

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

**TÜRKİYE’DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİNDE
HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DURUMU VE
GELECEĞİNİN ANALİZİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Nevin GAVAZ

İSTANBUL, 2010

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

**TÜRKİYE’DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİNDE
HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DURUMU VE
GELECEĞİNİN ANALİZİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Nevin GAVAZ

Öğrenci No:

080746003

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Kamil USLU

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Sunduğum Yüksek Lisans Tezi, Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına and içerim.

Nevin GAVAZ

JÜRİ SAYFASI

TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİNDE HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DURUMU VE GELECEĞİNİN ANALİZİ

Nevin GAVAZ

Özet

Hemşire, sağlık ekibi içinde tedavi edici, eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol alan bir meslek elemanıdır. Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin meslek olarak gelişmesini etkilemektedir. Her ne kadar hemşirelik başlangıç tarihinde hizmete çağrı, hekimin yardımcısı ya da kendini başkalarına adamaya yönelik dini bir görev olarak nitelendirilmiş ise de günümüzde bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmektedir. Çalışmadaki amaç; Türkiye'de ki sağlık yönetiminde hemşirelerin görevi ve etkinliğinin neler olabileceğini, gelecekteki pozisyonunu değerlendirebilmesi için yönetimde yer almalarının araştırılmasıdır.

Ülkemizde hemşireliğin meslekleşme mücadelesi hala devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde, hemşirelik özerkliğine kavuşmuş ve ayrı bir sağlık disiplini olduğunu kanıtlamış durumdayken, ülkemizde hemşirelik mesleği hala ayrı bir disiplin olduğunu kanıtlamaya çalışmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde hemşireliğin eğitim düzeyinin en az lisans düzeyine yükseltilmesi hemşirelik mesleğinin gelişmesine önemli derecede katkıda bulunmuştur. Hemşirelerin mesleki durumları ile ilgili anket uygulaması yapılmış, hemşirelik mesleğinin yönetimde de başarılı olabilecekleri kanıtlanmaya çalışılmıştır. Hemşirelerin aldığı eğitimin yanı sıra verdiği hizmetlerin ağırlığı, iş yükü hemşirelerdeki stresi arttırmakta, doyumsuzluğa ve verimsizliğe neden olmaktadır.

Anahtar kelime: Hemşire, Hemşirelik Mesleği, Sağlık, Sağlık Yönetimi

THE SITUATION AND FUTURE ANALYSIS OF NURSERY IN MANAGEMENT OF HEALTH IN TURKEY

Nevin GAVAZ

ABSTRACT

Nurse is a member of profession of health care team who has an active role in developing and applying therapeutic plans. Social, cultural, scientific and technologic developments effect development of nursery as a profession. Although in the beginning dates; nursery has been defined as a service call, assistant of medical doctor or a religious mission adoring to other people, nowadays it is accepted as a scientific dicipline. The aim of this study is to investigate the mission and efficacy of the nurses in the management of health in Turkey and to evaluate the future position of nurses in health management.

In our country struggle of nursery to be a profession still continues. Although nursery in developed countries gained its self determination and established as a seperate health dicipline; in less developed countries such as our country the profession of nursery still works to establish itself as a seperate dicipline. Increasing the level of education of nursery at least to bachelor's degree with in the body of Ministiry of Health was an important development for the profession of nursery. A survey was made for the professional situations of nurses, and studied to prove that nurses may be succeed on management of health also. In addition to education given to nurses the work load and heaviness of their duty increases the stres on them and leads to inefficiency and dissatisfaction.

Key Words: Nurse, Nursing Profession, Health, Health Management

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	
Jüri Sayfası	
Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler	I
İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler (Abstract)	II
Şekiller Listesi	XI
Tablolar Listesi	XII
Kısaltmalar	XV
Giriş	1

İ.BÖLÜM

TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU

1.TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİNİN YAPISI	3
1.1. Sağlık Bakanlığının Kuruluşu	3
1.2. Sağlık Bakanlığının Amacı	4
1.3. Sağlık Bakanlığının Görevleri	5
1.4. Sağlık Bakanlığının Yapısı	6
1.5. Sağlık Bakanlığının Organizasyonu	8
1.5.1. İllerdeki Sağlık Yönetimi	13
2.TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ	14
2.1. Cumhuriyet Öncesi Türkiye'de Sağlık Gelişimi	14

2.2. Cumhuriyet Sonrası Türkiye’de Sağlığın Gelişimi	19
2.2.1. 1923-1938 Dönemi	19
2.2.2. 1938-1950 Dönemi	22
2.2.3. 1950-1960 Dönemi	23
2.2.4. 1960-1980 Dönemi	23
2.2.5. 1980’den Günümüze	25
3.TÜRKİYE’DE SAğLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	27
3.1. Sağlık Hizmetleri	27
3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28
3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	29
3.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	30
3.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	31
3.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	31
3.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	32
4.HASTANELERİN TANIMI, AMAÇLARI, İŞLEVLERİ	33
4.1. Hastanelerin tanımı	33
4.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	35
4.3. Hastanelerin Amaçları	36
4.4. Hastanelerin İşlevleri	36
4.4.1. Tedavi Hizmetleri	37
4.4.2. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri	37
4.4.3. Eğitim	38
4.4.4. Araştırma	38
5.HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI	38

5.1. Hizmetlerin Sunumuna Göre Hastaneler	38
5.1.1. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	38
5.1.2. Genel Hastaneler	38
5.1.3. Özel Dal Hastaneleri	39
5.2. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler	39
5.2.1. Devlet Hastaneleri	39
5.2.2. Özel Hastaneler	39
5.3. Yatak Kapasitesine Göre Hastaneler	39
5.4. Hasta Yatış Süresine Göre Hastaneler	39

6.TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ORGANİZASYONU 40

6.1. Hastanelerde Matriks Yapı	40
6.2. Hastanelerde Karmaşık Yapı	42
6.3. Hastanelerde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	43
6.4. Hastanelerde Sağlık Hizmetlerinin Sürekliliği	43

7.ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE HASTANE YAPISI 44

7.1. A.B.D’ de Hastane Yapısı	44
7.2. İngiltere’de Hastane Yapısı	45
7.3. Almanya’da Hastane Yapısı	46

II. BÖLÜM

HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DURUMU VE HASTANELERDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

1.HEMŞİRELİĞİN TANIMI, GÖREVLERİ 48

1.1. Hemşireliğin Tanımı	48
--------------------------------	----

1.2. Hemşireliğin Görevleri	49
1.3. Hemşireliğin Sorumlulukları	51
1.4. Hemşireliğin Rolü Ve Fonksiyonları	52
1.5. Hemşireliğin Felsefesi	54
2. HEMŞİRELİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ	56
3. TÜRKİYE’DE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE MESLEKİ YÖNÜ	61
3.1. Hemşirelik Kanunu	61
3.2. Meslek Olma Vasıfları	64
3.3. Meslek Olarak Hemşirelik	65
4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	66
4.1. Yönetici Hemşirelerin Rollerini	66
4.2. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Görülen Sorunlar	68
4.3. Hastanelerde ve Hemşirelik Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi	70
5. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYON YAPISI	71
6. HASTA HAKLARI İÇERİSİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	73
7. HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI	76
8. ANKETE VERİLEN CEVAPLARIN İNCELENMESİ	84
8.1. Ankete Katılan Hemşirelerin Yaşları	84
8.2. Ankete Katılan Hemşirelerin Cinsiyet Dağılımı	85
8.3. Ankete Katılan Hemşirelerin Medeni Dağılımları	86
8.4. Ankete Katılan Hemşirelerin Çocuk Sayısı	87
8.5. Ankete Katılan Hemşirelerin Eşlerinin Sağ Olması	88

8.6. Ankete Katılan Hemşirelerin Eşlerinin Çalışması	89
8.7. Ankete Katılan Hemşirelerin Evde ya da Lojmanda Kalmaları	90
8.8. Ankete Katılan Hemşirelerin Oturdıkları Evin Kendilerine Ait Olup Olmadıkları-.....	91
8.9. Ankete Katılan Hemşirelere İşe Gidiş Gelişlerde Servis Hizmeti Sunumu	91
8.10. Ankete Katılan Hemşirelere Servis Hizmetinin Sunumunun İş Verimine Etkisi.....	92
8.11. Ankete Katılan Hemşirelerin Mezun Olduğu Okul	93
8.12. Ankete Katılan Hemşirelerin Kaç Yıldır Hemşirelik Yaptığı	94
8.13. Ankete Katılan Hemşirelerin Buldukları Kurumda Toplam Hizmet Yılı ...	95
8.14. Ankete Katılan Hemşirelerin Kurumdaki Kadroları	96
8.15. Ankete Katılan Hemşirelerin Aylık Gelirleri	96
8.16. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdaki Görev Bildirimlerindeki Bilgilendirilme	97
8.17. Ankete Katılan Hemşirelerin Mesleğe Girme Kararını Etkileyen Unsur	98
8.18. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Birim	99
8.19. Ankete Katılan Hemşirelerin Mesleki Statüleri	100
8.20. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışma Düzeni	101
8.21. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışmak İstedikleri Zaman Dilimi	101
8.22. Ankete Katılan Hemşirelerin Eğitim Süresinde Hastane Yönetimi ile İlgili Bilgi Verilmesi	102
8.23. Ankete Katılan Hemşirelere Yönetime Katılma Hakkı Tanınması	103

8.24. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetime Katılama Hakkının Verilmeme Sebebi.....	104
8.25. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşirelik Hizmeti Verirken Verimli Olması.....	105
8.26. Ankete Katılan Hemşirelere Çalışmaları İçin Yeterli Koşulların Sağlanması.....	105
8.27. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetimce Alınan Kararlardan Bilgilendirilmesi.....	106
8.28. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşireliğin Meslek Olduğuna İnanması	107
8.29. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşireliğin Meslek Olması için Önerileri ...	108
8.30. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastaneye Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün Gelmesini İstemesi	109
8.31. Ankete Katılan Hemşirelerin Servis Sorumlu Hemşirenin Olmadığında Sorumluluk Almak İstemesi	110
8.32. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastanede Yirmi Dört Saat Hizmet Vermesini İstemesi	111
8.33. Ankete Katılan Hemşirelerin Kreş Açılmasında İş Verimindeki Artışa İnanması.....	111
8.34. Ankete Katılan Hemşirelerin Sorumlu Müdürlüğün Oluşmasında İş Verimin Artacağına İnanması	112
8.35. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterli Hemşirenin Olması Durumunda İş Veriminin Artacağına İnanması	113
8.36. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetim Tarafından Alınan Kararlardaki Gecikmelerin İş Verimini Etkilemesi	114

8.37. Ankete Katılan Hemşirelerin Almış Oldukları Eğitim Süresine Göre Adil Olduğuna İnanması	115
8.38. Ankete Katılan Hemşirelerin Servislerde Sorunların Çözümünde Pratik Önerileri Sunması	116
8.39. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastanenin Çalışanlarını Ödüllendirme İşlemlerini Yerine Getirmesine İnanması	117
8.40. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterli Güvenliğin Sağlandığına İnanması	118
8.41. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışma Yerlerinin Ergonomik Olarak Düzenlenmesinde İş Verimin Etkileyeceğine İnanması	119
8.42. Ankete Katılan Hemşirelerin Sosyal Çevrelerine Hemşire Olduklarını Söylediklerinde Bakış Açılarını Değerlendirebilmesi	120
8.43. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşirelikte Branşlaşmanın Olmasını İstemesi.....	120
8.44. Ankete Katılan Hemşirelerin Branşlaşmanın Çalışma Saatlerini Azaltacağına İnanması	121
8.45. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılmasında İş Yüklerinin Azalacağına İnanması	121
8.46. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Gelişmiş Olduğu Ülkelerdeki Hemşirelerle Ortak Çalışmayı istemesi	122
8.47. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Kongrelerinde Bildiri Sunması	123
8.48. Ankete Katılan Hemşirelerin Sunulan Bildirilerin Hizmet Statülerini Etkileyeceğine İnanması	123
8.49. Ankete Katılan Hemşirelerin Bilimsel Çalışmalardaki Başarının Hizmet Statülerini Etkilemesi	124

8.50. Ankete Katılan Hemşirelerin Yeni Gelişen Tıbbi Teknolojilerin Kullanımı için Hizmet İçi Kurslara Yönlendirileceğine İnanması	124
8.51. Ankete Katılan Hemşirelerin Ön Lisans Mezunu Olanlara Lisans Tamamlamalarına Teşvik Edileceğine İnanması	125
9. ANKETTE ELDE EDİLEN BİLGİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	126
10. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN GELECEĞİNİN ANALİZİ	130
SONUÇ VE ÖNERİLER	131
KAYNAKÇA	133
EKLER	143
EK:1 HEMŞİRELİK KANUNU	143
EK:2 ANKET SORULARI	147
ÖZGEÇMİŞ	159

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil no.

1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şeması 9
2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Şeması 11
3. Matriks Örgüt Yapısı 41

TABLolar LİSTESİ

1.	Sağlık Bakanlığı Kuruluşları, 2005	7
2.	Hemşireliğin Organizasyon Yapısı	72
3.	Hemşirelerin Yaş Durumları	84
4.	Hemşirelerin Cinsiyet Dağılımı Durumu	85
5.	Hemşirelerin Medeni Durumları	86
6.	Hemşirelerin Çocuk Durumu	87
7.	Evli Hemşirelerin Eşlerinin Sağ Olma Durumları	88
8.	Hemşirelerin Eşlerinin alışma Durumu	89
9.	Hemşirelerin Evde ya da Lojmanda Kalma Durumları	90
10.	Hemşirelerin Oturduğu Evin Kendisine Ait Olup Olmadığı Durumları	91
11.	Hastanede İşe Gidiş-Gelişlerde Servis Hizmeti Sunum Durumu	91
12.	İşe Gidiş Gelişlerde Servis Hizmetinin Sunumu Güven ve İş Verimini Arttırma Durumu	92
13.	Hemşirelerin Mezun Olduğu Okul Durumu	93
14.	Hemşirelerin Kaç Yıldır Hemşirelik Yapma Durumu	94
15.	Buldukları Kurumda Toplam Hizmet Yıl Durumu	95
16.	Hemşirelerin Kurumdaki Kadro Durumları	96
17.	Hemşirelerin Aylık Gelir Durumları	96
18.	Hemşirelerin alıştıkları Kurumdaki Grev Bildirimlerindeki Bilgilendirme Durumları	97
19.	Hemşirelerin Mesleğe Girme Kararını Etkileyen Unsur Durumu	98
20.	Hemşirelerin Hastanede alıştıkları Birim Durumu	99
21.	Hemşirelerin Mesleki Stat Durumu	100
22.	Hemşirelerin Hastanede alışma Durumu	101
23.	Hemşirelerin Hastanede alışmak İstedikleri Zaman Durumu	101
24.	Hemşirelerin Eğitim Suresinde Hastane Yonetimi ile İlgili Bilgi Verilme Durumu	102
25.	Hemşirelere Hastanede Yönetime Katılma Hakkı Tanınması Durumu	103

26.	Hemşirelere Yönetime Katılma Hakkının Verilmeme Durumu	104
27.	Hemşirelerin Hemşirelik Hizmeti Verirken Verimli Olma Durumları	105
28.	Hemşirelere Çalışmaları için Yeterli Koşulların Sağlanması Durumu	105
29.	Hemşirelerin Yönetimce Alınan Kararlardan Bilgilendirilme Durumu	106
30.	Hemşireliğin Meslek Olduğuna İnanma Durumu	107
31.	Hemşireliğin Meslek Olması İçin Öneri Durumu	108
32.	Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün Oluşturulması Durumu	109
33.	Hemşirelerin Servis Sorumlu Hemşiresi Olmamasında Sorumluluk Alma Durumu	110
34.	Hastanede Yirmi Dört Saat Hizmet Veren Kreş Olması Durumu	111
35.	Hemşirelerin Kreş Açılmasında İş Verimindeki Artışa İnanma Durumu...	111
36.	Hemşire Sorumlu Müdürlüğünün Oluşmasında Hemşirelerin İş Veriminin Artması Durumu	112
37.	Yeterli Hemşire Olduğunda İş Veriminin Artacağına İnanma Durumu	113
38.	Yönetim Tarafından Alınan Kararların Uygulanmasında Gecikmelerin Hemşirelerin Verimliliğini Etkileme Durumu	114
39.	Hemşireler Almış Oldukları Eğitim Süresine Göre Servis Sorumluluğunu Adil Olduğuna İnanma Durumu	115
40.	Servislerde Hemşireler Sorunların Çözümünde Yönetime Pratik Çözüm Önerileri Sunma Durumu	116
41.	Hemşireler Hastanede Çalışanlarını Ödüllendirme İşlemlerini Yerine Getirme Durumu	117
42.	Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterliği Güvenliğin Sağlanması Durumu.....	118
43.	Çalışma Yerinin Ergonomik Olarak Düzenlenmesi İş Verimini Etkileme Durumu	119
44.	Sosyal Çevrenize Hemşire Olduğunuzu Söylediğinizde Size Olan Bakış Durumu	120
45.	Hemşirelikte Branşlaşma Olmasını İsteme Durumu	120
46.	Branşlaşmanın Çalışma Saatlerini Azaltacağına İnanma Durumu	121
47.	Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılmasında Çalışmalarınızda İş Yükünün Azalacağı Durumu	121
48.	Sağlık Hizmetlerinin Gelişmiş Olduğu Ülkelerdeki Hemşirelerle Ortak Çalışmayı İsteme Durumu	122

49.	Sağlık Kongrelerinde Bildiri Sunma Durumu	123
50.	Bildirilerin Sunumu Hizmet Statülerini Etkileme Durumu	123
51.	Bilimsel alışmalardaki Başarının Hizmet Statüsündeki Başarıyı Etkileme Durumu	124
52.	Yeni Gelişen Tıbbi Teknolojilerin Kullanımı İçin Hizmet İçi Kurslara Yönlendirilme Durumu	124
53.	Ön Lisans Mezunu Hemşirelerin Lisans Tamamlama İçin Teşvik Edilme Durumu	125

KISALTMALAR LİSTESİ

A.B.D.	Amerika Birleşik Devletleri
a.g.k.	Adı Geçen Kaynak
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHA	American Hospital Association
ANT	Ateş Nabız Tansiyon
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
Dai.	Daire
Dr.	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTP	Devlet Planlama Teşkilatı
Ecz.	Eczacılar
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Geliş.	Geliştirme
Gn.	Genel
Hiz.	Hizmetleri
HYO	Hemşirelik Yüksek Okulu

Hz.	Hazreti
ICN	International Counsel of Nursing
İd.	İdari
İnş.	İnşaat
İş.	İşleri
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
KBB	Kulak Burun Boğaz
Koor.	Koordinasyon
Md.	Müdürlüğü
Merk.	Merkez
MÖ.	Milattan Önce
PSRO	Professional Standards Review Organizations
R.	Refik
S.	Sahiller
S.S.Y.B.	Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı
Sağ.	Sağlığı
Sayd.	Saydam
SML	Sağlık Meslek Lisesi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SYO	Sağlık Yüksek Okulu

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
Vb.	Ve Benzeri
WHO	World Health Organization
Y.B.Ü.	Yoğun Bakım Ünitesi
y.y	Yüz Yıl
YÖK	Yüksek Öğrenim Kurulu
Yön.	Yönetimi

GİRİŞ

Hemşirelik, sağlık ekibi içinde aldığı eğitim, bilgi, iletişim becerileri, hizmetin sunulduğu bireylerle birebir temas içinde bulunan ve onlara en yakın, ulaşabilen, gözlemci, araştırmacı, ekip üyeleri arasında koordinasyonu sağlayan, sağlık hizmeti sunan bir meslek grubudur. Meslekleşme, bir işin meslek olma yolunda güç elde edilen belli nitelikler kazandığı dinamik bir süreçtir.

Her meslek kendine özgü görev, rol ve işlevlerin yanı sıra genel bazı işlevlerde de yer alır. Bunlardan mesleğe özel rol ve işlevler o mesleğe profesyonel nitelik kazandırır. Bu anlamda hemşirelikte rol, meslek üyesinden pozisyonuna uygun ya da modelde beklenen davranışların tümüdür. Çalışmadaki varsayım; ‘hemşirelerin Türkiye’de ki sağlık kurumlarında ve yönetimde görev almaları, aldıkları görev ile başarılı olabileceklerdir’ düşüncesini analiz etmektir. Böylelikle çalışmadaki amaç; Türkiye’de ki sağlık yönetiminde hemşirelerin görevi ve etkinliğinin neler olabileceğini, gelecekteki pozisyonunu değerlendirebilmesi için yönetimde yer almalarının araştırılmasıdır. Hemşirelik mesleğine yeni bir statü kazandırma, yönetimde etkinliğini arttırma, hemşireler arasındaki eğitim seviyelerine göre yeniden yapılandırma örneklerini ortaya koyabilmektir.

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’de ki sağlık yönetimi ve organizasyonu incelenmiştir. Burada Türkiye’de ki sağlık yönetiminin yapısı, tarihsel gelişimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, hastanelerin tanımı, amaçları, işlevleri, hastanelerin sınıflandırılması, hastanelerin organizasyonu ve çeşitli ülkelerdeki hastane yapısı incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde hemşirelik mesleğinin durumu ve hastanelerde hemşirelik yönetimi incelenmiştir. Burada hemşireliğin tanımı, görevleri, tarihsel gelişimi, Türkiye’de hemşirelik hizmetlerinin sunumu, mesleki yönü, hemşirelik hizmetleri yönetimi, hemşirelik hizmetlerinin organizasyon yapısı, hasta hakları içerisinde hemşirenin rolü, hemşirelerin sağlıklı çalışma ortamı incelemeye çalışılmıştır.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde hemşirelerin mesleki durumları ile ilgili anket çalışması yer almaktadır. Anket çalışmasının evreni Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, çalışmanın örnekleme; Göztepe Eğitim ve Araştırma

Hastanesinde çalışan 218 hemşireye yönelik yapılan anket uygulamasıdır. Anket uygulamasında SPSS 16,0 programı ile yapılmıştır.

Çalışmada uygulanan araştırma metodu iki şekilde oluşmuştur. Birincisi literatür taraması şeklinde olup bunlar; kitap, süreli yayın, makaleler, yayınlanmamış tezler ile güvenilir internet kaynaklarından oluşmaktadır. İkincisi ise, anket uygulaması ve anket uygulamalarının değerlendirilmesi şeklindedir. Bu araştırma ile hemşirelik mesleğinin Türkiye’de ki gelişimi, görev ve rolleri, olması gereken statüleri de çalışmada incelenerek yeni bir bakış açısı sunmaya gayret edilmiştir.

I.BÖLÜM

TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU

1.TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK YÖNETİMİNİN YAPISI

1.1. Sağlık Bakanlığını Kuruluşu

İnsanlık tarihi boyunca sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için çalışmalar yapılmış. Bu çalışmalar zamanla geliştirilmiştir. Özellikle son yüzyılda bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak, sağlık alanında çok mesafeler kat edilmiştir. Ülkemizde de Cumhuriyet'in ilk yıllarından günümüze kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli gelişmeler sağlanmıştır.

Mustafa Kemal'in 19 Mayıs 1919'da, Samsun'a çıkışı ile başlayan Milli Kurtuluş Savaşımızın dönüm tarihi, Ankara'da Meclis'in açıldığı 23 Nisan 1920'dir. Bu tarih Cumhuriyet'e giden yoldaki en önemli aşamadır. Yüce Meclis, 2 Mayıs 1920'de 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun'u çıkararak, bu Kanun'un 1. maddesi ile içerisinde Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletinin (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) de bulunduğu Bakanlar Kurulunu oluşturmuştur. İcra Vekilleri Heyeti Reisliğine (Başbakan) Mustafa Kemal getirilirken Dr. Adnan Bey de Ankara Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Sağlık Bakanlığı olarak Ankara Vilayet Konağı'nın bir odası kullanılmıştır. Bakanlığın kurulması ülkemiz sağlık hizmetlerinin ülkeyi yönetenlerin asli görevi olduğu bilincinin ortaya konulması açısından çok önemlidir.¹

24.04.1930 tarihinde kabul edilip, 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile ülkemizin sağlık hizmetlerini yürütme görevi Bakanlığımıza verilmiştir. Adı geçen kanunun 3. madde

¹ 3 Mayıs 1920 Sağlık Bakanlığının Kuruluşu, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-3-mayis-1920-saglik-bakanliginin-kurulusu-ky-51165.html> (01.10.2009)

12. fıkrasında, mesleki öğretim ve eğitim kuruluşları açma, yönetme veya benzer kuruluşları denetleme, bunlara işletme izinleri verme hükmü yer almaktadır.²

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yürütücüsü ve uygulayıcısı Sağlık Bakanlığıdır. Bununla birlikte sağlık sektörü dışındaki pek çok sektör de sağlık politikalarına ilgi duymaktadır. Hedeflere ulaşmak için planlanan etkinliklerde diğer sektörler Sağlık Bakanlığı ile işbirliğı yapmaya isteklidir. T.C. Anayasası 56. maddesine göre yasal olarak sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı, yasal olarak standartları belirlemek ve etkinlikleri koordine etmekle yükümlüdür. Son zamanlarda diğer sektörleri sağlık politikası geliştirme sürecine dâhil etmeye yönelik eğilimler artmıştır. Ayrıca, diğer sektörler de sağlık sektörü ile iş birliğı yaparak sağlıklı ilgili politikalarını geliştirmektedirler. Sektörler arası bu işbirliğı Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı (DTP), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) gibi kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları arasında yeni ortaklıklar yaratmış ve mevcut ortaklıkları güçlendirmiştir.³

1.2. Sağlık Bakanlığının Amacı

Herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.⁴

²T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün Kuruluşu, <http://www.saglik.gov.tr/SEGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF9B4CD4B3AFAEB926> (01.10.2009)

³Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.98. <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> (05.10.2009)

⁴Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html> (05.10.2009)

1.3. Sağlık Bakanlığının Görevleri

Sağlık Bakanlığının görevleri aşağıdaki gibidir:⁵

- Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak, bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak, uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak.
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak.
- Ana ve çocuk sağlığının korunması, aile planlaması hizmetlerini yapmak.
- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretimini, tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik, tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek.
- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak.
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy işleri Bakanlığı, mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek.
- Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldırarak.
- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak.
- (Mülga bent: 24/01/1989 - KHK - 356/15 md.; Aynen kabul: 14/03/1991-3703/19 md.)
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek, bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu, denetimini sağlamak.

⁵ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html> (05.10.2009)

- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek.
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

1.4. Sağlık Bakanlığının Yapısı

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organıdır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti ile anne sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Birinci basamak, ikinci basamak, uzmanlaşmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren tüm yurda yayılmış sağlık merkezleri (sağlık ocakları, sağlık evleri, hastaneleri) ile ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi de Sağlık Bakanlığı'dır. 19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile yapılan düzenleme sonucu diğer tüm kurum hastaneleri, dispanserler ve diğer sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, hastanelerini Sağlık Bakanlığına devrederek sadece sigortalılarının aldığı sağlık hizmetlerini finanse eder hale gelmiştir. 2005 yılı sonu rakamları itibariyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarının sayısı; 795 hastane, 6.203 sağlık ocağı ve 6.088 sağlık evi on yıl önceki sayının yaklaşık iki katıdır. Fakat, personel ve ekipman eksikliği yüzünden bazı sağlık evleri faaliyet gösterememektedir.⁶

⁶ Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.103-104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(05.10.2009)

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları

Kuruluşun Adı	Sayısı
Toplam	14.053
Hastane	795
Sağlık Ocağı	6.203
Köy Sağlık Evi	6.088
Semt Polikliniği	138
AÇSAP Merkezi	234
Verem Savaş Dispanseri (Ağustos 2007 itibariyle)	247*
Bölge Tüberküloz Laboratuvarı	21
Hava Limanı Denetim Merkezi	17
Hudut Sağlık Denetim Merkezi	15
Sahil Sağlık Denetim Merkezi	49
Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı	1
Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü	7
İl Halk Sağlığı Laboratuvarı	79
İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı	31
Sıtma Enstitüsü	2
Sıtma Kontrol Laboratuvarı	6
Sıtma Laboratuvarı	80
Sağlığı Koruma Yeri	2
Liman-Şehir Bakteriyoloji Müessesesi	2
Ana Donatım İkmal Bölge Müdürlüğü	1
Donatım Bölge Müdürlüğü	18
Donatım İl Müdürlüğü	5

Kaynak: Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.103-104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(05.10.2009)

*Kitabın basımı sonrası Verem Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından gönderilen geri bildirim üzerine düzeltilmiştir.

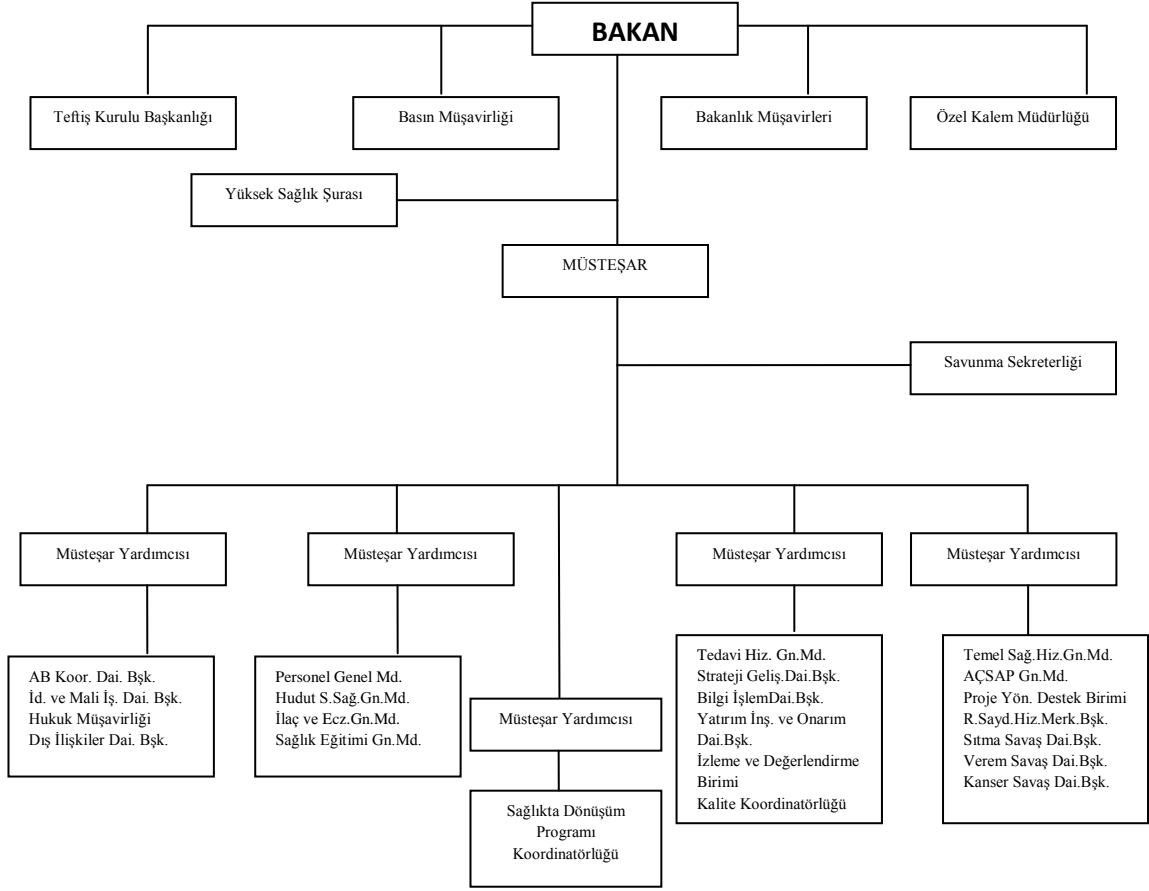
1.5. Sağlık Bakanlığının Organizasyonu

Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısı aşağıda şekil 1’de görüldüğü gibi bir Bakan, bir Müsteşar, beş Müsteşar yardımcısı ve bunlara bağlı idari birimlerden oluşmaktadır. İdari bilimler; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü; Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü; Personel Genel Müdürlüğü ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Bütçe Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Proje Yönetimi Destek Birimi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Verem Savaş Daire Başkanlığından oluşmaktadır.⁷

⁷ Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.103-104

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(05.10.2009)

SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI ŞEMASI



Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması,
Kaynak: Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.103-104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(05.10.2009)

Yukarıdaki şekil 1’e göre, Sağlık Bakanlığının ilgili mevzuat çerçevesinde Bakanlık işlerinin yürütülmesi, politika uygulamalarında ve Sağlıkta Dönüşümün gerçekleşmesi için planlanan faaliyetlerin yürütülmesi, uluslar arası kuruluşlar ile bağlantılar ve konu ile ilgili personelin yurt dışı görevlendirmeleri ile de çalışırlar. Bakanlıktaki örgütlenme, sorumluluğun aşağıdan yukarıya yöneldiği dikey bir

yapıdadır ve il düzeyinde müdürlükler, bir ölçüye kadar da sağlık ocakları, sağlık evleri düzeyinde işlevlerine göre ayrılmış bölümler yer almaktadır.⁸

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetlerin il düzeyinde idaresinden il sağlık müdürlükleri (81 ilde) sorumludur. İl sağlık müdürlükleri, idari konularla ilgili ilin en yüksek mülki amiri olan Valiye, teknik konularla ilgili ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü'ne, sağlık ocaklarında görev yapan yöneticiler ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü'ne karşı sorumludur.⁹

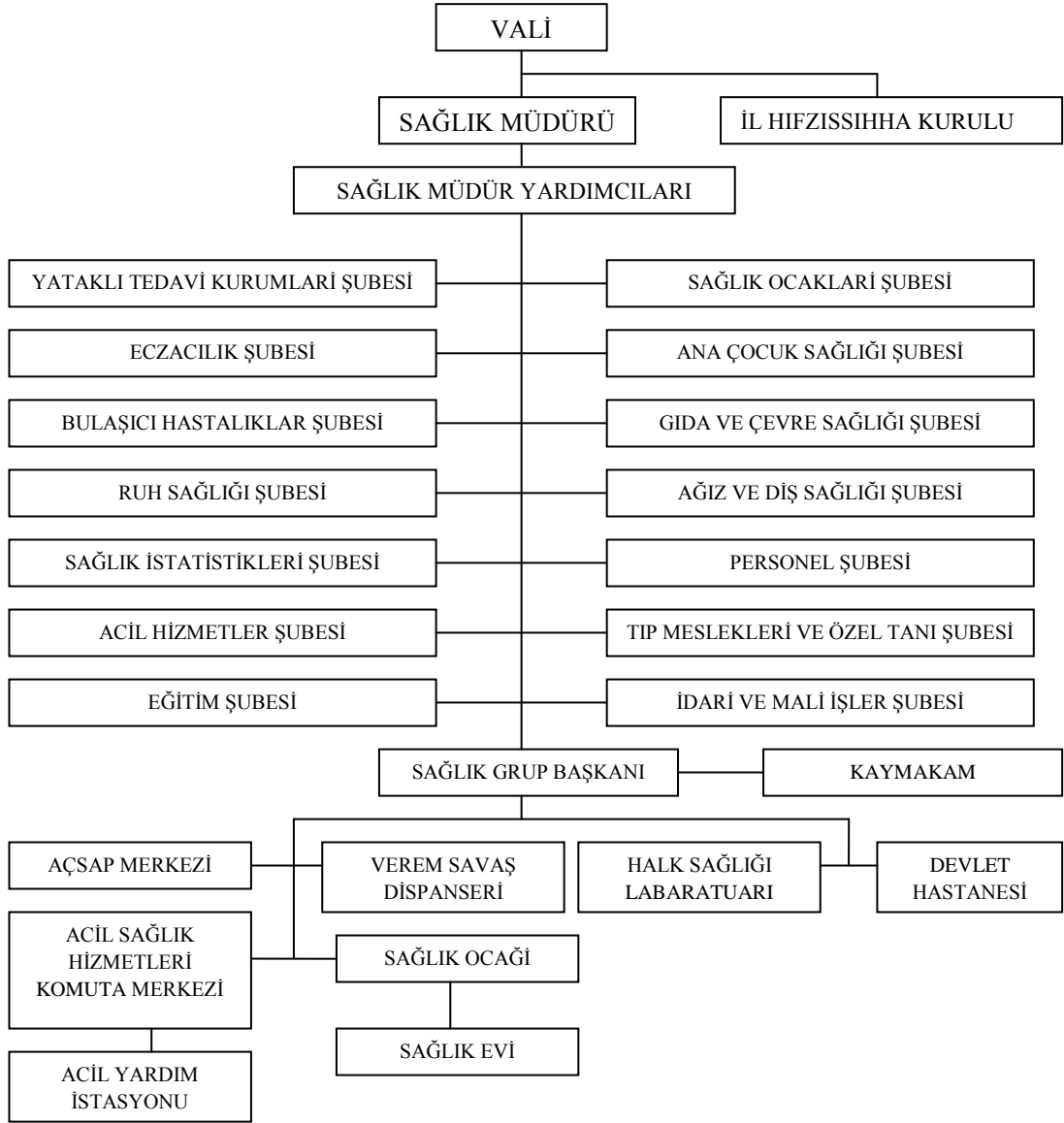
⁸Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>.
(12.10.2009)

⁹ Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>.
(12.10.2009)

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI



Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Organizasyon Şeması,

Kaynak: Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.103-104.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(05.10.2009)

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ilin sağlıkla ilgili yöneticilerinden sorumludur. Daha açık bir ifade ile Personel Genel Müdürü'nün Bakanlık üst düzey yöneticileri eliyle, il müdürlerini görevlendirme ve görevden alma yetkisi bulunmaktadır.¹⁰

Tüm Bakanlık personeli için istihdam süreci Personel Genel Müdürlüğü tarafından belirlenir ve uygulanır. Yeni mezun olan hekimler, mecburi hizmet sistemi içinde göreve başlatılır. Mecburi hizmet sistemi, 5371 numaralı Yasa'da yapılan kimi değişikliklerle 05.07.2005 tarihinde yeniden gündeme getirilmiştir. Yeni mezun olan diğer sağlık personelinin göreve başlatılması ise Bakanlığın önceden belirlediği uygun yerlere yerleştirmeleri ile olur. Yeni mezun olan hekimler, hemşire ve ebeler, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği, ilan ettiği yerlerdeki uygun ve ihtiyaç duyulan pozisyonlara atama ile yerleştirilir. Mezunlar çalışmak istedikleri üç yer belirtirler ve görevlendirmeler mezunların öncelikli tercihleri ile uygun pozisyonların örtüşmesine göre yapılır. Atamalar genellikle iki yıl için geçerlidir. Bu durum tayin olunan yer ile ilgili olmakla birlikte, bu süreden önce tayin istenilemez. Sözleşmeli olarak da çalışabilen personeller yine aynı şekilde nokta tayin olarak ataması yapılır ve yıllık sözleşmesi imzalanır. Tayinlerde istenilen yer ile ilgili olarak hizmet puanı dikkate alınır. Bu yeni atama sistemi, daha önce uygulananlardan farklı olup daha adil ve şeffaf bir uygulama yapmak amacıyla getirilmiştir. Hekimlerin boş kadroları doldurmaları için birer motivasyon aracı olarak ek gelir imkanı yaratan özel birtakım anlaşmalar da yapılabilir. 15.02.2007 tarihinde kabul edilen 5581 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik, yabancı uyruklu hekimlerin de Türkiye'de çalışabilmesi maddesi iptal edilerek kabul edilmiştir.¹¹

¹⁰Türkiye'de Sağliğa Bakış2007,s.105.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(12.10.2009)

¹¹Türkiye'de Sağliğa Bakış2007, s.105-106.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(12.10.2009)

1.5.1. İllerdeki Sağlık Yönetimi

Sağlık Bakanlığı'nın illerdeki sağlık müdürlüklerinin yöneticisi bir hekimdir. Sağlık ocakları ve sağlık merkezleri İl Sağlık Müdürlüğü'nün denetimine tabidir. İl Sağlık Müdürü, ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasından sorumludur. Bu hizmetlerle ilgili olarak ildeki validen olduğu gibi Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından da onay almak zorundadır. Sağlık hizmetleri için hekimler Personel Genel Müdürlüğü tarafından istihdam edilir ve göreve başlatılırken Sağlık Bakanlığı tarafından bir ile nokta tayin olarak ataması yapılır. Gerek görülürse İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da belirli bir sağlık kurumu için geçici yer değiştirmesi yapılır. Yardımcı sağlık personeli ise il'e tayin edilir ve İl Sağlık Müdürlüğüne il içi görev dağılımı yapılır. Sağlık ocaklarının işletim masrafları, sarf malzemeleri, elverişlilik ve geçmişteki kullanım durumlarına göre, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından sağlık ocaklarına gönderilir. İlçelerde, bir grup sağlık ocağının idari yetkilisi olarak görev yapmak üzere bölge düzeyinde Sağlık Grup Başkanlıkları oluşturulmuş fakat bu hekimlerin görev tanımları gerektiğince yapılmamıştır.¹²

¹² Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, s.106.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
(12.10.2009)

2.TÜRKİYE’DE Kİ SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1. Cumhuriyet Öncesi Türkiye’de Sağlığın Gelişimi

Cumhuriyetten önce ülkemizde, özel sağlık hizmetlerinden zengin olanlar yararlanırken, yoksullar ise hayır kuruluşları aracılığı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı bulabilmiştir.¹³ Türklerin Anadolu’ya gelmeden önceki yaşamlarında yararlandıkları sağlık hizmetleri ile ilgili veriler çok sınırlıdır. Yusuf Has Hacip tarafından 1069 yılında yazılan Kutadgu Bilik adlı yapıtta, ‘otakçı’ ve ‘efsuncu’ denilen iki tip hekimden söz edilmektedir. Otakçı, çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel ilaçlardan yararlanarak hasta tedavi etmektedir. Efsuncu, cin ve perilerin neden olduğu kimi hastalıkları tedavi eden bir tür ruh hekimidir. Türklerin İslamiyeti kabulünden önce ‘şaman’ ya da ‘kam’ denilen efsuncular aynı zamanda hekim de olduklarına göre, otakçı ve efsunculardan daha önce oluşmuş, onların yetişmesine neden olmuştur. O zamanların özelliklerini taşıyan bir tıbbın varlığı kesindir. Usta-çırak yöntemiyle yetişen otakçı ve efsuncular her toplumda önemli ve değerli kişiler olarak benimsenmişlerdir. Doğu uygarlığında, bilim ve sanat adamlarının yetiştirilmesi geleneksel olarak ustaların çırakları eğitmeleri yoluyla olmuştur. Bu geleneğe uygun olarak, hekim, cerrah ve kehhâl (göz hekimi) olanlar, küçük yaştaki erkek çocuklardan kendilerini bu işlere adayınları yanlarına alır, tüm bilgilerini hem kuramsal hem de uygulamalı olarak bu çıraklara öğretirlerdi.¹⁴

1069 yılından sonra 1206 yılında sağlık alanında gelişmeler olmuştur. Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri’deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum’da hastaneler kurulmuştur. Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Seretıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğerdi. Hekimbaşılık bazı kayıtlara göre II. Murat zamanında (1404–1451), kanıtlayıcı

¹³ TTB Merkez Konseyi, Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, Mayıs, Mayıs, Ankara, 1991, s.8.

¹⁴ Dirican, R., Bilgel, N., Halk Sağlığı, Bursa, 1993, s.533.

belgelere göre ise Fatih döneminde (1432-1481) kurulmuştur. Hekimbaşılık 380 yıl sürmüştür ve bu süre içerisinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. İlk hekim başı Kutbettin, son hekimbaşı ise II. Mahmut döneminde Abdülhak Molla'dır. 1849'da hekimbaşılık kaldırılarak, sağlık işlerini yürütmek üzere Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) kurulmuştur. Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığında hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darüşşifa adı verilen vakıf hastaneleri tarafından yürütülmekte idi.¹⁵ Aynı anlama gelmek üzere, Darü's-Sıhha, Darü'l-Afiye, Darü'r-Raha, Darü't-Tıp, Maristan, Bimarhane, Taphane, Nekahathane, Şifaiyye gibi isimler kullanılmaktadır.¹⁶ Bu kurumlar, XIII. y.y'da hem yüksek seviyede teorik ve pratik tıp eğitimi, hem de tedavi hizmeti sunuyorlardı. Darü't-Tıp denilen tıp medreseleri aynı zamanda hastalara şifa dağıtan birer müesseselerdi.¹⁷

Hekimbaşılardan görevleri:¹⁸

- Hastane hekimlerini atama, yer değiştirme, yükseltme ve görevden alma
- Hastane mütevellî heyeti tarafından önerilen hekim dışı personelin atamalarını kabul ya da ret etme
- Gereken yerlerde hastane açtırma
- Gerektiğinde hekimlerin sınavını yapma ve ehliyetsiz olanları meslek uygulamasından yasaklama
- Hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni verme
- Harp halinde ordu hekimbaşılığı yapma
- Ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini satın alma, koruma
- Salgın hastalıklar ile savaş

¹⁵Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmiş Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

¹⁶Şeker, M., İslam'da Sosyal Dayanışma Müesseseleri, Ankara, 1997, s.163.

¹⁷Kazıcı, Z., İslam Müesseseleri Tarihi, İstanbul, 1996, s.215.

¹⁸Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmiş Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

Osmanlılar, Selçuklulardan devraldıkları darüşşifaları vakfiyeleri ile birlikte kabul ederek işletmişler, kendileri taht şehirleri (Edirne, Bursa ve İstanbul) dışında pek az hastane kurmuşlardır. Kurulan başlıca hastaneler, Manisa Birmarhanesi (1539), Mekke (1556), Sultanahmet (1617), Guraba-i Müslim'in (1838), Bursa (1399), Edirne (1485) ve Edirne'deki Cüzzamhane'dir (1451). Tanzimat'tan sonra ilk hastane, yeniden açılan Bezm-i Alem Gureba-i Müslim'in kadın hastanesidir (1843). İlk açılan hastanelere Gureba adı verilmiş, II. Abdülhamit zamanında açılanlara Hamidiye Hastanesi denilmiştir. Vilayet salnamelerinin (yıllıklarının) incelenmesinden anlaşıldığına göre, İzmir'de 1851, Bursa'da 1879 ve Edirne'de 1888 yılında birer Gureba Hastanesi açılmıştır. Azınlıkların açtığı hastaneler daha eski tarihlere dayanmaktadır. Örneğin, İzmir'de 1775'de bir Fransız hastanesi, 1748'de Rum Cemaati Hastanesi, 1843'te Yahudi hastanesi açılmıştı. Bunlar her gün poliklinik yaptıkları gibi, yoksul hastalara da ilaç dağıtmakta idi.¹⁹

1909'da ülkede 1883'ü Osmanlı uyruğunda, 773'ü yabancı olmak üzere 2658 hekim bulunmaktaydı. O tarihlerde imparatorluk nüfusu 54 milyon, yüzölçümü 6 milyon kilometrenin üzerinde ve yaklaşık 20,000 kişiye bir hekim düşmekte idi. Hekimlerin genellikle İstanbul, Selanik, İzmir, Bursa gibi büyük kentlerde toplandığı düşünülürse, Anadolu gibi mahrumiyet bölgelerinde bu oranın 50–100 bin kişiye bir hekim olduğunu söylemek mümkündür. Osmanlılarda batılı anlamdaki ilk tıp okulu, II. Mahmut döneminde, 1827 yılında Tıp hane-i Amire adıyla kurulmuştur. Bunun hemen ardından aynı yıl ya da ertesi yıl Cerrahane kurulmuş, 1831 yılında bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra tıp ve cerrah okulları, Avrupa'da ki gelişmelere uygun şekilde birleştirilmiştir. Başlangıçta, eğitim-öğretim dili Fransızca olan bu okulda 1866 yılında Osmanlıca eğitime geçilmiştir. Hekimbaşılığın kaldırılarak yetkilerinin Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine devredilmesinden sonra 1870'de yayınlanan bir nizamname ile Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla "Sıhhiye Müfettişlikleri" ile "Memleket Tabiplikleri" kurulmuştur.²⁰

¹⁹ Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

²⁰ Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

Bu düzenleme ile öngörülen yapı aşağıda gösterilmiştir:²¹

- İstanbul'da şehremini, taşrada valiler, Tıbbiye Nezareti ile yazışarak sınırları belli ilçe, kent ve kasabalarda birer memleket tabibi, kent ya da kasabanın büyüklüğüne göre gerektiğinde memleket tabip muavini bulunduracaktır.
- Bunların maaşları yerel yönetimlerce ödenecektir.
- Sınırı belli kent ve kasabalarda belediyece birer eczane açılacak, eczanenin kapısına belediyeye ait olduğunu belirtir bir tabela konulacaktır.
- Tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde, belirli bir yerde zengin, fakir gözetmeksizin başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecektir. Gerekli aşılar da ücretsiz yapılacaktır.
- Muayeneye gelemeyecek durumda olanları tabipler evlerinde muayene edecek, ödeme gücü olanlardan, önceden belirlenen bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir.
- Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir.
- Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak ya da aldıracaklardır. Sorumluluk alanları dışında da valilerin emir ve onayları ile önlem alacaklardır. Gereken harcamalar yerel yönetimlerce ödenecektir.
- Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane, sağlıkla ilgili yerleri denetlemek ve sağlıkla ilgili tüm işlerden sorumludur.
- Memleket tabipleri ayda bir kez Tıbbiye Nezaretine çalışma raporu gönderecektir.
- Atanmalarından sonra en fazla 9 ay içerisinde sorumlu oldukları bölgeyi tanımaları gerekir.
- Memleket tabiplikleri adli konulardaki görevlerini, bu iş ile ilgili nizamname hükümlerine göre yürüteceklerdir.

²¹ Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

- Tıbbiye Nezaretinden aldıkları talimatları ilçe yönetim amirliklerine bildirmekle sorumludurlar.

Memleket tabipliği uygulaması, sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde devlet eliyle örgütlenmesinin başlangıcıdır. Bunlar Mekteb-i Tıbbiyeyi bitirdikten sonra kura ile atanırlar ve askerlik hizmeti karşılığı olarak 2 yıl kaza, 3 yıl liva olmak üzere toplam 5 yıl zorunlu hizmetle yükümlü idiler.²² Mahrumiyet bölgesi kabul edilen Hicaz, Bağdat, Basra, Bin gazi, Trablusgarp ve Yemen Vilayetlerinde alışanlar, çalıştıkları sürece, maaşlarının yarısı kadar ek bir tazminat alırlardı. Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dâhiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umum iye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir. İlk genel müdür Dr. Besim Ömer Paşa olup, Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Abdullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdir. 23 Nisan 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Hkmeti'nin kurulmasından sonra, sağlık hizmetleri devletin görevleri arasında sayılmaya başlamıştır. 3 Mayıs 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bakanlık görevini ilk olarak Dr. Adnan Adıvar stlenmiştir.²³

²² Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

²³ lgen, A., Aksoy, S., Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, No:332, Ankara, 1985, S.9.

2.2. Cumhuriyet Sonrası Türkiye’de Sađlđın Gelişimi

2.2.1. 1923–1938 Dönemi

Sağlığa ilişkin düzenli kayıtların bulunmadığı bu dönemde Bakanlık, sağlık ile ilgili yasalar geliştirmek, cepheden gelen yaralıların tedavisini sağlamak, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilme işlemlerini gerçekteştirmekle uğraşmıştır. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı 30 Kasım 1923’te göreve başlayan Dr. Refik Saydam’dır.²⁴ 1923’e kadar sağlık çalışmaları zamanın Şartları içinde yürütölmüştür. Cumhuriyet kurulduktan sonra çalışmalar hızla ilerlemeye başlamıştır. Uzun yıllar bakımsız kalmış bir ölkede yaşayan insanlar, felaket haline dönuşmüş sağlık problemlerini çözmek ve bir düzen oturtabilmek adına TBMM döneminde önemli adımlar atmıştır. Bunlara rağmen Türkiye Cumhuriyeti’nin çözmeye gereken en önemli problem sıtmadır. Sıtma pek çok çocuk ve yetişkin insanın ölümine neden olmaktadır. Kalkınmayı başlatmak ve başarıya ulaşmak zorunda olan Cumhuriyet’in bu çabasındaki başarısı sağlıklı insan temeline dayanmaktadır. Fakat Türk halkı, salgın hastalıklar sonucunda her gün sağlığını biraz daha yitirmiş ve işini yapamaz, üretmez hale gelmiştir. Bu hastalıklar için gerekli önlemlerin alınabilmesi, ilaçların temin edilebilmesi mali yönden çok güç ve yeterince gelişmiş bir teşkilatlanma içinde bu imkânları halka ulaştırmak ve uygulamak büyük problemler oluşturmuştur.²⁵

Cumhuriyet’in ilk yıllarında önemli bir sorun olan verem ile mücadele için 1923’te Verem Savaş Dispanseri kurulmuştur. 1923 yılından başlayarak toplumu eğitmek için çalışmalara başlanmış afiş, kitap, dergi, broşür basılmış ve dağıtılmıştır. Bu yıllarda sağlık teşkilatının merkez ve taşradaki yapısal eksiklikleri giderilip yeni kadrolar eklenmiş diğer taraftan da çocuk ölümlerinin azaltılması, halkın sağlığı için gerekli sağlık personelinin sayısının arttırılması ve salgın hastalıklarla mücadele konusunda etkili tedbirler alınması planlanmıştı. Ölkede ki hekim açığına kapatarak dağılımında ki dengesizliği ortadan kaldırmak için 1923’te zorunlu hizmet kanunu çıkarılmıştır. Ayrıca harcamalarını bakanlığın karşılayacağı yatılı tıp öğrenci yurdu açılması kararlaştırılmıştır. Zorunlu hizmet kanunu çerçevesinde doğuya ve diğer

²⁴ Özsarı, H., S., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji, Ankara, Aralık, 1998, s.22.

²⁵ Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

hekimsiz bölgelere gidecek olan sivil hekimlere özendirici şartlar getirilmeye çalışılmıştır. Bütçe imkânları sınırlı olmasına rağmen bu yerlere gidecek olan hekimlere maaşlarının %75 hatta %100 fazlası maaş verilmesi planlanmıştır. Açılması düşünülen Numune Hastaneleri içinde ayrıca ödenek ayrılmıştır.²⁶

Cumhuriyet'in ilk yıllarında birtakım sağlık politikaları tespit edilmiştir. Bunlar; bakanlığın merkez ve taşra teşkilatını genişletmek, sağlık personeli sayısını arttırıcı tedbirler almak, ilgili karar ve kanunları çıkarmak, numune hastaneleri, sanatoryum ve dispanserler açmak, halkı sağlık konusunda bilgilendirmek, diğer kuruluşlarına yol gösterip yardım etmek, göçmenler için sağlık imkânları hazırlamak. Köylünün, köy muhtarlarının ve ihtiyar meclisinin yapması gereken işler 18 Mart 1924 tarihindeki Köy Kanunu ile zorunlu ve isteğe bağlı olarak gruplandırılmış, zorunlu olanlar yerine getirilmezse ceza uygulanacağı belirtilerek yaptırım gücü sağlanmıştır. Sağlık politikalarının insancıl, kapsayıcı ve özellikle koruyucu sağlık olarak belirginleştirilen özelliklerine ulaşabilmek için büyük çaba, özveri ve para gerekmektedir. İlçelerde 160 olan doktor açığı 96'ya indirilmiştir. Trahomla ilgili yürütülen savaşta 1925 yılından itibaren planlı bir çalışma yürütülmeye başlanmıştır. Malatya ve Adıyaman'da 10'ar yataklı trahom hastaneleri yapılmış, gezici ve sabit teşkilatlar kurulmuştur. Halk sağlığını etkileyen bir diğer hastalıkta çiçek hastalığıydı. Çiçek hastalığı için milyonlarca insan tedavisinde kullanılabilecek çiçek aşısı üretilmiştir. Bu aşılar dağıtılmış ayrıca yeterli sayıda dizanteri ve tetanos serumu da üretilmiştir.²⁷

1926'da Sıtma Mücadele Kanunu çıkarılmış ayrıca Elazığ ve Manisa'da akliye ve asabiye hastanesi, Diyarbakır ve Konya'da kuduz hastanesi açılmıştır.1926 yılındaki Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının işleyişine baktığımızda; 167 kurumu ve 9561 yataklı 26744 yatarak, 54.843 ayakta olmak üzere 81587 kişi tedavi edilmiştir. 1927 yılından sonra köklü bir verem savaşı başlamıştır. İlk koruyucu tedbirler alınmıştır. BCG aşısı uygulanmıştır. Eczaneler ve eczacılık kanunu çıkarılmıştır. Yine aynı tarihte Tıp Fakültesinden ilk defa bayan doktor mezun olmuştur. Yapılan hukuki düzenlemeler, çıkarılan kanunlarla, halk sağlığının

²⁶ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

²⁷ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

korunup geliştirilmesi için her türlü bilimsel araştırmanın yapılması, her türlü imkânın sağlanması, ilaçların temini amaçlanmıştır. Ülkenin çeşitli yerlerinde, çocuk sağlığın korunması için doğum ve bakımevleri açılmıştır. 1928 yılında dönemin en önemli gelişmesi sayılan ‘Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’ kurulmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı ‘Umumi Hıfzıssıhha Yasası’ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın ülke genelinde görev ve yetkilerini belirlemiştir. Bu yasa, devleti sağlığa ilişkin tüm düzenlemelerin temeli olarak görmüştür.²⁸ 1929- 1933 yıllarında izlenecek olan sağlık politikası ilkeleri şöyledir; doğum öncesinde ve sonrasında süt çocukları ve okul çağı çocuk ölümlerini azaltmak, doğumu teşvik etmek, salgın hastalıklarla savaş teşkilatını güçlendirmek, bütün sağlık personeli sayısını arttırmak, sağlığın korunması için gerekli kanunları çıkarmak, halkı bilgilendirmek, sağlık hizmeti veren kurumlarda devlet kontrolünü sağlamak, milletlerarası işbirliğini sağlamak, dost ülkelere yardımda bulunmak vb.²⁹

1930 yılındaki yabancı ülkeler arasındaki istatistiklere bakıldığında 1593 sayılı kanun gereğince nüfusu 10 binden fazla olan belediyeler, ‘çocuk sağlığını korumak amacıyla süt çocuğu muayene ve müşavere evleri’ adı verdiği dispanserler açmakla görevlendirilmişler fakat ekonomik nedenlerle bu görevi yerine getirememişlerdir. Yalnızca İstanbul Özel İdaresi ve Belediye, bakanlıkça verilen emir doğrultusunda Beşiktaş, Edirne ve Üsküdar’da dispanserler açıldı. Ayrıca bakanlığın sağlık eğitimi kapsamında birçok şehirde sağlık müzeleri oluşturulmuştur. 1930 ve takip eden yıllarda hastanelerdeki yatak sayıları, tedavi evlerinin sayıları büyük miktarda arttırılmıştır. Ayrıca Cumhuriyet’imizin onuncu yılında yurdumuzdaki doktor, hemşire, sıhhat memuru, ebe sayıları da oldukça artış göstermiştir.³⁰

1930 yılındaki bu önemli gelişmelerden sonra 1935 yılının en önemli olayı 9 Haziran 1936 tarihinde çıkarılan sıhhat ve içtimai muavenet vekâleti teşkilat ve memur’un kanunu ile vekâletin merkez ve taşra teşkilatı ile diğer birimlerin, sağlık personelinin görevlerinin belirlenmesidir. 1936 yılından sonra verem hastalığı

²⁸ Şakar, A., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, No:22, İstanbul, 1999, s.10.

²⁹ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

³⁰ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

yüzünden ölenlerin sayısı azalmıştır. 1937’de sağlık bakanı Refik Saydam görevinden ayrılmış ve Dr. Hulusi Alataş göreve başlamıştır. 10 Kasım 1938’de Gazi Mustafa Kemal Paşa’nın ölümü ile Atatürk dönemi sona ermiştir.³¹

2.2.2. 1938–1950 Dönemi

1946’da milli sağlık teşkilatı günün gereklerine göre organize etmek ve sağlık hizmetlerini halkla daha yararlı olacak şekilde sunmak üzere bir plan hazırlanmıştır. Bu Plan ‘‘Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’dır ve bu planla ülke 7 ana bölgeye ayrılmıştır. Her bölgede 500 yataklı hastane açılması ve mevcut hastanelerin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Fakat plan amaçlandığı gibi uygulanmamış, istenilene tam olarak ulaşılamamıştır.³²

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ‘da bu dönemde gelişme göstermiştir. Sağlık personeli sayısında da bu dönemde yine artış görülmüştür. Aşı ihtiyacını karşılamak üzere laboratuvarlar kurulmuş Uzak Doğu’daki kolera salgını yüzünden Çin’e bir milyon kişilik kolera aşısı gönderilmiştir. Diğer salgın hastalıklar kuduz ve frengi ile mücadele kapsamında aşı istasyonları, hastaneler kurulmuştur. Milli bir felaket olan sıtma hastalığı için, dalak ve kan muayeneleri, bataklikların kurutulması gibi sürdürülen mücadele ile sıtma hastalığı oranı düşmüştür. Ayrıca verem savaş kapsamında dispanserler ve trahomla mücadele de hastaneler, tedavi evleri açılmıştır. Kanseri konusunda ilk teşkilatlanma 1947 yılında Türk Kanseri Araştırma ve Savaşı Kurumu’nun kurulmasıyla başlamıştır. Sağlık istatistiklerine bakıldığında 1945–1950 yıllarındaki doğum oranı binde 33,8, ölüm oranı binde 17,6 olduğu görülmüştür. Sağlık eğitimi kapsamında da önemli gelişmeler kaydedilmiş, burs imkânı sağlanmış ve 153 kişi eğitilmiştir. İşçi sağlığı konusunda da hassas davranılmış yalnızca iş kazalarına bakan bir sağlık istasyonu kurulmuştur. Dünya’daki değişikliklere paralel olarak sağlık alanında milletler arası ilişkiler de ön planda tutulmuştur. Birleşmiş Milletlere üye olan Türkiye, 1947’de Birleşmiş Milletlerin bir kuruluşu olan Dünya

³¹ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

³² Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

Sağlık Teşkilatına üye olmuştur. Dünya Sağlık Teşkilatı 1948’de resmen kurulmuştur. Bu yüzden her yıl 7 Nisan Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır.³³

2.2.3. 1950–1960 Dönemi

10 yıllık bu dönemde nüfusun 20.947.000’den 27.755.000’e yükseldiği görülür. Bu yıllar arasında Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri yerine yataklı tedavi kurumlarının geliştirilmesine önem verilmiştir. Bu dönemde de yine ana-çocuk sağlığı, salgın hastalıklar kapsamında iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Özel İdare Hastaneleri Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet Hastanelerine dönüştürülmüştür. 1954’te hemşirelik kanunu çıkarılmış, hemşirelik bürosu kurulmuştur. 18–30 yaş arası adaylar 1,5 yıllık teorik pratik eğitimden sonra hemşire yardımcısı olarak atanmışlardır. Daha sonra da ebe yetiştirmek için pek çok ilde ebe okulları açılmıştır. Milletlerarası Kuruluşlarla işbirliği ile hemşirelik, ana ve çocuk, trahomla savaş, halk sağlığı eğitimi, sosyal hizmetler, okul beslenme projeleri uygulanmıştır. Milletlerarası Kuruluşlarla işbirliği ile hemşirelik, ana ve çocuk, trahomla savaş, halk sağlığı eğitimi, sosyal hizmetler, okul beslenme projeleri uygulanmıştır.³⁴

2.2.4. 1960–1980 Dönemi

27 Mayıs 1960’da ordu yönetimi ele almış ve sağlık hizmetlerini devletleştirmek istemiştir. 1960’lı yılların sağlık politikasına damgasını vuran olay, kırsal alana daha yaygın ve daha iyi hizmet sunmayı amaçlayan sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğu, tedavi hizmetlerinin yoksulluğu belgelenen yurttaşlara devletçe ücretsiz sunulacağı belirtilmiştir. Ancak bu kanunla amaçlanan sonuca ulaşamamış bunun üzerine eldeki sağlık insan gücünden etkili yararlanma yoluna gidilmiş ve personele Tam Gün Çalışma Yasası getirilmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961’de yürürlüğe girmiştir ve halen yürürlüktedir. 1980’e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur. Dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılmış ve farklı sağlık hizmetleri sağlayan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyalleşme, pilot uygulamalar ile

³³Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (15.10.2009)

³⁴Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (16.10.2009)

başlatılmıştır.³⁵ 224 sayılı Kanun ile; eşit hizmet, öncelikli hizmet, sürekli hizmet, katılımlı hizmet, uygun hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, nüfusa göre hizmet, kademeli hizmet gibi ilkeleri benimsenmiştir.³⁶

1960'dan sonra daha planlı bir dönem başlamış ve beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkenlerden biri haline gelmiştir. 1963–1967 yılları arasında yürütülen I. planda aile planlamasından söz edilmekteydi. Ayrıca sağlık alanında pek çok konu planın içeriğinde bulunmaktaydı. 1968–1978 II. planda, toplumun refah düzeyini yükseltmek, halkın ruh ve beden sağlığını korumak, hastalara eşit tıbbi bakım ve sosyal hizmet programları oluşturma hedeflenmiştir. 1973–1977 yılları arasında uygulanan III. plan sağlık hizmetlerinin en yüksek düzeyde yarar sağlamasını ve hizmetlerin tek elden yönetimini hedeflemiştir.³⁷

1979–1983 yılları arasında yürütülmesi hedeflenen IV. planda sağlık hizmetlerinden herkesin eşit yararlanması, yaygınlaştırılması konusunda tedbirler alınması ve toplumsal örgütlenme amaçlanmıştır. Yardıma muhtaç kişilerin toplum güvencesine alınması hedeflenmiştir. V. VI. ve VII. planlarda ise, devlet, üniversite ve SSK hastaneleri arasında işbirliği sağlanması, özel sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ayrıca diğer planlarda ki hedefler de yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin plan hedeflerinde olmasına rağmen, sağlık sorunlarının pek çoğu çözümlenememiştir. Hala 10 bin nüfusa 26 yatak hedefine ulaşamamıştır. Ancak sağlık hizmetleri sisteminin iyileştirilmesi gerekliliği en öne çıkarılan amaç olmuştur. Çevre sağlığı konusunda da çalışmalar yapılmış, çevre işleri bakanlık eliyle yürütülmüştür. Genel çevre sorunları olarak su kaynakları, toprak kirliliği, radyasyon ve afetler dikkate alınmış bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye devam edilmiştir. 1979-1983'lü yıllarda gündemden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartışmalar da bu dönemde başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967'de hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967'de ki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş,

³⁵ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (16.10.2009)

³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Ankara, 1992, s.14.

³⁷ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (16.10.2009)

taslak kanun Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te Meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartışılmamıştır.³⁸

Türkiye'nin 1960, 1970 ve 1980'li yıllardaki siyasi yapısı nedeniyle her alanda olduğu gibi sağlık alanında da sürekli ve istikrarlı bir yöneliş mümkün olmamıştır. Türkiye, ikili işbirliği anlaşmaları, ortak yürütülen projeler nedeniyle çok sayıda ülke ve uluslararası kuruluşlarla yakın ilişkiler içindedir. 1960 yılından itibaren başlayan planlı dönemde 40 yıldan daha fazla bir sürede sağlık alanında pek çok faaliyet söz konusu olmuştur. Sıralanan yıllarda hazırlanan tüm yasa, yönetmelik ve genelgeler sosyalleşmeyi temel alan düzenlemeleri amaçlamıştır. Ülkemizin 1923 yılından beri süre gelen problemleri sağlık personeli, sağlık finansmanı, sağlık kalitesi, sağlık sistemi, sağlık hizmetleri sunumu ve teşkilatlanması konularıdır. Şu dönemde halkın sağlık sisteminden memnun olduğu söylenemez. Şu an'daki sağlık sorunlarımıza bakacak olursak; önemli hastalıklar çevre sağlığı toplumsal hizmetlerin kullanımı, örgütlenme, yönetim, insan gücü ve finansman'dır. Bu konudaki hedef ve belirlenen strateji; bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılmasıdır. Kaza, şiddet ve afetlerin sonuçlarının azaltılması, bebek, çocuk, üreme, cinsel, ergen, yaşlı ve özürlüler ile ruh ve çevre sağlığının, milli sağlık sisteminin geliştirilmesidir.³⁹

2.2.5. 1980'den Günümüze

1982 Anayasası, sağlık hizmetleri ve idaresinde 1961 Anayasası'ndakilere benzer hükümler içermektedir. Madde 60'da 'herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu' ifade edilir. Genel Sağlık Sigortası ise Madde 56'da yer almakta ve 'Genel Sağlık Sigortası oluşturulabilir' hükmü ile ifade edilmektedir. 1980'ler de, 1961'de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında Genel Sağlık Sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl Ana Sağlık

³⁸ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (16.10.2009)

³⁹ Cumhuriyet Dönemi Sağlık,
<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html> (18.10.2009)

Hizmetleri Yasası çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır.⁴⁰

DPT sağlık sektörü ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturmuş, bu planla ilgili olarak 1992’de; Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra da sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.⁴¹ 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastaneleri özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda bir sonuç alınamamıştır. 2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır. Bu konudaki detaylı bilgiler kitabın ‘Sağlık Reformları’ başlığı altında yer almaktadır.⁴²

⁴⁰Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.101.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> (18.10.2009)

⁴¹Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, s.101.

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> (18.10.2009)

⁴² Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II, Sağlıkta Dönüşüm, <http://www.istabip.org.tr/media/upload/Layout%201.pdf> (18.10.2009)

3.TÜRKİYE'DE Kİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

3.1. Sağlık Hizmetleri

Bireyin yaşamında önem verdiği şeyler arasında ilk sırada yer alan kavram sağlıktır. Kişinin iç dünyasını veya sosyal ilişkilerini düzenlemesinde, yaşam kalitesinde memnun olmasında ve başarılar elde etmesinde olmazsa olmazlardan biridir.

WHO' ya göre sağlığın tanımı; Herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması, bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur.⁴³

Köroğlu'na göre sağlık hizmetleri; İnsanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunmak, hastalığın tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir.⁴⁴

Akar ve Özalp'a göre sağlık hizmetleri; Çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisi ile insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümüdür.⁴⁵

Odabaşı'na göre sağlık hizmetleri; Bireye ve aileye doğrudan veya dolaylı, kamu ya da özel şahıslar tarafından sunulan hizmetlerin tümüdür.⁴⁶

Kavuncubaşı'na göre sağlık hizmetleri; Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünüdür.⁴⁷

Yukarıdaki çeşitli tanımlardan faydalanarak ortak bir sağlık hizmetleri tanımını şöyle yapabiliriz; Sağlık hizmeti, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının, bozulan insan sağlığını teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve mental olarak iyileştirmesi için sunulan hizmetlerin bütünüdür.

⁴³ Sağlık Nedir? <http://www.sagliklica.com/admin/saglik/saglik-nedir.html> (18.10.2009)

⁴⁴ Köroğlu, E., Sağlık Mevzuatı, Ankara, 1987, s.216.

⁴⁵ Akar, Ç., Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 2002, s.190.

⁴⁶ Odabaşı, Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2001, s.25.

⁴⁷ Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.34.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli amaçlar vardır. Her amaç kendi içinde olgunlaşarak hizmetin sunulması, teşhis ve tedaviler için önemlidir. Sağlık hizmetlerinin amacı:⁴⁸

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak
- Toplumun sağlık standartlarını yükseltmek
- Bireylerin ve toplumun hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak
- Hasta olanları en kısa zamanda sağlıklarına kavuşturmak
- Kronik hasta ve sakat olanların uyum ve adaptasyonlarını sağlamaktır.

3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri hastalık etmenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları durumunda ise, en erken dönemde teşhis konularak, hasarsız ya da en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır.⁴⁹ ‘Koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konuları kapsar.’⁵⁰ ‘Koruyucu sağlık hizmetleri, tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şekli ve sağlıksız olmayı hazırlayan koşulları önlemeye yöneliktir.’⁵¹ Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz;⁵²

- **Çevresel Sağlık Hizmetleri:** Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. Suların kontrolü, atıkların yok edilmesi, vektörlerle savaş ve besin kontrolü gibi hizmetler bu gruba girmektedir.

⁴⁸ Sözen, C., Sağlık Yönetimi, Ankara, 2003, s.75.

⁴⁹ Barlas, M., Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Hesaplanması ve Verimlilik Açısından Değerlendirilmesi, (Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 1994, s.5.

⁵⁰ Karafakioğlu, M., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, 1998, s.107.

⁵¹ Batirel, Ö., F., Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar, İstanbul, 1993, s.18.

⁵² Kılıç, B., Aksakoğlu, G., Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara, 1995, Şubat, Cilt:9, s.42.

- **Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri:** Aşılama, beslenmeyi düzenleme, teşhis, tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitim hizmetlerinden oluşmaktadır.

3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleşir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, tehlikenin zararından kurtarıcı bir hizmettir. Çünkü tehlikelerin birçoğu ferdin çalışma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır. Kazancın eksilmesi veya kesilmesi, işsizlik ve aile gelirinin yetersizliği hariç, bütün tehlikelerin çalışma gücünün ortadan kaldırılmasının bir sonucudur.⁵³

Tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanan kimse, özel bir fayda sağlamaktadır. Toplum içinde sağlıklı kişilerin artması, topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Kişilerin daha sağlıklı duruma gelmeleri emeğin bir üretim faktörü olması nedeniyle üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine neden olur.⁵⁴

Hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak yapılan sınıflamaya göre tedavi edici sağlık hizmetleri;⁵⁵

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri olarak üç gruba ayrılır.

⁵³ Yazgan, T., İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları, İstanbul, 1992, s.203.

⁵⁴ Nadaroğlu, H., Kamu Maliyesi Teorisi, İstanbul, 1998, s.57.

⁵⁵ Kavuncubaşı, a.g.k., s.39.

3.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Toplum içinde bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır.⁵⁶ Hasta ya da sağlam olsun bütün kişilerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır. Buralarda hasta yatağı yoktur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın olan kuruluşlardır. Yataklı tedavi kuruluşlarının, yani hastanelerin önünde bir filtre görevi görürler.⁵⁷

Birinci derece sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri sürecinde ilk basamağı oluşturur. Birinci derece sağlık hizmetlerine toplumun her gün ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri de diyebiliriz. Bu hizmetler geniş bir sağlık hizmetleri kadrosu gerektirir. Birinci derece sağlık hizmetleri sunan sağlık personelinin, örneğin sağlık ocakları hekim ve sağlık memurlarının en önemli görevi hastayı doğru yönlendirmek, teşhis ve tedavisi mevcut olanaklar içinde mümkün değilse daha üst sağlık kuruluşuna sevk etmektir.⁵⁸ Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimler aşağıda sıralanmıştır;⁵⁹

- Sağlık Evi
- Sağlık Ocağı
- Verem Savaş Dispanseri
- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
- Ruh Sağlığı Dispanseri
- Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri
- Cüzam Savaş Dispanseri
- Hudut-Sahil ve Hava Limanı Denetleme Merkezi
- Kurum Tabipliği
- İşyeri Tabipliği

⁵⁶ Eren, N., Öztekin, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 1993, s.23.

⁵⁷ Öztekin, Z., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 2004, s.56.

⁵⁸ Karafakıoğlu, a.g.k., s.109-110.

⁵⁹ Öztekin, a.g.k., s.59.

- Üniversite Mediko-Sosyal Hekimliği
- Özel Muayenehane

3.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak ile tedavileri mümkün olmayıp, yatarak tedavi olmaları gereken hastalara devlet hastaneleri ile özel hastaneler gibi sağlık kuruluşlarında verilen yataklı tedavi hizmetleridir.⁶⁰ İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır.⁶¹ İkinci basamak sağlık hizmetlerinde öne çıkan, geçici olarak sağlığını kaybedenlere verilen hizmetler ile sürekli tedavisi yapılan hastalara sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler; hastaneler, dispanserler, doktor gözetiminde sunulan kürlerdir.

3.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarında karşılanamayan sağlık hizmetlerinin, bir üst sağlık kuruluşu olan üniversite hastaneleri ile devlet üst ihtisas hastaneleri (eğitim ve araştırma hastaneleri) gibi sağlık kuruluşlarında verilmesidir.⁶²

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri özel dal hastanelerini de kapsar. Bu hastaneler; en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir.⁶³ Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenirler ya da belli yaş gruplarına hizmet verirler.⁶⁴ Ülkemizde üçüncü basamak sağlık kuruluşları şunlardır:⁶⁵

- Doğum ve Çocuk Bakım Evi
- Çocuk Hastanesi
- Göğüs Hastalıkları Hastanesi
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

⁶⁰ Barlas, a.g.k., s.5.

⁶¹ Kavuncubaşı, a.g.k., s.39.

⁶² Barlas, a.g.k., s.5.

⁶³ Gümüş, Ö., Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları (Dokuz Eylül Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2005, s.65.

⁶⁴ Turan, N., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanaklar, No:182, Eskişehir, 2004, s.14.

⁶⁵ Öztekin, a.g.k., s.60.

- Kemik Hastalıkları Hastanesi
- Onkoloji Hastanesi
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi
- Deri ve Tenasül Hastalıkları Hastanesi
- Lepra Hastanesi
- Diş Hastanesi
- Göz Hastanesi

3.1.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık sonrası, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını sürdüremeyen ve işgücünü kaybedenlere verilen hizmetlerdir. Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir.⁶⁶ Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel, mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır.⁶⁷

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır:⁶⁸

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir.
- **Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:** Sakatlıklar nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

⁶⁶ Kural, N., Polat, Z., Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım, A.Ü., AÖF., No:648/323, Eskişehir, 1998, s.106.

⁶⁷ Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akpolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009, s.48.

⁶⁸ Hayran, O., Sağlık Hizmetleri, İstanbul, 1998, s.98.

4.HASTANELERİN TANIMI, AMAÇLARI, İŞLEVLERİ

4.1. Hastanelerin Tanımı

İnsanın günlük faaliyetlerini normal şartlarda yerine getirebilmesi, sağlıklı olmasını gerektirir. Sağlıktaki iyilik halinin değişimi ise hastalık olarak isimlendirilmektedir. Yitirilen sağlığın tekrar kazanılması, yani hastalığın tedavisi ise tıbbi bakım ile mümkündür.

İnsanların fert veya toplum olarak sosyal, ruhsal, siyasal, ekonomik yönlerden güçlü olmaları, fiziksel ve zihinsel bakımlardan sağlıklı bulunmalarına bağlıdır. İnsanların sağlıklarını koruyup daha rahat ve huzurlu yaşayabilmeleri, tıbbi bilgilerin sürekli geliştirilerek yaygınlaştırılmasıyla ilgilidir. Bugün tıbbi tedavi ve bakıma temel oluşturan bilgiler, teknolojik araç ve yöntemler, daha etkin sağlık hizmeti verebilmek için hastane kuruluşlarında birleştirilmiştir. Bunun için hastaneler, hasta ve yaralıların teşhis, tedavi, tıbbi bakımları ile doğumların sürekli yapıldığı, koruyucu hekimlik ile sağlık eğitimi hizmetlerinin verildiği kuruluşlar olarak nitelendirilebilir.⁶⁹

Tıbbın Sümerlerde başladığı söylenebilir. Eski Mısır, Eski Hint ve Eski Yunan Medeniyetleri'nde de tıbbi kayıtlara rastlanmıştır.⁷⁰ Aynı zamanda hekim olan din adamları hasta bakımını da üstlenmişler ve ibadethaneler bünyesinde hasta ve düşkünler için barınaklar inşa edilmiştir. Hastane diyemeyeceğimiz kadar ilkel olan bu barınaklar, hastaneler için temel teşkil etmişlerdir. Köken itibariyle Farsça bir kelime olan 'hastane'nin, Türkçeleşmiş ve sadeleşmiş hali olan 'hastane' kelimesi; 'hasta bakım evi' anlamındadır. Sağlık hizmeti sunan, sağlık sektörünün önemli bir sağlık kuruluşu olarak hastane için değişik tanımlar mevcuttur. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, 'gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetlerini sunan, hastaların kısa veya uzun süreli tedavi ve bakım gördükleri yataklı kuruluşlar' olarak tanımlamaktadır.⁷¹

⁶⁹ Yılmaz, C., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetiminde 3 Yıl (1994-1997), No:151, İzmir, 1997, s.81.

⁷⁰ Şemsi ÖZDİLEK ve Nejat AKGÜN, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970, s.5.

⁷¹ Baykal, Ü., Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'de ki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma, (İ.Ü., Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi, Doktora Tezi), İstanbul, 1994, s.84.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler 'hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar'⁷² olarak tanımlanmaktadır. Hastaneler, insanların en önemli ihtiyaçlarından olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş sağlık hizmeti üreten işletmelerdir.⁷³

'Hastaneler; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz biçimde üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi olarak tanımlanabilir.'⁷⁴

'Hastaneleri sistem yaklaşımı ile ele alıp tanımlamak da mümkündür. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktıların önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır.'⁷⁵ Hastaneler, pek çok meslektan personele ihtiyaç gösteren ve genelde sosyal amaçlar güden, çok özel önem verilmesi gereken sağlık kuruluşlarıdır.⁷⁶

Yukarıdaki tanımlara ek olarak yeni bir tanımlı şöyle yapabiliriz; hastaneler bireylerin tanı, tedavi ve bakımını sürdüren, sağlıklarını kontrol eden yataklı tedavi kurumları olduğudur. Hastaneler, hastanın bakım ve tedavi fonksiyonunu yerine getirmek dışında, sağlık personelinin eğitimine olanak sağlama, bilimsel araştırmalar ve toplum eğitimi yapma, sağlığın korunmasını sağlama fonksiyonlarını da yürütmekte ve sağlık sisteminde önemli bir hizmet birimi oluşturmaktadır.

⁷² T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara, 1983, Madde:4, s.2.
http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/mev/mev_yon/yatakli_tedavi_kurumlari_isletme_yonetmeli.pdf (20.10.2009)

⁷³ Menderes, M., Çelik, Y., Hastanelerde Malzeme Yönetiminin Önemi, Verimlilik Dergisi, Sayı:1, Ankara, 1994, s.41.

⁷⁴ Bilal AK ve Çetin AKAR, Hastane Kavramı, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı 3-4, Ankara, 1987, s.90.

⁷⁵ Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul, 1991, s.6.

⁷⁶ Harcar, T., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Ocak/Şubat, İstanbul, 1991, Sayı:25, s.39.

4.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Türkiye sınırları içerisinde Türk'lerin yaptığı ilk hastane Alparslan'ın 11. y.y.'da yaptırdığı Kars'ta ki Darüşşifa'dır. Daha sonra Mardin'de 1122'de Artukoğulları'ndan Eminüddin bir Darüşşifa yaptırmıştır. 14. y.y.'da Zulkadiroğulları'nın Kayseri'de yaptırdıkları cüzam hastanesi ile Saruhanoğullarının Manisa'da yaptırdıkları körler hastanesi, Anadolu'daki ilk özel dal hastaneleridir. Osmanlı döneminin ilk hastanesi Yıldırım Beyazıd tarafından 1399'da Bursa'da yaptırılan Beyazıd Darüşşifasıdır. Bunu çeşitli hastaneler izlemiştir. II. Mahmut döneminde girişilen reform hareketleri ile birlikte 19. y.y.'da pek çok yeni hastane açılmıştır. Taksim Topçu Hastanesi, Topkapı Hastanesi, Haydarpaşa Hastanesi...⁷⁷

Selçuklular ve Osmanlılar zamanında kurulan hastaneler devletin ileri gelenleri ve yine devlet görevinde bulunmuş varlıklı kişiler tarafından, vakıf halinde kurulmuş müesseselerdir. Bu gelenek, Türklerin İslamiyet'i kabul etmelerinden önceki dönemlere kadar dayanmaktadır.⁷⁸ İslamiyet'in katkısıyla Selçuklu ve Osmanlı döneminde pek çok kamu hizmeti vakıflar halinde organize edilerek, bu müesseseler yaygınlaştırılmıştır. Kamu hizmeti verilmesi amacıyla vakıf kurulan şahıs, gelir sağlayacak bir takım menkul ve gayrimenkulleri vakfa bağışlamaktadır. Vakfın idaresini, kendisinin belirlediği bir kişiye bırakmaktadır. Bu denetim sadece mali konularda sınırlıydı. Verilen tedavi hizmetlerinin giderek bozulması, hekim olmayan kişilerin hekimlik yapmaya başlaması üzerine 15. y.y. başlarında II. Murat zamanında, saray'da hekimbaşılık müessesesi kurulmuştur. Bu müessesenin görevi, hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin ve bu hizmetleri yürüten sağlık personelinin denetlemek, terfi ve tayin hizmetlerini yürütmektir.⁷⁹

Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında, ilk olarak belediyeler olmak üzere, yerel idarelerinde sağlık hizmeti vermeye başlamalarıdır. İlk olarak, 1861'de yayınlanan Tababet-i Belediye Nizemsemezi ile belediye sağlık hizmetleri, diğer sağlık hizmetlerinden ayrı olarak organize edilmeye başlanmıştır. 1909 yılında İstanbul'da Haseki, Etfal, Beyoğlu Zükür hastaneleri ile Cerrahpaşa hastanesi İstanbul belediyesine devredilmiştir. Böylece ilk belediye hastaneleri ortaya

⁷⁷ Sipahioğlu, H., Gevher Nesibe Bilim Haftası ve Tıp Günleri Kongresi Kitabı, Ankara, 1982, s.25-28-29.

⁷⁸ Kunter, H.B., Türk Vakıfları ve Vakfiyetleri Dergisi, Sayı:1, 1938, Ankara, s.104.

⁷⁹ Tunca, Y., Sağlık Çalışmalarında 40. Yıl, 1922-1962, Ankara, 1964, s.7.

çıkıştır. 1913'te her ilde bir özel kuruluş bulunmaktaydı. Bu illerde ki birçok hastane il özel idaresine devredilmiştir.⁸⁰

1924'te Heybeliada Verem, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri açıldı. 1941'de İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi, 1964'te Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi kuruldu. Bunun yanında, ruh sağlığı hastaneleri, doğumevleri, çocuk hastaneleri, trahom, kuduz, zührevi hastalıklar, lepra, kanser hastaneleri kurulmuştur.⁸¹ Modern anlamda günümüz hastaneleri tıbbi bir kuruluş olmanın yanında, bir işletme ve doktorlar ile diğer sağlık personeline eğitim veren bir kurum haline gelmiştir. Hastaneler, birçok meslek gruplarının çalıştığı bir teşkilattir.⁸²

4.3. Hastanelerin Amaçları

Genel olarak hastane amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir;⁸³

- Yüksek nitelikteki hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretmek, bunu ihtiyaç sahiplerine sunmak.
- Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıdaki hastaya, hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek.
- Milli düzeyde istihdam politikasına, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarını kullanmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almak.

4.4. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevleri bulunmaktadır. Bu işlevler şunlardır:⁸⁴

- Tedavi Hizmetleri
- Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

⁸⁰ Tunca, a.g.k., s.12.

⁸¹ Özdilek, Ş., Akgün, N., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970, s.21.

⁸² Karaca, H., Hastaneler ve Yönetimleri, Sağlık Yönetim Dergisi, Sayı:1, Ankara, 1987, s.21.

⁸³ Bilal AK ve Çetin AKAR, Hastanelerin Amaçları, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı 6, Ankara, 1988, s.35.

⁸⁴ Kavuncubaşı, a.g.k., s.76-77.

- Eğitim
- Araştırma

4.4.1. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski en temel işlevidir. Hasta ve yaralılara ayaktan ve yatış yoluyla verilecek teşhis, tedavi ve bakım ile ilgili her türlü hizmet ve faaliyeti kapsamaktadır. Patoloji, laboratuvar, radyoloji, anestezi gibi hastaların teşhis ve tedavi faaliyetlerine destek olan hizmetler de bu kapsamdadır.

4.4.2. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Hastanelerin önemli bir fonksiyonu da toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesini amaçlayan ‘koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini’ sunmaktır. ‘Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.’⁸⁵ Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.⁸⁶ Kanser gibi, alkolizm, uyuşturucu, bulaşıcı hastalıklar gibi toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar veya tehlikelerle mücadelede hastanelerin kendi başlarına yapabilecekleri oldukça sınırlıdır. Fakat diğer hastanelerle ve kamu kuruluşlarıyla birlikte yürütülecek eğitim programları, aşı kampanyaları, röntgen taramaları bu amaçla gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasındadır.⁸⁷ Günümüzde hastanelerin bu işlevinin temelde devlet ve dolayısıyla kamu hastaneleri tarafından, ücretsiz veya çok düşük ücretlerle gerçekleştirildiğini görmekteyiz. Bu işlevin yerine getirilmesi ile toplumun genel sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve bu sayede sağlık harcamalarından tasarruf edilmesi amaçlanmaktadır.

⁸⁵ Hayran, O., ‘Sağlık Hizmetleri’, Hastane Yöneticiliği Kitabı, İstanbul, 1997, s.17.

⁸⁶ Öztekin, a.g.k, s.56.

⁸⁷ Seçim, a.g.k., s.19.

4.4.3. Eğitim

‘Hastaneler, birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri hasta ve yaralıların eğitimi, öğrencilerin eğitimi, asistan eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.’⁸⁸

4.4.4. Araştırma

Hastanelerin bir diğer önemli işlevi, araştırma ve geliştirme faaliyetleridir. Bu faaliyetler ‘tıbbi’ ve ‘idari’ olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma faaliyetleri de kendi içinde ikiye ayrılır. Birincisi ‘klinik araştırma’ olarak tanımlanan ve hasta ya da deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalardır. İkinci tıbbi araştırma türü ise hasta dosyalarına dayanılarak yapılan ‘geçmişe dönük’ araştırmalardır. ‘İdari araştırma’ ise, hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptanıp çözümüne yönelik gerçekleştirilen araştırmalardır.⁸⁹

5.HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

5.1. Hizmetlerin Sunumuna Göre Hastaneler

5.1.1. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal hastaneleridir.⁹⁰ Eğitim hastaneleri uzman hekim yetiştirme yönü ile tıp fakültelerinden ayrılırlar.⁹¹

5.1.2. Genel Hastaneler

Her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır.

⁸⁸ Tengilimoğlu, a.g.k., s.138.

⁸⁹ Seçim, a.g.k., s.18.

⁹⁰ Seçim, a.g.k., s.19

⁹¹ Eren, N., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1987, s.133.

5.1.3. Özel Dal Hastaneleri

Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, ya da belirli bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.

5.2. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

5.2.1. Devlet Hastaneleri

Devlete doğrudan bağlı olan hastanelerdir. Devletin kontrolünde ve mülkiyeti devlete ait olan hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı'na ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olan hastaneler örnek olarak gösterilebilir.

5.2.2. Özel Hastaneler

Özel şahıs veya özel dernek, vakıf gibi kuruluşların sahibi olduğu, yönetim ve denetimini ellerinde tuttuğu hastanelerdir. Bu hastanelerde önde gelen amaç kar elde etmek olarak görülmektedir. Çeşitli etnik gruplara ya da yabancılara ait olan hastanelerde bu kategoride sayılmaktadır.

5.3. Yatak Kapasitesine Göre Hastaneler

Hastaneler, büyüklüklerine göre sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin büyüklüğünü belirlemede kullanılan başlıca ölçütler, yatak sayısı, personel sayısı, hasta günü sayısıdır. Bunlar içinden en çok kullanılan ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısı bakımından hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı olarak sınıflandırılmaktadır.⁹²

5.4. Hasta Yatış Süresine Göre Hastaneler

Hastaların hastanede kalış süresine göre hastaneler; kısa süreli veya uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılır. Hastaların %50'den fazlasının 30 günden az kaldığı hastaneler kısa süreli hastanelerdir. Örnek olarak devlet hastaneleri

⁹² Kavuncubaşı, a.g.k., s.79.

verilebilir. Hastaların %50'den fazlasının 30 günden çok kaldığı hastaneler ise uzun süreli hastanelerdir. Psikiyatri, tüberküloz hastaneleri örnek olarak verilebilir.⁹³

6.TÜRKİYE'DE HASTANELERİN ORGANİZASYONU

6.1. Hastanelerde Matriks Yapı

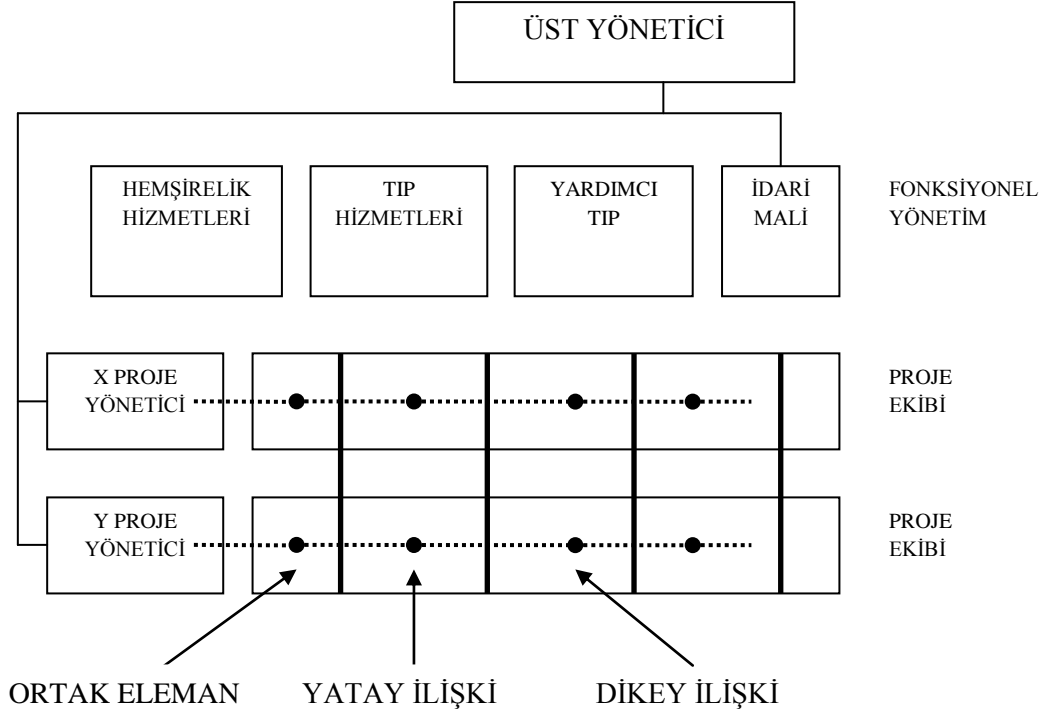
Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. 'Matriks organizasyon, faaliyetlerinin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks organizasyon yapısı, iki ayrı ilişki üzerine kurulmuştur. Dikey ve yatay ilişkiler. Diğer organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir-komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde anlatılmıştır. 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.'⁹⁴

Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır: Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. 'Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise, neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir.'⁹⁵ Projede bir çalışan ise hem fonksiyonel yöneticiye hem de proje yöneticisine bağlı bulunmaktadır. Örneğin, bir beyin operasyonunu proje olarak nitelendirdiğimizde beyin operasyonunu gerçekleştirecek olan doktor proje yöneticisidir. Doktora yardım edecek olan ameliyathane hemşiresi ise proje esnasında proje yöneticisine ve aynı zamanda fonksiyonel anlamda, ameliyathanede çalışması, gece nöbete gelmesi vs. konularında, başhemşireye bağlı bulunmaktadır.

⁹³ Seçim, a.g.k., s.8.

⁹⁴ Şahin, Ü., Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Eskişehir, 1999, s.5-6.

⁹⁵ Seçim, a.g.k., s.24.



Şekil 3. Matriks Örgüt Yapısı

Kaynak: Şahin, Ü., Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Eskişehir, 1999, s.11.

Matris organizasyon, yapısı itibariyle klasik organizasyon yapılarından farklı olarak çok fazla sakıncayı da kapsamaktadır. Sakıncaları aşağıdaki gibidir:⁹⁶

- Karışıklık ve düzensizliğe açık oluşu
- İş ilişkilerinde açıklık ve sorun çözme yaklaşımını gerektirmesi
- Kişilerin performansını değerlendirme sorunu
- Beşeri ilişkilerde yumuşaklık
- Haberleşme zorunluluğu
- Çatışmalara açık olması
- Önderliğin gerekliliği

⁹⁶ Koçel, T., İşletme Yöneticiliği, İstanbul, 2005, s.328-330.

Matriks organizasyonlarının sakıncalarının yanında yararları da mevcuttur. Yararları aşağıda verilmiştir;⁹⁷

- Kaynakların verimli kullanımını
- Değişim ve belirsizlik koşullarında esneklik
- Teknik kusursuzluk
- Güdüleme ve bağlılığı geliştirir
- Personel gelişmesine olanak sağlar.

6.2. Hastanelerde Karmaşık Yapı

Hastaneler aynı büyüklükteki diğer organizasyonlara göre daha karmaşık yapıya sahiptir. Karmaşıklık, hastane çevresinin karmaşık oluşundan, hastanedeki aşırı uzmanlaşma ve iş bölümünün yarattığı yapısal karmaşıklıktan, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşundan kaynaklanmaktadır.⁹⁸

Hastane karmaşıklığının bir diğer sebebi ise hastaneye olan talebin yapısıdır. Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin hastaneye müracaatları düzensizdir. Hastalıklardaki farklılıklar ve müracaatlardaki düzensizlikler nedeniyle talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Bu nedenle bütün birimlerin her zaman için hizmete hazır bulundurulması gerekir. Bu durum gereğinden fazla fiziki donanım ve personel istihdamı demektir. Hastane amaçları göz önünde bulundurulduğunda bu bir zorunluluktur. Hizmet konusunun insan hayatı olması ve bu hizmetin acil ve önemli olması personel üzerinde strese neden olmaktadır. Bu durum ise karmaşıklığı artırıcı bir faktördür.

⁹⁷ Matriks Organizasyonlar, <http://bilgiekonomisi.googlepages.com/MATRIKS.ppt> (18.10.2009)

⁹⁸ Seçim, a.g.k., s.20.

6.3. Hastanelerde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Hizmet işletmeleri; başkalarının ihtiyaçlarını tatmin etmek için hizmet üreten ve satan iktisadi birimlerdir. Hizmet ise, herhangi bir insanın ihtiyacını gidermek için belirli bir fiyatla satılan ve fiziki bir malın sahipliğini gerektirmeyen faaliyettir. Hizmetin özellikleri şunlardır:⁹⁹

- Hizmet soyuttur, fiziki boyutları yoktur.
- Hizmet üreticisinden ayırt edilemez. Birbirinden farklı pazarlarda aynı anda pazarlanamaz, depolanamaz ve stoklama sorunları yoktur. Çeşitli hizmetler aynı anda pazarlanamaz.
- Hizmetler standartlaştırılmaz. Hizmetin kalitesi önceden ve kesin olarak ölçülemez. Niteliği üreticisinin niteliğine bağlıdır. Hizmet arz miktarı ile talep arasında denge kurmak her zaman işletmenin elinde değildir.

Sağlık hizmeti, bu hizmete ihtiyacı olanlara hastane işletmelerinde üretilip satılan bir hizmet çeşididir. Sağlık hizmeti metre, kilogram gibi çeşitli ölçü birimleriyle tanımlanamayan soyut bir kavramdır. Kullanıcının bu hizmeti ölçme imkânı yoktur. Hizmet standart değildir. Sağlık hizmeti üreticileri olan hekim, hemşire gibi sağlık personelinden ayrı düşünülemez. İhtiyaç anında üretilmek zorunda olunan sağlık hizmeti depo edilemez.

6.4. Hastanelerde Sağlık Hizmetlerinin Sürekliliği

Tedavi ihtiyacı ile hastaneye başvuran insanların tedavisi reddedilemez özelliğe sahiptir. Diğer taraftan yoğun bakım üniteleri başta olmak üzere bir kısım hastanın sürekli gözetim altında tutulması gerekmektedir. Bundan dolayı hastaneler, yılın her günü ve 24 saat hizmet vermek zorundadır.

Faaliyetlerindeki bu sürekliliğin gereği olarak bir kısım personel nöbet usulüyle çalışmak zorundadır. Gündüz çalışan personele oranla gece nöbetlerinde çalışan personel sayısı daha azdır. Bundan dolayı kendi aralarındaki ilişkilerde ve göreve olan sadakatlerinde zayıflık görülmektedir. Gece çalışan personelin iş tatmini

⁹⁹ Ömer DİNÇER, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 2.Baskı, İstanbul, 1992, s.377.

ve motivasyonu daha zor olmaktadır. Bu durum ise hastanenin etkinliğini ve verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastane faaliyetlerinin kontrolü ve hastaların sağlığı açısından gece yönetimi büyük öneme sahiptir.

7.ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE HASTANE YAPISI

7.1. A.B.D.'de Hastane Yapısı

ABD'deki hastanelere baktığımızda bu hastanelerin organizasyon yapılarıyla ilgili bu hususlar dikkati çekmektedir. ABD'deki hastanelerin büyük kısmı kar amacı gütmeyen özel hastanelerdir. Bu nedenle ABD'deki hastaneler; bazı hususlar dışında (sözgeleşi, bölgesel hastane planlaması vb. konularda) birbirinden oldukça bağımsız, idari açıdan özerk yapıdadırlar. Bununla birlikte birer gönüllü kuruluş olan JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) ve AHA (American Hospital Association) gibi mesleki kuruluşların ve birer bölgesel sağlık örgütü olan PSRO (Professional Standards Review Organizations) 'ların etkin ve sürekli denetimleri sonucu hastaneleri organizasyon yapılarında da standartlaşma eğilimi ortaya çıkmıştır. Bugün, ABD hastanelerinde birbirinden çok farklı organizasyon yapısına rastlanabilmekteyse de, sözünü ettiğimiz standartlaşma eğiliminden hareketle "ABD'de hastane organizasyonu" olarak genelleştirilebilecek bir yapıdan söz etmek mümkündür.¹⁰⁰

ABD hastanelerinin organizasyonunda bürokratik kurallar hâkimdir. İş bölümünden yararlanılması, hiyerarşik yapıda en üst'ten alt'a kadar tüm pozisyonların ve görevlerin tamamlanması, kumanda birliği denetim alanı ve örgütsel denge ilkelerine uyulması organizasyonda esas alınan hususlardır.¹⁰¹ Hastanelerin organizasyon yapısında; hastane yönetimi, müteveli heyeti ya da yönetim kurulu olarak adlandırılan yönetim ekibine bırakılmıştır. Hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastaların verilen tedavi hizmetine kadar her türlü konuda sorumlu olan yönetim ekibinin hastane içindeki işlevi, sanayi kuruluşlarındaki

¹⁰⁰Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

¹⁰¹Şahinler, M., SSYB ve Üniversite Hastanelerinden Alınana Birer örneğin Organizasyonlarının Mukayeseli olarak karşılaştırılması, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 1991, s.13-15.

yönetim kurulları işlevlerine benzemektedir. Başka deyişle, yönetim ekibi hastane yönetimi için danışmanlık yapmakta, önemli kararları ve politikaları gözden geçirerek onaylamaktadır. Hastane içindeki yürütmeden ise; hastane müdürü sorumludur. Yönetim ekibi hastanede günlük işlerin yürütülmesi yetkilerini hastane müdürüne devretmiştir. Hastane müdürünün altında ise, fonksiyon esasına göre oluşturulmuş bölümlerin idarecileri bulunmaktadır. İdareciler; tıp hizmetlerinden sorumlu başhekim; yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu bir patolog veya bir hastane müdür yardımcısı; hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire; mali-destek hizmetlerden sorumlu kontrolör veya bir hastane müdür yardımcısıdır.¹⁰²

Organizasyon açısından ABD hastanelerinin önemli bir özelliği, hastane içinde tıp hizmetlerinin organize edilmiş olmasıdır. Bu organizasyonda başhekim; tıp hizmetlerinin (faaliyetlerine) planlanmasından, organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden dolayı hastane müdürüne karşı sorumludur. Faaliyetlerin yürütülmesinde başhekime yardımcı olmak üzere çok sayıda komite oluşturulmuştur. Bunlardan en önemlileri olarak; tıp hizmetleri yürütme kurulu, doku komitesi, kullanım komitesi, sağlık standartlarını gözden geçirme komitesi ve enfeksiyon komitesi belirtilebilir. ABD hastanelerinin organizasyonunda diğer bir önemli özellik, denetim açısından önemli rolleri bulunduğu için PSRO ve JCAH gibi mesleki kuruluşların sanki organizasyon içinde bir organ gibi mütalaa edilmeleridir.¹⁰³

7.2. İngiltere’de Hastane Yapısı

İngiltere’de hastanelerin iç, organizasyonu oldukça karışıktır. Çünkü hastane iç organizasyonu ile alt bölge sağlık teşkilatı iç içe girmiş durumdadır. Başka deyişle, alt bölge çapında bir matris organizasyon söz konusudur. Bu organizasyonları bir kısım görevliler alt bölge sağlık teşkilatındaki fonksiyonel yöneticilere karşı sorumlu olmakla birlikte hastane içinde "yönetim ekibine" bağlı olarak hizmet vermektedirler. Hastanenin yönetimi ait bölge sağlık teşkilatına bağlı olan "yönetim ekibine" bırakılmıştır. Hastane yönetim ekibi, hastane müdüründen başhekimden ve başhemşireden oluşmaktadır. Bu yöneticiler, aynı zamanda, hastane içinde

¹⁰²Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

¹⁰³Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

fonksiyonel yöneticilerdir. Hastane müdürü, mali destek hizmetlerden, başhekim tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden, başhemşire de hemşirelik hizmetlerinden sorumludur. Dolayısıyla; İngiltere'de hastane iç organizasyonunda üst ve orta kademe yönetim organlarının, birleşmiş olması bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır.¹⁰⁴

İngiltere'deki hastane organizasyonunun ikinci bir özelliği, Bakanlık örgütünden hastane yönetim ekibine kadar uzanan örgüt kademelerinde yer alan her idari pozisyonun karşılığının bir alt (ya da bir üst) kademede yer alıyor olmasıdır. Sözgelisi, bölge sağlık teşkilatında yer alan idare amirliği pozisyonu, daha alt kademeler olan dar bölge ve alt bölge sağlık teşkilatlarında ve nihayet hastane müdürlüğü olarak da hastane iç organizasyonunda yer almaktadır. Ancak belirtilmesi gerekir ki, idari pozisyonlar arasındaki yönetsel ilişki, bir ast-üst ilişkisi olmaktan ziyade izleyicilik ilişkisi olarak adlandırabileceğimiz bir ilişki türündedir. 1974 yılında İngiltere sağlığı yeniden yapılandırmış ve yenilikler getirmiştir. Hastanelerin yönetiminde yapılan yenilikler hastanelerin yönetim türüne göre, üst kademe yönetim organları alt kademedekilere neyi, nasıl yapmaları gerektiğine dair emirler verememekte, yalnızca alt kademe yöneticilerin uygulamalarını izleyerek onlara danışmanlık yapmakta, uyulması gereken konularda onları ikna etmeye çalışmaktadırlar. Hastane içinde de, yönetim ekibi üyeleri arasında ast-üst ilişkisi bulunmamaktadır. Başhekim; başhemşire ve hastane müdürü kendi alanlarındaki yürütmeden sorumlu bulunmaktadırlar. Hastane müdürü ayrıca, bu ekibin sekreter hizmetlerini de yürütmektedir.¹⁰⁵

7.3. Almanya'da Hastane Yapısı

Almanya'da hastanelerin yaklaşık üçte biri devlet hastanesi, üçte biri kâr amacı gütmeyen özel hastane, üçte biri de kar amacı güden özel hastane statüsündedir. Kâr amacı gütmeyen özel hastanelerin yönetim ve organizasyonları ABD hastanelerine benzemektedirler. Alman hastanelerinin organizasyon açısından özellikleri şu şekilde özetlenebilir: Sağlık hizmetlerin ülke çapında organizasyonundan ve yürütülmesinden Gençlik, Aile ve Sağlık İşleri Bakanlığı

¹⁰⁴Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

¹⁰⁵Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

sorumlu bulunmaktadır. Bu bakanlığın altında Eyalet Sağlık Bakanlıkları, o'nun da altında Yerel İdare Sağlık Kurulları yer almaktadır.¹⁰⁶

Devlet hastanelerinin mülkiyeti, mülki ve yerel idarelere ait olduğundan; hastanelerin yönetimi ve kontrol yetkisi de bu idarelerdedir. Fakat mülki ve yerel idarelerin yetkileri, mali denetim ve bölge hastane planlaması ile sınırlı olduğundan, hastanelerin iç organizasyonunda oldukça otonom sayılabilecek bir idari yapı söz konusudur. Hastanelerin iç organizasyonunda en üst idari organ; hastane direktörlüğüdür. İngiltere'deki hastanelerde mevcut olan "hastane yönetim ekibi ile aynı işlevlere sahip olan hastane direktörlüğü, hastane başhekiminden, hastane başhemşiresinden ve idare müdüründen oluşmaktadır. Dolayısıyla, hastane içinde yürütülen faaliyetler üç ana grupta toplanmıştır: Tıp ve yardımcı tıp hizmetleri (sorumlusu başhekim), hemşirelik hizmetleri (sorumlusu başhemşire) ve mali destek hizmetleri (sorumlusu idare müdürü). Bu fonksiyonel alanlarda yürütmeden sorumlu olan idareciler, aynı zamanda hastane direktörlüğünün üyeleri olduklarından, yine İngiltere'deki gibi fonksiyonel yöneticiler üst kademe yöneticisi durumundadırlar. Başka deyişle, hastane iç organizasyonunda üst ve orta kademe yönetim organları birleştirilmiştir. İstanbul'daki Alman Hastanesi de bu organizasyon yapısı içinde yönetilmektedir.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

¹⁰⁷ Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

II. BÖLÜM

HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DURUMU VE HASTANELERDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

1. HEMŞİRELİĞİN TANIMI, GÖREVLERİ

1.1. Hemşireliğin Tanımı

Hemşireliğin değişik tanımları yapılmıştır. Özelliği olan tanımlar şunlardır: Türk Dil Kurumuna göre hemşire; ‘Doktor tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın bakımını düzenlemek, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık çalışanı’¹⁰⁸ şeklinde tanımlanmıştır.

Hemşirelik ile bir başka tanımı Perihan Velioğlu yapmıştır. Perihan Velioğluna göre hemşire, “hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan kişidir”¹⁰⁹

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonunun 1981 yılında yapmış olduğu tanıma göre; "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini”¹¹⁰

2 Mart 1954 tarihli 8647 sayılı Resmi Gazete de hemşireliğin tanımı; ‘Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan, diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurtdışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda

¹⁰⁸ Türk Dil Kurumu, <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hem%FEire&ayn=tam> (20.10.2009)

¹⁰⁹ Velioğlu, P., Hemşirelikte Yönetim, Ankara, 1982, s.1.

¹¹⁰ Hemşirelik Esasları, <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf> (20.10.2009)

tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere hemşire' unvanı verilir.'¹¹¹

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN: International Counsel of Nursing) hemşirelik tanımı; hemşirelik " Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rahabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır".¹¹²

Henderson, hemşireliği; "Hemşirenin yegâne amacı, hasta olsun olmasın bireyin eğer yeterli gücü, arzusu veya bilgisi olsaydı yardım almadan da yapabileceği, sağlığa ve tedaviye (ya da huzurlu bir ölüme) katkıda bulunan faaliyetlerin yapılmasına yardım etmektir" şeklinde tanımlamaktadır.¹¹³

Yukarıda verilen çeşitli hemşirelik tanımlarına göre yeni ortak bir tanım şöyle yapılabilir, Hemşire; sağlık ekibi içinde aldığı eğitim, bilgi, iletişim becerileri, hizmetin sunulduğu bireylerle birebir temas içinde bulunan ve onlara en yakın, ulaşabilen, gözlemci, araştırmacı, ekip üyeleri arasında koordinasyonu sağlayan, sağlık hizmeti sunan kişi olarak tanımlayabiliriz.

1.2. Hemşireliğin Görevleri

Hemşirelerin görevleri sundukları hizmet dolayısı ile sağlık alanında çok çeşitlidir. Aşağıda hemşirelerin hizmet alanları sunulmuştur. Bunlar,¹¹⁴

- Temizlik personelinin çalışmasını denetler.
- Yatakların temizlenmesini, yatakların yapılmasını, odanın düzenlenmesini ve temizlenmesini sağlar.
- Yatan hastaları karşılar ve odasını gösterir.
- Hasta müsaade kâğıtlarını doldurur.
- ANT takibi yapar.

¹¹¹ Karael, Z., Yönetici Hemşirelerin Sorun Çözme Teknikleri, (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi), İstanbul, 2009, s.2.

¹¹²Hemşirelik Esasları, <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf> (20.10.2009)

¹¹³Hemşirelik Esasları, <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf> (20.10.2009)

¹¹⁴Karael, a.g.k., s.4-5-6.

- Gerekli olduğu hallerde idrar sondası takar, pansuman yapar, damar yolu açar.
- Order edilmiş tedavileri uygular.
- Vizitelere katılır.
- Acil durumlarda derhal hekimi bilgilendirerek temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği uygulamalarını yapar.
- Tahlil için kan alır ve alınan kanları laboratuara gönderir.
- Radyolojik tetkikler için ilgili birimlere hastayı personelle gönderir, gerekli ise kendisi de refakat eder.
- Laboratuar ve radyolojik tetkiklerin sonuçlarının alınıp hasta dosyasına konulmasını sağlar.
- Hasta ve hasta yakınlarını her konuda bilgilendirir. Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olumlaştıracı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.
- Serviste yemek dağıtımını, hastaların yemek yemeklerini gözetler, kendisi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. Banyo yapacakları yardımcı hizmetli ile banyoya gönderirler, gidemeyenlerin yataklarında temizliğini yaptırırlar.
- Servis acil arabasında bulunan ilaçları uzman doktor veya icapçı doktorun direktifi ile onun sorumluluğu altında hastalara uygular. Sarfiyatını özel sarf defterine kaydeder. Eczaneden alınan bu ilaçların sarfı, bu defter üzerinde yapılır. Hastalara bu dolaptan verilen ilaçlar anında tabelalarına renkli kalemle yazılır. Ertesi gün bu ilaçlar eczaneden tabela ile alınarak yerine konulur.
- Hastaların ve refakatçilerin yemeklerinin dağıtılmasını organize eder.
- Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç ve sair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya, bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle

kaybından sorumludurlar. Taburcu olan hastaların işlemlerini tamamlayıp döner sermayeye gönderir.

- Hastanın her türlü işlemlerini bilgisayara kaydeder.
- İlaçları ilaç defterine kayıt ettikten sonra bilgisayar aracılığı ile ister, eczaneden temin eder.
- Pansuman malzemelerini hazırlar ve sterilizasyonunu yaptırır.
- Servisteki yatan hastaların klinik durumundaki değişiklikleri anında doktoruna haber vermek.
- Hasta başka bir servise nakledilecekse dosyasını tamamlayarak ilgili birime hastayla birlikte teslim eder. Hasta ölmüş ise; ölüm raporunu yazdırır. Tarih ve saat raporda mutlaka olmalıdır.
- Doktorun hastaya uyguladığı işlemlerde (bronkoskopi, plevral ponksiyon ve biyopsi) yardımcı olmak.
- Annelere, doğumdan evvel ve sonraki bakımları ile çocukların bakımları hakkında bilgi vermek ve bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olma yolları hakkında anneleri aydınlatmakla yükümlüdürler.

1.3. Hemşireliğin Sorumlulukları

Bugün dünyada ve ülkemizde hemşireliğin temel sorumluluğu; toplumun sağlığını yükseltmek, sağlıklı bireyin sağlığını korumak, hastalıklı bireyi tedavi etmek ve acıyı dindirmektir. Bu sorumlulukları yerine getirirken deontolojik kavramlara uygun hareket etmek, bilgili, ahlaklı ve vicdanlı olmak bir hemşirenin temel davranış biçimi olmalıdır.¹¹⁵ Hemşirenin sorumluluğu 4 ana başlık halinde incelenmiştir. Bunlar;¹¹⁶

- Hemşirelik mesleğinin gerektirdiği, gerek topluma gerek hekim camiası içerisinde uyulması gereken kuralları içeren kanun ve tüzüklere karşı **mesleki sorumluluk**;

¹¹⁵Hemşirelik, <http://www.msxlab.org/forum/meslekler/10104-hemsirelik.html> (20.10.2009)

¹¹⁶Yeni TCK ve Hemşirelerin Sorumlulukları, http://www.anh.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=70&Itemid (20.10.2009)

- Devletin kurduğu sağlık müesseselerinde hemşirenin çalışması durumunda, sağlık hizmetlerinin gerektiği gibi yerine getirilmesinden dolayı **idari sorumluluk**;
- Sorumlu bir şahıs olarak hemşirenin, olumlu veya olumsuz bir hareketi ile ceza kanunundaki tarife uygun ve hukuka aykırı fiili söz konusu olduğunda **cezai sorumluluğu**;
- Hukuka aykırı bir davranışla hastasına vermiş olduğu zararı tazmin yükümlülüğünde **hukuki (tazminat) sorumluluğu**;

Yukarıda verilen sorumluluk başlıkları ne yazık ki mesleki eğitimimiz süresince bizlere verilmemektedir. Ancak başımıza istenmeyen bir durum geldiği zaman sorumlu olduğumuz kanun, tüzük ve yönetmelikleri öğrenmeye çalışmaktayız. Yasalarda hemşirelerin hangi eylemlerinin hukuka aykırı olduğu ve suç oluşturduğu belirlenmemiştir. Hemşirelerin hem hukuki hem de cezai sorumluluklarında, özel düzenlemeler yerine, genel hukuki kurallara dayanılması yolu tercih edilmektedir.

1.4. Hemşirelerin Rolü ve Fonksiyonları

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirenin payı ve katkısı büyüktür. Hemşirelerin rolleri, davranışları, oluşturduğu işlevleri ve bu işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Bunların yanında profesyonel sağlık hizmetler sunan hemşirelik hizmetleri de vardır. Hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerindeki rolleri aşağıda sıralanmıştır;¹¹⁷

- Bakım Verici
- Karar Verici
- Koruyucu-Gözetici ve Savunucu
- Yönetici
- Rehabilite Edici
- Rahatlatıcı
- Eğitimci

¹¹⁷Sađlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Rollerini Kitabı, nite 2, s.27.
<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite02.pdf> (20.10.2009)

- Danışmanlık
- Araştırmacı
- Uygulayıcı
- Profesyonel

Bir bilim ve sanat olarak çağlar boyunca toplumsal bir kurum olan hemşirelik mesleğinin ana fonksiyonu; sağlıklı veya hasta bireye, yararlı hizmet vermek, yardım etmek, bakmak ve iyileştirmektir. Ancak yeni yüzyılda hemşirelik meslekleşme çabaları içine girerken mesleğin temel amacının yalnız bakım vermekle sınırlandırılmayacağı; uygulamaları ve eğitim verme fonksiyonu ile de hizmet alanını geliştirmekle yükümlü olduğu ve sağlık disiplinlerinin oluşturduğu zincirin önemli halkalarından birini oluşturduğu fikri herkes tarafından anlaşılmiştir ve kabul görmüştür. Bu düşünce yıllar sonra kendisine verilen görevler ve işlemlerle uğraşan, söyleneni uygulayan kişiler yerine; üretici, yargılayıcı, karar verici, sorun çözücü, bilimsel gözlemci, olayları daha objektif değerlendiren; neyi, niçin, nasıl yapacağını bilen, yapması gerekeni elimine etmeye çalışan hemşirelerin yer almasına neden olmuştur. Çünkü sağlık bir ekip işidir ve ekibin en etkin üyelerinden birisi hemşiredir. Hemşirelik fonksiyonları üç grup altında toplanabilir. Bunlar;¹¹⁸

- **Bağımlı Fonksiyonları:** Hekim istemine yönelik olan fonksiyonlardır. Örneğin; tedaviyi uygulama, tanı ve tedavi işlerine yardım etme gibi.
- **Bağımsız Fonksiyonları:** Hemşirenin bilgi ve deneyimi ile çözümleneceği sorunlara yönelik olanlar. Sağlıklı/hasta bireyin, sağlığın sürdürülmesi, hastalık halinde sağlığını yeniden kazanmasında gerekli yardımın yapılması ve onun bağımsızlığını kazanması için yardımcı olma hemşirenin bağımsız fonksiyonlarıdır.
- **Yarı Bağımlı Fonksiyonları:** Hekimin planladığı tedavi uygulanırken, tanı işlemlerinde yardımcı olurken, olası sorunların gelişip gelişmediğini, bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izleme ve gerekli önlemleri almalıdır.

¹¹⁸ Birol, L., Hemşirelik Süreci Bakımında Sistemik Yaklaşım, İzmir, 2002, s.23.

Hemşirelik mesleğinde amaç; insan sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek olduğuna göre, uygulama açısından hemşireliğin fonksiyonları; birey, aile ve toplumun bakımını sağlamak, tıbbi tedavinin planlanması, uygulanmasına katılmak, birey, aile ve topluma sağlık eğitimi vermek, kendini geliştirmek, hemşirelik hizmetleri yönetimine katılmak, araştırmalar yaparak mesleğe yansıtılmak olarak açıklanabilir.¹¹⁹

1.5.Hemşireliğin Felsefesi

Hemşirelik, 'birey ya da grupların sağlığının tehlikeye düştüğü baskılı durumlarda, bu tehlike ve gerginliği ortadan kaldırma ya da iş ve kişiler arası ilişkilerde denge sağlamada' görev yüklenmektedir. Hemşire bu görevi yaparken, 'kişiler üzerinde baskı yapan uyaranların tepkisini azaltma, hastanın fiziksel ya da psikolojik çevresinin yönetimi, uyum ve savunma mekanizmasının korunması, desteklenmesi gibi bir sürecin kapsamına girmektedir.¹²⁰

Hemşireler, hastane ortamında hastaya en yakın sağlık grubunu oluşturmaktadır. Hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarını öğrenebilmek açısından hemşireler diğer sağlık meslek gruplarına göre daha avantajlı bir durumdadırlar. Hastaların sıkıntılarını, problemlerini ve beklentilerini karşılayabilmekte veya karşılanmasında diğer sağlık grubu üyelerini harekete geçirebilmektedirler. Diğer bir deyişle, hemşire, hasta-hekim, hasta-diyetisyen, hasta-eczacı, hasta-fizyoterapist vb. gibi ilişkilerde koordinasyonu ve dengeyi çalışma alanlarında sağlamaktadır. Ayrıca, hastayı psikolojik travmalardan koruyan, onun olağanüstü olaylara uyumunu sağlayan ve destekleyen de yine hemşireler olmaktadır.

¹¹⁹ İnanç, N., Hatipoğlu, S., Yurt, V., Avcı, E., Akbayrak, N., Öztürk, E., Hemşirelik Esasları, Ankara, 1996, s.20.

¹²⁰ Velioğlu, P., Babadağ, K., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, Açık öğretim Fakültesi, Yayın No:260, Eskişehir, 1992, s.34.

Hemşirelik felsefesi geliştirilirken genellikle, insan, sağlık, hastalık ve toplum gibi temel kavramları konu alanı içine alan hemşireliğin tüm boyutlarını kapsayacak bir felsefenin oluşturulmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Velioğlu'nun yorumladığı hemşirelik felsefesi aşağıdaki gibidir:¹²¹

- Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman (akut veya kronik) bireyin optimal sağlık bakımı görmeye hakkı olduğunu savunur.
- Hemşirelik, bireyin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan bağımsız bir sağlık disiplindir.
- Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürme işlevinde diğer sağlık meslekleriyle sıkı bir işbirliği yapılmasının gerektiğine inanır.
- Bireyin kendine özgü yapısı, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygılı olmayı gerektirir.

Hemşirelerin felsefesi, insanların gereken tedavi ve bakımı alma, sağlıklı ortamda yaşama hakkı olduğunu esas almaktadır. Hemşirelik kendine özgü bilgi ve değerleri olan ayrı bir meslek, sağlık disiplindir. Hemşirelik mesleği, topluma sağlık hizmeti sunmada diğer sağlık disiplinleriyle yakın bağlantıyı gerekli görmekte, ayrıca bireyin kişiliğine, bütünlüğüne, hak ve mahremiyetine saygılı olmayı da ilke olarak kabul etmektedir.

Hemşirelik ile ilgili kuralların belirlenmesi, yorumlanması, ahlaki prensiplerle ve yüksek kalitede hemşirelik bakımı ile uyumlu olan hemşirelik sorumluluklarının yerine getirilmesinde tutum ve ilişkiler açısından rehberlik sağlayacaktır. Amerikan Hemşireler Birliğinin 1976'da yayınladığı, 1985 de ikinci kez basılan 'Hemşirelik Kuralları' 11 madde'de toplanmıştır. Bunların en önemlileri şunlardır;¹²²

- Hemşire sınırlama olmadan bakım verir.

¹²¹ Velioğlu, P., Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, İstanbul, 1985, s.30.

¹²² Oktay, S., '2000 Yılında Herkese Sağlık' İçin Hemşirelerin Yükümlülüğü, İlkeleri, Rolü, Hemşirelik Bülteni, Cilt IX, Sayı:17, İstanbul, 1990, s.12-13.

- Bireyin yetersiz uzmanlık, ahlakdışı ve yasadışı uygulamadan etkilenmesi halinde koruyucu rol oynar.
- Hastanın gizlilik hakkını korur.
- Kendi hemşirelik kararları, faaliyetlerinin sorumluluğunu ve hesabını üstlenir.
- Mesleki gelişime katkısı olan faaliyetlere katılır.
- Hemşirelik standartlarının korunması ve geliştirilmesi için mesleki çabaları destekler.
- Toplumun hemşirelik hakkında yanlış bilgilendirilmesi ve yanlış tanıtılmasını önleyecek olan çalışmalara katkıda bulunur.
- Halkın sağlık gereksinimlerini karşılamak için ulusal faaliyetlerde ve toplumu ilerletmede diğer mesleklerle iş birliği yapar.

Yukarıda belirtilen hemşirelik kurallarına, ülkemizdeki hemşireliğin konumu açısından bakıldığında, birçok eksiklik ve yetersizlikler görülmektedir. Öncelikle hemşireler, ayrı bir meslek grubu olarak bağımsız kararlarını tam olarak verememektedirler. Hemşirelik mesleği var oluş çabalarını sürdürmekte ise de, bu konuda henüz tam anlamıyla organize olamamış ve birleşememiştir. Hukuksal açıdan da konumu çok net değildir. Yeni yasal düzenlemelerle bu gibi olumsuzlukların giderilmesi amaçlanmaktadır.

2. HEMŞİRELİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ

İlk çağlarda sağlık uygulamalarının sihir'e dayalı ve folklorik girişimler şeklinde olduğu görülmekte, hayır işleriyle uğraşan kadınların yanı sıra, doğumları gerçekleştiren, bazı dini törenleri yöneten, buralara sığınanların bakımını yürüten, tapınaklarda görev alan kadınlarda bulunmaktaydı. Eski Yunanistan'da ise, tıp ilahi kabul edilen Asklepios'un oğulları cerrahlık yaparken, ailedeki kadınlar da hasta bakımı ve sağlığın korunmasıyla ilgili görevler üstlenmişlerdir. Hippocrates'le (MÖ.460-370) hekimlik, sihir ve büyüden ayrılıp bir bilim haline dönüşmeye başlamıştır.¹²³

¹²³ Şentürk, S., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, İstanbul, 1990, s.19-22.

Ortaçağın ilk dönemlerinde, Katolik kilisesi kadına dini inançları nedeniyle hayır işleri ile ilgilenmesi dışında kısıtlama getirmiş ve kadınlar uzun yıllar pasif bir sosyal yaşam sürdürmüşlerdir. Rönesansla birlikte bu rol değişmiş ve kadının konumuyla ilgili genel görünüşünde, kadınlık yönü yüceltilerek, entelektüel yetenekleri geri plana itilmiştir. 17. yy başlarında ilk kez kadın-erkek eşitliğinden söz edilmeye başlanmıştır. 19. yy ortalarına kadar kadının toplumsal yaşamda dikkate değer bir etkinliği olmamıştır. Ancak, kadınlar hakkındaki toplumsal tutum, kadın hakları, hukuk, eğitim, politik ve çalışma alanlarındaki değişimlerle ilerleyebilmiştir.¹²⁴

18. yy.da J. Howard ve Elizabeth Fry'nin mahkûmlarla ilgili çalışmaları, özellikle Fry'nin askeri mahkûmlar için verdiği hizmetler, Bayan D. Dix'in akıl hastaları ile ilgili çalışmaları, hemşirelik gelişimine ışık tutmuştur. 19. yy.'ın ilk yarısında Almanya'da Dusseldorf kentine yakın Kaiserverth kasabasında, Luthar kilisesine mensup T. Fliednen, Fry ile tanışmış olup onun mahkûmlarla ilgili çabalarından etkilenmiş ve böyle bir kurumun işleyişini ve hizmet vereceklerin eğitiminin planlanmasını yapmıştır. 'Kaiserwerth Dekonesleri' olarak adlandırılan adaylar, üç yıllık hasta bakımı, farmakoloji eğitiminde geçirilip, cep harçlıkları verilerek, bölümler arasında nöbetleşe görev değiştirip, üniforma giymişlerdir. Bunlar 'Protestan Hemşireleri' olarak da tanımlanmaktadır.¹²⁵

Müslümanlıkta hemşireliğin gelişimine bakacak olursak; sınıf farklılıklarını ortadan kaldıran ve insan eşitliğine dayalı bir din olan Müslümanlığın doğuşuyla hasta bakımı önem kazanmıştır. Savaşlarda yaralı askerlere bakan kadınlar vardır. Yaralı ve hasta bakımı için ilk kadın topluluğu Hz. Muhammed zamanında kurulmuştur. Bütün bunlara rağmen hemşireliğin anlamı çok geç anlaşılmıştır. Bu zamanda hasta bakımı hastanın yemeğini yedirmek ve ağır hastaların bazı işlerini yapmaktan ileriye gidememiştir. Osmanlılarda, sosyal yardım işlerinde ve hasta bakımında gönüllü kadınların çalıştıkları görülmektedir. Soylu kadınlar tarafından birtakım şifahaneler açılmakla birlikte hasta bakımı alanında bir öğrenim yapılmadığı için hemşirelik mesleğine katkılarından söz etmek mümkün olmamaktadır.

¹²⁴ Velioğlu, P., Babadağ, K., a.g.k., s.129-130.

¹²⁵ Velioğlu, P., Babadağ, K., a.g.k., s.117-144.

Modern hemşireliğin kurulması ve gelişmesi Cumhuriyet dönemiyle birlikte başlamıştır. 18. y.y.'da endüstri devriminin yarattığı sosyal değişimler hemşirelikte de değişen gereksinimleri gündeme getirmiştir. Endüstrinin keşfi ile buraya olan göçler artmıştır. Sanayi alanlarının etrafına şehirler kurulmuş, işçiler ve aileleri yaşamaya başlamıştır. İnsan topluluklarının artması hastalık ve yaralanmaların artması sonucu getirmiştir. Dönemin başlarında insanlar alt ve üst sınıf olarak bölünmüşlerdir. Endüstrileşmenin hızlanmasıyla orta sınıf çoğalmıştır. Çoğalma ihtiyaç içinde olan zayıf ve alt sınıfa yardım konusunda bir sosyal bilinç gelişmesine neden olmuştur. Sonuçta, üst ve orta sınıf insanları hasta bakımı gibi yardımsever rolleri üstlenmişler, onlarla ilgilenmişlerdir. Kadının özgürlüğüne kavuşması ve kadın haklarının desteklenmesi hemşireliğin gelişimine katkıda bulunmuştur.

16. ve 19. y.y.'lar arasında iyi yetişmiş ve yetenekli kadınların hiçbiri bu mesleğe katılmamıştır. Ancak, dinsel kurumların açılmasıyla eski ve iyi gelenekler önem kazanmıştır. 1800'lü yılların başlarında hastaların bakımı yoksul ve ayyaş kişiler tarafından yapılmaktaydı. Bu olumsuzlukların devamı olarak; hastanelerin fiziki yapısının bozuk oluşu, anestezinin henüz yaygınlaşmamış oluşu, hastaların hijyenik koşullarındaki yetersizlikler, savaş nedeniyle yaralanan askerlerin durumu eşlik etmektedir. Çeşitli olaylar nedeniyle küçük yaşlardan beri hasta ve çaresiz insanlara yardım etme arzusuyla dolu olan, soylu bir aileden gelip, iyi bir eğitim görmüş olan Florance Nightengale hemşireliğin gelişmesinde büyük katkısı olmuştur.¹²⁶ 1854 yılında Florance Nightengale dönemi başlamıştır. Günümüzde Florance Nightengale'nin doğum günü olan 12 Mayıs, dünya hemşireler günü olarak her yıl kutlanmaktadır.

Türkiye'de 1911 yılında gönüllü hasta bakıcı kursu açılmış ve ilk formal hemşirelik eğitimine başlanmıştır. 6 ay süren kurs sonunda sertifika alan Müslüman Türk kadınlarının ilk defa Balkan Savaşı (1912) ve Çanakkale Savaşı (1915-1916) sırasında hasta bakımına katılmaları mümkün olmuştur. Türkiye'de modern kurucusu Dr. Besim Ömer (Akalin) Paşa'dır (1862-1940). Yurdumuzda ilk defa 1920 yılında, Amiral Bristol Hastanesine bağlı hemşire okulu açılmıştır. Eğitim süresi başlangıçta 2 yıl 6 ay iken, daha sonra 3 yıla ve 1957 de 4 yıla çıkarılarak Milli Eğitim Bakanlığı

¹²⁶Hemşirelik tarihi, Eğitimi ve Gelişimi, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/28/39/350.pdf> (20.10.2009)

tarafından onaylanarak meslek lisesi denkliği kazanmıştır. Cumhuriyet döneminde açılan ilk hemşire okulu, Kızılay Hemşire Okulu'dur (21.2.1925). Eğitim süresi iki yıl üç ay olan bu okula kabul şartları, okur-yazar, iyi ahlak sahibi ve vücutça sağlam olmaktı. 1936 yılında bu okula, ortaokul mezunları alınmaya başlandı. Eğitim süresi üç yıla, 1958'de dört yıla çıkarıldı. İlk askeri hemşire okulu Milli Savunma Bakanlığınca 1939 yılında açılmış ancak bütçe sorunları nedeniyle 1947'de kapatılmıştır. 1946 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere Sağlık Meslek Liseleri açılmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl, 1958'den sonra 4 yıl olmuştur. 1988 – 1991 yılları arasında SML 300'lü sayılara ulaşmıştır. 1957 yılında 18–30 yaş arasındaki bayanlara bir buçuk yıl kuramsal ve uygulamalı eğitim veren "hemşire yardımcısı" kursları açılmış. 1967 yılında bu kurslar kapatılmıştır. Eğitim alanındaki gelişmeler devam ederken, bakanlık yapısında da bazı değişiklikler yapılmıştır. 1957 yılında Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı (S.S.Y.B.) bünyesinde hemşirelik eğitimi v.b. konuları görüşmek üzere Hemşirelik İstişari Konseyi kurulmuştur.¹²⁷

1955 yılında, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ülkemizde üniversite düzeyinde açılan ilk yüksekokuldur.¹²⁸ Bu okul, Avrupa'da da üniversite düzeyinde açılan ilk hemşirelik okuludur. Daha sonra 1965 yılında İngiltere'de üniversite düzeyinde ilk hemşirelik okulu açılmıştır. Ege Üniversitesi'nde açılan HYO'nu, 1961 yılında Ankara'da Hacettepe HYO, İstanbul'da Florence Nightingale HYO izlemiştir. Bu okulların hemşirelik eğitiminin ve hemşirelik mesleğinin gelişmesine önemli katkıları olmuştur. 1968 yılında Hacettepe Üniversitesinde Hemşirelikte bilim uzmanlığı, 1972'de doktora programlarının başlaması ile 1972'de ilk doçentlik, 1978'de ilk Profesörlük unvanı alınması gerçekleşmiştir. 1982 yılında Atatürk ve Cumhuriyet Üniversiteleri HYO'ları açılmıştır. 1985 yılında "Muvazzaf Askeri Yüksek Hemşire" yetiştirmek üzere Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) HYO'ları açılmıştır. Bu okulun varlığı hemşirelik için ayrı bir önem taşımaktadır. Daha sonraki yıllarda Marmara, Dokuz Eylül, Gazi Üniversiteleri HYO'ları

¹²⁷Yürügen, B., Türkiye'de Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimi Tarihi.

http://hemsireyiz.biz/blogs/birsen_yurugen/archive/2007/01/04/t-rk-ye-de-hem-rel-k-ve-hem-rel-k-e-t-m.aspx (21.10.2009)

¹²⁸ Öktem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N., Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, Cilt:1, Sayı:1, Ankara, 2000, s.9.

açılmıştır. Başkent, Fatih ve Haliç Üniversiteleri'nde de HYO'ları bulunmaktadır. Hemşirelik Yüksekokullarına, lise ve sağlık meslek lisesi mezunları üniversite giriş sınavlarıyla (sayısal puanla) kabul edilmektedir. Eğitim süresi 4 yıl olup, mezunlarına "Hemşirelikte Lisans" diploması verilmektedir.¹²⁹

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları; 1985 yılında üniversitelerin bünyesinde yer alan ve eğitim süresi 2 yıl olan okullardı. 1991 yılında Anadolu Üniversite'sinde SML'si mezunlarının devam edecekleri bir program olarak açılmıştı. Sağlık Yüksekokulları (SYO); 1996 yılında bakanlar kurulu kararıyla (resmi gazete: 2.11.1996/22805), 79 SYO açılması kararlaştırılmış, Sağlık Bakanlığı ile YÖK arasında yapılan protokol ile sağlık meslek liseleri, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi, hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu programına öğrenci alınmasına son verilmiştir. SYO'larına; Lise ve SML'si mezunları, üniversite giriş sınavıyla (sayısal puanla) kabul edilir, eğitim süresi 4 yıldır. Bu okulların hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümleri vardır. SYO'larının açılmasıyla, farklı düzeylerdeki hemşirelik eğitime son verilip, hemşirelik eğitiminin lisans düzeyine çıkarılması çok önemli bir gelişmedir.¹³⁰

Sağlık Eğitim Enstitüleri; tüm SML'si mezunlarına "toplum sağlığı, ana ve çocuk sağlığı ve medikal" bölümlerinde yüksek öğrenim yaptırmak üzere 1961 yılında Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü açılmıştır. Eğitim süresi 3 yıldır. Bu okul mezunlarına "Tıbbi Teknolog" unvanı verilir. SYO'larının açılmasıyla bu okullara öğrenci alınması sonlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı 1999–2000 öğretim yılında sağlık eğitim fakültesi olarak açtığı bu okulları da kapatmıştır. Şu anda öğrenci alınmamaktadır. Ülkemizde ilk kez Hacettepe Üniversitesinde 1968 yılında hemşirelikte yüksek lisans ve 1972 yılında doktora programları açılmıştır. Yüksek lisans ve doktora programları hemşirelikte sekiz anabilim dalında yürütülmektedir. Bu tarihlerden itibaren meslekte bilim uzmanlığı ve doktor unvanları verilmeye başlandı. İlk profesör unvanını 1978'de Hacettepe HYO'dan Eren Kum hocamız almıştır. Hacettepe Üniversitesi, Ege Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Florence

¹²⁹Yürügen, B., a.g.k., http://hemsireyiz.biz/blogs/birsen_yurugen/archive/2007/01/04/t-rk-ye-de-hem-rel-k-ve-hem-rel-k-e-t-m.aspx (21.10.2009)

¹³⁰Yürügen, B., a.g.k., http://hemsireyiz.biz/blogs/birsen_yurugen/archive/2007/01/04/t-rk-ye-de-hem-rel-k-ve-hem-rel-k-e-t-m.aspx (21.10.2009)

Nightingale, Marmara Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi GATA Hemşirelik Yüksekokullarında yürütülmektedir. Bugün Türkiye’de 13 hemşirelik yüksekokulu, 72 sağlık yüksekokulu bulunmaktadır. 2002 yılı verilerine göre hemşirelik yüksek okullarında 135 öğretim üyesi (yardımcı doçent, doçent ve profesör), toplam 3089 öğrenci bulunmaktadır. Son on yılda hemşirelik yüksekokullarından; 5605 lisans, 461 Yüksek Lisans, 148 Doktor öğrencisi mezun olmuştur. Sağlık yüksekokullarında ise, 511 eğitimci ve 44 öğretim üyesi (yardımcı doçent, doçent ve profesör) görev yapmaktadır. Bu okullarda toplam 15.428 öğrenci eğitim almaktadır.¹³¹ Hemşirelik eğitiminde çok güzel ve hızlı aşamalar kaydedilmiştir. İmkânlarımızı arttırarak kariyer alanındaki sayımızı arttırmalıyız.

3.TÜRKİYE’DE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE MESLEKİ YÖNÜ

3.1. Hemşirelik Kanunu

25.02.1954 kabul tarihli 02.03.1954 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Kanunu, 25.04.2007 kabul tarihli 02.05.2007 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan hemşirelik kanununda bulunan birçok madde de değişiklik yapılmıştır. Değişiklik yapılan maddeleri sıralayacak olursak; 1., 3., 4., 8., 9. maddeleri değiştirilmiş, 2., 6., 7., 10. ve 12. maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Değişiklik yapılan maddeleri inceleyecek olursak; madde 1’de hemşirelerin eğitimi konusunda değişiklik yapılmıştır. 1954 tarihli kanunda hemşirelik; ortaokulu bitirmiş, 25 yaşını aşmayan kadınlara hemşire unvanı verilirdi, 2007 tarihli değiştirilen madde 1’de ise hemşireliğin lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olanlara hemşire unvanı verilir. Yapılan değişiklikte eğitimin yükseltilmesi ve cinsiyet ayrımının kaldırılması iyi bir gelişmedir. Fakat eğitim olarak hala hemşirelikler ile ilgili liselerin eğitim vermesi devam etmektedir. Bu da alınan kararların uygulanmadığını açıkça göstermektedir. Hemşirelik mesleğinde çatışmalara yol açmaktadır.

¹³¹ Yürügen, B., a.g.k., http://hemsireyiz.biz/blogs/birsen_yurugen/archive/2007/01/04/t-rk-ye-de-hem-rel-k-ve-hem-rel-k-e-t-m.aspx (21.10.2009)

Değiştirilen madde 3'te ise; hemşireliği sadece Türk vatandaşı olanlar dışında kimse yapamaz olarak değişikliğe uğramıştır. Denklik sınavları halen devam etmektedir. Görevlerimiz konusunda oluşan madde 4'te; 1954'te ki kanunda da, 2007'de ki kanunda da olduğu gibi hemşirelerin ana görevi olarak, hekim tarafından verilen tedavileri uygulamak gösterilmiştir. Ancak bunun dışında, hemşirelik girişimi ve hemşirelik tanılama süreci gibi esasen içeriğinin doldurulması gereken kavramlarla, hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek, değerlendirmek yetki ve görevi verilmiştir. Yeni düzenlemede açık bir belirmeden ziyade, hemşirelik girişimi, hemşirelik tanılama süreci, hemşirelik bakımı gibi kavramlarını kullanarak, hemşirelerin görev ve yetkilerinin bu sınırlar çerçevesinde belirleneceğini ortaya koymaktadır. Aile hekimliğine ilişkin yeni kanun'da ki açık belirleme ve diğer mevzuata yapılan atıf dışında, kanun, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, konu yeni kanun'da da ayrıntılı olarak belirlenmemiş, görev ve yetkiler konusu, yönetmeliğe bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda çalışmaları olmaktadır. Hemşirelik unvan ve görev tanımlamaları yapılarak, ayrıntılı belirlenmeler yapılmıştır.

Unvanları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:¹³²

- Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Şeması
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
- Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
- Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu (Supervisör Hemşire)
- Eğitim Hemşiresi
- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
- Diyabet Eğitim Hemşiresi
- Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi
- Nutrisyon Hemşiresi
- Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
- Ameliyathane Hemşiresi (Dolaşan ve Steril Hemşire)
- Servis Sorumlu Hemşiresi
- Servis Hemşiresi

¹³² Hemşirelerin Görev ve Unvanları, <http://hemsireyiz.biz/forums/thread/15607.aspx> (25.10.2009)

- Poliklinik Sorumlu Hemşiresi
- Poliklinik Hemşiresi
- Evde Bakım Sorumlu Hemşiresi
- Evde Bakım Hemşiresi
- Hemodiyaliz Hemşiresi
- Merkezi Sterilizasyon Sorumlu Hemşiresi
- Rehabilitasyon Hemşiresi
- Kemoterapi Hemşiresi
- Sağlık Ocağı Sorumlu Hemşiresi
- Sağlık Ocağı Hemşiresi
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Sorumlu Hemşiresi
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Hemşiresi
- İş Sağlığı Hemşiresi
- Okul Sağlığı Hemşiresi
- Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi Hemşiresi
- Aile Hekimliği Hemşiresi
- Yoğun Bakım Hemşiresi
- Acil Hemşiresi
- Geriatri Hemşiresi

Değişiklik yapılan madde 8’de lisansüstü eğitim alan hemşirelere mesleklerinde ilerleme imkânı tanınmıştır. Elde ettikleri uzmanlık sonucunda, buldukları birimde uzman hemşire olarak çalışmalarını imkânı sağlanmıştır. Fakat bu gelişme devlet hastanelerinde uygulanmamaktadır. Sadece Üniversite Hastanelerinde uygulanmaktadır. Bu durum sonucunda, haksızlıklar ve rol çatışmaları yaşanmaktadır. Örnek olarak; lise hemşirelik mezunu olan başhemşire, yüksek lisans mezunu servis hemşiresinin yöneticisi olarak görev yapmasıdır.

Madde 9’da da hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin öncelikli haklara sahip oldukları belirtilmiştir. Belirlenen hüküm devlet hastanelerinde uygulanmamaktadır. Kanun’da maddelere ek olarak geçici maddeler konulmuştur. Geçici 1. maddede yer alan hasta bakıcılarını hemşire yardımcısı olması söz konusudur. Türkiye’de hemşire yardımcısı yoktur. Uygulamanın yerine hemşire alım sayısını arttırarak durumu kolaylaştırabiliriz.

Geçici 2. maddede yer alan hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğunun, hemşirelik programı ile değiştirilmiştir. Bu uygulama da, rol belirsizliklerinin çözümünü yapacaktır. Sağlık memurluğundan mezun olan kişiler hemşire olarak çalıştırılmaktadır. Özellikle erkek hemşireler açısından büyük bir gelişme olacaktır. Bunun gerçekleşmesi uzun bir zamanı kapsayacaktır. 25.04.2007 kabul tarihli, 02.05.2007 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Kanunu ilgili ek’te verilmiştir.

3.2. Meslek Olma Vasıfları

Meslek, insanların hayatlarını kazanmak için, belirli bir eğitim yoluyla kazandığı bilgi ve becerilere dayalı sürdürdükleri etkinlikler bütünüdür. Doğuştan getirilen yetenekler, potansiyeller ve daha sonra öğrenme yolu ile kazanılan bilgi ve becerilerin en iyi şekilde kullanılabilmesi doğru meslek seçimiyle mümkündür.¹³³ Meslekleşme sürecinin bir ucunda iş, diğer ucunda meslek yer almaktadır. Bir mesleğin uyması gereken ölçütler, bu sürecin iş ucunda zayıf, meslek ucunda ise kapsamlıdır.

Povalko, bir işi meslek yapan sekiz kriter belirlemiştir. Bunlar;¹³⁴

- Bilgi yükü
- Yapılan işin temel sosyal değerlere uygunluğu
- Eğitim süresi
- Motivasyon
- Otonomi
- Mesleğe bağlılık bilinci
- Birlik inancı
- Meslek ahlakı yasadır.

¹³³ Beydağ, K.D., Arslan, H., Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Bildirileri Kitabı, Ankara, Nisan, 2007, s.1.

¹³⁴ Erbil, N., Bakır, A., Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi, 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Bildirileri Kitabı, Şanlıurfa, Nisan, 2006, s.292.

3.3. Meslek Olarak Hemşirelik

Hemşirelik bir meslek olarak, hekim buyruğunun yerine getirmenin dışında ne yapması gerektiği konusunda yol gösterecek kadar bilgiyle donanmamıştır. Hekim ve hemşirelerce benimsenen bu çalışma şeklinin, oluşumunu etkileyen çeşitli etmenler bulunmaktadır. Başlangıçta hemşire eğitimi ve yönetiminin büyük bir bölümünün hekimler tarafından yapıyor olmasıdır. Hekimlerin hemşireleri eğitmesi, hemşirelerin bu konumda olmalarında etkili olmuştur.

Dünya’da 1940’lar da, ülkemizde ise 1954’ler de tıbbın ve hemşirelik bakımının ayrılıkları üzerinde konuşulmaya başlanmıştır. Hemşire liderler, hemşireliğin bir meslek olduğunu ve otonomisinin bulunması gerektiği üzerinde durmaya başlamışlardır. Yüksekokulların açılmasıyla, hemşireler kariyer yapmaya, araştırmaya, incelemeye yönelmişler, kitap ve makale yayınlamaya başlamışlardır. Bu gelişmeler hemşire-hekim ilişkilerinin dönüm noktasını oluşturmuştur. Gelişmeler doğrultusunda hemşirelerin kendileri hakkındaki düşünceleri değişikliğe uğrayarak, düşünmeye yönelmişlerdir. İş merkezli yaklaşımın dışına çıkarak, hastanın gereksinimlerini esas alan ve kendilerinin temel uğraşı alanı olan bakım fonksiyonlarına sahip çıkmaya başlamışlardır. 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 oluştururlar. İyi niyet, içtenlik ve sevgi diğer meslek çalışanlarından fazlasıyla beklenmezken, hemşirelerden bu yönde daha yüksek bir beklenti bulunmaktadır.¹³⁵

Ülkemizde hemşireliğin meslekleşme mücadelesi hala devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde, hemşirelik özerkliğine kavuşmuş ve ayrı bir sağlık disiplini olduğunu kanıtlamış durumdayken, ülkemiz gibi az gelişmiş ülkelerde hemşirelik mesleği hala ayrı bir disiplin olduğunu kanıtlamaya çalışmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde hemşireliğin eğitim düzeyinin en az lisans düzeyine yükseltilmesi hemşirelik mesleği açısından önemli bir gelişme olmuştur. Hemşirelik, güç çalışma şartlarını gerektiren, özveri, sabır, hoşgörü kavramlarını içinde bulunduran zor bir meslektir. Hemşirelik, diğer mesleklerde olduğu gibi, toplumsal

¹³⁵ Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin Betimlenmesi. S.41. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/fulltext/2021.pdf> (15.10.2009)

ihtiyaçlardan doğan, insan hayatıyla yakından ilgili meslektir. Hemşirelik, ekip çalışmasını bilen, el becerisi olan, hızlı çalışan hünerli eller ister. Temelinde sevgi, saygı yatar. Hemşire din, dil, ırk ayrımı gözetmeksizin, birey, aile ve topluma sağlığını kazandırmak için çalışır. Bu nedenle sevgiden, Őfkatten, disiplin ve ciddiyetten uzak bir kişinin bu mesleği icra etmesi mümkün değildir. Hemşire, sağlığı yerinde olmayan, yardıma muhtaç insana hizmet vermektedir. Hemşireleri, hem eğitim açısından hem de psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan desteklenmesi gereken bir meslek grubu olarak ortaya çıkmaktadır.¹³⁶

4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

4.1. Yönetici Hemşirelerin Rollerini

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hemşirelik hizmetleri bölümünü yönetmekten sorumludur. İyi bir hemşirelik hizmetleri yönetiminin, iyi bir hemşirelik bakımının sağlanmasıyla yakın ilişki bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetinin etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanmasında hastane ile hemşirelik hizmetleri bölümünün yönetim yapısı büyük rol oynamaktadır. Hemşirelik hizmetleri yönetimi; hastane veya diğer sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımını en üstün bir şekilde karşılanması için gerekli olan her türlü olanağı sağlayan koordine faaliyetler sistemidir. Faaliyetler, hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleşmesine yöneliktir.¹³⁷ Hemşirelik hizmetleri yönetimi, bireyin sağlığının korunması, sağlığı bozulduğunda tedavi ve bakım işlemlerinin hemşirelik hizmetleri personeli aracılığıyla sürdürülebilmesi için, insan gücü ve maddi kaynakların sağlanmasını, bu kaynakların ekonomik Şekilde kullanılmasını gerektiren bir süreçtir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi süreci; veri toplama, planlama, örgütleme, kadrolama, yönlendirme ve kontrol işlevlerini kapsamaktadır.¹³⁸

¹³⁶ Doğanay, S., Hemşirelikte İş Tatmini, (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi), İstanbul, 2009, s.15-16.

¹³⁷ Velioğlu, P., İ.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastaneleri'ndeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor, Hemşirelik Bülteni, Cilt 2, Sayı 7, İstanbul, 1986, s.1-9.

¹³⁸ Gülten, U., Hemşirelik ve Yönetim, Ankara, 1993, s.66.

Yönetici hemşirelerin yukarıda belirtilen yönetsel fonksiyonlarını etkili bir şekilde yerine getirmeleri ile iyi işleyen bir hemşirelik hizmetleri yönetimi sağlanabilecektir. Yöneticilerin, astlarının işlevlerini iyi bilmesi, denetim ve kontrol yapmalarını kolaylaştıracak, sorumluluk ve yetkinin dengeli şekilde dağıtılması organizasyona etkinlik kazandıracaktır. İyi bir iletişim ağının kurulması, çağdaş ve objektif tutumların sergilenmesi, yönetici hemşirelerin başarısını arttıracaktır. İyi bir hemşirelik hizmetleri yöneticisinin başarılı olması için aynı zamanda liderlik özelliklerine de sahip olması gerekmektedir. Hemşirelik hizmetleri yöneticiliği özel bilgi, beceri, tecrübe ve anlayış gerektirir. Hastanelerde, hemşirelik hizmetleri yönetimi hemşirelik hizmetleri müdürünün sorumluluğu altındadır. Hemşirelik hizmetleri müdürü, hemşirelik hizmetleri ile diğer sağlık hizmetleri arasında ki koordinasyonu sağlayarak hizmetleri kopukluktan kurtarır. Amerikan Yönetici Hemşireler Kurulu, yönetici hemşireler için altı rol ve fonksiyon belirlemiştir. Yönetici hemşire.¹³⁹

- Klinik uygulamadaki hemşireliğe ve hastanın sağlığı için kurumdaki uygun yere sevk edilmesine ilişkin süreçlerin mükemmel olmasından sorumludur.
- İnsan kaynakları, mali ve diğer kaynakların yönetimi için sorumludur.
- Hemşire ve hasta bakım personeli için kolaylık sağlamaya ilgili sorumludur.
- Birimiyle veya alanıyla ilgili oldukları noktada stratejik planlamadan sorumludur.
- Kaliteli hasta bakım sevkini sağlamak için bölümler arası işbirliğini sağlamaktan sorumludur.

Yönetici pozisyonundaki hemşirelere önemli roller düşmektedir. Ancak, hemşirelik hizmetleri yönetiminde başarı, yönetici hemşirelerin yanı sıra alt kademelerdeki (başhemşire/hemşirelik hizmetleri müdürü yardımcıları, gözetmenler/süpervizörler, servis sorumlu hemşireleri ve servis hemşireleri) hemşirelerin de yönetimde ne ölçüde yeterli olduğuna bağlıdır. Çünkü en üst düzeyde alınan kararlar ne denli doğru olursa olsun, yapılan planlar ne denli yeterli olursa olsun bunları

¹³⁹ Apaydın, K., Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetsel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri, (Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s.30.

uygulamaya aktarmada en alt düzeydeki başarısızlıklar, hemşirelik hizmetlerini kolayca yetersiz hale getirebilecektir.¹⁴⁰

4.2. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Görülen Sorunlar

Ülkemizde hemşirelik sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik bakımının kişinin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık halinde iyileştirilmesinde önemli etkeni bulunmaktadır. Günümüzde ülkemiz dâhil birçok ülkede, hasta gereksinimlerine göre neyin hemşirelik bakımı olacağı konusunda, hemşirelerin kendilerinin karar vermesinin uygun olduğu konular yasallaştırılmış olmamalarına karşı, hemşireler bu kararları uygulayabilmektedirler. Ülkemizde, yasalarda olan bazı hususların tam olarak uygulamaya sokulamaması sonucu, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin ortaya konulması kısıtlanmaktadır. Bu durum, hemşirelik hizmetleri grubunun iş verimliliğini azaltmakta, çalışma hayatı sonunda doyumsuz olmalarına neden olmakta ve mesleki gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Halkın hemşireyi sadece hekimin emirlerini yerine getiren ve hekimin denetiminde olan, sağlık bakım hizmetlerinde alt grubu oluşturan bireyler olarak görmesine neden olmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinde karşılaşılan sorunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;¹⁴¹

- **Farklı düzeylerde eğitim alma:** Ülkemizde hemşirelik eğitimi lisans, ön lisans, açık öğretim, lise sonrası 18 aylık kurs, ortaokul sonrası 4 yıllık lise şeklinde beş ayrı düzeyde verilmiştir ve bu farklılık devam etmektedir. Bu heterojenlik mesleği algılama, mesleki çabaları benimseme, belirli bir gelire sahip olma gibi özelliklerinden dolayı mesleği olumsuz etkiliyor. Eğitim düzeylerinin farklılığı, çalışma yaşamında yetki ve sorumluluklara yansımıyor. 1996 yılında kapatılan Sağlık Meslek Liseleri 2001 yılında tekrar açıldı, hemşirelerin üniversite düzeyinde eğitim talepleri dikkate alınmadı. Oysa şu an dünyada ortaokul sonrası lise eğitimi ile yetinen ülke bulunmamaktadır.

¹⁴⁰ Apaydın, K., a.g.k., s.30.

¹⁴¹ Türkiye’de Hemşireliğin Temel Sorunları, <http://www.dersimiz.com/belirligun/bilgi.asp?id=389> (20.10.2009)

- **Hemşirelik Kanunu:** 1954 yılında çıkarılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu hemşirenin değişen ve yapmakta olduğu rol ve işlevlerini kapsamıyor. Avrupa Birliği süreciyle birlikte hızla uyum yasaları çıkarılırken hemşirelik yasasının gündemde olmaması, çıkan yasaların ülkemiz sağlık ihtiyaçlarını yansıtmamaktadır.
- **Hemşire istihdamı:** Sağlıkta dönüşüm adıyla yürütülen politikalar, genelde sağlık çalışanlarını, özelde hemşireleri oldukça olumsuz düzeyde etkilemiş; halen etkilemeye devam etmektedir. Sağlıktan kar elde etmeyi hedefleyen bu politikalar tedavi edici sağlık hizmetlerine dayandığı, koruyucu sağlık hizmetlerini yok saydığı ya da finansal olarak bireysel sorumluluk alanını daralttığı için hemşirelerin istihdam sorunları ülkemiz dâhil, pek çok ülkenin önemli bir sorunu. Ülkemizdeki toplam 80 bin hemşirenin yüzde 90'ı tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışıyor. Bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kadronun yarısından bile az sayıda hemşire ile yürütülmektedir. Örneğin 300 yataklı bir çocuk hastanesi için 400 hemşire kadrosu belirlenmişken 150–170 hemşire ile hizmet verilmektedir. Böylesi yoğun koşullarda çalışan hemşireler kendi alanları olan bakımı başkalarına bırakma tehlikesiyle karşı karşıyadır. Bu durum mesleğin özerkliğini, bakım kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hemşireliğin sadece hekim istemlerini uygulayan bir meslek olarak algılanmasına neden olmaktadır.
- **Branşlaşma:** Ülkemizde temel eğitim sonrası akademi dışında branşlaşma olanakları yoktur. (Ameliyathane hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, onkoloji hemşireliği vb.) Yıllarca onkoloji hemşireliği yapmış hemşireler çok farklı alanlarda çalıştırılabilmektedir. Bu durum mesleki doyumu azaltarak tükenmişliği artırmaktadır.
- **Cinsiyet:** Hemşireliğin sosyolojik özelliklerinin en başında gelen önemli faktör cinsiyettir. Ülkemizde erkek hemşirelerin sayılarının çok az olması ve hemşireliğin kadınlara özgü bir meslek olarak algılanması mesleğin gelişimini olumsuz yönde etkiliyor. Ataerkil aile temelli toplumumuzda kadınlardan erkeğe boyun eğme ve saygı

beklendiğinden, kadınlardan oluşan hemşirelik de bu anlamda büyük ölçüde payını almıştır.

- **Finansal Sorunlar:** Hemşirelerin çalışma koşullarındaki tüm finansal yetersizlikler özellikle de düşük ücretlenmeden kaynaklanan sorunlar, nitelikli hizmet sunmalarını etkilemektedir.

4.3. Hastanelerde ve Hemşirelik Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi

Hastanelerin sunduğu sağlık hizmetinin artırılmasında, verilen hizmetin farklılığı nedeniyle, insan kaynakları yönetimi işlevlerinin büyük önemi bulunmaktadır. Hastanede görevli personelin çoğunluğunu oluşturan, hemşirelik personelinin yönetimi de bu açıdan ayrı bir önem taşımaktadır. İnsan kaynakları yönetimi; 18. yy. sonlarında İngiltere’de başlayan sanayi devrimi döneminde personelle ilgili konuların önem kazanıp, üzerinde durulmasının gerekliliğinin hissedilmesi ile başlamıştır.¹⁴² Hastanelerdeki insan kaynakları yönetiminde meslek gruplarının çokluğu ve karmaşık bir yapı oluşturması nedeniyle genellikle çatışmalar olmaktadır. İnsan kaynakları yönetimi, bir örgütün esas hedefine varmasını sağlamak amacı ile bu örgüte ait personelin sağlanması, yetiştirilmesi, geliştirilmesi, maddi açıdan tatmini, tamlaşması, sağlık ve korunmanın sağlanmasını ele alan bir yönetim sürecidir. Personel yönetimi işlevleri; planlama, organizasyon, emir-komuta, kontrol, tedarik, işe yerleştirme, eğitim, geliştirme, ücretlenme, sağlık ve korunmadır.¹⁴³

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde, yönetici hemşirelerin insan ögesinden en etkili biçimde yararlanabilmeleri için, insanı iyi tanımaları, insan gereksinimlerini, insanın ruh sağlığını korumak için kullandığı savunma mekanizmalarını iyi bilmeleri, çalışanları olumlu yönde harekete geçirebilecekleri güçlerini iyi tanımaları ve kullanmaları gerekmektedir. Böylece, çalışan elemanlarıyla neleri başarabileceğini çok daha iyi bilir. Planlarını daha gerçekçi yaparak, belirlediği hedeflerine etkin bir şekilde ulaşır. Yönetici hemşire insan kaynaklarını daha iyi yönetme becerisine sahip olur.

¹⁴² Telimen, O., Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler, İstanbul, 1978, s.27.

¹⁴³ Yalçın, S., Personel Yönetimi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No:246, İstanbul, 1991, s.4.

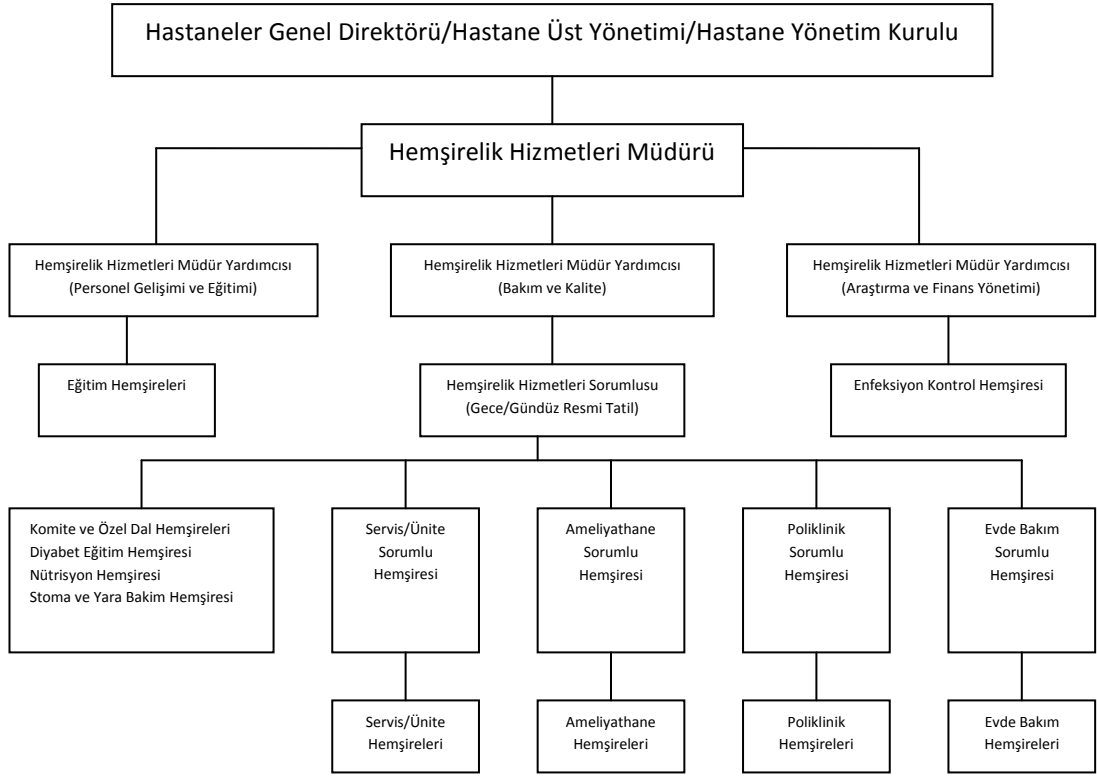
5.HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYON YAPISI

Organizasyon; belli bir işin yapılması için imkân ve kaynakların karşılıklı ilişkileri belirlenerek, belli bir yönetim yapısı içerisinde sistemli olarak yer almasıdır. Bir örgütte amaçlar, işler, mevkiiler, haberleşme, araç-gereç, insanların insanlarla ve insanların işle olan ilişkileri söz konusudur. Organizasyon, amaçları gerçekleştirmek için gerekli faaliyetlerin ve bu faaliyetlerin yapılması için personelin, kullanılacak araç ve gereçlerin belirlenmesidir.¹⁴⁴ Organizasyonların yararları;¹⁴⁵

- Görev, yetki ve sorumluluk karmaşasından kaynaklanacak çatışmaları önler.
- Yöneticilerin yöneltme ve denetim işlerine ışık tutar, bu işlevleri daha etkin düzeye yükseltir.
- Görev, yetki ve sorumlulukların belirlenerek, emir-komuta zincirinin oluşturulması ile belirsizliklerin önlenmesi, işlerde tekrarların engellenmesi ve boşluklardan kaçınılmasını sağlar.
- İnsan ve yönetimin diğer kaynakları arasında uyumlu ilişkiler kurarak bunlardan en üst düzeyde yararlanılmasını sağlar.
- Ekip çalışmasını ve iş birliğini sağlar.
- Astların kime karşı sorumlu oldukları belirlendiğinden rehberlik etkinliklerini artırır, ast-üst ilişkilerini düzenler.
- Birimler arası ilişkilerin kurulmasını ve bunlar arasındaki uyumu sağlar.
- Grup motivasyonunu ve birlikte istekle çalışma ortamının oluşmasını sağlar

¹⁴⁴ Sözen, C., Sağlık Yönetimi, Ankara, 2003, s.21.

¹⁴⁵ Ertürk, M., İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2000, s.77-78.



Tablo 2. Hemşireliğin Organizasyon Yapısı

Kaynak:Hemşireliğin Organizasyon Yapısı

http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf (30.10.2009)

Hemşireliğin organizasyon yapısı Hastane Üst Yönetimine bağlı Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcıları ve onlara bağlı şekilde gösterildiği gibi diğer bölümlerden oluşmaktadır.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Hemşireliğin Organizasyon Yapısı, http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf (30.10.2009)

6.HASTA HAKLARI İÇERİSİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hasta haklarının değişik tanımları yapılmıştır. Birkaç tanesi aşağıdaki gibidir;

Hasta hakları, sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kurumları ve sağlık personeli karşısındaki haklarını tarif eden bir kavramdır.¹⁴⁷ Hasta hakları, insan hakları kuramında ‘sağlık hakkı’ olarak ifade edilen temel hakka dayandırılır.¹⁴⁸ Hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimleri ifade eder.¹⁴⁹

Yukarıda verilen tanımlardan çıkaracağımız sonuç; hasta hakları, evrensel insan hak ve özgürlüklerin önemli bir parçasıdır. Ülkemizde hasta haklarını, Anadolu Selçuklular zamanına kadar götürebiliriz. Darüşşifalarda; din, dil, ırk farkı gözetilmeden her hastanın tıbbi bakım ve tedavisi yapılmıştır. Hastaların ilaçları da buralarda yapılır ve parasız hastalara dağıtırdı. Osmanlı Devleti’nde ise, hastadan rıza alınması hekim-hasta ilişkisinde Osmanlı hekimlerinin uydukları kurallardan biridir. Hekimlerin tıbbi müdahaleye başlamadan önce hastalarından rıza senedi aldıkları bilinmektedir. Özellikle sakatlık ve ölüm olasılığının yüksek olduğu tıbbi müdahalelerde, iki şahit huzurunda hastadan rıza alma alışkanlığı bulunuyordu. Cumhuriyet Döneminde 1960 yılında yayımlanan ‘Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin’ bazı maddelerinde ve 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’yle ve ‘Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği’nde hasta ve hasta yakınlarının hakları güvence altına alınmıştır.¹⁵⁰

Sağlık çalışanları, hasta haklarına 1970’lerin başından bu yana gittikçe artan bir ilgi göstermektedir. Çağımızda, hiçbir çağda gözlenmeyen bilgi çoğalmas ve teknolojik ilerlemeler yer almaktadır. Bilgisayar tüm alanlara girmiş, toplum daha bilgili daha duyarlı olmaya başlamış, bireylerin sağlığa, hastalığa ve haklarına yönelik ilgileri artmıştır.¹⁵¹

¹⁴⁷ Ocaktan, E., Yıldız, A., Özdemir, O., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara, 2004, s.57.

¹⁴⁸ Hatemi, H., Özel Haklarının Hakları, Sağlık Hakkı Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2006, s.42-44.

¹⁴⁹ Özlü, T., Kurumsal Metinler, Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları, İstanbul, 2005, s.14.

¹⁵⁰ Hasta Hakları, http://hastaninhaklari.blogcu.com/ozel-hastanelerde-hasta-haklari-uygulamasi_1936029.html (25.10.2009)

¹⁵¹ Velioğlu, P., Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, İstanbul, 1994, s.26.

Hemşirelik mesleği; sağlığı koruma, geliştirme bu amaçla eğitim ve danışmanlık yapma hizmetlerini de içerdiğinden, hasta haklarının korunması sorumluluğu bu mesleğin önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Hemşire, hastayla daha çok beraber olan, hasta bakımını planlarken, hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarını ele alan bir meslek üyesi olarak, hasta haklarının korunmasında da en uygun sağlık personelidir.¹⁵² Farklı bir açıdan bakarsak, hasta haklarının temelini oluşturan değerlerle, hemşirelik mesleğinin temel değerlerinin çok yakından ilişkili olduğu görülecek ve hastayla hemşire arasında bu bağlamda bir ortaklık ilişkisi söz konusudur. Bu alanda hemşirenin en önemli görevi hastaları mümkün olduğunca bağımsızlaştırmak ve karar verebilir konuma getirmektir. Diğer taraftan hemşirelerin, hastaların sağlık bakımı ile ilgili hakları konusunda cevap verebilecek şekilde kendi mesleki kuruluşlarının yaptığı girişimleri saygıyla karşılayacak yapıya sahip olmaları gerekmektedir.¹⁵³

Tarihsel sürece baktığımızda; geçmişte hemşirelik uygulamalarının sınırlı olduğunu görmekteyiz. Fakat günümüzde hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu değişim ve gelişim hemşirenin yeni rollere yönelmesine yol açmıştır. Hemşirenin gelişen çağdaş rollerinden biri de hasta haklarını savunucu rolüdür.¹⁵⁴ Savunuculuk, hastanın sorunlarını ele almayı, hastanın sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru sormasını, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Savunuculuğun ilk amacı, hastayı bağımsızlaştırmaktır. Bağımsızlığı sağlamak için hastayı içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, hastanın çıkarını korumak ve güvenlik altına almak önemlidir. Savunuculuğun ikinci amacı; sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli, haksızlıkların üzerine giden ve ilgili hale getirmektir.¹⁵⁵ Bu rol, temelini insan haklarından ve hasta haklarından alır. Hastanın sağlık sistemi içinde haklarını

¹⁵² Vural, G., Hasta Hakları, (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara, 1993, s.8.

¹⁵³ Zülfikar, F., Hastaların Hasta Haklarını Talep Etme Durumları, (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 1999, s.16.

¹⁵⁴ Ekici, B., Hemşirelerin Hasta Haklarını Savunucu Rolü, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi bildirileri Kitabı, Erzurum, 1999, s.362-365.

¹⁵⁵ Vural, G., Öğrenci Hemşirelerin Hasta Savunuculuğuna Yönelik Yaklaşımları, III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul, 1997, s.332-339.

nasıl kullanacağını öğretir, hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını savunur.¹⁵⁶

Hemşireleri savunucu rolünde; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır.¹⁵⁷ Savunuculuğun önemi, hasta haklarını koruma konusunda yatar. Savunuculuk olmadan, hakların etkin korunduğu söylenemez. Hasta savunuculuğu ihtiyacı bakım ve tedavideki eksiklikten kaynaklanmaktadır. Hemşire hasta haklarını savunucu rolünde;¹⁵⁸

- Hastaya hastanedeki ve sağlık sistemindeki hakları hakkında bilgi verir.
- Hastanın haklarını anlamasını sağlar.
- Hastaya sağlık sistemi içinde bu haklarını nasıl kullanacağını öğretir.
- Hastanın haklarının önemsenmediği ya da yok sayıldığı durumlarda haklarını savunur.
- Hastayı hastalığı, tedavi, bakımı ve prognozu hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirir.
- Hastanın tedavi ve bakımına katılmalarına imkân verir.
- Sağlık ekibi içinde koordinasyonu sağlar.

Hemşire, rollerinin birçoğunu aynı anda yapar. Hastaya bakım verirken öğretim yapar, duygusal destek verir, hastanın haklarını korur. Bu nedenle hemşirenin bütün rollerini iyi kavraması, uygulamaya yansıtma becerisini kazanması ve geliştirmesi gerekir.

¹⁵⁶ Bayık, A., Türkistanlı, E., Hastaların Hasta Haklarını Bilme, Bu Haklardan Yararlanma Durumları ve Karşılaştıkları Riskler, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1992, s.778-783.

¹⁵⁷ Erdemir, F., Hemşirenin Rol ve İşlevleri Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2, Sivas, 1998, s.59-63.

¹⁵⁸ Ekici, a.g.k., s.362-365.

7. HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak ise yaşamın bir parçasıdır. Bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdaki kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda da çalışmak da bir insan hakkıdır.¹⁵⁹ Bu doğrultuda, sağlıklı ve güvenli iş ortamı, güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Hatta Uluslar Arası Hemşireler Birliği (ICN) bu düşüncelerden yola çıkarak 2006 temasını güvenli ortam, güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da pozitif uygulama, çalışma ortamı üzerine odaklamıştır. Çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakım kalitesinde de artışa yansıtacaktır. Diğer yandan, bir iş ortamında çalışanın sağlıklı olması sadece kendisini değil aynı zamanda hizmet verdiği kişileri de etkilemektedir. Sağlık çalışanının yani sağlık hizmeti verenin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini artırır. Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkiler.¹⁶⁰

Uluslar arası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır.¹⁶¹ İşin ve çalışma sürecinin neden olduğu birçok sağlık sorunu, iş kazaları gibi çalışma ortamlarından kaynaklanan tehlikeler sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bu da sağlıklı çalışma ortamının önemini çok daha açık olarak göstermektedir.¹⁶²

¹⁵⁹ Esmek, M., Demircan, S., Oflaslı, F., Baybek, H., Yatağan Termik Santrali Çalışanlarında 1995-1999 Yılları Arasında Görülen Sistem Hastalıklarının İncelenmesi, III. Uluslar Arası Katılımlı İş Sağlığı ve İş Yeri Hemşireliği Sempozyum El Kitabı, Zonguldak, 2003, s.164-171.

¹⁶⁰ Buğdaycı, R., Kurt, A., Ö., Tezcan, H., Şaşmaz, T., Kuruloğlu, N., Yüceer, N., T., Küçük, B., İçel İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongresi El Kitabı, Ankara, 2001, s.141.

¹⁶¹ Bilir, N., Yıldız, A., N., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s.602-603.

¹⁶² Dindar, İ., İşsever, H., Özen, M., Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Hemşirelik Forum Dergisi, İstanbul, 2004, s.59-63.

İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık hizmetlerinin birçok alanda özellikle de hastanelerde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü vardır.¹⁶³ Hastaneler, birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır. Hastaneler haricinde hiçbir iş yerinde elektrik-elektronik cihazlarının sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, infeksiyon riski taşıyan biyolojik materyal, kesici-delici aletler bir arada bulunmamaktadır.¹⁶⁴ Hastane içinde binlerce kişi için üç öğün yemek hazırlayan mutfak, sürekli temiz malzeme sağlanması gereken çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi, depolar yer almaktadır. Tüm bu etmenlerle birlikte yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları ve iş gerilimi sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarını olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.¹⁶⁵

Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışanlar için cıva ve gluteraldehid maruziyeti risk oluştururken ameliyathane çalışanları için toksik gazların etkisi olmaktadır.¹⁶⁶ Hemşirelerin ise hastayla daha fazla zaman geçiren ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları diğer sağlık personelinin daha yüksektir. Hemşirelik, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Bununla birlikte; tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.¹⁶⁷ Sağlık personelinin

¹⁶³ Nahçıvan, N., Bir İşyeri Ortamının Sağlık Riskleri Yönünden İncelenmesi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitapçığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Merkezi, İzmir, 1997, s.10-13.

¹⁶⁴ Dokuzoğuz, B., Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Yayın No:2, Ankara, 2004, s.403-417.

¹⁶⁵ Abbasoğlu, S., Emiroğlu, C., İlhan, N., M., Koşar, L., Kesedar, S., Müezzinoğlu, A., Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kime Emanet, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı:3, Ankara, 2006, s.173-179.

¹⁶⁶ Dokuzoğuz, B., a.g.k., s.403-417.

¹⁶⁷ Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A., S., Şerifi, B., A., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Düzce, 2005, s,55-65.

eylemlerinin çoğunluğu insanlara doğrudan hizmet sunmaya yönelik olduğundan, yapılacak olan en ufak bir hata düzeltilmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilir.¹⁶⁸ Sağlık çalışanlarında; aralıklı kontrol muayeneleri, bağışıklanmaları, çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ancak sağlığın korunabilmesi için öncelikle sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi, korunma önlemlerinin alınması ve bu etmenlere yönelik bilgilendirmenin yapılması gereklidir. İşyerlerinde sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapabilecek çeşitli faktörler bulunduğuna göre, bu faktörlerin neler olduğu ve iş yeri ortamında hangi düzeyde bulunduğu, iş yerinde kaç kişiyi etkilemekte olduğu gibi özelliklerin ortaya konması gereklidir.¹⁶⁹

Çalışma ortamında sağlığı ve güvenliği etkileyecek bazı faktörler yer almaktadır. Bunlar:

- **Kimyasal Faktörler ve Önlemler:** Sağlık çalışanı çalışma ortamında çeşitli kimyasal faktörlere maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanının bakım uygulamaları sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde 1. sırada dezenfektanlar, 2. sırada antiseptikler yer almaktadır. Bunların dışında; anestezi maddeler, latex, civa, glüteraldehid, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitototik maddelerde bulunmaktadır.¹⁷⁰ Kimyasal maddelerin etkinliği; konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bağlıdır. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda alınmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturmaktadır.¹⁷¹ Yapılan iş sırasında giyilen eldivenlerden dolayı latex alerjisi görülmekte, termometre ve barometrelerin kullanımı, sterilizasyonu sırasında kırılması sonucu deri ve solunum maruziyeti yaşanmakta, kullanılan solventler

¹⁶⁸ Karadağ, M., Yıldırım, N., Hemşirelerde Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Bel Ağrıları ve Risk Faktörleri, Hemşirelik Forumu Dergisi, Sayı:2, Ankara, 2003, s.48-54.

¹⁶⁹ Bilir, N., İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım, Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:5, Ankara, 2005, s.9-12.

¹⁷⁰ Dindar, İ., a.g.k., s.59-63.

¹⁷¹ Dokuoğuz, B., a.g.k., s.403-417.

karaciğeri, sinir sistemini etkilemekte ve inorganik kurşun kemik iliğinde etkili olup hemoglobin sentezini engellemektedir.¹⁷² Sağlık alışanlarının kimyasal risklerden korunması için koruyucu önlem kullanma ve uygulama düzeyinde el yıkama her zaman uygulanması gereken önlem olarak saptanmıştır. Koruyucu nlk, maske, yüz koruyucusu, gözlük, eldiven kullanma, ortamın havalandırılmasına zen gösterme, eskimiş ekipmanların değişimini sağlama, kimyasal maddelerle temas halinde ise cildi bol su ile yıkama diğer önlemler arasında yer almaktadır.¹⁷³

- **Fiziksel Faktörler ve nlemler:** Fiziksel faktörlerde ilk olarak aydınlatmayı ele alalım. Çalışanların kendilerini rahat ve ışıklı bir ortamda bulmaları, daha istekli çalışabilmeleri için yeterli ve tatmin edici bir aydınlatma düzeyi tercih edilmelidir. İşyerlerin aydınlatılmasında güneş ışığından yeterli derecede yararlanılması esas alınarak projelendirme yapılmalıdır. İyi bir aydınlatma görme keskinliğini arttırır, iş kazalarını azaltır, çalışanın başarısını arttırır, iş görmede çabukluk sağlar.¹⁷⁴ İkinci olarak gürültü yer almaktadır. Gürültü istenmeyen her türlü ses olarak tanımlanmaktadır. İşgücünün ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan gürültü işgücü verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Gürültüyü önlemek için; gürültü kaynağını kesmek ya da azaltmak, gürültü yapan makinelerin bakımını yaptırmak, binanın içindeki döşeme ve duvarları ses emici özellikteki malzemelerle kaplama işlemi yapılmalıdır.¹⁷⁵ üçüncü olarak iklimlendirme sistemleri yer almaktadır. Her türlü binadaki havalandırma sistemlerinin, uygun bir ısı ve nem içerecek şekilde geliştirilmesi gerekir. Hastanelerde oluşturulacak havalandırma sistemleri, mikroorganizmaların biyolojik ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak hastane kaynaklı veya mesleksi enfeksiyonları önleyecek şekilde yapılmalıdır.¹⁷⁶ Dördüncü faktör olarak iyonize

¹⁷² Berk, M., İş Sağlığında Biyolojik İzleme, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, İstanbul, 2005, s.23-26.

¹⁷³ Dokuzoğuz, B., a.g.k. s.403-417.

¹⁷⁴ Bayık, A., alışma Alanı Boyutlarının Belirlenmesinde Antropometrik Bir Yaklaşım (Anadolu Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 1992, s.27.

¹⁷⁵ Dokuzoğuz, B., a.g.k., s.403-417.

¹⁷⁶ Baykam, N., Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Havalandırmanın nemi, Hastane Enfeksiyonları El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004, s.373-381.

radyasyon yer almaktadır. Doğal radyoaktif maddeler olan radyum, uranyum, toryum'un ve suni radyoaktif maddeler olan izotopların tıpta kullanımı sağlık çalışanları için risk oluşturmaktadır. Radyoaktif maddelerden korunmada; bu maddelerden çıkan radyasyonla teması önlemek, kurşun bariyer kullanma, vücuda giren radyasyon miktarını belirli sürelerle ölçerek belirlemek ve periyodik olarak kan muayenelerini yapmak gerekir.¹⁷⁷

- **Enfeksiyöz Faktörler ve Önlemler:** Burada enfeksiyon ve sanitasyon yer almaktadır. Enfeksiyon açısından değerlendirecek; tüm insanlar çalışma ortamlarında mikroorganizmalarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Özellikle hastaneler enfeksiyon etkenleri bakımından zengin bir ortam oluşturmaktadır.¹⁷⁸ Enfeksiyonu önlemek için; çalışma ortamlarında uygun sterilizasyon yapılmalı, hasta ile temastan sonra eller yıkanmalı, gerekli işlemlerde maske, önlük, eldiven, gözlük kullanılmalı, temiz ve kirli malzemeler ayrı yerlerde muhafaza edilmeli, ucu sivri aletler uygun koruyucu kaplara yerleştirilmeli, sağlık birimlerinin periyodik denetimleri yapılmalı vs.¹⁷⁹ Diğer faktör olan sanitasyonu ele alacak olursak; hastanelerde özellikle nemli, organik materyal içeren ortamlarda bakteriler üreyebilir ve patojen mikroorganizmalar buralarda yoğunlaşabilir.¹⁸⁰ Bunları önlemek amacıyla; tüm personel kullanım sırasında atıklar konusunda bilinçlendirilmeli, atıklar toplama aşamasında özelliklerine göre torbalarda toplanmalı, sıvı atıklar uygun arıtmadan sonra kanalizasyona atılmalı, vs.¹⁸¹
- **Ergonomik Faktörler:** Çalışma hayatı ve verimlilik bakımından ergonomik faktörlerin önemli yeri vardır. Çalışma koşulları bakımından rahat durumda olan iş kazasına uğrama riskleri az olmakta ve dolayısıyla iş verimleri daha fazla olmaktadır. Sağlık

¹⁷⁷ Akbulut, T., İşçi Sağlığında Özel Patoloji, İşçi Sağlığı, Prensipleri ve Uygulamaları, Ankara, 1994, s.38-42.

¹⁷⁸ Akman, G., Yıldırım, A., Hastane Temizliği, Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004, s.365-372.

¹⁷⁹ Yıldırım, G., Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklardan Korunma, Hastane Enfeksiyonları El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004, s.419-423.

¹⁸⁰ Aygün, P., Yoğun Bakımda Enfeksiyon Kontrolü, Çevre Temizliği, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Sayı:2, İstanbul, 2004, s.176-178.

¹⁸¹ Uysal, Ü., Hastane Atıkları, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Sayı:2, Ankara, 2004, s.122-126.

çalışanlarında ergonomik faktör olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi sorunlarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir.¹⁸² Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler hastaların yapamadığı fonksiyonlarında ve onların taşınmasında yardımcı olmak durumundadır.

- **Beslenme:** Birçok ülkede yapılan incelemeler iş yerlerinde beslenme olanaklarının sağlanmasının yararlı olduğunu göstermiştir.¹⁸³ Yeterli ve dengeli bir beslenme; sağlık çalışanının verimini artırır, yapılan üretimi artırır, hastalıkları azaltır, meslek hastalıklarını azaltır, çalışanların sağlığını geliştirir, işe devamsızlığı azaltır, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirir, çalışanın hastalıklara karşı direncini artırır.¹⁸⁴
- **Psikososyal faktörler:** Bu durumu üç aşamada ele alacağız. İlk olarak stres konusuna bakalım. Sağlık çalışanlarında; rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların ve süpervizörlerin desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziki çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, karmaşık ilişkiler, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi nedenler işle ilgili strese, gerginliğe yol açmaktadır.¹⁸⁵ Özellikle hemşireler, organizasyonel ortam, ekip ve hasta/aileleri ile ilişkiler, hasta bakımı sağlamada algılanan rol çatışmaları, belirsizlikler ile karşı karşıya kalmaktadır.¹⁸⁶ Bunun sonucunda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalar görülmekte ve iş motivasyonları azalmakta, iş verimi düşmekte, işi bırakma olguları artmaktadır.¹⁸⁷

¹⁸² Kitiş, A., Cavlak, U., Sağlık Çalışanlarında Ağrı Analizi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001, s.173.

¹⁸³ Güven, R., Çalışanların Beslenmesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:5, Ankara, 2005, s.8-12.

¹⁸⁴ Aktaş, N., Çekal, N., İş Verimliliğinin Arttırılmasında Beslenmenin Rolü, II. Ulusal İş Sağlığı ve İş Yeri Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, 2001, s.119-123.

¹⁸⁵ Tokmak, Yüksel, F., Sağlık Çalışanlarının Sorunları, Sağlık Çalışanlarının 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001, s.105-108.

¹⁸⁶ Işıl, Ö., Barlas, G., Ü., Onan, N., Karaca, S., Ç., Coşkun, S., Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Gereksinimleri, Hemşirelik Forumu, Sayı:1, İzmir, 2002, s.1-6.

¹⁸⁷ Tel, H., Karadağ, M., Sağlık Personelinin Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001, s.144.

İkinci olarak iş doyumunu ele alacağız. Bireyin işi, yaşamına anlam katan en önemli doyum alanlarından biridir. İş doyumunu; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur.¹⁸⁸ Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük insan gücünü günün 24 saati hizmet vermesi bakımından hemşireler oluşturduğundan, hemşirelerde iş doyumunu daha da önem taşımaktadır.¹⁸⁹ Çalışma ortamındaki doyumsuzluk yaşayan birey, olumsuz duygulara yönelecek, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozulacaktır. Bunun sonucunda bireyde işten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği yaşayacaktır.¹⁹⁰ Üçüncü olarak şiddeti ele alacağım. Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenliği olumsuz etkileyen etmenlerden biri de şiddettir. Şiddet, fiziksel saldırı, sözel saldırı ya da cinsel taciz şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hemşireler çalışma ortamlarında diğer alanlarda çalışanlara oranla şiddetle daha sık karşılaşmaktadırlar.¹⁹¹

Hastalara ve yaralılara yardım etmeye çalışan sağlık personelinin çalışma ortamında şiddet ve saldırıya maruz kalması, şaşırtıcı ve kabul edilemez bir durum olarak görülmektedir. Bireysel ve toplumsal kargaşa, şiddet eylemlerinin kaynağı olarak bilinmektedir. Sağlık bakım alanlarından birisi olan acil servisler, kendine özgü nedeniyle şiddet olaylarının sık yaşandığı yerlerdir. Genel olarak acil servislerin, yirmi dört saat boyunca ulaşılabilir alanlar olması, sıkıntı veren ve çoğunlukla karışık ortamı paylaşan çok sayıda bireyin bulunması, burayı şiddete açık bir konuma getirmektedir. Acil servislerde şiddetin sebepleri arasında; uzun süreli bekleme saatleri nedeniyle engellenme, uygun olmayan bekleme ortamı, hasta, aile ve personel arasındaki yetersizlikler, stres, ağrı, bilinmeyenden korkma, vakaların özellikleridir. Şiddet, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal yapısına, doğaya ve nesnelere zarar verebilir. Şiddet, sağlık personeli üzerinde ilk etkilerinden başka

¹⁸⁸ Pınar, R., Arıkan, S., Hemşirelerin İş Doyumu, Etkileyen Faktörler, İş Doyumu İle Benlik Saygısı ve Asertivite İlişkisi, VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1998, s.159-170.

¹⁸⁹ Karadağ, G., Sertbaş, G., Güner, İ., Ç., Taşdemir, H., S., Özdemir, N., Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Sayı:6, Ankara, 2002, s.259-266.

¹⁹⁰ Mollaoğlu, M., Fertelli, T., K., Tuncay, F., Ö., Hemşirelerde Tükenme ve Otonomi Düzeylerinin İncelenmesi, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı:4, Ankara, 2005, s.259-266.

¹⁹¹ Uzun, Ö., Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetini Önlemek İçin Öneriler, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi El Kitabı, Ankara, 2001, s.188.

stresin artmasına, uzun ve kısa süreli bozukluklara yol açmaktadır. Bütün bu yaşananlar personelin iş doyumunu azaltabilmekte ve kurumdan ayrılmasına neden olabilmektedir. Acil servislerde hemşirelerin şiddet olaylarına yaklaşımları çeşitli açılardan düşünülebilmektedir. Bu yaklaşımlar, hemşirelerin ve hastaların eğitilmesi, etkin iletişim becerilerinin uygulanması, şiddet olgularının rapor edilmesi, şiddet olaylarını önleyebilecek prosedürler hazırlanması ve standartlar geliştirilmesi şeklinde belirlenebilir.¹⁹²

¹⁹² Aslan, Ö., Lofçalı, A., Uğur, Ş., Tuğlu, A., Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olguların Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2005, s.18-19.

8. ANKETE VERİLEN CEVAPLARIN İNCELENMESİ

8.1. Ankete Katılan Hemşirelerin Yaşları

Tablo 3: Hemşirelerin Yaş Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan 18-25	21	9,6
26-30	100	45,9
31-35	61	28,0
36-40	15	6,9
40+	21	9,6
Toplam	218	100,0

Ankete katılan toplam 218 kişinin yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında; 18–25 yaş arasında 21 kişi, % 9,6’sını, 26- 30 yaş arasına ankete katılanların sayısı 100 kişi, % 45,7’sini, 31–35 yaş yaşları arasında ise 61 kişi, % 28’ini, 36–40 yaş aralığında 15 kişi, % 7’sini, 40 yaş ve üzeri olan hemşire sayısı 21 kişi olup, çalışmanın % 9,6’sını oluşturmaktadır.

8.2. Ankete Katılan Hemşirelerin Cinsiyet Dağılımı

Tablo 4: Hemşirelerin Cinsiyet Dağılımı Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kadın	185	84,9
Erkek	33	15,1
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 kişi cinsiyetlerine göre ele alındığında; bayan hemşire sayısı 185 olup, % 84,9 oluşturmaktadır. Erkek hemşirelerin sayısı 33 kişi olup, bu da ankete katılan erkek hemşirelerin % 15,1'ini oluşturmaktadır.

8.3. Ankete Katılan Hemşirelerin Medeni Dağılımları

Tablo 5: Hemşirelerin Medeni Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Bekâr	93	42,7
Evli	119	54,6
Boşanmış	6	2,8
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin medeni durumlarına bakıldığında; bekâr hemşire sayısı 93 kişi olup, bu da % 42,7'sini, evli hemşire sayısı 119 kişi, % 54,6'sını, boşanmış hemşirelerin sayısı 6 kişidir. Toplam içindeki payı % 2,8'dir.

8.4. Ankete Katılan Hemşirelerin Çocuk Sayısı

Tablo 6: Hemşirelerin Çocuk Durumu

		Sayı	Yüzde (%)
Katılan	Yok	123	56,4
	1	52	23,9
	2	38	17,4
	3+	5	2,3
	Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirelerin; çocuğu olmayanların sayısı 123 kişidir. Bu da % 56,4'ünü oluşturmaktadır. Çocuk sayısı 1 olan kişilerin sayısı 52 olup, % 23,9'dur. 2 çocuk sahibi olan hemşirelerin sayısı 38'dir. % 17,4'ünü oluştururken, çocuğu 3 ve daha fazla olan hemşire sayısı ise 5 kişi olup, % 2,3'ünü oluşturmaktadır.

8.5. Ankete Katılan Hemşirelerin Eşlerinin Sağ Olması

Tablo 7: Evli Hemşirelerin Eşlerinin Sağ Olma Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
Evet	121	55,5
Hayır	1	,5
Toplam	122	56,0
Katılmayan	96	44,0
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin eşlerinin sağ olup olmadığı açısından anket sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; sağ olanların sayısı 121, % 55,5'ini, eşleri sağ olmayan hemşirelerin sayısı 1, % 5'ini, ankete sorusuna cevap vermeyen hemşirelerin sayısı 96 kişi olup, % 56'sını oluşturmaktadır.

8.6. Ankete Katılan Hemşirelerin Eşlerinin Çalışması

Tablo 8: Hemşirelerin Eşlerinin Çalışma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
Evet	110	50,5
Hayır	12	5,5
Toplam	122	56,0
Katılmayan	96	44,0
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin eşlerinin çalışıp çalışmadığı sorulmuş, eşi çalışan hemşirelerin sayısı 110 kişi olup, % 50,5'ini oluşturmaktadır. Eşi çalışmayan hemşire sayısı 12 kişidir. Bu da % 5,5'ini oluşturmaktadır. Ankete cevap vermeyen hemşire sayısı 96 kişi olup, % 44'ünü oluşturmaktadır.

8.7. Ankete Katılan Hemşirelerin Evde ya da Lojmanda Kalmaları

Tablo 9: Hemşirelerin Evde ya da Lojmanda Kalma Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Evde	188	86,2
Lojmanda	30	13,8
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin; evde kalan hemşireler 188 kişi, % 86,2'ini, lojmanda kalan hemşirelerin sayısı 30'dur. Bunların yüzdesi ise % 13,8'ini oluşturmaktadır.

8.8. Ankete Katılan Hemşirelerin Oturdukları Evin Kendilerine Ait Olup Olmadıkları

Tablo 10: Hemşirelerin Oturduğu Evin Kendisine Ait Olup Olmadığı Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kira	145	66,5
Kendime ait	73	33,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin oturduğu evin kendisine ait olup olmadığı sorulmuş, ankete verdikleri cevaplar ise şu şekilde oluşmuştur: kirada oturanların sayısı 145 olup, % 66,5'ini oluşturmaktadır. Oturduğu evin kendisine ait olan hemşirelerin sayısı 73 kişidir. % 33,5'ini oluşturmaktadır.

8.9. Ankete Katılan Hemşirelere İşe Gidiş Gelişlerde Servis Hizmeti Sunumu

Tablo 11: Hastanede İşe Gidiş-Gelişlerde Servis Hizmeti Sunum Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Hayır	218	100,0

Hastanede çalışan kişilere işe gidiş gelişlerde servis hizmeti kesinlikle sunulmamaktadır.

8.10. Ankete Katılan Hemşirelere Servis Hizmetinin Sunumunun İş Verimine Etkisi

Tablo 12: İşe Gidiş Gelişlerde Servis Hizmetinin Sunumu Güven ve İş Verimini Arttırma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Katılmıyorum	22	10,1
Katılmıyorum	16	7,3
Katılıyorum	72	33,0
Kesinlikle Katılıyorum	108	49,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire servis hizmeti sunulduğunda iş veriminin artacağına kesinlikle katılmayanların sayısı 22 kişidir. % 10,1'ini oluşturmaktadır. Ankette sorulan soruya katılmayanların sayısı 16 kişidir. % 7,3'ünü oluşturmaktadır. Ankette sorulan soruya katılanların sayısı 72 kişi olup, % 33 ile yer almaktadır. Kesinlikle katılanların sayısı 108 kişidir. % 49,5'ini oluşturmaktadır.

8.11. Ankete Katılan Hemşirelerin Mezun Olduğu Okul

Tablo 13: Hemşirelerin Mezun Olduğu Okul Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Sağlık Meslek Lisesi	78	35,8
Açık Öğretim Ön lisans	39	17,9
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	26	11,9
Lisans	73	33,5
Lisans Üzeri	2	,9
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire eğitim durumları incelendiğinde; sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin sayısı 78 kişidir. % 35,8'ini oluşturmaktadır. Açık öğretim ön lisans mezunu hemşirelerin sayısı 39 kişi olup, % 17,9'unu, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunu olan hemşirelerin sayısı 26 kişidir ve % 11,9'unu oluşturmaktadır. Lisans mezunu hemşire sayısına bakıldığında 73 kişidir ve % 33,5 yer almaktadır. Lisans üzeri mezun hemşire sayısı 2 kişidir. %9'unu oluşturmaktadır.

8.12. Ankete Katılan Hemşirelerin Kaç Yıldır Hemşirelik Yaptığı

Tablo 14: Hemşirelerin Kaç Yıldır Hemşirelik Yapma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan 0-2	16	7,3
2-5	66	30,3
5-10	64	29,4
10 üzeri	72	33,0
Toplam	218	100,0

Yukarıdaki tabloya bakıldığında; ankete katılan 218 hemşirenin kaç yıldır hemşirelik yaptıkları sorulmuştur. Alınan cevaplarda en çok 10 ve üzeri yılda olanlar öne çıkmış ve toplam sayısı 72 kişi olup, % 33'ünü oluşturmaktadır. 0-2 yıl arasında bulunan hemşire sayısı 16 kişidir, % 7,3'ünü oluşturmaktadır. 2-5 yıl arasındaki hemşire sayısı 66 kişidir. % 30,3'ünü oluşturmaktadır. 5-10 yıl arasında 64 hemşire bulunmaktadır. % 29,4'ünü oluşturmaktadır.

8.13. Ankete Katılan Hemşirelerin Buldukları Kurumda Toplam Hizmet Yılı

Tablo 15: Buldukları Kurumda Toplam Hizmet Yılı Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan 1 yıldan az	16	7,3
1-2 yıl	50	22,9
3-5 yıl	69	31,7
6-10 yıl	32	14,7
11-15 yıl	26	11,9
15 yıl üzeri	25	11,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin kurumdaki toplam hizmet yılı açısından incelenmiştir. 1 yıldan az olan hemşire sayısı 16 kişidir. % 7,3'ünü oluşturmaktadır. 1-2 yıl olan hemşire sayısı 50, % 22,9'unu, 3-5 yıl arasında olan hemşire sayısı 69, % 31,7'sini, 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin sayısı 32, % 14,7'sini, 11-15 yıl olan hemşireler toplam 26 kişi, % 11,9'unu, 15 yıl ve üzeri bu hastanede hizmet veren hemşire sayısı 25 kişi ve % 11,5'ini oluşturmaktadır.

8.14. Ankete Katılan Hemşirelerin Kurumdaki Kadroları

Tablo 16: Hemşirelerin Kurumdaki Kadro Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kadrolu	101	46,3
4B sözleşmeli	117	53,7
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire kurumdaki çalışma durumları incelendiğinde; kadrolu hemşire 101 kişi, % 46,3'ünü, 4B sözleşmeli hemşire sayısı 117 kişidir ve % 53,7'sini oluşturmaktadır.

8.15. Ankete Katılan Hemşirelerin Aylık Gelirleri

Tablo 17: Hemşirelerin Aylık Gelir Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan 500–1000	78	35,8
1000 üzeri	140	64,2
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire aylık gelirine göre incelendiğinde; 500–1000 arasında 78 kişi görülmektedir. % 35,8'ini oluşturmaktadır. 1000 ve üzeri olan hemşire sayısı 140 kişidir. % 64,2'sini oluşturmaktadırlar.

8.16. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdaki Görev Bildirimlerindeki Bilgilendirilme

Tablo 18: Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdaki Görev Bildirimlerindeki Bilgilendirme Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Evet	30	13,8
Hayır	170	78,0
Bilmiyorum	18	8,3
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire görevler bildirimleri hakkındaki bilgileri incelendiğinde; kurumda açık, sınırları belirlenmiş yazılı görevlerinin olduğunu bilen hemşire sayısı 30 kişidir. Bunların % 13,8'ini oluşturmaktadır. Görevlerini bilmeyen hemşirelerin sayısı 170 kişidir. % 78'ini oluşturmaktadır. Görevleri konusunda bilgisi olmayan hemşirelerin sayısı 18 kişi olup, % 8,3'ünü oluşturmaktadır.

8.17. Ankete Katılan Hemşirelerin Mesleğe Girme Kararını Etkileyen Unsur

Tablo 19: Hemşirelerin Mesleğe Girme Kararını Etkileyen Unsur Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kendi İsteğimle	63	28,9
Ailemin Kararıyla	61	28,0
Ailemle Birlikte	53	24,3
Diğer	41	18,8
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşire, hemşireliğe girme kararı unsurları incelendiğinde; kendi istekleriyle hemşireliği tercih edenlerin sayısı 63 kişi olup, % 28,9'unu oluşturmaktadır. Ailelerin kararıyla tercih edenler 61 kişiden oluşmaktadır, bu da % 28'ini oluşturmaktadır. Ailesi ile birlikte tercih edenlerin sayısı 53'tür. % 24,3 gibi bir rakamla karşılaşılmaktadır. Diğer nedenlerle tercih edenlerin sayısı 41 kişidir. % 18,8'ini oluşturmaktadır.

8.18. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Birim

Tablo 20: Hemşirelerin Hastanede Çalıştıkları Birim Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
Üroloji	7	3,2
Genel Cerrahi	14	6,4
Dâhiliye	21	9,6
KBB	6	2,8
Dermatoloji	5	2,3
Gastroenteroloji	6	2,8
Çocuk	29	13,3
İdari İşler	22	10,1
Ortopedi	9	4,1
Göz	4	1,8
Acil	16	7,3
Y.B.Ü	8	3,7
Ameliyathane	18	8,3
Kadın Doğum	23	10,6
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	6	2,8
Nöroloji	12	5,5
Nefroloji	6	2,8
Nöroşuriji	6	2,8
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşirenin çalıştıkları birimler incelendiğinde; ürolojide çalışan hemşire sayısı 7 kişidir. % 3,2'sini oluşturmaktadır. Genel cerrahi servisinde çalışan hemşire sayısı 14 kişidir. % 6,4'ünü oluşturmaktadır. Dâhiliye servisinde çalışan hemşire sayısı 21 kişidir ve % 9,6'sını oluşturmaktadır. KBB servisinde çalışan hemşire sayısı 6, % 2,8'ini, Dermatolojide çalışan hemşire sayısı 5, % 2,3'ün, Gastroenterolojide çalışan hemşire sayısı 6, % 2,8'ini, Çocuk binasında çalışan hemşire sayısı 29, % 13,3'ünü oluşturmaktadır. İdari işlerde çalışan hemşire sayısı 22 kişi olup % 10,1'ini, ortopedi servisinde çalışan hemşire sayısı 9 kişi ve %

4,1, göz servisinde çalışan hemşire sayısı 4 kişidir bu da çalışmanın % 1,8'ini oluşturmaktadır. Acilde çalışan hemşire sayısı 16'dır. % 7,3'ünü oluşturmaktadır. Y.B.Ü.'de çalışan hemşire sayısı 8 kişidir, bu da % 8,3'ünü, ameliyathanede çalışan hemşire sayısı 18 olup, % 8,3'ünü, kadın-doğum servisinde çalışan hemşire sayısı 23 kişidir ve % 10,6'yı, fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde çalışan hemşire sayısı 6 kişi olup, % 2,8'ini oluşturmaktadır. Nöroloji servisinde çalışan hemşire sayısı 12 kişidir, bu da % 5,5'ini, nefrolojide çalışan hemşire sayısı 6 kişidir. % 2,8'ini oluşturmaktadır. Nöroşuriji servisinde çalışan hemşire sayısı 6 kişidir. % 2,8'ini oluşturmaktadır.

8.19. Ankete Katılan Hemşirelerin Mesleki Statüleri

Tablo 21: Hemşirelerin Mesleki Statü Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Hemşire	188	86,2
Sorumlu Hemşire	19	8,7
Başhemşire Yardımcısı	10	4,6
Başhemşire	1	,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşire mesleki statülerine göre incelendiğinde; servis hemşire sayısı 188 kişidir. % 86,2'sini oluşturmaktadır. Ankette yer alan sorumlu hemşire sayısı 19'dur. % 8,7'sini oluşturmaktadır. Başhemşire yardımcı sayısı 10 kişidir. % 4,6'sını oluşturmaktadır. Ankete katılan 1 tane başhemşire yer almaktadır, bu da çalışmanın % 5'ini kapsamaktadır.

8.20. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışma Düzeni

Tablo 22: Hemşirelerin Hastanede Çalışma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Sadece Gündüz	22	10,1
Sadece Gece	4	1,8
Gündüz-Gece	192	88,1
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin çalışma düzeni incelendiğinde; sadece gündüz çalışan hemşire sayısı 22'dir ve % 10,1'ini oluşturmaktadır. Sadece gece çalışan hemşire sayısı 4 kişidir, % 1,8'ini oluşturmaktadır. Hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin sayısı 192 kişidir. % 88,1 oluşturmaktadır.

8.21. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışmak İstedikleri Zaman Dilimi

Tablo 23: Hemşirelerin Hastanede Çalışmak İstedikleri Zaman Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Gündüz	192	88,1
Gece	26	11,9
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin çalışmak istedikleri zaman dilimleri incelendiğinde; gündüz çalışmak isteyen hemşire sayısı 192 kişidir ve % 88,1'ini oluşturmaktadır. Gece çalışmak isteyen hemşire sayısı 26 kişidir. % 11,9'unu oluşturmaktadır.

8.22. Ankete Katılan Hemşirelerin Eğitim Süresinde Hastane Yönetimi ile İlgili Bilgi Verilmesi

Tablo 24: Hemşirelerin Eğitim Süresinde Hastane Yönetimi ile İlgili Bilgi Verilme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	42	19,3
İnanmıyorum	137	62,8
İnanıyorum	36	16,5
Kesinlikle İnanıyorum	3	1,4
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşireye hastane yönetimi ile ilgili gerekli bilgilerin verilip verilmediğine incelendiğinde; kesinlikle inanmayanların sayısı 42 kişi ve % 19,3'ü, İnanmayanların sayısı 137 kişidir, bu da % 62,8'ini oluşturmaktadır. İnanıyorum diyenlerin sayısı 36 kişidir, % 16,5'ini oluşturmaktadır. Kesinlikle inanmayanların sayısı 3 kişidir, % 1,4'ünü oluşturmaktadır.

8.23. Ankete Katılan Hemşirelere Yönetime Katılma Hakkı Tanınması

Tablo 25: Hemşirelere Hastanede Yönetime Katılma Hakkı Tanınması Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Tanınmıyor	62	28,4
Tanınmıyor	119	54,6
Tanınıyor	36	16,5
Kesinlikle Tanınıyor	1	5
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşirenin yönetime katılma hakkının tanınıp tanınmadığına bakıldığında; kesinlikle tanınmıyor diyenlerin sayısı 62 kişidir. % 28,4'ünü oluşturmaktadır. Tanınmıyor diyenler 119 kişi ve % 54,6'sını oluşturmaktadır. Tanınıyor diyenler 36 kişi olup, % 16,5'ini, kesinlikle tanınıyor diyenlerin sayısı 1 olup, % 5'ini oluşturmaktadır

8.24. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetime Katılma Hakkının Verilmeme Sebebi

Tablo 26: Hemşirelere Yönetime Katılma Hakkının Verilmeme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
Bilgi Eksikliği	12	5,5
Eğitim Yetersizliği	27	12,4
Yetki Devrinin Az Olması	172	78,9
Sorumluluk Sahibi Olmaması	7	3,2
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşirenin yönetime katılma hakkının verilmeme sebepleri incelendiğinde; bilgi eksikliğini tercih eden hemşirelerin sayısı 12 kişidir. % 5,5'ini oluşturmaktadır. Eğitim yetersizliğini düşünen hemşirelerin sayısı 27 kişidir, bu da % 12,4'ünü oluşturmaktadır. Yetki devrinin az olmasını tercih eden hemşirelerin sayısı 172 kişidir, % 78,9, Sorumluluk sahibi olmamasını düşünen hemşirelerin sayısı 7 ve % 3,2'sini oluşturmaktadır.

8.25. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşirelik Hizmeti Verirken Verimli Olması

Tablo 27: Hemşirelerin Hemşirelik Hizmeti Verirken Verimli Olma Durumları

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan, Kesinlikle İnanmıyorum	17	7,8
İnanmıyorum	102	46,8
İnanıyorum	84	38,5
Kesinlikle İnanıyorum	15	6,9
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşirenin hemşirelik hizmeti verirken verimli olup olmadıklarına bakıldığında; kesinlikle inananların sayısı 17 kişidir ve % 7,8'ini oluşturmaktadır. İnanmıyorum diyenlerin sayısı 102 kişi ve % 46,8'ini, İnanıyorum' u tercih edenler 84 kişidir. % 38,5'ini, Kesinlikle inanmayanların sayıları 15'tir. % 6,9'unu oluşturmaktadır.

8.26. Ankete Katılan Hemşirelere Çalışmaları İçin Yeterli Koşulların Sağlanması

Tablo 28: Hemşirelere Çalışmaları için Yeterli Koşulların Sağlanması Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Sağlanmıyor	100	45,9
Sağlanmıyor	92	42,2
Sağlanıyor	23	10,6
Kesinlikle Sağlanıyor	3	1,4
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşireye çalışırken yeterli koşulların sağlanması incelendiğinde; kesinlikle sağlanmadığını söyleyenlerin sayısı 100 kişi ve % 45,9'unu, Sağlanmıyor' u tercih eden hemşirelerin sayısı 92 kişi olup, % 42,2'sini, sağlandığını düşünen hemşire sayısı 23 kişidir. Bu da % 10,6'sını, kesinlikle sağlandığını düşünen hemşire sayısı 3 kişidir ve % 1,4'ünü oluşturmaktadır..

8.27. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetimce Alınan Kararlardan Bilgilendirilmesi

Tablo 29: Hemşirelerin Yönetimce Alınan Kararlardan Bilgilendirilme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Bilgilendirilmiyor	92	42,2
Bilgilendirilmiyor	101	46,3
Bilgilendiriliyor	17	7,8
Kesinlikle Bilgilendiriliyor	8	3,7
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşire hastane yönetiminde onlarla ilgili alınan kararlardan bilgilendirme durumlarına bakıldığında; kesinlikle bilgilendirilmediklerini düşünen hemşire sayısı 92 kişi, % 42,2'sini, bilgilendirilmediklerini düşünenlerin sayısı 101 kişi olup % 46,3'ünü, bilgilendirildiklerini düşünen hemşire sayısı 17 kişi ve % 7,8'ini, kesinlikle bilgilendirildiklerini düşünenler 8 kişi olup, % 3,7'sini oluşturmaktadır.

8.28. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşireliğin Meslek Olduğuna İnanması

Tablo 30: Hemşireliğin Meslek Olduğuna İnanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	13	6,0
İnanmıyorum	19	8,7
İnanıyorum	91	41,7
Kesinlikle İnanıyorum	95	43,6
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşire hemşireliğin bir meslek olduğuna inanmalarını incelendiğinde; kesinlikle inanmayanların sayısı 13 kişi, % 6'sını, inanmayanların sayısı 19 kişi ve % 8,7'sini, inananların sayısı 91 kişi, % 41,7'sini, kesinlikle inananların sayısı 95 olup, % 43,6'sını oluşturmaktadır.

8.29. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşireliğin Meslek Olması için Önerileri

Tablo 31: Hemşireliğin Meslek Olması İçin Öneri Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Hemşirelerle İlgili Meslek Kuruluşu Oluşturulmalı	4	1,8
Hemşireler Birliği Odası Oluşturulması	23	10,6
Bakanlık Bünyesinde Hemşirelerin Haklarını Savunacak Birimin Oluşturulması	134	61,5
Hemşirelik Yasasına Meslekle İlgili Maddenin Konulması	57	26,1
Toplam	218	100,0

Çalışmaya katılan 218 hemşire hemşireliğin bir meslek olması için tercihleri incelendiğinde; hemşirelerle ilgili meslek kuruluşu oluşturulmalı düşüncesine katılan 4 kişi, % 1,8'ini, hemşireler birliği odası oluşturulmalı fikrine katılan kişi 23 kişi, % 10,6'sını, Bakanlık bünyesinde hemşireleri haklarını savunacak birimin oluşturulması konusuna 134 kişi olup, % 61,5'ini oluşturmaktadır. Hemşirelik yasasına meslekle ilgili maddenin konulmasına 57 kişi ve % 26,1'ini oluşturmaktadır.

8.30. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastaneye Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün Gelmesini İstemesi

Tablo 32: Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün Oluşturulması Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İstemiyorum	5	2,3
İstemiyorum	11	5,0
İstiyorum	92	42,2
Kesinlikle İstiyorum	110	50,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin hemşirelik hizmetleri müdürlüğü oluşturulması konusunda incelendiğinde; kesinlikle istemeyenlerin sayısı 5 kişi, % 2,3'ünü, istemeyenlerin sayısı 11 kişi, % 5'ini, isteyenlerin sayısı 92 kişi, % 42,2'sini, kesinlikle isteyenlerin sayısı 110 kişi ve % 50,5'ini oluşturmaktadır.

8.31. Ankete Katılan Hemşirelerin Servis Sorumlu Hemşiresinin Olmadığında Sorumluluk Almak İstemesi

Tablo 33: Hemşirelerin Servis Sorumlu Hemşiresi Olmamasında Sorumluluk Alma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İstemiyorum	34	15,6
İstemiyorum	103	47,2
İstiyorum	66	30,3
Kesinlikle İstiyorum	15	6,9
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sorumlu hemşiresinin olmadığı durumlarda sorumluluk alma durumları incelendiğinde; kesinlikle istemeyenlerin sayısı 34 kişi, % 15,6'sını, istemeyenlerin sayısı 103 kişi, % 47,2'sini, isteyenlerin sayısı 66 kişi, % 30,3'ünü, kesinlikle isteyenlerin sayısı 15 kişiden oluşup, % 6,9'unu oluşturmaktadır.

8.32. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastanede Yirmi Dört Saat Hizmet Vermesini İstemesi

Tablo 34: Hastanede Yirmi Dört Saat Hizmet Veren Kreş Olması Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İstemiyorum	4	1,8
İstemiyorum	5	2,3
İstiyorum	48	22,0
Kesinlikle İstiyorum	161	73,9
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin yirmi dört saat hizmet veren bir kreşin olması incelendiğinde; kesinlikle istemeyenler 4 kişiden oluşup % 1,8'ini, istemeyenlerin sayısı 5 kişi, % 2,3'ünü, isteyenlerin sayısı 48 kişi, % 22'sini, kesinlikle isteyenlerin sayısı 161 kişi olup, % 73,9'unu oluşturmaktadır.

8.33. Ankete Katılan Hemşirelerin Kreş Açılmasında İş Verimindeki Artışa İnanması

Tablo 35: Hemşirelerin Kreş Açılmasında İş Verimindeki Artışa İnanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	7	3,2
İnanmıyorum	10	4,6
İnanıyorum	115	52,8
Kesinlikle İnanıyorum	86	39,4
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin kreşin olması iş verimin değişikliğe sebep olması hakkındaki tercihlerine bakıldığında; kesinlikle inanmayanlar 7 kişi, % 3,2'sini, İnanmayanların sayısı 10 kişi, % 4,6'sını, inananların sayısı 115 kişi, % 52,8'ini, kesinlikle inananların sayısı 86 kişidir bu da % 39,4'ünü oluşturmaktadır.

8.34. Ankete Katılan Hemşirelerin Sorumlu Müdürlüğün Oluşmasında İş Verimin Artacağına İnanması

Tablo 36: Hemşire Sorumlu Müdürlüğünün Oluşmasında Hemşirelerin İş Veriminin Artması Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Katılmıyorum	8	3,7
Katılmıyorum	8	3,7
Katılıyorum	129	59,2
Kesinlikle Katılıyorum	73	33,5
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sorumlu müdürlüğün oluşmasında hemşirelerin verimliliğinin artması konusu incelendiğinde; kesinlikle katılmayanlar 8 kişiden oluşup % 3,7'sini, katılmayanların sayısı 8 kişi, % 3,7'sini, katılanların sayısı 129 kişi, % 59,2'sin, kesinlikle katılanların sayısı 73 kişiden oluşup % 33,5'ini oluşturmaktadır.

8.35. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterli Hemşirenin Olması Durumunda İş Veriminin Artacağına İnanması

Tablo 37: Yeterli Hemşire Olduğunda İş Veriminin Artacağına İnanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	5	2,3
İnanmıyorum	6	2,8
İnanıyorum	65	29,8
Kesinlikle İnanıyorum	142	65,1
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin çalıştıkları serviste hemşire sayısının yeterli olması durumunda iş verimlerinin artmasına kesinlikle inanmayanların sayısı 5 kişi, % 2,3'ünü, inanmayanların sayısı 6 kişi, % 2,8'ini, inananların sayısı 65 kişi, % 29,8'ini, kesinlikle katılanların sayısı 142 kişi olup % 65,1'ini oluşturmaktadır.

8.36. Ankete Katılan Hemşirelerin Yönetim Tarafından Alınan Kararlardaki Gecikmelerin İş Verimini Etkilemesi

Tablo 38: Yönetim Tarafından Alınan Kararların Uygulanmasında Gecikmelerin Hemşirelerin Verimliliğini Etkileme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Etkilemiyor	4	1,8
Etkilemiyor	14	6,4
Etkiliyor	112	51,4
Kesinlikle Etkiliyor	88	40,4
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin yönetim tarafından alınan kararların uygulamasındaki gecikmelerin iş yükünü ve verimliliğini etkilediğini kesinlikle inanmayanların sayısı 4 , % 1,8'ini, etkilemediğini düşünen hemşire sayısı 14, % 6,4'ünü, etkilediğini düşünen hemşire sayısı 112 , % 51,4'ünü, kesinlikle etkilediğini düşünen hemşire sayısı 88 kişi olup % 40,4'ünü oluşturmaktadır.

8.37. Ankete Katılan Hemşirelerin Almış Oldukları Eğitim Süresine Göre Adil Olduğuna İnanması

Tablo 39: Hemşireler Almış Oldukları Eğitim Süresine Göre Servis Sorumluluğunu Adil Olduğuna İnanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	92	42,2
İnanmıyorum	98	45,0
İnanıyorum	20	9,2
Kesinlikle İnanıyorum	8	3,7
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin almış oldukları eğitim süresine göre servislerinde sorumluluğun adil olduğuna kesinlikle inanmayanların sayısı 92, % 42,2, inananların sayısı 98, % 45'ini, inananların sayısı 20, % 9,2'sini, kesinlikle inananların sayısı 8 kişi olup % 3,7'sini oluşturmaktadır.

8.38. Ankete Katılan Hemşirelerin Servislerde Sorunların Çözümünde Pratik Önerileri Sunması

Tablo 40: Servislerde Hemşireler Sorunların Çözümünde Yönetime Pratik Çözüm Önerileri Sunma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle Sunamıyorum	66	30,3
Sunamıyorum	122	56,0
Sunabiliyorum	24	11,0
Kesinlikle Sunabiliyorum	6	2,8
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sorunların çözümünde yönetime pratik önerileri kesinlikle sunamayanların sayısı 66 kişi, % 30,3'ünü, sunamayanların sayısı 122 kişi, % 56'sını, sunabilenlerin sayısı 24 kişi, % 11'ini, kesinlikle sunamayan hemşire sayısı da 6 kişi olup % 2,8'ini oluşturmaktadır.

8.39. Ankete Katılan Hemşirelerin Hastanenin Çalışanlarını Ödüllendirme İşlemlerini Yerine Getirmesine İnanması

Tablo 41: Hemşireler Hastanede Çalışanlarını Ödüllendirme İşlemlerini Yerine Getirme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İşletilmemektedir	84	38,5
İşletilmemektedir	104	47,7
İşletilmektedir	24	11,0
Kesinlikle İşletilmektedir	6	2,8
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin hastane çalışanlarını ödüllendirmesi incelendiğinde; kesinlikle işletilmemesine katılan hemşire sayısı 84 kişi, % 38,5'ini, işletilmemesine katılan hemşire sayısı 104 kişi, % 47,7'sini, işletilmekte olduğuna katılan hemşire sayısı 24 kişi, % 11'ini, kesinlikle işletilmekte olduğuna katılanlar 6 kişi olup % 2,8'ini oluşturmaktadır.

8.40. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterli Güvenliğin Sağlandığına İnanması

Tablo 42: Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Yeterli Güvenliğin Sağlanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	106	48,6
İnanmıyorum	90	41,3
İnanıyorum	14	6,4
Kesinlikle İnanıyorum	8	3,7
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin çalıştıkları serviste güvenliğin sağlandığına kesinlikle inanmayanların sayısı 106 kişi, % 48,6'sını, inanmayanların sayısı 90 kişi, % 41,3'ünü, inananların sayısı 14 kişi, % 6,4'ünü, kesinlikle inanmayanların sayısı 8 kişi olup % 3,7'sini oluşturmaktadır.

8.41. Ankete Katılan Hemşirelerin Çalışma Yerlerinin Ergonomik Olarak Düzenlenmesinde İş Veriminin Etkileyeceğine İnanması

Tablo 43: Çalışma Yerinin Ergonomik Olarak Düzenlenmesi İş Verimini Etkileme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	22	10,1
İnanmıyorum	15	6,9
İnanıyorum	100	45,9
Kesinlikle İnanıyorum	81	37,2
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin işyerinin ergonomik düzenlenmesi sonucu iş verimlerinin artacağına kesinlikle inanmayanların sayısı 22 kişi, % 10,1'ini, inanmayanların sayısı 15 kişi, % 6,9'unu, inananların sayısı 100 kişi, % 45,9'unu, kesinlikle inananların sayısı 81 kişi olup % 37,2'sini oluşturmaktadır.

8.42. Ankete Katılan Hemşirelerin Sosyal Çevrelerine Hemşire Olduklarını Söylediklerinde Bakış Açılarını Değerlendirebilmesi

Tablo 44: Sosyal Çevrenize Hemşire Olduğunuzu Söylediğinizde Size Olan Bakış Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
Kesinlikle		
Değerlendiremiyorum	10	4,6
Değerlendiremiyorum	18	8,3
Değerlendirebiliyorum	156	71,6
Kesinlikle		
Değerlendirebiliyorum	34	15,6
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sosyal çevrelerinde hemşire olduğunu söylediklerinde kendilerine olan bakış açıları incelendiğinde; kesinlikle değerlendiremeyenler 10 kişi, % 4,6'sını, değerlendiremeyenlerin sayısı 18 kişi, % 8,3'ünü, değerlendirebilenlerin sayısı 156 kişi, % 71,6'sını, kesinlikle değerlendirebilenlerin sayısı 34 kişi olup % 15,6'sını oluşturmaktadır.

8.43. Ankete Katılan Hemşirelerin Hemşirelikte Branşlaşmanın Olmasını İstemesi

Tablo 45: Hemşirelikte Branşlaşma Olmasını İsteme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan		
İstemiyorum		
İstemiyorum	3	1,4
İstiyorum	92	42,2
Kesinlikle İstiyorum		
İstiyorum	123	56,4
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin hemşirelikte branşlaşmanın olmasını istemeyenlerin sayısı 3 kişi, % 1,4'ünü, isteyenlerin sayısı 92 kişi, % 42,2'sini, kesinlikle isteyenlerin sayısı 123 kişi olup % 56,4'ünü oluşturmaktadır.

8.44. Ankete Katılan Hemşirelerin Branşlaşmanın Çalışma Saatlerini Azaltacağına İnanması

Tablo 46: Branşlaşmanın Çalışma Saatlerini Azaltacağına İnanma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	21	9,6
İnanmıyorum	68	31,2
İnanıyorum	98	45,0
Kesinlikle İnanıyorum	31	14,2
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşireden branşlaşmanın çalışma saatlerini azaltacağına kesinlikle inanmayanların sayısı 21 kişi, % 9,6'sını, inanmayanların sayısı 68 kişi, % 31,2'sini, inananların sayısı 98 kişi, % 45'ini, kesinlikle inananların sayısı 31 kişi olup % 14,2'sini oluşturmaktadır.

8.45. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılmasında İş Yüklerinin Azalacağına İnanması

Tablo 47: Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılmasında Çalışmalarımızda İş Yükünün Azalacağı Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	7	3,2
İnanmıyorum	24	11,0
İnanıyorum	136	62,4
Kesinlikle İnanıyorum	51	23,4
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasının iş yükünü azaltacağına kesinlikle inanmayanların sayısı 7 kişi, % 3,2'sini, inanmayanlar 24 kişi, % 11'ini, inananlar 136 kişi, % 62,4'ünü, kesinlikle inananlar 51 kişi ve % 23,4'ünü oluşturmaktadır.

8.46. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Gelişmiş Olduğu Ülkelerdeki Hemşirelerle Ortak Çalışmayı İstemesi

Tablo 48: Sağlık Hizmetlerinin Gelişmiş Olduğu Ülkelerdeki Hemşirelerle Ortak Çalışmayı İsteme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İstemiyorum	4	1,8
İstemiyorum	13	6,0
İstiyorum	134	61,5
Kesinlikle İstiyorum	67	30,7
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerdeki hastanelerde görev alan hemşirelerle ortak çalışma konusu incelendiğinde; kesinlikle istemeyenlerin sayısı 4, % 1,8'ini, istemeyenlerin sayısı 13, % 6'sını, isteyenlerin sayısı 134, % 61,5'ini, kesinlikle isteyenlerin sayısı 67 kişi olup % 30,7'sini oluşturmaktadır.

8.47. Ankete Katılan Hemşirelerin Sağlık Kongrelerinde Bildiri Sunması

Tablo 49: Sağlık Kongrelerinde Bildiri Sunma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İstemiyorum	7	3,2
İstemiyorum	48	22,0
İstiyorum	120	55,0
Kesinlikle İstiyorum	43	19,7
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin sağlık kongrelerinde bildiri sunmak istemeleri incelendiğinde; kesinlikle istemeyenlerin sayısı 7 kişi, % 3,2'sini, istemeyenlerin sayısı 48, % 22'sini, isteyenlerin sayısı 120, % 55'ini, kesinlikle isteyenlerin sayısı 43 olup %19,7'sini oluşturmaktadır.

8.48. Ankete Katılan Hemşirelerin Sunulan Bildirilerin Hizmet Statülerini Etkileyeceğine İnanması

Tablo 50: Bildirilerin Sunumu Hizmet Statülerini Etkileme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	14	6,4
İnanmıyorum	59	27,1
İnanıyorum	121	55,5
Kesinlikle İnanıyorum	24	11,0
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin kongrenin hizmet statülerini etkilemesi incelendiğinde; kesinlikle inanmayanlar 14 kişi, % 6,4'ünü, inanmayanların sayısı 59 kişi, % 27,1'ini, inananların sayısı 121 kişi, % 55,5'ini, kesinlikle inananların sayısı 24 kişi olup % 11'ini oluşturmaktadır.

8.49. Ankete Katılan Hemşirelerin Bilimsel Çalışmalardaki Başarının Hizmet Statülerini Etkilemesi

Tablo 51: Bilimsel Çalışmalardaki Başarının Hizmet Statüsündeki Başarıyı Etkileme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	16	7,3
İnanmıyorum	82	37,6
İnanıyorum	97	44,5
Kesinlikle İnanıyorum	23	10,6
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin kongrede ki başarıları sonucu hemşirelik statülerinin değişeceklerine kesinlikle inanmayanların 16 kişi, % 7,3'ünü, inanmayanların 82 kişi, % 37,6'sını, inananların 97 kişi, % 44,5'ini, kesinlikle inananların 23 kişi olup % 10,6'sını oluşturmaktadır.

8.50. Ankete Katılan Hemşirelerin Yeni Gelişen Tıbbi Teknolojilerin Kullanımı için Hizmet İçi Kurslara Yönlendirileceğine İnanması

Tablo 52: Yeni Gelişen Tıbbi Teknolojilerin Kullanımı İçin Hizmet İçi Kurslara Yönlendirilme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	55	25,2
İnanmıyorum	116	53,2
İnanıyorum	31	14,2
Kesinlikle İnanıyorum	16	7,3
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin tıbbi teknolojileri kullanabilmeleri için hizmet içi kurslara yönlendirilebileceklerine kesinlikle inanmayanlar 55 kişi, % 25,2'sini, inanmayanlar 116 kişi, % 53,2'sini, inananlar 31 kişi, % 14,2'sini, kesinlikle inananlar 16 kişi olup % 7,3'ünü oluşturmaktadır.

8.51. Ankete Katılan Hemşirelerin Ön Lisans Mezunu Olanlara Lisans Tamamlamalarına Teşvik Edileceğine İnanması

Tablo 53: Ön Lisans Mezunu Hemşirelerin Lisans Tamamlama İçin Teşvik Edilme Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Katılan Kesinlikle İnanmıyorum	30	13,8
İnanmıyorum	126	57,8
İnanıyorum	49	22,5
Kesinlikle İnanıyorum	13	6,0
Toplam	218	100,0

Ankete katılan 218 hemşirenin lisans tamamlaması için yöneticilerin teşvik konusuna kesinlikle inanmayanların sayısı 30, % 13,8'ini, inanmayanların sayısı 126, % 57,8'ini, inanmayanların sayısı 49, % 22,5'ini, kesinlikle inanmayanların sayısı 13 kişi olup % 6'sını oluşturmaktadır.

9. ANKETTE ELDE EDİLEN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan 218 hemşirenin yaş grupları incelendiğinde, hastanede çalışan hemşirelerin yaşları 26–35 arasında yoğunlaşmaktadır. Çalışan hemşire grubu çoğunluk olarak genç nüfustan oluşmaktadır. Yaş ortalamasının genç olması, hemşirelik mesleğinin zor ve yorucu bir meslek olmasından dolayı hemşirelerin erken dönemde meslekten ayrılması olabilmektedir. Cinsiyet durumlarına göre bakıldığında; çalışan hemşireler bayan ve erkeklerden oluşmaktadır. Çoğunluk bayanlardan oluşmaktadır. Aradaki farkın bu kadar çok olmasının sebebi; hemşireliğin toplumda hala bir bayan mesleği olarak görülmesi ve erkeklerin daha çok sağlık memuru olarak görev yapmasıdır. Ancak hastaneye atanmaları hemşire kadrosunda olmaktadır. Bu da erkeklerin hemşire olarak daha az görülmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan 218 hemşirenin çocuk sayısı durumuna bakıldığında; çocuğu hiç olmayan ve en az bir çocuk sahibi olan hemşirelerin ortalaması yüksektir. Bunun sebebi olarak; çalışma koşullarının ağır olması, hafta içi ve hafta sonları 24 saat nöbet tutmaları, onlara sağlanan maddi imkânların yetersiz olmasından ileri gelmektedir. Ayrıca hemşireler mülk durumlarına göre incelenmiştir. Kirada oturan hemşire sayısının fazla olmasının sebebi; İstanbul da hastaneler genellikle şehir merkezlerinde kalmaktadır. Hastanelerin bulunduğu çevrelerde kiralar yüksek olmasından dolayı kendilerine uygun semtlerde kirada oturmaktadırlar. Ev sahibi olma özellikleri azalmıştır. Hemşirelerin işe gidiş-gelişlerde servis kullanma durumu incelendiğinde; hastane tarafından sunulan servis hizmeti yoktur. Servis hizmeti sunulduğunda hemşireler verimlerinin artacağına inanmaktadır. Bunun sebebi; İstanbul çok kalabalık bir şehir olduğundan otobüslerde rahat gelememek, ev ile iş arasının uzak olmasından dolayı aktarmalı gelmek, işe zamanında yetişmek için çok erken kalkmak gerekmektedir. İşe başlarken yorgun başlamaktadırlar. Bu durum gün boyu iş verimlerini düşürdüğü gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mezun oldukları okul durumu incelenmiştir. Sağlık meslek lisesi ile lisans mezunu hemşire sayısı birbirine çok yakın değerde çıkmıştır. Çıkan sonuçtan bu demek oluyor ki; sağlık meslek liseleri hala hizmet vermektedir. Yönetmelikle ilgili çelişkileri açıklamaktadır. Hemşirelik kanununda en

az lisans mezunu hemşire unvanı alabilir durumunu onaylamamaktadır. Bu çelişkiden dolayı bu sayıda artış sağlanamamaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılları; 2-5, 5-10, 10 yıl ve üzeri olarak incelenmiştir. Bu yıllarda çalışan hemşire sayısı birbirine çok yakın değerde ortaya çıkmaktadır. Bu durum sonucunda hastanede çalışan hemşire grubunda iş tecrübesi olanların fazla olduğu görülmektedir. Hemşireler kurumdaki pozisyonlarına göre değerlendirildiğinde; iki grup ortaya çıkmaktadır. Bunlar halen kadrolu olanlar ile 4B statüsünde çalışanlardır. Bu durum hemşirelerin çalışma ve statüleri arasında pek fark oluşturmamıştır. Fakat hemşirelerin hakları konusunda çok farklılıklar yaratılmaktadır. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları kurumda yazılı görev tanımının olmadığını bilmektedirler. Yönetimde böyle bir görev tanımı olduğu halde böyle bir durumun ortaya çıkması yönetici hemşireler ile servis hemşirelerin arasında iletişim kopukluğunun olmasından dolayı performansları düşüktür.

Hemşirelerin çalışmak istedikleri zaman dilimi olarak bakıldığında; gündüz çalışmak isteyen hemşire sayısı çoğunlukta çıkmaktadır. Bunun nedenleri arasında; hemşireler akşamları ve hafta sonları evlerinde olmak istemeleridir. Gece çalışma dilim için gönüllü kişiler düşünülebilir. Hemşirelerin çoğunluğu aldıkları eğitim süresince hastane yönetimi ile ilgili bilginin verilmediğine inanmaktadır. Hemşirelik eğitimi süresince hemşirelere hastane yönetimi ile ilgili bilgiler verilmelidir.

Araştırmaya katılan hemşirelere yönetime katılmama sebebi olarak yetki devrinin az olması çoğunlukta çıkmaktadır. Sadece servis hemşiresi olduğu için yetki durumu yoktur. Yönetimdeki hemşirelere her türlü yetki verilmektedir. Hemşirelerin kendilerine güvenmeleri için yönetime katılma hakkı sunulmalıdır. Ayrıca, hemşirelere yönetimce alınan kararlar bildirilmemektedir. Bu durum, hemşireler arasında iletişimsizliğe ve işlerin yavaşlamasına neden olabilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler, meslek olmaları ile ilgili sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde; bakanlık bünyesinde hemşirelerin haklarını savunacak birimin oluşturulmasını istemektedirler. Buradaki yoğunluğun çok olmasının sebebi; hemşireler haklarını savunamamakta, isteklerini kabul ettirememektedirler. Hemşireler Derneğinin olması hemşirelerin sorunlarına eğilebilecek bir baskı grubu

oluşturmamaktadırlar. Bunun için hemşire meslek odalarının kurulması ve bir güç olduğunu göstermelidirler.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün kurulmasını istemektedirler. İsteyenlerin sayısının çok olmasının sebebi olarak; hemşirelik hizmetleri müdürlüğü geldiğinde her şey adaletli bir şekilde devam edebilecektir. Hemşireler eğitim seviyesine göre hak ettikleri yere gelebileceklerdir. Düzen ve disiplinin sağlanabileceğini, hemşirelerin haklarının savunulabileceğini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan hemşireler, hastanede yirmi dört saat hizmet veren bir kreşin olmasını istemektedirler. Bunun sebebi olarak; hemşireler hafta içi 16 saat, hafta sonu 24 saat nöbete gelmeleridir. İşte iken sürekli evde çocuklarının durumunu düşünmekten iş verimlerinin düşeceği düşünülmektedir. Ayrıca, hemşireler çalıştıkları serviste yeterli sayıda hemşire olduğunda iş verimlerinin artacağına inanmaktadırlar. Bunun sebebi olarak; iş veriminin artması ve nöbet sayısının azalmasıdır.

Araştırmaya katılan hemşireler, yönetim tarafından alınan kararların uygulanmasındaki gecikmelerin iş yükünü azalttığına ve iş verimliliğinin düştüğüne inanmaktadırlar. Bunun sebebi olarak; hemşirelerin görevi alanında olmayan işler yapmaya maruz kalması, zaman kaybından dolayı yeterli işin yapılamamasıdır. Hemşireler almış oldukları eğitim süresine göre servislerindeki sorumluluğun adil olduğuna inanmamaktadırlar. Bunun sebebi olarak; yüksek lisans yapmış olan hemşirenin servis sorumlu hemşiresi ya da başhemşire yardımcısının lise mezunu olması çatışmalara yol açmasıdır.

Araştırmaya katılan hemşireler sorunların çözümünde yönetime pratik önerilerini sunmamaktadırlar. Bunun sebebi olarak; yönetimden korkmalarıdır. İletişim kopukluğundan dolayı hemşireler isteklerini dile getirmedikleri ve yer değişikliği ile korkutulduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte hemşireler, hastane yönetiminin çalışanları ödüllendirme mekanizmasının olmadığına inanmaktadırlar. Bunun sebebi olarak; hastanede sadece yönetimde olan hemşireler ödüllendirildiği düşünülmektedir. Hemşireler çalıştıkları serviste yeterli güvenliğin olmadığına

inanmaktadırlar. Bunun sebebi olarak; hasta yakınları tarafından çok rahat tacize uğranabiliyor olması ve hastanede hırsızlık, darp olaylarının olması düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler sosyal çevrelerinde hemşire olduklarını söylediklerinde onlara olan bakışları olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirebilmektedirler. Bunun sebebi olarak; hemşirelere karşı insanların tepkisi çoğunlukla olumsuz olabiliyor. Hemşirelik mesleğinin sadece tansiyon ölçmekten ve iğne yapmaktan ibaret olduğu düşünülmektedir.

Hemşireler branşlaşma yönünde değerlendirildiğinde; ilgili branşta uzmanlaşmış hemşireler başka alanlarda çalışmak istememektedirler. Bundan dolayı hemşirelerde adaptasyon sorunu sonucunda motivasyon düşüklüğü ve iş veriminde azalma olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin basamaklandırıldığında iş yükünün azalacağına inanmaktadırlar. İnsanların ilaç yazdırması, iğne yaptırması iş yükünü arttırmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana görevlerini ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yapmaya çalışmaktadırlar.

Hemşireler sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerdeki hastanelerde görev yapan hemşirelerle ortak çalışmayı istemektedirler. Bunun sebebi olarak; dünyada sağlık alanında meydana gelen yeni gelişmeleri takip ederek mesleki alanda ilerlemek olduğu düşünülebilir. Ayrıca, hemşireler ilgi alanlarında sağlık kongrelerinde bildiri sunmak istemektedirler. Bildiriler sunmak, yayınlar yapmak hemşireliğin sağlık alanında bilgilenebilmesi ve kendine güvenini sağlamaktadır.

Hemşireler yeni gelişen tıbbi teknolojileri kullanabilmeleri için hizmet içi kurslara yönlendirilebileceklerine inanmamaktadırlar. Bunun sebebi olarak; bu tür kurslara sadece idarede olan eğitim hemşirelerine imkân sağlandığını düşünülmektedirler. Hemşireler lisans tamamlamaları için hastane yönetiminin onları teşvik edeceklerine inanmamaktadırlar. Bunun sebebi olarak; bu tür duyurular süresi geçtikten sonra bildirildiği düşünülmektedir.

10. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN GELECEĞİNİN ANALİZİ

Hemşirelik mesleğinin geleceği analiz edildiğinde; Türkiye de bugünkü anlamda tam bir meslek olarak ayrıldığı söylenemez. Meslek olabilmesi için bazı şartların olması gereklidir. Bunlardan Türk Tabipler Birliği gibi hemşirelerin de bir meslek odalarının olması gerekir. Bu şekilde hemşirelerin sivil toplum kuruluşları içerisinde ki etkin yerini alabilmelidir. Hemşirelerin sadece bir dernek statüsündeki birlikleri hemşirelerin sorunlarına çözüm olmada etkinliği olduğunu söylemek mümkün değildir. Türkiye de hemşirelik bir meslek olarak nitelendirilmesinin önündeki engellerin kaldırılması gerekir.

Hemşirelerin geleceğinin analizinde üzerinde durulması gerekenler aşağıdaki gibi sıralanabilir. Bunlar;

- Erkek hemşirelerin standart kadroları belirlenmeli, çalışma statüleri buna göre düzenlenebilir. Erkek hemşirelerin sayısı da arttırılabilir.
- Hemşirelerin maaşlarında iyileştirme yapılabilir.
- Hemşirelerin görev ve sorumluluğu hemşirelere yazılı olarak sunulabilmeli.
- Hemşireler aldıkları eğitim süresinde hastane yönetimi ile ilgili uygulamalı alanlarda çalıştırılabilmesi.
- Hemşirelere yönetime katılma hakkı tanınabilmeli.
- Hemşirelerin özlük hakları ile ilgili sağlık bakanlığı bünyesinde teşkilatlandırılmalı, tayin, atama, koğuşurma, idari ve hukuki yönlerini bu birim tarafından sağlanabilmeli.
- Hastane yönetiminde başhemşirelik hizmeti yerine hemşirelik hizmetleri müdürlüğü getirilebilmeli.
- Hastanedeki hemşirelik sorumlulukları eğitim seviyesine göre düzenlenebilmeli.
- Hemşirelikte branşlaşma sağlanabilmeli.
- Sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerdeki hemşirelerle ortak çalışılmalarına imkân sağlanabilmeli.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin temel işlevlerini sağlayan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadırlar. Bunun yanında hemşirelik mesleğinin çoğunlukla bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluklara, ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir. Erkek hemşirelerde statülerinin, rollerinin tam olarak belirlenemediği gözlenmiştir. Bunun da nedeni; hemşirelikte erkeklerin yeni olmasıdır.

Hemşirelik, güç çalışma şartlarını gerektiren, özveri, sabır, hoşgörü kavramlarını içinde bulunduran, diğer mesleklerde olduğu gibi, toplumsal ihtiyaçlardan doğan, insan hayatıyla yakından ilgili bir meslek olduğundan çalışma şekli ve aldığı sorumluluk çok risklidir. Hemşire din, dil, ırk ayrımı gözetmeksizin, birey, aile ve topluma sağlığını kazandırmak için çalışır. Bu nedenle sevgiden, şefkatten, disiplin ve ciddiyetten uzak bir kişinin bu mesleği icra etmesi mümkün değildir. Hemşire, sağlığı yerinde olmayan, yardıma muhtaç insana hizmet vermektedir. Hemşireler, hem eğitim açısından hem de psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan desteklenmesi gereken bir meslek grubudur.

Hemşirelik mesleğine yönelik yapılan çalışmadaki varsayım olan 'hemşirelerin Türkiye'de ki sağlık kurumlarında ve yönetimde görev almaları, aldıkları görev ile başarılı olabileceklerdir'. Bu varsayıma göre çalışmada elde edilen bulgular bu düşünceyi doğrulamamaktadır ya da bir başka şekilde ifade edilecek olursa; hemşirelerin gerek yönetimde gerekse statüde etkin rol verilmediği gözlenmiştir. Hemşirelerin aldığı eğitimin yanı sıra verdiği hizmetlerin ağırlığı, iş yükü hemşirelerdeki stresi arttırmakta, doyumsuzluğa ve verimsizliğe neden olmaktadır. Hemşirelerle ilgili yapılması gereken öneriler aşağıda sıralanmıştır. Bunlar;

- Hemşirelere işe gidiş-gelişlerde servis hizmeti sunulabilmelidir.
- Sağlık meslek liseleri kapatılmalı, hemşireler en az lisans mezunu olmalıdır.
- Hemşireler arasında kadrolu ve 4B'li ayrımı kaldırılmalıdır.

- Hemşirelerin çalışma saatleri düzenlenmeli, 24 saatlik nöbetler olmamalıdır.
- Hemşirelere verimli çalışmalarını için yeterli koşullar sağlanabilmelidir.
- Hemşireler yönetimce alınan kararlardan bilgilendirilmelidir.
- Evli ve çocuk sahibi olan hemşireler için hastanede 24 saat hizmet veren kreş açılmalıdır.
- Servislerdeki hemşire sayısı artırılmalıdır.
- Hemşireler sorunlarının çözümünde yönetime pratik önerilerde bulunabilmelidir.
- Hastane, çalışanlarına ödüllendirme sistemini düzenli olarak uygulamalıdır.
- Hastanede yatan hastalara ve çalışan sağlık personeli için yeterli güvenlik sistemi sağlanmalıdır.
- Sosyal çevrenin hemşireye bakış açısını değiştirmek için hasta refakatçilerine çok sık eğitimler verilmelidir.
- Sağlık hizmetleri basamaklandırılarak sağlık çalışanlarına binen yük hafifletilmelidir.
- Hemşireliğin meslek olduğunu kabul ettirmek için bakanlık bünyesinde hemşirelerin haklarını savunacak birim oluşturulabilmeli.
- Sağlık alanındaki gelişmeler için hizmet içi kursların artırılması sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin uzmanlaşması için kendilerini geliştirmelerine imkân sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

Akar, Ç., Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 2002.

Akbulut, T., İşçi Sağlığında Özel Patoloji, İşçi Sağlığı, Prensip ve Uygulamaları, Ankara, 1994.

Akman, G., Yıldırım, A., Hastane Temizliği, Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004.

Batirel, Ö., F., Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar, İstanbul, 1993.

Bayık, A., Türkistanlı, E., Hastaların Hasta Haklarını Bilme, Bu Haklardan Yararlanma Durumları ve Karşılaştıkları Riskler, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1992.

Baykam, N., Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Havalandırmanın Önemi, Hastane Enfeksiyonları El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004.

Beydağ, K.D., Arslan, H., Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Bildirileri Kitabı, Ankara, Nisan, 2007.

Bilir, N., Yıldız, A., N., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.

Birol, L., Hemşirelik Süreci Bakımında Sistemik Yaklaşım, İzmir, 2002.

Buğdaycı, R., Kurt, A., Ö., Tezcan, H., Şaşmaz, T., Kuruloğlu, N., Yüceer, N., T., Küçük, B., İçel İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongresi El Kitabı, Ankara, 2001.

Dirican, R., Bilgel, N., Halk Sağlığı, Bursa, 1993.

Dokuzoğuz, B., Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Yayın No:2, Ankara, 2004.

Ekici, B., Hemşirelerin Hasta Haklarını Savunucu Rolü, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi bildirileri Kitabı, Erzurum, 1999.

Erbil, N., Bakır, A., Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi, 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Bildirileri Kitabı, Şanlıurfa, Nisan, 2006.

Eren, N., Öztekin, Z., Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 1993.

Eren, N., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1987.

Ertürk, M., İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2000.

Esmek, M., Demircan, S., Oflaşlı, F., Baybek, H., Yatağan Termik Santrali Çalışanlarında 1995-1999 Yılları Arasında Görülen Sistem Hastalıklarının İncelenmesi, III. Uluslar Arası Katılımlı İş Sağlığı ve İş Yeri Hemşireliği Sempozyum El Kitabı, Zonguldak, 2003.

Gülten, U., Hemşirelik ve Yönetim, Ankara, 1993.

Harcar, T., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sayı:25, İstanbul, Ocak/Şubat , 1991.

Hayran, O., 'Sağlık Hizmetleri', Hastane Yöneticiliği Kitabı, İstanbul, 1997.

Hayran, O., Sağlık Hizmetleri, İstanbul, 1998.

İnanç, N., Hatipoğlu, S., Yurt, V., Avcı, E., Akbayrak, N., Öztürk, E., Hemşirelik Esasları, Ankara, 1996.

Karafakıoğlu, M., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İstanbul, 1998.

Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000.

Kazıcı, Z., İslam Müesseseleri Tarihi, İstanbul, 1996.

Koçel, T., İşletme Yöneticiliği, İstanbul, 2005.

Köroğlu, E., Sağlık Mevzuatı, Ankara, 1987.

Kural, N., Polat, Z., Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım, A.Ü., AÖF., No:648/323, Eskişehir, 1998.

Nadaroğlu, H., Kamu Maliyesi Teorisi, İstanbul, 1998.

Nahçıvan, N., Bir İşyeri Ortamının Sağlık Riskleri Yönünden İncelenmesi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitapçığı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Merkezi, İzmir, 1997.

Ocaktan, E., Yıldız, A., Özdemir, O., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara, 2004.

Odabaşı, Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2001.

Oktay, S., '2000 Yılında Herkese Sağlık' İçin Hemşirelerin Yükümlülüğü, İlkeleri, Rolü, Hemşirelik Bülteni, Cilt IX, Sayı:17, İstanbul, 1990.

Öktem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N., Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, Cilt:1, Sayı:1, Ankara, 2000.

Ömer DİNÇER, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Timaş Basımevi, 2.Baskı, İstanbul, 1992.

Özdilek, Ş., Akgün, N., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970.

Özlu, T., Kurumsal Metinler, Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları, İstanbul, 2005.

Özsarı, H., S., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji, Ankara, Aralık, 1998.

Öztek, Z., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 2004.

Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul, 1991.

Sipahioğlu, H., Gevher Nesibe Bilim Haftası ve Tıp Günleri Kongresi Kitabı, Ankara, 1982.

Sözen, C., Sağlık Yönetimi, Ankara, 2003.

Şahin, Ü., Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Eskişehir, 1999.

Şakar, A., Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, No:22, İstanbul, 1999.

Şeker, M., İslam'da Sosyal Dayanışma Müesseseleri, Ankara, 1997.

Şemsi ÖZDİLEK ve Nejat AKGÜN, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970.

Şentürk, S., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, İstanbul, 1990.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Ankara, 1992.

Telimen, O., Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler, İstanbul, 1978.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akpolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009.

TTB Merkez Konseyi, Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, Ankara, Mayıs, 1991.

Tunca, Y., Sağlık Çalışmalarında 40. Yıl, 1922-1962, Ankara, 1964.

Turan, N., Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanaklar, No:182, Eskişehir, 2004.

Uzun, Ö., Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetini Önlemek İçin Öneriler, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi El Kitabı, Ankara, 2001.

Ülgen, A., Aksoy, S., Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, No:332, Ankara, 1985.

Velioğlu, P., Babadağ, K., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No:260, Eskişehir, 1992.

Velioğlu, P., Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, İstanbul, 1994.

Velioğlu, P., Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, İstanbul, 1985.

Velioğlu, P., Hemşirelikte Yönetim, Ankara, 1982.

Yalçın, S., Personel Yönetimi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No:246, İstanbul, 1991.

Yazgan, T., İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları, İstanbul, 1992.

Yıldırım, G., Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklardan Korunma, Hastane Enfeksiyonları El Kitabı, Yayın No:2, İstanbul, 2004.

Yılmaz, C., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetiminde 3 Yıl (1994-1997), No:151, İzmir, 1997.

Bildiriler:

Aktaş, N., Çekal, N., İş Verimliliğinin Arttırılmasında Beslenmenin Rolü, II. Ulusal İş Sağlığı ve İş Yeri Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, 2001.

Işıl, Ö., Barlas, G., Ü., Onan, N., Karaca, S., Ç., Coşkun, S., Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Gereksinimleri, Hemşirelik Forumu, Sayı:1, İzmir, 2002.

Kitiş, A., Cavlak, U., Sağlık Çalışanlarında Ağrı Analizi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001.

Pınar, R., Arıkan, S., Hemşirelerin İş Doyumu, Etkileyen Faktörler, İş Doyumu İle Benlik Saygısı ve Asertivite İlişkisi, VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1998.

Tel, H., Karadağ, M., Sağlık Personelinin Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001.

Tokmak, Yüksel, F., Sağlık Çalışanlarının Sorunları, Sağlık Çalışanlarının 2. Ulusal Kongresi, Ankara, 2001.

Vural, G., Öğrenci Hemşirelerin Hasta Savunuculuğuna Yönelik Yaklaşımları, III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul, 1997.

Velioğlu, P., İ.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastaneleri'ndeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor, Hemşirelik Bülteni, Cilt 2, Sayı 7, İstanbul, 1986.

Tezler:

Apaydın, K., Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri, (Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007.

Barlas, M., Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Hesaplanması ve Verimlilik Açısından Değerlendirilmesi, (Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 1994.

Bayık, A., Çalışma Alanı Boyutlarının Belirlenmesinde Antropometrik Bir Yaklaşım (Anadolu Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 1992.

Baykal, Ü., Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye’de ki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma, (İ.Ü., Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi, Doktora Tezi), İstanbul, 1994.

Doğanay, S., Hemşirelikte İş Tatmini, (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi), İstanbul, 2009.

Gümüş, Ö., Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları (Dokuz Eylül Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2005.

Karael, Z., Yönetici Hemşirelerin Sorun Çözme Teknikleri, (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi), İstanbul, 2009.

Şahinler, M., SSB ve Üniversite Hastanelerinden Alınana Birer örneğin Organizasyonların Mukayeseli olarak karşılaştırılması, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 1991.

Vural, G., Hasta Hakları, (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara, 1993.

Zülfikar, F., Hastaların Hasta Haklarını Talep Etme Durumları, (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 1999

Dergiler:

Aslan, Ö., Lofçalı, A., Uğur, Ş., Tuğlu, A., Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2005.

Abbasoğlu, S., Emiroğlu, C., İlhan, N., M., Koşar, L., Kesedar, S., Müezzinoğlu, A., Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kime Emanet, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı:3, Ankara, 2006.

Aslan, Ö., Lofçalı, A., Uğur, Ş., Tuğlu, A., Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2005.

Aygün, P., Yoğun Bakımda Enfeksiyon Kontrolü, Çevre Temizliği, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Sayı:2, İstanbul, 2004.

Berk, M., İş Sağlığında Biyolojik İzleme, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, İstanbul, 2005.

Bilal AK ve Çetin AKAR, Hastane Kavramı, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı 3-4, Ankara, 1987.

Bilal AK ve Çetin AKAR, Hastanelerin Amaçları, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı 6, Ankara, 1988.

Bilir, N., İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım, Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:5, Ankara, 2005.

Dindar, İ., İşsever, H., Özen, M., Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Hemşirelik Forum Dergisi, İstanbul, 2004.

Erdemir, F., Hemşirenin Rol ve İşlevleri Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2, Sivas, 1998.

Güven, R., Çalışanların Beslenmesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Sayı:5, Ankara, 2005.

Hatemi, H., Özel Haklarının Hakları, Sağlık Hakkı Dergisi, Sayı:1, Ankara, 2006.

Karaca, H., Hastaneler ve Yönetimleri, Sağlık Yönetim Dergisi, Sayı:1, Ankara, 1987.

Karadağ, G., Sertbaş, G., Güner, İ., Ç., Taşdemir, H., S., Özdemir, N., Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Sayı:6, Ankara, 2002.

Karadağ, M., Yıldırım, N., Hemşirelerde Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Bel Ağrıları ve Risk Faktörleri, Hemşirelik Forumu Dergisi, Sayı:2, Ankara, 2003.

Kılıç, B., Aksakoğlu, G., Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:9, Ankara, Şubat, 1995, s.42.

Kunter, H.B., Türk Vakıfları ve Vakfiyetleri Dergisi, Sayı:1, Ankara, 1938.

Menderes, M., Çelik, Y., Hastanelerde Malzeme Yönetiminin Önemi, Verimlilik Dergisi, Sayı:1, Ankara, 1994.

Mollaoğlu, M., Fertelli, T., K., Tuncay, F., Ö., Hemşirelerde Tükenme ve Otonomi Düzeylerinin İncelenmesi, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı:4, Ankara, 2005.

Uysal, Ü., Hastane Atıkları, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Sayı:2, Ankara, 2004.

İnternet Kaynakları:

3 Mayıs 1920 Sağlık Bakanlığının Kuruluşu,

<http://www.medimagazin.com.tr/mm-3-mayis-1920-saglik-bakanliginin-kurulusu-ky-51165.html> (01.10.2009)

Cumhuriyet Dönemi Sağlık,

<http://www.forumistik.com/forum/k5208-cumhuriyet-donemi-saglik.html>
(15.10.2009)

Hasta Hakları,

http://hastaninhaklari.blogcu.com/ozel-hastanelerde-hasta-haklari-uygulamasi_1936029.html (25.10.2009)

Hastane Yönetim Modellerinin Uluslar arası Karşılaştırılması,

<http://www.merih.net/m1/hastmod4.htm> (19.10.2009)

Hemşirelerin Görev ve Unvanları,

<http://hemsireyiz.biz/forums/thread/15607.aspx> (25.10.2009)

Hemşireliğin Organizasyon Yapısı,

http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf (30.10.2009)

Hemşirelik Esasları,

<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite01.pdf> (20.10.2009)

Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin
Betimlenmesi.

<http://acikarsiv.ankara.edu.tr/fulltext/2021.pdf> (15.10.2009)

Hemşirelik tarihi, Eğitimi ve Gelişimi,

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/28/39/350.pdf> (20.10.2009)

Hemşirelik,

<http://www.msxlab.org/forum/meslekler/10104-hemsirelik.html> (20.10.2009)

Matriks Organizasyonlar,

<http://bilgiekonomisi.googlepages.com/MATRIKS.ppt> (18.10.2009)

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,

<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html> (05.10.2009)

Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Rollerini Kitapı, Ünite 2,

<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1207/unite02.pdf> (20.10.2009)

Sağlık Nedir?

<http://www.sagliklica.com/admin/saglik/saglik-nedir.html> (18.10.2009)

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi

Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara, 1983, Madde:4,

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yon/yatakli_tedavi_kurumlari_isletme_yonetmeli.pdf (20.10.2009)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Kuruluşu,

<http://www.saglik.gov.tr/SEGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF9B4CD4B3AFAEB926> (01.10.2009)

Türk Dil Kurumu,

<http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hem%FEire&ayn=tam>
(20.10.2009)

Türkiye’de Hemşireliğin Temel Sorunları,

<http://www.dersimiz.com/belirligun/bilgi.asp?id=389> (20.10.2009)

Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007,

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> (05.10.2009)

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi Gelişimi,

<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (15.10.2009)

Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II, Sağlıkta Dönüşüm,

<http://www.istabip.org.tr/media/upload/Layout%201.pdf> (18.10.2009)

Yeni TCK ve Hemşirelerin Sorumlulukları,

http://www.anh.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=70&Itemid (20.10.2009)

Yürügen, B., Türkiye’de Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimi Tarihi.

http://hemsireyiz.biz/blogs/birsen_yurugen/archive/2007/01/04/t-rk-ye-de-hem-rel-k-ve-hem-rel-k-e-t-m.aspx (21.10.2009)

EKLER

EK:1 HEMŞİRELİK KANUNU

Kanun Numarası: 6283

Kabul Tarihi: 25.2.1954

Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 2.3.1954 Sayı: 8647

HEMŞİRELİK KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN

Kanun Numarası: 5634

Kabul Tarihi: 25.4.2007

Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 2.5.2007 Sayı: 26510

Madde 1 – (Değişik: 25/4/2007–5634/ 1. md.) Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.

Madde 2 – (Mülga: 25/4/2007–5634/ 6. md.) Yürürlükten kaldırılmıştır.

Madde 3 – (Değişik: 25/4/2007–5634/ 2. md.) Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.

Madde 4 – (Değişik: 25/4/2007–5634/ 3. md.) 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.

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

Madde 5- Hemşire okulundan mezun hemşireler mecburi hizmetlerini bitirip memuriyetten ayrılınca mecburi hizmeti olmayan hemşire okulu mezunları istedikleri vakit sanatlarını serbestçe yapabilirler.

Serbest çalışacak hemşireler lüzumlu vesikalarını bir dilekçeye bağlayarak mahallin en büyük sağlık amirine verirler. Serbest çalışan hemşire ev adresiyle çalışmak istediği yerde bir değişiklik olduğu takdirde bir hafta içinde aynı makama haber vermeye mecburdur.

Madde 6 — (Mülga: 25/4/2007–5634/ 6. md.) Yürürlükten kaldırılmıştır.

Madde 7 — (Mülga: 25/4/2007–5634/ 6. md.) Yürürlükten kaldırılmıştır.

Madde 8 — (Değişik: 25/4/2007–5634/ 4. md.) 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. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Madde 9 – (Değişik: 25/4/2007–5634/ 5. md.) Hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüçhan hakları vardır.

Madde 10 — (Mülga: 25/4/2007–5634/ 6. md.) Yürürlükten kaldırılmıştır.

Madde 11 –3 üncü madde hükümlerine riayet etmeyen, dördüncü maddede yazılı vazife ve salahiyet hudutlarını tecavüz eden ve 5 inci maddenin ikinci bendi hükmünü yerine getirmeksizin serbest çalışan hemşirelerden (50) liradan (200) liraya kadar hafif para cezası alınır.

Madde 12 — (Mülga: 25/4/2007–5634/ 6. md.) Yürürlükten kaldırılmıştır.

Madde 13 – 1219 sayılı kanunun 64 üncü maddesiyle 3017 sayılı kanunun 4253 sayılı kanunla değiştirilen 61 inci maddesi hükümleri kaldırılmıştır.

Madde 14 – 4862 sayılı kanun ile bu kanunun eklerine bağlı kadro cetvellerindeki başhemşire, hemşire, ziyaretçi başhemşire, ziyaretçi hemşire ve ebe kadroları kaldırılmış ve onların yerine bu kanuna bağlı (1) sayılı cetvel eklenmiştir. Ekli (1) sayılı cetveldeki kadrolar, doğum evleri, nisaiye klinikleri ve sağlık merkezlerine tayin olunacak ebeler hakkında da tatbik olunur. Ekli (2) sayılı cetveldeki kadrolar 1954 mali yılında kullanılamaz.

Geçici Madde 1 - (6283 sayılı Kanunun kendi numarasız geçici maddesi olup teselsül için numaralandırılmıştır.) Bu kanunun neşrinden evvel hastabakıcılık yapmakta olanlardan yedinci maddeye göre hemşire yardımcılığına talip olanlar jüri huzurunda ehliyetlerini ispat ettikleri takdirde hemşire yardımcısı olabilirler.

Geçici Madde 2 – (Ek: 25/4/2007–5634/ 7. md.) Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklıdır.

Hemşirelik eğitime eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar.

Hemşirelik eğitime eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilir ve programlar birleştirilir.

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

Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir."

Madde 15 - Bu kanun 28 Şubat 1954 tarihinden itibaren mer'idir.

Madde 16 - Bu kanunun hükümlerini icraya Maliye ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilleri memurdur.

EK:2 ANKET SORULARI

Sosyal İçerikli

1. Kaç yaşındasınız?
 - 18–25
 - 26–30
 - 31–35
 - 36–40
 - 40 üzeri

2. Cinsiyetiniz?
 - Kadın
 - Erkek

3. Medeni durumunuz?
 - Bekâr
 - Evli
 - Boşanmış

4. Evli iseniz kaç çocuğunuz var?
 - Çocuk yok
 - 1 çocuk
 - 2 çocuk
 - 3 çocuk üzeri

5. Evli iseniz eşiniz sağ mı?
- Evet
- Hayır
6. Eşiniz çalışıyor mu?
- Evet
- Hayır
7. Evde mi kalıyorsunuz, lojmanda mı kalıyorsunuz?
- Evde
- Lojmanda
8. Eviniz kira mı, kendinize mi ait?
- Kira
- Kendime ait
9. Hastaneniz size işe geliş gidişlerinizde servis hizmeti sunuyor mu?
- Evet
- Hayır
10. İşe geliş gelişlerinizde servis hizmetlerinin sunumu güven ve iş veriminizi arttırdığına katılıyor musunuz?
- Kesinlikle katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Katılıyorum
- Kesinlikle katılıyorum

11. Mezun olduğunuz okul?

- Sağlık Meslek Lisesi
- Açık Öğretim Ön Lisans
- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
- Lisans
- Lisans Üzeri

12. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

- 0–2 yıl
- 2–5 yıl
- 5–10 yıl
- 10 yıl üzeri

13. Bulunduğunuz kurumda toplam hizmet yılınız nedir?

- 1 yıldan az
- 1–2 yıl
- 3–5 yıl
- 6–10 yıl
- 11–15 yıl
- 15 yıl üzeri

14. Çalıştığınız kurumda hangi pozisyondasınız?

- Kadrolu
- 4B sözleşmeli

15. Aylık geliriniz ne kadar?

500–1000

1000 üzeri

Mesleki İçerikli

1. Çalıştığınız birimde açık ve sınırları belirlenmiş yazılı bir görev tanımınız var mı?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

2. Hemşireliğe girme kararınızı etkileyen unsur nedir?

Kendi isteğimle

Ailemin kararıyla

Ailemle birlikte

Diğer

3. Hastanede hangi birimde çalışıyorsunuz?

Üroloji

Ortopedi

Genel cerrahi

Göz

Dâhiliye

Acil

KBB

Y.B.Ü

Dermatoloji

Ameliyathane

Gastroenteroloji

Kadın –Doğum

Çocuk

Nöroloji

İdari işler

Nöroşürji

Nefroloji

Fizik Tedavi Rehabilitasyon

4. Çalıştığınız birimdeki statünüz nedir?
- Hemşire
- Sorumlu hemşire
- Başhemşire Yardımcısı
- Başhemşire
5. Hastanede çalışma düzeniniz nedir?
- Sadece gündüz
- Sadece gece
- Gündüz-gece
6. Hastanede sürekli olarak en çok hangi zaman diliminde çalışmak istersiniz?
- Gündüz
- Gece
7. Hemşirelik eğitimi süresinde size hastane yönetimi ile ilgili gerekli bilgiler verildiğine inanıyor musunuz?
- Kesinlikle inanmıyorum
- İnanmıyorum
- İnanıyorum
- Kesinlikle inanıyorum
8. Hastanenizde hemşirelere yönetime katılma hakkı tanınıyor mu?
- Kesinlikle tanınmıyor
- Tanınmıyor
- Tanınıyor
- Kesinlikle tanınıyor

9. Hemşirelere yönetime katılma hakkının verilmemesinin sebebi aşağıdakilerden size en yakın olanı işaretleyiniz.

- Bilgi eksikliği
- Eğitim yetersizliği
- Yetki devrinin az olması
- Sorumluluk sahibi olmaması

10. Hemşirelik hizmeti verirken verimli olduğunuza inanıyor musunuz?

- Kesinlikle inanmıyorum
- İnanmıyorum
- İnanıyorum
- Kesinlikle inanıyorum

11. Hastaneniz hemşirelikte çalışmalarınız için size yeterli koşulları sağlıyor mu?

- Kesinlikle sağlanmıyor
- Sağlanmıyor
- Sağlanıyor
- Kesinlikle sağlanıyor

12. Hastanede hemşirelerle ilgili yönetimce alınan kararlardan bilgilendiriliyor musunuz?

- Kesinlikle bilgilendirilmiyor
- Bilgilendirilmiyor
- Bilgilendiriliyor
- Kesinlikle bilgilendiriliyor

13. Hemşireliğin bir meslek olduğuna inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

14. Hemşireliğin meslek olmasını istiyorsanız sizce aşağıdakilerden hangisi yapılmalıdır?

Hemşirelerle ilgili meslek kuruluşu oluşturulmalı

Hemşireler Birliği Odası oluşturulması

Bakanlık bünyesinde hemşirelerin haklarını savunacak birimin oluşturulması

Hemşirelik yasasında meslekle ilgili maddenin konulması

15. Hastanenizde hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün gelmesini istiyor musunuz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

16. Servis sorumlu hemşirelerin olmadığı durumda sorumluluk almayı ister misiniz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

17. Çalıştığınız hastanede 24 saatlik hizmet verebilecek çocuk kreşinin olmasını istiyor musunuz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

18. Bu kreşin açılması durumunda iş veriminizde bir artış olacağına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

19. Hemşire sorumlu müdürlüğün oluşmasında sizce hemşirelerin verimliliğinin artacağına katılıyor musunuz?

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

20. Çalıştığınız serviste yeterli sayıda hemşire olursa iş veriminizin artacağına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

21. Yönetim tarafından alınan kararların uygulanmasında gecikmelerin olması iş yükünüzü ve verimliliğinizi etkiliyor mu?

Kesinlikle etkilemiyor

Etkilemiyor

Etkiliyor

Kesinlikle etkiliyor

22. Almış olduğunuz eğitim süresine göre servisinizdeki sorumluluğun adil olduğuna inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

23. Servislerde hizmet verilirken sorunların çözümünde pratik önerilerinizi yönetime yazılı olarak sunabiliyor musunuz?

Kesinlikle sunamıyorum

Sunamıyorum

Sunabiliyorum

Kesinlikle sunabiliyorum

24. Hastane yönetim, çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme, ilave Puanı, vb.) mekanizmaları işletilmekte midir?

Kesinlikle işletilmemektedir

İşletilmemektedir

İşletilmektedir

Kesinlikle İşletilmektedir

25. Çalıştığınız serviste yeterli güvenliğin sağlandığına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

26. Çalışma yeriniz, fiziksel sağlınızı gözetecek şekilde ergonomik olarak düzenlenmesi iş veriminizi arttıracığına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

27. Sosyal çevrenizde hemşire olduğunuzu söylediğinizde size bakış açılarını değerlendirebiliyor musunuz?

Kesinlikle değerlendirmiyorum

Değerdendirmiyorum

Değerdendiriyorum

Kesinlikle değerdendiriyorum

28. Hemşirelikte branşlaşmanın olmasını istiyor musunuz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

29. Branşlaşmanın, çalışma saatlerinizi azaltacağına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

30. Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması çalıştığınız hastanede iş yükünüzün azaltacağına inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

31. Sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerdeki hastanelerde görev alan hemşirelerle ortak çalışmayı ister misiniz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

32. İlgi alanınızda sağlık kongrelerinde bildiri sunmak ister misiniz?

Kesinlikle istemiyorum

İstemiyorum

İstiyorum

Kesinlikle istiyorum

33. Eğer isterseniz, hizmet statünüzü etkileyeceğine inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

34. Bilimsel çalışmalarda gösterdiğiniz başarı hemşirelik statünüzde değişiklik olabileceğine inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

35. Yeni gelişen tıbbi teknolojileri kullanabilmeniz için hizmet içi kurslara yönlendirilebileceğinize inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

36. Ön lisans mezunu hemşirelerin lisans tamamlaması için hastane yönetiminin sizi teşvik edeceğine inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanmıyorum

İnanmıyorum

İnanıyorum

Kesinlikle inanıyorum

ÖZGEÇMİŞ

11 Mart 1982 tarihi, Kırklareli İli Babaeski İlçesi doğumluyum. İlk ve Orta Okulu Büyük Mandıra Kasabasında tamamladıktan sonra liseyi Babaeski Süper Lisesinde bitirdim. 2000 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna kaydoldum. 2004 yılında bu okuldan mezun olduktan sonra 2 yıl Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi servisinde çalışıp, 1 yıl Özel İstanbul Şehir Hastanesinde Cerrahi Hemşireliği Sorumluluğu yapıp, 2007 yılından bu yana Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktayım. 2008 yılında Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans eğitimine başladım. Yabancı dilim İngilizce olup, evliyim.

Aday: Nevin GAVAZ