

SON DÖNEM SAĞLIK POLİTİKALARININ HEMŞİRELİK MESLEĞİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gamze TÜREDİ* , Tuğba ERDOĞAN* , Gökhan ABA** 

ÖZET

Sağlık uygulamaları hizmet kalitesi bakımından standartlaştırılması istenen bir alan olmasına rağmen, gelişmekte olan bir ülke olmamız nedeniyle sağlık politikaları sürekli yenilenmektedir. Yenilenen sağlık politikalarının hemşireler üzerindeki etkisi de kaçınılmazdır. Sözleşmeli personel istihdamı, özelleşme, farklı istihdam alanlarının oluşturulması, performansa dayalı ücretlendirme yapılması, güler yüzlü hizmet anlayışı, kalite kavramının yanlış anlaşılması ve yönetsel değişiklikler meslek üzerinde kargaşa yaratmanın yanı sıra motivasyon düşüklüğüne ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu derlemede geçmişten günümüze değişen sağlık politikaları ve bu politikaların hemşirelik mesleği üzerine etkileri incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık politikaları, Hemşirelik, Sağlık personeli

THE EFFECT OF LAST TERM HEALTH POLICIES ON NURSING PROFESSION

ABSTRACT

Health policies are constantly being renewed as we are a developing country although health practices are desirable to be standardized in terms of service quality. The effect of renewed health policies on nurses is inevitable. Employment of contracted personnel, privatization, creation of different areas of employment, performance based remuneration, friendly service concept, keeping quality in the forefront and managerial changes cause unrest in the profession as well as low motivation and burnout. This review examines the health policies that have changed from past to present and the effects of these policies on the nursing profession.

Keywords: Health policies, Nursing, Health staff

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde değişen ihtiyaçlar ve artan beklentiler, sağlık ve sağlık politikaları kavramlarını yeniden şekillendirmek zorunda bırakmıştır. Her değişen ve yenilenen sağlık politikasının ardında bu durumdan etkilenen unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlardan birisi de sağlık hizmet sektörünün görünmeyen gücü hemşirelik mesleğidir. Sağlık alanında oluşturulan reform ve programlar ile hemşirelerin mesleki tanımların geliştirilmesi ve yenilenmesi, yeni istihdam alanları oluşturulması, hemşirelik mesleğinden beklentilerin artması bu değişimlere örnek olarak gösterilebilir. Yapılan değişimler doğrudan anlaşılmasa da zaman içerisinde hemşirelik mesleği üzerine etkilerini göstermektedir. Bu çalışma, sağlık politikalarının hemşire sağlık meslek grubunun nasıl etkilendiğini incelemek üzere yapılmıştır. Bundan sonraki politikalarda, başta hemşire meslek grubu olmak üzere diğer sağlık personelinin de politik kararlara katılması ve aktif rol alması için öncülük edeceği düşünülmektedir.

Sağlık, Politika Sağlık Politikası Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; “yalnızca hastalık ya da sakat olmama hali değil beden, ruhen ve sosyal olarak tam iyi olma” halidir (WHO, 2019). Sağlık Hizmetleri ise; insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve zihinsel yeteneklerini kaybedenlerin rehabilitasyonu için verilen sağlık hizmetidir. (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık, hayati olarak görülen hizmetleri ve bölüm yelpazesi geniş, çok kapsamlı hızla ilerleyen bir sistem olması nedeniyle, günümüzde ülkelerin hizmet sektöründe kalkınmasında önemli bir ölçüttür (Atılgan, 2017). Devletin asıl görevi sağlık ve yaşam hakkını güvence altına almaktır. Bu görevi ise politika oluşturarak yerine getirmektedir.

Ülkemiz sağlık sisteminin kurucularından olan Nusret Fişek, politikayı; “bir hizmetin geliştirilmesi için alınacak uygulama kararlarına yön veren ve hükümetlerin bilinçli olarak aldıkları ilke kararlar” olarak tanımlamıştır (Fişek, 1984). Sağlık politikaları, sağlık alanında verimli ve kaliteli hizmet vermek, sağlık hizmet koşullarını daha iyi hale getirmek için alınan kararlardır. Sağlık politikalarının oluşturulma amacı herkesin ulaşabileceği, geniş kapsamlı, mevcut kaynakların ihtiyaca göre dağıtımı ve bunları yaparken her adımı hesaplayabilecek öngörüye sahip olmaktır. Sağlık politikaları, hastalara seçme özgürlüğü sunmakta, faaliyetlerine ve karar alma sürecine dâhil ederek açık politikalar oluşturmaktadır (Bayın & Akbulut, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre açık bir sağlık politikası çeşitli şeyleri başarabilir: Gelecek için bir vizyon tanımlar, bu da kısa ve orta vadede hedef ve referans noktaları oluşturmaya yardımcı olur. Öncelikleri ve farklı grupların beklenen rollerini özetler, uzlaştırır ve insanları bilgilendirir (WHO Health Policy, 2018).

Türkiye’de Sağlık Politikaları

1920-1923 döneminde daha çok savaş yaralarının sarılması, salgın hastalıklar ve çevre sağlığı ile ilgilenilmiş sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt tutulamamıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemelerin bulunmadığı bu dönemde Bakan Adnan Adıvar tarafından, hastanelerde çalışan doktor, hemşire ve yatak sayısı ile ilgili veriler toplanmış ve mevzuat oluşturulmuştur. Bu mevzuatla birlikte 1920’de Sağlık Bakanlığı kurulmuş sağlık hizmetlerinin Türkiye’nin geneline ulaşması sağlanmış ve başlıca görevi ölüm oranlarını azaltmak olmuştur (Akdağ, 2008 & Yalçındağ, 2018).

Sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından işletilen “devlet görevi” haline gelmiştir. Yeterli sayıda ve eğitimde hemşire bulunmaması nedeniyle Amiral Bristol Hemşirelik Okulu açılmış, eğitilmiş hemşire sayısı arttırılmaya çalışılmıştır. Ancak hemşirelik meslek olarak ele alınmamış, mesleki mevzuat çıkarılmamıştır (Koç Üniversitesi, 2019).

1923-1945 Dönemi sırasında 1929 yılında yaşanan dünya ekonomik krizinin etkisi, 1930’lu yılların başından itibaren Türkiye’de daha disiplinli, dolayısıyla daha planlı bir “devletçilik” modelinin uygulanmasına neden olmuştur. 1930 yılında T.C. Merkez Bankası kurulmuş, Dr. Refik Saydam ile siyaset ve ekonomi anlayışı yeniden devletçi, halkçı çizgiye getirilmiştir (Metintaş & Kayıran, 2011). Sağlık Bakanı Refik Saydam ile sağlık politikalarında dört ilke edinilmiş sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu hekimliğin yerel yönetime bırakılması, yetersiz sağlık personeli temini için tıp fakültelerinin artırılması ve mezunlarına zorunlu hizmet uygulanması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi yönünde düzenlemeler yapılmıştır (Akdağ, 2008).

Sağlık Bakanlığı 1923 yılı verilerine göre, ülkemizde sağlık hizmetleri 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri ve Numune hastanelerinin açılması ile hemşire ihtiyacı artmış, hemşirelik okulları sayısında artış olmuş, hekim dışı personel için kurslar düzenlenmiştir (Akdağ, 2008 & Yalçındağ, 2018).

1946-1960 yılları arasında Dr. Behçet Uz tarafından Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Plana göre ülke 7 bölgeye ayrılmış, her bölge sağlık hizmeti açısından yeterli hale gelmesi hedeflenmiştir. Yine bu planda köylüleri sağlık hizmetine kavuşturmayı amaçlayan; her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi ve her 10 köy için bir köy ebesi ve bir sağlık memuru atanmaya çalışılmıştır. Bu planla birlikte aslında sağlığa sosyalleşmenin ilk adımları atılmıştır (Demirel, 2009).

1950 yılı ile 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükselerek yüzde yüze varan artış sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu dönemde hemşirelik meslek üyesi sayısında yaşanan yükselme ile birlikte

hemşirelik sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere Hemşirelik Kanunu (1954) çıkartılmıştır. Hemşire olma şartları belirlenmiş, hemşire mesleğinin görev tanımı yapılmıştır (Hemşirelik Kanunu, 2018).

1960-1980 döneminde, darbe sonrası kurulan Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından Sağlık Bakanlığı müsteşarlığına getirilen Dr. Nusret Fişek'e verilen "sağlık hizmetlerini devletleştireceğiz, hazırlık yapın" mesajı sonrası MBK ile iletişime geçen Fişek MBK'nin bir sağlık politikası olmadığını anlamış ve bunu kendine görev bilip bir taslak hazırlamıştır (Aksakoğlu, 2008). Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Sosyalleştirme Dönemi" başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sağlıkta sosyalleştirme döneminde halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek sağlık çalışanlarını ülkenin dört bir yanına eşit ve adaletli bir şekilde dağıtılması istenmiştir. Bu durumda daha az kalkınmış olan ve sağlık çalışanlarının gitmek istemedikleri yerlere zorunlu görevlendirmeler yapılmış, sağlık çalışanları bu bölgelerde tutmak ve teşvik etmek için ödüllendirmeler yapılmış ve bazı imkânlar sağlanmış. Politikaların uygulamasında yetersizlik, uygun ortamın sağlanamaması, iki başlılık karmaşa yaratmış, istenilen dağılım sağlanamamıştır. Sağlık hizmetlerinin yerleşimlerin yerlerinin uç köşelerine ulaşımı yeterli olmamıştır (Akdur, 2019).

Günümüz Türk Sağlık Politikalarında Hemşirelik

Günümüz sağlık politikalarının hemşirelik mesleği üzerinde çeşitli etkileri vardır. Bu etkiler aşağıdaki başlıklarda toplanabilir:

Hemşirelik Kanunu Ve Yönetmeliğindeki Değişimler

1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu'nda hemşirelik tanımı yapılmış ve hemşirenin hakları ve görevlerinden bahsedilmiştir. Bu kanuna dayanarak çıkarılan yönetmelikte ise hemşirenin görevleri ve yetkileri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Son yıllarda bu kanun ve yönetmeliklere yapılan değişiklikler şöyledir:

Hemşirelik mesleğinin tanımı değiştirilerek Türk Kadını yerine Türk vatandaşı kavramı getirilmiştir. Böylece hemşirelik mesleği sadece kadınların yapabileceği bir meslek grubu olmaktan çıkmış, cinsiyet ayrımı gözetilmemiştir. Ayrıca hemşirelik eğitimine eş değer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar da hemşire olarak çalışabilme yolu açılmıştır

Diğer bir değişiklik ise uzman hemşirelik tanımı yapılmasıdır. Bu değişim ile hemşirelik mesleğine bilim uzmanlığı tanınmıştır. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alma hakkına sahip olmuşlardır.

Kanun değişiminde yönetim ile ilgili değişiklikler de yapılmıştır. Başhemşirelik ve sorumlu hemşirelik gibi yönetsel görevlerde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüçhan hakları elde etmişlerdir (Hemşirelik Kanunu,2018).

Sözleşmeli Personel İstihdamı

2003 yılında yürürlüğe giren 4924 sayılı kanun ile “eleman temininde günlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” tanımlanmış ve hemşirelik mesleğine sözleşmeli personel alımı başlamıştır. Bu kanun ile sözleşmeli personel sayısında çok fazla artış yaşanmıştır. Sözleşmeleri personellerin istihdamı ile ihtiyaçlar giderilmiş olarak gözükmese de çalışma şartları uygun gelmeyen hemşireler 657 sayılı kanuna tabii olabilmek için sözleşmelerini feshetmektedirler. Eksik istihdam devam etmektedir. 657 sayılı kanuna tabi olan hemşireler ile 4B sözleşmeli hemşireler arasında özlük hakları ayrımı kargaşa yaratmaktadır (Seren & Yıldırım, 2013).

Hemşireler 657 sayılı yasanın 4/A fıkrasına tabi kadrolu, 4B fıkrasına tabi sözleşmeli, Üniversite vakfının elemanı olarak sözleşmeli, aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli, 4924 sayılı yasaya tabi sözleşmeli, kâğıt üzerinde taşeron temizlik firmasının elemanı olarak görünen hemşire ve vekil hemşire olmak üzere, yedi farklı statüde istihdam edilebilmekteydi. Kadrolu kamu istihdamı biçimlerinden farklılaşan yeni istihdam biçimlerinin ortaklaştığı nokta ise güvencesizliktir. 632 sayılı KHK ile 4B sözleşmeleri personelin memur kadrosuna geçiş yolu açılmış, mevcut güvence sorunlarının azalacağı düşünülmüştür. Ancak sözleşmeli personel alımı günümüzde devam etmektedir (Ulutaş, 2011).

Vekil Hemşire İstihdamı

2005 yılında 657 sayılı Kanun’un 86. Maddesi üzerine ek yapılmış, vekil hemşirelik mevkisi oluşturulmuştur. Aile sağlığı merkezi uygulaması ile tercih edilmeyen kadroları doldurmak için geçici sürelidir. Bu uygulama ile yapılacak atamalarda kriterler belirlenmemiş olup, objektif davranılmayacağı ayrımcılık yapılacağı düşüncesi oluşmuştur. Ayrıca vekil olarak atanan hemşire maaşı oldukça düşüktür. Ve iş güvencesi azdır (Türk Sağlık Sen, 2006).

Özelleştirme ile Hemşire İstihdamı

Sağlıkta dönüşüm programı ile gelişen kalite anlayışı özel sağlık sektörünü gündeme getirmiştir. Hemşire meslek üyelerinin özel sektöre bu alana sağlık çalışanlarının ilgisi her geçen gün artmıştır. 1994 yılından Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlangıcına kadar olan yıllar arasında özel sektörde hizmet sunan sağlık çalışanlarının sayısı kamuda %24, özelde %77 oranında artmıştır. “Sağlıkta

Dönüşüm Programı” sonrasında ise, kamuda %57, özel sektörde ise %278 oranında artış meydana gelmiştir (Etiler, 2011).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada özelleştirme ile birlikte hasta sayısının arttığı, hemşire sayısının azaldığı ve iş yükünün arttığı vurgulanmış, ayrıca çalışanların geleceklerinden endişe ettikleri belirtilmiştir. (Engström & Axelsson, 2010). Diğer bir araştırmada ise, gelişmekte olan ülkelerde özelleştirmenin düşük maaşların yanında başka sorunlara da yol açtığını göstermektedir. Toplum sağlığı merkezi hemşirelerinin moral düzeylerinin düşük olduğunu hizmet verirken içerisinde buldukları koşulların zorluklarını ve bu zorlukları çözmek için anlatacak kimseyi bulamadıkları görülmüştür (Segall, 2000)

Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi

1961 yılında çıkan 209 sayılı Kanun ile birlikte başlayan döner sermaye uygulaması hastanelerin belirli gereksinimleri karşılamak için amacıyla başlayıp daha çalışanlara ek ödemeler olarak uygulaması olarak devam etmiştir. Az miktarda başlayan bu ek ödemeler zaman içerisinde sağlık çalışanlarının aldığı maaş içinde büyük bir pay oluşturmuştur (Etiler, 2011).

Performansa dayalı ödeme sisteminde, 5120 tıbbi işlem belirlenmiş ve puanlanmıştır. Hekimler tarafından doğrudan yapılan ve sonuçlandırılan girişimler puanlandırılırken, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan işlemlerde puanlandırma yapılmamıştır. Örneğin; koroner arter bypas 2500 puan, psikiyatri muayenesi 30 puan, enjeksiyon 0 puan gibi (Erkan, 2011 & Sağlık Bakanlığı, 2018)

Bu durum bazı olumsuzlar ortaya çıkarmıştır. Çalışanlar arası çıkan çıkar çatışmaları, performans ücretlerinin net maaşa yansıtılmaması ve çalışanların aldığından daha düşük maaşlı gösterilmeleri hemşirelerin emeklilik ücretleri açısından da büyük sıkıntılar yaratmaktadır_(Kablay, 2014).

Hemşirelerin maaşlarının günümüz dünyasında iyi bir yaşam kalitesi için gerekli olan miktarın altında olduğu görülmektedir. Diğer sağlık personelinin ise yaptıkları işler sistemde hiç gözükmemekte yani ölçütlerin dışında tutulmaktadır. Bu durumda sağlık da üretici gücün hekimler olduğu gibi bir yanlışlığı da yaratmaktadır (Kablay, 2014).

Feminizasyon

Literatürde işgücünün feminizasyonu, genelde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında ise geçmişten beri işgücünün yarısı, hatta daha fazlası kadınlardan oluşması alışıldık bir durum olmasına rağmen, feminizasyonun giderek artması dikkat çekmiştir (Urhan & Etiler, 2011).

Sağlık alanında uygulanan neoliberal politikalar nedeniyle çalışma koşullarının ağırlaşması, iş güvencesinin azalması ve emeğin değersizleşmesi bu sektördeki erkek çalışanları diğer sektörlere itmiş, sağlık sektörün çalışan kadın sayısı gitgide artmıştır. Bu durum sadece Türkiye için değil, Avrupa ülkeleri içinde geçerli olmuştur (Urhan & Etiler, 2011). Bu durum hemşirelerin, olumsuz çalışma koşullarında destek mekanizması olarak yer almasına neden olmuştur. (Öztürk & Ergüneş, 2011).

Aile Sağlığı Merkezinde Hemşire İstihdamı

2004 yılında “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kabul edilmesiyle birlikte hekimler kendi hesaplarına çalışan bir statüye geçerken, aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan sağlık çalışanları (hemşire, ebe, sağlık memuru) aile hekiminin yanında çalışan bir işçi halini almıştır (Çakıroğlu & Seren, 2016). Bu sistem hemşirelerin hekimin isteğine bağlı olarak istihdam edilmesinin önünü açmıştır (Sönmez & Sevindik, 2013).

Aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinde hemşireler, esas kadrolarından ayrılmadan ücretsiz izinli gösterilerek aile hekimliğine geçirilmişlerdir. Bu durum hemşirelerde, uygulamaya alışmama ve asıl iş yerinden ayrılma gibi nedenler ile adaptasyon sorunlarına ve motivasyon düşüklüğüne neden olmuştur. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin memnuniyetsizlik nedeni olarak iş tanımlarının sadece mesleki görevler ile sınırlı olmaması, ASM’ de mesleki doyuma ulaşamamaları, yardımcı sağlık personeli gibi hissetmeleri gibi nedenler yer almaktadır (Sönmez & Sevindik, 2013).

Aile sağlığı elemanı olarak çalışan hemşireler yetersiz istihdam olması durumunda daha fazla hemşirenin yapması gereken iş yoğunluğunu tek başına üstlenmektedir. Bu da hemşirelik meslek grubunun mesleki statüleri ve özerkliklerini yok etmiş, mesleğin kimliksizleştirilmesine yol açmıştır (Nalbantoğlu, 2011).

Nitelikli ve Etkili Sağlık Sistemi İçin Hemşire Emeği Sömürüsü

Kaliteyi arttırmaya çalışan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, hastaların müşteri olarak değerlendirilmesine ve müşteri memnuniyetinin ilk sıraya yerleştirilmesine neden olmuştur. Müşteri istek ve ihtiyaçlarını tatmin etme, hastaya yapılacak tetkik, tedavi uygulamalarıyla eş değer hale gelmiştir (Öztürk & Ergüneş, 2011). Sistem iyileştirilmesi için oluşturulan hasta hakları, istekleri dilekçe şikâyet uygulaması yanlış anlaşılmalı, yersiz ve zamansız istekleri doğrultusunda kurum ve sağlık personelini şikâyet etmeye başlamıştır. Şikâyetler hemşireler üzerinde baskı kurmuş ve yönetim tarafından incelenmeksizin performansa yansıtılmıştır. Hemşirelerin mesleğine yabancılaşmasına ve baskıya neden olduğu için “Nitelikli, Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite” ilkesinin tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir (Özdemir, 2016).

Kalite uygulamaları ile artan formlar, hemşireler üzerinde iş yükünü arttırmıştır. Hastaya bakım vermek için ayrılan zaman daraltılarak kalite emirlerini yerine getirmek durumunda kalmışlardır. Hizmet bakım kalitesinde azalmalar yaşanmıştır (Ulutaş, 2011).

Özel Sektör ve Estetik Emek

Çalışma hayatında özellikle hizmet alanında, iş bulma ve işin devamlılığı için beden estetik görünümü önem kazanmıştır. Bilgi ve teknoloji kullanma becerisi başarı için gerekli olsa da rekabet ortamında dış görünüm ile bütünleşmediği sürece ön plana geçmemektedir. Estetik emek; çalışma ortamında ticari amaçlar için bedende fiziksel düzenlemeler kullanılmasına, bedenin cisimleştirilmesine neden olmaktadır (Çetin, 2009).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastaneler işletme mantığına bürünmekte ve işletme ilkelerine göre hareket etmektedir. Kadınların çoğunlukla yer aldığı sağlık sektöründe görselliğe önem verilerek, hemşire iş başvuru formlarında fiziksel özellikler sorgulanmaktadır. Bazı hastanelerde işe alım sürecinde fiziksel özellikler ve sevecenlik sempatiklik cazibe de değerlendirilmekte, çalışanlarda aranan özellik haline gelmiştir (Ulutaş, 2011).

Başhemşirelikten Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne

663sayılı KHK ile geleneksel başhemşirelik makamı yerini sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bırakmıştır. Şuan ki mevcut sağlık bakım hizmetleri müdürleri hemşire olsa da kanunda bu pozisyon koşullarında mesleki sınırlamama yapılmamıştır. Bu da herhangi bir üniversitenin 4 yıllık lisans mezununun gelebileceği ihtimalini yaratmaktadır. Sağlık alanında herhangi bir bilgi ve tecrübeye sahip olmayan kişilerin bu kadrolara gelmesi sağlık gibi kritik bir alanda karmaşaya neden olabilecektir (Resmi Gazete, 2019).

Sağlık bakım hizmetleri müdürü olabilmek için hemşirelik şartı aranmamakta ve meslek sınırlaması yapılmamaktadır. Bakım hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi, bakım hizmeti için gerekli ilaç malzeme sarfın temini, güvenliği hazırlığı, temizliği, dezenfeksiyonu sterilizasyonu, sağlık bakım hizmeti veren personelin eğitimi, gelişimi, değerlendirilmesi, denetlenmesi gibi görevleri bulunmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2019).

Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Hemşireler

SDP ilkelerinden biri olan sağlık personelinin bilgi beceri düzeyinin artırılıp yüksek motivasyonla çalışma hemşirelik kanununa girmiştir. Yasal olarak hemşirelikte uzmanlaşma tanımlanmıştır, uzman hemşire olma kriterleri belirlenmiştir. Yüksek lisans ve doktora programları açılmış, alana ve uzmanlığa göre istihdamın yolu açılmıştır. Sertifika programları ile nitelikli hemşire

sayısının yükseltilmesi amaçlanmıştır. Böylece, hemşirelik uygulamalarında malpraktisin engellenmesi hedeflenmiş, hemşirelere kariyer planlama olanağı sunulmuştur (Torun, 2015).

Kaya ve Doğru' nun (2019) ameliyathane hemşireleri üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada ise hemşirelerde motivasyonun bazı faktörlere göre değiştiği gözlemlenmiş, 11-15 yıl arasında çalışma süresi olan, ilerleme fırsatının olduğu birimlerde çalışan, önlisans mezunu olan hemşirelerin yüksek motivasyona sahip olduğu görülmektedir (Kaya & Doğru, 2019).

Gürsoy'un (2017) yapmış olduğu çalışmada özel hastane ile eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin motivasyon düzeyi karşılaştırılmıştır. Her iki hastane hemşirelerinin motivasyon düzeyinin yüksek olduğu görülmüş, buna rağmen tatmin edici olmadığı düşünülmüştür (Gürsoy, 2017).

Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyi üzerinde yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin motivasyon düzeyleri puanları incelendiğinde “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır (Tan, Polat, Şahin, & Genç, 2015).

Yüksel' in (2015) hastane yöneticilerinin iletişim becerilerinin hemşirelerinin motivasyon ve tükenmişlik düzeyine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; hemşirelerin genel iletişim becerilerinin motivasyon düzeyini arttırdığı, tükenmişlik düzeyini ise azalttığı görülmektedir (Yüksel, 2015).

Doğrudan insana hizmet veren, hizmetin kalitesinde insan etmeninin çok önemli bir yere sahip olduğu aşikârdır. Hemşireliğin hizmet alanı, sağlıklı ya da hasta birey veya yakınları, toplum, dolayısı ile insandır (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010). SDP, kaliteyi arttırmak amacı ile diğer bir emri olan güler yüzlü hizmeti müşteri memnuniyeti için koşul saymıştır. Hemşirelerden her zaman her koşulda güler yüz beklenmektedir (Ulutaş, 2011).

Sağlık ekibi içinde hasta bakımında ön planda yer alan hemşireler; insan hayatı ile doğrudan ilgili olması, hatanın kabul edilemez olduğu uygulamalarda bulunması, zaman baskısı, teknolojinin yoğun kullanımı, çok fazla kişi ile sürekli iletişim halinde olması, çatışmalara müsait bir ortamda çalışması, iş yükünün fazla olması gibi birden fazla stres oluşturan etmenle karşı karşıya kalmaktadır (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010). Ayrıca sistemsel hatalardan kaynaklanan müşteri memnuniyetsizliğinin de ilk kurbanları olmaktadır (Ulutaş, 2011). Bu durumlar hemşirelerde tükenmişliğe neden olmakta ve sinirlilik hali, öfke, hayal kırıklığı ve suçluluk duygusu hissetme, anksiyete, kızgınlık ve sabırsız duygularını da beraberinde getirmektedir (Kaya, Kaya, Ayık, & Uygur, 2010).

Yeni İstihdam Alanları

Toplum sağlığı merkezine bağlı açılması planlanan Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) doktor, hemşire, diyetisyen ve spor eğitmeni yer alması planlanmaktadır (Beşiktaş Belediyesi, 2019). Bünyesinde beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite, kronik hastalık yönetimi, sağlıklı yaşlanma danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı, gebe sınıfı, evlilik öncesi danışmanlık, sigara bırakma polikliniği, okul sağlığı ergen sağlığı hizmetleri, enjeksiyon-pansuman hizmetleri, tansiyon ölçüm hizmetleri gibi birimler yer almaktadır. Bu da hemşirelere yeni istihdam alanı oluşturmaktadır (Beşiktaş Belediyesi, 2019).

Sağlık alanında kamunun finansal açıdan yetersiz kaldığı yerleri özel sektörün tamamlaması amacıyla şehir hastaneleri oluşturulmuştur. Maliyetlerin artması ve gelirlerin ve gider dengesinin kurulamaması daha düşük ücret rejimine sahip hizmette taşeronlaşmayı arttıracığı düşünülmektedir. Aynı zamanda döner sermaye ödemelerinin tüm masraflar düşüldükten sonra geriye ödenek kalmaması hemşireler üzerinde motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır.

Sağlık turizminin etkisiyle sağlık hizmeti almak isteyen turistlere yabancı dil bilen hemşire istihdamı ve yabancı uyruklu hemşire alımı planlanmaktadır (Türk Sağlık-Sen, 2017).

Tüm bu gelişmelere rağmen 1 Mart 2019 tarihinde yayınlanan diyaliz merkezleri hakkında yönetmeliğe göre diyaliz birimlerinde değişiklikler yapılmıştır. Eski yönetmeliğe göre diyaliz hemşireliği sertifikasına sahip olan hemşirelerin çalışabilmekteydi. Ancak yeni yönetmelikte diyaliz sertifika eğitim programından hemşirelerin çıkarıldığı görülmektedir. Hemşirelerden alınan istihdam alanı diyaliz teknikerlerine verilmektedir (Resmi Gazete, 2019).

SONUÇ

Sağlık sektöründe yenilenme sürecinde politika değişimi sürekli görülen bir olgudur. Ancak politikalar oluşturulurken etkilenen her meslek üyesi dikkate alınmalı ve hakları korunmalıdır. Hemşirelik mesleği sağlık sektöründe madalyonun görünmeyen yüzüdür ve büyük bir bölümünü kaplamaktadır. Sağlık sektöründe özellikle de hemşirelik mesleğini etkileyen politikaları oluştururken hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının alınan bu kararlara katılmamaları kararların ve yeniliklerin uygulama sürecinde karışıklıklara ve çalışan memnuniyetsizliklerine yol açmakta, iş verimini ve kalitesini düşürmektedir. Bu nedenlerle sağlık politikalarının karar alma aşamalarına hemşirelik mesleği üyelerinin de yer alması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Erişim tarihi 06.01.2019
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf4>
- Akdur, R. (2019). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık*. Sözel Bildiri, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara .
- Aksakoğlu, G. (2008). Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 8, 7-62.
- Atılgan, Y. (2017). *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 115-132.
- Beşiktaş Belediyesi. (2019). *Sağlık Hizmetleri*, Erişim tarihi 05.01.2019
www.besiktas.bel.tr/ProjeDetayi/13174/saglikli-yasam-merkezi
- Çakıroğlu, O.Ç. ve Seren, A.K. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerine etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 37-43.
doi:10.5222/SHYD.2016.037
- Çetin, E. (2009). Çalışma yaşamında bedenin değişen görünümü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6, 73-83.
- Demirel, H. (2009). Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx>
- Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160, 423-437.
- Engstör, A.K. & Axelsson, R. (2010). The double spiral of change - experiences of privatization in a Swedish hospital. *The International Journal of Health Planning and Management*, 25(2), 156-68.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Fişek, N. (1984). Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları - I. Türk Tabipler Birliği. Erişim tarihi 06.01.2019 http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html
- Halk Sağlığı Müdürlüğü (2019). Sağlıklı Hayat Merkezleri. Erişim tarihi: 25.11.2019.
<https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>

- Hemşirelik Kanunu. (2018). Türk Hemşireler Derneği. Erişim tarihi: 04.01.2019
<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik-kanunu.aspx>
- Gürsoy, İ. (2017). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri Ve İş Verimlilikleri Arasındaki İlişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kablay, S. (2014). Performansa dayalı döner sermaye uygulaması ve sağlık çalışanlarına etkisi. *İş Güç Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(4), 85-110.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S.E. ve Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401-419.
- Kaya, Z., ve Doğru, E. (2019). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin incelenmesi. Acıbadem Hemşirelik. Erişim tarihi 04.01.2019
http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/4.pdf
- Metintaş, M. ve Kayıran, M. (2011). Refik Saydam hükümetleri döneminde Türkiye'nin dış politikası (1939-1942). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 289-313.
- Koç Üniversitesi. (2019). Tarihçemiz. Erişim tarihi: 05.01.2019
<https://nursing.ku.edu.tr/hakkimizda/tarihcemiz/>
- Nalbantoğlu, D. (2011, Mayıs). *Sağlıkta dönüşüm politikalarının kadın sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerine etkisi*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyumu, Denizli.
- Özdemir, G.Y. (2016). Dönüşümün köşe taşları: kamu hizmeti ve sağlık emek süreci. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 30, 8-11.
- Öztürk, M.Y., ve Ergüneş, N. (2011, Mayıs). *Türkiye'de kadın istihdamı ve kadın emeği: sağlık sektöründe kadın emeği ipuçları*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyumu, Denizli
- Resmi Gazete. (2019). *Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik*. Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-4.htm>
- Resmi Gazete. (2019). *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri*. Erişim tarihi 05.01.2019 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*. Erişim tarihi 06.01.2019
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Tıbbi İşlemler Yönergesi*. Erişim tarihi 14.11.2019
<https://khgmekodemdb.saglik.gov.tr/TR,43364/tibbi-islemler-yonergesi.html>

- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Erişim tarihi 05.01.2019 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>
- Segall, M. (2000). From cooperation to competition in national health systems and back?: impact on professional ethics and quality of care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 15(1), 61-79.
- Sönmez, M.O., ve Sevindik, F. (2013). Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: aile sağlığı elemanı olmak. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12(1), 43-48.
- Tan, M., Polat, H., Şahin, Z.A., ve Genç, F. (2015). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4, 10-17.
- Torun, N. (2015). *Hemşirelerde uzmanlaşma ve branşlaşma*. Sözel Bildiri, Sağlık-Sen Hemşirelik Sempozyumu, Ankara.
- Türk Sağlık Sen. (2006). Vekil ebe ve hemşirelik bilgi notu. Türk Sağlık Sen. Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.turksaglikxen.org.tr/vekil-ebe-ve-hemsirelik-bilgi-notu_arsiv_3899
- Türk Sağlık-Sen. (2017). Türkiye' de şehir hastanelerinin serüveni. *Nefes Dergisi*, 32, 38-41.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2012). Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.istabip.org.tr/ebulten/son/bulten_2012_22/khbtasrateskilati.docx
- Ulutaş, Ç.Ü. (2011). *Sağlıkta dönüşümün kadın sağlık çalışanlarına temel yansımaları*. Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu, Denizli.
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2(29), 191-216.
- WHO. (2018). *WHO Health Policy*. Erişim tarihi 06.01.2019 https://www.who.int/topics/health_policy/en/
- WHO. (2019, 01.01). *WHO*. Erişim tarihi 06.01.2019 <https://www.who.int/about/mission/en/>
- Yalçındağ, İ. K. (2018). *Türkiye'de 1950-1960 Dönemi Sağlık Politikaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Yüksel, Ö. (2015). *Hastane Yöneticilerinin İletişim Becerilerinin Hemşirelerinin Motivasyon Ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.