



**SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET
ÇALIŞANLARI SENDİKASI**

**SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**

11 MAYIS 2015

TEMMUZ 2015
ANKARA

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 29

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

İdris BAYKAN
Genel Basın ve İletişim Sekreteri

TEMMUZ 2015
5.000 Adet

Grafik Tasarım
Sedat ALTUĞ

Fotoğraf
Emrah ÇANKAYA

Baskı:



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2
Demirtepe/ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65

www.sagliksen.org.tr

Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.
Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.

**SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın (Sağlık-Sen) politika ve uygulamalarının akademik altyapısını oluşturmayı amaçlayan, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı bilgi üreten, kaynağı çalışanların alın teri olan alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

Sağlık, sosyal ve işgücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler ve sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, **SASAM**'ın öncelikli amaçları arasındadır.

SASAM, aynı zamanda kamunun yönetim kapasitesini geliştirmeye teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politika karar süreçlerinde etkin ve öncü düşünce kuruluşu olmayı ve küresel ölçekte sağlık, sosyal ve işgücü politikalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

SASAM bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlere bağlılık, paydaşlık ve katılımcılık ile çözüm odaklılığı kendine ilke edinmiştir.

SASAM'ın çalışma alanları içerisinde "Sağlık Politikaları", "Sosyal Politika" ve "İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar" yer almaktadır. Ayrıca **SASAM** çalışma alanlarına din ve medeniyet, kimlik, kültür, etik ve ahlak konularını da dahil ederek düşünce üretmeyi amaçlamaktadır.

SASAM'ın Faaliyet alanları içerisinde; bilimsel toplantılar (Kongre, Sempozyum, Konferans, Seminer, Çalıştay, Arayış Toplantıları, vs.) gerçekleştirmek, saha araştırmaları yapmak, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek ve süreli/süresiz yayınlar (Kitap, Dergi, Rapor, Makale...vs.) ortaya koymak yer almaktadır.

İÇİNDEKİLER

Sempozyum Programı	6
Açılış Konuşmaları	8
Metin Memiş / Sağlık-Sen Genel Başkanı	8
Prof. Dr. Eyüp Gümüş / Sağlık Bakanlığı Müsteşarı	16
I. OTURUM	22
Hemşirelikte Yönetim – Prof. Dr. Ülkü BAYKAL.....	24
Hemşirelerde Uzmanlaşma ve Branşlaşma - Uzm. Hemşire Nazan TORUN	40
663 Sayılı KHK ve Hemşirelik - Ayşegül ERCİYAS	48
Hemşirelik ve Kişisel Gelişim - Marziye İLHAN, RN. BA. MBA.....	56
II. OTURUM	64
Çalışan Güvenliği, Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Koşulları - Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN	66
Türkiye’de Ebelik Mesleği ve Ebeliğin Geleceği - Doç. Dr. Sibel ERKAL İLHAN	72
Ebelik ve Hemşirelik Mesleğinde Sendikal Politikalarımız ve Kazanımlarımız - Av. Özlem TİTREK.....	74
III. OTURUM	84
Hemşirelikte Etik ve Hasta Mahremiyeti - Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU	86
Türkiye’de Hemşire Olmak; Hemşireliğin B+ugünü ve Geleceği - Doç. Dr. Sultan AYAZ.....	92
“Hemşirenin Bir Günü” – Uzm. Hemşire Fadik ÇÖKELEK	104
Toplum ve Medya Gözüyle Hemşirelik - Yeşim SERT KARAASLAN.....	108
SEMPOZYUM SONUÇ BİLDİRGESİ	113

HEMŞİRELİK SEMPOZYUMU

11 MAYIS 2015 - Başkent Öğretmenevi, ANKARA

SEMPOZYUM PROGRAMI

10.00 AÇILIŞ, SAYGI DURUŞU, İSTİKLAL MARŞI

10.15 AÇILIŞ KONUŞMASI

10.30 PROTOKOL KONUŞMALARI

OTURUM 1 Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ülkü BAYKAL

11.00-12.15

- Hemşirelikte Yönetim – Prof. Dr. Ülkü BAYKAL
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
YÖHED Başkanı
- Hemşirelerde Uzmanlaşma ve Branşlaşma - Uzm. Hemşire Nazan TORUN
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Eğitim Araştırma Geliştirme Daire Başkanlığı,
Eğitim Birim Sorumlusu
- 663 Sayılı KHK ve Hemşirelik - Ayşegül ERCİYAS
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Bakım Hizmetleri Müdürü
- Hemşirelik ve Kişisel Gelişim - Marziye İLHAN, RN. BA. MBA
Koç Üniversitesi HYO, SANERC Akademik Danışman,
Kolan Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü,
Riccon Akademi Genel Müdürü

12.15-12.30 Soru Cevap

12.30-13.30 Öğle Yemeği

OTURUM 2

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

13.30-14.30

- Çalışan Güvenliği, Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Koşulları
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı,
SASAM Sağlık Politikaları Direktörü
- Türkiye’de Ebelik Mesleği ve Ebeliğin Geleceği - Doç. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
- Ebelik ve Hemşirelik Mesleğinde Sendikal Politikalarımız ve Kazanımlarımız
Av. Özlem TİTREK
Sağlık-Sen Hukuk Müşaviri

14.30-14.45 Soru Cevap

OTURUM 3

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU

15.00-16.15

- Hemşirelikte Etik ve Hasta Mahremiyeti - Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi, Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı
- Türkiye’de Hemşire Olmak; Hemşireliğin Bugünü ve Geleceği - Doç. Dr. Sultan AYAZ
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
- “Hemşirenin Bir Günü” – Uzm. Hemşire Fadik ÇÖKELEK
Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşiresi
- Toplum ve Medya Gözüyle Hemşirelik - Yeşim SERT KARAASLAN
Anadolu Ajansı Sağlık Muhabiri

16.15-16.30 Soru Cevap

16.45-17.30

GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ RAPORU

KAPANIŞ



Metin MEMİŞ

Memur-Sen Genel Başkan Vekili
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Sayın Müsteşarım,

Çok Değerli Hocalarımız,

Sağlık-Sen ailemizin ve Sağlık ailesinin çok değerli mensubu ebe ve hemşire arkadaşlarım,

Hemşirelik mesleğinin güncel sorunlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz sempozyumumuza hoş geldiniz.

Sağlık-Sen olarak her yıl ebeler ve hemşireler haftası ile anneler gününü bir arada kutlayan çeşitli etkinlikler gerçekleştiriyoruz. Bu vesileyle bütün hemşirelerimize, ebelerimize ve annelerimize sevgilerimi, saygılarımı sunuyorum.

Siz değerli ebe ve hemşirelerimizin mesleklerini layıkıyla yerine getirmesinin yanında birer eş, birer anne olarak çok ciddi bir sorumluluğu yerine getiriyor olmanız da ayrıca saygı-

ya değer bir husustur. Sizleri bu noktada şükranla, minnetle tebrik ediyorum.

Sayın müsteşarım, saygıdeğer misafirler,

Aynı zamanda içinde bulunduğumuz hafta engelliler haftası. Onlar hayatın gizemine vakıf insanlar olarak en kıymetli varlıklarımız, hayat ortaklarımız.

Engelini hayatı içinde sorun etmeyecek ruh olgunluğuna sahipler. Ancak ne yazık ki, biz o ruhu üzmeyecek hayatı inşa etme konusunda hala eksiğiz. Son yıllarda engellilerimizin sosyal hayata, üretim hayatına katılımını sağlayacak çok önemli gelişmeler yaşandı. Ancak, maalesef özellikle gereken toplumsal bilinç ve yapısal dönüşüm açısından kat edilecek çok mesafe bulunduğunu da görmemiz gerekiyor.

İnanıyor ve diliyoruz ki, Yeni Türkiye ruhuyla, engellilerimizin hayata olan özlemini ve azmini karşılıksız bırakmayacak hizmetler en kısa sürede hayata geçirilsin.

Saygıdeğer misafirler,

Türkiye Cumhuriyeti 100. yılına büyük hedefler ve umutlarla ilerliyor. Dünyanın en güzel ülkesinde, bu kadim medeniyet coğrafyasında; çilelerle, köklü sorunlarla örülmüş bir geçmişimizi bırakmak ve insanımızı yüceltecek, insanlığa yaşatma ideali aşılacak yeni Türkiye'yi inşa etmek istiyoruz.

Ülkesine bağlı, vatanına aşık her insanımızın umudunu yeşertecek güzel gelişmeler yaşanmasını istiyoruz.

Siyasette, ekonomide, hukukta, sosyal hayatta, bütün üretim süreçlerinde insanımızın emeğini, milli ruhumuzu, mana felsefemizin coşkunluğunu hissetmek ve bütün insanlığa hissettirmek istiyoruz.

Sendikal anlayışımız gereği insanı eşrefi mahlûk, hayatı kutsal bir emanet, adaleti ise bu iki değer in özünü koruyacak yaşam kaynağı olarak kabul ediyoruz.

Bizler, doğrudan insan hayatına hizmet edilen bir alanda emek veren, alın teri döken, uykusuz kalan, hasta olduğunda hastalığını erteleyen, çoluğunu çocuğunu gerektiğinde arka plana iten, keşke olmasa ancak yeri geldiğinde bu uğurda hayatını kaybeden sağlık çalışanlarıyız.

İnsan denildiğinde, can denildiğinde acılarımızı, yorgunluklarımızı, kırgınlıklarımızı, uğradığımız haksızlıkları, kısaca her şeyi geride bırakır, bütün dikkatimizi, bize emanet edilen hayata yöneliriz. Herkes için önce can sonra canan gelir iken, bizde önce canan gelir. Hastalarımızı cananımız gören eşsiz ve onurlu bir mesleğin sahipleriyiz. Sağlığa emek verenler, insana ve hayata en yalın haliyle bakar. İnsan, insan olduğu için kıymetlidir. Hayat en değerli varlık olduğu için hizmete layıktır.

Medeniyetimizi farklı ve eşsiz kılan bakış da budur. Şeyh Edabali'nin "insanı yaşat ki devlet yaşasın, İnsanı yücelt ki devlet yücelsin" anlayışının ete kemiğe büründüğü hizmet alanı sağlıktır.

Bu yüzden diyorum ki, şayet Yeni Türkiye yaşatma ideali üzerinde büyüyecekse ilhamını sağlık çalışanlarından almalıdır.

İnsana ve hayata hizmet konusunda bu ruhu korumak ve geliştirmek devletin asli görevi olmalıdır.

Değerli misafirler

Bugün sağlık ekibinin en önemli üyelerinden olan hemşirelerimizin dünyasına ait olgular ve ihtiyaçlar üzerine bir sempozyum gerçekleştiriyoruz. Biraz önce mesleğimize ilişkin ifade ettiğim tanımlamaların heyecanını tehdit eden ve her geçen gün içinden çıkılmaz hale gelen ciddi sorunlarla boğuştuğumuz da bir gerçektir.

Türkiye son 12 yılda, sağlıkta tarihi dönüşümlere imza attı. Halkımızın en çok memnun kaldığı kamu hizmeti sağlık oldu. Sağlık çalışanları reformların yükünü bugüne kadar çok büyük fedakarlıklarla omuzlarında taşıdı. Ancak bugün sağlık hizmeti üretim sürecini sıkıntıya sokacak, başarı hikayesini kesintiye uğratacak ciddi risklerle karşı karşıya olduğumuzu görmemiz gerekiyor. Bir taraftan, sağlık okuryazarlığı yetersiz olduğundan toplumun sağlık hizmetlerini bilinçsiz tüketimi, diğer tarafta mesleki tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları... Reform sürecinin bu iki sorunu yönetecek politikalarla güçlendirilmemiş olmasından dolayı sağlık sistemimizi tehdit eden bu riskler daha da büyüyor.

Değerli misafirler,

Sağlık-Sen olarak yıllardır, sağlık emeğine bakışta köklü bir paradigma değişiminin kaçınılmaz olduğu konusunda politika belirleyicileri uyarıyoruz. Neyi değiştirmeliyiz, neyi dönüştürmeliyiz konusunda bizzat sahada yaşadığımız tecrübeler ve gerçekleştirdiğimiz bilimsel çalışmalar neticesinde ulaştığımız çok önemli tespitler ve önerilerimiz var.

Çözüm odaklı bir sendika olarak bu tespit ve önerilerimizi hem muhataplarımızla hem kamuoyu ile etkin bir şekilde paylaşıyoruz. İhtiyaç olduğuna inandığımız paradigma değişimine ne ışık tutacak birkaç hususu genel başlıklar halinde sunmakta yarar görüyorum.

Bunlardan birisi sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığını gözetken ve ekip anlayışını zedeleyici politikaların değişmesidir. Bir ekip hizmetinin başarısında olmazsa olmaz duygular, güven ve adalete olan inançtır. Maalesef bugüne kadar, imkanlar ve riskler hiyerarşisi oluştururken güven ve adalet duygusunu yok eden söylemler ve uygulamalarla ekip ruhu

yıpratılmıştır. Performans uygulamaları başta olmak üzere çalışma koşulları ve haklar bağlamında ayrımcı uygulamalarla sistemin temeline dinamit koyulmamalıdır. Mesleki saygınlık konusu ise hiçbir koşulda hiyerarşik bir sınıflamaya tabi tutulmamalı, üretilen hizmetin kıymeti, ekibin bütünlüğü içinde takdir görmesi esas olmalıdır.

Bir diğer değişim ise yönetim anlayışında yaşanmalıdır. Sahanın gerçeklerini tanımayan bürokratik buyurganlık eski Türkiye’de kalmalıdır. Unutulmamalıdır ki devletin emrinde onuruyla hizmet eden sağlık çalışanları, mesleğinin gereğini aldığı emre göre değil, taşıdığı sorumluluk bilinciyle yerine getirmektedir. Mesleğini icra ederken karşılaştığı sorunlar ise onu sağlık sisteminin geleceği konusunda yetkin bir tecrübeye taşımaktadır. Bu tecrübeyi yönetim süreçlerine katacak bir vizyon ortaya koymak gerekmektedir. Sağlık hizmeti üretim sürecine çalışanların ortak edilmesi, karar süreçlerine katılımının sağlanması, başarıyı kalıcı kılacak anahtar değer içermektedir.

Başka bir ihtiyaç ise sağlık emeğine yatırım konusunda nitelikli dönüşümün sağlanmasıdır.

En doğru yatırım insana yapılan yatırımdır anlayışıyla mesleki gelişim ve uzmanlaşmaya önem verilmeli, eğitim süreçleri nitelikli hale getirilmeli, eğitimi teşvik edecek ödül mekanizmaları geliştirilmelidir.

Bir diğer dönüşüm ise istihdam stratejileri ve insan kaynağı planlaması alanında yaşanmalıdır. Sağlık sisteminin geleceği açısından en büyük tehlike yetersiz istihdama bağlı ağır iş yüküdür. 12 yılda 3 kat artan sağlık hizmeti varken, istihdam 1 kat bile artmış değil. Hemşire istihdamı konusunda Avrupa ülkeleri arasında en sondayız. 400 bin hemşireye ihtiyacımız var ancak hemşire sayımız 130 binlerde. Sağlık Bakanlığının, bu farkı kapatmak için daha fazla gayret göstermesini arzu ediyoruz. Bu yıl için Sağlık Bakanlığı’nın gerçekleştirdiği istihdam 9 bin civarında. Bunun 5040’ı hemşire, 451’i ebe. Milli Eğitim Bakanlığı her yıl en az 50 bin alım yaparken Sağlık Bakanlığının alımları 10 bini bile bulmuyor olması kabul edilebilir bir durum değil.

Bu anlamda sayın müsteşarımız da aramızda iken Bakanlığın istihdam açığını kapatmak için daha aktif çalışma yürütmesini ve istihdam oluşturmak adına güçlü bir program ortaya koymasının da şart olduğunu buradan ifade etmek istiyorum.

Sağlıkta istihdam yönetiminin eğitim ayağına baktığımızda ise, tıbbi sekreter mezun ediyoruz, perfüzyonist mezun ediyoruz, evde bakım teknikeri mezun ediyoruz, ergoterapist mezun ediyoruz, ancak bu uzmanlık dallarından mezun olanları istihdam etmeyip bu görevleri hemşirelere, ebelere yüklüyoruz. Bu da insan kaynağı yönetiminde değişmesi gereken en büyük çarpıklıktır.

Bakanlığımızın bir diğer üzücü adımı ise, sağlık hizmetini taşıyan firmalara verdirme arayışıdır. Biliyorsunuz, yıllardır farklı istihdam modelleriyle çalıştırılan insanlar nedeniyle sağlık sisteminde ciddi sıkıntılar ortaya çıkarken, Sağlık Sen ve Memur Sen'in mücadelesiyle sözleşmeli personel kadroya geçirilmiştir.

Şimdi Bakanlık kadro bekleyen ATT'leri, taşıyan elemanı olarak istihdam edeceğini söylüyor. Hem Anayasa'ya, hem taşıyan sisteminin sınırlarını çizen kanuni düzenlemelere aykırı bir uygulamada diyor. Yani sözleşmeli modelinden daha ilkel bir arayış içinde. Bu anlayışla sağlıkta çalışan verimliliğini artıramazsınız. Zaten mesleki tükenmişlik yaşayan, huzur ve güven sorunu yaşayan sağlık çalışanlarını daha da umutsuzluğa itecektir.

Bu yüzden Sağlık Bakanlığı, istihdam ve insan kaynağı planlaması konusundaki yaklaşımlarını mutlaka gözden geçirmeli ve sahanın ihtiyaçlarına göre etkin adımlar atmalıdır.

Sağlık emeğine bakışta çalışan dostu anlayışın yerleşmesi de bir diğer önemli ihtiyaçtır. Çalışan haklarını ve güvenliğini önemsizleştiren yönetim anlayışı değişmelidir.

Bunun için yönetici performansında, çalışanların çalışma koşullarına ilişkin değişimler en yüksek başarı kriterleri haline getirilmelidir.

Hafta sonu Tokat'ta Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumuna katıldım. Sağlık çalışanlarının güvenliği konusunda yönetici farkındalığının artırılması gerektiğini ifade ettim. Burada da bir kez daha ifade etmek istiyorum ki sağlık çalışanlarının hayatını tehdit eden, fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik tabanlı mesleki riskleri ortadan kaldıracak dönüşümlere maliyet unsuru olarak gören bir anlayışa asla teslim olmayız. Sağlık çalışanları olarak şiddet, enfeksiyon veya başka bir mesleki risk nedeniyle bir arkadaşımızı bile kaybetmeye tahammülümüz yoktur. Bu sorunlarla mücadele bize göre öncelikle bir anlayış meselesidir. Yönetim kademeleri bu konuya bir başarı kriteri olarak değil, hayatiyet karinesi olarak bakmalı, gerekliliğine inanmalı ve önceliği haline getirmelidir.

Değerli Misafirler

Bütün sağlık çalışanlarımızı etkileyen bu temel sorunlara ek olarak hemşire ve ebelerimizin mesleki sorunlarını da yakinen takip ediyor ve çözümü için mücadele ediyoruz.

Hemşirelik ve ebelik dediğimizde aynı zamanda kadın emeğinden bahsetmiş oluyoruz. Aynı zamanda annelikten bahsetmiş oluyoruz. Bu nedenle sendikal perspektifimizi belirlerken, çalışma koşulları ve sosyal haklar bağlamında politika geliştirirken, hem emeğin ve mesleğin sorunlarının çözmek, hem de kadın emeğini çalışma hayatımız içinde güçlü tutmak hedefiyle hareket ediyoruz. Bir kadın, bir anne, bir eş ve bütün bunların yanında mesleğini yerine getiren hemşire ve ebeler olarak sizlerin daha güçlü bir şekilde ayakta durabilmenizi sağlama gayretiyle çalışıyoruz.



Bugün burada gerçekleştirdiğimiz sempozyumda, bu mücadelemize katkı sağlayacak değerli fikirler ve öneriler ortaya çıkacaktır. Sağlık-Sen olarak önümüzdeki dönemde neleri talep edeceğimiz sorusuna gelmeden önce, bir yıl önce Ankara Congressium'da 4500 arkadaşımızın katılımıyla bir toplantı gerçekleştirmiş, o toplantıda Türkiye Cumhuriyeti'nin cumhurbaşkanından sağlık çalışanlarına yıpranma payı, lisans tamamlama ve kreş konusunda söz almıştık. Kreşlerle alakalı sayın müsteşarımız defaten illere kreşleri biran önce faaliyete geçirin diye yazı göndermiştir. Aynı şekilde yıpranma payı ve lisans tamamlama konusunda da çalışmaların olduğunu biliyoruz. Ancak bu çalışmaların yeterli olmadığını görüyoruz. Aradan bir yıl geçmesine rağmen, maalesef yıpranma payı konusunda hala atılan somut bir adım olmadığını görüyoruz. Bu anlamda sayın cumhurbaşkanımızın vermiş olduğu sözün yerde bırakılmamasını ve o gün samimi niyetlerle verilen bu sözün gereğinin yerine getirilmesi kaydıyla tüm sağlık çalışanlarımıza yıpranma payı verilmesi konusunda sayın müsteşarımızın bu konuya katkı sunmasını ve önümüzdeki süreçte sağlık çalışanlarına yıpranma payı verilmesinde altında imzası olmasını kendilerinden talep ediyoruz. Lisans tamamlama konusu ile alakalı da ciddi çalışmalar yapıldı. YÖK bu konu ile ilgili olarak üniversiteler ile yazışma yapmak kaydı ile hangi bölümlerde lisans tamamlama olacak noktasında görüş sordu. Bu anlamda altyapı neredeyse hazır hale geldi. Sayın müsteşarımıza özellikle 2015 Eğitim-Öğretim yılında 130 bin lisans tamamlama bekleyen arkadaşlarımızın, lisans tamamlamalarının 2015 yılında neticeye ulaşması ve ciddi adımlar atılmasını talep ediyoruz.

Değerli arkadaşlar,

Sağlıkta şiddet diğer kurumlara oranla 16 kat daha fazla. Aslında toplumsal şiddet artıyor ama sağlıktaki şiddetin oranı da yükseldi. Bu anlamda biz Bakanlık ile birlikte yetkili sendika olarak 2011 yılında bir sempozyum yaptık, sorunları gündeme taşıdık ve bir kampanya başlattık “emeğe saygı, şiddete sıfır tolerans”. O sürece kadar hasta hakları olduğu gibi çalışan hakları olmalıdır diyorduk. Sempozyum raporları sonrasında Bakanlık adım attı ve çalışan hakları birimleri kuruldu. Şiddet kayıt altına alınmaya başladı. Şiddete uğrayanlara bakanlık tarafından hukuki destek verilmeye başlandı ve TBMM Sağlıkta Şiddeti Araştırma Komisyonu tarafından önerimizle bir düzenleme yapıldı. Bu düzenleme sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların tutuklu olarak yargılanması düzenlemesidir. Böyle önemli bir düzenlemenin sadece sağlık hizmeti sunanlar için çıkmasına rağmen bunun uygulanması noktasında sıkıntıları görüyoruz ki bu konuda da Bakanlığımızın yargı anlamında bu işi takip etmek kaydıyla, sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların tutuklu yargılanmasının sağlanmasını da buradan talep ediyoruz.

Bir diğer önemli konu sağlıktaki yıllardır içinde bulunduğumuz, her zaman ifade ettiğimiz ve her tarafından adaletsizlik akıyor dediğimiz, çalışma barışını bozuyor dediğimiz adaletsiz döner sermaye sisteminin mutlaka değiştirilmesi ve daha adil bir sistem haline dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu kaçınılmaz bir konu. Mevcut Döner Sermaye Yönetmeliği üzerinde yapılan değişiklikler ile daha da fazla adaletsizlik getiriliyor. Oysaki bu değişimin mutlaka yapılması gerekmektedir. Bir havuz düşünün, havuzda üç tane musluk var, alttaki muslukta kapa takılı. O genel idari hizmetler sınıfında çalışanların. Sabitin üzerinde bir kuruluş alma ihtimalleri yok. İkinci musluk sağlık çalışanlarının musluğu; eğer hastane iyi yönetiliyor ve gelir iyi ise o musluktan zaman su akıyor. Diğer musluk hekim musluğu, o musluktan su sürekli akıyor. Elbette ki hekimlerimiz hak ettiğinin daha fazlasını almalı, ancak şu unutulmamalıdır ki sağlık bir ekip işidir; hizmetlisi ile memuru ile hemşiresi, hekimi ile. Eğer bu ekip çalışmazsa sağlık hizmeti sunulamaz. Siz ne kadar ameliyat yaparsanız yapın, ameliyatı yapacak doktorunuz vardır ama o hastayı iyileştirecek, tedavi edecek serviste bakımını yapıp evine gönderecek olan hemşirenizi mutlu edemezseniz, o hemşirenin hakkını vermezseniz, sayısını yeterli hale getirmemezseniz o tedavinin başından sonuna kadar geçen sürede bir eksiklik olur. Bunun için ekip ruhu anlayışı ile hareket edilmeli ve döner sermaye sistemindeki bu adaletsizlik giderilmelidir. Bu anlamda önümüzdeki toplu sözleşme döneminde Sağlık-Sen olarak döner sermaye tavan oranlarının artırılması ve katsayıların yeniden belirlenmesi noktasında toplu sözleşme masasına talebimizi taşıyacağız. Ancak her şeyden önemlisi 2006 yılında sağlık çalışanlarının eşit işe eşit ücret anlayışı ve yapılan düzenlemelerle beraber başka kurumlarda çalışan meslektaşlarımız sabit ödemelerini yıllık izne ayrılınca dahi alırken, sağlık çalışanları döner sermaye aldıkları gerekçesiyle yıllık izne ayrılmadılar. Hastane kasasında para olmadığı için döner sermaye alamadılar. 1. Basamakta 50 TL'ya talim etmek zorunda

kaldılar. 2010 yılında Sağlık-Sen olarak yetkiyi aldıktan sonra sabit ödemelerin sağlık çalışanlarına verilmesini sağladık. 2012 yılında ilk toplu sözleşmede bunun ayın 15.de maaşla birlikte verilmesi sağladık. Hatırlayacak olursanız sağlık çalışanları ilk toplu sözleşmenin ilk toplu parasını aldı, 2,5 döner sermaye aldı. 2013 yılında ada aylık mahsuplaşmayı getirmek kaydıyla sabit ödemenin üzerinde alamayanların mağduriyetini giderdik. Ancak burada temel iki adaletsizlik var. Bunlardan birisi sağlık çalışanları yine döner sermaye kaynağından ek ödeme aldıkları için maaşları ile döner sermayeleri beraber hesap ediliyor. Başka kurumlardaki çalışanlar 8./9. Ayda vergi dilimine girerken, sağlık çalışanları 4. ayda vergi dilimine giriyor. Bu anlamda maaş ve ek ödemenin ayrı hesap edilmesini ve ortalama yıllık bir liralık bir vergi kaybının önlenmesi noktasını da toplu sözleşme masasına getireceğiz. Bunun yanı sıra sabit ödemeler bugün 1'in 4'ü bir arkadaşımızın aldığı 850- 900 lira. Ankara, Türkiye'de en yoğun çalışan hastanelere sahip bir ilimiz. Hem hemşire açığı bakımından çok açığa sahip, ama hastane idaresi ya da hastanenin mali durumu iyi değil noktasında bir yaklaşımla yoğun bakımda gecesini gündüzüne katan arkadaşımız dahiliye servisinde 30-40 hastaya bakan arkadaşım maalesef sadece sabit ödeme alma durumunda kalıyor. Bunun mutlaka giderilmesi gerekiyor ki bu anlamda biz toplu sözleşme masasına sabit ödemelere 20 puanlık bir artış talebiyle oturacağız. Bugün 850-900 TL alan bir sağlık çalışanı 20 puanlık artış sağlayabilirsek 1150 TL sabit ödeme alacak ki, bu da adaletsizlik makasını daraltan en önemli mekanizmalardan birisi olacaktır.

Sözlerimi çok fazla uzatmak istemiyorum, ama toplu sözleşme masasına getireceğimiz en önemli konulardan birisi de sağlık lisansiyerlerine 3600 ek gösterge verilmesi konusudur. Bu konu bizim önümüzdeki süreçte takip edeceğimiz önemli konulardan birisi. Bu konuda daha çok kamuoyunda öğretmenlere, polislere verilmesi gibi cümlelere kuruluyor. Geçen yıl toplu sözleşme masasına getirdik ve bu yıl tekrar taşıyarak haklı talebimizin karşılığını arayacağız. Bizim bu süreçte sonra önceliğimiz şu; 3 yıl önce sağlık çalışanlarına yıpranma payı verilmesi konusunda mücadele başlatacağız dediğimizde bu hayal olarak görülüyordu. Bugün ise devletin zirvesi sağlık çalışanlarına yıpranma payı verilmesinden bahsediyor. Bu konuyu bir yıldır devletin zirvesine taşıyoruz. Bu ülkenin başbakanı da cumhurbaşkanı da sağlık çalışanlarının yıprandığını ve yıpranma payı verilmesi gerektiğini konuşuyor ve bu konuyu sonuca da ulaştıracağız. Sağlık-Sen olarak 2015 yılını ek ödemelerin emekliliğe yansıtılması mücadelesi yılı ilan ettik. Bu mücadeleyi omuz omuza birlikte vererek başarılı olarak çıkacağız diye umut ediyorum. Bu anlamda özellikle böyle önemli bir günde bizleri yalnız bırakmayan sayın müsteşarımıza, sunum yapacak olan çok değerli panelistlerimize ve çok değerli arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum başarılar diliyorum.

Sağlıkta güzel bir gelecek adına kaygı duyan, fikir üreten, eylemde bulunan herkese ayrıca şükranlarımı sunuyorum, ebeler ve hemşireler haftasını ve anneler gününü kutluyor, bütün katılımcıları saygıyla selamlıyorum.



Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Çok değerli başkan,

Sendikamızın çok değerli temsilcileri,

Çok kıymetli hemşirelerimiz, ebelerimiz, sağlık çalışanlarımız,

Hepinizi öncelikle saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Hemşireler gününüzün sağlık camiamıza, memleketimize, ülkemize hayırlı sonuçlar getirmesini ve burada yapılan sempozyumun da çok değerli sonuçlara imza atmasını diliyorum. Bu vesile ile Türkiye'nin her bir köşesinde hizmet veren bütün hemşire, ebe ve sağlık çalışanlarımıza şükranlarımı, saygılarımı sevgilerimi sunuyorum.

Tabi ki hepimiz aynı kafilde giden yolcularız. Hep birlikte bu ülkede sağlık hizmeti vermeye çalışıyoruz. Yıllarca bu hizmetleri her alanda verdik, bundan sonrada vermeye devam edeceğiz.

1990 yılında mezun olduğumda torbadan ilk çektiğim yer Diyarbakır'dı. Onun da Lice'siydi, onun da Savat Sağlık Ocağıydı. İlk görev yerime gittiğim de bu küçücük sağlık

ocağında bir ebe hanım ve bir de onun annesi vardı. Manisa'dan kalkmış, Diyarbakır'ın bir köyüne giderek orada hizmet veriyor. Orada, dilini bilmediği bir yerde en iyi hizmeti vermeye çalışıyor. 18-19 yaşında annesi ile beraber yaşıyor. O dönem, hastası olan bir vatandaş doğum var diyerek ebeyi götürmek için gecenin bir vakti geliyor ve ben de sağlık ocağı sorumlusuyum. Orada oluşan kültür nedeniyle 45 km'lik bir mesafede olsa ebeyi eve götürüp getiriyorlar. 40 km'lik bir mezrada bir doğum yapacaksınız, ancak bilmediğiniz bir yere kolay kolay gidemezsiniz. Yıl 1990, vatandaşın kimliğini alıyordum, ebe hanım araçtaki şoförle gidiyordu. Ancak şu da var, alınan kimliğin bir değeri de olmayabilir. Sonra düşündüm ki bu meslek, bu görev özel, insanın içinden gelen ulvi bir görev. Kimsenin de rahatlıkla yapabileceği bir görev değil. O nedenle de ben bütün sağlık çalışanlarını tebrik ediyorum, bu ulvi görevi yaptıkları için teşekkür ediyorum.

Tabii çalışıyoruz, hayatımız hep sizlerle beraber geçiyor. Biz hekim olarak bir işi yapıyorsak sizler de hep yanımızdasınız. Klinikte yanımızdasınız, acilde yanımızdasınız ve biz bir ekibiz, her şeyi birlikte yapıyoruz. Ben her zaman söylüyorum. Bir klinikte iyi bir ebe, hemşire yoksa o klinikte işler iyi yürümez. Büyük bir ameliyat yapıyoruz ve hastayı hemşireye teslim ediyoruz. Onlar iyi bakarsa, iyi bakabilirse o hasta iyi oluyor. Bu bakımdan bu ekip ruhunun öneminin de artan oranda vurgulanması gerektiğine inanıyorum. Yani "doktor yaptı iyi yaptı" değil, "biz hep birlikte hastayı iyileştirdik ve bunun gayretini gösteriyoruz" un algı yönetimine de dikkat çekmemiz lazım.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde her geçen gün yeni hastane, yeni aile sağlığı merkezleri, yeni klinikler açıyoruz. Ülkemizin bunlara ihtiyacı var. Son 10 yılda personel sayımız da 200 binlerden 530 binlere geldi. Yine taşeronlarımızla bugün 800 bin, özel sektör, üniversitelerle 1 milyon sağlık çalışanımız var. Türkiye'de sağlık hizmetlerini bu şekilde ve bu güçle vermeye çalışıyoruz. Yeni hastaneler kuruyoruz, eski hastaneleri yeniliyoruz ve sağlıkta bu ilerlemeler giderek büyüyor. Bu arada Türkiye'de son 10 yılda sağlıkta memnuniyet %35- 40'lardan %70'lere çıkarken, bu noktada sağlık çalışanlarının özverisini bir kere daha vurgulamak istiyorum. Türkiye bugün "sağlıkta lider ülkeyiz" diyorsa, Türkiye bugün "geçmiş unutmama, geleceğe bak" diyorsa, bu da sağlık çalışanlarımızın büyük emeği ile, gayreti ile olmuştur. Vatandaşımızın memnuniyetinin bu kadar artması tamamen sağlık çalışanlarımızın vatandaşlarımızla işbirliği ve daha iyi olanaklar, yani iletişim ve hizmetleriyle de olmuştur. Biz bunu yaparken aynı kadrolarla, yani kısıtlı sayıdaki hemşirelerimiz, ebelerimiz, doktorlarımız ile gerçekleştirdik. Daha önce 3 kere hastaneye gelen 10 kere gelmeye başlamış ve aynı sayılarla onları karşılamışız, bu süreçte sağlık çalışanlarımız aynı oranda artmamış. Daha çok hastayı büyük bir özveri ile karşılamışız. Bundan sonra Türkiye'de sağlık yapılanmasını yeniden planlıyoruz. Diyoruz ki sağlığı aile sağlığı merkezleri, devlet hastaneleri, 2. Basa-

mak, 3. Basamak, özel sektör ve üniversiteleri il bazında yeniden planlıyoruz. Elbette ki bunu doğru bir şekilde planlamamız gerekli. Tabi ki birçok aksaklıklarımız var. Her şeyimiz dört dörtlük değil. Bu eksiklerin neler olduğunu gayet iyi biliyoruz ve bunları nasıl çözeriz diye uğraşıyoruz. 2018'e kadar 40 bin yataklı yeni şehir hastaneleri yapılıyor. Ankara'da iki tane var, Etilik ve Bilkent'te. Onlar üç yıl içerisinde tamamen bitirilecek. Hastaneleri yeniden dizayn edeceğiz. Üç yıl içerisinde diğer şehirlerde de yeni hastaneler yapmak suretiyle yaklaşık 100 bin yatak hizmete girecek.

Tüm bu söylediklerimiz yapılır, ancak şunu görüyoruz. Bunun içinde çalışacak olan doktor, hemşire, ebe, sağlık personeli fevkalade kıymetli. Özellikle nitelikli sağlık personeli, nitelikli hemşire fevkalade değerli ve kıymetli. Biz sağlık personelimizi mutlu etmedikçe, memnuniyet oranlarımızın daha da yukarılara çıkmayacağını bilerek bu konuyu önümüze aldık ve değerlendiriyoruz. Biz bunu devletin üst mekanizmalarında konuşuyoruz. Artık sağlık çalışanlarımızı mutlu etmek zorundayız. Özlük olarak, çalışma şartları olarak, her türlü ortamlarını değerlendirerek onların mutlu olması noktasında çalışmalar yapmamız lazım. Bunun başında her zaman ifade edildiği gibi bir takım özlük hakları geliyor, çalışma koşulları geliyor ve yine çok önemli şiddet geliyor. Elbette ki şiddet konusunda veya bazı başka konulardaki konuşmalar, tartışmalar devletin üst mekanizmalarında uzun sürebiliyor. Bunların maddi boyutları değerlendiriliyor. Bir kanun çıkacaksa komisyonlarda ciddi tartışmalar yapılıyor o kanunla ilgili. Şiddet konusunda biz özellikle 14 Mart öncesinde sürekli olarak hem cumhurbaşkanımız, hem başbakanımız nezdinde konuyu gündeme getirdik. Sayın bakanımızda diğer bakanlarla birlikte bunu gündeme getirdi. Türkiye'de, sağlıkta şiddet söz konusu olduğunda, özellikle gelip hastanenin acilinde kapıyı pencereyi kıran, sağlık personeline elini kaldıran, hekime elini kaldıran kim olursa olsun 24 saat tutuklanması, gözaltına alınması noktasında bir kanun çıkarılmıştır. Bunun bizler takipçisi olacağız. Bütün emniyet müdürleri, İçişleri Bakanlığı nezdinde müsteşarla görüştük. Bütün illerde sağlık personeline elini kaldıran kişi veyahut da sağlık tesisine zarar veren, hizmeti aksatan kişi gözaltına alınacaktır. Bunun kaçıışı yok ve bunu sağlayacağız, ikinci planda bunun hukuk nezdinde takipçisi olacağız. Yani Sağlık Bakanlığı'nın avukatları ve hukuk bürolarının dışında da Kamu Hastane Birliğimizin özel hukuk hizmeti alması noktasında talimat verdik. Yani, diyelim Hakkari'deki sağlık çalışanımız için orada il sağlıkta avukatımız yoksa o bölgede hukuk hizmeti almasının da önünü açıyoruz. Bizzat bizim anlaşmış olduğumuz hukuk büroları ile bu hizmetleri sağlık çalışanlarımıza vereceğiz. Şiddetin üzerine gidiyoruz ve bu konuda tabi ki hassas dengeler var, ancak burada bunun önleyici tedbirleri noktasında çalışmalarımız devam edecek.

Görevde yükselme ve unvan değişikliği konusunda talimatımızı verdik. Haziran ayı içerisinde tamamlanıyor ve ilanları da yapıldı. Sayı az olabilir, ancak bunun devamı gelecek.



Uzun bir aradan sonra ilk defa yapıyoruz. Takipçisi olacağımız bu konuyla ilgili her yıl belirli oranda görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavları yapacağız. Jürileri oluşturduk ve bu konuda talimatlarımızı verdik. İnşallah bu konu yoluna girdi ve sorun yok.

Bir diğer konu ise lisans tamamlama konusu. Bu konuda sözümüz söz. Lisans tamamlamada da aynı şekilde YÖK ile görüşüldü. Geçen hafta YÖK Başkan Vekili ile görüştüm ve lisans tamamlama da bu yıl içerisinde gerçekleşecek. YÖK, diğer üniversiteler ile görüş alışverişi yapıyor. Bu konunun da gerçekleşmesini sağlayacağız.

Yıpranma noktasında ise biz yıpranmanın mücadelesini veriyoruz. En son mutabakata varıldı. Bunun nasıl yapılması gerektiği konusu tartışıldı. Bildiğiniz üzere sağlık çalışanları risk sınıflaması var. Acil serviste çalışan var, nöbeti çok tutan var, yoğun bakımda çalışanlar var, bir taraftan nöbetsiz alanlar var veya Sağlık Bakanlığında idari birimde çalışanlar var. Sağlık müdürlüğünde çalışan mesela bir hemşire arkadaşımız varken diğeri de yoğun bakımda nöbet tutuyor. Bunlar üzerinde çalışmamız gerekti ve biz şuan da bu çalışmalarını tamamlıyoruz. Risk birimlerine göre ve nöbet oranlarına göre yıpranmayı çalışıyoruz ve bu seçimden sonra ajandamızda ilk konu olarak yerini aldı. Yıpranma payını da 2015 yılında yasalaştırma noktasında her türlü gayreti sarf edeceğimizi de bilmenizi istiyorum. Tabi ki biz bunu sahada her zaman gündemimizde tutuyoruz ve bu konuyu hep birlikte gündemde tutmaya devam edeceğiz. Sonuçta bu sağlık çalışanlarının hakkıdır. Bir ambulans bir yere yaralı almak için gidiyor diyelim, oraya giden polisin yıpranması var, itfaiyecinin yıpranması var, gazetecinin

yıpranması var, ancak 112'de çalışmamızın yıpranması yok. Bizim 112'de çalışmamızın ne suçu var diye de her zaman bunu söylüyoruz. Bunu da bu yıl içerisinde gerçekleştirmeyi hedefliyoruz. Bu konunun bizim ana gündemlerimizden birisini oluşturduğunu bir kez daha vurgulamak isterim.

Tabii ki lisans eğitimleri lisansüstü eğitimleri de önemsiyoruz. Biz hemşire arkadaşlarımızın özellikle uzmanlaşmasını istiyoruz. Yani hangi alanda uzmanlaşacaksa onu tespit edip – bu yoğun bakım olabilir, acil olabilir- gerekirse kritik birimlerle ilgili uzmanlaşmasını da istiyoruz. Sağlık çalışanlarımızla ilgili Sağlık Bilimleri Üniversitesini kurduk. Bu üniversite Türkiye'nin en büyük üniversitesi oluyor. 60 tane eğitim araştırma hastanemizi buraya bağlayacağız. Bu üniversitenin tıp fakültesi var, sağlık bilimleri fakültesi ve enstitüleri var. Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık çalışanlarımızın bu üniversite de yüksek lisans yapmalarının da önünü açacağız. Kendi çalıştıkları kurumda çalışmalarını, aynı zamanda yüksek lisans yapabilmeleri noktasında çalışmalarımızı devam ettiriyoruz. Bu yıl içerisinde rektörümüzü atıyoruz. Bu üniversiteyi kurar kurmaz Türkiye'deki bütün sağlık çalışanlarımızın uzmanlaşması noktasında da gayretlerimizi sürdüreceğiz.

Performans konusuna gelirse, bu konudan çok çektik, çekiyoruz. Bir klinikte biri çok ameliyat yapıyor az alıyor, birisi az ameliyat yapıyor çok alıyor. Maalesef performans sistemi kurulurken dört dörtlük kurulmadı. Dört dörtlük kurmakta kolay değil bir sistemi. Kamu Hastane Birliği bu konuyu yeniden çalışıyor. Performans sisteminin doğru bir şekilde dizaynı noktasında bir ekip kurduk. Bu ekibimiz çalışmalarını tamamladılar ve müsteşarlık makamına sunacaklar. Biz bundan sonrada yeni performans yönergemizi yayınlayacağız. Bu yönergeyi de Haziran, Temmuz gibi ilan edeceğiz.

Yani Türkiye'de sağlık çalışanlarının aldığı ücretlerin bir kere birbirleri arasındaki eşitsizliğini gidermemiz lazım. Bir hastanedeki hemşiremiz belli bir ücret alırken, diğer hastanedeki daha az alıyor. Bunların hepsini arkadaşlarımız değerlendirecekler. Tabii ki bir havuzumuz var ve bu havuzumuzu da artırmamız gerekiyor. Sağlık Bakanlığı'nın gelirleri noktasındaki çarpışmada, enflasyon kadar bir fark alabildik. Bunu biraz daha artırabilirsek döner sermaye noktasında performansın adaletli dağıtılması konusunda da çalışmalarımız devam edecek.

Sorunların hepsini biz biliyoruz, biz de sizin gibi sahadan geldik. Ne kadar sorun var biliyoruz, sizden bize gelen geri dönüşler var. Sonuç olarak birlikte biz bu kervanı yürüteceğiz. Sorunlarımızı birlikte çözeceğiz. Ama bilmenizi isterim ki, Sağlık Bakanlığı'nda artık iki tane müsteşar yardımcısı sağlık çalışanlarının özlük hakları ile ilgileniyor. Doğrudan talimatımızla çalışıyorlar. Bu çalışmaların sonucunda biz gidip yukarıda mücadelemizi vereceğiz ve neticede sağlık çalışanlarımızın daha önce 10 yıl boyunca aksamış olan özlüklerini yeniden doğru bir hale getirme noktasında çaba harcamaya devam edeceğiz.

Emeklilik konusuna gelirsek, döner sermaye primlerinin emekliliğe yansıtılması noktasında çalışmalara seçimin ardından tekrar devam edeceğiz. Bu da bizim ana uğraşlarımızdan birisi olacak. Bütün bunları hep birlikte çalışarak halledeceğiz. Mücadelemize devam etme noktasındaki gücü de sizden devamlı almak istiyoruz. Bu işin de takipçisi olacağız. Mutlu sağlık çalışanı demek, huzurlu sağlık çalışanı demek, daha iyi sağlık hizmeti demektir. Bunu biliyor ve her zaman vurguluyoruz.

Kreş konusunda genelgemizi gönderdik, ancak şunu görüyoruz; döner sermayeden kreş yapılması noktasında sorun var. Yapanlar yaptı, ancak yapamayanlar da var. Onlar için de Maliye Bakanlığı ile görüşüyoruz. Döner sermayeden tüm hastanelerin kreş imkanını oluşturması veya hizmet alması noktasında bir çalışma daha yapıyoruz. Bu konuyu da bu sene tam anlamıyla çözmeyi planlıyoruz. İki ay sonra bununla ilgili daha iyi müjdelere umuyorum. Hepinize hemşireler gününüzün yeniden tüm milletimiz adına hayırlı olması temennisi ile saygılarımı, sevgilerimi sunuyorum.

SAĞLIK-SEN HEMŞİRELİK SEMPOZYUMU

I. OTURUM

KONU VE KONUŞMACILAR

- Hemşirelikte Yönetim
Prof. Dr. Ülkü BAYKAL
- Hemşirelerde Uzmanlaşma ve Branşlaşma
Uzm. Hemşire Nazan TORUN
- 663 Sayılı KHK ve Hemşirelik
Ayşegül ERCİYAS
- Hemşirelik ve Kişisel Gelişim
Marziye İLHAN, RN. BA. MBA



SEMPOZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara

SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara

SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ



Prof. Dr. Ülkü TATAR BAYKAL

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yönetici Hemşireler Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

Küreselleşmenin sağlık hizmetlerine yansımaları sonucunda, sağlık işletmeleri yönetim yapılarını ve işleyişlerini değiştirmek zorunda kalmaktadır. Sağlık hizmetleri yöneticileri; yüksek teknoloji değişimi, hızlı rekabet koşulları, bilginin sürekli artışı ve daha kolay erişilebilir olması, maliyet etkinlik ve verimliliğin önemsenmesi, nitelikli sağlık insan gücünün küresel düzeyde yetersizliği, sağlık insan gücünün göçü, kuşaklar arası değer ve kültürel farklılıklar, sağlık tüketicilerinin beklentilerinin değişmesi gibi birçok konuyla uğraşmak durumunda kalmaktadırlar (Huber 2010). Bu bağlamda hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin de toplumun değişen sağlık hizmeti gereksiniminin nitelikli ve beklentileri karşılar şekilde sunulmasında vazgeçilmez rolü bulunmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinin nitelikli bir şekilde sunulabilmesinin ön koşulu, hemşirelik hizmetleri yönetiminin yapı ve işleyişinin belirli standartlar doğrultusunda yapılandırılması, işleyişin gerekli yasal düzenlemelerle güçlendirilmesi gerekmektedir. Veliöğlu ve Oktay (1995),

hemşirelik hizmetlerinin aksamamasının en önemli nedeninin bu hizmetin eğitilmiş ve deneyimli hemşireler tarafından yönetilmemesi olduğunu belirterek, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde temel alınması gereken standartlar üzerinde durmuşlardır.

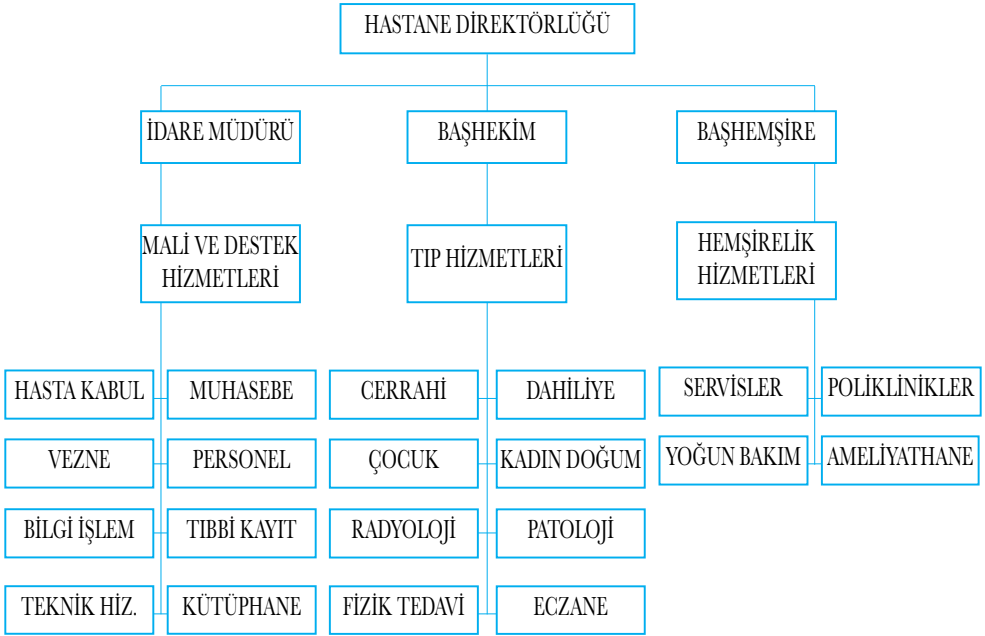
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Standartları

- Hemşirelik hizmetlerinin örgütteki işlevlerini gösteren ve bunun çalışanlarla ilişkisini açıklayan bir **örgüt planı olmalı**,
- Hemşirelik hizmetleri bölümünün, hemşirelik **bakımını yönlendirmek üzere yazılı amaç ve politikaları** olmalı,
- Hemşirelik hizmetleri bölümü, hemşirelik uygulamalarının nitelik ve niceliğinden, hemşirelerin atanması, yükseltilmesi, denetim ve değerlendirilmesinden **sorumlu ve yetkili tek otorite olmalı**,
- Hemşirelik bakımı ve sağlık bakım olanaklarıyla ilgili **tüm planlamalara katılarak, kararların alınmasında rol oynamalı**,
- Hemşirelik bakımının verilebilmesi için gerekli parasal olanaklar **/bütçesi oluşturulmalı**,
- Güvenli, terapötik ve etkili bir hemşirelik bakımı sağlamaya yönelik **hemşirelik uygulamalarıyla ilgili standartlar belirlenmeli**,
- Çalıştırdığı personeli kalıcı kılmak ve yeni elemanları çekebilmek için **yazılı personel politikaları geliştirilmeli**,
- Hemşirelik hizmetleri personelinin gelişimine olanak sağlayacak, **sürekli eğitim programları düzenlenmeli**,
- Hemşireler, **hastaların eğitim veya araştırma amacıyla kullanılmasına ilişkin kararların alınması ve politikaların saptanmasına katılmalı**,
- Hemşirelik bölümünün bakımı ve yönetimiyle ilgili **araştırmalar planlanmalı ve uygulanmalı**,
- Hemşirelik bakımının verilebilmesi için **gerekli araç-gereç ve malzeme sağlanmalı**,
- Hemşire yöneticiler, hastanede yeni bölümlerin açıldığı ya da yeni hasta bakım programlarının planlandığı **tüm toplantılara katılmalı**,
- Hemşirelik uygulamalarının ve yönetsel **sistemin değerlendirilmesine yönelik ölçütler geliştirilmiş olmalı**, şeklinde standartlar sıralanmaktadır.

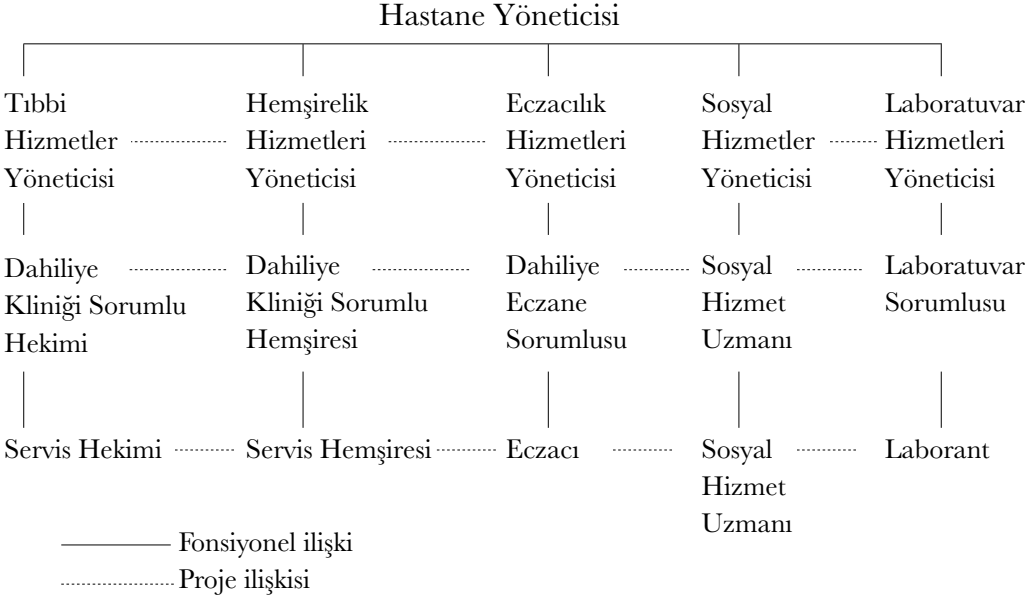
HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Hastanelerin ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenme yapıları incelendiğinde, özel, kamu ve üniversite gibi farklı örgütlenme yapılarının olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili bilimsel kaynaklara bakıldığında genel olarak hastane yönetiminin profesyonel yönetim kadroları tarafından yönetildiğini, hastane genel yöneticisinin altında ise sağlık profesyonellerinin yöneticilerinin yer aldığı merkezkaç bir yönetim yapısının olması gerektiği ya da matris örgütlenme- proje yönetimi gibi daha çağdaş örgütlenme yapılarının benimsenmesi gerektiği belirtilmektedir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi açısından üzerinde durulması gereken konu, hemşirelerin, hemşire yöneticiler tarafından hastane tepe yönetiminin altında doğrudan temsil edilmesi, hemşire yöneticilerin hastane yönetim kurulunda yer alması ve hemşirelikle ilgili kararlara katılması gerektiğidir.

Hastanelerde örgütlenme yapısı (Seçim, H. (1991))



Hastanelerde Matriks Örgüt Yapısı (Tomey, A.M.(2009))



Hemşirelik Hizmetlerinin Örgüt Yapısının Temel Özellikleri

Hemşirelik hizmetlerinin etkin ve verimli şekilde yönetilebilmesi için yönetim yapısının oluşturulmasında aşağıdaki konulara dikkat edilmesi gerekmektedir.

- Hemşirelik hizmetleri **tepe yöneticisi** (Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Baş-hemşire, Hemşirelik Hizmetleri Kordinatörü/Direktörü gibi) doğrudan **hastane genel yöneticisine bağlı olmalı**,
- Hemşirelik hizmetleri **tepe yöneticisi bir hemşire olmalı**,
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü (HHM), **hastane yönetim kurulunda yer almalı** ve hemşireliği ilgilendiren kararlarda etkin olmalı,
- HHM **atama kriterleri** (eğitim-yönetim eğitimi ve deneyim) belirtilmeli ve buna uygun atamalar yapılmalı, yönetici atamalarının sağlıklı işleyebilmesi için kurumda yönetici havuzunun oluşturulmasına çalışılmalı,
- **Hemşirelik hizmetlerinin kendi örgütlenme şekli ve işleyişi** çağdaş yönetim anlayışlarını yansıtacak şekilde olabildiğince merkezkaç yapıda oluşturulmalıdır.

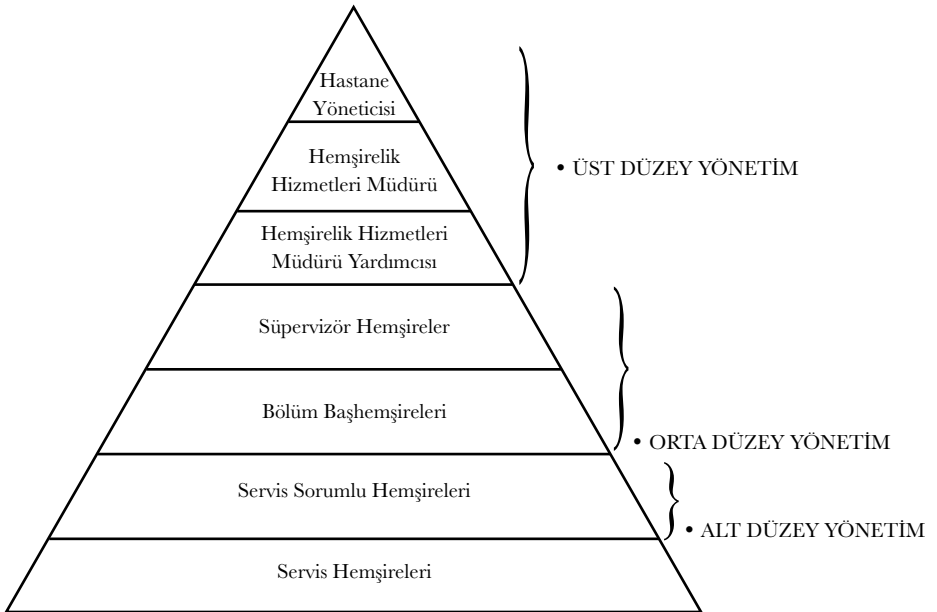


HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİCİSİNİ ATAMA ÖLÇÜTLERİ

Yönetim işlevi, teknik, insan ilişkileri ve kavramsal olmak üzere üç boyutlu beceriyi gerektirmektedir. Yönetim hiyerarşisinin alt düzeylerinde, teknik boyut yani yöneticinin işlevsel uzmanlığı önemli iken, üst düzeylerde örgütün bütünüdür görüp bu kapsamda planlama yapma, geleceği belirleme etkinliklerini içeren kavramsal beceriler önemli hale gelmektedir. İnsan ilişkileri becerisi ise her düzeydeki yönetim aşamasında önemli olup tüm yöneticilerin bu beceriyi kazanması gerekmektedir.

Hemşirelikte Yönetim Düzeyleri

Hemşirelik için üst düzeyde hemşirelik hizmetleri müdürü/direktörü, orta düzeyde bölüm/anabilimdalı başhemşireleri ile supervizör hemşireler yer alırken alt düzeyde yönetimde servis sorumlu hemşireleri yer almaktadır. (Tatar Baykal, Harmancı Seren 2014)



Hemşire yöneticilerin atama ölçütlerine ‘Hemşirelik Yönetmeliği’nde (08.03.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27515) yer verilmiş olmakla birlikte uygulamada bu ölçütlerin genel olarak dikkate alındığını söylemek olası değildir.

Başhemşire Madde 9 – (1) : Başhemşire olabilmek için **hemşirelikte en az lisans eğitime sahip olmak** gerekir. Ancak kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire **bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir.**

Gözetmen hemşire (3): Başhemşirenin görevleri normal mesai dışında ve resmi tatil günlerinde gözetmen hemşire tarafından yürütülür. Bu hemşireler **meslekte beş yıl deneyimli, lisans mezunu** hemşireler arasından başhemşire tarafından seçilir ve görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir.

Sorumlu hemşire Madde 10 - Sorumlu hemşire yatan hasta üniteleri/klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ayaktan tanı ve tedavi birimleri, acil, evde bakım gibi alanlarda hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinde başhemşireye karşı sorumlu olup, **öncelikle ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans** mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitime sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir.

Hemşirelik yönetmeliğinde yönetsel pozisyonlar için atama ölçütlerine yer verilirken, kendi içinde alt düzey yöneticilerde daha fazla yetkinlik tanımlanmakta ancak tepede yöneticilerde lisanslı hemşire olma yeterli görülmemekte, üst eğitim –yönetim eğitimi ve deneyim aranmamaktadır. Bu ölçütler üzerinde önemli durulması ve tartışılması gereken bir durum oluşturmaktadır.

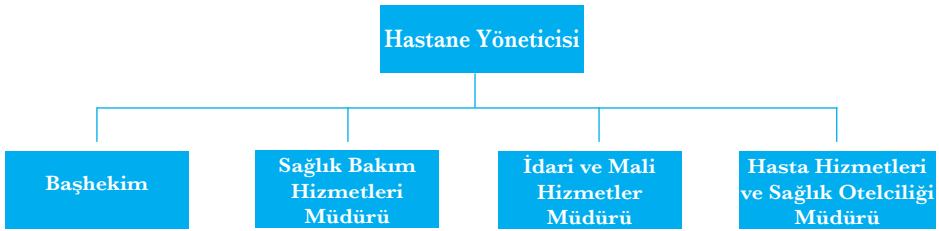
Yönetici Atama Ölçütleri Neler Olmalı?

Ülkemizde hemşireliği ilgilendiren yasal düzenlemeler incelendiğinde, 663 sayılı KHK sonrasında işlevselliği tartışılan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde başhemşire olarak belirtilen hemşire yönetici tanımlaması ve atama ölçütleri şu an kamu hastanelerinde karşılık bulamamaktadır. Ayrıca çok daha yakın tarihte (2010) çıkarılan hemşirelik yönetmeliğindeki atama ölçütleri de ne yazık ki ‘Başhemşire pozisyonu kaldırıldığından’ işlemez durumda bırakılmıştır. Hemşirelik hizmetleri yönetiminin örgütsel yapısına uygun atama ölçütlerinin oluşturularak, buna uygun işleyişin sağlanması gerekmektedir. Atama ölçütlerinin oluşturulmasında ise aşağıdaki konulara dikkat edilmelidir.

- Atamalarda **yönetim düzeyleriyle uyumlu** olacak şekilde **eğitim ve deneyim ölçütleri belirlenmeli**,
- Hemşirelik hizmetleri **tepe yöneticisi, tercihen hemşirelik hizmetleri yönetimi alanında doktora veya yüksek lisans programı mezunu olmalı**,
- **Alt kademe yönetici hemşire**; servis sorumlu hemşiresi ise tercihen yönetim veya ilgili klinik alanda **yüksek lisans veya yönetim sertifika programı mezunu olmalı**,
- Yönetimsel pozisyonlarda **3-5 yıl şeklinde klinik deneyim**, üst düzey yönetim pozisyonları için ayrıca en az 5 yıl **yönetim deneyimi** aranmalı,
- Sağlık kurumlarının yönetici pozisyonlarına aday yetiştirmek için yönetici yetiştirme ve geliştirme programı oluşturularak bu konuda bütçe ayrılmalı ve **yönetici aday havuzu oluşturmalıdır**.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENME VE YÖNETİMİNİNE ETKİLERİ

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2 Kasım 2011) ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yönetim yapısı ve işleyişinde köklü değişiklikler yapılmıştır. Kamu hastaneleri birlikleri oluşturularak, devlet hastaneleri bu yapıya bağlanmış, hastanelerde hastane yöneticisi pozisyonu yaratılarak tıbbi hizmetler, sağlık bakım hizmetleri ve idari-mali hizmetler müdürlükleri oluşturulmuştur. Daha sonra bu müdürlüklere büyük hastaneler için hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü oluşturulmuştur.



Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kurulması

Birliğe bağlı hastanelerde **Hastane Yöneticisine** bağlı olarak, Başhekimlik, İdari-Mali Hizmetler Müdürlüğü, **Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü** ve Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlüğü gibi birimlerin kurulmasının daha merkezkaç bir yönetim yapısının oluşturulması ve daha profesyonel bir yönetim anlayışının getirilmesi amacıyla oluşturulduğu



belirtilmesine karşın, gerçek durum istenen şekilde olmamıştır. Geçmişte il sağlık müdürlüklerinin altında yer alan her bir kamu hastanesi, günümüzde birliklerin altında ve daha merkezi bir yönetim anlayışıyla yönetilir noktaya gelmiştir. Ayrıca işleyişte yaşanan aksaklıklar nedeniyle hastane yöneticisi ve tıbbi hizmetler müdürlüğünün birleştirilmesi yoluna gidilmesi gibi sistemin iyi çalıştırılmadığının göstergesi olan uygulamalarda yaşanmaktadır.

Bu düzenleme ile **müdür ve müdür yardımcısı olmak için, en az dört yıllık yüksek okul mezunu olmak, kamu ya da özel sektörde 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak** koşulu öngörülmüştür (Madde 32/2). Burada sağlık kurumlarında profesyonel mesleklerin yöneticisi pozisyonuna atanacak kişilerde dört yıllık lisans mezunu gibi çok genel bir eğitim koşulunun aranmasının oldukça tehlikeli ve tehdit edici bir durum oluşturacağı belirtilebilir. Ayrıca kamu ve özelde 5 yıl deneyimin sağlık kurumu ve sağlık hizmetlerinde yöneticilik şeklinde belirtilmemiş olması da benzer şekilde ayrıca sakıncalı ve tehlikeli bir ölçüt olmaktadır.

Türk Tabipler Birliği'nin raporunda; KHK ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm devlet hastanelerinde görevli yaklaşık 1800 kişi olan, başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşiresinin görevine son verildiği; bu unvanlara hiçbir şekilde önceden duyuru yapılmadan, kimsenin müracaatı beklenmeden, sınav veya mülakatla seçim yapılmadan; tamamen keyfi olarak atamaların yapıldığı belirtilmektedir.

31.10.2012 tarihli ve 3131 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren, "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile yöneticilerin görev tanımlarına açıklık getirilmiştir.

Sağlık bakım hizmetleri (Madde 18/1), sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi



ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür. Buna göre, **tıbbi hizmetler dışındaki sağlık biriminde yürütülen tüm hizmetlerin ve bu hizmetleri yapan kişilerin** (ebe, hemşire, att, laboratuvar, radyoloji, anestezi, diyaliz, ortopedi teknisyen ve teknikerleri ile eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı vb.) **yönetiminden sorumludur.**

663 sayılı KHK'nın hemşirelik hizmetleri yönetimine getirdiği en önemli sorun daha önce belirtildiği gibi Başhemşirelik pozisyonlarını kaldırarak, hemşirelerin temsil hakkını yok etmesidir. Günümüzde birçok kurumda **bakım hizmetleri müdürünün hemşire olması gelecekte bu pozisyonları hemşirelerin dolduracağı anlamına gelmemektedir.** Ayrıca hemşire olan bakım müdürünün diğer sağlık profesyonellerini (eczacı, fizyoterapist, diyetisyen gibi) yönetmesinin de yarattığı sakıncalar bulunmaktadır. Burada hemşirelerin hastanelerde istihdam edilen sağlık çalışanları içinde sayısal olarak en büyük bölümü oluşturmaları ve sağlık bakım hizmetinin sunumunda 24 saat hastanın yakınındaki bir meslek grubu olarak kendi yöneticileri tarafından üst düzeyde temsil edilmeleri (**Hemşirelik hizmetleri müdürü veya başhemşire**) gerekmektedir.

YÖNETİCİLERİN PERFORMANSININ ÖLÇÜMÜ

Kamu Hastane Birliklerindeki tüm **yönetmelik pozisyonlar, sözleşmeli statüde istihdam edilirler** (Madde 32/6). Hastane ve birliğin **performansı, 6 aylık veya 1 yıllık sürelerle,** tıbbi, idari, mali kriterler, kalite, hasta hakları, çalışan güvenliği ve eğitim gibi bileşenlerin ortak değerlendirilmesiyle verimlilik karneleriyle ölçülür. Değerlendirme sonucu "**grubu dü-**

şürülen hastanelerin bir üst gruba çıkamaması durumunda yöneticilerin (genel sekreter, hastane yöneticisi vb.) **görevlerine son verilecektir**” (Madde 34) şeklindeki ifadeler, tüm yöneticiler için kaygı kaynağı olmaktadır. Bu düzenlemeyle yöneticilerin 2 yıllık sürelerle sözleşmeli çalıştırılmalarının, hastanelerde hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından ve yöneticilerin iş güvencesini yok etmesi açısından çok sakıncalı olduğu, yönetsel değişim ve iyileştirmeler için bu sürenin çok yetersiz olduğu, yöneticilerin sözleşme baskısıyla astlarıyla ilişkiler ve hizmetin kaliteli sunumu noktasında sadece belirlenen ölçütlere odaklanmaları gibi sorunlara yol açtığı belirtilebilir.

663 sayılı KHK'ya ilişkin yapılması gerekenler düzeltmeler;

- Meslek olma ölçütleri açısından **hemşireler, hemşire yöneticiler tarafından yönetilmeli ve sağlık bakım müdürü yerine Hemşirelik Hizmetleri Müdürü/Başhemşire** unvanı kullanılmalı,
- Türkiye Kamu Hastaneler Kurumunda hemşireleri temsilen Sağlık Bakım/**Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı** oluşturulmalı,
- Hemşirelik Kanunu'nda belirtilen şekilde **yönetici atamalarında yönetim eğitimi ve deneyimi** aranmalı,
- KHK belirtilen ve karmaşaya yol açan **görev, yetki ve sorumluluk alanları daha net tanımlanmalı,**
- Yöneticilerin **iş güvencelerinin sağlanmasına** yönelik düzenleme yapılmalı veya sözleşme süreleri uzatılmalıdır.

Sağlık bakım hizmetleri müdürü konumundaki yöneticiler örneğinde Bayraktar (2014) tarafından yapılan araştırma; Türkiye'deki tüm Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı olan hastanelerden, **yedi coğrafik bölgede yer alan ve birlik hastanelerinin** en fazla olduğu ildeki hastanelerde görevli **191 yöneticiden** (Bakım Hizmetleri Müdürü) **131'inin katılımıyla** gerçekleştirilmiştir.

Yöneticilerin çoğunlukla **40 yaş ve üzerinde** (%38,4), evli (% 80,9), en fazla 2 çocuk sahibi oldukları (%38,1), **yüksek lisans eğitimi (%55) aldıkları**, meslekte **toplam çalışma sürelerinin 20 yıl ve üzerinde** (%43,5), **yönetici olarak toplam çalışma sürelerinin 0-3 yıl** (%53,4) olduğu, daha önce **yönetim eğitimi alma durumları** değerlendirildiğinde **en çok okuldaki yönetim dersleri (%37,4)** ifadesinin üzerinde durulduğu, yönetici olarak kendini geliştirme planlarının sıklıkla **“Kurs ve sertifika programına katılarak”** (%29,4), gelecek **kariyer hedeflerinin** ise sıklıkla **buldukları pozisyonlarda yönetici olarak devam etmek istedikleri** (%40,8) şeklinde olduğu görülmüştür.

“Liderlik Yönelim Anketi” sonucunda, yöneticilerin %9.92'sinin insana yönelik liderlik davranışı, **%84.73'ünün işe yönelik liderlik davranışı**, % 5.34'ünün insana ve işe yönelik li-

derlik davranışını eşit düzeyde gösterdiği; benzer şekilde, çalışmaya katılan yöneticilerin **işe yönelik liderlik puan ortalaması $11,05 \pm 3,14$** olarak bulunmuşken, insana yönelik liderlik puan ortalaması ise $6,81 \pm 2,45$ olarak bulunmuştur.

Bu araştırma bulguları değerlendirildiğinde; bakım müdürleri mesleklerinde deneyimli iken yönetim deneyimlerinin az, yönetim konusunda eğitimlerinin yetersiz ve gelecekte yönetim süreklilik gösterme açısından beklentilerinin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca yönetim tarzlarının geleneksel yönetim anlayışında ve iş odaklı olduğu, çağdaş yönetim anlayışı açısından geliştirilmeleri gerektiği belirtilmiştir.

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN YETİŞTİRİLMESİ

Türkiye’de hemşirelikte lisans programlarının başladığı yıllarda **Sevk ve İdare** (28 saatlik) adı altında “Genel Yönetim” dersinin verildiği görülmektedir. Daha sonra hemşirelikte lisans programlarının artmasıyla hemşirelik lisans programlarında “**Hemşirelikte Yönetim**” dersi konmaya başlanmıştır. 1988 yıllarından bu yana lisans programlarında 56 saat kuramsal ve 224 saat uygulamalı (1994 de 56 saate indirilen) Hemşirelikte Yönetim dersi verilmektedir.

Ülkemizde hemşirelikte yönetim alanında ‘**Yüksek Lisans Programı**’ ilk kez 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde açılmış, daha sonra bunu İstanbul Üniversitesi, Ege Üniversitesi izlemiştir. **Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı 1990 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale (İÜ FN) Hemşirelik Yüksek Okulunda** kurulmuş ve hemşirelikte yönetim ‘**Doktora Programı**’ da ilk kez 2000 İÜ FN Hemşirelik Fakültesinde başlatılmıştır. Halen ülkemizde İstanbul ve Dokuz Eylül Üniversitelerinde Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı sürdürülmektedir.

Ayrıca, günümüzde birçok üniversitede Hemşirelikte Yönetim yüksek lisans tezli ve tezsiz programları yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı’ndan ‘**Hemşirelikte Yönetim Sertifika Programı**’ çıkarılmış olmakla birlikte, uygulama onayı henüz tamamlanmamıştır. Uygulama alanında, hemşirelik hizmetlerinin yönetimde akademik beklentisi olmayan ve uygulama alanında hemşirelik hizmetlerinin yönetimini iyileştirmek için rol üstlenecek olan yöneticilerin yetiştirilmesi için tezsiz yüksek lisans programlarının yanı sıra sertifika programlarına da büyük gereksinim duyulmaktadır. Bu kapsamda “Hemşirelikte Yönetim Sertifika Programı”nın öncelikle onaylanması gerekmektedir.



YÖNETİCİ HEMŞİRELER DERNEĞİNİN YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN TEMEL SORUNLARINA İLİŞKİN RAPORU

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yaşanan Temel Sorunlar

- **663 sayılı KHK ile başhemşireliklerin kaldırılması** ve 'Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü' şeklinde bir örgütlenmeye gidilmesinin, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ve temsiliyle ilgili yarattığı karmaşa,
- Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'nun örgütlenme yapısında Sağlık Bakım/Hemşirelik Hizmetlerini temsilen **Sağlık Bakım/Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı gibi üst temsil basamağının oluşturulmaması**,
- 663 sayılı KHK ile SBHM pozisyonuna **atanma kriterlerinin esnek belirlenmesi (4 yıllık lisans mezunu ve 5 yıllık özel veya kamu hizmetlerinde deneyim)** bu pozisyonlara atanacakların yönetsel yetkinliklerinin (yönetim eğitimi/uzmanlığı ve yönetim deneyimi gibi) açıkça belirtilmemesi ve atanma şekillerinin (herhangi bir sınav – seçim vb olmaksızın, sendikaya üyelik gibi subjektif ölçütlerin dikkate alındığının söylenmesi) tartışmalı konumda olması,
- **SBHM pozisyonuna atananların çoğunlukla hemşire olmalarına karşın, gelecekte bunun değişebilme olasılığının olması** ve hemşirelerin diğer meslek üyesi lisansiyerler tarafından yönetilme riskinin bulunması,
- **Alt kademe yönetici hemşire konumundaki servis sorumlu hemşireleri için kadroların oluşturulmaması**,
- Kamu Hastane Birliklerinde çalışan hemşirelerin **görev yetki ve sorumluluklarının 'Hemşirelik Kanunu'nda belirtilenlerle uyumlu yürütülmemesi** ve hemşirelik kanunu ve yönetmeliklerinin hükümsüz hale gelmesi, (özellikle yatak sayısı fazla olan veya eğitim araştırma hastanelerinde 4. müdürlük olarak oluşturulan 'Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlüğü' sorumluluğundaki temizlik hizmetlerindeki personellerin

servislerde sorumlu hemşirelerin yönetim alanında çıkarılmasına karşın sorunlu tutulmalarının yarattığı sorunlar gibi),

- **Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü görev tanımının net olmaması** nedeniyle yetki ve sorumlulukların her birlik veya hastanede **farklılık göstermesi** (SBHM'nün yönetim alanına giren meslek gruplarının farklılığı nedeniyle görev karmaşası görülebilmekte, bazı hastanelerde hala başhemşire gibi çalışılırken; bazı hastanelerde anestezi, laboratuvar, radyoloji teknisyeni ve teknikerleri gibi bölümlerin sorumluluğu verilebilmektedir.),
- SBHM pozisyonuna atanan 657 sayılı kanuna tabi devlet memurlarının iş güvencesinden çıkarılarak sözleşmeli pozisyona getirilmeleri ve böylece **yöneticilerin iş güvencesinin ortadan kaldırılmış olması** (Yapılan sözleşmeler başlangıçta 2 yıl (26 ay) gibi kısa süreyi içerirken bu süre 2,5 yıla çıkarılmıştır. Ayrıca sözleşme imzalanmadan önce tarihsiz istifa dilekçelerinin alındığı da belirtilmektedir.),
- SBHM pozisyonunda çalışan **yönetici hemşirelerin ücretlemesinin iş yoğunluğuyla** (hastanelerin yatak sayıları, hizmet özellikleri, çalıştırılan insan gücü sayıları vb) **uyumlu şekilde düzenlenmemesi** ve özellikle birimlerde çalışan hemşirelere ödenen ek ödemeler ile bazı durumlarda benzer ücretlerin alınabilmesi,
- Yöneticilerin çalışma saatleri -izinler- diğer özlük haklarıyla ilgili olarak; 657 sayılı DMK'daki hakların uygulanmasına karşın **günlük çalışma saatlerinin belirtilenin çok üzerinde olması**, mesleki gelişim için kurs, kongre, sempozyum gibi **bilimsel etkinliklere katılımın izinden kesilmesi, genel olarak izin almada yaşanan güçlükler**,
- Kamu Hastane Birliklerinde, hemşirelik bakım standartları ve yönetim standartlarının oluşturulmaması, kurum ve yönetici performansının değerlendirmesinde bu ölçütlerin dikkate alınmaması,
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin, bakım hizmetinin yürütülmesi, Ar-Ge, çalışanların eğitimi vb. hizmetlerinin sürdürülebilmesi için **gerekli bütçenin ayrılmaması**,
- Hemşirelik Kanununda tanımlanan **uzman hemşirelere kadrolarının oluşturulmaması** nedeniyle hemşirelerin özlük haklarında kayıpların yaşanması,
- Hemşire insan gücünün sayısal yetersizliği gerekçesiyle, **hemşirelik görevlerinde farklı disiplinlerin çalıştırılması** (ebe, ATT, sağlık teknisyen, vb.) ve buna karşın **hemşire kadrosunda olanların hemşirelik dışı alanda görevlendirilmesi** çelişkisinin yaşanması, şeklinde sıralanmıştır.

Özel Hastanelerde Yaşanan Temel Sorunlar

- Hastane başhemşiresi/hemşirelik hizmetleri müdürü pozisyonunun iş tanımının kurumlara göre farklılık göstermesi (Hastanelerin büyüklüğüne göre yönetim alanının değişmesi, küçük hastanelerde farklı görevlerin üstlenilmesi nedeniyle bakımın yönetimine zaman ayırlanamamaktadır.),
- Hemşirelik hizmetleri müdürlerinin bazı hastanelerde tepe yönetime doğrudan bağlanmaması, yönetim kurullarında yer almama, yönetsel özerkliğe sahip olmama (Özel sektörün kamuya göre hemşirelik hizmetleri müdürlerinin görüşlerine daha fazla değer verdiği belirtilerek; iyi eğitilmiş, donanımlı yönetici hemşirelerin mevcut sistemde kararların doğru şekilde verilmesi, yanlış kararların sorgulanmasını sağlayarak, geleneksel yönetim yapısına farklılık getirdikleri üzerinde durulmuştur. Bu şekilde yönetilen özel hastanelerde verilen hizmetin tüm süreçleriyle ilgili paydaşların yönetim kademelerine alındığı, kararlara katılımının ve kararları hep birlikte sorgulanmasının söz konusu olduğuna değinilmiştir.),
- Yönetsel pozisyona atanma kriterlerinin belirsizliği ve hemşire olmayan sağlık meslek üyelerinin özellikle küçük ölçekli hastanelerde yönetici hemşire pozisyonunda çalıştırılması,
- İş güvencesizliğinin hemşire çalışanlar kadar yönetici hemşireler içinde söz konusu olması ve özel sağlık işletmelerinde sendikal örgütlenmelerin olmaması veya etkin işlev göstermemeleri,
- Özel hastanelerde görünen yüksek devir hızı, eksik hemşire sayısına bağlı uzun saat çalışma, aşırı iş yükü ve yorucu çalışma temposu, düşük ücret, az insanla çok iş üretmek gibi olumsuz çalışma koşullarının yarattığı sorunlar,
- İstenen nitelik ve nicelikte hemşire insan gücünü sağlamada hastane üst yönetiminin, çalışma koşullarını iyileştirme, daha iyi ücretleme, prim-ek ödeme gibi maddi ödül sistemini kullanma şeklindeki iyileştirmelere karşı olumsuz tutum sergilemesi ve daha düşük nitelikte (SML) veya hemşire olmayan sağlık çalışanlarının hemşirelik kadrolarında çalıştırılması,
- Özel hastanelerde çalışanları kendine bağlı kılma ve örgütsel kimliği oluşturma ve kurumsallaşma konusunda sorunların yaşanması (özellikle küçük hastanelerin sık el değiştirmesi),
- Hemşirelik hizmetleri bölümünün kendine ait bir bütçesinin olmaması ve yönetici hemşirelerin sınırlı kaynakla etkinliklerini yürütmeye çalışmaları, şeklinde belirtilmiştir.

Üniversite Hastanelerinde Yaşanan Temel Sorunlar

- **Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü örgütlenme yapılarının** her üniversite hastanesinde oluşturulamaması,
- Hemşirelik hizmetleri müdürlerinin **iş tanımları ve yönetim alanlarındaki belirsizlikler**, yönetsel özerkliğin tam olarak sağlanamaması (Başhekim, fakülte sekreteri, dekan ve hemşirelik hizmetleri koordinatörü/direktörü vb. yöneticilere bağlı olarak çalışma, anabilim dalı özerkliği nedeniyle anabilimdalı başkanlarının onayını alma zorunluluğu gibi sorunların yaşanması),
- Hemşirelik hizmetleri müdürlerinin yönetsel açıdan yeterince **yetkin olmamaları** (atama kriterlerinin belirlenmemesi, hemşirelik yönetmeliğinin uygulamaya tam olarak yansıtılmaması gibi),
- Hemşirelik hizmetlerinin **kendi örgütlenme yapılarında yaşanan sorunlar** (bölüm başhemşiresi, gözetmen hemşire, müdür yard. , sorumlu hemşire gibi pozisyonların oluşturulması ve özlük haklarının belirlenmesi gibi),
- Yönetici hemşirelerin **ek ödeme/prim/döner sisteminden hak ettikleri şekilde yararlanamamaları** (Üniversite hastanelerinde öğretim üyesi sayısının fazla olması, 4B'li çalışanların ücretlerinin kurumlarca ödenmesi ve SGK geri ödemelerinde yaşanan sorunlar nedeniyle mali açıdan tüm hemşirelik hizmetleri çalışanlarının paylaştığı gelirin azalması ve doyumsuzluğa yol açmaktadır.),
- Üniversite hastanelerinde öncelikle **mali krize bağlı yaşanan sorunların** hizmetin her aşamasında **hemşirelik hizmetlerini olumsuz etkilemesi** (ilaç ve malzeme yetersizliği, fiziki yapı, destek hizmetlerin sunumundaki yetersizlikler, iş yükünün artması, fazla saat çalışma ve nöbetler, yıllık izin kullanamama gibi olumsuz çalışma koşullarının artması ile hemşirelerin iş doyumunun azalması ve işten ayrılmalara yol açması),
- Üniversite hastanelerinin yetişmiş **hemşire insan gücünün son yıllarda azalması** ve yükselen devir hızına bağlı **eksik elemanla çalışma zorunluluğu** (Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Kurumuna geçme, sağlık meslek liselerinde öğretmen olarak görev alma, aile bütünlüğü, sağlık durumu, çocuk bakımı gibi nedenlerle gündüz çalışmak isteyen hemşirelerin isteklerinin karşılanamaması durumunda istifaların artmasıyla her geçen gün hemşire sayısının azalması),
- **Hemşire insan gücünün yetersizliği nedeniyle hasta bakım birimlerinin/servislerin kapatılması** gerçeğiyle karşı karşıya kalınması,
- Eksik elemanla çalışma nedeniyle özellikle **alt kademe yönetici hemşirelerin yönetsel işlevlerini tam olarak yapamamaları**, gündüz çalışan tek hemşire olarak hasta bakımı hizmetini ağırlıklı olarak yürütmeleri,

- Hemşirelerin 24 saat kreş ve ulaşım-servis gibi isteklerinin karşılanamaması nedeniyle özellikle gece vardiyalarında ve nöbetlerde çalışacak hemşire bulmada güçlükler yaşanması,
- Hemşirelik hizmetleri bölümünün kendine ait bütçesinin olmaması, şeklinde sıralanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Baykal, Ü. (2013). Hemşirelik Hizmetlerini İlgilendiren Yasal Düzenlemeler. Yönetici Hemşireler Derneği Bülteni. Ocak Sayısı.
2. Bayraktar, E. (2014). Yöneticilerin Liderlik Yönelimleri ve İlişkili Faktörler, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Teziz Yüksek Lisans Projesi, İstanbul
3. Huber, D. L. (2010). Management Principles. Huber, D.L. (Ed.). Leadership and Nursing Care Management. 4. Edition Saunders Elsevier, Missouri.
4. Seçim, H. (1991). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul
5. Tatar Baykal Ü., Harmancı Seren A.K. (2014). Yönetim Süreci ve Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi, (Editör: Tatar Bayka, Ü. Ercan Türkmen E.) Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Akademi Basım, İstanbul.
6. Tomey, A.M. (2009). Organizational Concepts and Structures. In Guide to Nursing Management and Leadership, 8th Edition. Evolve, St Louis.
7. Veliöğlu, P. ve Oktay, S., (1995) Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:715, Açıköğretim Fakültesi Yayınları.No:351, Anadolu Üniversitesi Web-ofset. Eskişehir.
8. Hemşirelik Kanunu (1954). Erişim tarihi 28 Haziran 2013, http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/mev/mev_kan/hemshirelik_kanunu.pdf
9. Hemşirelik Kanunu (2007). Erişim tarihi 28 Haziran 2013, <http://www.turkhemşirelerderneği.org.tr/hemşirelik-kanunu.aspx>
10. Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Erişim tarihi: 01 Temmuz 2013, <http://www.turkhemşirelerderneği.org.tr/hemşirelik-yonnetmeliği.aspx>
11. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). Erişim tarihi: 01 Temmuz 2013, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
12. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1982). <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIlişki=0&sourceXmlSearch=yataklı%u0131+tedavi+kurumlar%u0131+%u015fletme+Y%u00f6netmeli%u011f>. Erişim 08.09.2013.
13. Resmi Gazete (2012). 6354 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 12 Temmuz 2012/28351.
14. Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname. Erişim 12 Temmuz 2012, Erişim <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>
15. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2012). Erişim 4 Temmuz 2013, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/453,turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tasrateskilati-calisma-pdf?0>

HEMŞİRELİKTE UZMANLAŞMA VE BRANŞLAŞMA



Uzm. Hemşire Nazan TORUN

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu,
Eğitim Araştırma Geliştirme Daire Başkanlığı,
Eğitim Birim Sorumlusu

Hemşirelik, geçmişten günümüze dek çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. İlk hemşirelik tanımı, 1859'da Florence Nightingale tarafından yapılmıştır. Nightingale'e göre hemşirelik; "Doğanın birey üzerinde en iyi şekilde etkin olabilmesi için bireyin en iyi duruma getirilmesidir. Doğanın bireye sağladıkları ısınma, yeme, solunum gibi temel gereksinimlerdir. Hemşirelik de yiyemeyen hastaya yardımcı olmak, dinlenmesini sağlamak, ısıtmak gibi işlevleri kapsar" (Biol, 2004).

American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği- ANA) hemşireliği; "İnsana yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunmaktadır" şeklinde tanımlamıştır.

Ülkemizde hemşirelik mesleğine olan gereksinmeyi ilk defa hisseden Besim Ömer Akalın Paşa olmuştur. Prof. Dr. Besim Ömer Akalın Londra'da toplanan Kızılhaç Kongresine katıldığı zaman Florence Nightingale ile tanışmış ve konferans salonuna giren Nightingale için 300'ü aşkın seçkin delegenin saygı duruşuna tanık olmuş ve çok duygulanmıştır. Besim

Ömer Paşa Kızılay Cemiyetini uyararak ülkenin hemşirelik mesleğine olan gereksinimini dile getirmiş ve bir hemşire okulunun açılmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. Kızılay Cemiyeti bu öneri üzerine eğitilmiş ve ilk defa İstanbul'un Kadırga semtinde Kadırga Hastanesinde 6 ay süreli Gönüllü Hasta Bakıcı Kursu için ödenek ayırmıştır. Bu kurs İstanbul'un en kültürlü çevrelerinde ilgi görmüştür. Kurs sonunda sertifika alan hemşireler, 1912 yılında Balkan Savaşı sırasında yaralı askerlere bakım vermiştir. Ülkemizde hemşireliğin başlangıcı olarak kabul edilir. 1913-1914 yıllarında hemşirelik ile ilgili kurslar devam etmiştir. I. Dünya Savaşı sırasında yaralı askerlere bu gönüllü hemşireler bakmıştır. Bu hemşirelerden Münire İsmail, Safiye Hüseyin Elbi, Kerime Salahor büyük fedakârlıklar göstermişlerdir. 1920 yılında, İstanbul'da Amiral Bristol Hastanesine bağlı özel hemşire okulu açılmıştır. Bu okula azınlıkların çocukları gitmiştir. Eğitim süresi başlangıçta 2 yıl 6 ay iken, daha sonra 3 yıla ve 1957'de 4 yıla çıkarılıp Milli Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanarak meslek lisesi denkliği kazanmıştır (Topuksak ve Kubilay, 2010).

Cumhuriyet Döneminde açılan ilk hemşire okulu, 21 Şubat 1935 yılında açılan Kızılay Hemşire Okulu'dur. Eğitim süresi 2 yıl 3 ay olan bu okula kabul şartları, okuryazar, iyi ahlak sahibi ve vücutca sağlam olmaktır. 1936 yılında bu okula, ortaokul mezunları alınmaya başlanarak eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. 1948 yılında ilk Türk Hemşire Müdür Asuman Türer okulda görevine başlamıştır. 1958'de eğitim süresi dört yıla çıkarılmıştır. 1976 yılında Sağlık Meslek Lisesi olarak değiştirilmiş ve eğitim süresi 5 yıla çıkarılmıştır (Ay, 2012).

1955 lisans düzeyinde, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 1968 yüksek lisans programı, 1972 doktora programı ve 1976 yılından itibaren Profesör, Doçent, Asistan, Uzman gibi akademik kadroları almışlardır. 2012 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulları, Hemşirelik Fakültesine dönüşmüşlerdir. Eğitim düzeyindeki değişimler hemşirelik mesleğine atılan önemli adımlardır (Bahçecik ve Alpar, 2009).

Hemşirelikte uzmanlaşma ve branşlaşmadan bahsetmeden önce meslek, meslekleşme sürecinden bahsetmek gerekir.

Türk Dil Kurumu'na göre iş, "bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma"; Meslek, "belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" olarak tanımlanmaktadır. (www.tdk.gov.tr)

Meslek, genellikle işten kaynaklanır ancak, işten farklı olan birçok boyutu vardır ve zaten bu nedenle de tanımlanması güç olan bir kavramdır. Meslekleşme süreci ise "meslek statüsüne ulaşmak için, işin yapısında gerçekleştirilen bir dizi değişiklik" olarak ifade edilmektedir (Korkmaz, Görgülü, 2010).

Gelişmiş meslekler statüsüne ulaşmak için çaba gösteren uğraş alanlarının meslekleşme sürecinde ilerleyebilmesi için, meslek ideolojisini ve mesleki kimliğini benimsemiş, yeterli mesleki bilgi ve beceri ile donanmış, mesleki uygulamalarda otonomi sahibi, yasal düzenlemelerle belirlenmiş görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olan meslek üyelerine gereksinimi vardır (Korkmaz, Görgülü, 2010).

Meslekleşme süreci kapsamında hemşirelik ele alındığında, hemşirelik meslekleşme ölçütlerine tam olarak sahip olmamakla birlikte özellikle 1980'lerden sonra meslekleşme sürecinde belirgin bir ilerleme sağlamıştır. Ancak, hemşireliğin başta bilimsel bilgi temeli ve otonomi olmak üzere çeşitli alanlarda zayıflıkları vardır ve özellikle bu alanların güçlendirilmesi gerekir. Bunun yanı sıra hemşireliğin, meslek ideolojisini ve mesleki kimliğini benimsemeye, dolayısıyla mesleki rolünü yerine getirmede önemli açmazları vardır. Bu durumu etkileyen başlıca nedenlerden birisi, hemşireliğin mesleki gelişim sürecinde sosyal, politik, kültürel, bilimsel ve teknolojik birçok unsurun etkili olmasıdır. Bu sorun alanları hemşireler için aşılması gereken durumlar olarak algılanmalı ve meslekleşme sürecinde ilerlemek için birer uyarıcı olarak kabul edilmelidir (Korkmaz, 2011).

Ülkemiz hemşireliğinin meslekleşme sürecinde yol alabilmesi ve mesleki rollerini yerine getirebilmesi için mesleki ölçüt alanlarına ilişkin gelişmelerin sağlanması ve sürdürülmesinin yanı sıra hemşireliğin ideolojisinin üyeleri tarafından kabul edilmesi ve mesleki kimlik geliştirilmesi son derece önemlidir. Ülkemizde hemşirelerin uygulama alanında karşılaştıkları sorunlar ve belirsizlikler göz önüne alındığında, bu sorun ve belirsizliklerin hemşirelerin mesleki kimlik geliştirmelerini, hemşireliğe ilişkin görüş ve tutumlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Umur, 1996).

Hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğu Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) tarafından 1975'de belirtilmiştir. ICN'in 1975 yılında Singapur'da yaptığı tanıma göre "Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış ve yetkisi onaylanmış profesyonel bir kişidir (Ökdem ve ark., 2000). Profesyonelliğin kazanılabilmesi için bazı kriterlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu kriterler şunlardır:

- Meslekle ilgili dernek veya mesleki kuruluşların var olması,
- Çalışma koşullarında bağımsız hareket etme serbestliği,
- Uzun süreli, kapsamlı ve etkin bir eğitim,
- Sunulan hizmetin toplumsal çıkarlar gözetilerek yerine getirilmesi,
- Tercih edilen branşta çalışmak için gerekli nitelik ve yeterliliğe sahip olmak,
- O işle ilgili belirtilen kurallara uyma zorunluluğu,
- Mesleğin bilimsel yöntem ve tekniklerden yararlanılarak yapılan düzenli çalışma.



İngiltere'de 1971 yılında Royal College of Nursing (RCN) tarafından, uzmanlaşmanın gereği vurgulanmıştır. Dünyada Hemşirelikte uzmanlaşma; Hemşirelerin uzmanlaşma sürecinde ilk olarak, Hemşirelik lisansı üzerine mezuniyet sonrası eğitimler ile Sertifikalı eğitim programları; diyabet yönetimi, enfeksiyon kontrolü, palyatif bakım, stoma bakımı, yara bakımı gibi klinik alanlarda özelleşmiş uzman hemşireler yetiştirilmeye başlanmıştır.

Master programı, master sonrası sertifika veya doktora programlarını tamamlayan hemşireler için,

- Uzman Klinik Hemşire [Clinical Nurse Specialist],
- Pratisyen/Uygulayıcı Hemşire [Nurse Practitioner],
- Sertifikalı Anestezi Hemşiresi [Certified Registered Nurse Anesthetist]
- Sertifikalı Hemşire-Ebe [Certified Nurse-Midwife] olmak üzere dört uzmanlık

alanında ileri hemşirelik rolleri tanımlanmış, eğitimleri ve sertifikaları ile orantılı olarak uzmanlık sahibi oldukları alanlarda birçok klinik uygulamaları bağımsız olarak uygulama hakkı verilmiştir.

Türkiye'de Hemşirelikte Uzmanlaşma ise; 2007'de yenilenen "Hemşirelik Kanunu" ile hemşirelikte uzmanlaşma yasal olarak da tanımlandı. 2010 yılında resmi gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile uzman hemşireliğin tanımı; «Uzman hemşire: Mesleğiyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşan ve diploması Bakanlıkça tescil edilen hemşire» şeklinde yapılmıştır. Yönetmelikte Uzman Hemşire ve Yetki Belgesine Sahip Hemşireler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.



“Uzman hemşire

MADDE 7 – (1) Lisans mezunu hemşirelerden; yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler ile yurtdışında bu programlardan mezun olup, diplomalarının denklikleri onaylanan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler alanlarında uzman hemşire olarak çalışırlar.

(2) Uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir.”

“Yetki belgesine sahip hemşireler

MADDE 8 – (1) Hemşirelik mesleği ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesine sahip ve bu alanlara ilişkin hemşirelik bakım hizmetlerinden sorumlu hemşiredir.

(2) Yetki belgesine sahip hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları, sahip oldukları yetki belgeleri ve çalıştıkları özellikli alana göre Bakanlıkça düzenlenir.”

Hemşirelikte uzmanlaşma ve branşlaşma yasal olarak tanımlanmasına rağmen, hemşireler görevleri süresince, sağlık kuruluşlarının bir çok farklı biriminde (Ambulans, Acil Servis, Yoğun Bakım, Dahiliye, Klinikler, Sağlık Ocağı vb.) çalışmalarına karşın bu birimlere özgü

herhangi bir branş ya da uzmanlık unvanı alamamaktadırlar. Bu durum, onların bir alan seçip o alanda uzmanlaşmalarını engellemektedir. Örneğin; bir hemşire 5 yıl yoğun bakımda çalışarak, o alanda kendini geliştirmektedir. Ancak, tayini başka bir hastaneye çıktığında orada yoğun bakım dışında diğer birimlerde görevlendirildikleri için daha önce elde ettikleri becerilerin kullanılmaması sonucu bu becerilerin unutulmasına neden olmaktadır (Kılıç, 2012).

Ülkemizde yüksek lisans ve doktora programları ile uzman hemşireler yetiştirilmesine rağmen; uzmanlık alanlarına göre sağlık hizmetlerinde istihdamı sağlanamamaktadır. Ayrıca yasal olarak mesleki rol ve sorumlukları, görev alanları da tanımlanmamıştır.

Ülkemizde hemşirelikte verilen yüksek lisans ve doktora programlarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bunlar;

Hemşirelikte Yüksek Lisans Programları;

- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- Halk Sağlığı Hemşireliği
- Hemşirelik Esasları
- Hemşirelik Öğretimi
- Hemşirelikte Yönetim
- İç Hastalıkları Hemşireliği
- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
- Hemşirelikte Doktora Programları;
- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- Halk Sağlığı Hemşireliği
- Hemşirelik Esasları
- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
- İç Hastalıkları Hemşireliği
- Hemşirelikte Yönetim

Sağlık Bakanlığı'nca sağlık alanında ülkemizin ihtiyacı olan nitelikli insan gücünü yetiştirmeye yönelik olarak düzenlenen sertifikalı eğitimlerin belirlenen standartlar çerçevesinde uygulanmasını sağlamak amacıyla "Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği" yeniden hazırlanmış ve 04 Şubat 2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu yönetmeliğe göre hemşirelere yönelik standartta yayınlanan sertifikalı eğitim programları;

- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı,
- Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Sertifikalı Eğitim Programı
- Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Nutrisyon Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Standart çalışmaları son aşama gelmiş sertifikalı eğitim programları;
- Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Onkoloji Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Kan Bakanlığı Uygulamaları Sertifikalı Eğitim Programı
- Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Standart çalışmaları başlatılan sertifikalı eğitim programları;
- Çocuk Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Yanık Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı şeklinde ifade edilebilir.

KAYNAKLAR

1. American Nurses Association (ANA) (2003), Erişim Tarihi: 8 Mayıs 2015, www.Nursingworld.Org/Mainmenucategories/Certificationandaccreditation/Aboutnursing.aspx
2. Ay F. (2012). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 14-20
3. Bahçecik N., Ecevit Alpar Ş. (2009). Nursing Education in Turkey: From Past to Present. Nurse Education Today, 29, 698-703
4. Birol L. (2004). Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 21-32.
5. Hemşirelik Yönetmeliği, 2010
6. Hemşirelik Kanunu, 2007
7. Kılıç T., Hemşirelikte Branşlaşma ve Görevde Yükselme Üzerine, <http://www.saglikpersoneli.net/hemşirelikte-branslasma-ve-gorevde-yukselme-uzerine-haberi-694.html>, (23.12.2012)
8. Korkmaz F. (2011) "Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik", Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 59-67.
9. Korkmaz F., Görgülü S. (2010) "Hemşirelerin, Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri" Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2010) 1-17
10. Ökdem Ş., Abbasoğlu A., Doğan N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı; 1(1); 5-11.
11. www.tdk.gov.tr Erişim tarihi: 8 Nisan 2015.
12. Umur M., Toplumun Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri, Hemşirelerin Psikolojik Etkilenimleri, Marmara Üniversitesi (MÜ), Sağlık Bilimleri Fakültesi (SEF), Medikal Bölümü, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İstanbul, 1996, s.81
13. Topuksak B, Kubilay G. Florence Nightingale'den Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Neler Değişti? Avrupa ve Türkiye'de Modern Hemşirelik Eğitimi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi (2010), Sempozyum Özel Sayısı

663 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME VE HEMŞİRELİK



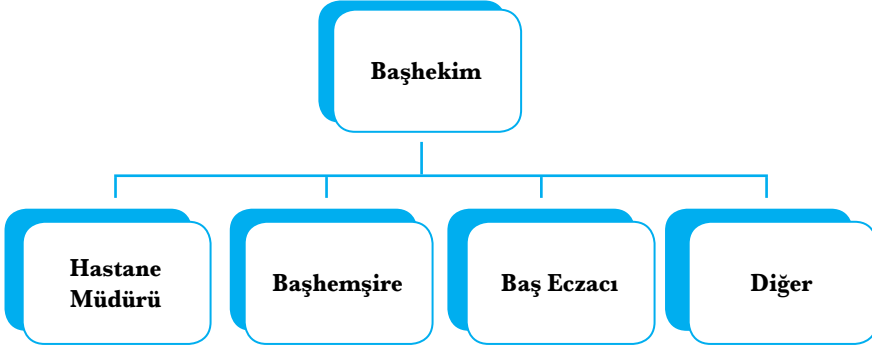
Ayşegül ERCİYAS

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 6/4/2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulu'nca 11/10/2011 tarihinde kararlaştırılmış ve 2 Kasım 2012'de hayata geçirilmiştir.

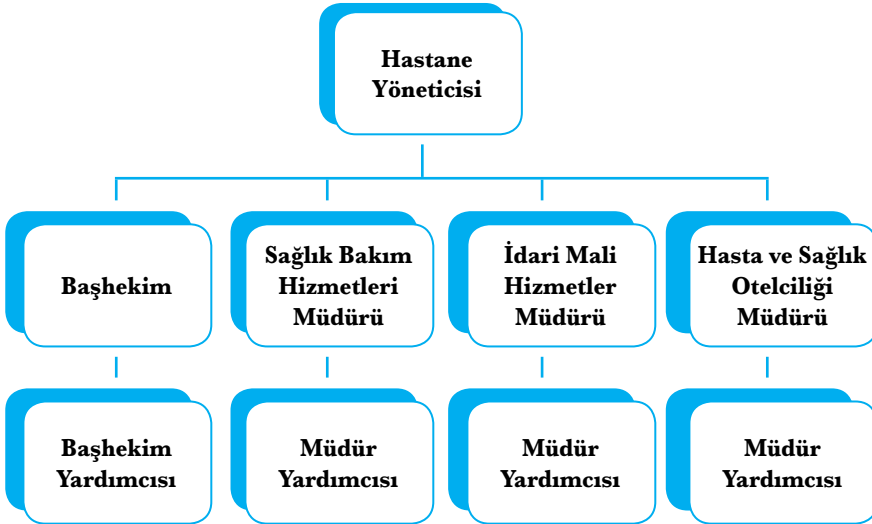
Sağlık kurumlarında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı kadrolu yöneticilerin yerine, sözleşmeli yöneticiler getirilerek, yeni bir yönetim modeli oluşturulmuştur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) öncesinde, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre yönetim hiyerarşisinde Şekil 1'de görüldüğü şekilde, kurum tepe yöneticisi başhekim ve bir alt yönetim birimleri ise hastane müdürü, başhemşire, baş eczacı ve diğer birimler oluşturmaktadır.

Şekil 1: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine Göre Yönetim Hiyerarşisi



663 sayılı KHK ile birlikte hastane üst yönetimi; hiyerarşik yapı ile tepe yöneticisi hastane yöneticisi, bir alt yönetimde ise başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari-mali hizmetler müdürü, hasta ve sağlık otelciliği müdürü olarak belirlenmiştir (Şekil 2).

Şekil 2: 663 sayılı KHK'ye göre Hastane Üst Yönetimi Hiyerarşik Yapısı



Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

13/01/1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde başhemşire, 08/03/2010-27515 Hemşirelik Yönetmeliği'nde başhemşire olarak verilen makam, 31/10/2012 tarih ve 3131 sayılı makam onayı Türkiye Kamu

Hastaneleri Kurumu (TKHK) Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönergeye göre "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü" olarak belirlenmiştir. Makam isminde yapılan değişiklikle birlikte atanma şeklinde de değişiklik olmuştur. Başhemşire, hastane başhekiminin teklifi üzerine Bakanlıkça atanır iken; sağlık bakım hizmetleri müdürü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı tarafından sözleşme imzalanarak görevlendirilmektedir. Sözleşmenin süreleri vardır ve sözleşme bitiminde kişi tekrar değerlendirilir.

Başhemşire olabilmek için lisans mezunu hemşire olmak, 10 yıl meslekte çalışmış olmak şartı aranırken; sağlık bakım hizmetleri müdürü olabilmek için ise lisans mezunu olmak (hemşire-ebe-sağlık memuru şartı aranmamakta) ve 5 yıl çalışmış olmak gerekmektedir. Sadece lisans mezunu olmak şartı, hemşirelik dışında meslek gruplarının da sözleşme imzalamasına olanak tanımıştır ve sözleşme imzalayanlar bulunmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki, hastanelerin hizmet alanlarında büyük çoğunluğu oluşturan hemşirelerin, yönetimlerinin kendi üyeleri tarafından yürütülmesi, profesyonel meslek ölçütleri açısından bir gerekliliktir.

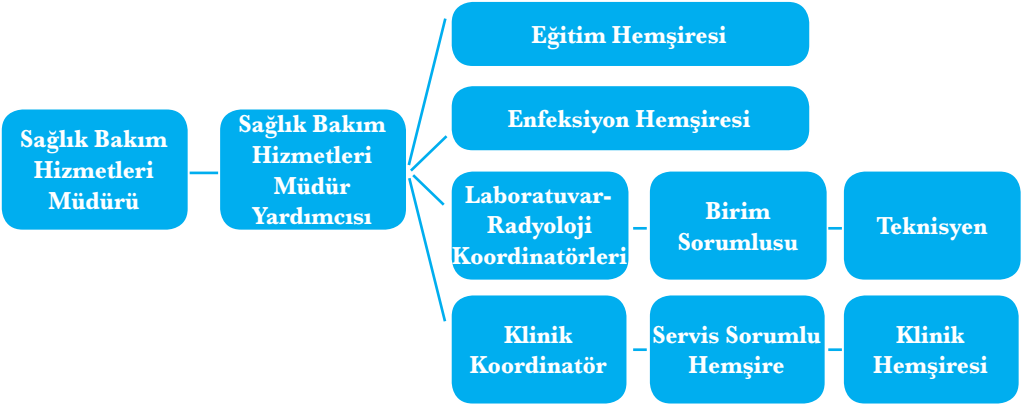
Sağlık bakım hizmetleri müdürünün görev, yetki ve sorumluluklarına bakıldığında ise şu şekilde belirlenmiştir:

- 1) Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.
- 2) Hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini hastane yöneticisinin onayını alarak planlamak.
- 3) Sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını sağlamak. İlaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanmasını, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlamak.
- 4) Tıbbi işlemler ve bakım hizmetlerinde kullanılan araç gereçlerin, kullanım öncesi ve sonrası sterilizasyon ve dezenfeksiyonu işlemlerinin yapılmasını ve denetlenmesini yapmak.
- 5) Kurum politikaları doğrultusunda, hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin performans ve verimliliğini değerlendirerek, verimliliği artırmaya yönelik tedbirleri almak.
- 6) Kurum politikaları doğrultusunda, ilgili personelin hizmet içi ve uyum eğitim programlarının takibi, değerlendirmesi, geliştirmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek.
- 7) Sağlık tesisinin tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum hizmetleri, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını, idari mali hizmetler müdürü ile birlikte planlamak.
- 8) Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili alanlardaki mefruşatın ve demirbaşların kullanıma uygunluğu, temizlik kalitesi, niteliği, iç düzenleme ve uyumunun takibini yapmak.

9) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü organizasyon şemasında ise müdür yardımcıları, birim koordinatörleri, klinik ve birim sorumluları bulunmaktadır (Şekil 3).

Şekil 3: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü Organizasyon Şeması



Başhemşirelik bünyesinde hemşire, ebe ve sağlık memuru (toplum sağlığı) çalışmakta iken (Şekil 4); sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bağlı 29 meslek grubu bulunmaktadır. Bunlar; ebe, hemşire, adli tıp teknikeri, ameliyathane teknikeri, anestezi teknikeri, çevre sağlığı teknisyeni, diş klinik yardımcısı, diyaliz teknisyeni, E.E.G. teknikeri, E.K.G. teknikeri, eczane teknikeri, elektronöfzyoloji teknikeri, evde bakım teknikeri, fizik tedavi teknisyeni, hidroterapi, ilk ve acil yardım teknikeri, ilk ve acil yardım teknisyeni, iş ve uğraş terapisi teknikeri, laboratuvar teknisyeni, odyometri teknisyeni, ortopedi teknisyeni, patolojik anatomi teknisyeni, pervüzyon teknisyeni, radyoterapi teknisyeni, radyoterapi teknikeri, röntgen teknisyeni, röntgen teknikeri, tıbbi sekreter, toplum sağlığı teknisyenidir (Şekil 5). Artan iş yükü ve sorumluluk kadar, yetkilerin de artırılması, profesyonel çalışma için gerekliliktir.

Şekil 4



Şekil 5



Hemşirelik mesleğinin, genel sekreterliklerde ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında bir üst yönetim mekanizması bulunmamaktadır. Sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri, genel sekreterliklerde tıbbi başkanlık ve idari başkanlıklarla aynı süreçte çalışmaktadır. Etkin ve profesyonel meslek ölçütleri içinde yer alınabilmesi için Genel Sekreterliklerde, sağlık bakım hizmetleri başkanlığı yapılması sağlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir (Şekil 6).

Şekil 6: Genel Sekreterlik



Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükümünde Kararname'nin 34. ve 40. maddelerine ve 10/12/2014 tarih ve 29201 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği'ne dayanılarak hazırlanan yönerge ile kamu hastane birliklerine bağlı sağlık tesislerinin verimliliğinin ve sağlık hizmet sunumlarının yerinde değerlendirilmesine başlanmıştır. Verimlilik gözlem ekibi; görev emirlerindeki Kamu Hastaneleri Birliğini ve bağlı sağlık tesislerini, Türki-

ye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından oluşturulan, “Yerinde Değerlendirme Soru Listeleri” kapsamında değerlendirmektedir. Verimlilik kriterlerinde, hekimler ve hemşirenin klinik bakım ve takipleri adı altında birlikte puanlanmaktadır. Hemşire ve ebelerin, klinik çalışmalarındaki başarıları net değerlendirilebilmesi için klinik hemşire ve ebelerinin ayrı puanlanması gerektiği düşünülmektedir. Bu da, hemşire ve ebelerin başarılarının nicel göstergesi olacaktır.

En başta gelen sorunlar yeterli sağlık personeli istihdamının olmamasının, kaliteli ve etkili sağlık hizmetinin yürütülmesine engel olacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin, etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için sağlık personelinin yeterli sayıda ve çağdaş kıstaslara göre yetiştirilmesi ve iyi bir planlama ile ülke çapında dengeli bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır (Marakoğlu, 2013).

Tablo 1. Türkiye, AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı (2010, 2014)



Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database, August 2009 and July 2013, Last available.

*Türkiye ile ilgili verilerde, Haziran 2010 ve Aralık 2013 tarihli rakamlar esas alınmıştır. (Sağlık Bakanlığı 2010-2014)

Türkiye ve Avrupa Bölgesi ülkeleri karşılaştırıldığında (Tablo 1):

- Türkiye’de 2010 yılında 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 141 hemşire iken, 2014 yılında ise bu sayı 197’ye yükselmiştir. Yıllar içinde %40 artış olduğu görülmektedir.
- AB de ise 2010 yılında 100.000 kişiye 727 hemşire düşerken, 2014 yılında 766 hemşire düşmektedir. %5 artış olduğu görülmektedir.
- DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 2010 yılında 100.000 kişiye 745 hemşire düşerken 2014 yılında 836 hemşire düşmektedir ve yaklaşık artışın %12 olduğu görülmektedir.
- Türkiye’de yıllara göre, hastanelerine 2002 yılında 109.793.128 olan müracaat sa-



yısının, 2009 yılında 228.279.139'a yükseldiği ve bu yıllar arasında oranın iki katından fazla olduğu bilinmektedir.

- Müracaat sayısı da yıllara göre 3 kat artış olmasına rağmen, sağlık çalışanlarından hekim ve hemşirelerin ancak 2 kat arttığı görülmektedir. Diş hekimi, eczacı ve ebelerin artışları da çok olmamıştır.

Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların yapılması; sistemin üretkenliğini azaltmakta, işleyişini ciddi olarak bozmakta, maliyeti artırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmaktadır. Tüm bunların sonucunda; toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir. Bu gerekçeler göz önüne alındığında, gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insan gücü planlarının yapılması bir zorunluluk haline gelmektedir (T.C. Başbakanlık, 2010).

Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında hayata geçirilen Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) personel verimliliğini sağlayarak, artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç olmuştur. Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Bu başarıların karşılığı olarak sağlık çalışanlarına yapılan ödemelerde yansıtılmamıştır. 14 Şubat 2013 tarihli ve 28559 sayılı (Mükerrer) Resmî Gazetede yayımlanan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre sağlık hizmetleri sınıfı personelinin katsayısı 0,40 olarak kalmış ve değişiklik yapılmamıştır. Kaçar (2009) ve Kulluk (2010), yaptıkları çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında adaletin sağlanması ve verimliliğin artması için hekim dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının artırılması önerisinde bulunmuşlardır.

Gazi'nin (2006) hastanelerde uygulanan PDEÖS'nin hastalar ve çalışanlar üzerindeki etkisini incelediği çalışmada da, yardımcı sağlık personelinin "ücretler açısından meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı" görüşüne daha çok katıldığını tespit etmiştir. Meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı görüşünü de, yardımcı sağlık personelinin özellikle vurguladığını bildirmektedir. Yukarıda adı geçen kişilerin çalışmalarındaki ortak görüş, doktorlarla diğer sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük farklılıkların, çalışma şevkini kırdığı ve durumun da yardımcı sağlık personelinin motivasyonunu olumsuz etkilediğidir.

DEĞERLENDİRME

Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü sözleşme gerekliliğine, lisans mezunu hemşire ya da ebe olarak düzenlenmesi önerilmektedir.

Genel sekreterliklerde, sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerini temsil eden bir başkanlık kurulması beklenmektedir.

Hastanelerde, sistemin başarı ölçüleri; etkili zaman, mekan ve kaynak kullanımı olarak belirlenmeli ve bu yönetimi yapan personel, ödüllendirme sistemine dahil edilerek motivasyonun artması sağlanabilir ve katsayıların artırılması önerilir.

Sağlık insangücü planlarının gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli yapılması ve hemşire ve ebe ihtiyacının karşılanarak, Avrupa bölgesi ülkelerinin ortalamasının sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- GAZİ, A. (2006). "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi". Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Aktaran: FETTAH, K., ŞAHİN, B. (2009). "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(2).
- KAÇAR, M. (2009). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı (Aktaran: FETTAH, K., ŞAHİN, B. (2009). "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(2).
- KULLUK, M. (2010). "Tam Gün Yasası ve Hekim Dışı Personelin Performans Uygulamasındaki Sorunları ve Beklentileri, Sağlıkta Vizyon Sempozyumu". (Aktaran: FETTAH, K., ŞAHİN, B. (2009). "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(2).)
- MARAKOĞLU, K. (2013). "Türkiye'de Tıp Bilimleri Alanında İnsangücü Durumu", Genel Tıp Dergisi, 23(Ek 1):17-18.
- Sağlık Bakanlığı (2007). "Sağlıkta Performans Yönetimi; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılı 2013, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını
- Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı Erişim: [http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/2b1e58e93e2342c899c8370901b2cde4.pdf]. Erişim Tarihi: 31.05.2015
- WHO/Europe, European HEA Database, August 2009 and July 2013, Last available.

SİZ VE KİŞİSEL GELİŞİMİNİZ



Marziye İLHAN, RN. BA. MBA

Koç Üniversitesi HYO, SANERC Akademik Danışman,
Kolan Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü,
Riccon Akademi Genel Müdürü

Kişisel gelişim, birey olarak insanın yaşamından ölümüne kadar kendini geliştirmesidir.

Kişinin gelişimi bir süreçtir. Bu süreç çoğu zaman plansız, deneme, yanılma yoluyla bilgi ve tecrübe edinilen bir yolculuk olduğu gibi planlı, bireylerin kontrolünde, bilinçli yönlendirilen bir süreç de olabilir.

Bireyin kendi gelişim sürecini yönlendirmesi, amaç ve hedefleri doğrultusunda yaşamının kalitesini belirlemesi demektir.

Kişisel gelişimin ilk adımı kişinin kendini tanımasıdır. Kişisel gelişim, hedeflere ulaşılmasında bireyi motive eder. Aynı zamanda başkaları ile iyi ilişkiler içinde olmak için adım atılmasını sağlar. Diğer önemli bir nokta ise gelişimin önündeki duvarları yıkacak olan olumsuz düşünce, yargı ve inanç kalıplarının değiştirilmesini sağlar.

Kişisel gelişimine karar veren kişinin hangi alanlarda ne durumda olduğunun farkında olması ve bunun için mevcut durumunu gözden geçirmesi gerekir. Bu gözden geçirme çalışması bireyin dünü, bugünü ve yarını sorgulamasıdır. Gelecekte nerede olmak istediğini

belirlemesidir. Bireyin ihtiyacına yönelik planlanmayan gelişim programı, zamanın boşa harcanmasıdır.

Dolayısıyla kişinin mevcut durumunu gözden geçirmesi ve tespitleri doğrultusunda gelişim planı yapması, kendi potansiyelini ortaya koymak için attığı en önemli adımdır.

Birey kişisel gelişim yolculuğunda çok yönlü gelişecek, iş, sosyal ve özel yaşamında etkili, verimli ve güçlü olacaktır. Aynı zamanda bilgi, beceri kazandıkça, bu bilgi ve beceriler arasında ilişkiler kurdukça yaratıcılığı artacaktır.

Kendimizi sorgulamadan önce yapmamız gereken önemli bir çalışmadan bahsetmek istiyorum. Öncelikle niçin var olduğumuza dair kendimiz ile konuşmalı. Konuşmalarımız sonucunda var olma nedenimizi, kendi kendimize açıklayabilmeliyiz.

Çünkü yaşamımıza ilişkin kararları var olma amacımız etrafında dönecektir.

Niçin varız?

“Biz niçin dünyaya geldik, niye dünya var? “ soruları mutlaka aklınıza geldi ve sordunuz. Bütün bilim adamları, düşünürler, din adamları, yazarlar ve tüm dünyanın sanatçılarını toplasanız var olma üzerine yığınlarca görüş sunarak konuşabilirler.

Tüm konuşmaların ve tartışmaların üzerine bir çocuk kalkıp “ben niye dünyaya geldim?” diye sorsa ilk ve tek cevap ne olur sizce?

Bence sessizlik! Aslında sessizlik, tek doğru cevabın olmadığı veya çaresizliğin cevabı değil midir?

Bu soruyu birkaç kişiye sorarak, siz de bu konuda verilen cevapları yorumlayabilirsiniz.

Genelde hayatın akışı içerisinde dünya niye var bilmiyoruz. Biz niye varız onu da bilmiyoruz. Yaşamın anlamı nedir sorgulamıyoruz. Bir düşünün bakalım. Tüm bu soruları ne zaman kendinize sordunuz? Bu soru, insan ömrünün ne kadar kısa olduğunu fark ettiğimizde, zihnimizi meşgul etmeye başlıyor. Elbette neden var olduğumuz sorusunu sormak için hayatımızı tehlikeye sokan bir olay yaşamamız gerekmez. Bazen bir hayal kırıklığı da yaşamak, bu soruyu sormamıza neden olabilir. Bazen de insan yaşamı sorgularken bu soruyu kendilerine sorabilir. Hangi nedenle olursa olsun niye var olduğumuzu sorgulamamız önemlidir. Bu sorgulamanın olumsuz bir durum yaşanmadan yapılması daha da anlamlıdır.

Çünkü bu şu anlama gelir. Siz yaşamınızı anlamlı kılmak için uğraş vermek istiyorsunuz. Kendinizi ve var olma nedeninizi sormak kişisel gelişiminiz için çaba harcamaya, mücadele etmeye hazır olduğunuzu gösterir. Ben niye varım ve ben kimim soruları gelişim ve değişim için başlangıçtır.

Hayatınızın gerçek amacını düşünmeden çıkacağınız yolculuk, size birçok başarı kapısını açsa da sizin için çok daha değerli olan şeyleri kaybettirebilir. Eğer yolculuğumuz doğru yöne gitmiyorsa, hızlı gitmek de anlamsızdır. Çoğu zaman da sırf 'yaşamın hareketliliğini' artırarak hayatımıza anlam kazandırmaya çalışmak gerçek doyum değil, sadece boşluk hissini bize sunar ve zaman içinde giderek boşluğun arttığını görürüz.

Şimdi hep birlikte bir uygulama yapalım.

Şöyle bir düşünelim. Etrafımızda kimler var? Arkadaşlarımız, dostlarımız ve yöneticilerimiz ya da model aldığımız kişiler.

Sırayla düşünelim. Kimler daha mutlu veya mutsuz. Kimler başarılı veya başarısız..

Seçtiğimiz kişilerden bir liste oluşturalım.

Önce siz bu kişiler ile ilgili düşüncelerinizi bir kâğıda yazın.

Sonra seçtiğiniz kişiler ile sohbet edin.

İstedığınız soruları sorun. Özellikle de niçin yaşadıklarını ve hayattan ne beklediklerini sorgulayın.

Seçtiğiniz kişileri tanıyan arkadaşlarını da aynı sorular sorun.

Ne buldunuz?

Her şey sizin gördüğünüz gibi mi?

Bu kişiler dün neredeydiler, bugün nerede ve yarın nerede olacaklar?

Yaşamları ne kadar anlamlı?

Şimdi sıra sizde!

Niçin yaşıyorsunuz?

Yukarıda birçok insana sorduğunuz da gördünüz ki, kimi annesi, kimi ailesi, kimi kendi, kimi çocuğu, kimisi ise hizmet için yaşadığını belirtti. Hangi inanca sahip olursanız olun ya



da hangi felsefe veya siyasi görüşe sahip olursanız olun bu dünyada varsınız ve size verilen zaman dilimini yaşamak zorundasınız.

Kimine göre bu dünyada sınav için varız, kimine göre de bir daha hiç var olmayacağız. Oysa unutmamamız gereken bugün bu dünyada varız ve bize sunulan zaman dilimini yaşamak zorundayız. Dolayısıyla ya yaşamımızı bireysel ve toplumsal yönlendirme mücadelesi içinde olacağız ya da yönlendirileceğiz. O halde tercihinizi yapınız. Yaşamınızı yönlendirirken niçin var olduğunuzu ve kişisel mevcut durumunuzu sorgulamalı, hedeflerinizi net koymalısınız.

Şimdi tekrar düşünür müsünüz? Niçin yaşıyorsunuz?

Yaşamsal hedefler farklı ifade edilse de temel olan, hep birbirimize hizmet içinde olduğumuzdur. Dolayısıyla sizi hayata bağlayan ve gözlerinizde ışıklar saçmanıza neden olacak yaşamsal hedefiniz nedir?

Dünyada var oluşunuzu neye, kime hizmet ederek geçirmek istiyorsunuz? Bu sorunun cevabı çok önemli... Çünkü tüm yaşamınız, belirleyeceğiniz yaşamsal amaç etrafında dönecek.

"Çocuklarıma yaşanır bir dünya bırakacağım" diyorsanız bu yaşamsal amaca yönelik mücadele etmelisiniz.



“Adil bir düzen istiyorum”, “Yaşanacak bir dünya istiyorum” diyorsanız ona göre mücadele edeceksiniz.

Hala yaşamsal bir amaç sahibi değilseniz. Sorgulamaya başlayınız. Ne yapacağını bilememek, “ne gerek var demek” veya tükenmişlik içerisinde şikayet etmek yaşamda sürüklenmektir. Bu durumun ne size bir katkısı var ne de yaşamınızı anlamlandıran bir yanı. Yaşamınızda tercihlerinizin önemli olduğunu unutmamalısınız. Yazılanları okurken birçok bahane sıralamaya başlamışsanız da lütfen devam etmeyiniz. Çünkü siz kendinizi sorgulamayı reddediyorsunuz demektir. Sorgulamayan değişmez. Dolayısıyla yaşamını anlamlı kılmak için mücadele edemez. Bireyin değişim ve gelişimi motivasyonunu artırır, mücadelecisi ruhu ateşler ve yaratıcılığı geliştirir. Tüm bunların sonucu başarı yanınızdadır.

Yaşamsal amacınızı sorguladıktan sonraki adım kim olduğunuzu sorgulamaktır. Kişi kim olduğunu nasıl sorgulamalı? Bunun için birçok test var, birçok yöntem var. Size günlük yaşam içerisinde kolayca yapabileceğiniz bazı uygulamalar ile neler yapabileceğimizi paylaşacağım.

Ben Kimim?

Genelde kimim sorusu, sorulduğunda meslek anlaşılır ve genel olarak ben öğretmenim, doktorum gibi cevaplar verilir. Oysa burada sorgulanması gereken, kişisel özellikleriniz, yetenekleriniz, hayalleriniz, sizi nelerin mutlu ettiği veya etmediği vb. dir. Çoğu insan hayatın akışı içinde çok fazla sorgulamadan yaşamımızı sürdürür ve bir de bakarız ki yıllar akıp gitmiş. Acaba yıllar akıp giderken yaşadığımız zaman dilimini daha anlamlı hale getirmek mümkün müdür? Evet mümkündür. O halde önce kendimizi tanımak ile başlayalım.

Kim olduğumu ve nasıl tanındığımı biliyor muyum? Kişisel özelliklerim nasıl? Sakin miyim, sabırlı mıyım, öfkeli miyim, samimiyim vb. diye uzatılabilir. Ben, beni nasıl tanırım?

Kendimize soralım.

1. Kendimi nasıl tanıyorum?
2. Kişisel özelliklerimi biliyor muyum?
3. Arkadaşlarım beni nasıl algılıyor?
4. Aile içinde nasıl algılanırım?
5. Çalışma ekibi içerisinde nasıl algılanırım?

Kendimiz tanımak için öncelikle kişisel özelliklerimizin farkında olmamız gerekir. Güçlü ve zayıf kişisel özelliklerim hangileridir? Kişisel özelliklerimden hangileri benim için risk oluşturur? Tüm bunları anlayabilmek için sizlerle basit bir yöntem uygulayacağız.

Aşağıda belirtilen dört konuda bireysel SWOT analizinizi yapabilirsiniz.

- a) Kişisel özellikleriniz arasında etkileyen yönleriniz (Güçlü yönler)
- b) Kişisel özellikleriniz arasında etkili olarak kullanamadığınız yönleriniz (Zayıf yönler)
- c) Kontrol altında tutmanız gereken özellikleriniz (Tehditler)
- d) Mevcut durumunuzun yarattığı fırsatlar (Fırsatlar)

Yukarıda ki dört başlık ile ilgili soruları öncelikle kendinize sormalı ve tespitlerinizi kaydetmelisiniz. Daha sonra ailenize, arkadaşınıza ve ekip arkadaşınıza sormalısınız. Bu çalışma sonucunda kendi tespit ettiğiniz kişisel özellikleriniz ile algılanan özelliklerinizin aynı olup olmadığını kontrol ediniz.

Şimdi mevcut kişisel özelliklerinizi ve nasıl algılandığınızı biliyorsunuz. Unutmayın! Güçlü yönleriniz ön plana çıkartmanız gereken özellikleriniz, zayıf yönleriniz kontrol altında

tumanız veya geliştirmeniz gereken yönlerinizdir. Fırsatlarınız, yeteneklerinizdir. Sizi engelleyici ve size zarar verici durumlar ise tehditlerinizdir.

Mevcut kişisel özellikleriniz ile ilgili gözden geçirme çalışmaları sonucu kendiniz ve algılanışınız, güçlü, zayıf özellikleriniz, yetenekleriniz ve engelleriniz hakkında bir fikir sahibisiniz.

Sırada bulunduğunuz mevcut konumdan, memnun olup olmadığınızı sorgulamak var. Özel ve iş yaşamınızda ne kadar mutlusunuz?

Memnuniyet /memnuniyetsizlik ne zamandan beri devam ediyor. Mevcut durumda iş, özel ve sosyal yaşamınızda nerede olmak istersiniz?

Sorunuz... Sorunuz... Sorunuz... Sorunuz... Sorgulayınız...

Nerede olmak istiyorsunuz?

Nerede olmak istediğiniz bireysel vizyonunuzdur.

İş ve özel yaşamınızın içinde olduğu ve gelecekte olmak istediğiniz yer neresidir?

Gelecekte olmak istediğiniz yere yolculuk yaparken değerleriniz ne olacaktır?

Sorgulayınız.

Değerlerinizi düşünün ve yazınız, yazdıklarınız;

- Özel ve iş yaşamınızda size sürekli rehberlik edecektir.
- Karar verme sürecinde tutum ve davranışlarınızı yönlendirecektir.
- Özel ve iş yaşamınızda ilkeler edinmenizi sağlayacaktır
- Vizyonunuzu gerçekleştirirken yaşam felsefenizin görünür olmasını sağlayacaktır.

Kişisel gelişiminizi sağlayacak tüm bu çalışmaları yapacak itici gücü, motivasyonu nasıl sağlayacaksınız?

Ne yaparsanız yapın sizi besleyen motivasyon sağlayıcıları asla unutmamalısınız. Şunları mutlaka düşünmelisiniz.

- Sizi mutlu eden ve size özel alanlar/aktiviteler vb.
- Aile ve yakınlarınız ile ilgili sizi mutlu eden ve size özel alanlar/aktiviteler vb.
- İşiniz ile ilgili sizi mutlu eden ve size özel alanlar/aktiviteler vb.

Şimdi neye ihtiyacınız var?

Yaşamımızı anlamlandırmaya ve bu doğrultuda da değerlerinize sahip çıkmaya, mücadele etmeye, yaratıcı olmaya ve başardım demeye ihtiyacımız var. Yapabilir miyiz? Yapabiliriz. Kim olduğumuzu ve nerde olmak istediğimizi bilirsek yapabiliriz.

Değişin ve değiştirin. Yapabilirsiniz.

SAĞLIK-SEN HEMŞİRELİK SEMPOZYUMU

II. OTURUM

KONU VE KONUŞMACILAR

- Çalışan Güvenliği, Hemşirelerin ve Ebelerin Çalışma Koşulları
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
- Türkiye’de Ebelik Mesleği ve Ebeliğin Geleceği
Doç. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
- Ebelik ve Hemşirelik Mesleğinde
Sendikal Politikalarımız ve Kazanımlarımız
Av. Özlem TİTREK



ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ, HEMŞİRLERİN ve EBELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI



Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı
SASAM Enstitüsü Sağlık Politikaları Direktörü

1. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği

Günümüzde sağlığı korumak ve geliştirmek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ/ILO) gibi kuruluşların temel politikaları içinde yer almaktadır. Ülkemizde de sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikaları ve buna yönelik stratejiler son dönemde giderek ön plana çıkmaktadır. Kuşkusuz sağlıklı bireyleri korumak, hastalıkları tedavi etmek ve rehabilitasyonu sağlamaktan çok daha insancıl, kolay, ucuz ve sürdürülebilir bir yaklaşımdır.

Sağlığı etkileyen etmenler arasında iş ortamı kaynaklı olanlar giderek daha fazla yer tutmaktadır. Çalışma yaşamından kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek görece kolay olmakla birlikte, mesleki maruziyetin engellenmesi yasal, yönetsel, eğitsel, bireysel çok

bileşenli çabalar gerektirmektedir. 1951'de DSÖ/WHO ve UÇÖ/ILO ortak komitesinin yaptığı tanıma göre, İş Sağlığı; bütün mesleklerde çalışanların, bedensel, ruhsal, sosyal iyilik hallerinin korunması, geliştirilmesi, en üst düzeyde sürdürülmesi ve işin insana, çalışanın kendi işine uyumunun sağlanması olarak tanımlanmaktadır. İş sağlığının amacı çalışanların sağlığını koruma (sağlıklı durumu sürdürme, geliştirme), sağlığı bozulanları tedavi etme ve rehabilitasyonu sağlamaktır.

Çalışanların sağlığının korunması, çalışma ortamı gözetimi ve sağlık gözetimi ile olanaklıdır. Kuşkusuz çalışma ortamının güvenli biçime getirilmesi en önemlisi olmakla birlikte, işe giriş muayenesi, periyodik muayene, iş ya da yer değişimi, riskler konusunda eğitim işyerinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için en temel yaklaşımlardır.

İşyerinde sağlığın belirleyicileri, fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal etmenler gibi işyeri ortam etkenleri ile yaş, cinsiyet, sağlık durumu, beslenme, kişisel özellikler, genetik yapı gibi bireysel etkenlerdir. Bu etkenlerden kaynaklanan risklerin kontrol edilemediği durumlarda "İşle İlişkili Sağlık Sorunları" ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar, meslek hastalıkları, iş kazaları, işle ilgili hastalıklar olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. İşle ilişkili sağlık sorunları yalnızca bireysel, çalışana ait sorunlar olarak kabul edilemeyecek toplum sağlığı sorunlarıdır; ekonomik ve hukuki boyutu ile sağlık sigortacılığının yükünü artırmakta ve çalışma yaşamını, kişiyi olumsuz etkileyerek sosyal sorunlara da neden olmaktadır.

İşle ilişkili sağlık sorunlarının sık görülmesi, sık öldürmesi, sık sakat bırakması, sık iş gücü kaybı yapması ve daha da önemlisi önlenemez olması en önemli sağlık sorunları arasında olmasına neden olmaktadır. Dünyada her yıl 270 milyon çalışan iş kazası, 160 milyon çalışan meslek hastalıklarına maruz kalmakta; meslek hastalıkları ve iş kazaları nedeniyle her yıl 2 milyon 200 bin çalışan hayatını kaybetmektedir. Yaklaşık bir hesapla her altı saniyede bir çalışan ölmektedir.

Türkiye'de SGK kayıtlarına göre geçtiğimiz 2013 yılında 191.389 iş kazası, 371 Meslek Hastalığı meydana gelmiştir. Sayılar yıllara göre son dönemde çok değişmemekte, ülkemizde iş kazaları fazla görülürken, meslek hastalıkları çok az tanıılmaktadır. Ancak bu sayıların SGK tarafından işlemleri tamamlanmış olgular olduğu da göz önünde tutulmalıdır.

2. Sağlık Çalışanları ve Çalışan Güvenliği

Çalışma koşulları itibarı ile pek çok riskle karşılaşan sağlık çalışanları, ülkemizdeki mevzuat itibarı ile de çoğunlukla "tehlikeli" ve "çok tehlikeli" işlerde çalışmaktadır. Çok farklı nitelikte olan sağlık çalışanları hekim, hemşire, teknisyen, sekreter, temizlik görevlisi gibi çok farklı mesleklerde olabilmekte; yöneticiler, ara yöneticiler, çalışanlar gibi doğal ya da yapay gruplarda görev yapmakta; memur, sözleşmeli, alt işveren gibi farklı istihdam biçimlerine tabi

olmakta; maaş, prim, performans gibi farklı ödeme şekilleri ile ekip olarak hizmet vermektedirler.

DSÖ, sağlık çalışanlarını 29 meslekte sınıflandırmaktadır;

- Doktorlar
- Hemşirelik personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru)
- Diş hekimliği çalışanları (diş hekimi, teknisyen, ...)
- Eczacılık çalışanları (eczacı, kalfa, ...)
- Laboratuvar çalışanları (kimyager, biyolog, fizik mühendisi, ...)
- Çevre ve halk sağlığı çalışanları
- Geleneksel sağlık elemanları
- Diğer profesyonel sağlık çalışanları (psikolog, diyetisyen, ...)
- Yönetim ve destek hizmetleri (müdür, memur, sekreter, ...)

UÇÖ, sağlık çalışanlarını 5 grupta sınıflandırmaktadır;

I) Doktorlar: sağlık hizmeti sunumunda birinci derecede sorumlu kişiler

II) Diğer profesyonel meslekler: diş hekimi, eczacı, biyolog, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist vb. yüksek eğitimliler

III) Hemşire, ebe ve sağlık memurları

IV) Diğer sağlık elemanları: teknik elemanlar (radyoloji teknisyeni, ameliyathane ve anestezi teknisyeni, diş teknisyeni, odyoloji teknisyeni, EKG-EEG teknisyeni)

V) Diğer çalışanlar: eğitim ve formasyonu bakımından sağlık personeli olmayan, ancak sağlık kuruluşlarında çalışan kişiler (Sekreter, memur, temizlikçi, şöför)

3. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri

Sağlık çalışanlarının riskleri, İş Sağlığı Biliminin kurucularından olan Dr Ramazzini ile gündeme gelmiş, önceleri ebeler, hemşireler, sağaltım işi yapanların hastalıklarına değinilmiştir. Daha sonra veba, tifüs, tüberküloz; 20. yüzyıl başlarında röntgen ışınları ve kimyasal maddelerin daha sık kullanılmasına bağlı riskler, yüzyılın sonuna doğru biyolojik etmenlerin görece kontrolü ile iğne batması, düşmeler, elektromanyetik alanlar ve yeni(den) görülen SARS, KKKA, Ebola vb hastalıklar risk etmeni olmuştur. Günümüzde sayılan etkenlerin bir bölümü halen etkili olsa da, zorlayıcı çalışma ortamları ve istihdam biçimleri, iş yoğunluğu vardiyalı çalışma, uzun süreli çalışmadan kaynaklanan iş doyumu yetersizliği, tükenmişlik gibi sorunlar giderek daha fazla sağlık çalışanını etkilemektedir.



Sağlık kurumlarında çok geniş kapsamlı hizmet verildiğinden, kurumun genelini ilgilendiren risklerle birlikte her birime özgü ek riskler de olabilmektedir. Örneğin anestezi çalışanı ile acil servis çalışanın riskleri çok daha fazla olabilmekte ama birbirinden de farklı olabilmektedir. Buna karşın dosya ve fatura bölümünde çalışanlar sağlık kurumunun genel risklerine sahip olmakla birlikte, anestezi ve acil servis çalışanlarının ek riskleri ile karşılaşmamaktadır. Ancak bu anestezi ve acil serviste çalışan temizlik görevlisi de dosya ve fatura bölümündeki temizlik görevlisinden daha fazla riske sahip olmaktadır.

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Olası Riskleri

Fizik Ergonomik	Kimyasal	Biyolojik	Psikososyal
Gürültü	Solventler	Tbc	Vardiya
Vibrasyon	Anestezik ilaçlar	HBV	Gece çalışma
Sıcak-soğuk	Kanser ilaçları	HIV	Uzun süre çalışma
Kaza (kesi, batma)	Antibiyotikler	KKKA	Stres
Radyasyon	Metal, Hg	SARS	Mobbing
Ayakta durma	Temizlik malzemesi	Ebola	İş yükü
Ağırlık kaldırma		Solunum sistemi enf.	Tükenmişlik
		Yara yeri enf.	Şiddet

Sağlık kurumlarında çalışanlar için işyerinde iş sağlığı hizmeti sunulmalıdır, zaten 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ile işyerinin özelliğine göre İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu kurulması da zorunludur. İşyerinde sunulacak iş sağlığı hizmetleri yalnızca periyodik muayeneden ibaret olmamalı, yasanın da gerektirdiği gibi çalışma ortamı gözetimi, iş hijyeni, iş güvenliği uygulamalarını da gerçekleştirmelidir. Tüm bu uygulamalar için her sağlık kurumunda risk değerlendirmesi yapılması ve ortaya çıkacak sonuçlara göre işyerinin iş sağlığı ve güvenliği önceliklerinin belirlenmesi başlangıç noktasıdır.

Sağlık kurumlarında aşağıda yer alan “İş Sağlığı Uygulama İlkeleri” doğrultusunda hizmet sunulması, sağlık çalışanlarının sağlığının korunması için temel yaklaşımdır:

- Uygun işe yerleştirme
- İşyeri ortam faktörlerinin saptanması
- İşyeri risklerinin kontrolü
- Aralıklı kontrol muayenesi
- İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti
- Sağlık eğitimi

Türkiye’de, 155–161 sayılı ILO sözleşmeleri, AB hastane ve sağlık sektöründe kesici-delici yaralanmalarının önlenmesi için çerçeve sözleşmesi, 4857 sayılı İş Yasası, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin risk grupları tebliği, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ, Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik vb. pek çok mevzuat ile sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğindeki riskler ve işverenin sorumlulukları belirlenmiştir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği paydaşları aşağıda yer almaktadır:

- Sağlık Çalışanları
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Diğer Kamu Kurumları
- Üniversiteler
- Sendikalar
- Sivil Toplum Kuruluşları

- Özel Sağlık Kurumları
- Yetkilendirilmiş Eğitim ve Hizmet Kurumları

Ancak bu denli paydaşa, alanda çalışan 400 binden fazla sayıda çalışana ve mevzuata rağmen eksik olan; iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının istenen düzeyde olmamasıdır. Bunun yanında uygulamanın izlenmesi ve değerlendirmesinin yeterince olmaması ise oldukça önemli bir başka sorundur. Sağlık çalışanlarının çok riskli ve ağır koşulların karşılığının verilmemesi, yıpranma payının olmaması ise her sağlık çalışanı için temel mücadele alanıdır.

4.Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanların iş sağlığı ve güvenliği ve yıpranma payı hakları için önümüzde ciddi fırsatlar bulunmaktadır. Yeni İş Yasasının tüm çalışanları kapsamaması, hızla gelişen hasta ve çalışan güvenliği kavramı, DSÖ, UÇÖ, AB örgütlerinin zorlayıcılığı, Sağlık Bakanlığı ve ulusal (ISO vb), uluslararası akreditasyon (JCI vb) süreçleri ile sendika ve STK'ların konuyu sahiplenmesi en önemli kolaylaştırıcıdır.

Sonuç olarak, iş sağlığı bilimi uygulamaları ile, ulusal mevzuatın zorlayıcı şekilde geliştirilmesi, kurumlar arasında işbirliği ve paylaşım ağı kurulması-ki, sendikalar burada anahtar role sahiptir, farkındalık artırılması, sürekli eğitim, lisans ve lisansüstü eğitimde iş sağlığı ve güvenliğinin konulması/artırılması ile sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği için ciddi kazanımlar sağlanabilir.

Nitelikli sağlık hizmeti sunmanın temel koşulu sağlıklı sağlık çalışanları olup, iş sağlığı ve güvenliği yeterli olan çalışma ortamı ile ancak sağlıklı çalışanların olacağı bilinmelidir. Nitelikli sağlık kurumlarının varlığı da çalışanlarının haklarını aldığı, sağlıklı ve güvenli ortamlarda hizmet sunmaları ile olanaklıdır.

TÜRKİYE’DE EBELİK MESLEĞİ VE EBELİĞİN GELECEĞİ



Doç. Dr. Sibel ERKAL İLHAN

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölüm Başkanı

Türkiye’de ebelik eğitimi Osmanlı Dönemine kadar uzanmaktadır. 1842 yılında, Galatasaray Tıbbiyesi’nde kadın adaylara yönelik ebelik sınıfları açıldı. 1920 yılında, İstanbul dışındaki bölgelerin ebe ihtiyaçlarını karşılamak için Kızılay barakalarında ilkokul mezunu kızlara iki yıl süreyle ebelik eğitimi verildi. Daha sonraki yıllarda köy ebe okulları, sağlık meslek liseleri ve üniversite düzeyinde ebelik bölümleri açılarak günümüze kadar ebelik eğitimi gelişim gösterdi.

Türkiye’de ebelik mesleği 1970’li yıllara kadar en küçük yerleşim birimlerinde aktif bir şekilde uygulanmıştır. Doğumun yönetilme süreci tamamen ebeler tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak günümüz uygulamalarına bakıldığında ebelerin büyük şehirlerdeki doğum hastanelerinde doğum sorumluluğundan uzaklaştığı görülmektedir. Yasal olarak normal doğum süreci sorumluluğunu ebeye ait olduğu Sağlık Bakanlığının “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yö-

netmelik” kapsamında ebenin görev tanımı belirlenmiş ve normal doğumların ebenin sorumluluğunda olduğu ifade edilmiştir. Dünya örneklerine bakıldığında ebeliğin en aktif rol aldığı ülkelerden biri Hollanda’dır. Hollanda’da iki tür ebelik vardır. Bunlardan ilki “birinci düzey ebelik” olarak isimlendirilen ebelik, ebenin tamamen bağımsız bir şekilde gebe takibi yaptığı ve normal doğumları gerçekleştirdiği tiptir. Bağımsız ebeler belirlenen ulusal protokoller doğrultusunda görev yapmaktadırlar. İkinci tip “ikinci düzey ebelik” ise hastanelerde görev yapan ebeleri kapsamaktadır. Hollanda’da kadın doğum hekimleri normal doğum ile ilgilenmemekte, kadın hastalıklarının tedavisinde görev almaktadırlar. Türkiye ve Hollanda’daki ebelik çalışmalarını karşılaştırdığında Türkiye’de ebelik ile ilgili çalışma şeklinin gözden geçirilmesi ve normal doğumların ebelere bırakılması ile ilgili sorunların çözülmesi gerekmektedir. Son aylarda Sağlık Bakanlığının “Uzman Ebe” olarak adlandırdığı sistemin netleşmesi, görev tanımlarının yapılması ve uzman ebe olabilmek için ebelik yüksek lisans programlarının yaygınlaşmasına gereksinim vardır.

Türkiye’de çeşitli üniversitelerde 36 ebelik bölümü bulunmaktadır. Ebelik yüksek lisans programı veren üniversiteler yaklaşık 10’dur. Ebelikte doktora programları çok sınırlı olup henüz üç üniversitede vardır. Ebelik akademisyenlerine bakıldığında halen istenilen düzeyde olmadığı, birçok üniversitede hemşirelik, biyoloji, veteriner ve diğer sağlık meslekleri akademisyenlerinin ebelik bölümlerinde çalıştıkları dikkat çekmektedir.

Türkiye’de birinci basamakta çalışan ebelerin durumuna bakıldığında yönetmeliklerde aile sağlığı elemanı olarak yer aldığı görülmekte ve görev tanımı bulunmamaktadır. Gebelik sürecinin takibinde en önemli sağlık elemanı olan ebeler, birinci basamak hizmetlerde vazgeçilmez rollere sahiptirler. 2014 Sağlık İnsan Gücü Raporu’na göre Türkiye’de 52.351 ebe mevcuttur. Ebelerin % 91’i Sağlık Bakanlığı, % 1,5’i üniversiteler ve % 7,5’i özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Türkiye’de serbest ebelik sistemi bulunmamaktadır. Oysa ebeliğin serbest olarak yapılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasına gereksinim vardır. Yine 2014 Sağlık İnsan Gücü Raporu’na göre Avrupa bölgesinde 100.000 kişiye düşen aktif ebe sayısı Avrupa ortalamasının çok üzerinde iken (Avrupa ortalaması 44, Türkiye 69) normal doğumların sezaryen doğumlara göre az olması ebelerin normal doğumlarda aktif rol almadığının göstergesidir. Sağlık Bakanlığının son yıllardaki çalışmalarında sezaryen doğum oranlarının düşürülmesine yönelik çok ciddi çalışmaları sevindiricidir. Bu çalışmaların yanı sıra ebelerin görev tanımlarındaki tüm görevleri yerine getirme konusunda ciddi çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

EBELİK VE HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE SENDİKAL POLİTİKALARIMIZ VE KAZANIMLARIMIZ



Av. Özlem TİTREK

Sağlık-Sen Hukuk Müşaviri

Kamu hizmetlerine katılımları ilk olarak eğitim ve sağlık hizmetlerinde gerçekleşen kadınlar sağlık alanının yarısından fazlasında çalışan olarak yer almaktadır. Bu noktada hemşire ve ebelerden bahsederken aynı zamanda birer kadın ve anneden bahsettiğimiz de farkında olmamız gerekmektedir. Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların toplumsal ve ekonomik yaşama katılımı, erkeklere oranla daha düşüktür. Ancak sağlıkta bu durumun tam tersi olduğu görülmektedir. Sağlık alanında kadın çalışan oranı %62'dir. Bu anlamda Sağlık-Sen olarak üye sayımızın yarısından fazlasını da kadın emekçiler oluşturmaktadır. Üye sayıları içindeki oranlarına baktığımızda sadece %29'u hemşire ve %12'si ebe olan üyelerin neredeyse %50'den fazlası kadındır.

Sağlık-Sen Üye Sayıları İçindeki Oranlar



Kadın Çalışanlarımız İçin Neler Yaptık?

Tüm sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de kadınlar çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Toplumun kendisine biçtiği rolden kopamadığı için kadının görev ve sorumlulukları azalmamakta, aksine artmaktadır. Sağlık sektörünün önemli bir sektör olduğu da göz önünde bulundurulacak olursa, sağlıkta çalışan kadının karşılaştığı zorluklar diğer sektörlerde çalışan kadınların yaşadıkları zorluklardan daha ileri düzeyde olmaktadır. Mesleğin getirdiği zorluk ve stresin yanına, kadın olmanın getirdiği yükümlülükler de eklenince, kadın sağlık çalışanının yaşamı daha da zorlaşmaktadır.

Sağlık-Sen olarak 2012 yılında, sağlık alanında çalışan kadınlarımızın sorunlarına dönük sorumluluk bilinciyle konuyla ilgili farkındalık kazanılmasını sağlamak amacıyla bu sorunların görüşüldüğü “Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Kadın” paneli düzenledik.



2015 yılına kadar gerçekleştirilen birçok etkinliğin yanı sıra, 2015 yılında 8 Mart Dünya Kadınlar Günü vesilesi ile kadınların çalışma hayatındaki sorunlarını konu alan “Kadın Eli, Kadın Emeği” isimli paneli düzenledik.



Ayrıca sağlıkta kadın çalışanların sorunlarına ilişkin gerçekleştirdiğimiz akademik çalışmalar bu süreçte yayınladık ve farkındalık oluşturmaya çalıştık. Sağlıkta ve her alanda özellikle kadın çalışanların çok fazla maruz kaldığı şiddetin önüne geçilmesi, ev ve işi arasında kalan ve zamanla tükenmişlik yaşayan kadın çalışanların sorunlarına yer verilmesi, algı ve memnuniyet derecelerinin ölçülerek daha sağlıklı ve iletişimin yüksek olduğu koşullarda çalışabilmelerinin önünün açılmasını amaçlayarak oluşturduğumuz yayınlarımız sağlık alanında hem çalışanlara hem de karar vericilere önemli birer kaynak oluşturmuştur. Bu çalışmalarımız;

- Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması,
- Sağlıkta Kadın Çalışan ve Sorunları Araştırması,
- Sağlık Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması,
- Sağlık Çalışanlarının Kitle İletişim Araçları Algısı Araştırması,
- Sendikal Bağlılık, Algı, Memnuniyet ve Beklenti Araştırması

Ayrıca son olarak SASAM direktörlerimizden Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN'ın katkılarıyla yayınladığımız “Türkiye’de Çalışan Kadın Olmak” Mayıs Analizinde Türkiye’de kadının

iş yaşamında karşılaştığı zorluklar, engeller ve sorunlara yer verirken aynı zamanda sağlık alanında kadın çalışanların yaşadıkları zorluklar, nöbet ve uzun çalışma süreleri, şiddet ve mobbinge maruz kalan kadınlarımızın tükenmişliklerine değinilmiştir.

Sağlık-Sen Şiddet Araştırması, Aralık 2013

Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırmasında sağlık çalışanlarına yöneltilen “görevinizi yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?” sorusuna sağlık çalışanlarının %81,92’si evet cevabını vermişlerdir. Şiddete uğramanın ötesinde şiddete maruz kalma endişesinin varlığı bile sağlık çalışanlarını işleri noktasında demotive etmektedir.

Şekil 1. Görevinizi Yerine Getirirken Şiddetle Karşı Karşıya Gelme Konusunda Endişe Yaşıyor Musunuz?



Aynı zamanda yine sağlık çalışanları şiddet araştırmasında “meslek hayatınız boyunca hiç sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?” sorusuna sağlık çalışanlarının %87’si en az bir kere şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Şekil 2. Meslek Hayatınız Boyunca Hiç Sözel, Psikolojik ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız Mı?



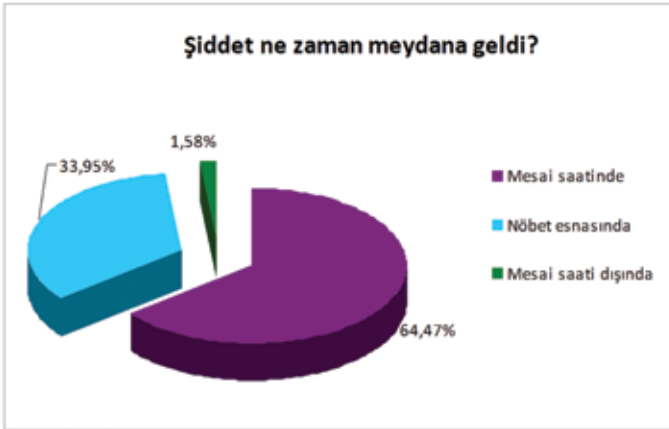
Yine sağlık çalışanlarına “şiddet kim tarafından gerçekleştiriliyor?” diye sorulduğunda %56,95’i hasta yakını tarafından, %31,84’ü hasta tarafından şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.

Şekil 3. Şiddet Kim Tarafından Gerçekleştiriliyor?



Şiddetin ne zaman meydana geldiği de önemlidir. Bu anlamda sağlık çalışanlarına yöneltilen “şiddet ne zaman meydana geldi?” sorusuna verilen cevapların %64,47’si mesai saatinde olarak ifade edilmiştir.

Şekil 4. Şiddet Ne Zaman Meydana Geldi?



Tüm bu inceleme sonunda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin her türünün yüksek olduğu görülmektedir. Şiddet en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmekte ve bunu hastalar izlemektedir. Yapılan araştırmada kadınların sözel, erkeklerin ise fiziksel şiddete uğramada daha riskli gruplar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve hemşirelerin, şiddete maruz kalmada daha riskli gruplar olduğu da görülmüştür.



Şiddetin her türüsüne karşı olduğumuzu her alanda her zaman dile getirmekteyiz. Bu anlamda gerekli duyarlılığın oluşması için paneller, akademik çalışmalar, eylemler gerçekleştirdik. Bunun yanı sıra 2011 yılında Sağlık Bakanlığı ile ortak "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu"nu düzenledik.

Sempozyumun ardından yapılan değerlendirmeler sonrası sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi ve bildirilmesi noktasında hastanelerde beyaz kod uygulamasına geçilmiştir. Beyaz kod hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır. Bu kodla ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmekte, beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat gerçekleştirilmektedir. Olaya maruz kalan çalışanlara ise gerekli destek sağlanmaktadır. Ardından, gerçekleşen olaylara ilişkin kayıtlar kalite yönetim birimlerine teslim edilmekte ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ve kamu veya özel bütün sağlık kuruluşlarında gerçekleşen vakaların tamamı için ALO 113 nolu hatta vaka bildirimleri yapılacaktır.

Sağlık Bakanlığı şiddete maruz kalan sağlık çalışanları için hukuki yardımda buluncaktır. Hukuki yardım noktasında ortaya çıkan sorunlar özel hukuk bürolarından yardım alınarak çözüme kavuşturulacaktır. Hukuki yardım sağlanacak kişiler/durumlar ise şöyledir;

- Suç sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı işlenmiş ise (hizmet sunumu sırasında işlenen suç, personelin göreviyle ilgili olmasa dahi hukuki yardım kapsamında değerlendirilecektir),



- Hizmetin sunumu veya görevi ile ilgili olmak kaydıyla hizmet mahalli veya çalışma saati dışında gerçekleşmiş ise 2013/2 nolu Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesine istinaden ilgili kurumların/hukuk bürolarının yanı sıra her türlü konuda sendikamız hukuk birimi de hem genel merkezde hem de şubelerinde hukuki destek sağlamaktadır.

Sağlıkta Kadın Çalışan ve Sorunları Araştırması, 2013

Kadınlar, tarih boyunca üretimin her aşamasında yer aldıkları halde gerek ekonomik, gerek toplumsal gelişmelerden yeterince pay alamamış ve dünyada en fazla dışlanan ve yoksullaşan kesim olmuşlardır. Ülkemizde kadınlar gerçek anlamda 1950'li yıllardan sonra istihdamda aktif olarak katılmaya başlamışlardır. Toplumsal yapıda meydana gelen değişimler, kadınlara eğitim ve çalışma imkânları sunmuş, özellikle hizmet sektörünün gelişmesi ile birlikte kadın istihdam oranlarında gözle görülür bir artış yaşanmıştır. Ancak bununla birlikte, gelenekler ve özellikle kadına yüklenen toplumsal rol (cinsiyet rolü) kadının iş yaşamı ve ev içinde bir çatışma yaşamasına sebebiyet vermiştir. Bu çatışmanın yanı sıra kadın evde eşi, işte ise erkek çalışma arkadaşları tarafından şiddete maruz kalmış ya da hor görülmüştür. Bu durum kadının çalışma yaşamında uzaklaşmasına neden olan faktörlerin başında gelmektedir. Bu nedenle kadının iş yaşamına aktif katılımının yasalarla düzenlenmesi, ev ve işi arasında dengeyi kurabilmesi için toplumsal desteğin sağlanması önemli noktalardır. Sosyal hayatı en aza inen, sadece ev ve iş yaşamı arasında kalan ve işle birlikte ev işleri, çocuk

bakımı, yaşlı bakımı gibi birçok işleri tek başına üstlenmek zorunda olan kadının yaptığı işe dair tükenmişlik yaşaması söz konusu olabilmektedir.

2013 yılında gerçekleştirdiğimiz “Sağlıkta Kadın Çalışan ve Sorunları Araştırması” nda, kadınların iş yaşamına katılmaları için teşvik edici yasal düzenlemeler olmalıdır önermesine katılımcıların yaklaşık %90’ı olumlu yanıt vermişlerdir.

Şekil 5. Kadınların İş Yaşamına Katılmaları İçin Teşvik Edici Yasal Düzenlemeler Olmalıdır



Ayrıca aynı araştırmada sorulan ev ve iş hayatının yoğunluğundan sosyal hayatım neredeyse yok oldu sorusuna katılımcıların yaklaşık %79’u katıldıklarını belirtmişlerdir.

Şekil 6. Ev ve İş Hayatının Yoğunluğundan Sosyal Hayatım Neredeyse Yok Oldu



Sağlık çalışanları arasında iş hayatı yüzünden ailesine yeterince vakit ayıramadığını ifade edenler yaklaşık %79’luk bir paya sahiptir.

Şekil 7. İş Hayatım Yüzünden Aileme Yeterince Vakit Ayıramıyorum



EBE VE HEMŞİRELERİMİZ İÇİN KAZANIMLARIMIZ

- 2011 yılında 6111 sayılı Torba Yasa ile süt izninin, doğum sonrası ücretli iznin bitimini takip eden ilk altı ayda 3 saate çıkarılması sağlandı,
- Ücretsiz doğum izni süresi 2011 yılına kadar 1 yıla kadar iken, 2011 yılında yapılan yasal düzenleme ile 24 aya çıkarılması sağlandı.
- 2010 toplu görüşmeleri sonucu hamile ve doğum yapan memurlar ile özürü memurlara, gece nöbeti ve gece vardiyası muafiyeti getirilmesi sağlandı. 2011 yılında doğum yapan memurların doğumdan sonra 1 yıl olan nöbet muafiyeti, 2 yıla çıkarıldı. 657 sayılı kanunda yapılan düzenlemeye göre, hamileliğinin 24. Haftasından önce doktor raporunda belirtilmesi kaydıyla ve her halükarda hamileliğinin 24. Haftasından sonra ve doğumdan sonraki 2 yıl süreyle kadın çalışanlara gece nöbeti tutturulamaz.
- Sağlık-Sen olarak 2009 yılı toplu görüşmelerinde “engelli yakını olan memurlara bir saat izin ve gece nöbetlerinden muafiyet hakkı” getiren maddeyi mutabakata aldığımız ve 30 Ocak 2010 tarihli Başbakanlık Genelgesi ile bu maddenin yürürlüğe girdi.
- Vekil ebe ve hemşirelerin; Döner sermaye almaları ve izin haklarından yararlanmaları konularında davalar açılarak yasal düzenleme yapılması sağlandı. 2011 yılında sözleşmeye, sözleşmeden de kadroya geçirilmeleri sağlandı.

Sürekli kendinden taviz veren emektar kadınlarımız için çeşitli faaliyetlerin ya da organizasyonların sağlanması, çalışma koşullarında iyileştirme ve nöbet sayılarında ve çalışma saatlerinde yapılacak düzenlemeler, ekonomik olarak daha iyi imkanlara sahip olmaları için yapılacak çalışmalar, doğum ve çocuk izinlerinde sağlanacak artış, 24 saat kesintisiz hizmet

verebilecek kreş imkanları gibi sağlanacak pozitif ayrıcalıklar sağlıkta kadın çalışanlarının yaşam kalitelerini ve memnuniyetlerini artıracak, kadınlarımızı insanca yaşam kriterlerine bir adım daha yaklaştıracak ve kaliteli etkili hizmet sunumunda fayda sağlanacaktır.

Hemşirenin ve ebenin çalışan olmasının yanı sıra kadın olmasının getirdiği anne, eş gibi diğer önemli rolleri göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle de çalışma hayatında da gerekirse pozitif ayrımcılık uygulanmalıdır. Hizmeti sunan kadının yaşam kalitesini artırmak, verilen hizmetin de kalitesini de artıracaktır.

Sağlık-Sen olarak, kadın sağlık çalışanının korunması, gelişmesi ve refaha ulaşması noktasında aktif rol almaya devam ediyoruz. Karar vericilerin, kadın sağlık çalışanına dönük politikalarını takip ediyoruz. Ailenin, toplumun en temel kurumu olduğuna, ailenin güçlü olmasının toplumu da güçlü kılacağına inanıyoruz. Bu nedenle, kadın sağlık çalışanlarının hem madden hem de manen güçlü ve özerk olması noktasında yanlarındayız, destekçileriyiz.

2013 yılında gerçekleştirdiğimiz Sağlıkta kadın çalışan ve sorunları araştırmasında kadınların iş yaşamına katılmaları için teşvik edici yasal düzenlemeler olmalıdır önermesine katılımcıların yaklaşık %90'ı olumlu yanıt vermişlerdir.

SAĞLIK-SEN HEMŞİRELİK SEMPOZYUMU

III. OTURUM

KONU VE KONUŞMACILAR

- Hemşirelikte Etik ve Hasta Mahremiyeti
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
- Türkiye’de Hemşire Olmak;
Hemşireliğin Bugünü ve Geleceği
Doç. Dr. Sultan AYZ
- “Hemşirenin Bir Günü”
Uzm. Hemşire Fadik ÇÖKELEK
- Toplum ve Medya Gözüyle Hemşirelik
Yeşim SERT KARAASLAN



SEMPZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara



SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara

SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPZYUMU
11 Mayıs 2015 - Ankara

HEMŞİRELİKTE ETİK VE HASTA MAHREMİYETİ



Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD. Başkanı

MAHREMİYET

Bireyin “kend” durumu ile ilgili maddi ve manevi varlıklara, yine kendisiyle ilgili tüm bilgilere, öteki bireylerin erişimine engel koyduğu noktalarda mahremiyet başlamaktadır. Bireyin kendisiyle ilgili, öteki bireylerle sınır koyduğu yerler mahremiyet hakkının başladığı alanlardır. Benzer konularda, bireysel farklılıklar mahremiyet hakkında, bireysel sınırların farklılaşması sonucunu doğurur. Toplumsal–kültürel farklılıklar, bireysel mahremiyeti etkiler. Aynı toplumda bireysel farklılıklar, farklı düşünce ve yaşam biçimleri, mahremiyetin algılanması ve onun niteliğini etkiler. Sağlık hizmetlerinde, hastanın başka bireylerle paylaşmayacağı maddi ve manevi gizli bilgiler sağlık personeli tarafından öğrenilebilir (1).

MAHREMİYET TÜRLERİ

Kişi ile ilgili olan ve tıp alanında yer alan üç mahremiyetten söz edilmektedir (1):

1. Bedensel Mahremiyet

Bu tür mahremiyette bir başkasının kişiye karşı fiziksel yaklaşım, temas ve müdahalesi yer alır. Sağlık hizmetlerinin, insanlık tarihi kadar eski olduğu göz önüne alındığında, bedensel mahremiyet kavramının da kadar eski olduğu düşünülebilir. Bu nedenle de “mahremiyet” denilince ilk akla gelen bedensel mahremiyet olmaktadır.

Yoğun bakım üniteleri hasta mahremiyetine özellikle dikkat edilmesi gereken yerlerdir. Çünkü hastanın genellikle bilinci kapalı olur, bilinci açık olsa bile bakımı konusunda hemşirenin yardımına ihtiyacı vardır. Bazı yoğun bakım ünitelerinde hastayı daha çok yakını tarafından görmesini sağlamak için kameralar kullanılmaktadır. Bu yoğun bakım ünitelerinde her hasta başında birer kamera bulunmakta ve bir yakını ziyaret için içeriye alındığında kamera yaklaşık 10 dakikalık bir süre için açılmaktadır. Böylece bekleme odasındaki diğer yakınları da hastasını görebilmektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta bekleme odasında diğer hasta yakınlarının da orada olmasıdır. Bunun için kameranın sadece hastanın baş bölgesinde olması ve bu sırada hastanın üstünün örtülü olmasına dikkat edilmesi önemlidir. Bu önlemlere rağmen bazı hasta ve/veya yakınlarının bundan yine de rahatsız olmaları söz konusu olabilir.



2. Kişisel Bilgi ya da Verilerin Mahremiyeti

Bireyin başka insanların bilmesini istemediği ama teşhis ve tedavisi sırasında elde edilen bilgilerin gizliliğinin korunması ile ilgili bir mahremiyet türüdür.

Kırsal kökenli bir ailede soygeçişli bir hastalığın araştırılması için yapılan genetik testler sırasında, hasta çocukların dedesi olan 45 yaş civarındaki adamın, babası sandığı kişinin amcası, amcası sandığı kişinin babası olduğu saptanmıştır. Hekim durumu öğrenince ne yapması gerektiği hakkında ikilem yaşamış ve etik danışmanlık istemiştir. Konuyu görüşürken amca, baba ve annenin yaşlarının 65-70 arasında olduğunu öğrendim. Bu bilgi tedavi sürecini ya da hastalığın seyrini etkiliyor mu? Hasta bu konuda bir bilgi istiyor mu?... gibi so-

ular sordum. Bu bilgi hastalığın seyrinde ve tedavisinde bir fark yaratmıyordu. Genetik test yapılan bireyler hastalıkla ilgili tarama dışında, başka bir bilgi talep etmiyorlardı, bu durumda sordukları ama toplumsal kültürel açıdan aile birliğinde derinden sarsıcı etkileri olacak bu bilgi hastaya verilmeli midir? (1)

Gelişen ve büyüyen sağlık sistemi ve bu sistem içerisinde yer alması gereken iletişim ve haberleşme sistemi, hasta mahremiyetinin sağlanması konusunda güçlükler yaşanmasına neden olmaktadır. Hastanın sağlık kuruluşuna başvurusu, hastaneye yatması, tetkikleri, tıbbi girişimleri, konsültasyon vb. uygulamalarla devreye giren pek çok sağlık personelinin varlığı ve bu bilgilerinin elektronik ortamda kayıt edilmesi hastanın mahremiyetinin korunmasını zorlaştırmaktadır (2).

Olgu 1

Küçük bir beldede yaşayan ve kuru öksürük ile nefes darlığı şikâyetleriyle bir devlet hastanesine başvuran bir hastanın hastanede yoğun bakım ünitesinde çekildiği iddia edilen fotoğrafının, sigara paketleri üzerinde yer alması hayatını ciddi bir şekilde etkilemiştir. Kim tarafından çekildiğini bilmediği fotoğraf yüzünden önce çalıştığı fabrikadaki işinden çıkarıldı. Yakınları, gencin bulaşıcı bir hastalığı olduğunu ancak sakladığını düşünerek ondan uzaklaşmaya başladı. Eşi, o dönem 1 yaşında olan kızına yaklaşmasını istemedi, evi terk etti (3).



3. Düşünsel Mahremiyet

Bu mahremiyette kişinin düşünce, duygu, arzu ve istekleri ile kendi başına kalabilmesi ve başkası tarafından müdahale edilmemesi durumudur. Kişi gizlice dinlenmeden, herhangi bir psikolojik müdahaleye maruz kalmadan kendi değerlerine sahip olabilmelidir. Düşünsel ya da iletişimsel nitelikteki bu mahremiyet kapsamında kişi kendi dilediği kişilerle iletişim kurar (4).

Özellikle psikiyatri hastalıklarının tedavisinde, sağlık personeli-hasta ilişkisinde düşünsel mahremiyet söz konusudur (5). Bu konuda da sağlık personelinin ikilemde kalabileceği durumlar söz konusu olabilir. Hasta, başkasına zarar vermeyi düşündüğünü söylediğinde ne yapılmalıdır? (1)

Hekimin hastasının bilgilerini saklı tutması gerektiğinin yanı sıra gizlilik mutlak bir yükümlülük olarak kendini göstermez. Toplumun ya da üçüncü kişilerin zarar görme olasılığı-



nın olması durumunda hastaya ait bilgilerin mutlak gizliliği söz konusu olabilir mi? Bu konu, tıp etiğinin güç konularından birisidir. Hastanın tıbbi bilgilerinin açıklanmasının gerekli olduğu durumlar vardır. Genel olarak iki istisnai durumda (yasal zorunluluk dışında) hekim hastasına ilişkin bilgileri açıklamak zorundadır:

- Belirli bir kişi/kişilerin zarar görmesi,
- Toplumun sağlığının tehlikeye girmesi

Burada söz konusu tarafların, haksız yere zarar görme olasılığı vardır (6, 7). Bulaşıcı bir hastalık hakkında, bulaşma olasılığı nedeniyle hastanın eşine konu hakkında bilgi verilmesi buna bir örnektir (1).

TIBBİ ARAŞTIRMALARDA MAHREMİYET

Tıbbi bilimsel araştırmalar, hem bilimsel hem de etik açıdan hassas, ayrıntılı, çok yönlü etkileri düşünülerek tasarlanmalıdır. Araştırmancının her aşamasında bilimsel sorgulamalar, insan hakları ve insan onurunu koruyacak, gelecek kuşaklar açısından canlıların yaşama hakkında kalıcı zararlar oluşturmayacak biçimde tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. Tıbbi araştırmalar sırasında uyulması gereken etik ilkeler, gelişen teknolojiyle orantılı olarak evrilmekte ve gelişmektedir. Bu etik ilkelerden biri, araştırmaya katılan bireyin mahremiyetini sağlamaktır (1). Bu durum, Helsinki Bildirgesi (Fortaleza, 2013)'nin 24. maddesinde de "Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için her türlü önlemin alınması gerekir" şeklinde ifade edilmiştir (8).

Olgu 2

GATA Nöroloji Ana Bilim Dalında hareket bozukluğu hastası 20 asker tanı koymak için bir araştırmada kullanmıştır. İzin almadan askerlerin beyinlerine yüksek elektro-manyetik alan uygulanmıştır. Ve bu çalışma uluslararası bir kongrede sunulmuştur. Bu çalışmanın etik kuruldan ve bireylerin kendilerinden izin alınmadığı ileri sürülmüştür (9). Olgunun diğer bir yönü, bu haberin görüntüler ile televizyon ve internet ortamında verilmesidir. Çünkü araştırmaya dahil edilen askerler ve aileleri bu şekilde bir araştırmanın yapıldığını öğrenmiştir (10). Tıbbi araştırmalarda aydınlatılmış onam ilkesinin ihlali gösterirken tıbbi araştırmalarda mahremiyet ilkesi ihlal edilmiştir. Ayrıca haber başlıklarında "kobay" ifadesinin kullanılması araştırmayı bu şekilde öğrenen askerler için onur kırıcı olmuştur.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Teknoloji alanında sağlanan gelişmeler, olumlu olduğu kadar olumsuz sonuçlarıyla da sağlık hizmetlerine yansımaktadır. Yaşanan etik sorunlar artmakta ve hasta mahremiyetinin sağlanması gitgide daha da zorlaşmaktadır. Hasta mahremiyetine ilişkin yasal yaptırımların olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin devamlılığı açısından konuya ilişkin gerekli hassasiyetin her aşamada gösterilmesi ve hasta mahremiyetinin bir hasta hakkı olarak benimseyen sağlık çalışanlarının varlığı şarttır (1).

KAYNAKLAR

1. Çobanoğlu N, Tıp Uygulamalarında Mahremiyet, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, 1. Basım, Eflatun Yayınevi, Ankara: 2009, s. 149-160.
2. Sert G, Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. 1. Baskı, Babil Yayınları, İstanbul: 2008; 17, 83, 86-90.
3. "Sigaradaki fotoğraf hayatını kararttı" erişim adresi: <http://www.gazeteciler.com/izinsiz-fotografi-hayat-karartti-0-39107p.html>, erişim tarihi: 10.6.2015.
4. Aydın E. Tıp Etiği. 1. Baskı, Güneş Kitabevi Ltd. Şti, Ankara: 2006; 32-33.
5. Koocher G. Ethical Challenges in Mental Health Services to Children and Families. Journal of Clinical Psychology: In Session. 2008; 64 (5): 601-612.
6. Akdur R, Aydın E. Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi, 1 Baskı, SOMGÜR Yayıncılık, Ankara: 2001; 163-164.
7. Aydın E, Tıp Etiğine Giriş. 1. Baskı, Pegam A Yayıncılık, Ankara: 2001; 78-81.
8. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeler (Fortaleza, 2013).
9. GATA'da Kobay Mehmetçik Skandalı, erişim adresi: <http://www.bugun.com.tr/gata-da-kobay-mehmetcik-skandalı-148592-haberı.aspx>, erişim tarihi: 10.6.2015.
10. "Kobay Askerler Konuştu!" erişim adresi: <https://gvenilrivideohaber.wordpress.com/tag/skandal-goruntuler/>, erişim tarihi: 10.6.2015

TÜRKİYE’DE HEMŞİRE OLMAK: HEMŞİRELİĞİN BUGÜNÜ VE GELECEĞİ



Doç. Dr. Sultan AYZ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

*Bir insanın yaşamını kurtardığında sana kahraman derler,
Sevecen yaklaştığında sana arkadaş derler,
Bakımda bilimsel yöntemleri kullandığında sana uzman derler.
Bunların üçünü de yaptığında sana HEMŞİRE derler.
Janet M. Bingle*

Hemşirelik; birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikleri ile baş etmesine yardımcı olmayı amaçlayan, bilim ve sanatın oluşan bir sağlık disiplindir. Bu disiplin içerisinde çalışan hemşirelerin nitelikleri ise şu şekilde belirtilebilir:

- Bilimsel ve tıbbi gelişimleri takip eden,
- Mesleki etik ilkeleri benimseyen,
- Mesleki bilgi ve beceriye sahip,

- Değişime açık,
- Olayları objektif değerlendirebilen,
- Hizmet sunduğu bireyin yararı için çaba sarf eden,
- Dürüst,
- Sağduyulu vb. niteliklere sahip olması gerekmektedir.

Hemşireliğin bugünü ve geleceğini pek çok faktör etkileyebilmekte ancak özellikle hemşireliğin durumunu etkileyen birkaç noktaya dikkati çekmek gerekirse bunlar;

- Eğitim,
- Çalışma ortamı,
- Mesleki Özerklik,
- Örgütlenme,
- Hemşirelik Rollerine kadar değişebilmektedir.

Hemşirelik Eğitimi

Hemşirelik eğitiminde son 10-15 yıldır oldukça farklılıklar yaşanmaktadır. Yasal değişiklikler, yeni düzenlemeler söz konusu olmaktadır. Kanunların yeniden değişmesi, iki yıl sonra farklı bir düzenleme ile karşılaşılması gibi durumlar hemşirelik eğitimini çok ciddi şekilde etkileyebilmekte.

Hemşirelik mesleği ülkemizde 25.02.1954 tarih ve 6283no'lu Hemşirelik Kanunu hükümlerine göre yürütülmektedir. Bu Kanun'un bazı maddelerinde değişiklik yapan 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Kanun'un 1. Maddesi; hemşirelik mesleğinin lisans eğitimi ile verilmesi hükmünü içermektedir. Ancak ülkemizde hemşirelerin mesleki eğitim durumlarına baktığımızda halen;

- Sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümü
- Önlisans programları
- Hemşirelik yüksekokulu
- Sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü
- Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü
- Hemşirelik fakültesi
- Lisans tamamlama programları gibi çok farklı çeşitlilikte olduğunu görebilmekteyiz.

Bununla birlikte yükseköğretimde hemşirelik eğitimi ilk olarak 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamış, bunu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu takip etmiştir.

Ayrıca yüksek lisans eğitimi (1968) ve doktora programları (1972) ile akademik kariyerin yolu açılmıştır. Şuan hemşirelikte bilim doçentliği ve profesörlüğünün yasalarda yer alması hemşirelik adına önemli gelişmeler arasındadır. 1996-1997 Eğitim-Öğretim yılında Sağlık Bakanlığı ile YÖK arasında yapılan protokol ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerine; Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarının, hemşirelik ve ebelik programlarına; Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, hemşirelik programına öğrenci alınmasına son verilmiştir. Bakanlar Kurulu Kararı ile 79 Sağlık Yüksekokulu kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı, alınan öğrenci sayılarının ihtiyacı karşılamadığını ileri sürerek 2001 yılında 25 sağlık meslek lisesinin hemşirelik bölümüne 684 öğrenci almak suretiyle lise düzeyinde eğitimi yeniden başlatmıştır. 2005 yılında sağlık meslek liselerine öğrenci alımı durdurulmuş, 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Yasasına konulan ek madde ile 2007-2008 öğretim yılından itibaren, SML’nin hemşirelik bölümlerine yeniden öğrenci alınmaya başlanmıştır. Bu yasa ile hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde verilmesi gerektiği ancak bir ek geçici madde ile 5 yıl süreyle daha sağlık meslek liselerine hemşire alınabilir ibaresi konulmuştur.

2009–2010 Eğitim-Öğretim yılında kamu veya özel sektörde çalışmakta olan hemşirelik ile sağlık memurluğu bölümü/programı ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının tamamlama eğitimlerini gerçekleştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Atatürk Üniversitesi’nin yaptığı protokol doğrultusunda yürütülen bir uzaktan eğitim yoluyla lisans tamamlama programı bulunmaktadır.

2012 yılına gelindiğinde sağlık meslek liselerine tekrar hemşire alınacak mı? sorusu gündeme geldi, çünkü buna ilişkin madde 2007 yılındaki yasada yer almakta idi. 5 yıl geçmesi üzerine sağlık meslek liselerinin durumu ne olacak konusu gündeme geldi. Böylece aşağıda yer verilen madde ile yeniden öğrenci alımı başladı. 5 yıllık süre dolduktan sonra 12.07.2012 Tarihli ve 28351 sayılı Resmi Gazetede:

“Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjanlar oluşturulmak üzere bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir”

kararı alınmıştır. Bu karardan sonra, 341 tane Anadolu Sağlık Meslek Lisesi faaliyet göstermeye başlamıştır. Bu okulların yanı sıra Özel Anadolu Sağlık Meslek Lisesi sayısı hızla artmaktadır. Bu durumda özellikle sağlık meslek liselerinde artışlara ve özel sağlık meslek liselerinin de yolunun açılmasına neden oldu. Tabi ki bu durumun getirdiği pek çok sorun var.

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2023 yılı için hedefi 400 bin hemşiredir. Hemşire alımlarının yanı sıra alınan kararla hemşire yardımcılığı anlayışı da yerleşmiştir.

Bu noktada sorgulamamız gereken Sağlık Bakanlığı’nın 2023 yılında 400 bin hemşireyi karşılamak için bir anda, hem üniversitelerde hem sağlık meslek liselerinde, kontenjan artışı yapmaları gerçek anlamda bir çözüm müdür? ve halen sağlık meslek liselerine öğrenci alımının devam etmesi yine bir çözüm müdür? bu soruları da kendimize sormamız gerekmektedir.

Hemşire Yardımcısı

Sağlık meslek liselerinden mezun olan öğrencilere hemşire yardımcısı unvanı verilmesi konusunda bir karar alındı. Bu anlamda hemşire yardımcısının tanımlanmasına gidildi.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’da yer verildiği ifadeyle hemşire yardımcısı; sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

Bunun gündeme getirilmesi ile bir taraftan hemşirelik fakülteleri açılmaya başladı. Bunları ifade etmemiz gerekirse:

- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi gibi ülkemizde hemşirelik fakülteleri,

Anabilim Dalları

- Hemşirelik Esasları ABD
- İç Hastalıklar Hemşireliği ABD
- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
- Doğum, Kadın Sağ. ve Hast. Hem. ABD
- Çocuk Sağlığı ve Hast. Hem. ABD
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hem. ABD
- Hal Sağlığı Hemşireliği ABD

• Hemşirelikte Yönetim ABD gibi anabilim dalları ve uzmanlıklar söz konusu iken bir taraftan da hemşirelik, hemşire yardımcısı gibi bir pozisyonun oluşturulması bir çelişki yaratıyor mu? Sorusunu da kendimize sormamız gerekli. Çünkü ülkemizde hemşire ne yapacak? hemşire yardımcısı ne yapacak? Kesin olarak rol, görev tanımları yapılmasına rağmen uygulamaya bu şekilde yansımayacağını düşünüyoruz. Çünkü şuan hemşire olmayıp hemşirelik yapan, hemşire olup hemşirelik dışı işler yapan pek çok meslektaşımız var. Bunlarda bizlere sorun olarak geri dönmektedir. Bu durum da mesleğin gelişimini etkileyen önemli faktörlerdendir.

UZMANLAŞMA

2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğine göre, uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir. (Hemşirelik Yönetmeliği 2010)

Hemşirelik uzmanlık alanları her geçen gün artmaktadır.

- Diyaliz hemşireliği
- İş sağlığı hemşireliği
- Yara bakımı hemşireliği
- Geriatri hemşireliği vb.

Mesleki Uzmanlaşmada Yasal Dayanak

- Hemşirelik Yasası (2007)
- Hemşirelik Yönetmeliği (2010)
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011) meslek adına sevindirici gelişmeler arasındadır.

HEMŞİRELİK ROLLERİ

Diğer taraftan yine mesleğin durumunu, bugününü, geleceğini hemşirelik rolleri etkiliyor. Hemşirenin rollerine baktığımızda şu şekilde sıralayabiliriz:

- Bakım verici
- Eğitici Rolü
- Araştırmacı Rolü



- Yönetici Rolü
- Değişim Ajanı Rolü
- Rehberlik ve Danışmanlık Rolü
- Hasta/Bireyin Haklarını Savunucu Rolü
- Vaka Yöneticisidir.

Bununla birlikte tüm dünyada ve ülkemizde hemşirelik bakımına gereksiniminin de gittikçe arttığının farkındayız. Bu durumun nedenleri arasında;

- Dünyada nüfusun hızla artması,
- İnsan ömrünün uzaması,
- Yaşlı nüfusun ve buna paralel olarak kronik hastalıkların artması
- Sağlık bakım hizmetlerinde maliyeti azaltma çabası
- Sağlık bakım sistemindeki gelişmeler vardır.

Aynı zamanda yapılan bir çalışmada hemşirelerin verdikleri bakım ve eğitim ile;

- Tıbbi hata,
- Ölüm oranı,
- Hastane enfeksiyonları ve
- Hastanede yatış süresini azalttıkları belirlenmiştir. (Shalala & Balton 2009)

Modern hemşireliğin başlangıç ismi olarak kabul edilen Florence Nightingale, 1800’lü yıllarda: “Daha yaşanılabilir bir dünya; böyle bir dünya bize başlanmayacak, o halde hiç duraksamadan bu dünyayı oluşturmak için çalışalım. Yaşama uymak yerine onu değiştirelimiz” diyerek değişimin gerekliliğine ve kaçınılmazlığına dikkat çekmiştir. Bizlerden de bugün ve gelecekte beklenen belki de en önemli rol kendimiz artık modern çağın gereklerine göre gelişip, kendimizde gerekli gelişimleri planlayarak kendimizi değiştirmemiz gerekmektedir. Bu değişim ile “klasik hemşire”, “modern hemşire” ve hemşirelik rol ve işlevlerinde değişim söz konusu olacaktır.

Bu anlamda değişime olan gereksinimin nedenleri arasında;

- Tıp ve teknolojiadaki değişimler
- Bilginin ve bilgiye ulaşma hızının artması
- Hasta sayısı ve beklentilerinin artması
- Kurum beklentisinin artması, akreditasyon
- Ülkeler arası etkileşimin artması
- Eğitim olanaklarının genişlemesi
- Meslekte profesyonelliğin gelişmesi
- Akademik yapılanma
- Sürekli eğitim gösterilebilir.

Mezun hemşirelerin yaşam boyu öğrenmelerinin sağlanması için sürekli eğitimi, hizmet içi eğitimi ve uzmanlaşma ile ilgili sertifika programları sistemli hale dönüştürülmelidir. Böylece gelişim ve değişimin bir parçası haline geleceklerdir. Çünkü hemşirelik güçlü bir meslek.

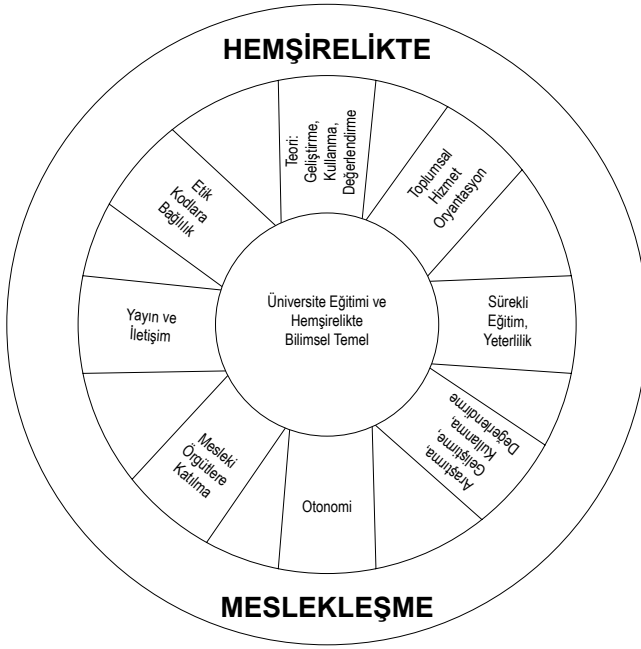
Hemşireliğin Güçlü Yönleri

- Bilimsel yayınların artması
- Bilimsel toplantıların artması
- Mezun sayısının artması
- Teknoloji kullanım becerisinin artması
- Uzmanlaşmanın artması hemşireliği güçlendiren faktörler arasındadır.

Ancak tüm bu güçlü yönlere rağmen karşımıza bütün bu güçlü yönler profesyonel olarak mesleğin algılanmasını/imajını/özerk olmasını ne kadar sağlayabiliyor? Sorusu çıkıyor. Bu noktada ifade etmeliyiz ki hemşireliğin yeni çağdaş rollerini yerine getirebilmesi için mesleki özerkliğinin olması gereklidir. Kliniklerde hemşireliğin hala mesleki özerkliğini tam olarak kazanmadığını ve mesleki özerklikte önemli sorunlar yaşadığını hepimiz biliyoruz.

HEMŞİRELİKTE MESLEKİ ÖZERKLİK

Mesleki özerkliğin ne olduğuna baktığımızda, “Hemşirelerin profesyonel uygulamalarını mesleki uygulama standartlarına, etik bildirge, meslek ile ilgili kural ve yasalara uygun bir şekilde gerçekleştirebilmeleri durumudur (Varjus, Suominen, Kipli 2003)”. Hemşirelikte mesleki özerklik halen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak meslek olmanın en önemli kriterlerinden, meslekleşme yolundaki en önemli kriterlerden bir tanesi ise mesleki özerkliğinin yani otonomisinin olmasıdır.



Miller'in Hemşirelikte Meslekleşme Çemberi (Miller ve ark., 1993)

Mesleki özerklik konusu meslekleşme sürecinde en zayıf kalan halkalardan biridir (Karadağ ve ark., 2007; Kavaklı ve ark., 2009). Mesleki özerkliği kazanabilmenin anahtarı ise mesleki yeterliliklerdir.

Bu anlamda mesleki özerkliğimizi kazanabilmemiz için yasalarda, uzmanlık alanlarının özellikle yasallaştırılmasıyla da bunun yolunun açıldığına dikkat çekmek gerekmektedir. Bu noktada Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklik; “ 6283 sayılı hemşirelik Kanununda değişiklik içeren maddeler”, 02/05/2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Ancak hala mesleğini yalnızca “doktora yardım eden sağlık elemanı” olarak tanımlayan bir hemşirenin, mesleki özerkliği benimsemesini ve bunun için çaba göstermesini beklemek gerçekçi olmayacaktır. Bu noktada bağımsız işlevler olarak öğretilenler de teoride kalmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının bir bölümünün hekim istemine bağlı eylemlerin oluşturması hemşireliğin bağımsız meslek imajını engellemekte ve bağımsızlığını sınırlandırmaktadır. Sonuç olarak mesleği özerk olarak seçmemek özellikle çocuk yaşta mesleğe başlamak, mesleği sevmemek ve mesleki kararları almayı istememek gibi durumlar hemşirelikte mesleki özerkliğin gelişimini sınırlandırıcı durumlardır. Mesleki özerkliğin sağlanması noktasında atılacak önemli bir adım da örgütlenmedir. Mesleki olarak örgüte bağlılık mesleğin gücünü artıran en önemli faktörlerden bir tanesi, aynı zamanda hemşirelerin karar verme ve özerkliğini de artıran bir durumdur. Bu noktada;

- Mesleki örgütün güçlenmesi,
- Mesleğin güçlenmesi,
- Toplumda söz sahibi olması,
- Meslekle ilgili özellikle politik kararlara daha rahat katılabilmesi,
- Bu bağlamda mesleki özerkliğin gelişmesi açısından mesleki örgüte katılması önemlidir.

Mesleki Örgüte Üye Olma

Ancak Ülkemizde Türk Hemşireler Derneğinin üye sayısının çok düşük olduğunu söyleyebiliriz. Yaklaşık olarak 10.000 (THD, 2010) olan bu sayı Türkiye’deki hemşirelerin yaklaşık %10’unu oluşturmaktadır. Halbuki örgütler, güçlerini üyelerinden almaktadırlar.

Bununla birlikte pek çok alana özgü dernekler kurulduğunu da dikkat çekmek gerekmektedir. Bunlar;

- Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği
- Çocuk Hemşireliği Derneği
- Diyabet Hemşireliği Derneği
- Hemşirelik Eğitimi Derneği
- Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği
- İş Sağlığı Hemşireliği Derneği
- Kalp Damar Cerrahisi Hemşireleri Derneği

- Kemik İliği Nakli Hemşireliği Derneği
- Nöroşirürji Hemşireleri Derneği
- Onkoloji Hemşireleri Derneği
- Psikiyatri Hemşireleri Derneği
- Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği
- Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği
- Türk Ostomi Cerrahi Derneği
- Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği
- Üreme Sağlığı Ve İnfertilite Hemşireliği Derneği
- Üroloji Hemşireleri Derneği
- Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneğidir.

HEMŞİRELERİMİZİN SORUNLARI

Hemşirelerimiz olumsuz çalışma koşulları, hemşire yetersizliği, malzeme yetersizliği, görev dışı işler ve zaman yetersizliği gibi şartları altında görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar.

Olumsuz Çalışma Koşullarını şu şekilde ifade edebilir;

- Vardiyalı çalışma,
- Uzun süre ayakta durma,
- Fazla sayıda hastaya bakım verme
- Fazla saat çalışma

Belirtilen şartlar altında çalışılması bir takım sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir;

- Uyku Düzensizlikleri,
- Gastrointestinal Sorunlar,
- Kardiyovasküler Sorunlar,
- Kanseler,

- Psikolojik Sorunlar,
- Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi,
- Yorgunluk,
- Mesleki Doyumsuzluk.

Ayrıca olumsuz çalışma koşulları sağlık sorunlarının yanı sıra hemşirelerin mesleki uygulamalara yeterli ve nitelikli zaman ayırmalarına da engel olması açısından çok önemlidir. Bunların yanı sıra hemşirelerin annelik, ev kadınlığı rolleri de söz konusudur. Kurum içi sosyal olanakların yetersizliği ve ücret yetersizliği gibi sorunların yanı sıra yardımcı sağlık personeli olarak adlandırılmaları, farklı düzeyde eğitim alınması, mesleki yaşantıda eşit şartlarda çalıştırılmaları, Branşlaşmanın az olması, istenilen branşta çalışmama, Toplumun hemşirelik mesleğine olumsuz yaklaşımı, malzeme ve ekipman eksikliğinin ve hemşirelik bakımında ortaya çıkan aksaklıkların hemşireyi olumsuz etkilemesi, meslekleşme sürecini tamamlamamış mesleğin üyelerinden, kurumlar meslekleri dışında farklı pek çok iş bekleme gibi durumlar hemşirelerin Çalışma isteklerinin, ve mücadele güçlerinin azalmasına, tükenmişlik yaşamalarına, mesleklerinden genç yaşta ayrılmalarına veya emekli olmalarına neden olmaktadır (Esin 2009, Shimuzi ve ark. 2010).

Yapılan araştırmalarda bunlara ilişkin bulgulara baktığımızda;

- Korkmaz'ın (2002) hemşirelerin % 48.3'ünün çalışma koşullarının ağır olması nedeniyle mesleklerini bırakmayı düşündükleri,
- Uygur ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin % 26.4'ü prosedür yoğunluğu, gereksiz işlem ve kayıtların olmasını, %16'sı elaman sayısının azlığını sorun olarak gördükleri,
- Ergüner ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin %59.7'si bir hemşirenin 20 veya daha fazla hasta ile çalıştığını,
- Fesci ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin %56.3'ü bir günde 11 ve üzeri sayıda hastaya bakım verdikleri,
- THD'nin (2008) yapmış olduğu çalışmaya göre, olumsuz çalışma koşullarının hemşirelerde;
- Tükenme, unutkanlık, dikkatte dağılma, kendini güvende hissetmeme, mücadele gücünde azalma, anksiyete, kişisel gelişim olanaklarını kısıtlama gibi sorunlara neden olduğu,
- Ak ve Esin (2009), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin iştah bozukluğu, konstipasyon/diyare gibi gastrointestinal, yüksek kan basıncı gibi dolaşım sistemi ile ilgili sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Mesleğin Geleceği İçin

- » Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin ve bu bağlamda mesleki özerklik düzeyleri daha yüksektir.
- » Ödüllendirmelere dikkat çekecek olursak, çalışmada çalışmayanda aynı ücreti alıyor algısı söz konusu. Bu nedenle özellikle motivasyonlarını artırmak için ödüllendirmenin de yapılması gerekmektedir.
- » Amerika’da Tıp Enstitüsünün raporunda hemşirelerin güvenli ve kaliteli bakım sunmada kritik bir role sahip olacaklarına işaret edilmektedir.
- » Hemşirelik mesleğinin sağlık sistemi içinde büyük bir güç olduğunun farkında olunmalı ve bu mesleği yerine getirenlerde gelecek için bunun farkında olmalıdır.
- » Hemşirelerin, meslek örgütü içinde yer alıp güçlenerek hep birlikte gelecek için planlamalar yapılması gerekmektedir.
- » Bilgi ve beceriler sonuna kadar uygulanmalı,
- » Akademik ilerlemeyi teşvik eden gelişmiş eğitim sistemi ile eğitim ve öğretimin en yüksek düzeylerine ulaşılmalı,
- » Hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapılmalı,
- » Meslek alanına sahip çıkmalı
- » Yasal hakları kullanmalı
- » Yeni fırsatlar yaratılmalıdır.

Ülkemizde hemşirelerin aldıkları ücretler tatmin edici olmasa da iş bulmada daha fazla fırsatlar yakalamaları nedeniyle hemşirelik artık aranan tercih edilen bir meslek olmuştur. Üniversiteye giriş sınavlarında Hemşirelik bölümlerine artan istem bu durumu çok açık fark ettirmektedir. Bu fırsatı artı değer olarak görüp mesleğe bu yaklaşımla da olsa başlayan öğrencilerimizi mesleğe uyum göstermeleri ve benimsemeleri konusunda cesaretlendirmeliyiz. Eğitimci ve klinisyen olarak sahaya hakim olanların öğrencilere bu bilinci aşılması, yol gösterici olması gerekmektedir.

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİN BİR GÜNÜ



Uzm. Hemşire Fadik Çökelek

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

Yataktan çıkmak o kadar zor gelir ki, ertelenir sürekli alarm dakikaları. Artık kalkma zamanı için son alarmdır. Ve gün başlar. Hazırlanmak için maksimum on dakikan vardır. Çocukları yarı uykulu giydirmeye zorlarsın. Evden çıkmak bir koşuşturmadır. 5 dakika uyku için, vazgeçersin makyajından, aynı tip toplarsın saçını ve hangi küpeyi hangi takıyı taksam diye düşünmeye yoktur zaman.

Çocuklar babaanneye bırakılır. Bırakacak biri olduğu için şanslısındır, şükredersin. Her sabah 2 dakika geç çıksan binemezsin dolmuşa. Sürekli dakik olmalısın. Dolmuşta kontrol edilir mailler, son dakika facebook paylaşımları. Kahvaltıya sıra gelmez. Hasta-

neye varıp soyunma odasına geldiğinde dejavu yaşarsın, sanki hastaneden hiç ayrılmamışsın gibi hissedersin. Yarım saat önce giyinmişindir ve tekrar giyinip soyunmak zor gelir, ışınlanmak istersin evden işe.

Başlar hemşirelik hayatı teslimle. Teslim almazsan hastalarını, eksik kalır bir yarın hep. Pür dikkat kesilirsin, neler oldu diye hastalarına. Çünkü kendi çocukların gibidir onlar. Hiçbir ayrıntıyı kaçırmak istemezsin. Teslim biter. Bebeklerinle baş başa kalmışsındır. 3. düzeyde çalışıyorsan 2-3 veya 4, 2. düzeyde isen 4 veya 7 arasında bebeğin vardır. Vitalleri alırken baştan aşağı gözlemlersin, aynı zamanda konuşursun onlarla, kendilerini anlatmalarını istersin vücut dilleriyle.

İlk iletişimden sonra ancak içersin bir bardak çay. Aslında bir şeyler atıştırmaya da yoktur zaman. Koşuşturma takip eder. Her ağlaması farklı anlam yüklüdür. Besler, bakımını verirsin. Aslında ne kadar çok sana ihtiyacı olduğunu hissedersin. Mutlu olur, tarif edilemeyen bir keyif hissedersin. Doktorunla bebeklerinin, hastalarının tedavisini planlarsın. Ekibin bir üyesi olmak, yön vermek kendine güvenini artırır.

Ardından orderlar sıralanır, tedavileri planlarsın. Ancak e-orderda sıkıntı çıkarsa yandın, işler aksayacaktır demektir. Orderları kanlar, ultrason ve eko takip eder. Bir sonraki besleme zamanı gelmiştir, çığlıklar çığlıkları izler beni besle diye. Hızlı, dikkatli ve sabırlı olmalısın. Bu yoğunlukta bir de yeni bir bebek geldiyse planlarını iyi yapman ve daha da hızlı olman gereklidir. Yardımlaşma devreye girer hemen, en güzeli de odur.

Öğle yemeği zamanın geldiğini anlamazsın bile. Yarım saat olan yemek süreni aşağıda yarım kalan işleri planlayarak ve hızlı yemek yiyerek geçirirsin. Oturunca hissedersin yorgunluğunu, hiç oturmasaydım dersin. Zorda olsa dönersin yoğun bakıma. Ziyaret saati yaklaşmıştır. Bebeklerini hazırlarsın. Anne baba buluşması önemlidir. Kimisi ilk defa görecektir, dokunacaktır bebeğine. Ailelerin bebeklerine baktıklarında verdiği hemşirelik hizmetleri değerlendirilir. Teşekkür ve minnetleri haz verir insana. Bazen ilginç olaylarda olur. Bilgi verirsin, aile takılı kalır bebeğin kakasını yapıp yapmadığına. Onları da anlarsın, hep anlayışlı olmalısındır.

Bebeklerinin değişen durumları senin iş yükünü belirler. Her zaman planlı, hızlı ve iyi bir gözlemci olmalısındır. Bebeklerin en ufak değişikliğini sana gönderdiği mesajı hemen algılamalısındır.



Mesai bitimi yaklaşmıştır. Günün nasıl geçtiğini anlamazsın bile. Bebeğin bakımı, beslenmesi, aspirasyonu, mayileri, tedavileri ve hemşire gözlem notlarının yazılması birbirini izler. Ayakların sanki maraton koşar. Teslim zamanı gelmiştir. Emanet edersin bir sonraki nöbete kadar hastalarını. Gizli anlaşma imzalarsın, yarın gelene kadar iyi bakması konusunda kendilerine.

Tekrar soyunma odasıdır. Pantolona sığmayan bacaklar, ağrıyan ayaklar, yoğun bakımdaki cihaz gürültüsüne bağlı oluşan bir baş ağrısı ile ayrılırsın. Ancak mutlu, huzurlusundur güzel işler başardığın için.

İş yerinde gün bitmiştir ancak evde yeni başlar aslında. Büyük çocuk kreşten, küçük babaanneden alınır ve ev yolu tutulur.

Çocuklarla ilgilenmeden mutfak yolu gözükür. Yemek yapılmalıdır. Sofraya oturmak altı buçuğu bulur. Ailece yenen yemek bütün yorgunluğu alır. Günün nasıl geçtiği konuşulur. Sitem eder çocuklar ilgilenmediğin konusunda, en ağırı da odur. Mutfakta sıradır hala, bulaşıkların toplanması ve çay saati vardır sırada. Arkasından meyve zamanı gelir. Tabi ödevimiz varsa o çıkarılır o arada.

Misafir gelmesin diye dua edersin bu yorgunlukla kimseyi çekmek istemezsin. Çocukların uyku zamanı geldiğinde çocuklarla uyuya kalırsın. Okuyorsan, sınavların varsa veya çalışma yapıyorsan ki çok zor; uykuya yenik düşmemelisin. Yatağa girdiğinde mutluluklar, yorgunluklar, planlar arasında uykuya nasıl daldığını fark edemezsin.

Ama en güzeli de yeni doğan yoğun bakım hemşiresi olduğun, küçük yüreklere umut olduğun için şükredersin.

TOPLUM VE MEDYA GÖZÜYLE HEMŞİRELİK



Yeşim SERT KARAASLAN

Anadolu Ajansı Sağlık Muhabiri

Kimi zaman kendi sağlığımızın bırakın değerini bilmek, bize Tanrı'nın en büyük emneti olan bedenimizi hor kullanırken, en ufak bir başımız ağrıdığı anda canımızın orada olduğunu hatırlamak değerli hemşirelerin bizim için ne kadar önemli olduğunu anlamak için yeterli diye düşünüyorum.

Çaresizlik, insanın elini kolunu bağlayan en büyük acı haline dönüştüğünde, sağlık görevlileri içinde büyük bir yere sahip olan hemşirelerin hem tıbbi yardım hem manevi destek olarak verdiği katkılar, insanı hayata bağlayan en önemli unsur haline dönüşüyor.

Canımızı emanet ettiğimiz hemşirelerden gelecek bir tatlı söz, sıcak bir gülümseme, yaşamın ne kadar değerli olduğunu, bir başkasının gözünden önemli olduğunuzu hissettiren; sert bir ifade, kırıcı bir cümle de o kadar üzücü olabiliyor. Hayata yeni pencereler

açabilmek için hastalıkla mücadele ederken, bunu ikinci bir şansa dönüştürebilme, sağlığına kavuşmak için çaba harcayan hasta kadar ona destek olacak hemşirelerin de sorumluluğu olmalıdır. Çünkü gerektiğinde kendi sağlığını hiçe sayarak bir başkasının hayatı için çalışan, bunu meslek edinen bir iki meslek dalından biridir hemşirelik. Askerler vardır, gerektiğinde “Vatan canım feda sana” diyerek bombaların altında göğsünü siper etmekten korkmayan, hekimler, hemşireler ve sağlık personeli vardır, ne enfeksiyon, ne salgın ne bombadan çekinen... Önemli olan tek şey, ettikleri yemindir, verecekleri hizmet, kurtarıcakları hayattır.

Marifet, kabiliyet, bilgi yeterli değildir iyi bir hemşire olmak için yeterli olan, önce yürek, sabır, merhamet ve sevgi şarttır. nacizane düşüncemdir, yüreğinde sevgi olmayan, içinde çocuk ruhunu taşımayan, anne ya da baba gibi göğüsleyen sırtlayan, derdini dert bilen bir yoldaş olamayan insan olamamaktan öte asla sağlık personeli de olamaz. Peki, bir hemşirenin, zor koşullar altında, mesai saatleri süresince kimi zaman sabrını ve performansını zorlayan sayıda kişiye yardım eli uzatırken içindeki “koca yürek” yeterli olabilir mi çalışmak, sevmek ve korumak için? Elbette hayır.

Pozitif enerji ancak pozitif koşullarda ve yine ancak pozitif çalışanlarla mümkün olabilir. Bu nedenle, daha iyi bir hizmet alabilmek için öncelikle çalışma koşullarında kalitenin artırılabilmesi, nöbetlerin daha uygun sürelerde gerçekleştirilebilmesi, uygun yöneticilerle çalışılabilmesi ve hemşirelerin kendileri için ne kadar gerekli olduğunu bilen, hemşireye hem sözleri, hem davranışları hem de fiziksel temizliği ve hijyeni ile saygı gösterebilen hastaların varlığıyla mümkün olabilecektir. Bu bir ütopya mıdır? Değil, bu sadece insan olmak ve insanca yaşamak istediğidir o kadar.

Türkiye ve biz... Ne kadar saygılıyız? Bedenimize, bizi yaratanın verdiği emanete, bize hizmet sunmaya çalışan hastanelerdeki sağlık çalışanlarından tutun da üstünde yatırılan sedyeye, yatağa, tuvalete, kullanılması için geçici olarak verilen tıbbi cihazlara... Önce insanın kendine bakıp, sonra kaliteyi araması gerekiyor. Ancak, elbette kalitesiz hizmet sunumunun ya da hastayı öteleyen hizmet anlayışı bu saydıklarımızın eksikliği ile paralel gösterilemez.

“İnsanın neresi ağrıyorsa canı ordadır” denir, her ne kadar zor koşullar altında hasta gözünden bunu anlamak zor olsa da bunun hayata dönüştürebilmesi gerekiyor. Hasta ve hasta yakınlarının da başta hemşireler olmak üzere hekim ve diğer sağlık görevlilerinin de “önce insan” olduğunu unutmadan davranış biçimlerini buna göre şekillendirmesi gerekiyor.

Öyle ki hastalar, tedavisini üstlenen, takibini yapan, operasyonunu gerçekleştiren hekiminden daha çok hemşirelerle muhatap oluyor. Hastaların bu süreçte onların en yakınındakilerin hemşireler olduğunu unutmaması gerekiyor.

Her zaman gülümsemek ya da gülümsemeye çalışmak elbette zor. Hele ki hemşirelerin, kişisel özelliklerinin yanı sıra hastane gibi sürekli ölümün solunduğu ve ölümler yaşamın dans ettiği bir ortamda morali yüksek tutması yapılabilecek davranış tutumunun ötesinde gibi görülebilir. Ama işte yaşamla ölüm arasındaki çizgiye şahit olmayı seçen bir meslek grubunun en büyük acısı da bu olabilir diye düşünüyorum. Zor, acı dolu, öfke ve sinirin birbiriyle yarıştığı, merhametin ve yaşamın kazandığında sevincinin gökyüzüne ulaştığı, mesai sonrası evde huzurun şükürle yer değiştirdiği bir meslektir hemşirelik. Allah yardımcınız olsun, iyi ki varsınız...

Ve Medya....

Peki hemşirelerin insan sağlığında bu kadar önemli olduğu toplum tarafından yeterince bilinmekte midir? Büyük oranda hemşirelerin görevleri, sadece hastadan kan almak, tansiyon ölçmek gibi algılanmaktadır. Yüksek eğitimli yetişmiş hemşireler bile kısa bir eğitim sonrası meslek edinmiş gibi algılanabilmektedir. Oysaki hemşirelik, uzmanlık isteyen çok özel bir alandır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Özel Sayısında (2005) yer verilen bir çalışmaya göre, toplumun hemşirelik imajı hakkındaki görüşü, hemşirelik mesleğini, meslek üyelerini ve meslek adaylarını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle toplumun gözünde hemşirelik imajının belirlenmesi ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Yapılan çalışma sonucunda, hemşirelik mesleğinin, çalışmaya katılan bireylerdeki imajının orta düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik imajının bireylerin mesleğinden ve ailesinde bir hemşire yakını bulunma durumundan etkilendiği saptanmıştır. Serbest meslekle uğraşan ve ailesinde bir hemşire yakını olan bireylerin sahip oldukları hemşirelik imajlarının daha yüksek düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin hemşirelerin ve hemşirelik mesleğinin niteliklerine ilişkin verdikleri yanıtların beklenen düzeyde olumlu olmadığı görülmüştür.

Hemşireliğin toplum gözünde öneminin daha da artırılabilmesi için medyaya da görevler düşmektedir.

İster haberlerde, ister dizi ya da filmlerde konu pozitif algı yaratılabilmesi için kullanılmalıdır. Ancak, şu unutulmamalıdır ki, eğer hastaya bir öfkenin, tedavi sürecine ilişkin negatif bir tutumun bilgisi alınmış ve bu görsellerle desteklenmişse bu bir haberdir ve buna



bültенlerde de yer verilir. Bu aşamada, bültenden çıkacak sonuç, hemşireliğin toplum gözünde küçültülmesi değil, yanlış olan bir tutumun ya da bir mekanizmanın sonucunun doğrudan aktarılabilmesidir. Bu nedenle, böylesine bir görüntünün haber olması tartışılmaz bir gerçektir.

Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında, topluma bunun örnek olmaması ve kanıksanmaması için haber içeriklerinde dikkatli olunmalıdır. Sağlık çalışanının mağdur olduğu ön planda tutularak, şiddetin kesinlikle cezasız kalmayacağı ve yanlış olduğunun altı çizilmelidir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerinde, mutlaka süreç takip edilmeli; şiddet olayı haber olduğu gibi hukuki süreç tamamlandıktan sonra şiddet gösterene verilen ceza da haber yapılmalıdır.

Öte yandan, sevilen dizi senaryolarında ve hazırlanacak filmlerde hemşirelik, mesleğin fedakârlıkları özel hikâyelerle işlenebilir. Unutmamak gerekir ki habercilik, yanlış olanı göstermek kadar doğru olanı ya da olması gerekeni anlatabilmektir.

Canımızı emanet ettiğimiz değerli hemşire ve ebelerimiz, iyi ki varsınız. Hastalandığımızda canımız önce Allah'a sonra sonra sizlere emanet.

**SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**

*SEMPOZYUM
SONUÇ BİLDİRGESİ*

11 Mayıs 2015 tarihinde, Başkent Öğretmenevi'nde "Hemşirelik Sempozyumu '15" programı gerçekleştirilmiştir. 3 oturum ve 11 başlıkta konuların anlatıldığı Sempozyum sonrasında, yapılan sunumlar doğrultusunda çalışmalar gerçekleştirilerek sonuç bildirgesi hazırlanmıştır. Bildirge, sorunlar ve çözüm önerileri şeklinde değerlendirilmiştir.

HEMŞİRE VE EBELERİN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Türkiye'de sağlık insan gücünün en büyük kısmını oluşturan ve sağlık hizmeti üretim süreçlerinin temelinde yer alan hemşirelik ve ebelik, meslek kimliğini yitirme tehlikesi ile karşı karşıyadır. Türkiye'de tıbbi sekreter mezun edilmekte, fizyoterapist, ergoterapist, perfüzyonist mezun edilmekte, ancak yetişmiş insan gücü istihdam edilmemekte ve bu görevler hemşire ve ebelere yüklenmektedir.

Hemşirelik ve ebelik mesleğinin kimliği güçlendirilerek, görev tanımları daha net hale getirilmeli, görev alanları dışında çalıştırılmamaları sağlanmalıdır. Bu alandaki mevzuat eksiklikleri bir an önce giderilmelidir.

2. Hemşirelik ve ebelik emeği açısından en büyük tehlike, yetersiz istihdama bağlı ağır iş yüküdür. 12 yılda 3 kat artan sağlık hizmeti karşısında, istihdam yeterince artırılamamıştır. Hemşire istihdamı konusunda Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında en son sırada yer almaktadır. Halen 400 bin hemşireye ihtiyacımız bulunmaktadır. Ancak 130 bin hemşire ile bu hizmet sunulmaktadır. Aynı sayıdaki hemşire ile hasta memnuniyeti %39'dan %76'ya çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığı etkili bir istihdam planlaması yaparak, ağır iş yükü altında yıpranan sağlık çalışanlarını bir an evvel rahatlatmalıdır. Milli Eğitim Bakanlığı her yıl yaklaşık 50 bin alım yaparken, Sağlık Bakanlığı 10 bin personel almaktadır. Bunun da hemşire ve ebeye karşılık gelen kısmı, çok daha düşük olmaktadır.

3. 2007 yılında Hemşirelik Yasası'na konulan ve 2010 yılında Hemşirelik Yönetmeliği'nde ayrıntılarına değinilen, alanında yüksek lisans yapmış hemşirelere verilecek "Uzman Hemşire" unvanı ve bununla ilgili mali ve özlük haklarına ilişkin yasal bir düzenleme yapılmamıştır. Ayrıca, 2015 yılında yapılan yasal düzenleme ile ebelere verilen "uzman ebelik" unvanı ile ilgili de alt düzenleme yapılmamıştır.

Hemşirelikte ve ebelikte uzmanlaşmanın önünü açacak eksik düzenlemeler bir an evvel hayata geçirilmelidir.

4. Hemşirelik, bir mesleğin gerektirdiği şartlardan biri olan mesleki özerklik konusunda sorunlar yaşamaktadır. Hemşirelik mesleği ile ilgili olarak hekime yardım eden sağlık elemanı algısı mevcuttur.

Hemşirelerin profesyonel uygulamalarını mesleki uygulama standartlarına, etik bil-dirge, meslek ile ilgili kural ve yasalara uygun bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için “**mesleki özerklik**” sağlanmalıdır. Mesleki özerkliğin anahtarı mesleki yeterliliktir. Mesleki yeterlilik de, standart ve uygun eğitimden geçmektedir.

5.Hemşire ve ebeler, istihdam yetersizliğinden dolayı çok sayıda nöbet tutmaktadır. Bir hemşire veya ebenin ayda 8-10 nöbet tuttuğu, bu hemşire ve ebenin eşinin de nöbet usulü çalıştığı düşünülüğünde, bir ayın yarısından çoğunda aile bireyleri bir-birlerini bir arada görememekteler. Bu nedenle mevcut nöbet yoğunluğunun aile bütünlüğüne, çocuklarda aile bilincinin gelişmesine verdiği zarar, sağlık çalışanları arasında yaşanan boşanmalardaki etkisi araştırılmalıdır. Nöbet sağlık çalışanlarının aile hayatını yok eden bir risk olmaktan çıkarılmalıdır. Bunun için öncelikli olarak etkin bir istihdam politikası izlenmeli, ebe ve hemşireler görevleri dışındaki işlerde çalıştırılmamalıdır.

6.Performansa dayalı ek ödeme uygulamaları ve bu ek ödemelerin çalışanlar arasında adaletli bir şekilde paylaşılmaması, bütün mesleki branşlardaki sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşire ve ebelerin de iş motivasyonunu bozan temel faktörlerdendir.

Performans sistemi çalışanlar arasında daha adil bir dağılım olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir. Dağıtılabilir döner sermaye havuzu genişletilerek yapılacak katsayı değişiklikleri ile çalışanların emeklerinin karşılığı olan ek ödemeyi almaları sağlanmalıdır. Sabit ek ödemeler, gelir vergisi matrahından çıkartılmalıdır.

7.Performans sistemindeki adaletsiz dağılımın bilimsel çalışmaların teşviki alanında da yaşandığı görülmektedir. Bilimsel çalışmaların mesleki hiyerarşiye göre ücretlendirilmesinden vazgeçilmeli, gerekli standardizasyon sağlanmalıdır.

Ebe ve hemşirelerin bilimsel çalışma yapması teşvik edilmeli ve yapılan bilimsel çalışmaların mali ve özlük haklarına daha adil bir şekilde yansıtılması sağlanmalıdır.

8. Hemşirelikte branşlaşma uygulamaları yaygınlaşmamıştır. Hemşirelikte -yetersiz de olsa- sertifika uygulamaları var olmakla birlikte, bu sertifika ve branşlaşma kişinin sonraki iş hayatı için bağlayıcı olmamaktadır. Yani kişi, Ankara’da yeni doğan hemşiresi iken Bursa’ya tayini çıktığında acil hemşireliği yapabilmektedir. Bunun yanı sıra, yüksek lisans ve doktora yapan ebe ve hemşireler eğitimlerine uygun pozisyonlarda istihdam edilmeyebilmektedir.

Hemşirelerde, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi’nde (ÇKYS) “hemşire” unvanı altında da tanımlamalar yapılabilir ve Personel Dağılım Cetveli (PDC) uygulamalarında bu branşlar belirtilmelidir. Kişinin eğitimi ile uyumlu birimde görev yapması, iş doyumunu ve verimini artıracığından dolayı, branşlaşmayla ilgili geleceğe dönük planlamalar yapılmalıdır.

9. “**Hemşire Yardımcılığı**” isim bazında ve görev tanımları anlamında hemşirelik mesleği açısından riskli bir uygulamadır. Çalışmanın, örneği görülmemesine karşın, yasal düzenleme yapılarak uygulamaya geçirilecek olmasının, hemşirelik mesleğinin saygınlığını ve gelişimini zedeleyeceği düşünülmektedir.

“**Bakım Destek Çalışanı**” veya “**Klinik Destek Personeli**” gibi farklı bir isim belirlenerek, görev tanımları daha net yapılmalıdır. Görev tanımlarındaki “hemşirenin gözetimi altında” şeklinde başlayan ifadeler, hemşirelere daha fazla sorumluluk yüklediğinden dolayı, bu konuda gerekli düzenleme yapılmalıdır.

10. Özellikle en yoğun çalışma ortamlarının olduğu eğitim ve araştırma hastanelerinde, hekim bazında insan kaynağının fazla olmasından dolayı, performans dayalı ek ödeme dağılımında sağlık çalışanları diğer hastanelere oranla daha düşük ücret almaktadır.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde katsayılar değiştirilerek, iş yükünün karşılığı olan ek ödemenin verilmesi sağlanmalıdır. Eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışan hocaların eğitim ve araştırmaya yönelik çalışmaları ve özendirici mali katkılar Döner sermaye kaynağından değil genel bütçeden karşılanmalıdır.

11. Hemşire ve ebelerin de içinde bulunduğu sağlık çalışanlarının; “**hekim dışı sağlık çalışanı**”, “**yardımcı sağlık personeli**”, “**diğer sağlık personeli**” ve “**aile sağlığı elemanı**” gibi ifadelerle tanımlanması, sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığını zedelemektedir.

Sağlık çalışanlarının tüm Türkiye’de “**sağlık çalışanı**” olarak tanımlanması, mesleki kimliklerini güçlendirecektir.

12. Kurumların PDC’lerinde, mevcut durumda kendilerinde çalışmayan (geçici görevde olan, ücretsiz izinde olan vb.) ebe ve hemşireler de gözüktüğünden aktif çalışan ebe ve hemşire sayısı var olandan daha fazla görülmekte ve bu durum yeni insan kaynağı gelmesine engel olmaktadır.

Aktif çalışmayan ebe ve hemşirelerin sistemde gözükmemesi veya herkesin kadrosunun çalıştığı kuruma aktarılması gerekmektedir.

13. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) öncesi, ebe ve hemşirelik mesleğini idari açıdan temsil eden başhemşirelik kadrosuna atanabilmek için en az 4 yıllık hemşirelik mezunu ve 10 yıllık tecrübe şartı aranırken; 663 sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü olabilmek için herhangi bir lisans mezunu olmak ve 5 yıllık tecrübe yeterli görülmüştür. Bu durum, yönetim kadrolarına sağlık dışı alanlardan atamalara mahal verebileceği gibi saha tecrübesi yeterli olmayan kişilerin atanabilmesine de yol açacaktır.

Hastanelerin hizmet alanlarında büyük çoğunluğu oluşturan hemşire ve ebelerin, yönetimlerinin kendi üyeleri tarafından yürütülmesi profesyonel meslek ölçütleri açısından bir gerekliliktir.

14. Yöneticilerin sözleşmelerinin kısa süreli olması, kaliteyi ve verimliliği azaltmaktadır.

Yöneticilerin sözleşme sürelerinin, en az 4 yıl olması gerekmektedir.

15. Hekimlerin faydalandığı, mesleki mali sorumluluk sigortasının yarısının kurum tarafından karşılanması uygulaması, ebe ve hemşirelerde bulunmadığından açılmış malpraktis davalarında mağduriyetler yaşanmaktadır.

Ebe ve hemşirelerin mesleki mali sorumluluk sigortasından faydalanması sağlanmalıdır.

16. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) mevzuatına göre, tehlikeli ve çok riskli hizmet sınıfında olan ve 7/24 hizmet veren sağlık çalışanlarına yıpranma payı verilmemektedir.

Sağlık çalışanlarına, 5 yıla 1 yıl yıpranma payı verilmelidir.

17. Devlet istihdam politikalarının gereği olarak bir taraftan kayıt dışı ve sosyal güvenlik sistemine dahil olmamış istihdam ve gelirlerle mücadele ederken, diğer yandan kendi çalışanın cebine giren ek ödemeyi sosyal güvenlik sisteminden kaçırmaktadır.

Çalışanların gelirlerinin tamamının, sosyal güvenlik sistemine ve emekliliğe yansıtıldığı düzenleme bir an önce yapılmalıdır.

18. Hemşirelik ve ebelik, lise mezunu olup sağlıkla ilgili başka bir ön lisans bitiren ebe ve hemşirelere, ebelik ve hemşirelik lisans tamamlama hakkı verilmemiştir.

Lise mezunu ebe ve hemşirelere, lise mezunu olarak veya sağlıkla ilgili başka bir ön lisans bitirmiş olarak lisans tamamlama hakkı verilmelidir.

19. Nöbet ücretleri artırılmasına rağmen hala günümüz koşullarını karşılamamaktadır. Dünyanın tüm ülkelerinde ve işçilerde, mesai dışı çalışmanın karşılığı ve nöbet ücretleri normal mesai ücretinden fazla iken, sağlık çalışanları nöbet ücreti olarak normal mesainin birim karşılığının yaklaşık yarısını almaktadırlar.

Nöbet ücretlerinin birim karşılığı, normal mesainin karşılık geldiği birim ücretinden daha fazla hale getirilmelidir.

20. Sağlık çalışanlarının, özellikle bayan sağlık çalışanlarının en önemli sorunu kreşlerdir. 24 saat esasına göre çalışan kreşler mutlak suretle yaygınlaştırılmalıdır. Kreşlerin

hangi mekanlar kullanılarak açılacağı ve bütçesinin nasıl karşılanacağı ile ilgili, çalışan lehinde acilen düzenleme yapılmalıdır.

21. Yoğun bakım ve ameliyathanelerde işin niteliğinden kaynaklanan şua izni ve fiili hizmet süresi zammı gibi uygulamalardan, uygun risk değerlendirmesi yapılarak, burada hizmet veren bütün sağlık çalışanlarının yararlanması sağlanmalıdır.

22. Bakanlık merkez teşkilatlarına sağlanan servis hizmetleri, 7/24 hizmet veren hastanelere sağlanmamaktadır.

Sağlık çalışanlarının servis hizmetlerinden faydalanması sağlanmalı veya ulaşım yardımı yapılmalıdır.

23. Daha öncesinde sağlık çalışanlarına verilen muayenelerde öncelik artık verilmemekte ve sağlık kurumlarında muayene süresi beklediğinden, uzun süreli hizmet kayıpları yaşanmaktadır.

Muayene öncelik hakkı, sağlık çalışanlarına yeniden verilmelidir.

24. Sağlıkta şiddet gün geçtikçe artmaktadır. Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda kurumlardaki mevcut uygulamalar yeterli bulunmamaktadır. Şiddet uygulayan kişinin yargılanmasının tutukluluk süresi içinde yapılması ve 24 saat gözaltında tutulmasına yönelik yasal düzenleme yapılmasına karşın uygulamada çok fazla karşılığı bulunmamaktadır.

Yapılan yasal düzenlemelerin uygulanması sağlanmalı, sağlık çalışanına şiddet uygulayan kişi, 6 ay boyunca sağlık güvencesiz kalmalı ve harcamaları kendileri karşılamalıdır.

25. Olumsuz çalışma koşulları ve iş yükü, hemşire ve ebelerin mesleki uygulamalara yeterli ve nitelikli zaman ayıramamalarına yol açmaktadır.

Daha etkin istihdam planlaması ve iş analizleri ile kaliteli ve nitelikli hizmet sunumunun öncelendiği bir sistem kurgulanmalıdır.

26. Sağlık çalışanları hak ettiği ücret ve sosyal hakları alamamaktadır. Sağlık çalışanlarının emeğinin karşılığı olan maaşların verilmesi sağlanmalı, lisansiyer sağlık çalışanlarının ek göstergeleri 3600'e çıkartılmalı ve diğer ek göstergeler kademeli olarak artırılmalıdır.

27. Sağlık çalışanları izinli ve raporlu oldukları dönemde, döner sermayelerinde kesinti olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının 666 sayılı KHK ile düzenlenen sabit ödeme katsayıları 20 puan artırılarak, kişilerin izinli ve raporlu olduğu dönemlerdeki kayıpları karşılanmalıdır.

28. Ücretli doğum izin süreleri yeterli değildir.

Doğumdan önce 8 hafta, doğumdan sonra 8 hafta olan ücretli doğum izinleri, doğumdan önce 12 hafta doğumdan sonra 12 hafta olarak revize edilmelidir.

29. Amirleri ve iş arkadaşları tarafından ebe ve hemşirelere mobbing uygulamaları giderek arttığı gözlemlenmektedir.

İş yerinde mobbing uygulamaları ile ilgili tanımlamalar ve yasal düzenlemeler daha net hale getirilmeli ve özellikle sağlık hizmetleri ortamındaki mobbing vakaları ile etkili mücadele edilmelidir.

30. Hemşirelerin dinlenme alanlarının çoğu yerde yetersiz olduğu, hatta bazen bu yönde hiçbir alanın olmadığı gözlenmektedir.

Çalışma ortamlarında dinlenme alanlarına yer verilmelidir.

31. Özel sektördeki bir sağlık çalışanı, iş ortamında ve işinden dolayı bir hastalık veya kaza yaşadığı durumda, bu durum iş kazası veya meslek hastalığı olarak tanımlanmakta, kamuda çalışan bir sağlık çalışanı ise iş ortamında ve işinden dolayı bir hastalık veya kaza yaşadığında bu hakka sahip olamamaktadır.

Kamu çalışanlarına ilişkin meslek hastalığı ve iş kazası uygulamaları ile ilgili acilen yasal düzenleme yapılmalıdır.

32. İş sağlığı ve güvenliği yasası, uygulamada ve yürürlükte olduğu halde psiko-sosyal riskler, tükenmişlik, radyasyon, fiziksel riskler ve şiddet gibi birçok riskle karşı karşıya olan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına gereken önem verilmemektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ile sağlık çalışanlarının mesleki risklerine dair eğitimler verilmeli ve iş ortamları bu doğrultuda yeniden düzenlenmelidir.

33. Sağlık kurumlarında etkin bir ödüllendirme sistemi bulunmamaktadır. Yapılan tüm düzenlemeler, ceza odaklı yapılmaktadır.

Çalışanların motivasyonunu artıracak, etkin ve verimli ödüllendirme sistemleri kurgulanmalı ve uygulanmalıdır.

**SAĞLIK-SEN
HEMŞİRELİK
SEMPOZYUMU**