen, ortak, herkesin kabul ettiği bir tanıma sahip değildir. Bireyden bireye toplumdan topluma farklılık gösterir. Sağlıkla ilgili olarak birçok tanım yapılabilir. “Organizması normal çalışan bir kimsenin durumu” (Meydan Larousse, 1992, cilt:17, s. 193) yapılabilecek en genel tanımdır. Eğer vücut tüm fonksiyonlarını aksaklık olmadan yerine getirebiliyorsa kişi sağlıklı olarak değerlendirilebilir.

Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişebilen, dinamik bir durumdur. Bireyin farklı fizyolojik ve sosyo-psiko-sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini, uyum sağlayabilmesini ifade eder. Birey fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebiliyor, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duygu ve düşüncelerinin farkında, duygularını ifade edebiliyor ve entelektüel becerilere sahip ise sağlıklıdır. Sağlık, fiziksel iyilik ve yeterlilik kadar, bireysel ve çevresel kaynaklarla ilişkili, bireyin, ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve çevreyi değiştirebilme düzeyidir. (Ay-Akça, 2008, s. 39)

Besson’a göre sağlık, bireyin yalnızca kendisi ile değil çevresi ile etkileşimini kapsar. İç dengenin (Homeostazis) sürdürülmesi, insan sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin azaltılması, savunma mekanizmalarının güçlendirilmesi ile sürdürülebilir. (Ay-Akça, 2008, s. 39)

Organizmanın normal çalışmasının yanında ruhsal ve sosyal yönden dengeli bir durumdan bahsetmek gerekir. Bireyin sağlıklı olabilmesi için beden iyi olmasının yanında ruhsal ve sosyal olarak da kendi içinde ve çevresiyle tutarlı bir durumda olması gerekir. “Vücudun hasta olmaması durumu vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet; beden, ruhen, sosyal yönden organizmanın tam iyilik hali; yaşayan

bir organizmada, organizmanın dengede olduğu bir durum olarak açıklanabilir. Bu dengeli durumda organizmaya giren ve organizmadan çıkan madde ve enerji miktarı (organizmanın normal büyüme sürecinde kullanılan madde göz ardı edildiğinde) yaklaşık olarak eşittir ve organizmanın hayatta kalma beklentisi vardır.”(Sağlık, Anonim, b.t.)

Sargent ise sağlığı, çevre koşullarına ve tehlikelerine karşı uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlamıştır uyum kapasitesi düştüğü zaman hastalık başlamış demektir. (Ay-Akça, 2008, s. 39)

Sağlıklı olmak hasta olmamak demek değildir. Böyle bir düşünce yanılığ yaratabilir. Fizyolojik bir hastalığı ya da sakatlığı olan bir kimse psikolojik olarak sağlıklı olabilir. Bedensel herhangi bir sorunu olmayan bir kimse de psikolojik sorunlar yaşıyor veya herhangi bir sebepten kendini “sağlıklı” hissetmiyor olabilir. Velioğlu’na göre “birçok kişi sağlığı hasta ya da rahatsız olmanın karşıtı olarak düşünür. Bir insan ya bir durumdadır, ya diğer durumdadır şeklinde ki bir düşünce tarzı katıdır. Çünkü insan bir durumdan diğerine kolaylıkla geçebilir.(Velioğlu, 1999,s.79)

Sağlık kavramının hastalık kavramı baz alınarak tanımlanması yanlıştır. Sağlık ve hastalık bir birinin simetriği değildir. Bir bireyde birçok hastalık var iken o kendini sağlıklı hissediyor olabilir. Bu nedenle hastalıkların nedenini ve tedavi yöntemlerini bilmek kadar sağlıklı olanın kriterlerini ve yollarını belirlemek de önemlidir.

Sağlık kavramı çeşitli bilim alanlarında da farklı şekilde tanımlanır. Biyolojik bilimler açısından sağlık, beden her bir hücresinin optimum kapasitede işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durumdur. (Velioğlu, 1999,s.78). Burada sadece fizyolojik bir iyilikten, doğru çalışan bir organ, bir organizmadan bahsedilmektedir. Bireyin psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi yapılmamaktadır.

Davranış bilimlerinde sağlık, kişinin çevresiyle uyumu ve beklemediği bir olay karşısında ki savunma potansiyeli olarak algılanmaktadır. (Velioğlu, 1999,s.80)

Burada da bireyin sadece psikolojik davranışlarının değerlendirildiğini, fizyolojik olarak göz ardı edildiğini söylemek mümkündür.

Sosyal bilimler ise sağlığı, bireyin sosyal görevlerini yerine getirmede ki yeterliliği olarak alır ve bunu karşılığı hastalıktır. (Velioğlu, 1999,s.80) bu sosyal görevleri yerine getiriş sırasında yaşanacak psikolojik travmalardan ya da yaşanabilecek fizyolojik sorunlardan bahsedilmemekte, bunların hepsi hastalık olarak değerlendirilmektedir.

Görülüşü gibi sağlığın tanımı hep hastalıkla ilintilendirilmiş ve genellikle sağlık; "hastalığın olmayışı" olarak tanımlanmıştır. Oysa hastalık kavramı, tarihin çeşitli evrelerinde ve çeşitli toplumlarda, farklı şekillerde algılanmıştır. Günümüzde hastalık olarak kabul ettiğimiz birçok durum, geçmişte hastalık olarak algılanmamıştır. Yakın zamanlara kadar, ishalin toplumumuzda bir hastalık olarak algılanmaması bunun tipik örneklerindedir. Durum böyle olunca sağlığı, salt hastalığın/yakınmanın olmayışı olarak kabul etmek ve tanımlamak doğru değildir.

Günümüzde, evrensel olarak kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık tanımıdır. "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden "tam bir iyilik" halidir." (Biol, 2000, s. 15) Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, sağlık tanımı, yaşamı tümü ile kavrayan kapsamlı ve bütüncül bir özelliğe kavuşmuştur. Bu tanıma göre: Kişi çevresi ile bir bütündür, ondan soyutlanamaz ve kişinin sağlık durumu çevrenin, özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur. Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve sağlıklı olmayan dönemler diye birbirinden ayıramaz. Hastalıklar, sağlıklı olarak bilinen dönemlerin birikimlerinin bir sonucudur Ancak yine bu tanım bazı yönlerden eleştirilmektedir. Biol (2000)'e göre bu tanım kapsamlı gibi görünse de ekonomik durumu düşük ülke insanına yanıt vermemektedir. (Biol, 2000, s. 15)

Görüldüğü üzere, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında, bir bütün olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halinden bahsedilmekte ve sağlığın hastalığın yokluğu anlamına gelmediği belirtilmektedir. Bu tanım, aynı zamanda hastalığı sadece tıbbi belirtiler boyutu ile ele almaktan kaçınması ve hastalığın insanın

psikolojik yapısını ve sosyal yaşamını etkilediğini belirtmesiyle çağdaş sağlık yaklaşımlarına ve modellerine uygun bir tanımdır (Kocabaş, 2007)

Bireylerin hastalıklara karşı durumları, farklı toplum ve sosyal gruplarda farklılık gösterir. Söz gelimi yoksul bir hayat ve çetin çalışma koşulları, kazalar insanları hasta yapar. Alt sosyal sınıftaki bireylerin üst sosyal sınıftaki bireylere göre ömürleri daha kısadır.(Baloğlu, 2006, s.5)

Geleneksel kuramlara göre insan bütün olarak ele alınmadığını, sadece hasta olunan organa ya da hastalığa yoğunlaştığını biliyoruz. Beden ile akıl arasında hiçbir bağlantı kurulmamış, sosyal ve ruhsal baskılar göz ardı edilmiştir. İlk defa Hİpokrat; akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. Hipokratın bu görüşü geleneksel tanımların yetersizliğini ortaya koymuş, yeni kuramların gelişmesine neden olmuştur. Daha sonra, 1926 yılında Kuzey Afrikalı J. Chiristian Smith holistik kavramını ortaya atmıştır. (Biol, 2000, s. 17) Holistik görüş felsefî bir anlam taşır ve bütüncül görüş anlamını taşır. Birey bir bütündür. Organlar arası, beden ile akıl arası, insan ile çevresi arasında bir etkileşim söz konusudur.

Bütüncül sağlık görüşü; tüm insanlara kendi çevreleri içinde yaklaşım gösterilmesini öngörür ve bireyin fiziksel mental, ruhsal, sosyal bir varlık olduğunu ve her bireyin diğerlerinden ayrı bir nitelik taşıdığını kabul eder.(Biol, 2000, s. 17)

Çin düşüncesine göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çevre ile dinamik denge içinde olan bir dizi sistemden oluşmaktadır. Bu dengenin herhangi iç veya dış etkenden dolayı bozulması hastalık oluşumuna neden olacaktır. (Hayran ve Sur, 1998, s. 25)

Bir insanın sağlıklı olması ile, onun çevresiyle özellikle de sosyal çevresi ile bütünlük içinde ve "tam bir iyilik halinde" olması anlatılmak istenir. (Aktan ve Işık, b.t.) bireyi yalnız bir varlık olarak düşünmek yanlıştır. Birey sürekli iletişim halinde olan sosyal bir varlıktır. Sağlıklı birey kendi içinde ve çevresiyle tutarlı davranışlar gösterir.

Bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir. (Belek, Onuroğulları, Nalçacı ve Ardıç, 1998, s.25)

Engel'e göre sağlık var olan bir durumdur ve organizmanın çevre ile uyum sağlama yeteneği ve başarısı oranında bireyin sağlıklı olacağını belirtmiştir. (Ay-Akça, 2008, s. 39)

Florence Nightingale sağlığı, "iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini mümkün olduğu en üst düzeyde kullanma" olarak tanımlamıştır. (Velioğlu, 1999 s. 88) Sağlık, çevre faktörlerini yönetme yoluyla hastalığın önlenmesidir.

Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir. (Birol, 2000 s. 15) Bu da sağlığın tanımını yaparken bireyi bütün olarak ele almak gerektiğinin kanıtıdır. Biyolojik olarak hasta olan birey psikolojik ve sosyal yönden kendini sağlıklı hissedebilir.

Objektif olarak sağlık; doktor muayenesi ve tanı testleri sonucuna göre belirlenen hastalığın olmamasıdır. (Birol, 2000 s. 15) Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için, hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması halidir. Birey biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içindedir.

Sağlık kavramı ve anlayışı, kültürden kültüre ve tabii ki bununla birlikte toplumdaki topluma farklılık göstermektedir. Bir ülkede sağlıklı görülen bir birey, başka bir ülkenin koşulları altında değerlendirildiğinde, aynı yargı ortaya çıkmayabilmektedir. Bu bakımdan sağlık kavramı aynı zamanda bir ülkenin değerleriyle de çok yakından alakalıdır. (Okay, 2007, s. 13) Bir yörede veya bir bireyde hastalık olarak değerlendirilen durum; başka bir birey veya yöreye göre sıradan karşılanabilir. Toplumun sahip olduğu örf ve adetlerin de sağlık anlayışı

üzerindeki etkisi yadsınmaz. Bu örf ve adetlerden bazıları sağlık üzerine zararlı etki etmektedir. Bebeklerin kundaklanmasının kalça çığına yol açması örnek verilebilir.

Örf ve adetler olarak bilinen davranışlar, çaresizlikler karşısında halkın maneviyatını yükseltmek, ruhsal yönden dayanıklılığı artırma, toplumsal yardımlaşmayı temin etmek gibi önemli etkiler yaratarak günümüze kadar gelmiştir. Bunlara ilave olarak halkın uyduğu bir başka yol da dini inançlar ve telkinlerdir.(Baloğlu, 2006, s. 23)

Bir topluma dinin algılanışı ve uygulanış şekli ile sağlık anlayışı arasında büyük benzerlik vardır. Dine atfedilen ve dinden kaynaklanan davranışların, geçmişte olduğu gibi günümüzde de sağlık üzerinde etkili olduğu görülmektedir. (Baloğlu, 2006 s. 25) Dini inançlarının, bireyin iç huzurunu geliştirerek ruhsal sağlık üzerine olumlu etki sağlar. Bazı hallerde, kader ve hastalık arasında sıkı bir nedensellik bağı kurulmak suretiyle de akla dayalı etkenler sorunsal olmaktan çıkar.(Türkdoğan, 2006, s. 148)

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Ülkemizde sağlık hakkı ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır. 1982 Anayasasında herkesin yaşama, maddi, manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmeti sunma devletin yapmakla yükümlü olduğu bir görevdir, her vatandaşın da bu hizmetten yararlanma hakkı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasından kaynaklanır.

Sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşunu önlemek; hastalananlara olanakların el verdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlıklara tıbbi ve soysal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.(Pala,2008)

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönerge madde 4' de Sağlık hizmetleri; “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanımlanmıştır.(Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge. 2005)

Odabaşı, sağlık hizmetlerini; kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak tanımlamıştır. (Odabaşı, 2001, s. 25) Bu tanımda sağlık hizmetleri faaliyetlerinin koruyucu ve teşhis, tedavi, bakım olmak üzere iki temel grupta toplandığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri denildiğinde ilk akla gelenin aksine tedavi hizmetleri değil koruyucu sağlık hizmetleri olmalıdır.

Sağlık hizmetleri bazı temel özellikleri ile diğer sektörlerden ayrı tutulmalıdır. Bu özelliklerden biri, sağlık hizmetlerinde ürün hizmettir. Belek'e göre; sağlık hizmeti bir hizmet üretimidir. Bu hizmet sonucunda maddi bir mal sahibi olunamaz. Hizmet üretimi, üretici ve tüketici arasında yüz yüze gerçekleşen ve üretildiği anda tüketilen bir faaliyettir. Üretilen bu faaliyet depolanamaz. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin tanımını yapmadan önce hizmet kelimesinin anlamına bakmak gerekir. Hizmet maddi mallar dışında kalan ve yine insan gereksinimlerini karşılayan ürünlerdir. Belek'e (2009) göre hizmetler de kendi içlerinde üretim hizmetleri ve tüketim hizmetleri olarak ikiye ayrılır. (Belek, 2009, s. 74)

1. Üretim hizmetleri, üretim malları gibi insanların gereksinimlerini birden karşılamazlar. Bunlar üretilen mallara yönelik olan ve bu mallar tüketenin eline geçinceye kadar üretilmesi zorunlu olan hizmetlerdir. Bu nedenle bu hizmetler tüketim içinde bir aşama olarak değerlendirilirler.
2. Tüketim hizmetleri, sağlık, eğitim, eğlence, güvenlik gibi hizmetleridir. Bunlar malın doğrudan üretimi kapsamına girmezler. Üretildikleri anda tüketilmiş olurlar. Örneğin sağlık hizmetleri üretildiği anda tüketilmiş olmak için üretilir. Üretilindiğinde kullanıcısının da olduğu bilinir. Saklanamaz.

Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağına belli olmamasıdır. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 40) Sağlık hizmetleri rastlantısaldir. Talebin ne zaman ortaya çıkacağı, hastalığın boyutu ve maliyeti belli değildir. Bu neden sağlık hizmetlerine duyulacak ihtiyacın boyutunu önceden belirleme zorlaşır.

Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz, yani ikamesi yoktur. Hasta hekimin kendisine önerdiği tedavi hizmetini almak zorundadır. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 40) Sağlık hizmeti parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez. Sağlık hizmetlerin bu özelliği onu diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran bir özelliktir.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal alanda etkili olabilmesi, başka bir ifadeyle toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olmalıdır. Etkili sağlık hizmetinde özellikler; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilikdir. (Kavuncubaşı, 2000, s. 64.)

Sağlık sektörü dışındaki birçok mal ve hizmet için kişiler başta ekonomik sebep olmak üzere çeşitli sebeplerle taleplerini erteleyebilirler. Ancak sağlık hizmetleri doğası gereği pek çok durumda hizmetin kullanımını ertelenemez. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 40) Özellikle acil ya da hastanın hayatını tehlikeye sokan durumların ertelenmesi mümkün değildir. Ayrıca erken tanı koyulması ve tedaviye erken başlanması maliyetleri de azaltır ve kalıcı sakatlıkları önler.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de hata ve belirsizliklere izin vermemesidir. Çünkü yapılacak herhangi bir hata direkt hastanın hayatına mal olabilir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 43) Sağlık hizmeti sunumunda garanti söz konusu değildir. En ufak bir uygulama hatasında dahi hastada hayati tehlike oluşabilir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri denildiğinde birçok insanın düşüncesinde sadece tedavi hizmetlerinden bahsedildiği gibi yanlış bir kanı oluşmuştur. Ancak sağlık hizmetleri sadece tedaviyi değil, başta sağlığı korumayı hedeflemiştir. Daha sonra hastalığın geliştiği durumlarda tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kullanır. Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve esas olan, insanları korumak ve yaşamı iyileştirmektir. Tedavi, buna rağmen, hasta olanlar için götürülen bir hizmettir. Bu tanım ve kapsamdan da anlaşılacağı üzere; çağdaş sağlık hizmeti ve politikalarında, çevre ve koruma ön plana çıkma zorundadır. (Aktan ve Işık, ..)

Sağlık sistemleri, tıp biliminin katkılarının yanında, toplumun değer yargıları, gelenekleri ve olanaklarının etkisi ile gelişmiştir. Sistemin öğeleri arasındaki ilişkiler ve sistemin amaçları, önceden tasarlanmış, denenmiş ve uygulamaya konmamıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi toplumun sosyoekonomik, teknolojik yetenekleri ile politik etkenleri kapsamında oluşmuştur. (Çınar, 1982, s. 2)

Sağlık koşullarının iyileştirilmesini ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 43) Sağlık sisteminin ana amacı bireyin ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamaktır. (Çınar, 1982, s. 2) Tedavi hizmetlerinin amacı hastalık oluştuktan sonra erken teşhis edilerek bir an evvel tedaviye başlanmasının sağlanması ve bu nedenle doğabilecek sakatlıkları önleme ya da en aza indirmedir.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre; Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların görüşleri alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir. (Sağlık Mevzuatı, 2008, s. 307-319)

Yine Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının

kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvaffakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler. (Sağlık Mevzuatı, 2008, s. 307-319)

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık oluşmadan, bu risklere karşı verilen mücadele şeklidir. Bu özelliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmek zorundadır. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 44)

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyin sağlık hizmeti ile tanışma noktasıdır. Bu noktada amaç insan sağlığını korumak, geliştirmek, olası zarar verici faktörleri önceden belirleyerek, bunlara karşı önlemler almaktır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fiziki, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir. (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde, kişinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yer alır. İnsanın çevresinde yer alan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek ve veya kişilerin etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümüdür(Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 44)

Sağlık hizmetlerine konu olan çevre sadece fiziki anlamında değildir. Tabii ki fiziki çevre de insan sağlığı için oldukça önemlidir. Ancak burada konu edilen çevre fiziki ve sosyal çevredir ve bütün olarak değerlendirilir. “Elbette doğa/fizik çevre önemlidir. Ancak bu önem sosyo-ekolojik bütünlüğün içinde bir önemdir. Çevre kirlenmesi ile yalnızca havanın, denizin ve toprağın kirlenmesi anlaşılmamalıdır. Her şeyden önce, fizik çevrenin kirlenmesinin sosyal çevrenin bir ürünü olduğu bilinmekte ve kabul edilmektedir.(Aktan ve Işık, B.t.)

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; sağlıklı su kaynakları sağlama, hava kirliliğini giderme, gürültü kirliliği denetimi, zararlı canlılarla mücadele, atıkların kontrolü, iş ve işçi sağlığı, endüstriyel atıkların ve radyasyonun denetimi gibi konularda eğitici, denetleyici, danışmanlık rolleri alabilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik hizmetlerin yanında kişiye yönelik hizmetler de gerçekleştirir. Hastalıkların erken tanı ve uygun tedavisi, sağlık eğitimi, aile planlaması, ana çocuk sağlığı, aşılama, hijyen gibi konularda kişiye yönelik hizmet verir.

Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı koyularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 46)

Koruyucu sağlık hizmetleri temel olarak hastalıklardan korunmanın yanında, erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüks ve komplikasyonlarından korunmayı kapsar. (Fişek, 2009) Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkına yönergede 4 grup altında incelenmiştir; (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)

- **Temel (Primordiyal) Korunma:** Toplumu sosyal, ekonomik ve kültürel yönden kalkındırarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Belli bir hastalığa özgü olmayıp, birçok hastalığa ve genel yaşama ilişkin önlemlerdir.

- **Birincil (primer) korunma:** Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemektir. Bunlar, çevredeki olumsuz etmenlerin yok edilmesi, insanların maruz kalmasının önlenmesi, aşılama, iyi beslenme, kazaları önlemek için alınan önlemler, hiç sigara içmemek, kişisel hijyen kurallarına uymak, çocuk yetiştirme konusunda çocuğa bakım veren kişilerin ve toplumun eğitimi gibi önlemlerdir,

Birincil koruma risk faktörlerinin tespitine ve bertaraf edilmesine yöneliktir. Bu risk faktörleri kişilere de anlatılır ve sağlıklarını nasıl koruyacakları öğretilir.

- **İkincil (sekonder) korunma:** Hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin (semptomların) hafif olduğu dönemlerde teşhis edilerek tedavi edilmeleridir. İkincil korumaya “erken tanı” hizmetleri de denir.

Sekonder koruma risk grupları üzerine yapılan taramalarla sağlanır ve hastalığın seyri ve maliyeti açısından çok önemlidir. Hastalığın erken tanı ve tedavisi, kişilere yararlı olması yanında tedavi maliyetini azalttığı için finansman yönünden de – örneğin sigorta kurumları açısından- çok önemlidir.(Fişek, 2009)

- **Üçüncül (tersiyer) korunma:** Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi, sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar. Hastaların, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını amaçlar.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri sınıflaması içerisinde çok önemli bir yer teşkil ettiği görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu kadar önemli olmasını sağlayan özellikleri aşağıdaki gibidir; (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 47)

1. Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
2. Uygulanması daha kolaydır.
3. Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
4. Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.

5. Kullanılan teknoloji basit, dolayısıyla ucuzdur.
6. Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
7. İşgücü kaybını asgariye indirir.
8. Bu hizmetlerin sunumuyla aynı zamanda çevre düzenlemesi de yapılmış olur.

Koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık evi, sağlık ocağı, işyeri reviri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri tarafından sunulur.

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin, eski düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 47) hastalara muayenehaneler ve sağlık kuruluşlarında verilen tüm müdahale ve tedavi edici hizmetleri ve bu tedaviye bağlı olarak hastanın kullandığı tüm ilaç ve gereçleri kapsar.

Tedavi hizmetleri hastalık ortaya çıktığında ya da herhangi bir sakatlık hali oluştuğunda başlar. Hasta bireylerin sağlığına yeniden kavuşmaları için yapılan tüm çalışmalar tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamına girer.

Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine göre en temel farkı tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri bakımından bakıldığında zaman yalnızca sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavisinin yapılması bulaşıcı hastalıkların toplumun diğer üyelerine bulaşmasına engel olabilir. Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetleri ile dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenmiş olur. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 47)

Tedavi edici hizmetler genellikle koruyucu hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir. Yani, eğer toplumdaki bireylerin sağlık durumları, temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, eslenme durumunun düzeltilmesi gibi bir dizi önlemlerle korunamıyor ise ortaya çok sayıda ve karmaşık sağlık sorunları, hastalıklar çıkacak,

sağlık örgütleri bunların tedavisi ile uğraşmak durumunda kalacaktır. (Hayran ve Sur, 1998, s. 19)

Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamaklı bir örgütlenme yapısına sahiptir.

- **Birinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir. (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)

Bu basamakta hekimler, kişilerin yerleşme yerlerine kolayca erişebilecekleri şekilde yayılmış olmalıdır. Gelişmiş ülke istatistikleri hastaların yüzde 95'inin bu basamakta tedavi edildiğini göstermektedir. Bu basamaktaki hekim, hastanede muayene ve tedavi edilmesi gereken hastaları seçerek ikinci basamağa (hastaneler) gönderir. (Fişek, 2009)

- **İkinci basamak tedavi hizmetleri:** Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak tedavileridir. (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetleri vermektedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 48)

- **Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:** Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir. (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkına Yönerge, 2005)

Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknoloji içeren sağlık hizmetleridir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 48)

2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık sonrası, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamı sürdüremeyen ve iş gücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır. Bireylerin kaza, hastalık veya başka sebeplerle kaybettiği, zihinsel ve ruhsal becerilerini yeniden kazandırmayı amaçlayan faaliyetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılır. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009, s. 48)

1. Tıbbi Rehabilitasyon; bedensel kalıcı bozukluk veya sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

2. Sosyal Rehabilitasyon; sakatlığı ve özürlü olan bireylerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır.

3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

Sağlık hizmetleri yalnızca bir meslek grubu tarafından sürdürülebilecek bir hizmet değildir. Birçok mesleğin bir arada çalışmasıyla oluşan büyük bir hizmet dalıdır.

Sağlık hizmetlerinin yalnızca hekimler ya da başka bir meslek grubu tarafından yürütülemeyeceği tartışma götürmeyecek bir gerçek olup bu hizmetlerin, değişik bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinin birbirlerini tamamlama özelliği, bir motorun dişlilerinin birbirini tamamlaması gibidir. Ekip üyelerinden birinin eksikliği ya da iyi çalışmaması sağlık hizmetlerini aksatmaktadır. (Hayran ve Sur, 1998, s. 337)

Bu noktada ekip kavramının kısa bir tanımını yapmakta fayda vardır. Ekip, bilgi beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayarak, aynı amaç için birlikte çalışan ya da farklı meslek üyelerinin oluşturduğu çalışma grubudur. (Hayran ve Sur, 1998, s. 338) şeklinde tanımlanır.

Disiplinler arası ekip kavramı ise; değişik düşünce ve araçların kullanımında deneyimli, aralarında sorunlar çerçevesinden iş bölümü yapmış, her üyesi kendi bilgi ve becerisinin bağımsızca kullanabilen, birbirleri ile sürekli iletişim içinde, çoğunlukla ortaya çıkan sonuca küme sorumluluğu ile yaklaşan insan topluluğudur. (Hayran ve Sur, 1998, s. 338)

Sağlık açısından bakıldığında ise, sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı öngören anlayıştır. (Coşkun, 1996) Sağlık hizmetlerinde sunumun kalitesinin azalmaması, tekrarların ortadan kaldırılması ve hizmette kesinti yaşamaması için disiplinler arası iyi bir iletişim oluşturulması gerekir.

Ekip çalışmasının birçok üstünlüğü vardır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir; (Coşkun, 1996)

1. Ekip üyelerinin bilgi ve becerilerinden en iyi biçimde yararlanılması,
2. Sağlık profesyonelleri arasında haberleşme ve koordinasyon sağlanması,
3. Çabaların birleşmesiyle sorun çözümünde sinerjik etki yaratması, Üyeler arasında destek, dayanışma, esneklik sağlanması,
4. Sorumluluk duygusunu geliştirmesi,
5. Bilimsel gelişme ve geri bildirimle denetleme fırsatı vermesi.

Disiplinler arası ekip kurmayı etkileyen bazı etkenler vardır. Bu etkenler şu şekilde sıralanabilir:(Hayran ve Sur, 1998, s. 338)

1. **Eğitim:** Sağlık bakımından sorumlu meslek üyelerinin değişik ve bireysel eğitim almış olmaları ekip çalışmasını etkileyen önemli etkenlerden biridir. Özellikle ülkemizde birçok sağlık mesleğinin eğitim sürecinde sorunlar vardır. Eğitimde bir standart oluşturulamamıştır. Örneğin hemşirelik mesleğinde lise, ön lisans ve lisans mezunları bulunmaktadır.
2. **Rol Belirsizliği ve Yanlış Beklentiler:** Ekip üyelerinin birbirlerinin rollerini anlamamaları sistem içinde karmaşa yaratmakta ve ekip çalışmasının gelişmesini etkilemektedir. Ekip üyelerinin birbirlerinin oynaması gereken rolleri iyi bilmesi kargaşayı azaltacaktır. Örnek olarak hekimlerin, hemşirelerin işlerinin kendi işlerini kolaylaştırmak olarak görmeleri çatışma kaynağı olabilir.
3. **Otorite:** Gerçek bir ekip çalışmasında her bir eslek üyesinin kendi uzmanlık alanı ile ilgili konularda yetkiyi paylaşması zorunludur.
4. **Güç:** Güç, elemanın, ekibin gelişimi ve sürekliliği için gerekli işlevler düzeyindeki denetim derecesine göre, organize ekip elemanları arasındaki ilişki anlamına gelir.denetim işlevi diğer elemanların davranışını etkiler.

5. **Statü:** Statü, her kişinin başka bir pozisyonunun var olması durumudur. Statüde eşitlik, benzerlik ve yakınlık arttıkça artar. Sağlık ekibi içindeki elemanlar geleneksel olarak hekimin yönetiminde yer almıştır. Statüde bu farklılık bu ekibin hem formal hem de enformal yapı ve işlevi etkiler.
6. **Otonomi:** Bir sağlık mesleğinin hastanın bakımında sorumluluk üstlenmesi, hastanın sorununu tanımlamak, sorunun çözümü için gerekli faaliyetlere karar vermek, hizmetin doğruluğunu ve yerindeliğini değerlendirmek anlamına gelir. tüm ekip üyeleri hasta bakımında otonom davranabilmelidir.
7. **Kişisel Özellikler:** Ekip üyelerinin kişisel özellikleri de disiplinler arası çalışmayı etkiler. Yaş, cinsiyet, değer yargıları gibi farklılıklar kişiler arası ilişkileri ve meslekler arası işbirliğini azaltabilir.

Sağlık hizmetlerinin sorunlarının çözümünde yer alacak insan gücünün yalnızca Tıp veya Hemşirelik bilgileriyle donanmış olmasının yeterli olmadığı görülmektedir. Bugün artık Sağlık Ekonomisi, Finans Yönetimi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Kalite Yönetimi, Sağlık Mevzuatı ve Hukuku, Sağlık İşletmelerinde Pazarlama, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hukuku gibi konularda eğitim almamış insanlarla bu eğitimi almış insanların hizmeti arasındaki fark hiç tartışmasız kabul edilmektedir. (Sur, 2009)

Sağlık hizmeti özel branş eğitimi gerektirir, her hizmet sunucusu aldığı özel eğitimle ilgili işleri yapabilir. Bu nedenlerle sağlık hizmetleri üretimindeki emek gücünü herhangi bir biçimde, herhangi bir başka emek gücü ile ikame etme olanağı da yoktur. (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 222)

Aralıksız hizmet veren, büyük ölçüde insan gücüne dayanan, hizmet veren ve hizmet alan açısından bire bir yüz yüze ilişki gerektiren, satın alımı ertelenemeyen, iptal edilemeyen, ikamesi olmayan, yüksek etkileşimli hizmetlerden olan sağlık hizmetlerinin başarısı bütünü ile insan gücünün etkinliğine bağlı bulunmakta, bilim ve teknolojiye her türlü yeniliğe ve gelişime rağmen sağlık hizmetlerindeki insan unsurunun önemi ise fark yaratan bir değer olarak hiç azalmamakta, aksine artmaktadır. Sağlık hizmetleri gibi yüksek etkileşimli hizmetlerde, insan ihtiyaç ve

beklentilerinin, sadece devasa yatırımlarla, sadece yüksek üretim kapasitesi ve yüksek karlılıkla karşılanması mümkün görünmemektedir. Sağlık hizmetlerinin bilimsel bir girişim olduğu kadar sanatsal bir yönünün de olduğu yadsınmamakta ve özellikle yardıma yönelik mesleklerde çalışanların iş doyumlarının olmamasının, hizmet alanlar ile doyurucu bir ilişki kurmayı zorlaştırdığı da özellikle vurgulanmaktadır. (Şengül, 2009)

Sağlık kurumlarında bir hastanın tedavisinde çok sayıda kişi (hekim, hemşire, radyoloji teknisyeni, berber, terzi, temizlikçi, vb.) birlikte çalışır. (Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp, 2006, s.222) Bunun yanında sağlık hizmeti üretimine katılan birçok nesne vardır. Bu nesnelere tıbbi teknolojiden ilaç sanayiye, bakım hizmetini direkt veren insana ve koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük yeri olan çevre unsurlarına kadar uzanır. Zaman zaman sağlığı bozulmuş hasta birey bizzat sağlık hizmeti sunucusudur.

Belek' e göre (2009) Sağlık hizmeti üretiminde insan gücü şu şekilde dağılmıştır; (Belek, 2009, s. 48-49)

- Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayilerinde: Sanayi işçileri
- Tıbbi bakım hizmetleri üretiminde: Hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları, sağlık yöneticileri vb. Bu grup, sektörde en ön planda algılanır.
- Çevre sağlığı hizmeti üretiminde: doğrudan formal sağlık eğitimi almış olan sağlık insan gücü. Kimyagerler, biyologlar ve çevre mühendisleri gibi.

Sağlık hizmeti oluşturulmasında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri alanlarında birçok alt hizmet alanı ve birçok hizmet sunucusu olduğu dikkat çekmektedir. Bu sağlık hizmeti sunucularının hepsinin ayrı rolleri olmasına rağmen ekip olarak çalışmak ve her zaman birbirleriyle iletişim halinde olmak zorundadırlar.

Sağlık Hizmeti sunucuları Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından beş başlıkta sınıflandırılmıştır; (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 234-235)

- 1) Hekimler
- 2) Diğer personeller (diş hekimi, eczacı, vb.)
- 3) Hemşire, ebe, sağlık memurları
- 4) Sağlıkla ilgili personel(teknisyenler)
- 5) Diğerleri (sağlık alanında özel eğitim almamış sekreter, şoför, hizmetli, vb. kişiler)

Klasik tedavi edici ve hekim-hemşire ikilisinin baskın rolü ile yürütülen sistemler bugün için geçerliliğini yitirmiş durumdadır. Sağlık hizmetlerinde hekim ve hemşirelere ek olarak yepyeni meslekler ortaya çıkmıştır ve gelişmiş ülkelerde bu yeni meslekler sistemin yürütmesinde önemli işlevleri yerine getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık mesleklerini 29 başlık altında toplamıştır. (Sur, 2009)

Dünya Sağlık Örgütü' nün sınıflaması şu şekildedir; (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 234-235)

- 1) Hekim
- 2) Yardımcı Hekim
- 3) Çok amaçlı sağlık yardımcısı
- 4) Diş Hekimi
- 5) Dişçi
- 6) Diş Hekimi Yardımcısı
- 7) Eczacı
- 8) Eczacı Yardımcısı
- 9) Veteriner
- 10) Veteriner Yardımcısı
- 11) Ebe
- 12) Yardımcı ebe
- 13) Yardımcı ebe hemşire
- 14) Hemşire
- 15) Yardımcı hemşire
- 16) Ebe ve hemşire yardımcısı
- 17) Fizyoterapist
- 18) Laboratuvar teknisyeni
- 19) Laboratuvar teknisyeni yardımcısı

- 20) Tıp fizikçisi
- 21) Radyoloji teknisyeni
- 22) Radyoloji teknisyen yardımcısı
- 23) Sağlık mühendisi
- 24) Çevre sağlığı teknisyeni
- 25) Çevre sağlığı tekiysen yardımcısı
- 26) Diğer sağlık teknisyen yardımcısı
- 27) Diğer teknik personel(EKG teknisyeni, EEG teknisyeni, ortopedi teknisyeni vb.)
- 28) Diğer yardımcı personel (mikroskopist, film banyo teknisyeni, laboratuvar hizmetleri)
- 29) Geleneksel hekimlik uygulayıcıları

Sağlık emek gücü çok uzun süre profesyonel mesleki eğitime gerek duyan ve ileri düzeyde uzmanlaşmış emek gücüdür. Sağlık emekçilerinin önemli kısmını oluşturan hekimlerin, diş hekimlerinin, eczacıların tümü yüksek eğitimlidir. Hemşirelerin ise önemli denilebilecek bir bölümü bu gruptandır. (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 222) Ayrıca günümüzde önemi hızla artan branşlaşma ile hemşirelerin ve sağlık yöneticilerinin de yüksek öğrenime daha fazla yer verdiği gözlenmektedir.

Sağlık hizmeti sunucuları çalışma koşulları bakımından diğer meslek gruplarından ayrılır. Sağlık hizmeti kesintisizdir. Bu nedenle de hizmet sunucular nöbetli çalışma koşullarına tabidirler. “Sağlıkçılar sağlık hizmeti üretiminin özelliği gereği sıklıkla düzensiz çalışma biçimlerinin muhatabı olurlar. Sağlık hizmeti günün 24 saati üretilen bir hizmettir, sağlık hizmetine olan gereksinimin günün hangi saatinde ortaya çıkacağı bilinemez. Bu nedenle, pek çok sağlık kurumu bütün gün boyunca açıktır. Bu da sağlıkçıların nöbet usulü, icapçı olarak, kısmi süreli olarak çalışmalarını zorunlu kılar. Uzun süreli profesyonel eğitimle yetiştirilmiş ve ileri derecede uzmanlaşmış personelin, uzun süreli düzensiz çalıştırılması başlı başına zor bir süreçtir. (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 222)

3.1. Hekimler

En basit sözlük anlamıyla hekim, hastalığın teşhisi, gerekli olan ilaçların verilmesi, cerrahi müdahalelerin yapılması, hastalığın devalı olarak gözlenmesi, gerektiğinde yan etki ve tedavi yollarına, yeni metotlara başvurusu gibi çeşitli konuları kapsayan bir faaliyettir. (Meydan Larousse, 1992, Cilt:8, s. 557) Konuşma dilinde ‘doktor’ sözcüğü hekim veya tabip anlamında kullanılsa da ta anlamını karşılamamaktadır. Doktor, doktora unvanı almaya hak kazanmış kişilere verilen unvandır. Doktor sözcüğü ile hekim kastedilmek isteniyor ise ‘Tıp Doktoru’ sözcüğünü kullanmak daha yerinde olur.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre, Türkiye’de hekimlik yapabilmek ve hasta tedavi edebilmek için Türk ve Tıp Fakültesinden mezun olmak ve diploması Sağlık Bakanlığınca tasdik ve tescil edilmiş olmak, kasten işlenen bir suçtan dolayı 5 yıl veya daha fazla süreyle yahut belirli suçlardan dolayı hapis cezasına mahkum olmamak şarttır. Mesleği icra etmeyi engelleyen şifasız bir akıl hastalığı olduğu belirlenen tabipler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulunun kararıyla mesleği icradan men edilir ve diplomaları geri alınır. (Üçışık, 2008, s. 81)

Eski uygarlıklarda, modern tıbbın temelini oluşturan ilk bilgiler, dönemin dünya görüşü içinde yorumlanmış ve dini-mitolojik görüşlerden de etkilenmiştir. Dünyaya bakış açılarının temelinde din ve büyü olan toplumlarda, tıbbın sihirden etkilenmesi tabidir, hatta bu etki böyle bir bakış açısının zorunlu bir sonucudur. Bu sebeple bu tür toplumlarda, ilmi temelli tıbbın sihir ve dini görüşler ile iç içe olduğu görülür. (Lyons ve Petrucelli, 1997, s. 63)

Helenistik tıp, felsefenin ışığında gelişti. Katı eleştirilerle disiplin altına alındı. İyileştirme eylemi sanat olduğu kadar bilim olarak da düşünüldü. Helenistik dönemde tıp, yalnızca rahipler tarafından değil, sorgulamayı büyüye tercih eden insanlar tarafından da uygulanmaya başladı. Bu dönemde doktor fazlasıyla saygı duyulan bir kişiydi. Yunan tıbbı ile ilgili en önemli bilgi kaynağı Homeros'tur. Homeros şöyle yazmaktadır: Doktor, pekçok yaşama değer bir varlıktır. Yaralardan

okları çıkarmada ve açılan bu yaralan bitkisel merhemlerle iyileştirmede eşi yoktur.(Lewis, 1998, s.16)

Zaman ilerledikçe, rahipler dinsel tedavi yöntemlerinden gittikçe uzaklaşmaya başladılar. M.Ö. 6. yüzyıldan itibaren tıp profesyonel bir kimlik kazandı. Yeni eğitim görmüş öğrenciler, okullarının saygınlığı göz önüne alınarak kendilerine verilen çalışma ehliyetini almak için konseye başvurulardı. Pratisyenler para karşılığında hasta kabul edebilir ve bir muayenehane açabilirlerdi. (Lyons ve Petrucelli, 1997, s. 307)

M.Ö. 5. yüzyıl sonlarında, gençlerin tıp sanatıyla resmi tanışmalarını, Ege Denizi'ndeki Kos Adası'ndaki büyük çınar ağacının altında yaptıkları söylenir. Ağacın etrafına toplanan gençler, yaşlıları ve yaşlıların arasında, yüzyıllardır mesleki davranışlara yüksek bir standart getirmiş olmakla ün yapmış, şu anda Hipokrat yemini olarak bilinen yemini ederlerdi. (Lyons ve Petrucelli, 1997, s. 310)

Tıbbı katkıları bulunan en önemli kişi M.Ö. 460-370 yılları arasında yaşayan Hipokrat'tır. Onun en önemli katkısı, tıptaki büyü kavramını bilimsel yöne doğru değiştirme düşüncesidir. Böylece hekimlerin hastalarını değerlendirme hünelerini kullanarak veri toplamalarının, boş inançlara dayanan uygulamalardan daha değerli bir yöntem olduğu inancı vurgulanmaktadır.(Ökdemi Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Hipokrat yeminin günümüzdeki hali:

"Tıp fakültesinden aldığım bu diplomanın bana kazandırdığı hak ve yetkileri kötüye kullanmayacağıma hayatımı insanlık hizmetlerine adayacağıma insan hayatına mutlak surette saygı göstereceğime ve bilgilerimi insanlık aleykine kullanmayacağıma mesleğim dolayısıyla öğrendiğim sırları saklayacağıma hocalarıma ve meslektaşlarıma saygı göstereceğime din, milliyet, cinsiyet, ırk ve parti farklarının görevimle vicdanım arasına girmesine izin vermeyeceğime mesleğimi dürüstlük ve onurla yapacağıma namusum ve şerefim üzerine yemin ederim."

En eski devirlerde Roma'da tıbbın sihre ve doğaüstü güçlere dayandığı, sağlıktan çeşitli tanrıların sorumlu olduğu kesindir. Romalılar başlangıçta tıbbi aşığı görürlerdi. Daha sonraları Yunanistan'da tıbbın saygın bir meslek olduğunu ve tanınmış bir okulda iyi bir eğitim gerektirdiğini öğrendikten sonra düşüncelerini değıştirdiler. Böylece Roma'da uzman doktorların sayısı giderek arttı. (Lewis, 1998, s. 35)

Tıp ve hasta bakımı Mısırlıların öncülüğünde ileri doğru adımlar atmıştır. Mısır, Yunan uygulamalarının etkisinde kalınca, her ikisinin de hasta bakımıyla ilgili felsefeleri birbiriyle örtüşerek tıpta ilerlemelere yol açmıştır. (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Eski Mısır'da tıbbın ulaştığı gelişmişlik düzeyi oldukça şaşırtıcıdır. Kazılarda ele geçen bulgular, arkeologların yanı sıra birçok tarihçiyi de hayrete düşürmüştür. Çünkü hiçbir tarihçi MÖ. 3000' lerde yaşamış eski bir medeniyetten böylesine gelişmiş bir teknoloji beklemiyordu. Bugün X-ışınları kullanılarak, mumyalar üzerinde yapılan incelemeler sonucunda Antik Mısır'da beyin ameliyatlarının yapılmış olduğu anlaşılmıştır. Üstelik bu ameliyatlar oldukça profesyonel yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Cerrahi operasyon geçirmiş mumyaların kafatasları incelendiğinde, ameliyat yerlerinin düzgünce kesilmiş olduğu görülmektedir. Hatta bu insanların ameliyattan sonra hayatta kaldıklarını ispatlayan, kaynamış kafatası kemiklerine rastlanmıştır. (Lyons ve Petrucelli, 1997, s. 325)

Mısırlıların tıp ve anatomide ne kadar ileride olduklarını gösteren en önemli eserlerden biri de, kuşkusuz geride bıraktıkları mumyalardır. Mısırlılar mumyalama konusunda yüzlerce farklı teknik kullanmışlardır. Cansız beden binlerce yıl bozulmadan saklanabilmesine olanak sağlayan mumyalama işlemi, aslında oldukça karmaşık bir işlemdir. (Lewis, 1998, s. 36)

Hekimlik eski Yunan'da ustaların yanında kazanılan bir zanaat, Roma'da ise zenginlerin evinde hizmet veren bir tür köle iken Avrupa'daki reform hareketleri ile kilisenin her alandaki tekelinin kırılması ve bilgi ile mülkiyetin büyük oranda özel ellere geçmesi sonucu meslek haline dönüşmüştür. (Hayran ve Sur, 1998, s. 176)

18.yüzyılda tıp bugün bildiğimiz anlamda kendi başına bağımsız bir bilim dalı değildir. Bu yüzyılda sağlık hizmetleri ve hekimlik felsefenin, dinin, büyüclüğün etkisi altındadır. 18.yüzyıl Rousseau, Voltaire, Diderot gibi büyük filozofların yetiştiği bir çağdır. Bu büyük dehaler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da fikirlerini ifade etmişler ve toplumu bu konularda etkilemişlerdir. Dolayısıyla dünya tarihine Felsefe çağı diye geçen bu yüzyılda tıbbın felsefenin etkisi altında kalmış olması son derece doğaldır. İlk çağlardaki hekimlerin aynı zamanda birer filozof olması da bu sonucu ortaya çıkarmaktaydı. (Tarcan, 2006)

Tıbbın felsefenin etkisi altında olması sadece batı dünyası ve Fransa için değil doğuda da söz konusudur. Örneğin İbn-i Sina çok ünlü bir felsefecidir. İbn-i Sinanın Batıdaki Üniversitelerde okutulan "*Kanun*" adlı kitabı aslında bir Tıp eseridir ve "*Şifa*" adlı eserinde ise Tıp biliminden çok felsefe ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tıp ve felsefenin ilk çağlarda bu kadar yakın olduğunu gösteren başka bir kanıtta 12.yüzyılda hekimler için felsefe öğretisi yapan kişi anlamına gelen "Physicus" kelimesinin kullanılmasıydı. "Medicus" kelimesinin "Physicus" kavramının yerini alması 13.yüzyılın ikinci yarısına denk gelir. (Tarcan, 2006)

18.yüzyılda tıbbın bağımsız bir bilim dalı olmasını ve gelişmesini engelleyen tek sebep felsefenin etkisi değildir. Din faktörü de sağlık sektörünü etkilemektedir. İncil'de geçen yardıma muhtaç ve hasta kişilere yardım edilmesi ile ilgili ayetlerin etkisiyle din kurumu kendini sağlık sektörünün içinde bulmuştur. 18.yüzyılda binlerce din görevlisi hastanelerde ve bakımevlerinde hastabakıcı olarak görev yapmışlardır. Dinin Tıp üzerindeki etkisi Montesquieu'nün de dikkatini çeker. İran Mektuplarında doktorların iyileştiremediği bir hastadan söz eder, hasta bir din adamından yardım ister, o da kendisine Peder Caussin'in altı cilt halindeki "Kutsal Mahkemesi"ni okutturur ve iyileşmesini sağlar. (Tarcan, 2006)

Hekimliğin karakteri son yüz yıl içinde tamamen değişmiştir. 19. Yüzyıl hekimliği tek başına icra edilen bir meslek konumundaydı. 20. yüzyılda tıp alanın yaşanan gelişmeler yaşanan gelişmeler birkaç başlık altında toplanabilir: (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s.224)

- 1) Sağlık alanında bütün meslekler profesyonel bir kimlik kazandı. Bunun anlamı, eğitimin belli kurallara bağlanması, mesleğin diplomaların etkinlik alanı haline getirilmesi olmuştur.
- 2) Hekimlik mesleğinin ve doğru bir saptamayla sağlık hizmetinin içeriği zenginleşti. Bu gelişmenin arkasında tıp ve tıpla ilgili başka alanlardaki bilimsel ilerlemelerin belirleyici etkisi vardır. Sonuç olarak ortaya yalnızca hekimin üretmesi olanağı bulunmayan bir hizmet bütünü çıkmıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu gelişme, hizmetin bir ekiple, teknolojinin de içinde bulunduğu ve hekimin yine tek başına karşılaması, elde etmesi, kullanma şansı bulunmayan bir dizi olanağın kullanılarak üretilmesi zorunluluğuna yaratmıştır.
- 3) Sosyal tıp disiplini gelişti. Sosyal tıp tedavinin değil korumanın asıl önemli olan şey olduğunu gösterdiğinden beri, hekimin tedavi eden güç kimliği belirsizleşmiş ve sağlığın korunması açısından diğer sık çalışanlarını emeğine büyük gereksinim duyan bir ekip üyesi/veya şefi kimliği öne çıkmıştır.
- 4) 20. Yüzyılın başından itibaren bütün merkez kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunu sistemleştirmeye yönelik teknik ve politik girişimlerde bulunuldu. Bu çabalar sağlıkla ilgili sekleri birbirine bağlayan, tıp alanındaki bütün uygulamaları kurallaştıran, standardize eden ve hekimlerin de kural ve standartlara uymasını zorunlu tutan bir bütünselliği ifade eder. Artık hekim olmak için profesyonel bir eğitimi tamamlamak, diploma sahibi olmak, diplomasını kullanabilmek için sürekli eğitim zorunluluklarını yerine getirmek, belli bir bölgede çalışabilmek için sağlık otoritesinden izin ve onay almak, vb. gereklidir. Bu yapı içinde hekimleri bekli de en çok etkileyen sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmalarındaki değişiklikler olmuştur. Eskiden hekim muayene ve tedavi ettiği hastasından, sunduğu hizmetin karşılığını elden-cepten ödemelerle alırdı. Son yüzyıl içinde sağlık hizmetlerinin finansmanı için sigorta sistemlerinin ve sonrasında genel bütçe fonlarının devreye sokulması, hekim ile hastası arasındaki bu “özgür” ilişkiyi de

ortadan kaldırarak, hekimi geçim bakımından kamuya bağımlı kılmıştır. Hekimler açısından, kendi hesabına çalışma olanaklarını ortadan kaldırırsa bile, emekçileşme sürecini başlatan gelişme budur.

Günümüzde hekim sağlık ekibinin bir üyesi haline gelmiştir. Ekip lideri olası bile duruma göre değişir. Deyim yerinde ise, tanrısal kimliğini ekip içine girerken yitiren hekim, devletin kamusal çalışanı durumuna gelirken de ekonomik bağımsızlığını elinden kaptırmıştır. (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s.224)

Hekimler eğer kamu hastanelerinde görev yapmayacaklarsa, görev yaptıkları İl veya Bölge Tabip Odasına kayıt yatırmak zorundadırlar. Bu durum 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununda düzenlenmiştir; ‘bir tabip odası sınırları içinde mesleğini serbest olarak icra eden tabipler bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Mesleklerini serbest olarak icra etmeksizin kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli görevlerde çalışanlar ile herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler tabip odalarına üye olabilirler. Özel kanunlarında üye olamayacaklarına dair hüküm bulunanlardan mesleklerini serbest olarak da icra edenler, mesleki hak, yetki, disiplin ve sorumluluk bakımından bu kanun hükümlerine tabidirler. (Üçışık, 2008, s. 81-85)

3.2. Hemşireler

Hemşirelik, değişik zamanlarda değişik tanımlarla açıklanmıştır. Bunun sebebi sağlık hizmetlerinin de hemşirelik mesleğinin değişen zamana ayak uydurmasıdır. İlk hemşirelik uygulamalarında hemşireler hekimin yardımcısı konumundayken, günümüzde bağımsız olarak kararlar alan ve kendi uygulamalarına karar veren sağlık ekibi üyesi haline gelmişlerdir.

Çok eski dönemlere ait bir takım kayıtlarda hemşireliğin, ayrı bir uğraş olduğunu gösteren küçük kanıtlar olmakla birlikte, bunların sıklıkla bir tıp adamının, rahibin, ebenin veya usta bir kadının uygulamalarının bir parçası olmaktan öteye

gitmediği anlaşılmaktadır. Evdeki hasta bakımında ise ailede esas olarak kadın görevlendirilmiştir. Bu görevlendirme büyük olasılıkla kadının eş ve anne rolünden kaynaklanmaktadır. (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Hemşirelik mesleği tüm zamanlarda kadın mesleği olarak görülmüştür. Hemşirelik tarihi kadının şifa verici özelliği ile başlar. Modern hemşirelik mesleğinin başlangıcı ise 1854-1856 tarihlerinde Kırım Savaşında Florence Nightingale öncülüğü ile gerçekleşir. Florence Nightingale ilk lider hemşire olarak kabul edilmiş ve ilk bağımsız hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmiştir.

Kadınlar hasta bakımına antik Yunan döneminde başladılar. Yunan tarihinin ünlü hekimi ve mitolojide Tanrı olarak kabul edilen Aesculapius'un kızı Hijyen, tapınakta yardım isteyen hastalara sağlık hizmeti sunuyordu. M.Ö. 3500 yıllarına ait eski bir Hint kitabında sağlık ve tıbbi bilgilere ilişkin kayıtlarda, bakım sürecinde ayrı bir grup üyesi olarak hemşirelerin tanımlandığına rastlanmaktadır. Bu hemşireler nadiren kadındı ancak nitelikleri günümüz hemşirelerine benzer özellikler göstermekteydi. (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Dinlerin ortak yönünün insanlara sevgi ve hastalara acıma duygusu ile yaklaşmayı buyurmaları olduğu için Musevilik ve Hıristiyanlık gibi dinler hasta bakımı ve annelik ile ilgilenmişlerdir. Hıristiyanlığın yayılıp kiliselerin çoğalmasıyla birlikte kendini tanrıya adayan kadın ve erkekler, yoksul ve hastalarla, kimsesiz çocuklara bakmaya başlamışlardır. (Eren, 1986, s. 39),

Hemşirelik başlangıçta toplumun gereksinimlerini yerine getirmek ve hasta ya da güçsüz durumda olan bireylere bakım vermek için geliştirilmiştir. Bu nedenle bakım yöntemleri de insanların hastalık nedenleri ve yaşam konusundaki inançlarından temel almaktadır. (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Sınıf farklarını ortadan kaldıran ve insan eşitliğine dayanan bir din olan Müslümanlığın doğuşu ile hasta bakımı önem kazanmıştır. Savaşlarda yaralı askerlere bakan kadınlar vardı. Yaralı ve hasta bakımı için ilk kadın topluluğu Hz. Muhammet zamanında kurulmuştur. Bütün bunlara rağmen hemşireliğin anlamı çok geç anlaşılmıştır. Bu zamanda hasta bakımı hastanın yemeğini yedirmek ve ağır

hastaların bazı ağır işlerini yapmaktan öteye bir anlam taşımamıştır. (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Osmanlılarda sosyal yardım işlerinde ve hasta bakımında gönüllü kadınların çalıştıkları görülmektedir. Soylu kadınlar tarafından bir takım şifahaneler açılmakla birlikte hasta bakımı alanında bir öğrenim yapılmadığı için hemşirelik mesleğine katkıda bulunmalarında söz etmek mümkün olmamaktadır. Modern hemşireliğin kurulması ve gelişmesi Cumhuriyet dönemiyle birlikte başlamıştır. (Ay- Akça, 2008, s. 45)

Hastanelerde hemşirenin kadın olması aslında döneme dair tarihsel bir dönüşümü de yansıtmaktadır. 1827 yılında İstanbul'da eğitim görmemiş erkeklerin hastabakıcılık yaptığı bilinmektedir, hatta ilk kadın hemşirelerin görev aldığı söylenen 1912 Balkan savaşlarında hekimler ve hastabakıcılar erkek hastabakıcıyı tercih etmişlerdir.(Tarihçi, 2010)

Türkiye'de, F. Nightingale'den önce, özellikle Anadolu Selçukluları zamanında, kadın sağlık alanında etkin rol almış, devrin sultanları bir çok sağlık kuruluşu açmıştır. Ancak Osmanlı Ordusunda, kadın evine ve tesettüre mecbur edildiği için, hasta bakımı ve yara pansumanı askerlere öğretilmiştir. (Ay-Akça, 2008, s.48)

Türkiye'de modern anlamda hemşirelik I. Dünya Savaşından sonra başlamıştır. Hekimlik mesleğinin ilerlemesine karşın olumsuz sosyal etkiler nedeniyle Türk kadınının çalışmasına engel olduğu için hemşirelik mesleği ülkemizde geç gelişen bir meslek olmuştur. Ancak sağlık alanında ortaya çıkan zorlayıcı gelişmeler, yataklı sağlık kurumlarının açılması, Türk hekimliğinin ilerlemiş olmasına rağmen hastalara bakacak yetişmiş, bilgili hemşirelerin bulunmayışı, bazı hekimlerimizi bu konuda çalışmaya yöneltmiştir. (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

Türkiye hemşirelik tarihini yazan kitap ve makalelerde, modern anlamda hemşirelik 1912 de başlatılmaktadır. Dr. Besim Ömer'in 1911 yılında Kızılhaç kongresi dönüşünde Kadırğa'da açtığı kurslardan mezun olanlar 1912 yılında Balkan

Savaşı'nda hastanelerde görev almışlardır. Ancak yazılı belgelerde daha öncesinde de hastabakıcı kadınlar olduğuna rastlıyoruz. 1912 Balkan Savaşı ve 1915–16 yıllarında Çanakkale savaşlarında Müslüman kadınların hasta bakımına katıldıkları gözlenmiştir. (Tarihçi, 2010)

Cumhuriyet döneminin ilk hemşire okulu 21 Şubat 1925'te eğitim vermeye başlar. Kızılay hemşire okulu eğitim süresi iki yıl üç aydır. Kabul koşulu, okur-yazar olmak, iyi ahlak sahibi olmak, vücutça sağlam olmaktır.(Tarihçi, 2010). Bu şartlardan da hemşireliğin 100 yıl içinde ne kadar büyük bir yol kat ettiği görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı hemşire yetiştiren kapatılmış Sağlık Meslek Okulları:

- 1946: Sağlık Bakanlığı'na bağlı ilkokul sonrası üç yıllık hemşirelik okulları
- 1957–1979 Hemşire yardımcısı ve köy ebesi yetiştiren, ilkokul sonrası 1.5 sürekli sağlık okulları- 1967 yılında öğrenim süresi 3 yıla, 1967 yılında 5 yıla çıkarılmıştır.
- 1958- Ortaokula dayalı dört yıl süreli hemşirelik okulları
- 1986–1990: Lise mezunlarına açılan 18 aylık tamamlama programları- mezunlara meslek lisesi diploması verilmiştir.
- 1989-Ebe ve hemşire yetiştiren lise sayısı 85 (büyük yerleşim yerlerinde)
- 1989-1991: Sağlık Meslek lisesi sayısı 326 (okulların %67'si ilçe merkezlerinde)
- 1992: Sağlık Bakanlığı'nın "sağlık eğitimini yeniden yapılandırma projesi" başladı.
- 1996: Sağlık Meslek Liseleri Sağlık Yüksekokulları'na dönüştürülmek üzere YÖK'e devredildi, SML öğrenci alımı durduruldu.
- 2001: Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı başladı.
- Diğer kuruluşlara bağlı lise dengi kapatılan hemşire okulları;
- 1946: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Ebelik Okulu
- 1954: Keçiören, Çocuk Esirgeme Kurumu Özel Hemşire Koleji
- 1965: Hacettepe Üniversitesi, Hemşire ve Radyoteknoloji Koleji
- 1967: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Meslek Lisesi
- 1973: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sağlık Meslek Lisesi
- 1974: Milli Eğitim Bakanlığı, Validebağı Prevantoryum Sağlık Meslek Lisesi
- 1974: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Meslek lisesi

Hemşirelik Yüksekokulları ve Diğer Yüksekokul Programları;

1955: Ege Üniversitesi HYO

1961: Hacettepe Üniversitesi HYO

1961: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO

1977: Atatürk Üniversitesi HYO

1982: Cumhuriyet Üniversitesi HYO

1985: Gülhane Askeri Tıp Akademisi HYO

1993: Marmara Üniversitesi HYO

1993: Başkent Üniversitesi HYO

1994: Dokuz Eylül Üniversitesi HYO

1995: Gazi Üniversitesi HYO

Diğer Programlar;

1985: Üniversitelere bağlı ön lisans hemşirelik programları, altı dönem

1991: Açık Öğretim Fakültesi ön lisans programı (hemşirelik, sağlık memurluğu, ebelik, sağlık teknisyeni mezunlarına) ; 1999'da programa öğrenci alımı durduruldu.

1992: 53 SML'nin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokuluna dönüşümü

1996: Sağlık Yüksekokulları açıldı

1996: SHMYO hemşirelik ön lisans programlarına öğrenci alınması durduruldu.

Hemşirelik, sağlık hizmetleri içinde çok önemli bir yere sahip, sağlık ekibinin olmazsa olmaz üyelerindedir. Birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımların ortak özelliklerine bakıldığında hemşirenin toplumun her kesimine hizmet ettiğini, hasta ve sağlıklı birey, aile ve tüm toplum yararına çalıştığı görülmektedir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin her birinde yer alır. Eğitici, denetleyici, tedavi edici, koruyucu birçok rol üstlenir.

Hemşirelik tarihi incelenecek olursa, hemşireliğin hemşire liderler tarafından değişik tanımlarının yapıldığı ayırt edilecektir. Florence Nightingale, Henderson, King, Rogers ve Orem gibi lider hemşirelerin tanımlarının hemen hepsinden hatırlanacağı gibi hemşirelik, tüm yaş gruplarında olan bireylerin, sosyal ve kültürel grupların, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirebilmelerinde onlara yardım etmek olarak düşünülmüştür.(Erefe, 202, s. 16)

Uluslararası Hemşireler Konseyi hemşirelik tanımı şöyledir; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur.” Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planların geliştirilmesi ve uygulanmasına katılır.(Birol, 2000, s. 20)

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu ise Hemşireliği, “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini.” şeklinde tanımlamıştır. (Birol, 2000, s. 21)

Başka bir tanıma göre; bireylerin önce sağlık, daha sonra hastalık durumuna yönelik hizmet veren, hizmetin sistematik bir biçimde gerçekleşmesini sağlayan, hizmet kapsamında bireyin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında bakım planı yapan, planı uygulayan ve değerlendiren dinamik süreçtir. (Hayran ve Sur, 1998, s.340)

Ülkemizde hemşirelik hizmetleri 2007 yılına kadar 1954 yılında çıkarılmış Hemşirelik Kanunu'na göre verilmekteydi. Bu kanunda Hemşirelik tanımı “Ortaokulu bitirmiş olup 25 yaşından yukarı bulunmayan kadınlardan Hükümetçe açılmış veya tanınmış bir (Ebe - Lâborant Hemşire) okulunda 3 sene tahsil görüp Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletince teşkil olunan jüri huzurunda meslek imtihanı vererek aldığı diplomayı usulüne göre Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletine tescil ettirenlerle 3 üncü maddenin 2 nci fıkrasında yazılı olanlara (Hemşire) unvanı verilir.”(6283 hemşirelik kanunu) şeklindeydi. Bu tanım hemşireliği sadece kadın mesleği olarak görmekte, lise düzeyinde 3 yıl eğitimle sınırlı tutmakta ve hemşireliğin meslek olarak görülmesini engellemekteydi.

Hemşirelik Kanunu 2007 yılında yeniden düzenlenerek hemşirelik tanımı şöyle değiştirilmiştir; “Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından

tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.” (Sağlık Mevzuatı, 2008, s. 142-145)

Değişen kanunda hemşireliğin lisans düzeyinde eğitim alması ilkesi getirilerek meslek olarak görülmesi sağlanmıştır. Sadece kadın mesleği olmaktan çıkarılmıştır. Hekimlerden ne şekilde direktif alacaklarına da kanunun 4. maddesinde açıklık getirilmiştir.

Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar. (Sağlık Mevzuatı, 2008. S. 142-145)

Yine hemşirelik kanununda lisansüstü eğitim ile meslekte uzmanlaşmanın önü açılmıştır. 8. maddeye göre; “Lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar.”(Sağlık Mevzuatı, 2008. S. 142-145)

Sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesiyle hemşirelerin rol ve işlevlerinde genişlemeler olmasına neden olmuştur. Hemşirelerin eğitici, araştırmacı, yönetici rolü daha ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda hemşirelerin çalışma alanı daha da genişlemiş, insanların, yaşadıkları, çalıştıkları ve eğlendikleri yerleri de kapsar duruma gelmiştir. (Hayran ve Sur, 1998, s. 341)

Hemşirenin temel işlevi sağlıklı ya da hasta bireye yardımcı olmaktır. Bu yardım sağlamanın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Hemşire bütün bunları yaparken, bireyin bütün bunları kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur. (Birol, 2000, s.20) Hemşire bu işlevlerini başarıyla yerine getirirken sorumluluklarını unutmamalı ve sürekli gözden geçirmelidir. Bu sorumluluklar şu şekildedir; (Hayran ve Sur, 1998, s. 3)

1) Hemşirenin Topluma Karşı Sorumlulukları

Hemşirenin topluma karşı sorumlulukları iki yönlüdür. Biri toplumun bir üyesi olarak yüklendiği sorumluluklar, diğeri ise toplumun sağlığı bakımından yüklendiği sorumluluklar.

Hemşire toplumun üyesi olarak yasaları bilen ve uygulayan, davranışlarıyla da örnek bir vatandaş olmalıdır. Toplumun sağlığı açısından yüklendiği sorumluluğu ise toplum sağlığının korunması, değerli kılınması ve bozulduğunda da düzeltilmesi için toplumun katkı ve katılımını sağlama, sağlık eğitimi yapma, sağlıklı çevre oluşturmada topluma önderlik etme gibi birçok sorumluluğu vardır.

2) Hemşirenin Mesleğine Karşı Sorumlulukları

Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak hemşire, mesleğin sürekli geliştirilmesinden sorumludur. Hemşire toplumdaki gelişmeleri, yenikleri takip eder, değişen koşullara göre toplumun ve meslek grubunun eğitim ihtiyaçlarını tespit eder, yeni koşullara göre planlamalar yapar ve uygular. Vardığı sonuçlara göre yeni eğitimler planlar.

3) Hemşirenin Hemşirelere Karşı Sorumlulukları

Hemşireler arası iyi bir iletişim ağı kurma, mesleki gelişmeleri izleme ve paylaşma, meslek derneğine üye olma, derneğin sürekli gelişmesini sağlayarak mesleki gelişmeye katkıda bulunma, hemşirenin bu alanla ilgili sorumluluklarındandır.

4) Hemşirenin Diğer Elemanlara Karşı Sorumlulukları

Hemşire sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve gereksinimlere bu hizmetin ulaştırılmasını sağlamakla sorumludur. Bu sorumluluğunu yerine getirmek için sağlık ekip üyelerinin görev yetki ve sorumluluklarını ne kadar bilirse, bireylerin bu hizmetlerden yararlanma oranı da o düzeyde yükselir.

5) Hemşirenin Sağlık Kurumlarına Karşı Sorumlulukları

Hemşire, kendisinden beklenen görevlerin ve hizmetlerin bütünlüğünü sağlamak için, hizmet gördüğü sağlık kurumunun felsefesini, hedeflerini, standartlarını politikalarını, ilke ve kurallarını bilmek aynı doğrultuda çalışmak zorundadır.

6) Hemşirenin Kendisine Karşı Sorumlulukları

Hemşirenin kendine karşı sorumluluğu, belki de onun en önemli sorumluluğudur. Çünkü hemşire, topluma iyi hemşirelik bakımı sunabilmek için beden ve akıl sağlığını korumada yeteneklerini sürekli geliştirmeli, mesleği ile ilgili gelişmeleri sürekli izlemeli ve bunların uygulamaya aktarılmasında gerekenleri yaparak güven duygusunu geliştirmesidir.

3.3. Sağlık Yöneticileri

Sağlık hizmetleri, çeşitlilik göstermesi ve insan hayatının kalitesi ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle yönetim açısından özellikleri olan bir alandır.(Hayran ve Sur, 1998, s. 142). Sağlık hizmetlerinin birçok özelliği ile diğer sektörlerden ayrıldığına sağlık hizmetlerinin tanımı başlığında da değinmiştik. Bu nedenledir ki sağlık yönetimi de diğer yönetim alanlarında farklı ve daha zordur.

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki hızlı ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, halkın kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık kuruluşları da sundukları hizmette bu yenilikleri kullanmak ve artan sağlık bakım talebini karşılamak zorundadır. Ülkemizde sağlığa bütçeden ayrılan pay giderek azalırken, bakım maliyeti artmaktadır. Böyle olunca da sınırlı kaynakları iyi yönetme sorumluluğu ortaya çıkmaktadır.(Hayran ve Sur, 1998, s. 337)

Modern toplumlarda sağlık hizmetleri yöneticiliği en güç yönetim alanlarından biri sayılmakta ve sağlık sisteminde çeşitli kurum ve kuruluşların işveren konumundaki üst yönetim organları profesyonel sağlık yöneticileri aramaktadır. (Tengilioğlu, Işık ve Akpolat, 2009, s. 417)

Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetiminde, topluma yönelik ve sektörler arası iş birliğini gerektiren bir dizi yönetsel faaliyet gerekir iken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyathane, hizmetleri gibi geniş bir yelpazede yönetim gerekliliği sağlık yöneticiliğini karmaşık hale getirir. (Hayran ve Sur, 1998, s. 142)

Bu karmaşık yönetim sürecinin yanı sıra sağlık yöneticiliğinin riskleri daha da fazladır. Herhangi bir sektörde yapılacak bir yönetsel hata en fazla üretimin düşmesi ya da maddi kayıpla sonuçlanırken, sağlık sektöründe yapılacak yanlışlar, insan hayatının kalitesi düşürebilir, toplumun sağlığını bozabilir, hatta insan hayatına mal olabilir.

Sağlık yönetimi veya sağlık kurumları yöneticiliği günümüzde ayrı bir disiplin olarak yönetim biliminin alt uygulama alanı haline gelmiştir. Sağlık kurumları yönetimi, birey ve toplumların sağlık düzeylerini korumak veya geliştirmek amacıyla sağlık hizmetleri üretimi için maddi ve beşeri kaynakların planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilir.(Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 417)

Sağlık yöneticisi, sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını ve etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayan bir organizatördür.(Bulut ve İşman, 2004, s. 179)

Rakich, Longest ve Dar sağlık kurumları yönetimini; insan ve diğer kaynaklar aracılığı ile önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formal örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbiri ile ilişkili sosyal ve teknik faaliyetleri içeren bir süreçtir şeklinde tanımlamaktadır. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, 417)

Sağlık yöneticisi, sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını ve etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayan bir organizatördür.(Bulut ve İşman, 2004, s. 179)

ABD’de oluşturulan Sağlık Yönetimi Eğitimi Komisyonu, sağlık yönetimini şu şekilde tanımlamıştır; sağlık yönetimi, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerini bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 417)

Sağlık hizmetleri yönetimi, insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlarda bilgi ve beceri sahibi olmayı gerektirir. .(Hayran ve Sur, 1998, s. 142)

Kavuncubaşı (2000), sağlık kurumları yönetimini; insan ve diğer kaynaklar aracılığı ile önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formel örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbiriyle ilişkili sosyal ve teknik işlevleri ve faaliyetleri içeren bir süreç olarak tanımlamıştır.(Kavuncubaşı, 2000, s. 4)

Hastaneler toplumsal örgütlerin en eski örgütlerindendir. Hastane yöneticiliği esasında eski bir meslektir. Osmanlı İmparatorluğu zamanında hastanelerde hekimlikle ilgili fenni işler sertabibi, hastanenin yönetimi ve işletilmesi işlerini de tımarhane ağası denilen ve hekim olmayan kişilerden yetiştirilen hastane yöneticilerine yaptırılıyordu. Hastane yöneticilerine müdir-i hastane deniliyordu ve bu kişiler hekim değillerdi. Hastanenin tüm idari, mali ve işletmecilik ile ilgili mesleki faaliyetlerin yönetimi ile ilgileniyorlardı. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 417)

Cumhuriyet döneminde ise, Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi alanında eğitim veren ilk yükseköğretim kurum, 1963 yılında açılan ve 3 yıl eğitim veren Sağlık İdaresi Yüksekokuludur. 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Hastane İdaresi Yüksekokulu açılmıştır. 1975 yılında programın adı Sağlık İdaresi Yüksekokulu olarak değiştirilmiş, 4 yıllık lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimleri vermeye deva etmiştir. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 417) Son yıllara birçok üniversite Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık Yönetimi, Sağlık İdaresi, Hastane İşletmeciliği gibi isimlerle birçok lisans ve yüksek lisans eğitimi veren programlar açılmaktadır.

Yirminci yüzyılla birlikte bir bilim haline gelen ve 1950'lerin başlarında değişen yönetim ve yönetici kavramının bugünkü anlamını şu şekilde özetlemek mümkündür: Yönetici, bilimin uygulanmasında ve performansında sorumlu olan kişidir. (Hayran ve Sur, 1998, s. 176)

Yönetim kavramı artık sadece kâr amaçlı ticari kuruluşlar için geçerli değildir, hizmet sektörünün verimi için de çok önemlidir. Bu nedenle özellikle sağlık sektöründe çağdaş yönetim anlayışı ve ilkelerinin bilinmesi gerekmektedir.

Yönetim, farklı bilim dallarınca farklı tanımlanabilir. Örneğin, ekonomistlere göre; toprak, sermaye ve emekle birlikte üretim işlevlerinden biridir. Siyaset bilimcilere göre yönetim, bir otorite sistemi olarak kabul edilir. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 418)

Dalay'a göre yönetim; bir örgütün elindeki kaynaklarla daha önceden belirlenmiş amaçlarına ulaşacak şekilde faaliyetlerinin planlanması, yürütülmesi ve kontrol edilmesini kapsayan sosyal bir faaliyettir. (Dalay, b.t.)

Önceleri doğuştan yetenekli ve insanları yönetenlerin uyguladığı bir tür sanat olarak görülen yönetim kavramı bu yönünü bir süre korumuştur. "Sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi." (Koçel, 1998 S.10)

Yönetim, ortak bir amacı gerçekleştirmek için bireysel ve grupsal çabaların eş güdümlenmesi olarak tanımlanırken; bir başka tanıma göre; diğer kişilerin faaliyetleri aracılığıyla işlerin yapılması olarak gösterilmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s.1)

Modern yönetim, belirlenmiş amaçlara ulaşmak için beşeri ve beşeri olmayan kaynakların planlanması, örgütlenmesi ve bu amaca doğru işbirliğinin sağlanması, iş ve çabalarını kapsamaktadır. Yönetim sosyal bir niteliğe sahip olup işbirliği ve koordinasyon sürecini de gerektirmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009,s. 1)

Yönetimin özellikleri şu şekilde sıralanabilir; (Aktepe, 2006, s. 110)

- 1) Yönetim bir grup faaliyetidir.
- 2) Yönetimin beşeri özelliği vardır.
- 3) Yönetim iş birliği faaliyetidir.
- 4) Yönetimin amaç ve özelliği mevcuttur.
- 5) Yönetim iş bölümü ve uzmanlaşma faaliyetidir.
- 6) Yönetim bir koordinasyon faaliyetidir.
- 7) Yönetim bir yetki ve emir komuta faaliyetidir.
- 8) Yönetim evrensel bir süreçtir.

Yönetici, başkaları vasıtasıyla iş gören kişidir. Başkalarının zihinsel ve fiziksel güçlerinden yararlanarak onlarla gerekli işbirliğini kurarak belirli bir amaca ulaşma faaliyetinde bulunan herkes yönetim faaliyetinde bulunuyor demektir. Yöneticiler işletmeler için en önemli üretim faktörüdür. Bir işletme ne kadar kaliteli yöneticilere sahip olursa o kadar başarılı olur. (Koçel, 2007, s. 18)

Günümüzde yöneticilik profesyonel meslek haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde faaliyet gösteren işletmelerin sahipleri ile işletme yöneticiliği ayrı kavramlar olarak değerlendirilmektedir. Yöneticiler ve işletme sahipleri ayrı ayrı fonksiyonları yerine getirmektedirler.

Yöneticilerin başarılı olabilmeleri için bazı özelliklere sahip olmaları gerekir. Her geçen gün yöneticilerin sahip olmaları gereken özellikler artmaktadır. Sadece kar ve verimlilik gibi kavramlarla ilgilenen yöneticilerin özellikleri günümüzde değişime uğramıştır. Yöneticiler yönettikleri işletmelerin özelliklerine göre farklı niteliklere ihtiyaç duyarlar.(Şener, 1997, s. 77)

Yönetici bir kuruluşa ya da işletmeye hayat veren dinamik ve önemli bir elemandır. Günümüzde işletmelerin başarıları geniş ölçüde yöneticilerin çabalarına ve sergiledikleri performansa bağlıdır. Günümüzde tanımlanan ve aranan yönetici özellikleri geçmiş yılların yönetici özelliklerinden çok farklıdır. Genel olarak yöneticilerin özellikleri üç başlık altında toplanabilir; (Akat, 1998, s. 25)

1) Doğuştan Gelen Özellikler

Yöneticilerin doğuştan gelen özellikleri, insancıl olmak, yaratıcı yapıya sahip olmak, sabırlı azimli cesur ve mücadeleyi sevmek, alçak gönüllü, samimi, dürüst ve açık sözlü olmaktır.

2) Bilgi ve Tecrübeye İlişkin Özellikler

Yönetici, yönettiği işletmenin başarılı olması için o konu ile ilgili uzmanlığa sahip olmalı, yönetim konusunda eğitim görmüş olmalı ve kendini yenilemesini bilmelidir. Yönetici geniş genel kültürü yanında kendini devamlı olarak yenilemelidir.

Yönetici, başarılı olabilmek için yönetim tekniklerini çok iyi bilmeli ve bunları yerinde kullanılmalıdır. Ekip çalışmasına önem vermeli ve ekip çalışmasının gereğine inanmalıdır.

3) Yürütmeye İlişkin Özellikler

Yöneticiler yönetim fonksiyonlarını yerine getirmek için yürütmeye ilişkin özelliklere sahip olmalıdır. Bu nitelikler işbirliğini geliştirmek, çalışanların ödüllendirilmesi, görüş ve kararlarında tutarlılık, çalışanlara güven vermektir.

Yönetici, görevlerinin yerine getirilmesinde astları arasında uyumlu çalışma ve işbirliği yatar. Yöneticiler; kuruluşu, işletme sahiplerini, çalışanları sevmeli, haklarını korumalı ve hepsiyle iyi ilişkiler içinde olmalıdırlar.

Yöneticinin entelektüel seviyesi, sosyal özellikleri ve problem çözme becerisinden yola çıkarak bireysel özelliklerini bilmesi, kendini tahlil etmesi ve olası eksiklerinin farkında olması olası hedeflenen bir durumdur. (Bulut ve İşman, 1996)

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. (Şahin, 1999)

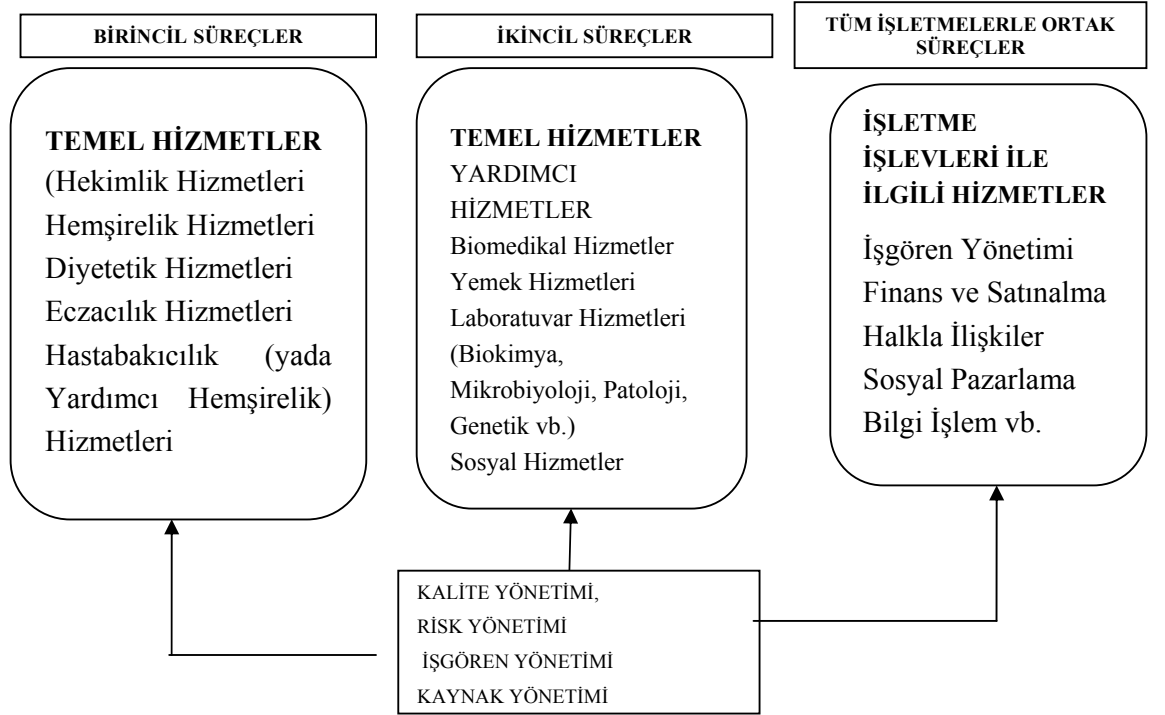
Matriks organizasyon yapısı, tarifi icabı, dikey ve yatay ilişki olmak üzere iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Dikey organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Örneğin, bir fonksiyonel yetki uygulaması gibi. Buna karşılık, matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir. (Koçel, 2007, s. 244)

Hastane yöneticiliğinin amacı: Hastane hizmetlerinin hasta bakımına en elverişli ve en ekonomik olarak yürütülmesini gerçekleştirmektir. Yöneticinin hedefi, hastanenin halkın büyük güven ve desteğini kazanmış, diğer sağlık kuruluşlarına her yönden örnek bir kuruluş haline geldiğini göstermektir. (Can ve İbicioğlu, 2008, s. 257)

Can ve İbicioğlu (2008) hastanelerin işlevlerini şöyle sıralamıştır; (Can ve İbicioğlu, 2008, s. 257)

- 1) Tedavi Hizmetleri (hastanelerin en eski ve en temel işlevidir)
- 2) Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri (toplum sağlığını koruma ve geliştirme, zararlı madde kullanımı, anne-çocuk sağlığı)
- 3) Eğitim hasta eğitimi, öğrencilerin eğitimi, asistan eğitimi, hizmet içi eğitim)
- 4) Araştırma (tıp bilimleri alanında araştırmalar yapan merkezlerdir.)

Hastaneler, hizmet üretimi karmaşık işletmelerdir. Hastanın değişen talebine uygun birçok süreçte hizmet verilmektedir. Bir süreçteki başarı ya d başarısızlık tüm süreçleri etkilemekte değerlendirme genel olarak yapılmaktadır. Hastanelerin bu karmaşık hizmet süreçleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



Şekil 1: Hastanelerin Hizmet Karmaşası.

Kaynak: Şahin, Ü. (1999). Hastane İşletmeciliği Yönetimi. Hastane İşletmelerinde Kalite (1.Baskı) içinde. S. 60-96. Eskişehir.

Ülkemizde hastanelerin çeşitliliği ve örgütlenme yapıları da birbirinden çok farklıdır. Devlet hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Üniversite hastaneleri

gibi hizmet verme ve yönetim açısından farklı konumda hastaneler mevcuttur. Bu da hastane yönetiminde ülkemizde bir standart yakalanmasını önlemektedir.

Üniversite hastanelerinin yönetim ve organizasyon açısından bir standardı yoktur, üniversiteler göre farklılık gösterir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise tepede Başhekim, hem yardımcısı durumunda olan hastane müdürü ve başhemşire ile birlikte hastanenin genel yönetim hizmetlerini yürütmekte, hem de kendisine doğrudan bağlı diğer birim ve alanların yönetim ve denetim görevini yürütmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akpolat, 2009, s. 145)

Eğitim ve araştırma hastaneleri; servis ve laboratuvar şefleri veya şef yardımcıları ile tıp alanında doçent veya profesör tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir. Diğer hastaneler ise; uzman tabipler veya tıp alanında doktora yapmış tabipler ya da iktisat, işletme, kamu yönetimi, hukuk, maliye, sağlık yönetimi, muhasebe alanlarında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir. (Sağlık Mevzuatı, 2008, s. 331- 420)

Sağlık yönetimin tarihine bakıldığında ülkemizde de olduğu gibi hemen her ülkede sağlık yöneticilerinin büyük çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu görülmektedir. Ancak bu durum diğer ülkelerde gittikçe azalmakta, sağlık yönetimi hekimlerin tekelinden çıkarılarak sağlık yöneticilerine bırakılmaktadır.

Ülkemizde hemen her dönemde Sağlık Yöneticiliği hekimlerin tekelinde kalmış, sağlık yöneticisi yetiştirmek amacı ile 60'lı yıllarda açılan Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksekokulu mezunlarına bile sağlık sektöründe yeterince aktif rol verilmemiştir. (Hayran ve Sur, 1998, s. 176) Bu durum hekimlerin sağlık hizmetlerinin her alanını tekellerinde tutmalarından kaynaklanmaktadır. Bu durum düzelmesinin tek yolu hekimlik dışı sağlık ekip üyelerinin profesyonelleşmeye önem vermesinden geçmektedir.

Hastanelerin hasta bakım hizmetlerinin proje yöneticileri hekimlerdir. Dolayısıyla proje ekibinin diğer üyeleri olan eczacı, diyetisyen ve hemşireler bir işgününde birden fazla proje yöneticisi ile ekip halinde çalışmak zorundadırlar.

Dolayısıyla bu ekip üyeleri her bir proje yöneticisinin yönetim anlayışı doğrultusunda iş görme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca proje yönetiminde yatay ilişki söz konusu olması gerekirken ülkemizde proje yöneticisi olan hekimler ekip üyelerine karşı olarak dikey ilişkiyi de (amir-komuta) direkt kullanmaktadırlar. (Şahin 1999)

Hastane işletmelerinin diğer işletmelerden farklı özellikleri olması, hastane yönetimini de farklılaştırmakta ve dolayısıyla hastane yöneticilerinin niteliklerinin de çerçevesini belirleyip hastanelerin sağlık kurumları işletmeciliği konusunda eğitim görmüş kişilerce yönetilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.(Can ve İbicioğlu, 2008),

En karmaşık hizmet karma ve süreçlerine sahip işletmeler olarak hastaneler aynı zamanda ağırlıklı olarak teknik yönünün değerlendirilmesi uzmanlık gerektiren süreçleri yöneten orta kademe (proje ve fonksiyonel) yöneticiler tarafından yönetilen işletmelerdir.(Şahin 1999)

Yataklı Tedavi Kurumları kanununa göre hastane müdürünün taşınması gereken özellikler şöyledir; “sağlık yönetimi, işletme, iktisat, muhasebe, maliye, kamu yönetimi, hukuk ve sağlık alanında eğitim veren dört yıllık fakülte veya yüksek okul mezunu ve en az 8 yıl hastane müdür yardımcılığı görevinde veya Bakanlık teşkilatında şube müdürü olarak çalışanların 6 yıl, daha üstü görevlerde bulunanların ise en az 2 yıl bu görevlerde çalışmış olması gerekir. Belirtilen alanlarda doktora eğitimi yapmış olanlar için hizmet şartı aranmaz” (Sağlık Mevzuatı, 2008, s. 331-420)

Günümüzde hastane yöneticileri, genellikle inanılmaz karmaşıklık ve boyutlarda bir kurumu işletir, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşır ve yüze yakın değişik hizmet gören profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. (Şahin, 1999)

Sağlık kuruluşlarının yönetimi herhangi bir iktisadi işletmenin yönetiminden çok daha karmaşıktır. Bir yandan yerlerin silindiği patates soğan ihalesinin yağıldığı, diğer yandan da beyin ameliyatlarının gerçekleştirildiği bir işletmeyi yönetmek salt

tıp eğitimi ile başarılabilecek bir iş değildir. Özellikle hastane yönetiminde otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, özellik arz eden tanı ve tedavi hizmetlerinin de verimli bir biçimde yürütülmesi söz konusudur.(Hayran ve Sur, s. 1998, s. 179)

Türkiye’de çevresel koşullar ve toplumsal gelişim tüketicilerin beklentilerini değiştirmiş ve isteklerini arttırmıştır. Sağlık yöneticileri gelişen ve değişen koşullar çerçevesinde öncelik taşıyan ve önemli alan konulara ağırlık vermek durumundadır. Çünkü sağlık yöneticisinin başarısını sağlayacak ön koşullardan birisi de ileride önem kazanacak olan konuların neler olacağını kestirilmesidir. (Tengilimoğlu, Işık ve Akpolat, 2009, s. 124)

Sağlık kuruluşlarının matris organizasyon yapısına sahip olması, sağlık hizmet sunumun diğer sektörlerden farklı olması gibi nedenlerle sağlık yöneticisinin yalnız tıp bilgisi ya da yalnız yönetim bilgisi ile bu işi başarabilmesi imkânsızdır. Sağlık yöneticiliği alanında uzmanlaşmış olması gerekir. Bu nedenle sağlık yöneticiliği mesleğinde profesyonelleşmeye verilen önem her geçen gün daha da artmaktadır.

Modern toplumlarda sağlık hizmetleri yöneticiliği en zor yönetim alanlarından biri olarak kabul edilmekte ve sağlık sisteminde çeşitli kurum ve kuruluşların işveren konumundaki üst yönetim organları profesyonel sağlık yöneticisine ihtiyaç duymaktadır. (Can ve İbicioğlu, 2008)

Can ve İbicioğlu’ na göre sağlık kurumları işletmeciliğinin gelişmesine etki eden faktörler şunlardır; (Can ve İbicioğlu, 2008)

- 1) Sağlık harcamalarının artması,
- 2) Sağlık kurumlarının büyümesi ve karmaşık hale gelmesi,
- 3) Sağlık sigortasının yaygınlaşması ve finansman mekanizmalarının gelişmesi
- 4) Sağlık sektöründe rekabetin artması,
- 5) Verimlilik ve kalite yükseltilmesi yönünde devletin ve sigorta kurumlarının baskılarının yoğunlaşması,
- 6) Sağlık hizmetlerinin ekonomik içeriği olan bir hizmet olarak görülmeye başlanması,

7) Sağlık kurumları işletmeciliği ile ilgili birikimin artması.

Yine Can ve İbicioğlu sağlık kurumları yöneticilerinin değişik konularda birçok gruba karşı sorumlu olduklarını söylemiş ve bu sorumlulukları şu şekilde sınıflandırmışlardır;

- 1) İşverene karşı sorumluluk,
- 2) Topluma karşı sorumluluk,
- 3) Müşterilere karşı sorumluluk,
- 4) Kaynak sorumluluğu,
- 5) Yasal sorumluluk,
- 6) Sigorta kurumlarına karşı sorumluluk.

Yöneticiler, bu sorumluluklar karşısında etkili ve verimli çalışmaya zorlanmakta ve yönelmektedir. Dolayısıyla, profesyonel sağlık kurumları yöneticisine olan talebi artırmıştır. Sağlık harcamalarının özellikle 1950-1980 yılları arasında olağanüstü artışı, sağlık kurumları yönetiminin sağlık sektöründe gücünü artıran veya bir başka deyişle, tıp ve sağlık mesleği üyelerinin egemen olduğu yönetim yapısından, profesyonel yönetim yapısına geçişin temel nedeni olmuş ve bunun yanında sağlık kurumlarının kompleksleşmesi ve bürokratikleşmesi de, profesyonel hastane yönetiminin gücünü artırmıştır. (Kavuncubaşı, 2000, s. 105.)

Sağlık kurumları yöneticisi, kurumsal faaliyetlerde etik kurallara uygun davranmak zorundadır. Sağlık kurumları yöneticisi, etik kurallara uygun davranışlar sergilemeyi, hastalara, kuruma, personele, kendi mesleğine ve topluma karşı üstlendiği görev ve sorumlulukların bir boyutu olarak görmelidir. (Can ve İbicioğlu, 2008)

4. MESLEKLEŞME

Bu bölümde meslek ve meslekleşme kavramlarının tanımı yapılmış, meslekleşme koşulları açıklanmıştır.

4.1. Meslek Kavramı

Meslek kavramının tanımını yapabilmek için meslek, iş, uğraş kelimelerinin tanımlanması ve özelliklerinin belirlenmesi gerekmektedir.

İş kelimesinin sözlük anlamına baktığımızda pek çok tanımla karşılaşırız. Bunlardan bazıları şöyledir; Bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma; bir değer yaratan emek; birinden istenen hizmet veya birine verilen görev; geçim sağlamak için herhangi bir alanda yapılan çalışma, meslek; ticari anlaşma, alışveriş; emek, işçilik, ustalık. (Büyük Türkçe Sözlük, 1996, cilt 1, s.726)

İş; herhangi bir şey üretmek, ortaya koymak, bir verim, sonuç elde etmek için güç harcayarak yapıları çalışma, etkinlik veya bir ürün ortaya koyan, bir değer yaratan emek (Karadağ, 2002)

Genellikle meslek karşılığı olarak dilimizde "uğraş" sözcüğü de kullanılmaktadır. Ancak bu sözcük tam bir mesleki faaliyeti anlatmaktan uzak görünmektedir. Uğraş, daha dar kapsamlıdır. Oysa meslek, belirli bir öğrenim ve tecrübe sonunda kazanılan bilgi ve beceriler yoluyla, belirli kurallara uyularak yapılan çalışmalar olarak tanımlanabilir. Öğrenim seviyesi ve tecrübe açısından meslekler arasında farklılıklar vardır. Meslek deyimiyile daha çok belirli bir işin, belirli ayrıntılara inilerek yapılması söz konusu olabilir. Buna karşılık uğraş deyimini daha dar kapsamlı olarak anlaşılabilir. (Ertekin, 1988)

Uğraş sözcüğünün sözlük anlamı ise; bir insanın yaptığı iş veya meslek, iş güç, meşguliyet; bir kimsenin kendi isteğiyle seçerek ve zevk alarak yaptığı iş, iş güç, meşguliyet şeklindedir. (Büyük Türkçe Sözlük, 1996, cilt 1, s.1511)

Meslek kurumlaşmış faaliyetler biçimidir. Ancak her iş meslek değildir. Bir iş veya uğraşın meslek sayılabilmesi için en azından bir tekniği, belli bir değer ve kuralları olması toplum içinde kabul görmesi ve kurumsallaşmış değerler manzumesine sahip olması gerekir. (Fındıklı, 2000)

Meslek kelimesinin sözlük anlamı ise şu şekilde yapılmıştır; bir kimsenin geçimini sağlamak için yaptığı sürekli iş; uğraş, birbirine bağlı bilimsel ve felsefi düşünceler birliği.(Büyük Türkçe Sözlük, 1996, cilt 1, s.1996 1012)

Başka bir tanıma göre meslek, insanın yaşamını sürdürebilmek için yaptığı ve genellikle yoğun bir eğitim, çalışmayı gerektiren sürecin sonunda kişilerin kazandığı unvanın adıdır. (Meslek, Anonim, b.t.)

Meslek; genellikle uzun ve yüksek dereceli bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan uğraş olarak tanımlanmaktadır. (Karadağ, 2002)

Açıklamalı sosyoloji sözlüğünde meslek hakkında özetle aşağıdaki bilgiler verilmektedir: (Kuyaksil ve Akçay,2005)

1. Bir ekonomik rol üzerinde yoğunlaşan ve genellikle geçim sağlamakla ilgili faaliyetler bütününe meslek denir.
2. Meslek, toplumda kişinin temel rollerinin başında gelir ve kişinin saygınlığı, şahsiyeti geliri v.b. pek çok özelliği mesleğiyle yakından ilişkilidir.
3. Toplumda herkes bir meslekle uğraşır. Örneğin öğretmenlik, yazarlık, fırıncılık, elektrikçilik, tüccarlık vb. birer meslektir. İş bölümünün yüksek olduğu toplumlarda daha çok ve çeşitli meslekler vardır.

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 bütünüdür. (Ertekin , 1988)

İnsanlar sadece kazanç elde etmek için çalışmazlar. Sağlıklı insan çalışarak, bir şeyler üreterek kapasitesini kullanır ve geliştirir. Bundan haz ve doyum sağlar. Bu nedenle yaşamak için paraya ihtiyacı olmayan insanların da bir meslek edinin çalıştıklarını, bazı kimselerin az gelir getiren meslekleri daha çok gelir sağlayabilecek mesleklere tercih ettiklerini görmekteyiz. O halde meslek para kazanmanın ötesinde, kapasiteyi kullanma ve kendini (özünü) gerçekleştirme yoludur. (Kuzgun, 2009, s.1)

Meslek, bir kimsenin geçimini sağlamak için yaptığı sürekli iş, sürekli uğraş demektir. Burada dikkatimiz çekmesi gereken nokta sürekliliktir. Aslında bir işin, bir uğraşın meslek haline dönebilmesi için bu iş ve uğraşın sürekli olarak devam etmesi ve sahibine profesyonel anlamda bir getirisi olması yani o meslek sahibinin geçimini daimi olarak o meslek alanı ile ilgili işlerden sağlıyor olması gerekir. (Ertekin, 2005, s.85)

Meslek kişinin kimliğinin en önemli kaynağı olup, onun etraftan saygı görmesine, başkaları ile ilişki kurmasına, toplumda bir yer edinmesine ve işe yaradığı duygusunu yaşamasına olanak veren bir etkinlik alanıdır da. Meslek etkinlikleri ile kişi kapasitesini kullanır, bir şeyler üretir ve yaratır. Bu etkinliklerden duyulan haz ve sağlanan doyum genel yaşama da yansır. Aynı şekilde, çalışma yaşamındaki huzursuzluk ve doyumsuzluk da kişinin psikolojik sağlığını tehdit eder. Çalışma yaşamındaki mutsuzluğun en önemli nedeni ise kişinin seçtiği mesleğin, niteliklerine uygun olmamasıdır. (Kuzgun, 2009, s.1)

Meslek, kişinin bedeni özellikleri, davranışları, tutumları, duyguları ve düşünceleri üzerinde olduğu gibi, eğilimleri ve kişilik özellikleri üzerinde de belirleyici etkiler yapar. Bu nedenle mesleğin hem tanımlanmasında hem de onun yer ve zaman içerisindeki farklılıklarında bu olgunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. (Ertekin,1988)

Bir iş veya uğraşı alanının meslek niteliği kazanabilmesi gerekli olan kriterler şunlardır; (Fındıklı, 2000)

- 1) Meslek, kişinin başlıca ve düzenli olarak yürüttüğü faaliyet alanı olmalıdır. Arada sırada yapılan geçici nitelikteki işler meslek sayılmamaktadır.
- 2) Melek, bir geçim şekli olmalı ve bir ücret karşılığı yapılmalıdır. Meslek, asli ve sürekli bir faaliyet alanı olmalıdır.
- 3) Meslek, sistematik bir bilgiye dayanmalı ve mesleğin tanımının olması gereklidir.
- 4) Mesleğin eğitiminin yapılması, uygulamasının olması ve kişisel beceriye dayanması gerekir.
- 5) Mesleki amaçları kişisel amaçları üstünde tutan mesleki davranış standartları olması gerekir.
- 6) Mesleğini ilke ve kurallarının olması ve meslek ahlakı ve disiplini bulunmalıdır.

İnci User'de, mesleği iş ya da diğer iş kollarından ayıran aşağıda kısaca belirttiğimiz özelliklerin altını çizmektedir: (User, 1996)

- 1) Meslekler, toplumsal temel ihtiyaçları rasyonel olarak karşılama bilgisi ve uğraşısını içerirler. Bu işe, mesleğe yeni girenlere, tecrübeli meslek mensuplarınca sistemli olarak aktarılır. Bu aktarma süreci, mesleğe ilişkin teknik ve etik kurallar gözetilerek yapılır.
- 2) Meslek sahibi, kendi uğraşı alanında söz sahibi bir kişidir. Mesleğe ilişkin bilgisi, eğitim ve tecrübe yoluyla oluşmuştur. Meslek sahibi, bilgiyi kullanabilme, uygulayabilme çabası içinde olan kişidir. Profesyonellerin bilgisi, kendi uzmanlık alanlarıyla sınırlıdır.
- 3) Meslekler, toplumsal onay ve meşruiyete dayanırlar. Meslekler, ne kadar gelişmiş ve kendisini kabul ettirmişlerse, prestijleri de o ölçüde yüksek demektir. Ancak mesleklerin kabul görmeleri kolay değildir. Toplumdaki yerleşik ön kabuller genel anlamda yeni meslek veya iş kollarının ortaya çıkmasına direnç gösterirler. Mesleğe ilişkin toplumsal onay, mesleklerin belirli ayrıcalıklarında belirginleşir: Örneğin, a) Mesleğe kabul, meslek sahiplerinin yetkisindedir, b) Meslek sahibi mesleğe ilişkin teknik konularda tek söz sahibidir, c) meslek grubu kendi kendisini teknik ve etik açılarından denetler.

- 4) Meslekler kendilerine özgü bir etiğe sahiptirler. Her meslek kendi içinde belli kural, ilke ve ahlak anlayışını formüle eder. Kendi etik kurallarını tespit eder, bunu denetler ve yaptırımlar getirir. Mesleğin sürekliliği ve toplumsal kabulü için gerekli olan bu koşullar, aynı zamanda meslekleri her hangi bir iş ya da uğraştan farklılaştırır.

İş	Meslek
Eğitim iş başında yapılabilir.	Eğitim üniversitede gerçekleşir.
Eğitim süresi değişir	Uzun bir eğitim süresi vardır.
Değerler, inançlar ve etik hazırlıkta ön planda değildir.	Değerler, inanç ve etik hazırlığın bir parçasıdır.
İşe bağlılık değişir.	Mesleğe bağlılık güçlüdür.
Çalışanların gözlenmesi gerekir.	Çalışanlar bağımsızdır.
Kişiler sıklıkla işi değiştirir.	Kişiler mesleğini değiştirmeye eğilimli değildir.
Sorumluluk işverene aittir.	Sorumluluk bireylere aittir.

Şekil 2: İş ve Meslek Arasındaki Başlıca Farklılıklar.

Kaynak: Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5(2), s.38-49

Yücel Ertekin'e göre, herhangi bir işin meslek olarak nitelenebilmesi için bir takım öğelere sahip olması gerekmektedir. Bunlar; (Ertekin, 1988)

- 1) İşin sosyal niteliği,
- 2) Mesleksel yapısı,
- 3) Mesleğin kurumsal içeriği,
- 4) Mesleğin, toplumdaki öteki insanlarla olan ilişki biçimleri,
- 5) Meslek sahibi kişi olarak insanın oynadığı rol. Belirtilen bu hususlar, meslek olgusunun değişik boyutlarına gönderme yapar niteliktedir.

Her mesleğin, meslek olarak tanınabilmesi için sergilemesi gereken bazı nitelikler ve vasıflar vardır. Barber'a göre bu nitelikler arasında sınırları iyi

tanımlanmış bir bilgiyi, etik bir kodu yani ahlaki ilkeleri, topluma sunulacak hizmetleri sağlamak için kendine has (o meslek haricindekiler tarafından gerçekleştirilemeyecek) ve emsalsiz bazı yöntemleri ve toplumun söz konusu bu meslek alanı tanıyarak, ona hak ettiği statü ve itibarı vermesini sayabiliriz. (Ertekin, 2005, s. 87)

Yine Barber'e göre (1996), profesyonel mesleğin dört temel özelliği vardır. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir;(Barber, 1996, s. 46)

- 1) Yüksek derecede genel ve sistematik bir bilgi,
- 2) Birey çıkarlarından çok toplumsal çıkarlara yönelme,
- 3) Uzmanların kendilerinin gönüllü olarak kurdukları ve işlettikleri dernekler aracılığıyla oluşturdukları etik kanunlar sayesinde, kendi kendine davranışları kontrol etme eğilimi,
- 4) Bireysel çıkar anlamına gelmeyecek fakat işteki başarıları sembolize edecek bir ödül sisteminin varlığı.

4.2. Meslekleşme Kavramı

Meslekler genellikle işten kaynaklanmaktadır. Yani meslek işin evrim geçirmesiyle oluşmuştur. Meslek orijinal olarak işin bileşimi olmasına rağmen işten farklı olarak daha fazla özelleşmiş bilgi temeli ve yasal statüye sahiptir. Meslekleşme süreci, meslek statüsüne ulaşmak için, işin yapısındaki bir dizi değişiklikler olarak tanımlanır.(Karadağ, 2002)

Becker'a göre de meslekleri, iş ve uğraştan ayırmak için bazı kriterler mevcuttur. Mesleki bir etkinliğin en başta entelektüel olması, onu yerine getiren kişinin bu etkinliği çok büyük bir şahsi sorumluluk duygusu ve bilinci ile gerçekleştirmesi gereklidir. Mesleki etkinlik rutine (şartların gerektirdiği alışılmış iş veya yöntem) değil de ciddi bir bilgi birikimine dayandığından öğrenilebilir niteliktedir. Mesleki etkinlik kurumsal ya da akademik olmaktan çok tatbikidir; tekniği öğretilir ve bu da mesleki eğitimin temelini oluşturur. Dahili olarak son

derece kuvvetli bir biçimde düzenlenmiş, organize bir nitelik taşır. Ayrıca fedakârlık düşüncesi temel güdüleyenidir, zira profesyoneller yani bir mesleğin mensupları kendilerini bir şekilde toplumun refahı ve iyiliği için çalışıyor olarak görürler ve manevi bir tatmin duygusu elde ederler. (Ertekin, 2005, 88)

Batıda meslek karşılığı kullanılan ‘profession’ kelimesinin ilginç bir etimolojik gelişimi vardır. Küçük Oxford sözlüğü, meslek anlamına gelen profes sözünün esas itibariyle dinsel bir kökten geldiğini ve ‘dinsel düzen adına yemin etmeyi’ ifade ettiğini yazmaktadır. Ancak, bu sözcük, 1675 yılından itibaren dini anlamını kaybetmiş ve ‘yeteri kadar nitelikli olma’ anlamında bir meslek olarak kullanılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla, ‘profession’ bir meslek sahibi olmak isteyenlerin işlerinin inceliklerini iyi bilmeleri ve meslek için gerekli nitelikleri taşımaları demektir. Belli bir eğitim ve çaba sonucu kazanılan meslekler, günlük hayatta diğer insanların sorunlarını halletmek için kullanılan yararlı bir bilgi ve bu bilgi üzerine kurulu bir sanat olarak karşımıza çıkmaktadır. (Hugres, 1996, 26)

Meslekleşmenin en belirgin başlangıç noktası, profesyonel anlamda eğitilmiş elemanlara duyulan ihtiyaç olmuştur. Bu ihtiyacın gerçekleşmesi için atılan ilk adım 1873’te Londra’da hayır derneklerinde çalışanlar için düzenlenen konferanslar olmuş, bunu 1898’de New York’ta açılan yaz okulu izlemiş ve 1899 da Amsterdam’da ilk sosyal hizmet okulu açılmıştır. Böylece söz konusu ülkelerde mesleki eğitim, sosyal hizmetlerde görev alacaklar için bir ön koşul olarak kabul edilmiş, daha sonra eğitim kurumlarının ülkeler arasında yaygınlık göstermesiyle sosyal hizmet mesleği evrensel bir nitelik kazanmıştır. (Özdemir, 2000, s. 48).

Tarihsel gelişim açısından bakıldığında tıp, hukuk ve ilahiyatın ilk meslek statüsünde yer aldığı, meslekleşmeye doğru eğilimin dışçılık, sosyal çalışanlar tarafından sürdürüldüğü, hemşirelik, kütüphanecilik ve öğretmenliğin profesyonel olmaya eğilimli meslek listesinin daha alt sıralarında yer aldığı görülür. Yine tarihsel gelişim sürecinde, kendilerini gerçek meslek statüsünde görmeye istekli, ancak kişisel iddiaların profesyonel statüyü kanıtlayamayacağı gerçeğinin bilincinde olan mesleklerin, profesyonel statüye ulaşmak için gerçek meslek karakteristiklerini geliştirmeye dayalı belli stratejiler uyguladıkları anlaşılmaktadır. Bu stratejilerden bazıları; (Yıldırım, 2001)

- 1) Güç standartlarını yükseltmek,
- 2) Daha az benimsedikleri işleri başka gruba delege etmek,
- 3) Temel mesleki eğitimlerini üniversite düzeyine çıkarmak,
- 4) İleri bilgi temelini oluşturacak araştırma programları geliştirmek,
- 5) Etik kavramları formüle etmek ve sonuç olarak mesleki politik çalkantılar yaratmak şeklinde çabalar olarak dikkati çekmektedir.

Profesyonel meslek kavramı, tanımlanması güç olan ve üzerinde henüz uzlaşma sağlanamamış bir kavramdır. Bunun da ötesinde, neredeyse bu konudaki her yazarın bir profesyonel meslek tanımı mevcuttur. Profesyonel meslek tanımlarının birçok ortak noktaya sahip olmaları gözden kaçmayacak kadar açık olmakla birlikte, hemen hemen her tanımda dolaylı ya da dolaysız şekilde sözü edilen, özel bir bilgi çeşidine sahip olma ya da bunu kullanma durumudur. Diğer bir deyişle, profesyonel meslek olgusunun merkezinde “bilgi”nin bulunduğu rahatlıkla söylenebilir. (Karadağ A, Hisar F ve Özhan Elbaş N. 2004)

Meslek karakteristiklerine erişmek için belli stratejiler uygulanmaktadır. Bunlar arasında temel mesleki eğitimlerini üniversite düzeyine çıkarmak, güç standartlarını yükseltmek, ileri bilgi temelini oluşturacak araştırma programlarını geliştirmek, etik kavramları formüle etmek ve mesleki politik kamuoyu oluşturmak gibi stratejiler sayılabilir. Güç standartlarını yükseltme stratejisi, mesleğe ilişkin bilimsel bilgi ve mesleki uygulamaları kontrol etme, yani meslek otonomisi ile doğrudan ilişkilidir. Otonomi, çok boyutlu bir kavram olarak kendi kendini yönetme, kendi kendine karar alma, kişisel özgürlük ve bağımsızlık gibi anlamlar taşır. Profesyonel otonomi işin gerekleri doğrultusunda çalışanın bağımsız karar verme yetkisini içerir. Bir mesleğin, kendi konu alanı ile ilgili kararlarını başkalarına bağlı olmaksızın vermesi ve bu kararlar doğrultusunda eylemlerini bağımsız olarak uygulayabilmesi, meslek otonomisini tanımlar. Aynı şekilde herhangi birinin onay ve iznine gereksinim duymadan uygulamalarını gözleme ve değerlendirme yetkisini içerir. Diğer yandan otonomi hesap verme, bilgi, bilme ve anlama üzerinde temellenir. Bu yönde mesleği tanılama, karar verme, uygulama ve delege etmeye ilişkin sorumluluklarını açık bir şekilde belirten meslek yasalarının önemi büyüktür. Diğer yandan meslek kuruluşları tarafından, eyleme dönüştürülecek ve üyelerine

vizyon kazandıracak nitelikte temel ve ileri düzeyde meslek standartlarının belirlenmiş olması önemlidir. Otonomi, meslekle ilgili bilimsel araştırmalarla güçlendirilir. Meslek bilimcilerin, uygulama ve eylemlerinde otonomiye güçlendirme yönünde araştırma yapmaları ve elde edilen sonuçları uygulamalarına yansıtmak üzere meslek üyeleri ile paylaşmaları beklenir. (Yıldırım, 2008)

Bir uğraşın, bir faaliyetin, bir meslek olarak kabul görmesi; diploma, lisans, ruhsat, sertifika gibi bir ehliyet ile uygulama standartları ve etik kurallarının bulunmasını gerektirmektedir. Ehliyetin belgelenmesi ve kuralların belirlenmesi ise; eğitim, gelişim ve uyum disiplinin sağlanması için organize olma ihtiyacını doğurmaktadır. Bu tespitler, bir işi meslek yapan üç boyut bulunduğunu göstermektedir. Belge, uygulama standartları ve etik kuralları ile mesleki örgütünün bulunması bir işe mesleki değer kazandırmaktadır. Söz konusu üç boyutun birlikte varlığı, bir işe mesleki değer kazandırmaktadır. Mesleğin küresel ve ulusal düzeyde yaygın kabul görmesi, geleceğinin yönetilmesi ise meslek örgütünün işlevselliğini gerektirmektedir. (Uzun, b.t.)

Bir mesleğin eğitim ve uygulama ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesindeki çözüm yolları, ancak o mesleğin üyeleri tarafından belirlenir. Ayrıca, bir mesleğin eğitiminden ve yönetiminden kendi meslek mensupları sorumlu olmalıdır" kuralı da meslekleşmenin değişmez ölçütlerinden biridir. (Taşkın, 1998)

4.3. Meslekleşme Koşulları

Profesyonelleşme, bir işin meslek haline dönüşmesi olarak tanımlanabilir. Meslek olmanın başlıca koşulları ise şu şekilde tanımlanmaktadır: (Hayran ve Sur, 1998, s.176)

- 1) Teori ve araştırmaya dayanan, uygulama becerileri gerektiren özel bilgi birikiminin olması,
- 2) Giriş ve uzmanlaşma standartları ile resmi makamlarca kabul gören bir eğitim süreci,

- 3) Özle bir alanda uygulama yetkisinin bulunması ve kendi faaliyetlerini denetleyebilmesi, hesabını verebilmesi,
- 4) Bireylere hizmet sunarken, topluma hizmet anlayışına dayanan bir etik yaklaşımın bulunması.

Sosyologlar “meslek” için vazgeçilmez ölçütler olarak: (Karadağ, 2002)

- 1) Hizmetin toplum için vazgeçilmez olması.
- 2) Uygulayıcıların hizmetin önemine inanmaları.
- 3) Araştırmalarla sürekli zenginleşen özel bir bilgi tabanının ve bu bilgiyi yaygınlaştıran yayınların olması.
- 4) Hizmetin psikomotor etkinliklerle birlikte entelektüel aktiviteleri de içermesi; meslek üyesinin bireysel sorumluluk ve bilinç özelliğini taşıması.
- 5) Uygulayıcıların yüksek öğrenimden geçmiş olması.
- 6) Uygulayıcılarda görece bir bağımsızlığın olması ve uygulayıcıların kendi felsefe, amaç, politika ve etkinliklerini belirlemeleri.
- 7) Uygulayıcıların hizmet için motive olmaları (alturizm) ve görevlerini yaşamlarının önemli bir ögesi olarak düşünmeleri / görmeleri.
- 8) Uygulayıcıların karar verme ve uygulamalarına rehberlik eden etik ilkelere sahip olmaları.
- 9) Yüksek uygulama standartlarını teşvik eden ve destekleyen organizasyon /organizasyonların olmasını öngörmektedirler.

Greenwood'a göre mesleğin özellikleri şöyle sıralanabilir; (Ertekin, 2005, s.88)

- 1) Sistematik bir kuram
- 2) Otorite
- 3) Toplum tarafından kabul görme
- 4) Etik ilkeler
- 5) Kültür
- 6) Son derece yüksek düzeyde genel ve sistematik bilgi birikimi
- 7) Kişisel çıkarların önüne toplumsal çıkarların geçmesi
- 8) O işi uzmanları tarafından bizzat örgütlenmiş ve işletilen gönüllü dernek ve/veya birlik gibi kurumlar aracılığı ile ve iş sosyalleşmesi süreçler ertesinde

oluşmuş son derece gelişmiş bir otokontrol sistemi ile tüm davranışların kontrol altında tutulması.

- 9) Esas olarak işte elde edilen başarıyı simgeleyen yeni bir simge seti olarak karşımıza çıkan bir ödül/karşılık sistemi.

Aydın (2010)' a göre bir uğraşın meslek sayılabilmesi için aşağıdaki unsurları taşıması gerekir: (Aydın, 2010, s. 95)

- 1) Bir meslek dalı, toplumun kaçınılmaz olan bir gereksinimini karşılar.
- 2) Meslek kişinin salt kendi doyumunu için değil aynı zamanda başkalarının yararı için de yaptığı bir uğraştır.
- 3) Meslek sistemi bir deneyimle kazanılmış özel bilgi ve becerilere dayalıdır.
- 4) Meslek dalları araştırma ve deneylerle geliştirilerek zamanla kendine özgü tekniklere sahip olurlar.
- 5) Meslekler kazanç elde etmek için yapılan uğraşlardır.
- 6) Meslek olarak kabul edilecek bütün uğraş alanlarının kendine özgü değer ve etik ilkeleri vardır ve bu mesleğin üyeleri bu değer ve ilkeler doğrultusunda davranırlar.

Millerson'a göre mesleğin özellikleri ise şöyledir; (Ertekin, 2005, s.88)

- 1) Bir meslek her zaman için kuramsal bilgiye dayanan bir beceri gerektirir.
- 2) Bu beceri ancak bir terbiye, bir eğitim, öğretimi ertesinde edinilebilir.
- 3) O mesleğe has davranış kurallarına sadık kalınarak bir bütünlük ve dürüstlük, iş namusu elde edilebilir.
- 4) Verilen hizmette kamu yararı esastır.
- 5) Meslek, organize, örgütlü, planlı bir etkiliktir.

Bilgi, otonomi, eğitim, statü, mesleki kuruluş ve benzeri ölçütlerle kıyaslandığında, gerçek mesleklerin, kendine özgü bir bilgiye sahip, hizmetleri ile ilgili konuda karar verebilen meslek standartlarını ve etik kavramları belirlemede tam otonomi sahibi, daha uzun süreli eğitim, güçlü toplumsal statü ve mesleki kuruluşlara sahip oldukları görülür. (Yıldırım, 2001)

Flexner 1915 yılında gerçek mesleklerin taşınması gereken kriterleri bir liste halinde yayınlamıştır. Flexner'in kriterleri yayınlandığından beri değişik işlerin, iş-meslek sürecindeki konumlarını saptamak için ölçüt olarak kullanılmıştır. Flexner' in tanımladığı kriterlere göre meslek: (Karadağ, 2002)

- 1) Temelde zihinseldir ve üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir.
- 2) Öğrenilebilen, yenilenebilen ve araştırmalarla yeniden üretilebilen bilgi birikimine dayanır.
- 3) Teorik olmanın yanı sıra pratiktir.
- 4) İleri düzeyde özelleşmiş mesleki eğitim süreciyle öğretilir.
- 5) Üyeler arasında güçlü bir iç örgütlenme ve iyi gelişmiş grup bilinci vardır.
- 6) Meslek üyeleri birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya isteklidirler.

Bu araştırmada meslek olmanın temel koşulları ayrıntılı olarak incelenecektir. Bu koşullar şöyle sıralanabilir;

- 1) Kuramsal bilgiye sahip olma ve eğitim;
- 2) Toplum ve diğer meslek grupları tarafından kabul görme
- 3) Mesleki örgütlenme'dir.

4.3.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim

Mesleklerin bilimsel nitelik kazanabilmeleri mesleğin kendine özgü bilgi içeriğini oluşturması ile olasıdır. Bu bilginin toplumsal yaşamın günlük sorunlarına uygulanabilir nitelikte olması beklenir. Profesyonel kişi bilgiyi yaratmak, uygulamak ve yönetmekten sorumludur. Bilgi kontrolü ve bilgiye hakim olma yaşam ve ölümün söz konusu olduğu mesleklerde daha çok anlam kazanır. (Yıldırım, 2008)

Bir mesleğin meslek olarak sayılabilmesi için kendine has bir bilgiyi kontrol ediyor olması ve birbirine bağlı bilimsel ve felsefi düşünceler birliği olarak da ana karakterini ortaya koyması gerekmektedir. (Ertekin, 2005, s.85)

Mesleki bir organın başarı kazanabilmesi için kendi disiplini ile alakalı olan her türlü bilgiyi organize edebilmesi hatta bu bilgiye erişim üzerine dahi kuvvetli bir söz hakkının olması gerekmektedir. Belirli bir oranda uzmanların yaratılması demek aslında yeni araştırma alanlarının da ortaya çıkması anlamına gelecektir. Bu araştırma alanlarının gelişmesi ise ancak alakalı politikalara ve bu araştırma alanlarına kaynak sağlayanların bulunmasına ve elbette kaynakların bolluğun bağlıdır. (Ertekin, 2005, s. 90)

Bir uğraşın bilimsel nitelik kazanarak meslek olabilmesi, kendine özgü bilimsel bilgi içeriğinin varlığı ile olasıdır. Bu bilginin diğer bir özelliği de toplumsal yaşamın günlük problemlerine uygulanabilir nitelikte olmasıdır. Toplum, profesyonel bilginin problem çözebildiğine ve profesyonellerin kendi alanlarında karar verme gücüne sahip olduğuna inanır. Kısaca profesyonel kişiyi bilginin yaratılması, uygulanması ve organizasyonunda sorumlu tutar.(Yıldırım, 2001)

Disipliner anlamda iyi çizilen sınırlar mesleki anlamda da sınırların daha somutlaşmasına neden olacak dolayısı ile mesleği kimin icra edip edemeyeceği, meslek mensuplarının etkinliklerini etkileyen yapıların neler olabileceği, bunları kontrol altına alabilecek otoritenin nasıl olması ve nasıl biçimlenebileceği, bu özel alandaki bilgi yönetimi ile ilgili her türlü sorun, büyük oranda tanımlarla kontrol altına alınmış olacaktır. (Ertekin, 2005, s. 95)

Bilimsel bilgi üretiminin temelini üniversiteler sağlar. Üniversitelerin temel işlevleri ise, öğrencilerine profesyonel uygulamaların temelini oluşturan genel ve sistematik bilgilerin temelini aktarmaktır. Aktarılmak istenen konu sadece emel bililer değil, profesyonel bilgideki gelişmelerin nasıl takip edileceğidir. Kısacası üniversiteler, mesleklerdeki fikirleri sistematize eden ve yaratan, en önemli öncülerdir. (Barber, 1996, s. 9)

Bilimsel bilgi sadece araştırmalarla üretilebilir. Araştırmalarla üretilen bilginin mesleğin gelişmesine katkıda bulunabilmesi için bazı özellikler taşıması gerekir. Bilgi, meslek üyeleri tarafından üretilmelidir. Üretilen bilgi toplumun yararına olmalı ve toplum, bu bilginin kendi problemlerini çözdüğüne inanmalı,

üretilen bilgi yayınlanmalıdır. Kuramsal ve uygulama boyutu olan bu bilgi ve becerinin kazanılması uzun bir hazırlık dönemini kapsamalıdır. Diğer bir deyişle insanlar bu alandaki bilgi ve beceriyi tek başına ya da birilerinin yardımıyla kendi kendilerine yapabileceklerini düşünmemelidir. (Karadağ, 2002)

Bilginin bir bilim dalından meslek ve üretim alanlarına olan yolculuğunda daha önceden iyi yapılmış tanımlar ve iyi çizilmiş sınırlar meslek mensuplarının da hem maddi hem de manevi anlamda tatmin elde etmelerine neden olacaktır. Bir meslek için önemli olan hususlardan birisi edinilmesi gereken belirli bir uzmanlık bilgisi olanlar tarafında gerçekleştirilebilecek olmasıdır. (Ertekin, 2005, s.91)

Bilimsel tabanı olan bir meslek belli bir teoriye ve üst düzey bir tekniğe sahiptir. Bilgi birikimi ne kadar büyükse bir iş o kadar meslek sayılır. Bilimsel yapıya sahip olan bir meslek sürekli araştırmalarla bilgi yükünü genişletir. (Karagözoğlu, 2005)

4.3.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme

Meslekler toplumlardan ayrı düşünülemez. Tüm toplumlarda meslek ve toplum arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Toplumlar kendileri için hayati önem taşıyan işlevleri üstlenen mesleklerin önemini kabul eder ve işlevlerini yönetmesinde mesleğin bağımsız olmasına izin verirler. (Karadağ, 2002)

Meslek sahibi olmak sosyolojik açıdan çeşitli sonuçlar doğurur. Toplumda tanınan bir meslek sahibi olmak, üyelerine ekonomik, sosyal, politik ve yasal ayrıcalıklar sağlayacağı gibi, birçok prestiji de beraberinde getirir. İnsanın toplum içinde oynadığı rolün prestiji, zayıflığı, güçlülüğü, onun toplum içerisindeki sosyal statüsünü de güçlü veya zayıf kılar. İnsanların toplumda saygınlık sağlayacak rollere sahip olabilmesi için bireylerin belirli bir gelire sahip olması önemlidir. (Sevim ve Dayı, 2009)

Profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir. Çünkü profesyoneller, hem toplum hem de diğer disiplinler tarafından saygı duyulan kişilerdir. (Karadağ A, Hisar F ve Özhan-Elbaş N. 2004)

Her mesleğin toplumdaki itibarı büyük ölçüde farklı olduğu için meslek insanın sosyal statüsünü büyük ölçüde tayin eder. Meslek, insanın sadece kişisel yaşamı üzerinde değil, çevresi ile olan ilişkilerinde de önemli rol oynar. İnsanın toplum içindeki statüsünde icra ettiği mesleğin rolü göz ardı edilemez. Günümüzde endüstrileşmiş toplumlarda, iş bölümüne de bağlı olarak önemli mesleki rollerin yüksek statüler kazandıkları ve katmanlaşma sisteminin belirlenmesinde ana ölçüt olarak kullanıldıkları görülmektedir. Mensuplarının bir geçim vasıtası olarak kullandıkları meslekleri toplum hemen hemen görüş birliği ile dereceleemektedir. Bu derecelemenin dayandığı esasları tayin etmek çok güçtür. Şüphesiz ki, kazanılan para derecelemede ölçü olamaz. İnsanlığa edilen hizmet de mesleğin itibar ölçüsü sayılamaz. Şayet meslekleri derecelendirmede tarifî mümkün bir ölçü varsa bu, yapılan işin özel mahiyeti ile bu işte aranan vasıflardır. (Sevim ve Dayı, 2009)

Bireyin belli kazanımlarda bulunması, öncelikle, uygun bir meslek edinmesine bağlıdır. Zira yeteneklerini sergileyip kendisini ifade etmesi, sorumluluk alması, bağımsız ya da başkalarıyla birlikte çalışabilmesi ve çeşitli ilişkiler kurması, maddi kazanç elde etmesi, toplumsal statü kazanması, belli bir yaşam standardı ve toplumsal çevre edinmesi, ancak bir mesleğe sahip olmasıyla mümkündür. Diğer yandan, bireyin topluma katılımının meslek üzerinden olması da meslek edinmesini zorunlu kılmaktadır. Çünkü meslek, bireyi geniş topluma bağlayan temel bağıdır. (Hall, 1975, s. 67)

İnsanların sosyal statülerini belirlemesi dolayısıyla mesleklerin toplum hayatında önemli bir yeri vardır. (Fındıklı, 2005) Bir mesleğin toplumdaki sağladığı avantajlarla toplumun o meslekten sağladığı avantajlar, bir meslek ile toplum arasında bir tür sosyal sözleşmenin varlığına işaret etmektedir. İşte bu sözleşme belli bir meslek ile toplum arasındaki ilişkilerde ahlaki bir altyapı oluşturmaktadır ve meslek sahiplerinin topluma karşı özel bir ahlaki sorumlulukları olduğunu göstermektedir. (Sevim ve Dayı, 2009)

Tam profesyonel statüye ulaşmanın oldukça uzun ve yavaş bir süreç olduğu ve bu süreçte toplumun verdiği sınırlı boyuttaki desteğin tek avantaj olduğu kabul edilir. Çünkü genel olarak yerleşik meslekler kendi imtiyaz ve statülerini paylaşmaya istekli değildir, olmamaktadırlar. Kaldı ki profesyonelleşmeye doğru direnç gösterme ve engelleme eğilimleri görülür. Bu direnç daha çok üniversite programlarının oluşturulması ya da belli başlı hükümlere karşı gösterilen tavırla ortaya çıkar. (Yıldırım, 2001)

Toplumun bir hizmete ihtiyaç duyması için mesleğin verdiği hizmeti alması tanınması ve bunun sonucunda talep etmesi gerekir. Profesyonel olmak, meslek üyelerinin üstlendiği işin en iyisini yapmak, kaliteli bir hizmet vereceğine dair topluma söz vermektir. Hizmeti veren kişiler işlerini ne kadar iyi yaparlarsa, hizmet toplum için o kadar vazgeçilmez olur.

Bir mesleğin toplumda herkes tarafından kabul görmesi bir mesleğin meslekleşme koşullarından biridir. Ancak salt toplumun tümü tarafından kabul görmek yeterli olmayacaktır. Çünkü bu noktada da mesleğe karşı alınan tavır, benimsenme biçimi, mesleğe verilen değer dolayısıyla gösterilen saygı ve elde edilen meslek itibarı da bir o kadar önemlidir. (Ertekin, 2005, s. 95)

Günümüzdeki meslekler incelendiğinde en eski mesleklerin hekimlik, avukatlık, askerlik gibi yeni mesleklere kıyasla diyetisyenlik, fizyoterapistler gibi daha yetkin, daha saygın olması güç alanının genişliğinden kaynaklanmaktadır. (Hayran ve Sur, 1998, s. 177)

4.3.3. Mesleki Örgütlenme

Örgüt, belirlenmiş amaçları gerçekleştirmek için iki ya da daha fazla insanın bir araya gelmesi, yapılacak işlerin tanımlanıp, bu tanımlamalara uygun birimlerin oluşturulması, işle ilgili olarak bir araya gelenler arasında etkili bir iletişim sisteminin kurulması, iş görme biçimlerine ilişkin ilkelerin belirlenmesi sonucu oluşan yapılara verilen addır. (Bayrak, 1998, s. 94)

Örgüt, insanın işbirliği gereksiniminden doğar. İnsan tek başına başaramayacağı işleri başarmak için birden fazla insanın güç ve eylemlerinden yararlanmaya, onları kendi gücüne katmaya çalışır. (Bayrak, 1998, s. 93)

Örgütlenme, kelime anlamı ile; ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birliktelik, teşekkül oluşturma anlamına gelmektedir. (Ataman, 2006)

Örgütlenme etkinliklerinin insanlık tarihiyle birlikte başladığı söylenebilir. İşlerin başarıyla gerçekleştirimi ancak ilgili kişilerin yan yana gelmesi ve getirilmesi ile olanaklıdır. İnsanların belirli amaçlara sahip, eylemlerinin bilincinde olmaları ve bunların başkalarının katkısını gerektirdiğini bilmiş olmaları örgütlü yaşamı kaçınılmaz kılmaktadır. Örgütlenmemiş insanlar sadece birer yığındırlar. (Bayrak, 1998, s. 96)

Meslek örgütleri toplumumuzda demokratikleşme sürecinde önemli bir rol oynamaya başlamıştır. Özellikle bu durum son bir iki yıl içinde belirginleşmeye başlamıştır. (Apak, b.t.)

Meslek örgütleri, mesleğin anlaşılması, meslektaşların tanınması, takdir edilmesi, gelecekte de ifade bulması ve saygı görmesi için çalışmalar yapmalıdır. Bu amaçla, vizyon, misyon ve stratejileri ile mesleğin geleceğini tasarlamalı böylece Meslekte mükemmelliğin merkezi olmalıdırlar. Bu beklentilerin karşılanması meslek örgütünün işlevselliğini gösterir. (Uzun, b.t.)

Meslek örgütleri hukuki bir çerçevesi ve ekonomik yapısı olan kar amaçsız örgütler olup yarattığı katma değeri tekrar mesleğin ve meslektaşların gelişimine harcayan bu anlamda sosyal fayda yaratan kurumlardır. Meslek örgütünün kurumsal sürdürülebilirliğinin güvencesi olan şeffaf ve hesap verilebilir kurumsal yapı, hukukun ve mesleğin gereklerinin yerine getirilmesine azami dikkat ve özen gösteren, kuraldışı eylemlere bilerek ve isteyerek taraf olmayan bir yönetim anlayışı bulunmalıdır. (Uzun, b.t.)

Aynı mesleği çok sayıda kişinin yapması, bu kişilerin bir araya gelmelerine ve meslek birliği etrafında toplanmalarına yol açmıştır. Bu şekildeki birlik ve dayanışma içerisinde hem mesleğin saygınlığının yükseltilmesi hem de topluma daha iyi hizmet sunulması hedeflenmektedir. (Aydın, 2010, s. 97) Meslek odalarının bulunmadığı veya etkin olmadığı durumlarda da; en basit ifade ile sayıları on binlerle ifade edilebilecek meslek sahiplerinin görüş ve önerileri alınmamış, onların etkin ve yetkin çalışma koşulları yerine getirilmemiş olacaktır. (Ataman 2006)

Mesleki örgütlenme, katılımcı, sorgulayan, irdeleyen, çok sesli, farklılıkların birlikteliğinden sinerji yaratan, bağımsız davranabilen bireylerden oluşmalıdır. Örgütlenmenin sinerjisi meslek için kullanılmalıdır. Meslek örgütünün yönetim organlarında hizmet süreli olmalı, yönetici insan kaynağı yenilenmelidir. Yönetim organları oluşturulurken çıkar çatışmalarına fırsat verilmemelidir. Örgütsel kaynaklar mesleki çıkarlar gözetilerek kullanılmalıdır. (Uzun, b.t.)

Bu olgu tarihsel olarak çok eskilere dayanır. Meslekler içerisinde mensupları arasında ortak bir birlik oluşturularak elde edilen mesleki boyut, o işi yapmak konusunda kişiye toplum içerisinde “uzman”, “yetkili” ya da “yeterli kişi” gibi kimlikler kazandırır. Bir işi yapabilmek için diploma ya da herhangi bir belge almak, gerçekte o kişiye söz konusu işi yapabilme konusunda hak ve yetki verir. Çeşitli toplum etkinliklerinde olduğu gibi mesleki uğraşlar içerisinde de etik değerlerden günümüzde sıkça söz edilir olmuştur. (Aydın, 2010, s.97)

Profesyonel rollerin temel özelliği, özerklik ya da sadece kendilerinin uzman oldukları genel bilgilerin kullanım ve gelişmesine ilişkin yine kendilerinin geliştirdikleri bir otokontroldür. (Barber, 1996, s.61) Bir meslek birliğinin temel kaygısı mesleği geliştirmek, üyeleri arasında birlik ve beraberliği sağlamak, aynı ilke ve değerler etrafında toplamak, meslek grubunu toplum için onurlu ve saygın bir konuma getirmek ve sonuçta da herkes için yararlı bir meslek ortamı sağlamaktır. (Aydın, 2010, s.98)

Meslek örgütlerinin batıda ve ülkemizde oldukça uzun bir geçmişi vardır. Tarih boyunca toplumların sosyal-kültürel ve ekonomik temellerini meslekler oluşturmuştur.(Apak, b.t.)

Çeşitli meslek ve sanat dallarında faaliyet gösterenler her zaman aralarında birleşerek cemiyet ya da dernek niteliğinde bir takım topluluklar oluşturmak yoluna gitmişlerdir. Esnaf loncaları ve Ahilik teşkilatı bunun eski örnekleridir. Çağdaş anlamda meslek kuruluşları ise XIX. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkmıştır. (Üskül, b.t.) Osmanlı dönemindeki Ahilik teşkilatı, Batıdaki Lonca sistemi aynı meslek çevresinde bir araya gelenlerin oluşturduğu toplumsal birer yapıdır. (Aydın, 2010, s. 96)

Türkler Anadolu'ya girerlerken, burada bulunan yerli esnaf, loncalar halinde teşkilatlanmışlardı. Bizans Loncaları devlet tarafından bazı kamu görevlerini yerine getirmek üzere kurulmuş mesleki teşkilatları. Devletin sıkı denetim ve gözetimi altında çalışırdı. Herhangi bir loncaya üye olmak için imparatorluk onayı gerekirdi. (Ekini, 1990,s. 17)

Ahi Birlikleri, devlet otoritesinin dışında kurulup gelişmiştir. Doğrudan devlet denetimi yoktu. Ancak bu teşkilat, bugün kamu görevi olan kabul edilen birçok görevleri yapıyordu. Ahi Birliklerine üyelik serbesttir. Üyeliğe kabul işlemi teşkilat yetkililerince yapılır ve devlet buna müdahale edemezdi. Üyeler de istedikleri zaman teşkilattan ayrılabilirdi. (Ekinci 1990, s. 17) Mesleklerin uygulanması, halkla ilişkiler ve meslek erbabının kontrolü Ahilikte çok sıkı yürütülmekte idi. İşini iyi yapamayan erbaba ceza uygulanırdı. Ne yazık ki bu durum Ahilikle beraber yok olmuştur. (Apak, b.t.)

Günümüzde kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olarak düzenlenmiş bulunan kurumların tarihleri, bu mesleklerin doğdukları tarihlere kadar götürülebilir. Ancak, devlet çatısı altında, yasal ve anayasal olarak düzenlenmeleri çok da eski değildir. Örneğin, Türkiye'de, ilk ticaret odası, resmi olarak, 16 Ocak 1882'de İstanbul'da kurulmuştur. Ticaret ve sanayi odalarına ilişkin ilk hukuksal düzenleme 31 Mayıs 1326 (1910) tarihli Ticaret ve Sanayi Odaları Nizamnamesi ile getirilmiştir. Ziraat odalarının kuruluşu ve bu odalara ilişkin hukuksal düzenleme daha da eskidir. Ziraat odalarının kuruluşu ilk kez 1297 (1881) tarihli bir tüzükle gerçekleştirilmiştir.

Cumhuriyet döneminde, meslek odaları kendi yasaları yürürlüğe konularak yasal dayanağa kavuşturulmuştur. Meslek odalarının anayasal dayanağa kavuşmaları, 1961 Anayasası'nın yürürlüğe girişiyle olmuştur. 1924 Anayasası, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşlarına ilişkin bir düzenleme getirmemiştir. Bununla birlikte, tüccar ve sanayicilerin, tabiplerin, mühendis ve mimarların, veteriner hekimlerin, eczacıların, tarımla uğraşanların odalarını düzenleyen yasalar 1950-1957 yılları arasında yürürlüğe konulmuştur. (Bora, 2001, s.266)

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında kurulan meslek örgütleri temel olarak devletin kalkınmasını öncelemiştir. 1950' li yıllardan sonra kurulan meslek odaları da aynı diplomaya sahip üyelerin türdeş çıkarlara sahip olduğu varsayımı ile üyelerinin sorunlarıyla ilgilenmek ve devlet ile ilişkilerini düzenlemek oluşturulmuşlardı. (Arabacı, 2009, 2. 383)

Bugün için aynı mesleği yapanların bir araya gelerek çeşitli toplumsal birlikler oluşturduğu bilinmektedir: tabip Odaları, Barolar Birliği gibi mesleki kuruluşlar buna iyi birer örnektir. Mesleki birlik kurmak için aslında, yukarıda tanımladığımız şekillerdeki gibi özel bir meslek dalında bulunuyor olmak gerekmez. Herhangi bir işi yapıyor olanlar da günümüzde bir araya gelerek bir kurumsal-yasal bir "işbirliği" içinde olabilirler. Bu faaliyetler de "Oda", "Dernek" ya da "Birlik" adını alıyor olabilir: Şöförler Odası, Esnaf ve Sanatkarlar Derneği vb. gibi. (Aydın, 2010, s.98)

1960'lı yılları takip eden dönemde yaşanan siyasal iktidarsızlıklar, siyasal alandaki kutuplaşmalar, uzunca bir müddet ilkenin koalisyonlar ve hatta azınlık hükümetleri tarafından yönetilmesi, ülkemizde çatışmacı bir siyasal kültürün oluşmasına emin hazırlamıştır. Bu çatışmacı siyasal kültür ortamında, sivil toplum örgütlerinin devlet ve hükümetler ile korporatist bir ilişki geliştirmeleri mümkün olmamıştır. (Arabacı, 2009, s. 379)

1961 Anayasasındaki düzenleniş biçimi ile bu kuruluşla kamu tüzel kişiliği niteliklerinin açıkça belirtilmemiş olması, özel yasalarında kullanılan deyimler arasında da birlik bulunmaması karşısında, kamu kurumu nitelikleri konusunda uygulamada bazı duraksamalar ortaya çıkarmıştır. Mesela bu kuruluşları Yüksek

Seçim Kurulu kamu tüzel kişisi sayarken, Danıştay kamu tüzel kişilikleri olmadığına hatta resmi teşekkül olarak değerlendirilemeyeceklerine karar vermiştir. (Üskül, b.t.)

1980 Askeri yönetimi meslek kuruluşlarının yasal çerçevesini yeniden düzenlemeye girişmiştir. 1982 Anayasası bu kuruluşların özerkliklerini budayan temel çerçeveyi çizmektedir. Bu kuruluşlara sadece göstermelik bir şekilde danışılarak yasalarında önemli kısıtlamalar getiren kararnameler çıkartılmıştır. (Bora, 2001, s. 271)

Nitekim 1980 askeri darbesi ile birlikte ülkemizdeki çok sayıda sivil toplum örgütünün faaliyetine son verilmiştir. 1980 müdahalesinden sonra yapılan Anayasada demokratik hak ve özgürlükler ve örgütlenme özgürlüğü konusunda birçok engeller konulmuştur. (Arabacı, s. 378)

1982 Anayasası, uygulamadaki bu duraksamaları giderecek biçimde ayrıntılı düzenleme yoluna gitmiştir. Anayasa bunların amaçlarını belirleyerek etkinlik alanlarını sınırlandırmış, kamu tüzel kişiliklerini açıklığa kavuşturmuş, organlarının seçimini yargı gözetimine bağlamış, amaç dışı faaliyette bulunmaları, siyasetle uğraşmaları, siyasal partiler, sendikalar ve derneklerle ortak hareket etmeleri yasaklanmış, devletin bu kuruluşlar üzerindeki idari ve mali denetimi açıklığa kavuşturulmuş, amaç dışı etkinlik yaptırma bağlanmıştır. (Üskül, b.t.)

1982 Anayasasınının 135. maddesi meslek kuruluşlarını ayrıntılı olarak düzenlemiştir. Bu maddeye göre, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının amacı, ‘belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumaktır. (Üskül, b.t.)

Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları, meslek mensuplarının oluşturdukları, tüzel kişilikleri olan, bir kısım kamu görevlerini yerine getiren, üyeleri üzerinde kamu hukukundan doğan bazı yetkilere sahip olan kişi

topluluklarıdır. Bunlar yapıları ve görevleri yönünden diğer kamu kurumlarından ayrılırlar ancak bunlar da kamu tüzel kişileridirler. (Üskül, b.t.)

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının genel nitelikleri Anayasa'nın 135. maddesinde öngörülmüştür. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- 1) Belli bir yasa ile kurulur.
- 2) Belli bir meslek gruplarını içine alır. Bunlara katılma zorunludur. Katılmadan meslek faaliyetinde bulunma olanağı yoktur.
- 3) Organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilir.
- 4) Bu meslek kuruluşları ve üst kuruluşları organlarının seçimlerinde siyasi partiler aday gösteremezler.
- 5) Bu meslek kuruluşları, kuruluş amaçları dışında faaliyette bulunamazlar. Amaçları dışında faaliyet gösteren meslek kuruluşlarının sorumlu organlarının görevine, kanunun belirlediği merciin veya Cumhuriyet Savcısının istemi üzerine mahkeme kararıyla son verilir ve yerlerine yenileri seçtirilir.
- 6) Milli güvenliğin, kamu düzeninin, suç işlenmesine veya suçun devamını önlemenin yahut yakalamanın gerektirdiği hallerde gecikmesinde sakınca bulunan hallerde, yetkili merci, meslek kuruluşlarını veya üst kuruluşlarını faaliyetten men ile etkilendirilebilir. Bu merciin kararı, yirmi dört saat içerisinde görevli hakim onayına sunulur. Hakim, kararını kırk sekiz saat içinde açıklar; aksi halde, bu idari karar kendiliğinden yürürlükten kalkar.
- 7) Devletin bu kuruluşlara faaliyet alanlarına ilişkin bazı kamu hizmetlerini yerine getirmek görevi verdiği de görülmektedir. Meslek kuruluşlarının kamu hizmeti ile görevlendirildikleri ölçüde kamusal yetkiler kullandıkları da bir gerçektir. Esasen kamu tüzel kişisi olmaları dolayısıyla yönetmelik yapabilmekte, kamulaştırma kararı verebilmektedirler. Bunun yanında düzenledikleri belgeler karşılığı ücret alabilmekte, meslek kurallarına uymayanlara para cezası ve diğer yaptırımlar uygulayabilmektedirler. Yargıtay'ın bir kararında belirttiği gibi, odalara kayıt zorunluluğu ve bu zorunluluğa tabi olacaklardan tahsil olunacak kayıt ücretleri ve kayıt yaptırmayanların tabi olacakları muamele ve yaptırımlar birer kamu

mükellefiyeti olarak düzenlenmiş ve odaların bazı konulardaki kararlarının ilam hükmünde olduğu yasa metninde açıkça ifade edilmiştir.

- 8) Bu kuruluşların özel bütçeleri vardır. Gelirleri üye aidatları, yaptıkları hizmet karşılığı aldıkları ücretler, ve para cezalarından oluşmaktadır.
- 9) Yasada öngörülen idari ve mali denetime tabidirler. Yasanın öngördüğü durumlarda meslek kuruluşlarının işlemleri üzerinde merkezi idarece yerine getirilen bir vesayet denetimi söz konusudur. Mesela TOBB, Ticaret Bakanlığının teftiş ve denetimine tabidir.

1995 yılında 4121 sayılı Yasa ile Anayasa'da yapılan değişiklikler sırasında, 135. madde de önemli değişiklikler getirmiştir. Yeni düzenleme ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının siyasetle uğraşmayacakları, siyasi partiler, sendikalar ve derneklerle ortak hareket edemeyecekleri gibi kısıtlamalara son verilmiş, mahalli mülki idare amirinin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarını geçici olarak görevden uzaklaştırmak yetkisi de kaldırılmıştır. Yapılan bu değişiklikler doğrultusunda 1997 yılında 4276 sayılı Yasa ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ilişkin yasalarda da gerekli değişiklikler yapılmıştır.(Bora, 2001)

Demokratik sivil toplum örgütlerinin önündeki engellerden bazıları yasalarda bulunmaktadır. Bu engellerden bazıları 2004 yılında kabul edilen yeni Dernekler Yasası ile ortadan kaldırılmıştır. Dernekler Yasası değişmeden önce derneklere üyelik ve dernek kurma ile ilgili birçok sınırlama bulunmaktaydı. Buna göre bir siyasi partiyi desteklemek, sendikalarla veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile siyasal yönden ortak hareket etmek yasaklamıştır. Ancak 2004 yılında kabul edilen Dernekler Yasası ve 2008 yılında kabul edilen Vakıflar Yasası, sivil toplumun gelişimi ve demokratik hakları elde etmeleri konusunda birçok engel ortadan kaldırılmıştır. (Arabacı, 2009, s. 378)

Her yerleşik mesleğin özelliği ve geleceğe yönelik diğer mesleklerin amacı bir meslek topluluğu olmaktır. Meslek topluluklarının özelliği ise şunlardır; (Fındıklı, 2000)

- 1) Bireyler arasında kimlik duygularıyla güçlü bağlar vardır.

- 2) Mesleğe girenler bir daha mesleği terk edemezler.
- 3) Üyeler açısından meslekler devam eden bir süreçtir.
- 4) Meslek üyeleri açısından belli bir rol tanımlamaları vardır.
- 5) Meslekler arasında ortak bir dil bulunmaktadır.
- 6) Meslekler, üyeleri üzerinde bir disiplin ve otoriteye sahiptir.
- 7) Meslekler, yeni gelen acemilerin eğitilip toplumsallaştırılmalarında etkin bir görev yaparlar.

5. HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE MESLEKLEŞME

Bu bölümde hekim, hemşire ve sağlık yöneticileri meslekleşme kriterleri bakımından değerlendirilecektir.

5.1. Hekimlerde Meslekleşme

5.1.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma Kriteri Bakımından Hekimlerin Meslekleşmesi

Hekimlik mesleği ayrıcalıklı ve uzun bir eğitimden sonra elde edilen bir hizmettir. Mezuniyet sonrası eğitimin hiçbir zaman ihmal edilmemesi gereken bir meslektir. İnsan hayatını bu kadar yakın ilgilendiren ve etkileyen başka bir meslek grubu yoktur. Üretilen hizmetin yüksek kaliteli bir hizmet olması zorunludur. Hekimlik mesleği; dikkat, cesaret, bilgi ve yüksek özveri isteyen, hata kabul etmeyen ender mesleklerden birisidir. (Güner 2008)

İlk tıp fakültesi Yeniçeri Ocağı'nın kaldırılmasından sonra yeni ordunun hekim ihtiyacını karşılamak üzere Tıphane adıyla 14 Mart 1827'de kurulmuştur. Eğitim dili Fransızcadır. Daha sonra Türkçe eğitim yapan Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye, Askeri Tıbbiye ve 5 Ağustos 1909 tarihinde de Haydarpaşa Tıp Fakültesi oluşturulmuştur. Daha sonraki yıllarda tıp fakültesi yapılanması üniversite yapılanması içerisinde ve yeni üniversite kanununda Cumhuriyet'in ve çağdaş dünyanın ihtiyaç duyduğu hekim eğitimini geliştirmiş ve Türkiye sathına yaymıştır. (Kanpolat ve Akyol, b.t.)

Her tıp fakültesi mezununun 2 yıl süre ile Memleket Hekimi olma zorunluluğu vardı. Memleket hekimleri, Sivil Tıp İşleri Bakanlığı ile doğrudan yarışarlardı. Memleket Hekimlerinin görevleri arasında bulaşıcı hastalıklarla savaş, aşı uygulamaları, zengin ve fakir ayırt etmeden hasta bakımı, bölgelerdeki hastane ve eczaneleri denetleme, adli tıp hizmetini sayabiliriz. (Güner, 2008)

Tıp dünyasında baş aktör konumunda bulunan doktorlar Türkiye’de en uzun süre eğitim alan üniversitelilerdir. Meslek icabı sürekli yenilikleri takip etmeyi, başka bir deyişle kendini her zaman geliştirmeyi gerektirdiğinden dinamik bir yapıya sahip olmak zorundadır. Değişik alanlarda yapılan tıp kongreleri buna hizmet etmektedir.(Özdemir, 2006)

Dünya Hekimler Birliği tıp eğitiminin amacını, “hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde “yetenekli ve yeterli” olan hekimleri yetiştirmek” şeklinde belirtmektedir. (Özvarış-Bahar, 2007)

Hekimin, meslek içi eğitimi hariç tutulduğunda bile, eğitimi ve gelişimi, mesleki uzmanlaşma da dahil olmak üzere ortalama bir insan ömrünün neredeyse yarısını kapsamakta ve gerek birey, gerekse devlet açısından yüksek maliyetli bir eğitim yatırımını gerektirmekte, bu durum ise hekimler için iş doyumu kavramının önemini daha da arttırmaktadır. (Şengül, 2009)

Tıp eğitimi konusunda en önemli belgelerden biri olarak 1988 yılında yayınlanan “Edinburg Bildirgesi”, tıp eğitiminin amacının, “tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltecek hekimler yetiştirmek” olduğunu belirtmiştir. Edinburg’da 1993 yılında toplanan Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi’nde tıp eğitimi için 22 reform önerisi içinde, “var olan sağlık sistemine uygun olmayan ve ulusal gereksinimleri karşılamayan tıp eğitiminin başarılı sayılamayacağı” belirtilmiştir. Buna ek olarak önerilerde, “tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda olduğu hastanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri mekânlarda, yani gerçek koşullarda eğitim görmelerinin” gerekliliği vurgulanmıştır. (Özvarış-Bahar, 2007)

Tıp eğitimi için 1999’da kurulan Uluslar arası Tıp Eğitimi Enstitüsü’nün (IIME) Çekirdek Komitesi, tüm dünyada ülkelerin tıp fakültelerinden mezun olacak hekimler için “en az öğrenme çıktıları” ana başlıkları altında belirtilmiştir. Tıp fakültesinden mezun olanların kazanmış olması gereken özellikler şöyledir: (Özvarış-Bahar, 2007)

- 1) Profesyonel değerler, tutumlar, davranış ve etik
- 2) Tıp bilgisi
- 3) İletişim becerileri
- 4) Klinik beceriler
- 5) Toplum sağlığı ve sağlık sistemleri
- 6) Bilginin yönetilmesi
- 7) Kritik düşünme ve araştırma alanlarında gerekli bilgi, beceri ve tutumu kazanmış olmalıdır.

Ülkemizde hekim sayıları her geçen yıl artmaktadır. Cumhuriyet dönemi İstanbul istatistiklerine göre 1930 yılına göre hekim artışı, 1951 yılında % 455, 1995 yılında ise % 5.794' e yükselmiştir. (İstanbul Araştırmaları Merkezi,1997) 2003 yılı verilerine göre hekim sayısı 97763'dür. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2005) Günümüzde her yıl yaklaşık 5000 yeni hekim sayıları 50'yi bulan tıp fakültelerinden mezun olmaktadır. Bir başka deyişle ülkemizdeki hekim sayısı her yıl %5.5-6.0 oranında artmaktadır. Ancak bu nicel artışa nitel yükselmenin eşlik ettiğini söylemek olanaksızdır. Tıp fakültesi sayısında 1990'lı yıllarda başlayan hızlı artış beraberinde altyapı yetersizliklerini ve inişe geçen eğitim kalitesini getirmiştir. Bu tür bir eğitimi tamamlayan genç hekimler mutlaka uzman olma isteğiyle yeni elemelere girmekte ve başarılı olanlar birbirlerinden farklı yapıdaki sağlık kurumlarında standardı olmayan bir uzmanlık eğitimi görmektedirler. (Çırakoğlu, b.t.)

Araştırmalar hekimlerin mezuniyet öncesinde öğretilenlerin %50'sini mezuniyetten sonraki ilk 5 yıl içinde unuttuklarını, bundan sonraki dönemde ise yıllık bilgi erozyonunun %5 dolaylarında olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak moleküler biyoloji, genetik, mikorelektronik-robotik ve görüntüleme tekniklerinde son yıllarda sağlanan büyük gelişmelere paralel olarak hızla ilerleyen tıp teknolojisi tıp mesleğiyle ilgili olanların kendilerini sürekli yenileme zorunluluğunu getirmektedir. (Çırakoğlu, b.t.)

İstanbul Tabipler Odası Uzmanlık Eğitimi Raporuna göre (2001), sadece İstanbul'daki tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde uygulanan uzmanlık eğitimi programlarının bile birbirlerinden farklı olduğunu göstermektedir. (Çırakoğlu, b.t.)

Uzmanlık eğitiminin güncel en önemli sorunu uzmanlık eğitimi veren kurumların denetlenmesi ve uzmanlık eğitimi almış kişiler için standart bir uzmanlık sınavının (board) olmayışıdır. (Kanpolat ve Akyol, b.t.)

Hızla gelişen teknolojiler özellikle tıptaki bilgi birikimini giderek artan bir ivmeyle çoğaltmaktadır. Gerek unutulmuş bilgileri anımsamak, gerekse yeni bilgilere ulaşmak açısından bakıldığında tıp eğitiminin fakültenin ilk yıllarından emekliliğe kadar sürmesi gerektiği görülmektedir. Yaşam boyu sürecek tıp eğitimi için internet olanağı en etkin şekilde değerlendirilmelidir. Tıp fakültelerinin katkılarıyla hazırlanacak web (tıp) siteleri yeni gelişmeleri, tanı, tedavi yöntemlerini vakit geçirmeden uzaktaki hekime ulaştırabilmelidir. Bu bilgilere ulaşmayı ve hekimlerin yeni bilgilerle donanmalarını sağlamak için gerek birinci kademe sağlık hizmetlerinde görevli hekimlerin gerekse uzmanların sahip olması gereken asgari bilgi düzeyleri belirlenerek yapılacak merkezi sınavlarla bilgi düzeyleri kontrol edilmelidir. (Çırakoğlu, b.t.)

Hekimler her ne kadar yüksek düzeyde bir eğitim almış olsalar da kendi meslek eğitimlerinden memnun olup olmadıkları da merak konusudur. Bunun için, Sivas'ta yapılan bir çalışmada hekimlere tıp eğitiminden memnun kalıp kalmadıkları "eğitimsel geçmiş" çerçevesinde sorulmuştur. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu şu anda, tıp fakültelerinde mevcut eğitimin tatmin edici olmadığı yolunda (%96) ortak görüş ifade etmektedirler. (Cirhinlioğlu, 2001)

Yine aynı araştırma kapsamında, hekimlerin büyük bir çoğunluğu eğitimin yetersiz oluşunu fakültelerdeki öğretim elemanlarının hem sayı hem de nitelik bakımından yetersiz olmasına bağlamaktadır (%77). Onlara göre, son yıllarda fakülte sayısının hızla artıyor olması bu kalitesizliği etkilemesine rağmen temel nedenlerden birisi olarak görülemez. İleri sürdükleri nedenlerden birisi öğrenci sayısının fazla olması (%50) dir. (Cirhinlioğlu, 2001)

Tıp Eğitimi doğrudan insan yaşamını ilgilendiren ve bu nedenle fazlaca öneme sahip bir eğitimidir. Oldukça pahalı donanım ve uzun bir süreç gerektirir. Her gün ve her saat gelişen Tıp Bilimi sebebi ile sürekli bir devinim ve aşama halindedir.

Bu nedenle gelişen koşullar ve artan bilgi ve becerilere göre tıp eğitimi sürekli izlenmelidir. (Uskun, Doğan, Kişioğlu, Baylon, Uzun ve Akkaya, 2004)

5.1.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri Bakımından Hekimlerin Meslekleşmesi

"Doktorlar Üstüne" adlı çalışmasında Hipokrat şöyle der: "İnsanların kendi bedenlerine bakmayı bilmeyenlerin başkalarına bakamayacaklarını düşünmeleri nedeniyle, doktorlar için iyi bir görünüme sahip olmak ve iyi beslenmek önemlidir. Doktorlar, nasıl konuşmaları ve ne zaman susmaları gerektiğini, düzenli bir hayat yaşamaları gerektiğini bilmelidirler. Çünkü bu özellikler doktorun ününü artırır. Dürüst olmalıdırlar. Bunun için bütün insanlara karşı dürüst, kibar ve anlayışlı olmalıdırlar. Düşünmeden ve ani hareket etmemelidirler. Soğukkanlı, sakin görünmeli ve asla öfkeli olmamalıdırlar. Ama aynı zamanda çok neşeli olmaları da lehlerine değildir. (Lewis, 1998, s. 18)

Hekim ve hastaların farklı kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Hasta belli rahatsızlıkla, hekim ise hastalıkla uğraşmak durumdadır. Bunun için aralarındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda aslında doktor-hasta ilişkisinin daha karmaşık bir zeminde gerçekleştiği saptanmıştır. (Çakır ve Yağbasan, 2006)

Hekimin hem yasal hem de geleneksel olarak diğer meslekler içinde “şef” kimliği vardır. Ayrıca kadınların hekimliğe kabul edilmesinin ancak 19.yy sonu ve 20.yy başlarında mümkün olduğu göz önüne alınırsa; hekimliğin de çok uzun zaman boyunca bir “erkek” mesleği olarak tanımlandığı ortaya çıkar. Örneğin, ülkemizde 1922–23 ders yılında sadece yedi kız öğrenci tıp fakültesine kayıt yaptırarak eğitime başladı. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair kanununun 1. maddesine göre hekimler yıllarca bu alanda doğal lider kabul edilmiştir. (Tarihçi, 2010)

Sivas’ ta yapılan bir çalışmada Hekimlerin kendi mesleklerinin halk tarafından nasıl algılandığına ilişkin düşünceleri sorgulanmıştır. Ulaşılan verilere

göre, örneklem grubunun %72'si tıp mesleğinin itibarlı bir meslek olduğunu düşünmektedir. Geriye kalan küçük bir oranda hekim ise bunun aksi düşünceleri dile getirmiştir. Hekimler bu mesleğe dahil olmalarının nedenlerinden birisinin, bu mesleğin itibar kazandırmaya en yüksek düzeyde yardımcı olması olduğunu ifade etmişlerdir. Mesleklerinin elde ettikleri manevi tatmin açısından hekimlerin tam bir doyum sağladıkları bu rakamlara bakılarak söylenebilir. Hekimler, içinde buldukları koşullar ne olursa olsun, hekimlik mesleğinin daima saygınlık uyandırdığına inançları tam görünmektedir. (Cırhinlioğlu, 2001)

Şengül'e göre (2009), ülkemizdeki tıp eğitiminin, gelişmiş ülkelerdeki hekimlerin aldığı eğitim ile aynı olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerdeki hekimlere ödenen ücretlerin çok altında ve bununla birlikte çok daha fazla aşırı iş yükü altında çalışma zorunluluğundan ve hekimliğin medya aracılığı ile sürekli yargılanan konumunda bulunan bir meslek haline getirilmesinden de ortaya çıkabilmektedir. Özellikle medya aracılığı ile hekimin hedef tahtası haline getirilmesi, devlet hastanelerinden hizmet alan hastaların da hekime karşı bakışını değiştirmiş, özellikle hekime karşı olumsuz ve önyargılı tutumları egemen kılmış, bu durumun hasta tutum ve davranışlarına yansımaları sonucu hem hekim ile hasta arasında kurulması gereken iyi ilişkiler tehdit altında kalmış hem de hekimlerin iş doyumunu bundan ciddi bir şekilde etkilenmiştir. (Şengül, 2009)

Yine Şengül'e göre (2009), bu kadar uzun bir eğitime rağmen, gerek özel gerekse devlet hastanesi hekimlerinin "yıllar itibari ile mesleki saygınlığın azalmış olduğu" fikrine % 92 oranındaki katılımlarının da düşündürücü boyutta olduğu görülmektedir. Bu durum mevcut olumsuz koşulların bir özeti şeklinde karşımıza çıkmakta, en azından mesleğin manevi yönünden doyum sağlayan hekimlerin bile gelecekte artık böyle bir doyum sağlayamayabilecekleri bir noktaya geldiklerini göstermektedir. (Şengül, 2009)

"Doktorluk Mesleğini Çocuklar Resimlerine Nasıl Yansıtıyorlar? 7-12 Yaş Grubu Çocuklar Arasında Yapılmış Bir Örnek" isimli çalışmada; 7-12 yaş arası çocukların yaptıkları resimler değerlendirilmiş ve çocukların hekimlik mesleği hakkındaki düşünceleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, renk seçimi ve figür biçimlerinden yola çıkarak resimlerin %84,4'ünün doktor imajı konusunda

olumlu mesaj verdiği, %15,6'sının olumsuz mesaj verdiği gözlenmiştir. (Taş, Aslan ve Sayek 2006)

Çok fazla sayıda hekimin her yıl tıp fakültelerinden mezun edilip hekim enflasyonu yaratılması, yönetimler tarafından, hekimlere farklı hastalara farklı ve birbiri ile çelişen mesajların verilmesi ve bunun sonucu olarak hastaların, hekimleri “sağlık sisteminde yaşanan aksaklıkların sorumlusu” olarak görmeleri, mesleki saygınlığın azalmasına ve yapılan işe toplumsal saygının azalmasına neden olabilmektedir. Hastaların hekimlere karşı takındıkları önyargılı olumsuz tutum ve davranışlar da yine bu nedenlerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. (Şengül, 2009)

ABD'de 2001 yılında yapılan bir çalışmada her on gençten biri tıbbi en popüler meslek olarak görürken bunu sırayla; işadamlığı veya kendi işini kurma (%8.9), profesyonel sporcu olma (%7.5), öğretmenlik (%6.6), eğlence sektörü (% 6.1), bilgisayarla ilgili meslekler (%5.3) ve hukuk %5.3) izlemektedir. Finlandiya'da da öğrencilerin kariyer seçimine yönelik yapılan çalışmalarda, hekimliğin cazip bir meslek olduğu ifade edilmiştir. Bu ülkede 1818 hekime uygulanan bir anket çalışmasında meslek seçiminde etkili olan temel faktörler sırasıyla şöyle ifade edilmiştir; insanlarla ilgilenme (%79), iş olanaklarının çeşitliliği (%67), saygın meslek olması (%62), okul başarı düzeyinin yüksek olması (%55), iyi kazanç sağlayan meslek olması (%49) ve diğer etmenler. İngiltere'de, Clack ve Head (1998) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, öğrencilerin çok büyük bir bölümünün tıbbi meslek olarak seçmesinde etkili olan faktör olarak birinci sırada tıba duyulan ilgi, olduğunu ifade edilmiştir.(Genç, Kaya ve Genç, 2007)

Tıp dünyasındaki gelişmeler başta medya olmak üzere değişik kanallardan sürekli sayılabilecek bir şekilde gündelik hayatımızın içine kadar girmektedir. Gazetelerde ameliyat sırasında hasta karnında unutulmuş gereçler ve yanlış teşhis veya tedavi sonucu hayatını kaybeden ya da sakat kalan insanların medyada tuttuğu yer, doktorların toplumsal imajına zarar vermektedir. Konu tüm insanları ilgilendirmektedir. Çünkü şu ya da bu şekilde doktorlarla muhatap olmadan sağlıklı bir hayat sürmek mümkün görülmemektedir. Özellikle genç yaşlarda vücudun direncinin yüksekliği nedeniyle doktorlara yolu düşmeyen insanları belli bir yaştan

sonra doktorlarla görüşmeye başlamakta ve yaşadıkları sağlık problemlerine çözümler aramaktadırlar. (Özdemir, 2006)

İngiltere’de yapılan bir araştırma, hastanın doktor karşısındaki davranışlarında birçok faktörün rol oynadığını göstermiştir. Örneğin; hastanın eğitim düzeyinin, cinsiyetinin ve daha önemlisi geldiği etnik kökenin bunda rolünün olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; hastaların doktor karşısında dile getiremedikleri sorularının olduğu, sorularını uygun olmayacağı düşüncesi ile sormadıkları, aceleye geldiği, kendilerine iyi bakmayacakları endişesi taşıdıkları ve doktordan gelecek tepkiden çekindikleri ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra hastaların bilgi taleplerinden çoğu zaman doktorların habersiz oldukları saptanmıştır.(Çakar ve Yağbasan, 2006)

Toplumda yer alan tıp doktorlarının insanlara davranış biçimleri önemlidir. Doktorlar, insanların sağlıklarını düzeltmeye olan katkıları nedeniyle toplumun en gözde meslek gruplarından birisini oluşturmaktadırlar. İnsanoğlunun en çok korktuğu şey olan ölümü erteleyici rol oynamaları ya da ölüme kadar geçen sürede rahat yaşama arzusunu büyük ölçüde doktorlar karşılamaktadırlar. Tıp doktorlarının toplumsal imajının oluşumuna en büyük katkıyı doktorların davranışları yapmaktadır. Hastaları bilgilendirmeleri, onlara gösterdikleri özen, hastalar arası eşit davranma ya da davranmama, hastalarına gösterdikleri ilgi ve davranış biçimleri doktorluk mesleğinin imajının oluşmasında en önemli faktör durumundadır. (Özdemir, 2006)

Doktorların kullandığı terminolojinin tüm hastalar tarafından anlaşılmadığı ve kullanılan jargonun hasta tarafından anlaşılmamasına rağmen, utanma, çekinme, korku veya başka nedenlerle hasta tarafından doktora sorulmadığı ve durumun doktor hasta iletişimine bir engel teşkil ettiği bilinmektedir. Doktorların kendi meslek grubu çalışanları arasında kullandıkları jargonu hasta ilişkisinde de kullanmaları eğitim, dil veya demografik özelliklerden dolayı iletişimin pozitif seyrine engel olabilmektedir. (Çakar ve Yağbasan, 2006)

Doktorların toplumsal imajını belirlemek amacıyla Afyon’da yapılan, “Doktorların Toplumsal İmajı: Afyon İlinde Bir Araştırma” isimli çalışmada;

katılımcılar, doktorların, hastaları ile yeteri kadar ilgilenmediklerini, ancak özel muayenehanede görüşmenin ilgiyi artırdığını ifade etmektedirler. Özel muayenehanede verilen vizite ücreti rüşvet olarak algılanmamaktadır. Katılımcılar, doktorların hak ettiklerin fazla itibar gördüklerini düşünmektedirler. Katılımcılara göre doktorlar hastalarını müşterileri olarak görmekte ve onlarla para için görüşmektedirler. Her hastaya eşit davranmamaktadırlar. Yine katılımcılara göre doktorlar, alçak gönüllü değil; kibirli insanlardır ve hastalarını aşağılamaktadırlar. Katılımcılar doktorların işlerini iyi yapmadığını, hastalarını yeterince bilgilendirmediğini ve muayenehanelerinde yeterli özeni göstermediklerini, baştan savma ilaç yazdıklarını düşünmektedirler. Katılımcılar doktorların hak ettiklerinden daha az para kazandıkları fikrine katılmamaktadırlar.(Özdemir, 2006)

Bireyin sağlığa olan eğilimi, sağlıksızlığa dayalı endişesi, korku veya umursamazlığı farklılık arz ederken, doktorları ile kuracakları iletişimden, düşünce veya beklentileri de bu anlamda değişkenlik gösterebilmektedir. Sağlıkla ilgili öngörüler kendiliğinden oluşmamaktadır. Bu nedenle kanaatlerin olumlu veya olumsuz yönde gelişimi doktorların uyguladığı tedavinin yanı sıra, doktor hasta iletişimindeki karşılıklı başarı veya başarısızlığa da dayandırılabilir. Doktorlar, etkili iletişim kurma metotlarını tam anlamı ile uygulayarak, hastalarıyla etkili bir iletişime girebildiklerinde, kişilerin sağlık inancı modelinin de pozitif yönde gelişimine katkıda bulunabilmektedirler. İletişimsel başarı; doktorların, hastanın sahip olduğu düşünceleri anlamasına, hastaların ise doktorların ne anlattıklarını anlamalarına bağlıdır(Çakar ve Yağbasan, 2006)

Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması yapılmış ve değişik sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçlardan bazıları şunlardır ;(Çakar ve Yağbasan, 2006)

- 1) Hastaların doktorların verdikleri bilgileri anlamadıkları,
- 2) Hastaların verilen bilgileri anlamadıkları halde doktora soru yöneltmemelerinin nedenleri arasında “utangaçlık”, “çekingenlik” veya “sorulsa da bilgi alamayacağı hissi” gibi unsurların rol oynadığı,
- 3) Doktorların davranış biçimlerinin hastaların detaylı soru sormalarında etkili olduğu,

- 4) Hastaların anlaşılmayan bilgiler için yine sağlıkla ilgili (hemşire, başka doktorlar) diğer kişilere veya aynı rahatsızlığı yaşayanlara yöneldikleri,
- 5) Doktorların hasta ile sağlıklı bir iletişim kurmak, anlamak veya rahatlatmak için çaba göstermedikleri,
- 6) Hastaların hastalık tanısı için doktorların özel muayenehanesine de gittikleri,
- 7) Doktorların özel muayenehanesindeki tutumları ile hastanedeki tutumları arasında farklılıkların olduğu,
- 8) Hastaların doktorları ile özel muayenehanelerinde daha rahat iletişim kurabildikleri,
- 9) Hastaların statülerinin (yaş, meslek, eğitim durumu, toplumsal statü), doktorların hastaya karşı olan tutumlarında etkili olduğu,
- 10) Doktorların hastaların hemcinsleri olması durumunun sağlıklı bir iletişim kurulmasında etkili olduğu,
- 11) Doktorların tutum ve davranışlarının hastaların sağlıklarına kavuşmasında psikolojik olarak etkili olduğu,
- 12) Herhangi bir doktorun iletişimsel tutumundan hoşnut olan hastaların sürekli o doktoru tercih etmelerinde etkili olduğu hipotezleri doğrulanmıştır.

Toplumun sağlık mesleklerinden beklentileri, ülkelerin benimsedikleri genel sağlık politikaları, sosyo- kültürel ve inanç yapıları, sağlığa verdiği önem ve sağlığı algılama durumu ile yakından ilgilidir. Canlı türünün en gelişmiş olarak kabul edilen insan yapısının karmaşık özelliği, çok boyutlu sağlık gereksinimlerine ve bu da birden fazla sağlık mesleklerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ancak geleneksel anlayışın etkisinde olan toplumlarda, söz konusu gereksinimlerin ağırlıklı olarak tek bir disiplin tarafından, yani hekimler tarafından karşılanması beklenir.

(Yıldırım, 2009)

Dalkılıç'a (2008) göre; Fransa'da doktorlara sorulan "kendi mesleğinizi çocuklarınıza ya da yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?" sorusuna doktorların %56'sı "ederiz" şeklinde yanıt vermiştir. Hatta 45 yaşın altındaki doktorların %64'ü "ederiz" demiştir. Doktorluk mesleği Fransa'da, hala doktorlar açısından tavsiye edilebilecek bir meslektir. (Dalkılıç, 2008)

5.1.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Hekimlerin Meslekleşmesi

Yaptığı işle toplum içerisinde kendi başına ayrılarak belirli bir meslek grubu haline gelen ilk meslek dalı bilindiği kadarıyla hekimlik olmuştur. Hekimlerin oluşturduğu mesleki birliğin en önemli ifadesi bilindiği gibi Hipokrat Andı'dır. (Aydın, 2010, s. 96)

Meslek örgütlerinin en eskilerinden biri Tabip Odasıdır. Tabip toplumda bugünkü yerini alana kadar çok zorlu dönemler geçirmiştir. Oda neredeyse 120 yıllık bir geçmişe karşın hâlâ istenen noktaya gelememiştir. (Apak, b.t.)

TTB Türkiye'deki hekimlerin örgütlü sesidir. Anayasal güvence altında, 6023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde bir kuruluştur ve ülkedeki hekimlerin %80'i (83.000) üyedir. Hekim sayısının 100'ü aştığı 65 ilde yerel örgütlenmesi olan tabip odası vardır. Türk Tabipleri Birliği'ne üyelik serbest çalışan hekimler için zorunlu olmakla birlikte, halen üyelerinin yarısı, kamuda çalışan ve üyeliği zorunlu olmayan hekimlerdir. (Berber, 2009)

Tarihimizde bilinen en eski tıbbi dernek 1856 yılında Hollandalı hekim Dr. Pincoffs tarafından kurulan Cemiyet-i Tıbbiye-yi Şahane'dir. Cemiyetin kurucu hekimleri, başta İngiliz, Fransız ve İtalyan olmak üzere, hepsi yabancı uyruklu hekimlerdir. Daha sonra Türk hekimleri de katılmıştır. Bu Cemiyet 1908 yılına kadar hem bilimsel hem de tabip odası kimliği taşıyordu. Bu yıldan sonra sadece bilimsel bir dernek olmuştur. Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye 1866 da, Türk hekimlerince kurulan ilk milli tıp örgütüdür.1895 de hekimlerin gizli örgütlenmelerinden şüphelenen ve baskıcı bir yönetim uygulayan Sultan Abdülhamid tarafından kapatılmıştır. 1919 yılında İstanbul Etıbbıa Muhadenet Cemiyeti kurulur. (Muhadenet = Dayanışma) Bu dönemde hekim sayısı az ve hekimler ekonomik açıdan son derece zor durumdaydı. Cemiyet bünyesinde 1919 yılında vefat eden doktorların ailelerine para yardımı için "Teavün (Yardım) Sandığı" kurulmuştur. 2 dernek 1923 yılında birleşmiştir. İstanbul Hekimleri Dostluk ve Yardımlaşma Cemiyeti adını almıştır. Bu

kuruluş, bugün hala yaşamına devam eden Türk Hekimleri Dostluk ve Yardımlaşma Derneği'dir. (Güner, 2008)

Türkiye'de tabip odaları Etibba Odaları adıyla "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı kanuna müteferri Etibba Odaları Nizamnamesinin Madde-i Muakkatesi ahkamina tevfikan" kurulmuşlardır. Bu dönemde illerde tabip odası kurulmakla birlikte henüz merkezi yapı kurulmamıştır. (Berber, 2009)

1953'te Etibba odaları kapatılarak, bugünkü Yasa'nın temelini teşkil eden 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası çıkartılmıştır. Merkezi İstanbul'da Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve ona bağlı olarak ülke çapında 23 tabip odası kurulmuştur. (Güner, 2009)

1980'li yıllarda askeri müdahale ile birlikte bazı odalar ve İstanbul Merkez Konseyi kapatılır, tüm evraklara el koyulur. Yönetim 141 ve 142. Maddelere muhalefetten Diyarbakır'da yargılanır. 1980 sonrası MGK'nın sağlık alanındaki çalışmalarına TTB dört temsilci gönderir, 6023 sayılı yasa 1983 yılında 65 ve 83 sayılı kanun hükmünde kararname ile 2 kez değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler merkezin Ankara'ya alınması, asker hekimlere üye olma yasağı, kamuda çalışana üye olma zorunluluğunun kaldırılmasıdır. Ayrıca odaların gözetimi, idari ve mali denetimi Sağlık Bakanlığı'na verilir. (Berber, 2009)

1987-88 yıllarının geniş hekim eylemliliği örgüte canlılık katmıştır. 4 Eylül 1988'deki TTB Temsilciler Meclisi'ne geniş bir katılım olmuş ve "hekimlik onuru ve özlük hakları bildirgesi" yayınlanmıştır. Bu dönemde TTB iktidarlar tarafından ciddiye alınıp, potansiyel bir tehlike olarak görülmeye başlandı. Yani, sivil bir muhalefet odağı olarak kabul edildi. (Berber, 2009)

12 Eylül olayı ile tüm etkinliğini ve ekonomik gücünü yitiren tabip odaları, yeni yeni toparlanmaya ve yapısal değişiklikle tabana yayılmaya başlamışlardır. (Apak, b.t.)

Yazar Tanıl Bora tarafından yapılan bir değerlendirmeye göre; 1990 yılı sonrası TTB'nin Demokratik kitle örgütleri topluluğunun oluşturduğu politik kamuoyu nezdinde, son derece olumlu bir imajı vardır. Birçok demokratik kitle/meslek rgt büyük ölçüde bir yöneticide ya da başkanda simgeleşmiş iken, TTB'nin bunu aşmış bir görüntüsü olduğu göze çarpmaktadır. Daha düzenli, daha sistematik, daha program bazında, daha ayrıntılar düzeyinde politika üretebildiği, kitle–meslek örgütleriyle kıyaslanmayacak ölçüde fazla insanı seferber edebildiği gözlenmektedir. Bütün demokratik kitle örgütlerinin birlikte bir Şey yapmak, bir platform faaliyeti oluşturmak gibi yönelimlerde mutlaka TTB'nin o işteki katılımı, hatta bazen öncülüğü aranmaktadır. (Berber, 2009)

Fransa'da hekim sendikaları dışında birinci tek zorunlu rgt Türkiye'deki Türk Tabipler Birliğinin eşliği olan Fransız Tabipler Birliği (CNOM) ki Fransa'da serbest hekimlik ya da hastane hekimliği yapabilmek için buraya kayıt olmak zorunludur. Bir doktora meslekten men'e kadar varabilecek yaptırım uygulayabilmektedir. Ayrıca diplomaların ya da uzmanlıkların eşdeğerliği konusu ve de uzmanlık ta kalifikasyon konusu da CNOM un yetkileri arasındadır. Dal dernekleri ile ise Türkiye'deki meslek derneklerine benzemektedir. Tamamen bilimsel çalışma yapıyorlar, görüş bildirilmektedir. Bir de hekimlerin "Dayanışma rgtleri" denilen yapılar vardır. Bunlar da doktorların hastalık, ölüm halinde eşlerine, çocuklarına yardım yapmaktadır. (Dalkılıç, 2008)

Meslek örgütlerinin en önemli kısmı İstanbul'da yoğunlaşmıştır. Hatta bazı meslek örgütleri hemen sadece İstanbul'da faaliyetini sürdürebilmektedir. Bu durum meslek örgütlerinin yurt düzeyinde etkin olmasını önlemektedir. Tabip odaları ise yurt düzeyinde 41 ilde vardır ve bu odalar 2 ayda bir genel yönetim kurulu (GYK) adı altında toplanarak sorunlarını konuşmaktadırlar. (Apak, b.t.)

Hiç kimse, hiç bir resmi kuruluş meslek sorunlarını meslek odaları kadar bilemez. Böyle olmasına karşın meslek örgütlerinin resmi kuruluşlarla sıkı işbirliği içinde olduğu söylenemez. En azından tabip odaları için durum budur. Meslek odaları kapalı kutu olmamalıdır. Her meslek örgütünün halka yönelik dinamik bir gelişme göstermesi gerekir. (Apak, b.t.)

Tabip odaları için istenen noktayı özetlersek: Tabana yaygın ve etkili, mesleğin sürekli ve zorunlu eğitimi, eğitimin standardizasyonu, yüksek lisans ve uzmanlık eğitim belgelerinin tanzimi, meslek hatalarının kontrolü ve denetimi, özlük haklarının savunulması, ekonomik ve sosyal sorunların yasal organlarla beraber düzenlenmesi, Toplumun bilinçlenmesinde katkı, araştırma ve bilimsel çalışmalarda yardımcı olanak, birinci basamak sağlık sorunlarının belirtilip giderilmesinde yasal organlarla işbirliği, diğer ülke tabip odaları ile organik işbirliği ve nihayet bir sağlık örgütü olarak insan hakları ve insan sağlığına zarar verebilecek her şeye karşı mücadele ve çevre korumacılık. (Apak, b.t.)

TTB'nin kendi çıkarlarının önüne toplum çıkarlarını koyabilmesi, iktidarlara mesafeli duruşu ve muhalif tutumu, her zaman ezilen yoksul kesimlerin gereksinimlerini gözetmesi, mağdurlarla dayanışma içinde olması ve bunları yaparken bilimsel tutum ve ilkeli bir etik duruşu bulunmaktadır. (Berber, 2009)

Kuruluşundan bu tarafa TTB'de Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerle kıyaslanamayacak düzeyde bilgi üretilmiştir. TTB, çeşitli kol ve komisyonların çalışması yanında İşçi sağlığı, Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi ve Eğitimin kredilendirilmesi alanlarında yoğun emek birikimine sahiptir. TTB bu birikimi, 65 odası ve her birinde onlarca kişinin çalıştığı Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu, Pratisyen Hekimler Kolu, Tıp Öğrencileri Kolu, Olağan Dışı Koşullarda Sağlık Hizmetleri Kolu, Halk Sağlığı Kolu, İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu, Kadın Hekim, Kadın Sağlığı Kolu, Eğitim Kurulu, Kredilendirme Kurulu, Etik Kurul, Çocuk İstismarı ve İhmali Duyarlılık Grubu, Bilişim Grubu, Sağlık ve Politika Çalışma Grubu, Hekime Yönelik Şiddet Çalışma Grubu, İstanbul Protokolü Grubu, İstihdam Çalışma Grubu, Hekimlerin Yaşam ve Çalışma Koşulları Grubu, Spor Hekimliği Grubu gibi kurulu kol ve komisyonları ile sağlamaktadır. (Berber, 2009)

Ayrıca, TTB'nin çıkardığı yayınlar, hekim kitlesine ulaşmada ve stratejisini oluşturmada önemli araçlardan birisidir. Bu yayınlar;

- 1) Toplum ve Hekim:** 1978 yılından beri iki ayda bir yayınlanmaktadır, hakemli bir dergidir, özellikle halk sağlığı alanında öncüdür.

- 2) **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED):** 1992 yılından beri ayda bir yayınlanır, hakemlidir. Amacı özellikle pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimine destek vermektir. İlaç endüstrisinden destekle basılır ve dağıtılır, isteyen tüm hekimlere ücretsiz gönderilir.
- 3) **Tıp Dünyası:** 1991 yılından beri 15 günde bir yayınlanır, üyelerini güncel konularda bilgilendirmek amacı ile ücretsiz dağıtılır.
- 4) **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG):** Hakemlidir, İşçi Sağlığı ve İşyeri Bülteni'nden Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'ne geçiş, alandaki birikimleri ölçüsünde gerçekleşmiş olup ilk sayısını 2000 yılı Ocak ayında çıkarmıştır.

TTB Merkez Konseyi ve tabip odası yöneticileri, maaş, huzur hakkı gibi bazı kooperatif ve vakıflarda uygulanan bir ücret almadıkları gibi, sendikalarda profesyonel sendikacılık örneğinde olduğu gibi görevli oldukları dönemde işyerinden izinli sayılmamaktadır. TTB Merkez Konseyi üyeleri ve aktivistleri bu çalışmalarını gönüllü olarak sürdürmekte ve tüm çalışmalarını merkez binasında 9 büro çalışanı, 1 basın danışmanı, 3 hukukçu, 1 mali müşavir ve hizmet alınan 1 bilişim danışmanından oluşan profesyonel kadrosunda 1 merkez büro çalışanı ile yürütmektedir. (Berber, 2009)

5.2. Hemşireliğin Meslekleşmesi

Hemşirelik meslek midir?' sorusu yıllardır tartışılmakta olup 1900'lü yıllarda bu tartışmalar yoğunluk kazanmış ve bu konu hakkında çok şey yazılmıştır. Hemşire sosyologlar, hemşireliğin meslek olduğu konusunda tamamen fikir birliği içerisinde değillerdir. Bazıları "hemşirelik meslektir" derken, bazıları da hemşireliğin hala meslekleşme süreci içinde olduğunu savunmaktadırlar. (Karadağ, 2002)

Hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğu Uluslararası Hemşirelik Konseyinin (ICN) tarafından 1975’de belirtilmiştir. ICN 1975’de Singapur’da yaptığı tanıma göre; Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış, yetkisi onaylanmış profesyonel bir kişidir. Profesyonellik özellikleri ise şu şekilde ele alınabilmektedir; (Potter ve Perry, 1987)

- 1) Kendi bilgi bütünlüğünü sağlaması. Bir disiplinin, kendine özgü bir bütünlüğünün olması entelektüel bir zorunluluktur.
- 2) Üyelerinin uygulamalarına rehberlik eden teorik bilgi bütünlüğünün olması.
- 3) Üyelerin ortak hedef ve amaçlar altında birleşmeleri.
- 4) Bireyin uygulamalarına rehberlik eden etik kodunun olması
- 5) Üyelerin insan için önemli ve öncelikli konulara yönelmeleri
- 6) Üyelerin uygulamalarında verdikleri hizmetin kontrolüne sahip olmaları.

Hemşirelik, meslekleşme kriterlerini tamamen taşımamakla birlikte, özellikle son 30 yılda belirgin bir ilerleme kaydetmiştir. Örneğin hemşirelik okulları ve hemşirelik örgütlerinin sayısında bir artış olmuş, hemşireliğin yararlı ve gerekli bir meslek olduğu görüşü hemşirelerin güven duygusunu geliştirmiştir. Dahası hemşirelik eğitim programlarının içeriğinde ve eğitim yöntemlerinde büyük değişimler yaşanmaktadır. Bütün bunlar hemşireliği meslekleşme yolundaki ilerleme hızını konusunda tamamen fikir birliği içerisinde arttırmaktadır. (Karadağ, 2002)

5.2.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim Kriteri Bakımından Hemşirelerin Meslekleşmesi

Tarihsel perspektif içinde hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının hastanelerde hekime bağımlı olarak yürütülen anlayıştan, üniversitelerde bağımsız olarak kendi eğitim ve uygulamalarını kendisi yürüten anlayışa geçiş; hemşirelik biliminin gelişiminde önemli bir dönüm noktası olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1905 yılında ilk kez üniversite düzeyinde hemşirelik Minnesota Üniversitesi’nde başlamıştır. 1924 yılında Columbia, 1934 yılında New York Üniversitelerinde doktora programlarından yetişen hemşireler, eğitici misyonları ve yürüttükleri araştırmalarla hemşirelik bilimine katkıda bulunmaya başlamışlardır. Son 30 yıldır

hemşirelik teorisyenleri ve eğitimcileri hemşireliğe akademik bir disiplin olma yolunda daha da hız vererek, hemşirelik eğitimini hemşirelik kolejlerinden yüksek eğitim kurumlarına dönüştürme çabasına girmişlerdir. (Karagözoğlu, 2005)

1912 yılı ülkemizde hemşirelik mesleğinin başlangıç yılı olmuştur. İlk kez İstanbul'da Kadırga Hastanesinde 6 ay süreli gönüllü hasta bakıcı kursu açılmıştır. 1913-1914 yıllarında İstanbul Üniversitesi Konferans Salonunda düzenlenen kursa birçok öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilere hasta bakımı konusunda çeşitli bilgiler verilmiştir. Ülkemizde ilk açılan hemşirelik okulları ise şunlardır; (Öktem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000)

- 1) Amiral Bristol Sağlık Lisesi: Türkiye'de hemşirelik eğitiminde önemli bir yeri olan bu okul Hastabakıcı Dershanesi adı ile 1920 yılında öğretime açılmıştır.
- 2) Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi: Cumhuriyet döneminin ilk hemşirelik okulu 21 Şubat 1925 yılında İstanbul'da açılan Kızılay Özel Hemşirelik Okuludur.
- 3) Askeri Hemşirelik Okulu: İlk askeri hemşirelik okulu, Ankara'da 1939 yılında Milli Savunma Bakanlığınca açılmıştır.
- 4) Tevfik Sağlam Hemşire Lisesi: Verem Savaş Derneği, 1943 yılında İstanbul Erenköy Sanatoryumu'nda açılmıştır.
- 5) Sağlık Bakanlığına Bağlı Hemşirelik Okulları: 1946 yılında Haydarpaşa Numune ve Şişli Çocuk Hastanelerinde birer hemşire-laborant okulu açılmıştır. 1952 yılında Erzurum, Sivas, İzmir; 1953 yılında diğer illerde açılan hemşire okulları birbirini izlemiştir.
- 6) Hemşirelik Yüksekokulları: Ülkemizde üniversite düzeyinde hemşirelik eğitiminin öncülüğünü yapan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1955 yılında açılmıştır. Mezunlar 1973 yılında Tıp Fakültesinin tüm klinik branşlarında hemşirelikte doktora yapma hakkını kazanmıştır. 1976 yılından itibaren Profesör, doçent, asistan, uzman gibi akademik kadroları almışlardır.

1961 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. Daha sonraki yıllarda Sivas, Erzurum Atatürk, İzmir 9 Eylül, Gata Hemşirelik Yüksekokulları hızla açılmıştır. (Karadağ, 2002)

Türkiye’de hemşirelik mesleğini yürüten üç farklı temel eğitim düzeyinden mezun olmuş hemşire bulunmaktadır. Bunlar; lise, ön lisans ve lisans mezunlarıdır. Eğitim düzeyi düşük hemşirelerin daha çok geleneksel kadın rolüne dayalı bağımlı fonksiyonları yerine getirdikleri, mesleki bilinç ve sorumluluğunun tam gelişemediği, uygulama alanlarında yardımcı personel konumunda çalıştıkları gözlenmektedir . Tarihsel süreç içerisinde hemşirelik, sağlık meslekleri içinde düşük düzeyde eğitimle kazanılan mesleklerden birisi olmuştur. Bu bağlamda, eğitim düzeyi yeterli olmayan bir mesleğin, toplumda etkin bir rol oynaması ve saygınlık göstermesi de düşünülemez.(Karagözoğlu, 2008)

Hemşirelik mesleği üç değişik öğrenim düzeyinin (lise, önlisans, lisans) yanında, bilim uzmanlığı ve doktora yapmış ve akademik alanda öğretim üyeliğine yükselmiş hemşireler de bulunmaktadır. Bütün bu gruplar mesleği algılama, mesleksel çabaları benimseme, gelir durumu ve diğer özellikler yönünden birbirlerinden farklılıklar gösterirler. Eğitim düzeyleri farklı olmasına rağmen hemşirelerin unvan, görev, yetki ve sorumlulukları birbirinden ayrılmamıştır. Bu durum hemşireler arasında iç çatışmalara neden olmaktadır. (Efe Yaman, 2007)

Hemşireliğin kolay öğrenilebilen bir iş olduğunu sanan yetkililer hemşire olmak için üniversite eğitimine gerek olmadığını düşünerek lise düzeyinde hatta 6 aylık kurslarla bile hemşire yetiştirebileceklerine inanıp meslekleşme sürecini yavaşlatan kararlar almaktadırlar.(Karadağ, 2002)

Öğrenim düzeyinin atılganlık özelliklerine etkisi konusunda yapılan çalışmalarda üniversite mezunu hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre daha fazla atılgan özellikler gösterdiklerini ortaya koymuştur. Ayrıca meslek lisesi mezunu hemşirelerin göreve başlamaları ergenlik dönemine denk gelmiş ve henüz kendi kimliğini aramakta olan gencin meslek kimliği gelişiminde sorunlar yaşanmıştır. (Efe Yaman, 2007) Ayrıca farklı eğitim düzeyinde formasyon kazanan hemşirelerin,

mesleğin profesyonel gerekleri konusunda ortak görüşte olmaları beklenemez. (Yıldırım, 2009)

Hemşirelik araştırmalarının primer amacı, uygulama için gereksinim duyulan bilginin ortaya çıkarılması ve geçerli kılınmasıdır. Bununla beraber hemşire araştırmacılar hemşirelik uygulamalarına uzaktırlar. 1950'lerden sonra başlayan hemşirelik araştırmaları başlangıçta hemşirelik eğitime odaklanmıştır. Ancak 1970'lerden sonra araştırmalar klinik uygulamalara kaymıştır. Başlangıçta araştırmalar gerçekte gereksinim duyulan ve hemşireliğin özü olarak tanımlanan bilgiyi oluşturmaya hizmet edememiştir. Sonuç olarak "hemşirelik nedir" (uygulama) ve "ne olmalıdır" (teori) arasında bir boşluk doğmuştur. (Karagözoğlu, 2005)

Hemşirelik disiplininde pek çok bilgi, mantık yürütme, sınama, yanılma, deneyimler, geleneksel yol ve otoritelerle elde edilmiştir. Hemşireler var olduklarından bu yana gözlemlerine ve deneyimlerine dayalı pek çok problem çözmüşlerdir. Ancak hasta bakımında her yeni durum için bu kararlar genellenemez. Bireysel deneyimler öznel değerlerle şekillenir. Bazen seçenekli çözüm yollarına başvurarak sorunlar başarı ile çözümlenebilir. Ancak bu yollar kullanışlı olsa da etkili olmayabilir. Çünkü yöntemler dizgeli olmayıp, gelişigüzedir. Problemler sürekli olarak mantıksal düşünme süreçleri ile çözülmeye çalışılır. Aslında mantıksal sorgulama ve neden sonuç ilişkisi kurma bilimsel araştırmanın önemli bir boyutudur ve bu bağlamda hemşireliğin bilimselleşme yolunda bilinçli bilgi üretimine gereksinimi vardır. (Karagözoğlu, 2005)

Deneyimli, uzman hemşirelerle araştırmacı hemşirelerle işbirliği halinde çalışarak araştırmalar yapmaları, hem uzman hemşirenin deneyim ve sezgileriyle elde ettiği bilgilerin bilimsel bilgi haline gelmesini hem de uygulama alanında kullanılacak bilgilerin üretilmesini sağlayabilir. Aynı zamanda uygulamaya araştırma ve araştırma kültürünün yerleştirilmesinin en geçerli yolu akademisyen ve uygulayıcı hemşirelerin birlikte yapacağı eylem araştırmaları olabilir. (Karagözoğlu, 2005)

Hemşireliğin bir kadın uğraşı olarak düşünüldüğü geçmiş yüzyıllar içinde, bütün diğer bilim kollarına benzer bir evrim yaşayarak bilimsel yöntemin

süzgecinden geçmeyi başarması, 20. yüzyıl başlarından bu yana bilim kolu olarak kabul görmesini sağlamıştır. Nesnel gerçeklikten kök alan, çağdaş bilimsel bilginin kendi disiplinine uygulanmasını gerçekleştiren hemşirelik, giderek kendi bilimsel genellemelerini kurmaya, kendi kuramlarını üretmeye başlamıştır. (Karagözoğlu, 2005)

Sağlık ekibindeki meslek üyeleri, hizmet verilen bireyin yaşam kalitesini artırmak olan ortak amaçlarını gerçekleştirirken kendi paylarına düşen çalışmayı yaparak birbirini tamamlar, ancak birbirinin yardımcısı olmaz. Ekip üyelerinin bir diğer üyenin yardımcısı olarak çalıştıkları durumlarda meslek kavramı zedelenir. Ne yazık ki hemşireler yıllardır ekip içinde doktor yardımcısı olarak görülmüşler, bağımsız işlevlerini uygulama kararını bile doktor istemleri yönlendirmiştir. İtiraz sesleri, yüksek öğrenim düzeyine sahip hemşirelerde meslekleşme bilincinin gelişmesi ile duyulmaya başlamıştır. O halde hemşireliği güçlendirmenin temel koşullarından birisi meslek mensuplarının yüksek öğrenim düzeyine sahip olmalarıdır. Hemşirelerin güçlenmesi, karar alma süreçlerine katılması ve ekibin etkin bir üyesi olması, bakımın kalitesini yükseltmenin de temel koşuludur. (Taşkın, 1998)

Hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülebilmesi her şeyden önce, klinik uygulayıcı hemşirelerin çağdaş hemşirelik anlayış ve kavramlarını benimsemesi ve bilimsel yöntem ışığında uygulamadan bilgi üretmesi, uygulama ortamlarında üretilen diğer hemşirelik bilgilerini bu anlayışlar çerçevesinde kritize etmesi ile mümkündür. Araştırma sürecinde uygulayıcı hemşirelerin araştırma hemşireleri ile birlikte yer alması ve bilgi üretimine aktif olarak katılması hem teori uygulama boşluğunu dolduracak, hem de uygulama için bilgi üretme amacıyla olan hemşirelik bilimine hizmet edecektir. (Karagözoğlu, 2005)

Geçmişten günümüze Türkiye’de hemşirelik eğitimi her zaman politik eğilimlerin gündeminde ve odak noktasında yer almıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 sayılı Kanun’un 5 Ocak 1961 tarihinde yürürlüğe girmesiyle birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmiştir. Bu kapsamda sağlıkta koruyuculuğa önem verilmiş, yurdun en ücra köşelerinde her 10-15 bin

nüfus için bir sağlık ocağı kurulması ve sağlık ocakları aracılığı ile sağlık hizmetinin halkın ayağına götürülmesi planlanmıştır. Bu politikaya paralel olarak yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru) sayısını artırmak amacıyla Sağlık Meslek Liseleri (SML) hızla açılmış, siyasilere oy kaygılarının da etkisi ile 1989-1991 yıllarında SML sayısı 85 den 326'ya çıkarılmıştır. (Karagözoğlu, 2008)

Ülkemizde hemşirelikte lisans öğrenimi 1955 yılında başlamış, günümüze kadar hemşirelik yüksek okullarından yaklaşık 6 bin hemşire mezun olmuştur. Tüm sağlık kurumlarında çalışan hemşire sayısı ise yaklaşık 60 bindir. Görüldüğü gibi yüksek okul mezunu hemşireler, tüm hemşireler içinde % 10 gibi küçük bir orandadır. Üniversite düzeyinde yetişmiş, mesleki gelişime açık olan bu gruptan ise yeterince yararlanılmamaktadır.

Hekim dışı sağlık personelinin sayısal azlığı bir yana, bazı sağlık mesleklerinin ülkemizde hiç bulunmadığı görülmektedir. Var olan eğitim sisteminde de bir karmaşa gözlenmektedir. Örneğin hemşire yetiştirmek için meslek liseleri, iki yıllık meslek yüksekokulları, dört yıllık hemşirelik yüksekokulları bulunmaktadır. (Sur, 2009)

Türkiye'de profesyonel hemşirelik eğitiminin en az 4 yıllık lisans düzeyinde olması gerekliliğine yönelik girişimlerin sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında gerçekleştirdiği I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde "Sağlık Eğitimi Yeniden Yapılandırma Projesi" başlatılmıştır. SML'nin lisans eğitimine dönüştürülmesine yönelik 1992-1996 yıllarında yaşanan gelişmeler ve Kasım 1996'da Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokolle, ülkemizin gereksinim duyduğu hemşire, ebe ve sağlık memuru eğitiminin üniversitelerde lisans düzeyinde yapılmasına karar verilmiştir. Hemşirelik eğitimi 1997 eğitim öğretim yılında lisans düzeyinde yürütülmüş, ancak 2000 yılında yapılan Yüksek Sağlık Şurası ve Sağlık Eğitim Şurası'nda yüksekokul mezunlarının kırsal bölgelere ve gelişmemiş illere gitmedikleri, sağlık yüksekokullarına alınan öğrenci sayısının ülkemizin hemşire, ebe ve sağlık memuru ihtiyacını karşılayamayacak düzeyde olması gerekçeleriyle hemşire, ebe ve sağlık memuru eğitiminin yeniden Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kararı alınmıştır. Bu karar doğrultusunda 2001

eğitim ğretim yılında Sağlık Bakanlığı tarafından SML'ne yeniden ğrenci alınmıştır.(Karagözoğlu, 2008)

Çoğu kimseye göre hemşireliğin kendi alanında özel bir yeterliliğe sahip olmadığı, sadece diğer disiplinlerden alınan bilgileri kullandığı görüşü hakimdir. Bunun nedenleri, hemşireliğin yakın zamana kadar kendine özgü bilgi birikimine sahip olmayışı, uygulamalarını araştırma sonuçlarına ve kanıtta dayandırmayışı ve bugün ülkemizde insanla uğraşan sağlık disiplinlerinin diğer yeleri gibi lisans ve lisans üstü eğitimi zorunlu olan hemşirelerin, bu bilgi çağında hala ekip içinde en az eğitim ve bilgi ile yardımcı ve söyleneni uygulayıcı, hekimin sağ kolu ve melekler rolünde kalmaları gibi durumlar gerçeklerdir. (Karagözoğlu, 2005)

Kendi geleneksel perspektifleri ve bilimsel amaçları doğrultusunda diğer bilimler ve hemşirelik bilimi arasında temel bir ilişki söz konusudur. Hemşirelik bilimi diğer disiplinlerin bilgi birikimini kullanarak kendi biliminin temeline katkı sağlayabilir. (Karagözoğlu, 2005)

Başka bir mesleğin eğitimi ve yönetimi altında olan meslekler bağımsızlık kazanamaz ve gelişemezler. Bu nedenle hemşirelik, meslekleşme ölçütlerinden biri olan bağımsızlığını, sistemdeki bu yanlışlık nedeniyle günümüze kadar kazanamamıştır. (Taşkın, 1998)

Ancak, kaçınılmaz bir şekilde hemşirelik disiplini hemşireliğe özgü bilgi birikiminin gelişmesiyle diğer sağlık disiplinleri içinde varlığını sürdürebilir. Hemşireliği diğer disiplinlerden ayıran ve hemşireliğin kendine özgü bir disiplin olmasını sağlayan  önemli faktör vardır. Bunlar; hemşireliğin tanımlanabilir bir felsefesinin olması, kavramsal bir çatıya sahip olması ve bilgi gelişimine olanak sağlayan kabul edilebilir metodolojik yaklaşımlarının bulunmasıdır (Karagözoğlu, 2005)

1965 yılında ANA' nın (Amerikan Hemşireler Birliği) hemşirelik eğitiminin yüksek eğitim kurumlarına verilmesi gerektiğini belirtmesi hemşireliğin meslekleşmesi açısından önemli bir başlangıç olmuştur. Tüm dünyada hemşireliğin meslekleşmesi için kabul edilmesi gereken programın lisans programı olduğu

savunulmaktadır. Diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında az sayıda olmasına rağmen hemşirelikte yüksek lisans ve doktora programları vardır. 'Profesyonel statü ve güç ancak temel eğitimin ardından mezuniyet sonrası eğitimle kazanılır' görüşü dikkate alındığında akla gelen bir soru şudur; hemşirelik mezunlarının çoğu lisans düzeyinin altında olduğuna göre, hemşireler nasıl profesyoneller arasına sokulabilir? Profesyonel hemşirelik ve teknik hemşirelik henüz hemşireliğin pratikte çözemediği büyük bir engeldir. Hemşirelikteki bu eğitim karmaşası ve çeşitliği yüksek dereceli eğitimin kabul sürecini ve hemşireliğin meslekleşme sürecini yavaşlatmıştır. Bu farklılığın çözülmemiş olması hemşireliğin meslek olarak gelişimini tehdit etmektedir.(Karadağ, 2002)

Genel olarak meslek üyelerinin önemli bir bölümü, hemşirelikte birçok şeyin iyi gitmediği konusunda görüş birliği içindedirler. Ancak görüş ayrılıkları, daha çok sorunların ana kaynağının ne olduğu, çözümü ve sorumlulukların yerine getirilmesi konularında ortaya çıkar. Hemşirelik eğitimini yürüten, hemşireliği yöneten ve hemşirelik işini yapanlar sorunların nedenlerini genelde “kendileri dışında” olduğunu kabul etme eğilimindedirler. Hemşire akademisyenlerle klinik çalışanlar arasında suçluyu bulma yönünde süregelen tartışmalar, “mevcut sistemi” sorunun asıl nedeni olarak belirledikten sonra uzlaşmaya dönüşür. Suçun tümüyle “sistem” üzerine yıkılması, meslek üyelerini, suçluyu bulmuş ve aklanmış olmanın rehabeti içinde görevlerini aynı şekilde sürdürmeye yöneltilir. Eğitimciler, hizmetin içinde doğrudan yer almadan, hemşire öğrencilere meslek formasyonu kazandırmada gerekli olan kuramsal ve uygulamalı eğitimi en iyi şekilde verdiklerini varsayar ve kendilerini hemşirelikte yolunda gitmeyen işlerin sorumlusu olarak asla görmek istemezler. “Eğitim yeterli ancak, sistem eğitimin uygulamaya dönüştürülmesine izin vermiyor” şeklinde savları başlangıçta mezunlar tarafından da destek görür. “Sistem”den kast edilen meslek üyelerinin büyük çoğunlukla yer aldıkları tedavi kurumları yani hastanelerin işleyişi, “sorun”dan kast edilen ise hastanelerde hemşireler tarafından hasta bakımının yeterince yerine getirilememesidir. Diğer yandan hemşireler de yıllar içinde değişmeyen bir söylemle, hastane ortamında, kendilerine yüklenen birçok işin üstesinden gelmeye çalışırken temel işleri olan hasta bakımını yerine getiremediklerinden söz ederler. (Yıldırım, 2009)

Bilimsel yapıya sahip olan bir meslek, sürekli araştırmalarla bilgi yükünü genişletir. Hemşirelik mesleğinin de kendi ürettiğı bilgi birikimini sağlaması gerekmektedir. Hemşirelik bilimsel tabanını oluşturamazsa, meslekleşme sürecinde ne kadar yol almış olursa olsun, bir yönüyle yalnızca yapılacak bir iş olarak kalmayı sürdürecektir. Bu bağlamda, meslekleşme ile bilimsel makaleler yayımlama iç içe geçmiş bir süreçtir. (Kurban, Kuzu ve Ulusoy, 2008)

Hemşirelik geçmişte fizik, sosyal bilimler ve diğer disiplinlerden alınan ilkelere dayanıyordu. Bununla birlikte günümüzde sadece hemşireliğe özel bilgi birikimi vardır. Özellikle son 30 yıldır hemşirelik bakımının. Analizi yapılmaktadır. Hemşirelikte teori gelişimi çalışmaları hız kazanmıştır. (Karadağ, 2002)

Hemşirelik bilgisi esas olarak psikoloji, sosyoloji, tıp gibi diğer sağlık disiplinlerinden alınmıştır. Diğer bilgi zümrelerine hemşireliğin bu geleneksel bağlılığı bilgi eksikliğinin önemli bir nedeni olmakla birlikte, hemşirelikle ilgili araştırmalardaki yetersizlik ve ayrıca uzun yıllar hekimin hemşirelik eğitimindeki otoritesi ve uygulamada ekibin doğal liderliği de hemşirelerin mesleki bilgi ve eylemlerini bağımsız olarak geliştirmelerini etkilemiştir. (Yıldıırım, 2001)

1950- 1960'lı yıllarda hemşireliğin ne olduğu ve doğasını açıklamaya yönelik araştırmalar sonucunda kuramcılar hemşireliğin konu alanının İnsan-Kişi olduğunda birleşmiş, hemşirelik modellerini bunun etrafında tanımlamaya çalışmışlardır. Bu düşünce tarzı hemşireliğe tıptan ayrı kendine özü olma niteliği vermektedir. Tıbbın hastalık üzerine yoğunlaşan ilgisi hemşirelikte hasta insana yönelmiştir. Bu durum hemşireliğe özgü bilimsel bilgi içeriğinin varlığı ve bu bilgilerin diğer disiplinlerle paylaşıldığı gerçeği ortaya çıkmaktadır. (Yıldıırım, 2001)

Ülkemizde ilki 1959-1960 yılları arasında yapılan hemşirelik araştırmaları 1968 yılında 'Hemşirelikte Yüksek Lisans' ve 1972 yılında 'Doktora Programları' ile gittikçe çoğalmıştır. Hemşirelik araştırmaları başlangıçta sadece üniversiteler bünyesinde akademisyenler tarafından yapılmakta iken, artık klinikte çalışan hemşireler de karşılaştıkları problemleri çözmeye yönelik araştırmalar yapmakta, kongre, sempozyum, kurs gibi bilgi ve deneyimlerini arttıran faaliyetlere

katılmaktadırlar. Tıp kongrelerinin içinde yarım günlük seksiyonlar halinde başlayan bilimsel etkinlikler hemşireliğe özgü kongreler haline dönüşmüştür. (Karadağ, 2002

Keogh (1997)'a göre, doktora programlarının başlatılması hemşirelikte meslekleşme sürecini tamamlamaktadır. Hemşirelikte doktora programlarının başlatılmasının çok önemli bir mihenk taşı olduğu doğrudur ancak, meslekleşmenin bir idealizasyon süreci olduğu ve en gelişmiş bir mesleğin bile son noktaya ulaşmasının mümkün olmadığı unutulmamalıdır. (Kurban, Kuzu ve Ulusoy, 2008)

Kuzu-Kurban ve Ulusoy' un yapmış olduğu araştırmaya göre; hemşirelik doktorası olan öğretim üyelerinin yalnızca %39'unun atıf indeksleri kapsamındaki dergilerde yayını bulunmaktadır (Tablo 2). Bu durum doğaldır çünkü, hemşirelik doktorasına sahip olmanın kısa bir geçmişi olup 2005 yılında yüksekokullarda hemşirelik doktorası olan öğretim üyesi sayısı (N=231) çok azdır. Ayrıca, öncelikle tek bir üniversitede başlatılan hemşirelikte doktora programı, öğretim üyesi sayısı yetersiz olduğu için halen gereksinime yanıt verecek biçimde yaygınlaştırılmamıştır. Bu nedenlerle hemşirelikte lisans derecesi veren yüksekokulları yapısında bulunduran 43 devlet üniversitesinin her birine hemşirelik doktorası olan ortalama 5.4 öğretim üyesinin düşebileceği görülmektedir. (Kurban, Kuzu ve Ulusoy, 2008)

Bir kurumda standart olarak bir öğretim üyesine en fazla 15 öğrenci düşmelidir. Sağlık yüksekokullarında ise 2007 yılında bir öğretim üyesi başına ortalama 124.4 öğrenci düşmektedir. Hemşirelikte lisans derecesi veren en eski hemşirelik okullarından birinde de 2005-2008 yıllarında öğretim üyesi başına düşen lisans öğrencisi sayısı ortalama 27 olup, bu kurumda lisansüstü öğrencilerinde eğitildiği göz önüne alınmalıdır. ((Kurban, Kuzu ve Ulusoy, 2008)

Değişen dünya ve gereksinimler önemli ve köklü değişimleri de beraberinde getirmekte, hemşirelerin özerkliğini ve hemşireliğe ait bilimsel bilgi birikimini kaçınılmaz kılmaktadır. Bilimsel yapıya sahip olan bir meslek araştırmalarla sürekli olarak bilgi yükünü genişletir ve varlığını sürdürebilir. Hemşirelik disiplini de ancak

hemşireliğe özgü bilgi birikimini geliştirerek diğer sağlık disiplinleri içinde varlığını ve özerkliğini sürdürebilecektir. (Karagözoğlu, 2008)

Bilgi kontrolü ve bilgiye hakim olma özellikle yaşam ve ölümün söz konusu olduğu mesleklerde kişilere büyük güç verir. Zira bilgi eksikliği her hangi bir kişiyi profesyonelliğe, profesyonelin bilgi eksikliği ise hastanın ölümüne yol açacak önemli bir durumdur. (Yıldırım, 2001)

Avrupa Birliği Konseyi kararları doğrultusunda hemşirelik eğitim seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapmak, önerilerde bulunmak, mesleki alanda ülke içinde ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla arasında mesleki bilgi alışverişinde bulunmak üzere; hemşirelik hizmetlerinde yüksek standardı sağlamak üzere eğitim programlarının geliştirilmesi, uygulanması, sonuçlarının izlenmesi, hizmetin yürütülmesi ve yönlendirilmesine yönelik çalışmalarda istişari mahiyette Hemşirelik Danışma Kurulunun oluşturulması gerekmektedir. (Türkiye’de hemşirelik mesleğinin durumu ve hemşirelik mesleğinin gelişimi için Türk Hemşireler Derneği’ nin önerileri, Anonim, 2004)

Bu noktada, toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilecek, neyi öğreneceğini, nasıl ve nereden öğreneceğini bilen, yeni bilgiler üretebilen, yaşam boyu öğrenme konusunda güdülenmiş, sorgulayan, işbirliği içinde çalışabilen, toplumsal sorumluluğu üstlenmeye hazır özerk hemşireler yetiştirmede hemşirelik eğitimi ve çağdaş müfredat programlarının önemi büyüktür. Gelecek için iyi yetiştirilmiş hemşireler, sağlık bakımının yeterli, etkili ve dengeli bir biçimde verilebilmesinde en öncelikli gerekliliklerden birini oluşturmaktadır. Bu nedenle eğitim ortamlarında hemşirelik öğrencilerine profesyonel hemşirelik hizmetleri için gerekli bilgi, beceri ve anlayışlar kazandırılmalıdır. (Karagözoğlu, 2008)

5.2.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri Bakımından Hemşireliğin Meslekleşmesi

Cumhuriyet döneminin eğitim vermeye başlayan ilk hemşire okulu Kızılay hemşire okuluna kabul koşulu, okur-yazar olmak, iyi ahlak sahibi olmak, vücutça sağlam olmaktır. Hemşire okuluna kabul koşullarına dikkat edildiğinde iyi ahlaklı olmak da koşullar içinde ve çok belirsiz anlamlı bir koşuldur ve bu mesleğin bütün zamanlarını belirleyen bir sosyal norm ölçütü olarak kalmıştır.

İyi ahlaklı olmanın ilk ve öncelikli anlamı “namus”lu olmak, namuslu olmak ise bir erkeğe ait olmak anlamına gelmektedir. Gelenekleriyle kadına edilgin bir rol veren ve erkeğe bağımlı kılan toplum, hem kız hem erkek çocukları bu değerler ve anlayış doğrultusunda yetiştirmektedir. Bu nedenlerle uygulamadaki kadına yönelik ayrımcılık ve sosyal denetim mekanizmaları içselleşmekte, hemşireler edilgin ve denetlenen olmayı normal sayabilmektedir. (Tarihçi, 2010)

Ülkemizde hemşirelik mesleğinin ne olduğu, üyelerinin kim olduğu ve ne iş yaptığına ilişkin eğitilmiş eğitimsiz, kentli köylü fark etmeksizin ortak bir görüş hakimdir. Mesleğin geleneksel imajı ile uyumlu olan bu görüş genel olarak hemşireleri, uygulamada hekimin yardımcısı, daha çok tedavi (enjeksiyon) yapan, bazen “şefkatli-sevecen” bazen “acımasız - öfkeli”, bazen “sorumlu - mağdur” gören karmaşık özellik taşıır. (Yıldırım, 2009)

Günümüzde hemşireliğin, profesyonelliği sık sık tartışmalara konu olmaktadır. Uzun yıllardır hemşirelik bir meslek olmak ve profesyonel bir statü kazanmak için uğraş vermektedir. Hemşireliğin meslekleşme sürecinde yaşadığı zorluklar bilimsel bir disiplin olma yolunda hemşireliği önemli ölçüde yavaşlatmıştır. Hemşireliğin bir meslek olarak kabul edilip edilmediğine ilişkin yazılar yorumlar hemşirelik literatüründe yer almaktadır. (Karagözoğlu, 2009)

Hemşireler, sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturmakla ve bakım verdiği bireylerle en uzun süre ilişkide bulunan grup olmakla birlikte kendilerini güçsüz hissetmektedirler. Buna yol açan nedenler, hemşireliğin kendisi ve hemşirelik dışı faktörlerle ilgili olabilir. Bunlar; (Karaöz, 2004)

Dış faktörler;

- 1) Hemşirenin geleneksel yardımcı rolü,
- 2) Sağlık bakım kurumlarının hiyerarşik yapısı,
- 3) Hekimlerin otorite olarak algılanması,
- 4) Yasal işlem tehdidi ve işini kaybetme korkusu.

İç faktörler;

- 1) Rol belirsizliği, rol karmaşası,
- 2) Profesyonel güven eksikliği,
- 3) Çekingenlik, utangaçlık,
- 4) Kendini küçük görme (benlik saygısının düşük olması).

Hemşirelik mesleğinin, bireyin en doğal ve vazgeçilmez hakkı olan sağlık ile ilgili oluşu hemşireliği vazgeçilmez kılmaktadır. Hemşirelik birey, grup ya da toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi geliştirilmesi amacına yönelik sağlık hizmeti sunar. Daha üst düzeyde sağlık statüsüne ulaşmak için kişilere yardım etme hemşireliğin amacıdır. Bakım verme ve toplumdaki diğer kişilere yardım etme profesyonel hemşireliğin temel unsurlarıdır.(Karadağ, 2002)

Halk imajında bebeği emziren sütanne anlamında ‘nurse’ kelimesi, orijinalinden kısa sürede hasta ve yaşlıya bakan nazik, sevecen, akıllı fakat eğitilmemiş bir kadın özelliğinde hemşireliği günümüze kadar getirmiştir.(Yıldırım, 2001)

Ülkemizde hemşirelik hemen tümüyle bir kadın mesleğidir. Geleneksel olarak kadın ailenin bir üyesidir ancak kararları erkek alır. Hemşireler de sağlık ekibinin üyesidirler, ancak karar mekanizmalarında etkin rolleri yoktur. Hemşirelik işlevlerine duyulan bu saygı eksikliği, toplumda kadına duyulan saygı eksikliği ile aynı sosyolojik özellikten (cinsiyet ayrımından) kaynaklanmaktadır. (Taşkın, 1998)

Türk toplumunda cinsiyete dayalı ayrımcılık anne baba tarafından erkek ve kız çocuğun farklı yetiştiriliş tarzı ile aile içinde başlamaktadır. Kültürel değerlerle kız ve erkek çocuklar farklı yönlendirilmekte; eğitimlerine verilen önem de farklı olmaktadır. Olanaklar daha çok erkek çocuğun eğitimine sunulmaktadır.(Efe Yaman, 2008)

Literatürde hemşireliğin bir kadın mesleği konumunda yer alması ve hekim istemlerini uygulamaya yönelik bağımlı fonksiyonlarının ön plana çıkması nedeni ile bireysel ve mesleki özerkliğe yeterince sahip olmadığı görüşü vurgulanmaktadır.(Karagözoğlu, 2009)

Hemşirelik mesleğinin Türkiye’ de genellikle yanlış anlaşıldığı, görevlerinin hekim yardımcılığı gibi algılandığı bilinmektedir. Hemşirelik hakkında toplumsal görüşü irdeleyen araştırmalar ise toplumda hemşireler hakkında çelişkili görüşlerin var olduğunu göstermektedir. Bu görüşler şöyle toplanabilir. (T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü 2000)

- 1) Hemşirelik, eğilmiş eğitilmiş meslek olarak görülmekle birlikte, hemşirelik eğitimi hakkında genellikle yanlış bilgiler bulunmaktadır.
- 2) Toplum hemşireyi yalnızca insani görevleri açısından tanımaktadır. Diğer görevleri hakkında bil sahibi değildir.
- 3) Erkek ve kadın bireylerin çoğu hemşireliği meslek olarak seçmek istememekte, bunun nedenlerinin başında da hemşirelerin ahlaksal yönden olumlu tanınmaması ve hemşireliğe değer verilmemesidir.
- 4) Hemşireler ile yakın ilişkide olanlar veya hemşire akrabası olanların hemşireler hakkında görüşleri ise olumludur.

Gaziantep Üniversitesinde Hemşirelik 1. Sınıf öğrencilerine yönelik yapılan, “Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe İlişkin Düşüncelerinin İncelenmesi” isimli çalışmanın sonucunda; katılan öğrencilerin % 60’ının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği görülmüştür. Aynı çalışmada öğrencilerin % 80’ i mezun olduklarında meslekleri uygulayacaklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin % 40’ı meslekten

beklentilerinin, kariyer sahibi olmak ve daha saygın bir yer edinmek olduğunu belirtmiştir. (İpekçi ve Ulutaşdemir, 2006)

Hemşirelik mesleği daha çok sosyoekonomik durumu düşük olan ailelerin çocuklarının tercih ettikleri bir meslektir. Ayrıca toplumda kadınlardan sessiz olma, uyumlu davranma, başkalarının gereksinimlerini önde tutma davranışları beklenmektedir. Bunun sonucu olarak kadınlar genellikle kendine güvenemeyen, kendi kararlarını veremeyen ve pasif bireyler olarak yetişmektedirler. Bir grup hemşire ile yaptığı çalışmada erkek hemşirelerin kadın hemşirelerden daha atılgan olduklarını tespit etmiştir. Toplumda erkekler kadınlara göre baskındır ve kararlar daha çok erkekler tarafından alınır. Buna bağlı olarak bir kadın mesleği olan hemşirelik üyeleri de atılgan özellik gösterememekte ve pasif davranışlar sergilemektedirler. (Efe Yaman, 2008)

Ülkemizde erkek hemşirelerin sayılarının çok az olmasının ve hemşireliğin kadınlara özgü bir meslek olarak algılanmasının mesleğin gelişimini olumsuz yönde etkilediği de düşünülmektedir. Atılgan aile temelli toplumumuzda kadınlardan erkeğe boyun eğme ve saygı beklendiğinden, tamamı kadınlardan oluşan hemşirelerden de beklenti aynı olabilmektedir.(Tarihçi, 2010)

Sağlık Bakanlığı “insana hizmet etme nosyonu ancak belirli yaşlarda kazandırılacağından, hemşirelik de beceriye dayalı bir hizmet olduğundan” gibi bir saptama ile hemşireliği “erken yaşta beceri yoluyla kazandırılan bir hizmet etme durumu” olarak tanımlamak eğilimindedir. Bu yaklaşım, kadına yönelik hizmet etme rolünü de tekrar eder niteliktedir. “Er babadan öğrenir sohbet etmeyi, kız anadan öğrenir sofrayı düzmeyi” atasözü ile anlatılan yaklaşım ile hizmet kavrayışı arasındaki benzerlik dikkati çekicidir.(Tarihçi, 2010)

Batı medeniyetinde hasta bakımı dini bir görev olarak görülmüş. Din adamına bakım görevinin kutsal anlamda üstlenilmesi yüzyıllar sonra hemşireliğin sevgi için yapıldığı ve formal bir eğitim gerektirmediği imajını süre getirmiştir. Uzun yıllar hemşirelik kendilerini dünya zevklerinden mahrum etmek isteyen kişilerin mesleği olarak bilinmiştir. Ülkemizde aynı imajlar meleklik ve kutsallık kavramları ile

karşılıksız hizmet verme özverili çalışma amaca uygun ya da olmayan her işlevin üstlenmesine yol açmıştır. (Yıldırım, 2001)

Tüm meslekler gibi hemşirelik de hizmet verdiği toplumdan önemli ölçüde etkilenir. Sosyal yapı ve hemşirenin bireysel tutumları, hemşirelik uygulamalarını ve toplumun hemşireliğe karşı tutumlarını biçimlendirir. Sosyal yapı, aynı zamanda hemşireliği meslek olarak seçenleri de etkiler. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar hemşirelik okullarına gelen öğrencilerin hemşireliğe ilişkin yeterli istek ve bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir. Bu isteksizliğin temelinde toplumun olumsuz hemşirelik imajına sahip olmasının rol oynadığı söylenebilir. (Karagözoğlu, 2009)

Sağlık hizmetleri bir sistem içinde ve ekip çalışması biçiminde yürütülür. Hizmeti sunan da alan da insandır ama ekibin tüm çalışanları her an insanla yüz yüze gelmez. Ekip içinde hemşireler doğrudan insanla çalışan meslek grubunu oluşturur. İyi niyet, içtenlik ve sevgi diğer meslek çalışanlarından fazlasıyla beklenmezken hemşirelerden bu yönde daha yüksek bir beklenti bulunmaktadır. (Tarihçi, 2010)

15 Mayıs 2006 dünya hemşireler haftası nedeniyle H.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim üyesi Prof Dr. Saadet Ülker Gazi hastanesinde yaptığı konuşmada; “Türkiye de hemşirelik annelik ile özdeşleştirilip, kadınların doğası gereği şefkatli olması varsayımı üzerinden kurgulanıyor” derken kadın olmaya dönük toplumsal cinsiyet önyargısını vurgulamıştır. “ Yaptığımız işi ve sistemi sorgulamaya imkân verecek yetki istiyoruz” derken de yaptıkları işte yetkisiz uygulayıcı olduklarını iddia etmiştir. “ Biz hemşireler kendi görev sınırlarımız içinde yaptığımız işin hesabını verebiliriz. Aksi takdirde denileni yapan bir kul oluruz” ifadesiyle de hemşirelerin çalışma yaşamındaki ikincil konumunu özetlemiştir. Bu ikincil konumu kabullenmenin toplumsal bir bağlamı olduğu bu bağlamın da sosyal statü düşüklüğü içinde açıklanabileceği düşünülmektedir (Tarihçi, 2010)

Hemşirelik kesinlikle kişi ve toplumun sağlığının sürdürülmesinde vazgeçilmez bir meslektir. Hemşirelerin görevlerini yapmamaları ya da yapamamaları halinde ülkede sağlık/hastalık göstergelerinin kötüye gittiğini gösteren pek çok örnek vardır. Aile planlaması hizmetlerinin iyi yürütülmemesi ile ilişkili nüfus patlaması, anne bebek ölümlerinin artması ve bunların neden olduğu sosyal ve

ekonomik sıkıntılar, tıbbi ve cerrahi asepsi ilkelerine dikkat edilmeden verilen bakım sonucu gelişen hastane enfeksiyonları bu örneklerden bazılarıdır. Bu örnekler hemşireliği toplum için vazgeçilmez konuma getirmektedir. (Yıldırım, 2001)

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunlukla tepkilerini pasif (çekingen) biçimde ortaya koydukları ve assertif davranış özellikleri göstermedikleri belirtilmektedir. Bunun nedenleri; hemşireliğin tarihsel gelişimi, kadın mesleği olması ve kadının toplumdaki yeri, sağlık kuruluşlarının karmaşık örgütsel yapıları, çalışma koşulları, mesleki otonominin olmaması, meslekleşme ile ilgili sorunlar, mesleğin doğası ve toplumun hemşirelikle ilgili inanç sistemi olarak belirtilmektedir. (Efe Yaman, 2008)

Hemşireliğin toplum tarafından önyargılarla değerlendirilmesi sadece bugüne ait bir sorun değildir. Örneğin, Cumhuriyet dönemi ilk hemşirelerinden olan Esmâ Deniz, Türk Hemşireler Derneği'nin ilk başkanı ve kurucusudur. 1920'li yıllarda hastabakıcı olmaktan söz ettiğinde, bu isteğinin yakın çevresi tarafından olumsuz karşılandığını ifade etmiştir. Eğer kısa yoldan iş sahibi olmak ve para kazanmak gibi bir zorunluluk yoksa hemşire olmak istenmemesinin mesleğe toplumun verdiği değeri gösterdiği söylenebilir(Tarihçi, 2010)

Hemşirelerin çalışma ortamındaki bireysel ve profesyonel özerkliği geleneksel olarak hemşireler üzerinde kontrole sahip olmak isteyen hekimler tarafından da sınırlandırılmaktadır. (Karagözoğlu, 2009) Günümüzde uzun yıllar etkisini profesyonelleşmenin aleyhine getiren hemşirenin hekimin yardımcısı olduğu imajı bağımsız hemşirelik rolünün ortaya atılması ile gerilemeye başlamıştır. (Yıldırım, 2001)

Bir işin meslek olabilmesi için, kendi kendini yönetebilmesi, denetleyebilmesi, sistemin olmazsa olmaz bir parçası olması ve sınırları belirlenmiş gereksinimlere karşılık vermesi beklenir. Sağlık sistemi içinde ise, eksiklerin hemşireler tarafından tamamlanması bir gelenek olmuş gibi görünmektedir. Bu tutum da işin sınırlarını saptamakta sorun çıkarmaktadır. Her nerede boşluk varsa o işi hemşirenin yapması beklenir. Laborant yoksa laboratuarda, sekreter yoksa kayıt işlerinde hemşire çalıştırılabilir.(Tarihçi, 2010)

Ev idaresi ve kırtasiye işlerinin önemli bir bölümü hemşirelere yüklenmiştir. Ancak bu bakım sadece hastaya bakmak değil aynı zamanda servisi düzenlemek, gerekli onarımlar için teknik servis ile ilişki kurmak, mekânın temizliğini denetlemek ve malzemeleri sağlayıp yazışmaları yapmak gibi tedavi ve bakım hizmetlerini destekleyen uğraşlardır. Sağlık kuruluşlarının çoğundaki destek hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, bu işleri de hemşireler yürütmektedir. Yasal yetkileri olmasa da, hekim dışı personelin çalışmaları da özellikle sorumlu hemşirelerin düzenlemesi ile yürütülmektedir. Örneğin, hastabakıcıların çalışma saatlerinin listesini yapmak da sorumlu hemşirenin görevleri arasındadır. (Tarihçi, 2010)

Emiroğlu' nun (2000) çalışmasında hekimler kendilerini sağlık alanında birinci derecede söz sahibi ve karar verici rolde gördüklerini, hemşirelerin profesyonel niteliklere yeterince sahip olmadığını düşündüklerini ve hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarının neler olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Literatürde de benzer şekilde geleneksel anlayış çerçevesinde tüm güce hekimlerin sahip olduğu, hemşirenin ise bu noktada oldukça sınırlı ve ikinci planda kaldığı dile getirilmektedir. (Karagözoğlu, 2009)

Toplum için vazgeçilmez olmak hemşireler açısından büyük bir güç kaynağıdır. Meslekleşme süreci toplumun hemşireler tarafından verilen hizmeti değerli bulup bulmadığına, ve destekleyip desteklemediğine, hemşirelerin sağlık bakımındaki uzmanlığına ve özel bilgilerinin toplum tarafından kabul edilip edilmemesine büyük ölçüde bağlıdır. (Karadağ, 2002)

Dalgıç (1995) tarafından yapılan bir çalışmada, 'hemşirelik toplumun hayati ihtiyaçlarını karşılayan bir meslektir' görüşüne araştırmaya katılan kişilerin %85, 3' ü 'hemşirelik değerli bir meslektir' görüşüne ise %96, 3' ü katılıyorum cevabını vermişlerdir. 'Hemşireler olmasa da hastanede hasta bakımı ile ilgili işler yürür' ifadesine ise deneklerin %94, 3' ü katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Bu ifadeler bizim toplumumuzun da hemşirelik mesleğini vazgeçilmez gördüğünün bir yansımasıdır.(Karadağ, 2002)

Diğer yandan toplumun sevgi, şevkat, iyilik meleği özelliğinde hemşire beklentisi psikolojik bir baskı ile hemşirelere bilimsel temelli sistematik düşünceden alıkoymuş ve kendi mesleki sorun ve gereksinimlerini giderme ve haklarını arama güdülerinin doğal olarak ertelemesine neden olmuştur. Benzer şekilde hemşirelerle ilgili işlev ve standart niteliklerin belirsizliği, farklı eğitim düzeylerin rol ve iş tanımlarının getirilmemesi, uygulamalarda hemşirelerin rastgele beklenen ve istenen doğrultuda çeşitli amaç dışı fonksiyonları üstlenmelerini ve zaman içinde bu işlevlerin geleneksel rol biçimine dönüştürülmeleri, meslek statüsüne erişme çabalarında ana koşul olan mesleksi hizmetlerle ilgili yüksek standartların elde edilmesi, üyelerin mesleksi ve eğitsel gelişimlerini sağlamaları e sonuçta toplumun sağlık gelişmesine katkıda bulunmalarını olumsuz anlamda etkilemiştir.(Yıldırım, 2001)

Hemşirelik gerçek bir meslek statüsüne doğru ilerlemek için, toplumun hemşirelerin ortaya koyduğu hizmetleri fark etmesi ve bu hizmetlere değer vermesi için çalışmalıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, hemşireler sahip oldukları uzmanlık alanına giren hizmetleri kontrol etme yetkisine sahip olabilirler. Toplum tarafından fark edilme ve hizmetleri kontrol edebilme, güç kazanmada önemli bir yoldur. (Karaöz, 2004)

5.2.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Hemşireliğin Meslekleşmesi

Türk Hemşireler Derneği Tüzüğü'nün 3. Maddesinde Türk Hemşireler Derneği'nin amacı açıklanmıştır. Yaşamın temel amacının üretmek olduğu ve bu nedenle üretmeye el verecek optimal düzeyde bir fiziksel, ruhsal, ve sosyal alt yapının gerekli olduğu temel ilkesini benimseyen ve bu ilkedен hareketle sağlığın korunması ve geliştirilmesi ve hastalanan bireyin sağlığına kavuşturulması için hizmet verilen tüm ortamlarda hemşirelik bakımı verilmesini sağlayan bir meslek grubunun kamu yararına bir kuruluşu olan Türk Hemşireler Derneği'nin amacı: Hemşirelik mesleğinin toplum yararına üst düzeyde nitelikli ve güvenilir hizmet verecek özerk bir sağlık mesleği olması için çalışmaktır. (THD Tüzüğü, Anonim, B.t.)

Derneğin çalışma konuları ve çalışma biçimleri ile faaliyet alanları madde 4 de belirtilmiştir. (THD Tüzüğü, Anonim, B.t.)

- 1) Birey, aile, gruplar ve toplumun hakkaniyet ilkeleri doğrultusunda, ihtiyacı olduğu zamanda ihtiyacı olduğu kadar nitelikli hemşirelik hizmeti almasını sağlamaya yönelik çalışmalarda bulunmak, yapılan çalışmalara katılmak
- 2) Hemşirelik hizmetlerinin öncelikli olarak sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik bir sistem içerisinde yürütülmesi için çalışmak.
- 3) Hemşirelik hizmetlerinin hemşireler arasında ortak bir dil ile yürütülen, görünür, dolayısı ile ölçülebilir ve değerlendirilebilir bir hizmet olduğunu ortaya koymaya yönelik çalışmalarda bulunmak ve çalışma sonuçlarını sürekli izleyerek geliştirmek.
- 4) Hemşirelerin hem bir birey hem de bir meslek mensubu olarak içinde yer aldığı sağlık sistemini yönlendiren politikaları izlemek, gerektiğinde ilgili karar mekanizmalarında politika oluşturulmasına ve belirlenen politikanın izlenmesine katkı vermek ve yine gerektiği zaman ve yerde görüşlerini açıklamak.
- 5) Bir sektör olarak farklı mesleklerden oluşan sağlık alanında hemşirelikle ilgili diğer dernekler, sivil toplum kuruluşları, sendika veya vakıflarla ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere oluşturulan platformlarda yer almak, ortak bildirilere katılmak.
- 6) Hemşirelik bakımının verildiği her ortamda bakımın, ortamın özelliklerinden kaynaklanan bir öze verilecek şekilde yönetilmesi için çalışmak. Bu bağlamda, mevzuat değişikliği gerekiyorsa buna yönelik çalışmalar yapmak ve yapılan çalışmalara katılmak.
- 7) Eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla temel hemşirelik eğitimi ile uygulamalarının geliştirilmesi ve meslektaşlarının mesleki kariyerlerinde ilerlemeleri için çalışmak, bu doğrultuda yapılan çalışmalarını desteklemek, gerektiğinde katılmak.
- 8) Hemşirelikle ilgi çalışmalar yapan uluslar arası kuruluşlarla iş birliğini geliştirmek.
- 9) Üyeleriyle düşünce ve eylem birliği içinde olmanın koşullarını sağlamak.

- 10) Mesleğin onurunu korumak.
- 11) Mesleki uygulamayı yönlendirecek meslek ahlakı kurallarını evrensel ahlak değerlerini de dikkate alarak oluşturmak ve sürekli geliştirmek.
- 12) Kişi ya da kuruluşlar tarafından mesleği değer kaybına uğratabilecek sözlü ya da yazılı beyanlar karşısında girişimde bulunmak.
- 13) Üyeleri için kredilendirilmiş sertifika programlarını ilgili kuruluşlarla iş birliği içinde düzenlemek.
- 14) Hemşirelik mesleğinin toplum sağlığına getireceği katkıları toplumla iş birliği içerisinde tartışmak.
- 15) Derneğin amaçları ile bağlantılı, kongre, konferans, seminer, sempozyum gibi toplantılar düzenlemek.
- 16) İstenen görevleri tüzüğüne aykırı olmadıkça yerine getirmek. Derneğin amacı ve çalışma konuları ile ilgili gerektiğinde her türlü hukuksal girişimde bulunmak

Türk Hemşireler Derneği bünyesinde özel dal dernekleri şöyledir; Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği, Çocuk Hemşireliği Derneği, Diyabet Hemşireliği Derneği, Gastroenteroloji Hemşireliği Derneği ve Endoskopi Hemşireliği ve Teknisyenliği Derneği, Hemşirelik Eğitimi Derneği, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, İş Sağlığı Hemşireliği Derneği, Nöroşirurji Hemşireleri Derneği, Onkoloji Hemşireleri Derneği, Psikiyatri Hemşireleri Derneği, SANERC(Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, Türk Ostomi Cerrahi Derneği, Üroloji Hemşireleri Derneği, Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği, Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (Hemşirelikte Özel Dal dernekleri, Anonim,b.t.)

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Başkanı Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün 15 Mayıs 2009 tarihinde Hemşirelikte Güçlü Bir Adım: Mesleki Örgütlenme konulu Hemşireler günü toplantısında, ülkemizdeki hemşirelik örgütlerine genel bir bakış sunarken, ülkemizde hemşirelikle ilgili pek çok mesleki dernek / örgüt bulunmasına karşın, bu örgütlerin bir araya gelip güçlü bir mesleki birlik oluşturamadığını, bu süreçte Türk Hemşireler Birliği Kanun Tasarısının henüz yasalaşmamış olmasının payı olduğunu ifade etti. Ergün, “Ulusal düzeyde tüm

hemşireleri temsil eden Türk Hemşireler Derneğinin yanı sıra son yıllarda her geçen gün sayısı artan 20' ye yakın Özel Dal Derneği hizmet vermektedir. Ülkemizde son yıllarda hemşirelik mesleğinde özel dal derneklerinin sayısının hızla artması; meslekte özel yetkinlik alanları oluşturma ve uzmanlaşma yönünde eğilimlerin olduğunu göstermektedir. (Hemşirelikte Güçlü Bir Adım: Mesleki Örgütlenme, 21.05.2009)

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir yayınında, hemşireliğin gelişmesinin bir takım evrensel konuların etkisinde kaldığından söz edilmektedir. Bu konular yetkisizlik, cinsiyet ve tedaviye ağırlık veren yaklaşım olarak belirlenmiştir. (Taşkın, 1998)

Ülkemizde de hemşirelik mesleğinin gelişimini etkileyen unsurlar yıllardır tartışılmaktadır. Özellikle ilk konu olan yetkisizlik, halen mesleğimizin en büyük sorunlarından biridir. Sağlık sistemi içinde karar alma mekanizmalarında hemşirelere etkin bir rol verilmemektedir. Yetki, hemen tüm sağlık kurumlarında hekimlerin elindedir. Bunun yanında hekimler mesleğin eğiliminde, özellikle yönetiminde söz sahibidirler. Birçok sağlık kurumunda hemşirelerin sicil amiri hekimdir. Bu kurumlarda Başhemşirelik bağımsız bir birim olarak mesleki yönetimim sürdürme özgürlüğüne sahip değildir. Halbuki hekimlik ve hemşirelik iki ayrı sağlık mesleğidir. Aynı ekipte aynı amaca hizmet etmenin ötesinde mesleki benzerlikleri yoktur. Eğitimleri, bilgi birikimleri ve topluma hizmet sunma biçimleri farklıdır. (Taşkın, 1998)

Hemşirelerin her alanda güç kazanmasının en iyi yolu, belirli amaçlara ulaşmak için birlikte hareket edebilmeleridir. Ancak genellikle hemşireler, sağlık sistemi içinde birbirleri ile rekabet eden ayrı sınıflar olarak hareket ederler. Hemşirelikte kollektif sınıf bilinci yeterince gelişmemiştir ve hemşirelik camiasındaki belirli grupların gücü de, birçok farklı yönelim nedeni ile etkili olamamaktadır. Hemşirelik en büyük güç kaynağını profesyonel bir dernekten almalıdır. Hemşirelerin çoğu bu konuda hemfikir olmakla birlikte ülkemizde Türk Hemşireler Derneğine üye olan hemşire sayısının yeterli olmadığı bilinmektedir. Türk Hemşireler Derneği başta olmak üzere tüm hemşirelerin bu durumu sorgulaması ve bunun değişmesi için işbirliği yapması büyük öneme sahiptir. Profesyonel bir derneğin değişiklik yaratma gücü, ortak amaçlar çerçevesinde tüm

hemşireleri bir araya getirebilmesinde ve sözleri eyleme dönüştürebilmesinde yatar. Bu noktada bunu gerçekleştirebilecek liderlere duyulan gereksinim ön plana çıkmaktadır. (Karaöz, 2004)

Günümüzde uluslararası ve ulusal düzeyde faaliyetler yürüten pek çok hemşirelik örgütü mevcuttur. Hemşireliğin meslekleşmesi, ancak tüm hemşirelerin bu sürece aktif bir şekilde katılmalarıyla gerçekleşebilir. Bireyler mesleklerini güçlendirmek için kendi başlarına çok az şey yapabilirler, bununla birlikte ortak çalışır/arsa mesleğe katkıları çok daha fazla olur. (Karadağ, 2002)

Ne yazık ki meslek örgütlerine üye olma ve örgütsel hareket, hemşireliğin zayıf olduğu noktalardan biridir. Örneğin ANA 1897 yılında kurulmasına rağmen, üye sayısı azdır, bazı alt gruplar ve daha küçük meslek örgütleri tarafından gücü zayıflatılmaktadır. Prestij, güç ve gelir artışı elde etmek için meslek üyeleri para ve emek harcamak zorundadırlar. Meslek örgütlerine üye olmamakla, aidatlarını ödememekle, meslek örgütlerinin gücünü ve etkinliğini artırmak için çaba ve zaman harcamamakla; hemşireler aslında kendileri için hiçbir şey yapmamaktadırlar. (Karadağ, 2002) Oysa hemşireler, kurumsal, bölgesel ve ülke düzeyindeki sağlık politikalarında etkili olabilirler. Kurumsal düzeyde hemşireler, karar vericilere geribildirimde bulunarak, sağlık bakım politikalarını ve prosedürlerini etkileme fırsatına sahiptirler. Ulusal düzeyde, dernekleri aracılığı ile, hemşirelik mesleği ve kaliteli hasta bakımı için, neyin gerekli olduğu konusunda, yasa koyuculara bilgi verebilirler. (Nash, 2003)

Bağımsızlık, meslek üyelerinin işlevlerini kendilerinin özgürce düzenlemesi ve kontrol etmesidir. Yani meslek üyelerinin kendi uygulamaları üzerinde söz sahibi olmalarıdır. Genellikle iş gruplarının üzerinde grup dışından gelen pek çok baskı ve kontrol vardır. Gelişmiş mesleklerde ise kontrol içten gelir, yani meslek üyeleri kendi kendilerini kontrol ederler. (Karadağ, 2002)

Hemşireliğin kendi eğitimi ve uygulaması üzerine söz sahibi olması anlamına gelen 'hemşirelik otonomisi' ancak örgütlenmiş hemşireliğin gücünü arttırmakla mümkündür. Örgütlü hemşirelik, bağımsızlık ve otonomiye geliştirir. Ancak gerek farklı eğitim düzeyindeki hemşireler arasındaki çatışmalar gerekse hemşirelik

örgütlerinin çoğalmas ve onlar arasındaki rekabetin artması özellikle çok amaçlı hemşirelik örgütlerinin gücünü azaltmaktadır. 1997 yılında 2,2 milyon kayıtlı hemşirenin sadece %10 'unun ANA' ya üyelik kaydı yaptırdığı belirtilmektedir. Benzer tablo ülkemiz için de söz konusudur. Birçok hemşirenin herhangi bir mesleki örgüte üye olmayışı gerçeği hemşireliğin etkili bir güç oluşturmasını engellemektedir. Ancak son on yıldır ülkemizde hemşirelik alanında hem özel dal derneklerinin sayısında hem de bu derneklere üye olan hemşire sayısında belirgin bir artış gözlenmektedir. (Karadağ, 2002.)

Ülkemizdeki diğer bir gelişme ise 'örgütlerarası birlik' tipinde bir örgütlenme modeline gitmektir. Hemşirelik alanında hizmet veren örgütlerin tek çatı altında toplanmasını amaçlayan 'Hemşirelik Kuruluşları Birliği' konusunda çalışmalar sürmektedir. Bu kuruluşlar 'Federasyon' çatısı altında birleşme kararı almış olup, tüzük çalışmaları devam etmektedir. Bunlar hemşireliğin meslekleşmesini etkileyen faktörlerdir ve mesleki güç i otonomi için birlik olmak şarttır.(Karadağ, 2002)

Değınilen tüm gelişmeler, kararlar ve istekler hemşirelik eğitimi ve hizmetleriyle Türk Hemşireler Birliğinin toplumun ve dolayısıyla mesleğin yararı açısından yeni bir kanunla düzenlenmesi gereğini kaçınılmaz kılmaktadır. (Türkiye'de hemşirelik mesleğinin durumu ve hemşirelik mesleğinin gelişimi için Türk Hemşireler Derneği'nin önerileri,2004)

Dünya Sağlık Örgütü, Türk Hemşireler Derneğinin de üyesi olduğu Uluslararası Hemşireler Konseyi, Avrupa Konseyi, Avrupa Birliğine bağlı ülkeler ve Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşireliği ileri derecede karmaşık ve sorumluluk isteyen fonksiyonları ev, işyeri, okul, üniversite, mülteci kampı, cezaevi, hastane, temel sağlık bakımı verilen yerler vb- üstlenmek durumunda olan bir meslek olarak kabul etmektedir. (Türkiye'de hemşirelik mesleğinin durumu ve hemşirelik mesleğinin gelişimi için Türk Hemşireler Derneği'nin önerileri,2004)

5.3. Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi

Dünyanın hemen her ülkesinde kurum ve kuruluşların yönetimi, alanlarında uzmanlaşmış yöneticilerle yönetilmektedir. İçinde bulunduğumuz dönem, pek çok sosyal bilimci tarafından yönetim devriminin yaşandığı bir olarak tanımlanmaktadır. Bilgi üretiminin hızlandığı ve bilgiye ulaşmanın inanılmaz bir biçimde kolaylaştığı bu dönemde üretim ve hizmet sektöründe başarıya ulaşmanın tek yolu, iyi yönetimdir. (Hayran ve Sur, 1998,s. 175)

Corcodilos ile yapılan bir söyleşide Corcodilos yöneticilik ile ilgili olarak; “bence, yöneticilik geleneksel anlamda bir meslek değil. Disiplin ve deneyim sayesinde gelişen bir sanattır. Halen sahip değilseniz, daha sonra edinebilirsiniz” şeklinde konuşmuştur.(Corcodilos, 2010) Meslekleşme koşulları göz önüne alındığında yönetimin bir meslek olamayacağı düşünülebilir. Ama hemen her yerde yönetim ve meslek sahibi yöneticilikten söz edilmektedir. Bu nedenle meslek anlamını daha geniş olarak özellikle modern çağda ortaya çıkan yönetsel sınıf ve yöneticilerin gittikçe artan etkileri anlamında incelemek gerekecektir. (Güney, 2007, s. 3)

Yönetim kavramı artık sadece kar amaçlı ticari kuruluşlardaki beden gücüne dayalı işler için değil, aksine beden işçisi olmayan kişilerin yaptıkları işlerin verimi içinde gerekli bir kavram haline gelmiştir. Bu nedenle özellikle sağlık sektöründe çağdaş yönetim anlayışı ve İlkelerin bilinmesi gerekmektedir. Bu anlamda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri yönetimin profesyonelce yürütülmesine gerek vardır. (Hayran ve Sur, 1998,s. 176)

Sağlık yöneticisi, sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını ve etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayan bir organizatördür. Yöneticinin, entelektüel seviyesi, sosyal özellikleri ve problem çözme becerisinden yola çıkarak bireysel özelliklerini bilmesi, kendini tahlil etmesi ve olası eksiklerinin farkında olması hedeflenen bir durumdur. (Bulut ve İman, 2004)

5.3.1. Kuramsal Bilgiye Sahip Olma ve Eğitim Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi

Yirminci yüzyılla birlikte bir bilim haline gelen ve 1950'lerin başlarında değişen yönetim ve yönetici kavramlarının bugünkü anlamını şu şekilde özetlemek mümkündür. Yönetici, bilginin uygulanmasından ve performansından sorumlu olan kişidir.(Hayran ve Sur, 1998, s. 176)

Hastane yöneticiliği konusunda ilk ciddi öğretime 1914 yılında A.C.Back Mayer yönetiminde Chicago Üniversitesinde başlanmış, 1928 yılında Charles Mouliner tarafından Marguette Üniversitesinde ilk defa hastane yöneticiliği kursu açılmıştır. Almanya da ise 1959 yılında Hastane Enstitüsü kurulmuştur. Fransa da hastane yöneticileri milli idarecilik okulunda eğitim görmektedir. İngiltere de ise, hastane yöneticileri Kinngs Fund Colege of Hospital Management programını takip etmektedirler. Gün geçtikçe sağlık yöneticiliği alanında eğitim veren kurumların ve programların sayısı artmıştır. (Sağlık İdareciligi, Anonim, b.t.)

A.B.D.'de 1910 yılında başlayan sağlık yöneticiliği eğitimi serüveni özellikle son yirmi yılda yeniden şekillenmiş ve ihtiyaçlara uygun hale gelmiştir. (Meydancı, 2008) Hastane yöneticiliği görevi, profesyonel yöneticilik eğitimi almamış kişilerce, asıl mesleğinin yanında ek bir iş olarak yürütülmektedir. Ayrıca, hastane yöneticiliği büyük oranda doktorlar ve hemşirelerce yürütülmektedir. Bu durum, A.B.D'nin 1910'lu yıllarına benzemektedir. A.B.D'lerinde, 1930'lardan sonra doktor ve hemşireler görevlerini profesyonel sağlık yönetimi eğitimi almış kişilere hızla devretmişlerdir. (Tengilimoğlu, Şahman ve Işık, 2008)

Dünya Sağlık Örgütünün 1996 yılında Kopenhag'da yayımlanan raporunda Sağlık Reformu için şu açıklamalar yapılmaktadır: 'Eğitimin rolü, özellikle de derinlemesine yönetim eğitiminden geçmiş kişilerin sayısı, ve ayrıca uygun sağlık enformasyon sisteminin yerleştirilmesi, mevcut sağlık sisteminin durumu ile birlikte sağlık reformlarının etkili ve başarılı olmasında en büyük pay sahibidir.' (Sur, 2009)

Ülkemizde ilk olarak Sağlık İdaresi Yüksekokulu 19 Aralık 1963 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde açılmış, daha sonra 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulan Sağlık İdaresi Yüksekokulu ile 1982 yılında birleştirilmiştir. Mezun olan sağlık idarecileri, başta hastaneler olmak üzere kamu ve özel sektöre ait çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında görev almaktadırlar. Her yıl yüzlerce mezun veren okul fakülte ayarında olmasına rağmen hala yüksekokul olarak adlandırılmaktadır. Bu bir sorundur ve mezunlar bu durumu izah etmekte güçlük yaşamaktadırlar. (Sağlık İdareciliği, Anonim, b.t.)

İstanbul SGK İl Müdürü Mustafa Kuruca, sağlık yöneticiliğinde eğitimin önemine vurgu yaptığı konuşmasında, “Kendi kurumumda müdür yardımcısı şef ve yetkilendirilmiş memurlarımız var. Böyle bir hiyerarşik kademe var ve şunu görüyorsunuz; insanlar karar almakta ve uygulamakta çok zorlanıyorlar var hep son kişiye yani oradaki en üst yöneticiye müracaat etmek istiyorlar tabi bunu yapan arkadaşları ben ilk zamanlar biraz garipsedim ama şunu fark ettim; bu arkadaşlara yetki verilmemiş yani her yaptıkları aldıkları karar üst yönetim tarafından eleştirilmiş bunu görüyorsunuz. Bu aslında bu arkadaşlarımızın maalesef gelişimini engellemiş. Ben o çerçevede şunu fark ettim ve ne yapabilirim, bu kuruma nasıl bir katkıda bulunabilirim diye baktığım zaman insan yetiştirmeliyim dedim ve kendime böylece bir misyon biçtim. Ve sonuna kadar eğitimi destekledim” diye konuştu. (Sağlıkta Önemli Sorun Profesyonelleşme, Anonim, 2010)

Bu eğitimler lisans eğitimi, lisansüstü eğitim olmak üzere 2 ana grupta incelenebilir. Lisans eğitimi denince lise eğitiminden sonra üniversite ortamında önceleri 3 yıl, daha sonra 4 ve bazı ülkelerde 5 yıl olmak üzere yüksek öğrenim kurumlarında yapılan eğitimler anlaşılmaktadır. Lisansüstü eğitim ise tıp, hemşirelik gibi sağlık mesleği nosyonunun üstüne yapılan üst eğitim olarak başlatılmış, daha sonra bunun tabanının işletme, iktisat vb. konularından gelen kişilere verilen sağlık eğitimi ile olgunlaştırılan bir bütün halini almıştır. Günümüzde lisansüstü eğitimde hem sağlık hem de işletme kökenli kişilerin yönelebileceği bir üst eğitim alanı olarak son şeklini almış durumdadır. (Meydancı, 2008)

Zaman yitirilmeden Sağlık Yönetimi alanında lisans ve lisansüstü eğitimlerin yerleşmesini desteklemek ve bu kurumların sayısını arttırmak, bu alanlarda Türkçe

kaynakların çoğalmasi için çaba göstermek, gerekirse Sağlık Bakanliğı ve YÖK eliyle Temel Kaynakların dilimize çevrilmesini sağlamak, bu alanda yurtdışına burslu gidecek öğrencilerin sayısını arttırmak, bu konuya yönelik ülkemizde yürütülecek saha araştırmalarına kaynak sağlamak, mesleğin devlet kurumlarındaki görev tanımı ve standartlarını ortaya koymak gibi önemli görevlerin ilgililerce yerine getirilmesi gerekmektedir. (Sur, 2009)

Sağlık yöneticileri, hastane yönetim sürecinde basamak olarak kullanılmalıdır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunundaki sağlık idareciliği unvanına işlerlik kazandırılmalı ve Devlet memurluğuna ilk defa atanacaklar için yapılacak KPSS (Kamu Personeli Seçme Sınavı) ile bu unvana personel alınmalıdır. Hastane yöneticileri ise bu kadro-unvan içinden görevde yükselme yönetmeliği gereğince yine sınavla atanmalıdır. Bu süreçte yöneticilik için yeterli bilgi, hizmet içi eğitim ve deneyim kazanmalarını sağlayacak Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde belirtilen sürelele uyulmalı ve diğer mesleklerden bu kadrolara kural dışı atama yapılmamalıdır. Bugüne kadar bu meslekte yapılan savurganlık gecikmeden bir son bulmalıdır. (Meydancı, 2008)

Sağlık sektörü gelişmekte olan ülkelerde milyarlarca dolarlık bir yatırım alanıdır. Ancak bu alanda yönetici olarak görevlendirilen insanlar başarılı olabilmek için çok az eğitilmektedir. Bu gerçeğin farkına varılıncaya dek yatırımcıların bu sektöre yatırmış oldukları milyarlarca dolar ve ilave olarak ülkelerin dev yatırımları, beklenen sonuçları vermemektedir. Sağlık sektöründeki yöneticilerin rolü maalesef bir cerrah, bir laboratuvar uzmanı veya bir klinik hemşirelerinin rolleri kadar dikkate alınmamıştır. (Şahman, Tengilimoğlu ve Işık, 2008)

Hastane yöneticiliğinin oturmuş bir meslek olma macerası son 70 yıla dayanmaktadır. Bu macera dünyanın hiçbir ülkesinde bitmiş değildir ve hararetili tartışmalar sürmektedir. Bir hastanenin bugün için uygun şekilde yönetilmesinde öne çıkarılması gereken konular arasında öncelikle, mesleği ve unvanı ne olursa olsun hastane yöneticisi olan herkesin, hastane yönetimi konusunda, şu ya da bu şekilde bir eğitim alması zorunluluğudur. Hastane yönetimi karmaşık bir iştir ve bu konuda

mesleki bir eğitim almadan bunu yapmak zordur. (Şahman, Tengilimoğlu ve Işık, 2008)

Özel hastanelerde yönetimin profesyonelleşmesinin, kurumsallaşma Süreci üzerindeki etkisini belirlemeye Yönelik alan çalışmasına 145 özel hastane yöneticisine uygulanmıştır. Çalışmada yöneticilerin eğitim düzeyleri lise ve dengi okul mezunu %11 ön lisans mezunu %12,4, lisans mezunu %44,1, yüksek lisans mezunu %32,4 olarak bulunmuştur. (Şahman, Tengilimoğlu ve Işık, 2008)

Sağlık kurumlarının, diğer yapı ve işletmelerden farklı kılan özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin verimli, ekonomik, kaliteli, etkili, eşit, sürekli ve ulaşılabilir olarak herkese, her zaman, her yerde sunulması gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı sağlık sektörü profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmelidir. Bu amaçla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, çeşitli üniversiteleri desteği ile 2006- 2007 eğitim-öğretim yılından itibaren "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı" başlatılmıştır. Bugüne kadar toplam 12 sınıf açılmış ve **407** çalışan bu programa katılmıştır. (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Anonim, b.t.)

Toplam kalite yönetiminde yöneticinin rolü Kocaeli ili sağlık hizmetleri yönetici profiline toplam kalite yönetimi açısından değerlendirilmesi adıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, İl düzeyinde yönetici konumunda olan kişilerin % 64'ü tıp fakültesi, %7'si hemşirelik ve % 14'ü işletme ve sağlık yönetimi konularında eğitim almışlardır. (Toker ve Şahin, 1999)

Sağlık hizmeti sunumunda kaynakların kullanılması ve önceliklerin belirlenmesi konumunda olan hekimlerin sağlık yöneticiliği konumundan uzak kalması mümkün değildir. Ancak tıp eğitiminin yapılanması ve müfredat programının bu gerçeği dikkate almadığı, yönetim, muhasebe ve işletme konularına yer vermediği de ortadadır. Bunun doğal sonucu olarak sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde bile yıllarca aşırı idarecilik ve yetersiz işletmecilik anlayışı ile yürütülmüştür. (Hayran ve Sur, 1998, s.178)

Konumu ne olursa olsun hekimlerin yönetici olması durumunda çağdaş yönetim ve işletmecilik bilgi ve becerileri ile donanımı olması zorunluluktur. Üstelik sağlık kuruluşlarının yönetimi her hangi bir iktisadi işletmenin yönetiminden çok daha karmaşıktır. Bir yandan yerlerin silindiği, patates soğan ihalesinin yapıldığı, diğer yandan da beyin ameliyatlarının gerçekleştirildiği bir işletmeyi yönetmek salt tıp eğitimi ile başarılabilecek bir iş değildir. Özellikle hastane yönetiminde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, özellik arz eden tanı ve tedavi hizmetlerinin de verimli bir biçimde yürütülmesi söz konusudur. (Hayran ve Sur, 1998, s.179)

Öte yandan, sağlık hizmetlerinin yönetimi, sağlık kuruluşlarının mimarisinden başlayarak, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, dosyalama ve arşiv hizmetleri, otelcilik hizmetleri, yeme-içme ve temizlik hizmetleri, eczane hizmetleri gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan hizmetlerin yönetimi, insan kaynakları planlaması ve yönetimi, finansal yönetim gibi birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır ve tıp fakültesinde bu konularda eğitim almamış olan hekimlerin bu alanlarda başarılı olacağını söylemek mümkün değildir. (Hayran, b.t.)

Bu nedenle gelişmiş her ülke ile gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda sağlık hizmetlerinin yönetimi konusunda ciddi bir profesyonelleşme gerçekleşmektedir. Örneğin ABD, Kanada, İngiltere, Belçika, Meksika, Kolombiya, Brezilya, Şili ve Filipinlerde sağlık yöneticiliği Yüksek Lisans düzeyinde bir eğitimle kazanılır iken diğer ülkelerde lisans düzeyinde eğitimle, sertifika ve klinisyenler için yönetim uzmanlığı programları ile sağlık yöneticisi yetiştirilmektedir. (Hayran ve Sur, 1998, s.179)

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yürütülen Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans ve Doktora programları bu üniversitenin Sağlık İdaresi Yüksekokulunun sorumluluğunda iken, İstanbul Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans ve Doktora programları İşletme Fakültesinin sorumluluğundadır. Marmara Üniversitesi ise Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yürütülen Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans programı Tıp Fakültesinde bir üroloji uzmanının sorumluluğundadır. (Hayran ve Sur, 1998, s.179)

Ülkemizde özellikle sağlık yöneticiliği değeri yeni anlaşılan ve özel eğitiminin ne kadar önemli olduğunu yeni farkına varılan bir branştır. Hastanelerimizin yöneticilik görevlerinin büyük çoğunluğunu hekimler yerine getirmekte ve tıp kökenli eğitim aldıkları için işletme, muhasebe, hukuku, insan kaynakları yönetimi, toplam kalite yönetimi gibi konularda eğitim eksikleri bulunmaktadır. Bu durum ülkemizde sağlık hizmetlerinin iyi planlanamaması gibi çok önemli ve diğer tüm sorunları da beraberinde getiren bir durum oluşturur.

5.3.2. Toplum ve Diğer Meslek Grupları Tarafından Kabul Görme Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi

Ülkemizde hemen her dönemde Sağlık Yöneticiliği hekimlerin tekelinde kalmış, sağlık yöneticisi yetiştirmek amacı ile 60'lı yıllarda açılan Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksekokulu mezunlarına bile sağlık sektöründe yeterince yer verilememiştir. Sağlık yöneticiliği bir yana, hekimlik dışındaki tüm diğer sağlık mesleklerinin yakın zamana kadar yardımcı sağlık personeli olarak nitelenmesi bu tekelciliğin ve hekim egemenliğinin tipik bir göstergesidir.(Hayran ve Sur, 1998, s.177)

Sağlık İdarecileri Derneği tarafından 22-26 Ekim 2008 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'nun kuruluşunun 45. yılı anısına düzenlenmiş olan kongrede; sunulan serbest ve çağrılı bildirimlerde yapılan tartışmalar ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır; (Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Sonuç Bildirisi, Anonim, b.t.)

- 1) Ülkemizde sağlık idaresi /sağlık yönetimi alanında meslekleşme ve unvan sorunları nedeni ile diğer mesleklerin haksız rekabeti ve meslek dışı atamaların yaygınlığı yadsınamaz bir gerçektir. Bu sorunun çözümünde aşağıda belirtilen hususlar öncelikli görülmektedir.
- 2) Sağlıkta dönüşüm programı ile de ilişkili olarak yönetim, yönetici ve yöntem sorununa önemli ölçüde katkıda bulunabilecek olan çeşitli üniversitelerin Sağlık İdaresi /Sağlık Kurumları Yöneticiliği /Sağlık İşletmesi bölümleri lisans mezunlarının açıktan atama yolu ile öncelikle Sağlık Bakanlığı

teşkilatındaki hastanelerinde yer alabilmeleri için ihtiyaç duyulan kadronun tahsis edilmesi gerekmektedir.

- 3) Sağlık Bakanlığı'nın farklı yönetim kademelerinde çalışacak idari personel ihtiyacı tartışılmaz bir gerçektir. Bu gerçekten hareketle, Sağlık Bakanlığı bünyesinde "sağlık personeli" kadrosunda istihdam edilen ancak lisans ve lisansüstü düzeyde sağlık idaresi/sağlık yönetimi/sağlık kurumları işletmeciliği eğitimi almış çalışanların "görevde yükseltme" sınavı aracılığı ile eğitimlerine uygun kadrolarda istihdam olanağı tanınmalıdır. Bu sayede kısa vadede, konu ile yetişmiş insan gücünün verimli ve etkili kullanımı yoluyla sistemin gelişimi sağlanmış olacaktır.
- 4) Sağlık kurumlarında veri-bilgi kayıt sistemine ilişkin, yönetsel etkililik ve verimliliği olumsuz yönde etkileyen, hastanelerde faturalarla ilişkili olarak mali kayıplara yol açan hatalar bulunmaktadır. Hataların bir kısmı, hastane ve diğer sağlık kurumlarında uygun ve doğru personel çalıştırılmaması ile ilgilidir. Sistemde bulunan insan gücünün nitel ve nicel yeterlilik yönünden incelenmesi ve eksikliklerin bir plan dahilinde ve kısa süre içerisinde giderilmesi sağlanmalıdır.

Sağlık yönetiminde profesyonelleşmenin geçmişi incelendiğinde çeşitli ülkelerde farklı gelişmeler izlenmekle birlikte hemen her ülkede hekimlerin bu alanda dönemsel ağırlıkları olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin ABD'de başlangıçta sağlık kuruluşları, aynı zamanda bunların sahibi olan hekimlerce yönetilir iken, daha sonra bu işin yeni gelişen sağlık yöneticilerine bırakıldığı, son yıllarda ise gerek hekim sayısındaki fazlalığının zorlaması, gerekse hekimlerin sağlık hizmetleri üretimindeki rolünün önemi nedeniyle sağlık yöneticiliği alanına hekimlerin yeniden hakim olmaya başladığı görülmektedir. (Hayran ve Sur, 1998, s.177)

Toplam kalite yönetiminde yöneticinin rolü Kocaeli ili sağlık hizmetleri yönetici profiline toplam kalite yönetimi açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; (Toker ve Şahin, 1999)

- 1) Katılımcıların % 31,30'u yönetimi profesyonel bir meslek olarak görmemektedirler. Yine araştırmaya katılan yöneticilerden % 54'ü hekimlerin

yöneticilik yapmasını kaynak israfı olarak değerlendirmektedirler. Bu oran il sağlık müdürlüğü yönetici grubunda ise % 20'dir.

- 2) Araştırmaya katılan yöneticilerden % 66'sı bu görev öncesinde yöneticilik yapmadıkları, özellikle de günümüzün en karmaşık örgütsel yapıları olan hastanelerin ülkemizdeki en üst yöneticisi konumunda tanımlanan başhekim yönetici kademesinde bu oran % 85,70 olduğu ortaya çıkmıştır.
- 3) Yine yöneticilerin % 53,10'u göreve başladıklarında kendilerini bu görev için gerekli bilgi ve deneyime sahip görmedikleri ancak buna rağmen görevi kabul ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Yine görevlerini profesyonel bir sağlık yöneticisine devretme konusunda en az gönüllü grup olarak %78,60 oranında başhekimler olmuştur. Oysa bu grubun % 46,40'ı kendilerini göreve geldiklerinde yöneticilik açısından yeterli bulmamaktadırlar.
- 4) Kocaeli ili sağlık hizmetleri yöneticilerine “denetim alanınız nedir” sorusuyla denetim alanlarını bilip bilmedikleri kontrolü amaçlanmıştır. Bilindiği üzere yönetim biliminde “denetim alanı” yöneticinin kendisine direkt bağlı eleman sayısı ile tanımlanır. Bu tanıma uygun yanıt verenlerin denetim alanını bildiği, vermeyenlerin ise bilmediği kabul edilmiştir. %97,90'ının bilmediği, % 2,10'unun bildiği görülmüştür.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde de sağlık alanında yönetici yetiştirmenin belirli bir program dâhilinde bir eğitim süreci ile bir bütünlük oluşturacağı anlayışının yerleşmesine paralel olarak 1963 yılında sağlık idaresi yüksek okulu kurulmuştur. (Sağlık İdareciliği, Anonim, b.t.)

Sağlık idarecilerinin hizmete atanmaları 1984 yılına değin 657/ 36.md. III. bölüm A bendi 5. paragrafına göre kariyerlerine uygun olarak 'sağlık bilimleri lisansiyeri' olarak yapıldı. “Sağlık İdarecisi” hastane işletmeciliği konusunda lisans eğitimi almış Bakanlığımızca atanan “Sağlık İdarecisi” kariyerine sahip hastane müdürü ve müdür yardımcılarında verilen ve bu meslekle özdeş bir sicil simgesidir. (Meydancı, 2008)

Meslek kimliği öncelikle akademisyenlerce sahiplenilmelidir. Sosyal, siyasal ve hukuksal anlamda dün olduğu gibi kabul edilmesi sağlanmalıdır. Toplumsal yaşam ve sektörle/piyasayla bağı olmayan bir mesleğin var olması mümkün

müdür?.. Ülkemizde üniversitelerde eğitimi verilen ve öğrencilerine akademik kariyer sağlayan, gelişmiş ülkelerde de kabul edilen saygın bir mesleğin, ülkemizde bilimsel ve akademik çevrede kabul görse de, Bakanlığımızca günümüzde benimsenmediği acı bir gerçektir. Türkiye'de sağlık idareciliğinin sorunları ve geleceği 1990 yılların başına kadar mezunlar kamu sağlık sektöründe yönetici olarak görev almalarına rağmen ne olduysa 1989 yılından itibaren bu okuldan sağlığa direkt olarak veya yetiştirilmek üzere yönetici ataması aniden kesilmiştir. Yasa ve yönetmeliklerde olmasına rağmen sağlık idarecileri tamamıyla sektörün dışında kalmıştır. Bunu kamuda çalışan sağlık idarecilerinin sağlık sınıfından diskalifiye edilmesi olayı izlemiştir. 1990lı yıllarda her sektörde giderek hız kazanan meslekleşme hareketi sağlık idarecilerinin aleyhine gelişim göstermiştir. Bunun nedenleri anlaşılammış olup, bu yıllarda sağlık kurumları % 99 oranında kamuya aittir. Kamuda eleman istihdamının gittikçe azaldığı dönemlere denk gelmiş olabilir ama temelde sorunlar kanımca girift nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bunlar; (Meydancı, 2008)

- 1) Kamu açısından bir meslek olarak anılmakta ise de diğer meslekler kadar (FTR, Diyetisyen vb) önemsenmemektedir.
- 2) Mesleki örgütlenmede pasifize olan mezunların bireysel çıkışlar ile kendi hedefine yönelmeleri
- 3) Mezunların yeterli donanıma sahip olamaması
- 4) Okul idaresinin, istihdam alanları ile ilgilecek imkanım yoktur anlayışı.
- 5) Sağlık yönetimi alanında kamuoyunda gündem oluşturamama (piyasanın dışında kalma)

5.3.3. Mesleki Örgütlenme Kriteri Bakımından Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşmesi

Sağlık yöneticileri kendilerine ait bir yasa ve 'ODA' dan yoksun oldukları için bugüne kadar kurumsal bir örgütlenme yapamadılar. Çıkartılacak bir “Sağlık İdarecileri Yasası”na bağlı olarak “Sağlık İdarecileri Odası” kurulmalıdır. Kimlerin sağlık yöneticisi olacağı net olarak açıklanmalıdır. “Sağlık yöneticisi kimdir?” sorusunu karşılayan net bir tanımlı yapılmalı ve yasal bir statü kazandırılmalıdır.

Üniversitelere ait bilimsel ve akademik yayınların yanında odanın çeşitli yayınları ile (kitap, dergi, bülten, web vb.) mesleğe bilgi ve dokümantasyon olarak destek verilmelidir. Özellikle meslek ve okul mezunlarının sorunlarına yönelik bir “bültenin” çıkarılması, yaşatılması ve yayımının aralıksız sürdürülmesi sağlanmalıdır (Meydancı, 2008)

Sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı Yöneticilerinin iş doyumuna yönelik Bir araştırma (Ankara örneği) isimli çalışmaya katılan Yöneticilerin % 52,2’si dernek, vakıf gibi bir sivil toplum örgütüne üye olduğu görülmüştür.

Sağlık yöneticilerinin örgütlenmeleri için üç dernek bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık İdarecileri Değneği, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği (SAYED) ve Sağlık Yöneticileri Derneğidir.

Sağlık İdarecileri Derneği, 1963 yılında kurulmuştur. Sağlık İdarecileri Derneği Tüzüğünde belirtilen Derneğin kuruluş amacı; “sağlık idareciliği mesleğini bilim, eğitim, sosyal, kültürel ve idari faaliyetlerinde desteklemek, geliştirme ve yardımlaşma amaçlı katkıda bulunmak” olarak açıklanmıştır. Tüzüğe göre derneğin çalışma alanları şu şekilde belirlenmiştir; (Sağlık İdarecileri Derneği Tüzüğü, B.t.)

- 1) Ülkemizde Sağlık İdareciliği mesleğini bilimsel yönde geliştirmek ve mesleği tanıtmak için bilimsel toplantılar düzenler, yayınlar yapar ülke içinde aynı amaçlı diğer dernek ve sağlık meslek kuruluşları ile mesleki iş birliğinde bulunur.
- 2) Yurt içinde dernek amacına uygun faaliyet, proje, araştırma ve bilimsel toplantılar düzenler, bu tür çalışmalara bilim adamları meslek mensupları ve dernek mensuplarını davet eder, bu amaçlı çalışmalarını teşvik eder, destekler ve bu faaliyetlerin giderlerini karşılar.
- 3) Derneğin düzenlediği uluslararası bilimsel toplantılara bilim adamları veya uluslararası benzeri kuruluşların temsilcilerini davet eder ve bu tür faaliyetlerin giderlerini karşılar.
- 4) Yurtdışı ve yurtdışı araştırma sonuçlarını ve bilimsel yazıları meslek mensupları ve bilimsel çevreye duyurabilmek için kitap, dergi, bülten, broşür

ve benzeri yayınları yayınlar kaset, videokaset ve bilgisayar yazılımı gibi görsel ve işitsel malzemeleri hazırlar ve dağıtır.

- 5) İlgili makamlardan izin almak şartıyla, yurtdışında bulunan benzeri mesleki ve bilimsel teşekküllere üye olur, bilimsel ilişkilerde bulunur, bu tür mesleki üyelik yükümlülüklerinin giderlerini karşılar.
- 6) Üyelerin yurt içi ve yurt dışında mesleki bilgi ve görgülerini arttırmaları için geçici süreli olarak gönderilmesini sağlar ve bu amaçla üyelerine finansal destekte bulunur.

Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği 2005 yılında kurulmuştur. Derneğin ilk genel kurul toplantısı 2006 yılında yapıldığında 120 üyesi varken, üye sayısı yaklaşık 380'e yükselmiştir. Dernek kuruluşundan sonra üyeleriyle ve sağlık öneticileriyle istişare toplantılarına başlamıştır. Yapılan toplantılar ve ziyaretler sırasında, ülkemizde sağlık yöneticilerinin eğitimi ve profesyonelleşmesi alanında ciddi derecede eğitime ihtiyaç olduğu fark edilmiştir. Hem Özel sektör Hem de resmi kuruluşlarda çalışan yöneticilerin eğitimini hedefleyen kongre, kurs ve sempozyumlar düzenlenmesi kararına varılmıştır. Derneğin görevleri arasında aşağıda başlıklar sayılabilir; (Doğan, B.t.)

- 1) Ülkemizde Sağlık yönetimini uluslararası standartlara yükseltmek için periyodik istişare toplantıları yapmak .
- 2) Bu konularda araştırma, geliştirme akademik çalışmalar yapmak Ülkemizde çalışan özel ve resmi sağlık kurum ve kuruluşlardaki idarecilerin dernek çatısı altında toplamak
- 3) Sağlık yönetimin ve eğitiminin uluslararası standartlara çağdaş ve ülkemize ve ülkemizde uygulanabilir hale gelmesi için projeler yapmak.
- 4) Sağlık yöneticileri ve eğitimcileri arasında dayanışma bilgi ve tecrübe paylaşımını sağlamak.
- 5) Hizmet içi eğitim amaçlı ulusal ve uluslar arası toplantılar yapmak ve eğitimler organize etmek. Sağlık Yönetimi ve sağlık eğitimi alanlarında eğitimler vermek kurslar açmak.

Sağlık Yöneticileri Derneği 1996 yılında kuruldu. Sağlık kuruluşlarında yöneticiliğin formal bir eğitim ve tam gün çalışma gerektirdiğini vurgulayan Dernek,

konu ile ilgili uzman yetiştiren üniversitelerle işbirliği içinde çalışmalarını sürdürdü.
(Sağlık Yöneticileri Derneği El Derneği El Değiştiriyor, Anonim,12.05.2003)

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hekim, hemşire ve sağlık yöneticilerinin meslekleşmesini incelemeye yönelik yapılan bu araştırmada hekimler, hemşireler ve sağlık yöneticileri meslekleşme koşulları açısından incelenmiştir. İncelenen üç meslek grubunun da meslekleşme koşulları açısından farklı noktalarda buldukları sonucuna varılmıştır. Hekimlik mesleğinin ilk meslek olduğu, profesyonel meslek olarak kabulünün M.Ö.' ye dayandığı görülmüştür. Hemşirelik ve sağlık yöneticiliğinin ise meslekleşme yolunda hızla yol aldıkları gözlenmiştir.

Hekimlik meslekleşme koşullarından olan kuramsal bilgiye sahip olma ve eğitim kriterine göre değerlendirilmiş ve hekimlik eğitiminin tüm dünyada en uzun süreli eğitim olduğu görülmüştür. Hekimlerin ortalama yaşamlarının yarısı eğitimle geçmek zorundadır. Tıp teknolojilerinin sürekli gelişmesi, hızlı yeniliklerin yaşanması tıp alanında sürekli bilimsel araştırmalar yapılmasını zorunlu kılar. Hekimler için eğitim bir yaşam tarzıdır. Ülkemizde de hekimlik en uzun eğitim alan meslek alanıdır. Ancak, hekimliğin meslek eğitiminde giderilmesi gereken bazı aksaklıklar dikkati çekmektedir. Yapılan birçok araştırmanın sonucunda sunulan eğitimin tatmin edici olmadığı, bir süre sonra unutulduğu belirtilmiş, öğrenci sayısının fazlalığı ve hızla yeni okulların açılmasının eğitimin kalitesini azalttığı tespit edilmiştir. Ayrıca uzmanlık eğitiminin de bir standardı yoktur. Eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde verilen uzmanlık eğitimi kurumlara göre farklılık gösterir. Temel tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi için bir standart geliştirilmeli, tüm kurumlarda bu standart uygulanmalıdır.

Meslekleşme koşullarından olan toplum tarafından kabullenme hekimler için karşılığını bulmuştur. Hekimlik tarihin en eski mesleğidir. Tüm dünyada en fazla itibar gören mesleklerdendir. Hekimlik mesleğinin seçilmesinin en büyük sebebi imajının olumlu olması ve yüksek itibar uyandırmasıdır. Ülkemizde de hekimlik bu nedenle tercih edilen bir meslektir. Ancak, yinede hekimler ve toplum arasında iletişim sorunları yaşanmaktadır. Hekim-hasta ilişkilerinde doktorların hastaları ile olumlu iletişim kurmadığı, iletişimde çoğunlukla tıp terminolojisi kullandıkları

bilinmekte ve bu durum toplumun gözünde hekimlerin ulaşılamaz bir ilah olarak görünmelerine neden olmaktadır. Ayrıca hekimler, yıllardan beri süregelen şeflik kimliklerini koruma kaygısı sebebiyle diğer sağlık çalışanları ile de iletişim problemleri yaşayabilmektedir. Bu sorunların giderilmesi için hekimlere yönelik hizmet için eğitim kapsamında, iletişim eğitimi verilmesi sağlanmalıdır.

Yine hekimler meslekleşme koşullarından olan mesleki örgütlenme kriteri açısından değerlendirilmiştir. Dünyadaki örneklerde hekimlerin muayenehane ya da hastanede çalışmalarına bakılmaksızın hekim odalarına üye olma zorunluluğu getirilmiştir. Ülkemizde ise, kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin Türk Tabipler Birliği'ne üye olma zorunluluğu olmamasına rağmen hekimlerin %80'inin T.T.B.'ye üye olduğu görülmektedir. Hekim olarak okuldan mezun olan her meslek üyesinin T.T.B.'ye üye olmasının sağlanması hekimlerin mesleki örgütlenmelerini desteklemek açısından önemlidir. Böylece hizmet veren tüm hekimlerin birliğe katılımı sağlanmış olacaktır. 120 yıllık bir örgütlemesi olan Türk Tabipler Birliği, hekimlik mesleği çıkarlarının yanında toplumun çıkarlarını da kollayan bir kurumdur. Eğitime verdiği büyük önem sayesinde de mesleğe önemli katkılar sunmaktadır.

Dünyada hemşirelik eğitimi lisans düzeyindedir. Ülkemizde ise hemşirelik mesleğinin eğitim düzeyinde çok çeşitli farklılıklar olması meslekleşme açısından en büyük sorunu oluşturur. Aynı yetki ve sorumluluğa sahip lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans mezunu hemşireler alanda hizmet vermektedir. Bu durum meslekleşmenin en önemli koşulu olan kuramsal bilgiye sahip olma koşulunu karşılamamaktadır. Kuramsal bilgi sadece üniversitelerde üretilebilir. Bu nedenle herhangi bir mesleğin meslek olarak görülebilmesi için lisans eğitimi düzeyinde eğitim alması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelik eğitimi ile ilgili düzenleme yapılmalı, eğitimdeki farklılıklar ortadan kaldırılmalıdır.

Hemşirelik araştırmalarının en büyük eksiği alandan uzak olmasıdır. Akademiye hemşirelerin alandan uzak olması, alanda çalışan hemşirelerin akademik hayattan uzak olması büyük bir sorundur. Son zamanlarda alanda çalışan hemşirelerin bilimsel araştırmalar yapmaya önem verdiği ve bu yönde çalıştıkları, birçok kongre ve seminerlere katıldıkları görülmektedir. Ancak buradaki sorun

bireysel değil sistemle ilgilidir. Yapılması önerilen ise tıp eğitiminde olduğu gibi hemşirelik eğitimde de pratik çalışma sahası ile akademik sahanın bir arada yürütülmesinin sağlanmasıdır. Ayrıca, halen doktora mezunu hemşire sayısı azdır. Alanda çalışan hemşireler, eğitimin önemi konusunda desteklenmelidir.

Hemşirelik toplum gözünden halen yardımcı sağlık personeli olarak görülmektedir. Bu durumun değiştirilmesinde yukarıda da bahsedilen bilimsel araştırmalara verilen önemin artırılması gerekmektedir. Bunun yanında kadın mesleği olma imajından kurtulma zorunluluğu vardır. Toplumda hemşireliğin kadın mesleği olduğu imajı henüz yıkılamamıştır. Ataerkil bir toplum olmanın getirisi olan kadının söyleneni yapan, emirleri yerine getiren ve fikir yürütmeyen vasıfları hemşireliğin de içine işlemiştir. Son yıllarda mesleği tercih eden erkeklerin sayısının arttığı gözlenmektedir. Bu sayı arttıkça bu durum da düzelecek, hemşireliğin sadece kadınlar tarafında üretilen bir hizmet olduğu anlayışı toplumun zihninden silinecektir.

Tüm dünya toplumlarında hemşirelik dinsel bir görev olarak doğmuş ve sevgi ve şefkat ile yapılan bir meslek olarak algılanmaya gelmiştir. Ülkemizde de hemşireler ya sevgi, şefkat dağıtan bir melek ya da suratsız bir şeytan olarak algılanır. Bunun yanında hemşireler diğer sağlık çalışanları tarafından da hastanede her işi yapan, iş bitirici özelliği olan bireyler olarak görülmekte, nerede eksik kadro varsa orada görevlendirilmektedirler. Hemşirelerin sicil amirliği ise başka bir meslek grubu olan hekimlere verilmiştir. Toplumun bu ön yargısı, görev alanı dışında çalıştırılma ve başka bir meslek grubu tarafından değerlendirilme ve denetlenme, hemşireler üzerinde psikolojik baskıya neden olmakta ve hemşireleri profesyonel davranmaktan uzaklaştırmaktadır. Toplumun ve diğer meslek gruplarının hemşireler üzerinde ki baskısı, meslekleşme koşulları tam olarak yerine getirilebildiğinde ancak ortadan kalkacaktır.

Meslekleşmenin önemli kriterlerinden birinin mesleki örgütlenme olmasına rağmen, hemşirelikte hem ülkemize hem de dünyada örgütlenme ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Bu da hemşirelerde birlikte hareket etme bilincinin henüz gelişmemiş olduğunu göstermektedir. Bu bilinci oluşturmak için henüz hemşirelik eğitimi sırasında örgütlenme ile ilgili eğitimler verilmeli, daha sonra da hizmet içi

eğitimlerde örgütlenmenin önemi tekrarlanmalıdır. Türk Hemşireler Derneği'ne üye hemşire sayısı azdır. Hemşirelikte bir birlik kanununun olmaması bunun en önemli nedenidir. Ancak bu konuda çalışmalar devam etmektedir. Yan dal derneklerinin bilimsel araştırmalarda verdikleri destek oldukça önemlidir.

Sağlık yöneticiliği eğitimi dünyada 1924, ülkemizde ise 1963 yılında başlamıştır. Yani sağlık yöneticiliği mesleği kendi kuramsal bilgi birikimini oluşturmaya devam etmektedir. Ülkemizde lisans düzeyinde eğitim almış sağlık yöneticilerinin istihdamı ile ilgili yasal düzenlemelerde sıkıntılar vardır. Yasal boşluk nedeniyle sağlık yöneticileri iş bulmakta sıkıntılar yaşarken, sağlık yönetimi eğitimi olmayan kişiler bu kadroları işgal etmektedir. Günümüzde hastaneler başhekimler ve başhemşireler tarafından yönetilmektedir. Bunların çok azı yönetim konusunda eğitim almıştır. Sağlık yönetimi hekimlerin tekelinden çıkarılmalıdır. Bu konudaki yasal boşluk bir an önce düzeltilmeli ve hastanelerin yönetimi sağlık yönetimi eğitimi almış kişilere bırakılmalıdır. Bu durumun önemi zamanla anlaşılmaya başlamış, hastane yönetimi yüksek lisans programlarının sayısının arttığı görülmüştür. Ancak, sağlık yönetimi ile ilgili literatür eksikliği vardır. Bu alanda akademik kaynakların artırılması, yabancı dillerden çevirilerin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sağlık yöneticiliği lisans programları içeriği öğrenciler tarafından bilinmemektedir. Meslek tanıtımı yapılmalı, üniversite adaylarının tercih etmesi sağlanmalıdır.

Sağlık yöneticiliği toplum tarafından kabul görmüş bir meslek değildir. Dünyada ve ülkemizde çok yeni bir meslektir. Dünyada sağlık yönetimi 1930'lu yıllardan sonra sağlık yöneticilerine bırakılmıştır. Kaldı ki yöneticilik mesleğinin, meslek olarak yerleşmesi bile tam olarak sağlanmamıştır. Hastane yönetimi hekimlerin görevi olarak görülmektedir. Ancak yöneticilik yapan hekimlerin, yönetim konusunda bilgisi ve deneyimleri yoktur ve sağlık yöneticiliğini meslek olarak görmemektedirler. Son yıllarda hastane yönetimi alanında yüksek lisans programlarının yaygınlaşması ve mezunlarının alanda başarılı olması sağlık yönetimi mesleğinin değerini arttırmaktadır.

Mesleki örgütlenme kriteri açısından bakıldığında, Sağlık yönetimi ile ilgili derneklerin amaçları ve faaliyet doğrultusunda mesleği bilimsel bilgi üretme, meslek mensuplarını bu konuda destekleme, mesleği daha ileriye götürme çabası içinde oldukları görülmektedir.

Sonuç olarak bu araştırmada hekimlere meslekleşme koşulları açısından bakıldığında, meslekleşme sürecini tamamladığı görülmüştür. Hemşirelerin ve sağlık yöneticilerinin ise meslekleşme süreci içinde hızla ilerledikleri, çeşitli aksaklıklar yaşansa da meslek üyelerinin bu konuda çalışmalarının devam ettiği gözlenmiştir. Bu gelişmeler sağlık hizmet sunucularının meslekleşmesi adına umut vericidir.

KAYNAKÇA

Akat, Ö. (1998). Uygulamaya Yönelik İşletme Politikası ve Stratejik Pazarlama (1. Baskı). Bursa: Elçin Kitapevi.

Aktan, C. ve Işık, K. (b.t.). sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. <http://www.canakan.org.tr/ekonomi/sağlık-değişim-çapında/pdf-aktn/sunum-alternatif.pdf>.

Aktepe, E. (2006). Genel İşletme. (1. Baskı). Ankara:Nobel Yayın Dağıtım.

Apak, S. (B.t) Demokratik Kitle-Meslek Örgütleri Görevleri ve Sorunları. (15.10.2009). archive.ismmmo.org.tr/docs/

Arabacı, A. (2009). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Personelinin Sivil Toplum Örgütlenmesi. A. Coşkun ve A. Akın (Ed.) Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi içinde (37-396). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Ataman, P. (2006). Mesleki Örgütlenme. Türkiye 9. Gıda Kongresinde Sunulan Bildiri, Bolu, Türkiye

Ay-Akça, F. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar (2. Baskı). İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Aydın, İ. (2010). Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik (4. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Baloğlu, B. (2006). Sağlık ve Hastalık (1. Baskı). İstanbul: Der Yayınları.

Barber,B. (1996). Meslekler Sosyolojisinde Bazı Sorunlar. Meslekler ve Soyoloji. (1. Baskı). içinde (Çev. Z. Cirhinlioğlu). Ankara: Gündoğan Yayınları.

- Bayrak, C. (1998). Çağdaş İnsan Örgütlü Yaşam. Çağdaş İnsan Çağdaş Yaşam (1. Baskı). İçinde. 93-108. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Belek, İ. Onuroğulları, H. Nalçacı, E. ve Ardıç, F.(1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi (2. Baskı). İstanbul:Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi (3. Baskı). İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Berber, S. (2009). Demokratik Kitle Örgütü Olarak Türk Tabipler Birliği. Türk Kütüphaneciliği Dergisi, 23(4), 894-901.
- Biröl, L. (2000). Hemşirelik Süreci (4. Baskı). İzmir: Bozyaka Matbaası.
- Bora, T. (2001). Türkiye’de Meslek Kuruluşları: Kamu, Sivil, Milli’in Muğlak Kesişimi. Türkiye’de Sivil Toplum ve Milliyetçilik. (1. Baskı) içinde (265-310). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bulut, D. ve İşman, Ç. (2004). Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), 277-293.
- Can, A ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(3), 253-275.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). Sivas’ta Hekim Hasta İlişkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25(1), 24-79.
- Çakar, F. ve Yağbasan, M. (2005). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Sayı 15. 609-629
- Çınar, Ü. (1982). Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması (1. Baskı) Ankara: Ogun Kardeşler Matbaası.

Çırakoğlu, B. (2002). Türkiyede Tıp Eğitimi ve Geleceği. 14.04.2010. http://www.Tubitak_conent_files/vizyon2023/si/EK-23.pdf.

Corcodilos, N. (2010). The path to management for new MBAs starts with hands-on staff experience. 15.06.2010.
http://blog.nwjobs.com/careercenter/the_path_to_management_for_new_mba_s_starts_with_hands-on_staff_experience.html

Coşkun, A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip alışmasının Önemi. Perinatoloji Dergisi, 4(3), 181-184.

Dalkılıç, S. (2008). Fransa'da Hekim Emeği Kamuda ve Özelde Nasıl Değerlendiriliyor. Hekim Emeği alıştayı. S. (48-56). İstanbul Tabip Odası. İstanbul: Golden Print.

Dalay, İ. (2009). Yönetim ve Organizasyon. 2010. <http://ismaildalay.blockspot.com>

Doktor. (1992) içinde. Meydan Larousse (5,436). İstanbul: Sabah Yayınları.

Doğan, M. (B.t.) SAYED Tarihçemiz. 29.05.2010,
<http://www.sayed.org.tr/tarihce.html>

Efe,Yaman, ř. (2007). Hemşirelikte Atılğanlık. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 69-75.

Ekinci, Y. (1990). Ahilik ve Meslek Eğitimi (1. Baskı). Ankara: Milli Eğitim Basımevi.

Erefe, İ. (Ed.) (2000). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı (2. Baskı). İstanbul: Birmat Matbaacılık.

Eren, N. Uyar, G. (1986). Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

- Ertekin, N. A. (2005). Türkiye’de Çevirinin Meslekleşmesi ve Çevirmenlerin Örgütlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Ertekin, Y. (1988). Halkla İlişkiler ve Meslekleşme Olgusu. Halkla İlişkiler Sempozyumu 1987’de Sunulan Bildiri, Ankara, Türkiye.
- Fındıklı, R. (2000). Polislik Mesleğinin Özellikleri ve Mesleki Kimlik Olgusu. Polis Bilimleri Dergisi, 2(5-6), 1-16.
- Fişek, N. (2009). Prof.Dr.Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları. (2010). http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap
- Genç, G. Kaya, A. ve Genç, M. (2007). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(14). 49-63
- Güner, Ş. (2008). Türkiyede Hekim Emeğinin Belirlenmesinde Tarihsel Süreç. Hekim Emeği Çalıştayı, İstanbul Tabip Odası. İstanbul: Golden Print
- Güney, S. (Ed.) (2007) Yönetim ve Organizasyon (2. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Hall, Richard.H. (1975). Occupations and The Social Structure. New Jersey Englewood Cliff: Prentice Hall Inc.
- Hayran, O. (b.t.) Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: hekimler mi?, Profesyonel Yöneticiler mi?. 14.04.2010. <http://www.merih.net/m1/wosmhay21.html>.
- Hayran, O. ve Sur, H. (Eds.) (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, (b.t.) 04.04.2010, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/egitim/hastane_yonetimi.asp

Hekim. (1992) Meydan Larousse (8,557). İstanbul: Sabah Yayınları.

Hemşirelik Kanunu. (2008) içinde. Sağlık Mevzuatı (142-145). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hemşirelikte Güçlü Bir Adım: Mesleki Örgütlenme, (21.05.2009) 20. 04.2010.
<http://www.hastanehaber.com/HaberDetay.aspx?item=539>

Hemşirelikte Özel Dal dernekleri, (b.t.) 22.03.2010.
<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/ilgili-kuruluslar/ozel-dal-dernekleri.aspx>

Hugres,C., E. (1996). Meslekler. Meslekler ve sosyoloji (1. Baskı). içinde (Çev. Z. Cirhinhioğlu). Ankara: Gündoğan Yayınları.

İstanbul Araştırmaları Merkezi. (1997). Cumhuriyet Dönemi İstanbul İstatistikleri-2 Sağlık 1937-1996 (975-8215-12-4). İstanbul:Kültür Yayın.

İpekçi, N. Ulutaşdemir, N. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe İlişkin Düşüncelerinin İncelenmesi. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresinde sunulan Bildiri. Özet Kitabı (s. 90), Muğla, Türkiye.

Kanpolat, Y. ve Akyol, U. (b.t.) Meslek Odalarının İşlevleri, Standardizasyon ve Akreditasyon.http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-20.pdf

Karadağ, A. Hisar, F. ve Özhan, Erbaş, V. (2004). Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(4), 14-22.

Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5(2), 38-49.

Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), 6-15

Karagözoğlu, Ş. (2008). Hemşirelik Bireysel ve Profesyonel Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 41-50.

Karagöz, S. (2004). Hemşirelerin Politik Gücü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1), 30-36.

Koçel, T. (2007). İşletme Yöneticiliği. (11. Baskı). İstanbul: Arıkan Basım.

Kocabaş, Ö. E. (2007). Bir uygulama Alanı Olarak Sağlık Psikolojik Danışmanlığı, Ege Eğitim Dergisi (8), 37-51. ,

Kurban-Kuzu, N. Ulusoy, F.M. (2008). Hemşirelik Doktora Derecesine Sahip Öğretim Üyelerinin Uluslar Arası Atıf İndeksleri Kapsamındaki Dergilerde Yayımlanan Bilimsel Makalelerinin Profili. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 15-25

Kuyaksil, A. ve Akçay, O. (2005). Türkiye’de Meslekleşme Olgusu Olarak Özel Güvenlik Hizmeti. Polis ve Sosyal Bilimler Dergisi, 3(2), 83-106.

Kuzgun, Y. (2009). Meslek Gelişimi ve Danışmanlığı (3. Baskı). Ankara: Nobel Yayın ve Dağıtım.

Lyons, S, A. ve Petrucelli, J, R. (1997). Çağlar Boyu Tıp. (Çev. N. Güdücü). İstanbul: Hürriyet Gazetecilik ve Matbaacılık.

Meydancı, M. (16.10.2008).Türkiye'de Sağlık İdareciliğinin Sorunları Ve Geleceği.10.04.2010. <http://www.saglikidarecileri.org.tr/cevaplar.asp?id=50&fid=7>

Meslek. (b.t.). 01.05.2010. <http://www.wikipedia.com>.

- Meslek. (1992) içinde. Meydan Larousse (13,438). İstanbul: Sabah Yayınları.
- Nalçacı, E. Hamzaoğlu, O. ve Özalp, E. (Eds.) (2006). Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü (1. Baskı). İstanbul: Nazım Kitaplığı.
- Nash, J. (2003). 11.05.2010. Politics, policy and nursing.
<http://www.pghhospitalnews.com/Archives/03Marc03/030302p olitics.htm>
- Odabaşı, Y. (2001). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (1. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Okay, A. (2007). Sağlık İletişimi (1. Baskı). İstanbul:Farmaskop/Mediacat.
- Ökten, Ş. Abbasoğlu, A. ve Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi Eğitimi ve Gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1), 5-11
- Özdemir, S. (2000). Eğitimde Örgütsel Yenileşme. (5. Baskı). Ankara: Pagem A Yayıncılık.
- Özdemir, Ş. (2006). Doktorların Toplumsal İmajı Afyon İlinde Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1), 179-191.
- Pala, K. (2008). Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi. Topum ve Hekim Dergisi, 23(2), 117-124.
- Potter, P. Perry, A. (1987). Basic Nursing Teory and Practice. The C.V. Mosby Company.
- Sağlık. (b.t.). 01.05.2010. <http://www.wikipedia.com>.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. (10. 02. 2005) 01. 03. 2010.
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=34

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (2008) içinde. Sağlık Mevzuatı (307-319).
Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Sağlık. (1992) içinde. Meydan Larousse (17,193). İstanbul: Sabah Yayınları.

Sağlık İdareciliği. (b.t.) 12.05.2010.

http://www.medikalteknik.com.tr/web /devam_yazi.asp? idyazi=57

Sağlık İdarecileri Derneği Tüzüğü. (B.t.) 15.05.2010,

<http://www.saglikidarecileri.org.tr/Tuzuk.aspx>

Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Sonuç Bildirisi. (b.t.)

14.4.1010.<http://www.saglikidarecileri.org.tr/cevaplar.asp?id=96&fid=7>

Sağlıkta Önemli Sorun: Profesyonelleşme. (14.01.2010). 14.04.2010.

<http://www.medimagazin.com.tr/mm-saglikta-onemli-sorun-profesyonellesme-h-64156.html>.

Sağlık Yöneticileri Derneği El Değiştiriyor. (12.05.2003) 20.05.12010.

<http://www.medimagazin.com.tr/mm-saglik-yoneticileri-derneği-el-degistirdi-h-30195.html>)

Şahman, İ. Tengilimoğlu, D. Işık, O. (2008). Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), 1-23.

Şahin, Ü. (1999). Hastane İşletmeciliği Yönetimi. Hastane İşletmelerinde Kalite (1.Baskı) içinde. 60-96. Eskişehir.

Sevim, Y. ve Dayı, Sevim, Y. (2009). Doktorların Ekonomik Durumları ve Toplumsal Konumları (Elazığ İli Örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(2), 231-248.

Şener, B. (1997). Modern Otel İşletmelerin Yönetim ve Organizasyon. (2. Baskı). Ankara: Gazi Kitapevi.

Şengül, A. (2009). Kamu ve Özel Sektör Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Klinisyen Hekimlerin İş Doyumları Arasındaki Farklılıkların Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış, 9(4), 1127-1148.

Sur, H. (2009). Dünya ve Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği.

<http://www.yaramazadam.com>.

Tarcan, A. (2006). Aydınlanma Çağında Bir Meslek Olarak Hekimliğin Gelişimi ve Fransız Edebiyatında Doktor İmgesi. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, (8), 237-249.

Tarihçi, S. (2010). Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin Betimlenmesi. II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresinde sunulan Bildiri, Ankara.

Taşkın, L. (1998). Hemşireliğin Gelişimini Engelleyen Konular. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 6, 48-50

Taş, Y. Aslan, D. ve Sayek, İ. (2006). Doktorluk Mesleğini Çocuklar Resimlerine Nasıl Yansıtıyorlar? 7-12 Yaş Grubu Çocukları Arasında Yapılmış Bir Örnek. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(11), 184-191.

Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akpolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.

Toker, F. ve Şahin, Ü. (1999). Toplam Kalite Yönetiminde Yöneticinin Rolü Kocaeli İli Sağlık Hizmetleri Yönetici Profiline Toplam Kalite Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi. (14.4.2010).

www.umitsahin.com/2.bölüm/ky%20ve%20kocaeli%20örneği.doc

- Türk Hemşireler Derneği Tüzüğü. (b.t.) (9.05.2010)
<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/thd-tuzuk.aspx>
- Türkdoğan, O. (2006). Toplumsal Yapı ve Sağlık- Hastalık Sistemi (1. Baskı).
İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık
- T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. (2000). Sağlık
Sektöründe Kadın (2366). Ankara: Cem Yayın Ofset.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2005). Türkiye İstatistik Yıllığı. (3009). Ankara: TUIK
Matbaası.
- Türkiye’de hemşirelik mesleğinin durumu ve hemşirelik mesleğinin gelişimi için
Türk Hemşireler Derneği’nin önerileri. (17. 05. 2004). MediMagazin Sağlık
Profesyonellerinin Dergisi. 10. 03. 2010.
[http://www.medimagazin.com.tr/mm-turkiyede-hemsirelik-mesleğinin-
durumu-ve-hemsirelik-mesleğinin-gelişimi-icin-turk-hemsireler-derneğinin-
onerileri-h-30714.html](http://www.medimagazin.com.tr/mm-turkiyede-hemsirelik-mesleğinin-durumu-ve-hemsirelik-mesleğinin-gelişimi-icin-turk-hemsireler-derneğinin-onerileri-h-30714.html).
- User, İ. (1996). Türkiye’de Sosyoloji ve Psikolojinin Gelişmesine İlişkin Sorunlar:
Meslek Sosyolojisi Açısından Bir Değerlendirme. İstanbul Toplum Bilim 4.
Ulusal Sosyal Bilimler Kongresinde Sunulan Bildiri, İstanbul, Türkiye.
- Uskun, E. Doğan, M. Kişioğlu, N, A. Baylan, S. Uzun, E. Akaya-Baysal, U. (2004)
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Tıp Eğitimi
ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları.Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp
Fakültesi Dergisi. 11(3). 19-24.
- Uyer, G. (1992). Hemşireliğe Genel Bakış. (1. Baskı). Ankara: Hürbilek Matbaası.
- Uzun, K.A. (01.09.2009). Meslek Örgütü Olmak. [http://denetçiningunlugu.blogspot.
com.achive.html](http://denetçiningunlugu.blogspot.com.achive.html).
- Üçışık, F. (2008). Sağlık Hukuku (1. Baskı). İstanbul: Ötüken Yayınları.

Üskül, Z. (b.t.) Kamu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları.

www.mimarist.org/komisyon/36_Donem/1.6.3.62.Meslek.html.

Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar (1. Baskı). İstanbul: Alaş Ofset.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (2008) içinde. Sağlık Mevzuatı. (331- 420). Ankara: Seçkin Matbaası.

Yıldırım, A. (2001). Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(1), 23-25.

Yıldırım, A. (06.03.2009). Hemşireliğin İçi Nasıl ve Kimler Tarafından Boşaltılıyor? http://turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi-yazilari/86_sagligguncel.aspx

ÖZGEÇMİŞ

11 Ekim 1981, İstanbul doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi Gebze Kocaeli'nde tamamladım. 2004 yılında İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan hemşire olarak mezun oldum. 2004 yılından 2006 yılına kadar Özel Göztepe Şafak Hastanesinde hemşire olarak çalıştım. 2006 yılından beri, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Servis Sorumlu Hemşiresi olarak görev yapmaktayım. 2008 yılında, Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

Kitap okumayı, film izlemeyi seviyorum. İşletme yönetimi özel ilgi alanımdır.

Aday: Özlem Ayaz