



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ CERRAHPAŞA



DOKTORA TEZİ

**2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE YASAL
DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ**

Satı BİRBUDAK

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ülkü BAYKAL

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Nisan, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Satı BİRBUDAK tarafından, Prof. Dr. Ülkü BAYKAL danışmanlığında hazırlanan "2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE YASAL DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 02/04/2024 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Ülkü BAYKAL	☒
	İstanbul Arel Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelik Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM	☒
	İstanbul Atlas Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelik Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Emine TÜRKMEN	☒
	İstinye Üniversitesi	Kabul
	Hemşirelik Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Handan ALAN	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Satı BİRBUDAK

(İmza)

Eşim, Oğuz BİRBUDAK'a, biricik kızım İnci'ye biricik oğlum Salih'e canım yeğenim Işık'a ve her zaman beni destekleyen canım anneme, babama ve kardeşlerime ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE YASAL DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisi ve deneyimleriyle rehberlik eden, her fırsatta zaman ayıran çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL,

Doktora eğitimim süresince, değerli bilgi ve birikimleriyle rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a ve Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Veri toplama sürecinde destek veren yönetici hemşire, sorumlu hemşire ve çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Desteğini her zaman hissettiğim doktora arkadaşlarım Ayşe YILDIZ'a, Seyhan ÇERÇİ'ye Nermin UYURDAĞ'a

Dostluğunu ve desteğini esirgemeyen Çiğdem YURTSEVEN'e, Yılmaz ÇORLU'ya ve Rabia YORGANCI'ya

Tüm eğitim hayatım boyunca her zaman desteklerini hiç esirgemeyen annem, babam çocuklarım, canım yeğenim Işık'a, kardeşlerim Nezaket, Emine, Ömer'e ve eşim Oğuz'a , saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Nisan 2024

Satı BİRBUDAK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. SAĞLIK KAVRAMI.....	4
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	5
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	5
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	7
İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	7
Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	7
2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
Tıbbi Rehabilitasyon.....	7
Sosyal Rehabilitasyon.....	7
2.5. SAĞLIK SİSTEMLERİ.....	8
2.5.1. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması.....	8
Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri.....	9
Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri.....	9
Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri.....	9
Sosyalist Sağlık Sistemleri.....	9
2.6. SAĞLIĞA YÖN VEREN KARARLAR.....	9
2.6.1. Sağlığa Yön Veren Uluslararası Kararlar.....	9
2.6.2. Hemşireliğe Yön Veren Uluslararası Kararlar.....	12

2.7. SAĞLIK POLİTİKASI.....	3
2.7.1. Türkiye Sağlık Politikaları.....	14
1920-2000 Dönemi Sağlık Politikaları.....	14
2000 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	16
2.8. GÜNÜMÜZ TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARININ VE YASAL DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİĞE ETKİSİ.....	17
2.8.1. Hemşirelik Eğitime Yansıması.....	17
2.8.2. Hemşirelik Uygulamalarına Yansıması.....	18
2.8.3. Hemşirelik İstihdamına Yansıması.....	20
Hemşirelikte Yeni İstihdam Alanları.....	22
Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi.....	23
2.8.4. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimine Yansıması.....	24
2.9. HEMŞİRELİK KANUNU VE YÖNETMELİĞİ.....	24
3. YÖNTEM.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÇALIŞMA GRUBU.....	26
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	30
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	31
3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	32
3.7. GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK.....	33
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	36
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI VE GÜÇLÜĞÜ.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ.....	37
4.2. BİREYSEL DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR.....	40
4.2.1. 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim Temasına İlişkin Bulgular.....	41
4.2.1.1.Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	43
4.2.1.2.Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	55
4.2.2.Hemşireliğe Etkisi Temasına İlişkin Bulgular.....	66
4.2.2.1.Hemşirelik Eğitimi Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	69
4.2.2.2.Hemşirelik Roller Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	75
4.2.2.3.Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	81
4.2.2.4.Görev, Yetki ve Sorumluluklar Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	93
4.2.2.5.Örgütlenme Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	102
4.2.2.6.Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci) Alt Temasına İlişkin Bulgular.....	106
5. TARTIŞMA.....	122
5.1. 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim Alt Temasına Tartışılması	122
Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasının Tartışılması.....	122
Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasının Tartışılması.....	125
5.2. Hemşireliğe Etkisinin Temasının Tartışılması.....	127

Hemşirelik Eğitimi Alt Temasının Tartışılması.....	128
Hemşirelik Roller Alt Temasının Tartışılması.....	129
Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasının Tartışılması.....	132
Görev, Yetki ve Sorumluluklar Alt Temasının Tartışılması.....	136
Örgütlenme Alt Temasının Tartışılması	139
Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci) Alt Temasının Tartışılması	141
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	147
KAYNAKLAR.....	150
EKLER	159
EK – 1.....	160
EK - 2.....	162
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	164
ETİK KURUL.....	164
KURUM İZNİ YAZILARI.....	165
ÖZGEÇMİŞ KURUM İZNİ YAZILARI.....	166

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Ateş ve Işıkcı, 2020: 141)...	6
Şekil 3.1	Çalışmayı Oluşturan Gruplar.....	27
Şekil 3.2	Çalışmada Yer Alan Meslek Örgütü Grupları.....	28
Şekil 3.3	Nitel Araştırma Örnekleme -1.....	29
Şekil 3.4	Nitel Araştırma Örnekleme - 2.....	29
Şekil 3.5	Nitel Araştırma Örnekleme - 3.....	30
Şekil 4.1	Tüm Temalara Ait Sözcük Bulutu.....	41
Şekil 4.2	Sağlık Politikalarında Değişim Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	42
Şekil 4.3	Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Teması Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	55
Şekil 4.4	Hemşireliğe Etkisine İlişkin Temanın Alt Tema ve Kodları	66
Şekil 4.5	Hemşireliğe Etkileri Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	67
Şekil 4.6	Eğitim Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	69
Şekil 4.7	Hemşirelik Roller Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	75
Şekil 4.8	Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	81
Şekil 4.9	Görev Yetki Ve Sorumluluklar Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	93
Şekil 4.10	Örgütlenme Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	102
Şekil 4.11	Mesleki Kimliği Kazanma Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.....	106

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 3.1 Nitel Araştırmaların İnanırcılığı İçin Kullanılan Yöntemler.....	34
Tablo 4.1 Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 4.2 Araştırmanın Tema, Alt Tema Ve Kodlarının Dağılımı.....	40
Tablo 4.3 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim Temasına İlişkin Alt Temaların Dağılımı.....	42
Tablo 4.4 Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasına İlişkin Kodların Dağılımı.....	43
Tablo 4.5 Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasına İlişkin Kodların Dağılımı.....	56
Tablo 4.6 Sağlık Politikaları Ve Yasal Düzenlemelerin Hemşireliğe Etkisi Temasına İlişkin Kodlarının Dağılımı.....	68
Tablo 4.7 Hemşirelik Eğitimi Alt Tema İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	69
Tablo 4.8 Hemşirelik Rollerine Alt Tema İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	75
Tablo 4.9 Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	81
Tablo 4.10 Görev, Yetki Ve Sorumluluklar Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	94
Tablo 4.11 Örgütlenmeye Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	102
Tablo 4.12 Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	107

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler Açıklama

K	: Kadın
E	: Erkek
%	: Yüzde
±	: Artı-Eksi

Kısaltmalar Açıklama

MAXQDA	: Nitel ve Nicel Araştırmalar İçin Veri Analiz Programı
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
THD	: Türk Hemşireler Derneği
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
ve diğ.	: ve diğerleri
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
ÜH	: Üniversite Hastanesi
ŞH	: Şehir Hastanesi
DH	: Devlet Hastanesi
ÖH	: Özel Hastane
VÜ	: Vakıf Üniversitesi
DÜ	: Devlet Üniversitesi
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
SBHM	: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

ÖZET**DOKTORA TEZİ****2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE YASAL
DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ****Satı BİRBUDAK****İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa****Lisansüstü Eğitim Enstitüsü****Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı****Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı****Danışman : Prof. Dr. Ülkü BAYKAL**

Birbudak, S. (2023). 2000 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları ve Yasal Düzenlemelerin Hemşirelik Mesleğine Etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Yönetim ABD, Doktora Tezi, İstanbul.

Bu araştırma 2000 yılı sonrası geliştirilen sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerinin hemşirelik mesleğine olan etkisinin ortaya konulması amacıyla, nitel araştırma yöntemlerinden bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın çalışma grubu, Türkiye genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan 50 kişiden oluşmaktadır. Bu kişiler arasında hemşireler, hemşire akademisyenler ve hemşire yöneticiler bulunmaktadır. Araştırma verileri “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analiz edilmesinde ise MAXQDA 2024 programı kullanılmıştır.

Araştırma bulguları incelendiğinde, 2000 yılı sonrası geliştirilen sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerinin hemşirelik mesleğine etkisi, “hemşireliğe etkileri”, “sağlık politikalarında

değişim” olmak üzere iki ana temada incelenmiştir. Sağlık politikalarının oluşturulma sürecindeki görüşlerde, katılımcıların genellikle sahada çalışanlar ve ilgili paydaşlar yerine dışarıdan gelen kişilerin etkili olduğunu düşündükleri ve saha deneyimine sahip olanların daha etkin bir rol oynaması gerektiğine ilişkin görüşler belirtilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 20 yıllık sürecinde; sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve hastane birleştirmeleri gibi olumlu etkiler öne çıkarken, Aile Hekimliği sisteminin beklentileri karşılayamadığı, performansla dayalı hizmet anlayışının eleştirildiği ve maliyetlerin arttığı vurgulanmıştır. Bireyler açısından sağlık politikalarındaki değişim, teknolojik gelişmelerin etkisi, özlük haklarındaki değişikliklerin olumsuz etkileri ve Aile Hekimliği sistemindeki sorunlar gibi farklı etkileri üzerinde durulmuştur. Toplumsal düzeyde, sağlık politikalarının toplumun sağlık refahını artırmak, eşitlik sağlamak, çalışan haklarını korumak ve yönetimi düzenlemek açısından önemli rol oynadığı, ancak var olan politikaların yetersizlikleri ve eşitsizlikler konusundaki endişelerin dile getirildiği görülmüştür. Sağlık hizmetlerindeki değişimle ilgili olarak, teknolojinin rolü, dijitalleşme çabalarının zorlukları, özel hastanelere güvensizlik ve finansman sorunlarını içermektedir. Sağlık çalışanlarının 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere yönelik görüşleri ve değişim biçimleri, Hemşirelik Kanunu'nun yetersizliği ve eksiklikleri, yönetmeliklerin uygulanmasındaki tutarsızlıklar, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin olumsuz etkileri ve Aile Hekimliği sisteminin getirdiği değişikliklere yönelik çeşitli görüşleri içermektedir. Hemşirelik mesleğinin daha görünür hale gelmesi, iş tanımlarının netleştirilmesi ve mevcut yasal düzenlemelerin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin hemşirelik hizmetleri yönetimini olumsuz yönde etkilediği, Sağlıkta Dönüşümle birlikte Aile Hekimliği sisteminin bazı olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir. Hemşireliğe etkisinde, hemşirelik eğitime ilişkin eleştiriler arasında, sağlık meslek liseleri mezunları, kısa süreli kurslarla hemşire atanmasının olumsuz etkileri ve yüksek lisans eğitiminin uygulamaya yeterince yansımadığına yönelik görüşler dile getirilmiştir. İstihdam ve kariyerle ilgili olarak, hemşireler arasında farklı görüşler belirtilmiş olup özellikle özlük hakları, maaş eşitsizliği ve kariyer planlaması konularında iyileştirmeler beklenmiştir. Hemşirelik rolleri zaman içinde evrim geçirse de eğitici ve araştırmacı rollerin sahada tam anlamıyla uygulanamadığı vurgulanmıştır. Hemşirelerin özerklikle ve özlük haklarıyla ilgili olarak, hekim etkisinin devam ettiği, özerkliğin sınırlı olduğu ve özlük haklarının yetersiz olduğu yönündedir. Cinsiyetle ilgili bulgular, erkek hemşirelerin mesleği olumlu etkilediği görüşleriyle birlikte, bu durumun bazı sorunları beraberinde getirebileceği endişeleri dile getirilmiştir. Hemşirelikte etik ile ilgili olarak, etik kuralların izlenmediği, mesleki ilkelere uyulmaması durumunda yaptırım mekanizmasının olması gerektiği üzerinde odaklanılmıştır.

Sonuç olarak; 2000 sonrası sağlık politikalarının ve yasal düzenlemelerinin hemşirelik mesleğine çok yönlü etkilerinin olduğu görülürken, politika oluşturma süreçlerinde hemşirelerin yer alması gerektiği, Hemşirelik Kanunu ve yönetmeliklerde güncelleme yapılması ve hemşirelik eğitimi, istihdamı, hemşirelik rolleri ve iş tanımlarında ve etik ilkelerin uygulanmasına ilişkin konularında iyileştirmelerin önemli olduğu ortaya konulmuştur. |

Nisan 2024 , |182| sayfa.

Anahtar Kelimeler: | Hemşirelik, Sağlık Politikaları, Yasal Düzenlemeler |

ABSTRACT**|Ph.D. THESIS |****|THE EFFECTS OF HEALTH POLİTİCİES AND LEGAL REGULATIONS ON
NURSİNG PROFESSION AFTER YEAR 2000 |****|Satı BİRBUDAK|****İstanbul University-Cerrahpaşa****Institute of Graduate Studies****Department of Management in Nursing****Nursing Management Programme****|Supervisor : Prof. Dr. Ülkü BAYKAL |**

Birbudak, S. (2023). The Effects Of Health Policies And Legal Regulations On Nursing Profession After Year 2000. Istanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Graduate Studies, Department of Management in Nursing, PhD, Istanbul.

This research was conducted to reveal the impact of health policies and legal regulations developed after 2000 on the nursing profession and was designed with the individual in-depth interview method, which is included in the qualitative research method.

The study group of the research consists of 50 people working in public and private health institutions throughout Turkey. These people include nurses, nurse academics and nurse managers. Research data was obtained using the "Semi-Structured Interview Form". MAXQDA 2022 program was used to analyze the data.

When the research findings were examined, the effects of the health policies and legal regulations developed after 2000 on the nursing profession were examined under three main themes: "effects on nursing", "change in health policies. In the opinions on the process of creating health policies, it was found that the participants generally thought that outsiders were effective rather than field experts and relevant

stakeholders, and expressed opinions that those with field experience should play a more active role. While positive effects such as the merger of social security institutions and hospital mergers came to the fore during the 20-year period of the Health Transformation Program, it was stated that the Family Medicine system could not meet expectations, the performance-based service approach was criticized and costs increased. For individuals, different effects such as the change in health policies, the impact of technological developments, the negative effects of changes in personal rights and problems in the Family Medicine system are emphasized. At the societal level, it appears that health policies play a critical role in improving the health well-being of society, ensuring equality, protecting employee rights, and regulating management, but concerns have been expressed about the inadequacies and inequalities of existing policies. Regarding change in healthcare, these include the role of technology, the challenges of digitalization efforts, distrust of private hospitals, and financing issues. It includes various views of healthcare professionals regarding health policies and legal regulations after 2000 and their changes, the inadequacies and deficiencies of the Nursing Law, inconsistencies in the field implementation of the regulations, the negative effects of Decree Law No. 663, and the changes brought by the Family Medicine system. It is emphasized that the nursing profession should become more visible, job descriptions should be clarified and existing legal regulations should be improved. In addition, it was stated that Decree Law No. 663 negatively affected the management of nursing services and that the Family Medicine system had some negative effects with the Transformation in Health. Among the criticisms regarding nursing education in its impact on nursing are the negative effects of assigning health vocational high school graduates with short-term courses and the views that postgraduate education is not adequately reflected in practice. There are different views among nurses regarding employment and career, and improvements are expected, especially in matters of personnel rights, salary inequality and career planning. Although nursing roles have evolved over time, it has been emphasized that educational and research roles cannot be fully implemented in the field. Regarding nurses' autonomy and personal rights, the opinion is that the influence of physicians continues, autonomy is limited and personal rights are insufficient. Findings regarding gender include opinions that male nurses have a positive impact on the profession, but also concerns that this situation may bring about some problems. Regarding ethics in nursing, the focus is on the need to have a sanction mechanism in case of non-compliance with ethical rules and non-compliance with professional principles.

As a result, while it is seen that post-2000 health policies and legal regulations have multidirectional effects on the nursing profession, it has been shown that nurses should be involved in policy making processes, updating the Nursing Law and regulations and improvements in nursing education, employment, nursing roles and job descriptions, and the application of ethical principles is important.

April 2024, 182 pages.

Keywords: Nursing, Health Policies, Legal Regulations

1. GİRİŞ

İnsanlık tarihi her daim gelişme ve değişme süreci içinde olmuştur. Bu değişime ve gelişime yön veren en önemli değişkenler ise üretim, insan ilişkileri ve iktisadi politikalardır. İlkel dönemde avcı toplayıcı olan insan zamanla gelişmiş, karmaşık ilişkiler içine girmiş ve farklı ihtiyaçlara sahip olmuştur. Değişen zaman insanın toplum içindeki rollerini de geliştirmiş ve insanı üretimin en önemli itici gücü haline getirmiştir (Atılğan, 2017). Önceleri sadece temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için avcılık ve toplayıcılık yapan insan tarımın başlamasıyla birlikte üretim tekniklerini öğrenmiş ve yeni aletler icat etmiştir. Sermaye birikiminin de artmasıyla insanın doğa üzerindeki hâkimiyeti güçlenmiş ve ticaretle yeni keşifler başlamıştır. Sanayi devrimiyle birlikte üretim çok daha gelişmiş bir yapıya kavuşmuş ve iktisadi ilişkiler yeni bir boyut kazanmıştır. Tüm bu gelişmeler üretimin ve insan yaşamının devlet eliyle düzenlenmesini gerekli kılmıştır. Günümüzde geline nokta insan yaşamının her alanına dair çeşitli politikalar geliştirildiği ve hayatı daha kaliteli kılmak için çaba sarf edildiği görülmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012: 117). Her ülke kendi ekonomik ve sosyal yapısı dâhilinde vatandaşlarının yaşamını değerli kılmak için çeşitli politikalar geliştirmektedir. İnsan yaşamının değerli kılınması için en fazla yatırım yapılan gelişim sağlanmaya çalışılan alanların başında şüphesiz ki sağlık gelmektedir (Yalçındağ, 2018: 6).

Ülkelerin benimsedikleri ekonomik modeller sağlık modelleri üstünde de etkili olmuştur. Örneğin I. Dünya Savaşı sonrasında Shemasko sağlık modelini uygulayan Sovyetler Birliği daha sonraki dönemde iç ve dış yapıda meydana gelen değişimler nedeniyle kapitalist uca doğru yönelim göstermeye başlamıştır. Benzer durum İngiltere’de de görülmüş ve sanayi devriminin ardından kıvı devrim tehlikesiyle baş edebilmek için sosyal güvenlik yelpazesi kolektivist uca doğru yönelim göstermiştir. Bu gelişmeler ülkelerin içinde bulunduğu siyasi ve ekonomik durumun sağlık politikaları alanında etkili olduğunu göstermektedir (Bayın ve Akbulut, 2012: 117-118).

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı bireyin yaşamını sürdürebilmesi için elde etmesi gereken en temel haklardan biridir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi devletlerin temel sorumluluk alanlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri

bir ülkenin ekonomik ve sosyal anlamdaki gelişmişliğini gösteren en önemli belirteçlerden biridir. Ülkelerin değişen demografik ve sosyal yapısı sağlık hizmetlerinin de bu değişime adapte olmasını gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla gelişmiş bir toplumda sağlık hizmetlerinin çağın koşullarına uygun, gelişime açık, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olması gerekmektedir (Demirel, 2009: 13).

Sağlık sadece bireyin yaşamındaki meselelerden biri olarak değil küresel anlamda ele alınması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle COVID-19 pandemisinden sonra bir ülkede meydana gelen hastalığın nasıl küresel anlamda etki gösterebileceği çok net görülmüştür. Bu nedenle sağlık politikalarının global anlamda önemli olduğu söylenebilmektedir (Aydınlı, 2022: 4). Türkiye’deki duruma bakıldığında beşer yıllık kalkınma planları ile sağlık, eğitim ve savunma alanındaki gelişmelere yön verildiği görülmektedir. Bu kalkınma planları ile sağlık hizmetlerinin gelişimi için bütçe ayrılmakta ve eylem planları belirlenmektedir. Dolayısıyla sağlık politikalarının gelişiminin ayrılan bütçe ile doğru orantılı olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Gelişen teknolojik cihazların temin edilmesi, sağlık personelinin istihdamı ve sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi için ayrılan bütçe politikaları güçlü kılan en önemli unsurdur. Yeterli bütçe elde edilmeden güçlü bir politika yürütebilmek mümkün değildir. Bu nedenle sağlık ekonomisi ve sağlık politikaları birbiri ile yakından ilişkili olan durumlar olarak görülmektedir (Kıvanç, 2015: 165).

Sağlık hizmetlerinin en önemli aktörlerinden biri hemşirelerdir. Hizmetlerin her basamağında hastalar ile yakın temas halinde olan hemşireler topluma değer katan meslek gruplardandır. Hemşireler yeni doğandan yaşlılara kadar her yaş grubuna ve toplumun her kesimine hizmet vermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin en önemli paydaşlarından biri olarak tarihten günümüze kadar varlıklarını sürdürmüşlerdir. Günümüzde birçok kuruluş hemşirelik mesleğinin tanımını yapmaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing- ICN)’ne göre hemşirelik, “bireyin ve toplumun sağlığını koruyan, geliştiren ve rehabilite etme sürecinde rol alan meslek grubudur. Hemşireler hastanın tedavi planında etkin rol alan ekibin bir parçasıdır (MEB Hemşirelik Meslek Esasları, 2012).” Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise hemşireliği şu şekilde tanımlamaktadır: “bireylerin sağlığına ve iyilik haline katkıda bulunan bir yardım mesleği koludur (Bonsall ve Cheater, 2008: 1092). Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından hemşirelik mesleğine yönelik yapılan tanımlama ise şu şekildedir: “bireyin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için bir amaç doğrultusunda hareket eden, bu hizmetleri yerine getirirken

bilimden faydalanan sağlık disiplini (Türk Hemşireler Derneği-Hemşirelik Kanunu, 2023).” Yapılan tanımlamalar hemşirelik mesleğinin insan sağlığı konusunda etkin rol alan bir disiplin olduğu konusunda hemfikirdir.

Teknolojik gelişmeler tüm insanlığı etkilediği gibi hemşirelik mesleğini de etkilemiştir. Gelişen teknoloji ile birlikte hastalara uygulanan tedavilerin farklılaşması hemşirelerin verdikleri hizmetlerin de çeşitli ve kompleks olmasını sağlamıştır. Çağdaş hemşirelik yaklaşımları bilimsel verileri temel alacak şekilde hasta bakımı hizmetlerini vermeyi hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda kaliteli hizmeti sağlayabilmek için hemşirelerin performans ölçütlerinin ve bakım standartlarının geliştirilmesi önem kazanmıştır (ANA, 2004). Tarihsel süreç bağlamında bakıldığında hemşirelerin görev ve sorumluluklarının zamanla değiştii ve mesleki standartların da bu yönde şekillendiği görölmektedir. Önceleri hekimlere bağlı bir meslek grubu olan hemşirelik günümüzde toplumsal sorumlulukları olan özerk bir disiplin haline gelmiştir. Bu nedenle hemşirelik mesleğinin odağı günümüzde sadece hastalığın tedavisinde rol almak değil sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlamaktır (Perry, 2009). Hemşirelik mesleğindeki bu dönüşüm hasta-hemşire ilişkisini de büyük ölçüde değiştirmiştir. Çağdaş hemşireler hastaları ile iş birliği içinde olan hastanın kararlarına saygı duyan ve hastayı bir bütün olarak ele alan bakış açısıyla hareket etmektedir. Hemşirelik mesleğindeki bu dönüşüm sağlık politikalarının da farklılaşmasını mecbur kılmaktadır (Karadağ ve Taşçı, 2005: 16).

Gelişen ve değişen dünya ölkemizdeki ihtiyaçların ve beklentilerin de farklılaşmasını sağlamıştır. Toplumun ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanması için sağlık politikalarına yönelik kavramların yeniden ele alınması ve mevcut politikaların bilimsel olarak incelenmesi kaçınılmaz olmuştur. Uygulanan politikaların sağlık çalışanları ve toplumda bıraktığı etkilerin objektif biçimde incelenmesi uygulamaların işlevselliğinin ortaya konulması bakımından gereklidir. Sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan hemşirelerin bu politikalardan nasıl etkilendiği ve politikalardaki çıktıların neler olduğunun belirlenmesi toplumsal kalkınmanın sağlanması açısından da önem arz etmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgularla sağlık politikalarının hemşirelik mesleğini nasıl etkilediğinin ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda kaliteli sağlık politikalarını geliştirilmesine kaynaklık edecek bilimsel bilginin üretileceği düşünölmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde sağlık, sağlıkta politika ve hemşirelik kavramları ile ilgili temel bilgilere yer verilmiştir.

2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramı, iktisadi, toplumsal, politik, hukuki, kültürel ve evrensel izler taşıyan; tarihsel birikimle şekillenen oldukça karmaşık bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Ateş ve Işıkcı, 2020: 141). İçeriğindeki bu çeşitlilik nedeniyle sağlık kavramını tanımlayacak genel geçer bir açıklama mevcut değildir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık kavramı şu şekilde açıklanmaktadır: “Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyi olma halidir¹.” Evrensel olarak sağlığa dair en fazla kabul gören bu açıklama sağlığın sadece hasta olmama halini ifade etmediğini belirtmektedir. İyi halin öznel bir değerlendirme içermesi ise sağlığa yönelik tanımı kişiye göre farklılaştırabilmektedir. Kişinin kendini fiziksel, psikolojik ve toplumsal açıdan nasıl algıladığı iyilik hali üzerindeki en önemli değerlendirmedir. Bununla birlikte sağlık alanında geliştirilen teşhis kriterleri de sağlıklı olmaya ilişkin objektif veriler sunmaktadır. Tüm bu değerlendirmeler ise kişinin içinde bulunduğu koşullara göre farklılaşabilmektedir. Bu nedenle sağlık kavramının sadece tıbbi değil kültürel sosyal ve politik bir yanı olduğu söylenebilir (Tanrıverdi ve diğ., 2020: 127).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamaktadır: “Sağlık hizmetleri, insan sıhhatine dokunan farklı ve çok çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılabilmesi, hastalara teşhis konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde iyileştirme, bedenî, akli kabiliyetleri kaybetme veya eksilmesi durumunda bu kabiliyetlere tekrar kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tamamıdır.” (Çelikay ve Gümüş, 2010: 177).

Bir toplumdaki sosyal gelişimin en önemli görüngülerinden biri bireylerin sağlık işlemlerine ulaşabilme imkânıdır. Hizmetlerin sunulmasında ve eylemlerin gerçekleşmesinde

¹ DSÖ Anayasası 19-22 Temmuz 1946 tarihlerinde New York'ta toplanan Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından kabul edilmiş ve 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiş bir yasadır.

sağlanan kalite sağlık hizmetlerinin niteliğini belirlemektedir. Bu hizmetlerin kamu tarafından ulaşılabilir olması toplumun sosyal açıdan gelişmişliğini göstermektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerindeki niteliğin artırılması son derece önemlidir (Gençer ve diğ., 2021: 1126).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

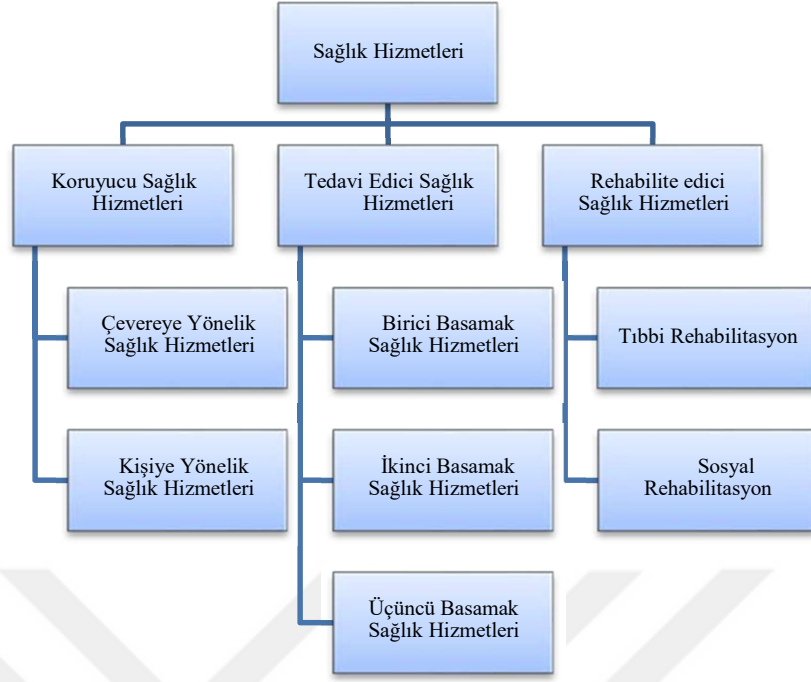
Sağlık hizmetleri birçok özellik bakımından diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Kendine has yapısı olan sağlık hizmetlerinin genel özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Güldal ve diğ., 2019: 164):

- Sağlık hizmetleri insan yaşamını temele aldığı için acildir.
- Sağlık hizmeti sunan kişiler profesyonelleşmişlerdir.
- Sağlık hizmeti alan kişiler birçok bakımdan hizmet sunan kişilere bağımlıdır.
- Sağlık hizmetleri soyut içerikler taşıdığı için çıktılarının objektif olarak ölçülmesi mümkün değildir.

Yukarıda sıralanan özellikler göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinin profesyonel bir alan olduğu ve hayati önem taşıdığı görülmektedir. Bu hizmetler belli bir sınıflandırma dâhilinde sunularak yoğunluğun azaltılması amaçlanmaktadır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Aşağıdaki sınıflandırma incelendiğinde (Şekil 1) sağlık hizmetlerinin temelde üç kategoride sınıflandırıldığı görülmektedir. Aşağıda yer alan başlıklarda bu hizmetlere dair detaylara yer verilmiştir.



Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Ateş ve Işıkcı, 2020: 141)

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en temel hedefi sağlığın korunması için gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 177).

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık için tehdit oluşturan veya zarar veren fiziksel, kimyevi, biyolojik veya sosyal faktörlerin olumlu hale getirilmesi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin hedefidir (Öztürk ve Karakaş, 2015: 40).

Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan bireyi merkeze almaktadır. Aile planlaması, sağlıklı beslenme, hastalıkların erken teşhisi gibi hizmetler bu kapsam altında değerlendirilmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105).

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişinin mevcut durumunun tedavi edilmesi için sağlanan tüm hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleri bağlamında değerlendirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci,

ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 178).

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Bu hizmetler bireyin evden veya ayaktan tedavi olmasını gerektiren durumlarda sağlanmaktadır. Aile sağlığı merkezleri, muayenehaneler veya verem savaş dispanserleri gibi kurumlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği alanlardır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 40).
- **İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Hastane yatışı ile birlikte hastanın durumunun incelenmesi ve tedavi edilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Kapsamlı devlet hastaneleri veya özel hastaneler bu hizmetlerin verildiği alanlardır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105).
- **Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:** Hastalıkların iyileştirilmesinde yüksek teknolojiyi kullanan ve alanında uzmanlaşmış hekimlerle yürütülen hizmetlerdir. Onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri ve çocuk hastaneleri gibi kurumlar bu hizmetlerin verildiği alanlardır (Ateş ve Işıkçı, 2020: 141).
- **Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri:** Herhangi bir hastalık kaza veya doğumsal nedenlerle engelle sahip olan kişilerin gündelik yaşamlarının daha işlevsel hale getirilmesini hedefleyen sağlık hizmetleridir (Acar, 2019: 12). Bu hizmetler rehabilite edici sağlık hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır.
- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Kişinin sahip olduğu fiziki engellerin yarattığı işlev kayıplarının mümkün olduğu ölçüde azaltılmasını hedefleyen hizmetlerdir. Tekerlekli sandalye veya protez kullanımı gibi hizmetler bu bağlamda ele alınabilmektedir (Ateş ve Işıkçı, 2020: 143).
- **Sosyal Rehabilitasyon:** Engeller nedeniyle sosyal işlevselliğini yitirmiş kişilere yeni beceriler kazandırmayı hedefleyen hizmetlerdir. Bu kişilere mesleki beceriler veya eğitsel destekler sağlanarak sosyalleşmelerinin arttırılması mümkün olmaktadır (Ateş ve Işıkçı, 2020: 143).

2.5. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sistem, en genel tanımıyla birbiri ile ilişkili olan bölümlerin oluşturduğu bir bütündür. Bütünü meydana getiren tüm ögeler sistemin birer parçası olarak kabul edilmektedir. Bu ögelerin birbiri ile dolaylı veya doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 178).

Sağlık sistemlerine bakıldığında farklı tanımlamalar yapıldığı anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında hazırlanan rapora göre sağlık sistemi “sağlığı iyileştirme, geliştirme ve korumayı içeren tüm faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır (Kırılmaz ve diğ., 2017; DSÖ, 2000).

Başka bir tanımlamada sağlık sistemi; sağlık kuruluşlarını, sağlık personellerini, araştırma çalışmalarını, sağlığı korumak ve hastalıklarla mücadele etmeyi kapsayan tüm eylemler şeklinde ifade edilmektedir. Bu tanımlamada sağlık kuruluşlarına destek veren tüm kuruluşlar, finansal kaynaklar ve devlet sistemin tarafları olarak kabul edilmektedir (Ateş ve Işıkçı, 2020: 144).

Sağlık sistemi kavramı toplumun sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini hedeflemektedir. Bu sistem içindeki tüm ögeler toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için örgütlenmiştir. Sağlık sisteminde uygulanan tüm politikalar sistemi geliştirme amacı gütmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemine yapılan her yatırım toplumsal kalkınmanın adımlarından biri olmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 178).

Sağlık sistemleri ülkelerin kültürel yapısı, finansal durumu, tarihsel gelişimi ve siyasal durumundan kaynağını almaktadır. Ülkedeki mevcut nüfus popülasyonunun özellikleri dahi sağlık sistemini etkileyebilmektedir. Toplumun mücadele ettiği hastalıklar, hijyen koşulları ve teknolojik gelişmeler gibi birçok faktör sağlık sisteminin gelişmesinde atılacak adımları belirlemektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

2.5.1. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Sağlık sistemleri insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Tarihsel akış içinde her devlet halkına sağlık hizmeti ulaştırabilmek için çeşitli sistemler geliştirmiştir. (Kavak, 2018: 16). Roemer (1993) tarafından geliştirilen sağlık sistemi sınıflandırması şeklindedir (Akt. Çavmak ve Çavmak, 2017: 49):

- Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri
- Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri
- Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri
- Sosyalist Sağlık Sistemleri şeklindedir.
- **Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri:** Bu sağlık sisteminde özel sektör merkeze alınmaktadır. Sağlık hizmetleri isteği bireysel ödemeler veya özel sigorta primleri koşuluyla sigorta şirketleri aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Bu sistemde maddi imkanları olan bireyler kendi istekleriyle sigorta sistemine dahil olmakta ve sağlık hizmetlerinden bu şekilde faydalanmaktadır (Ateş ve Işıkcı, 2020: 144).
- **Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri:** Refah yönelimli sağlık sistemleri 1883 yılında Almanya başbakanı Otto Von tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin gelirleri ile doğru orantılı olacak şekilde ödedikleri primleri sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlamaktadır. Bu sistemde ödemeler önceden yapılmakta ve çalışanların sigorta primleri işverenler tarafından ödenmektedir (Herdman, 2011: 4).
- **Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri:** Bu sistemler doğrudan devlet kontrolünde olup elde edilen gelirin tamamı halkın ödediği vergilerle sağlanmaktadır. Sağlık personellerinin ücretlendirme sistemi ile çalıştığı bu yapının en tipik örneği İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde görülmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 50).
- **Sosyalist Sağlık Sistemleri:** Bu anlayıştaki sistemlerde sağlık hizmetlerinin sunumu toplumun tekelindedir ve özel sektöre yer verilmemektedir. Sağlık hizmetini üreten ve uygulayan tüm kurum ve kuruluşlar kamuya aittir (Ateş ve Işıkcı, 2020: 145).

2.6. SAĞLIĞA YÖN VEREN KARARLAR

2.6.1. Sağlığa Yön Veren Uluslararası Kararlar

Sağlık alanındaki problemlere çözüm getirme ve mevcut uygulamaları geliştirme hedefi uluslararası sağlık örgütlerinin bildireleri ile meydana gelmektedir. Bu bildirelerle alınan kararlar küresel çapta etki oluşturmaktadır. 1978 yılı Alma-Ata Bildirgesi ile başlayan toplantılar günümüzde hala devam etmektedir. Bu bildireleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Beylik, 2018; 7; Keskin, 2018: 125-126):

- **Alma-Ata Bildirgesi:** Kazakistan Alma-Ata kentinde 1978 yılında yayımlanan bu bildirgede sağlık hizmetlerinin birey ve toplum için önemine vurgu yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkelerin sağlık hizmetleri konusundaki yetersizliğine dikkat çektiği bildirgede herkes için sağlık anlayışı geliştirilmiştir. Bu bildirgede ülkelerin ulaşması gereken sağlık düzeyi için 2000 yılı hedef gösterilmiştir. Bu tarihe kadar ülkelerin mevcut sağlık sistemlerini geliştirmesi ve herkes için ulaşılabilir hale getirmesi için harekete geçmeleri gerektiği çağrısı yapılmıştır. Yapılan bu çağrı ile ülkelerin sağlık düzeylerinde kayda değer ilerleme olduğu görülmüştür.
- **Lizbon Bildirgesi:** 1981 tarihli bildirgede hasta hakları merkeze alınmıştır. Buna göre sağlık hizmeti alan hastaların bilgilendirilme, profesyonel sağlık personelinin hizmet alma, tedaviyi kabul veya ret etme, kişisel bilgilerin korunması ve onurlu biçimde ölme haklarının olduğu vurgulanmıştır. Hasta haklarına dair genel bir çerçevenin çizildiği bu bildirge oldukça önemlidir.
- **Ottowa Şartı:** 1986'da Kanada'da bir araya gelen uzmanlar 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda "Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı"nı yayınlamışlardır. Bu toplantıda daha önce belirlenen herkes için sağlık sloganı eylemlerinin hangi kriterleri sağlaması gerektiği üzerine durulmuştur. Buna göre sağlık hizmetlerinde meydana gelen problemlerin sadece sağlık sektörü bağlamında ele alınmaması gerektiği bildirilmiştir. Sağlığı geliştirme için politik, ekonomik, biyolojik veya çevresel birçok grubun ortak hareket etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her birey için eşit koşullar sunması gerektiğine dair açıklamalarda bulunulmuştur.
- **Adelaide Tavsiyeleri:** 1988'de Avustralya'da toplanan uzmanlar tarafından. 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında "Sağlıklı Halk Politikası" stratejileri belirlenmiştir. Buradan çıkan bildirgeye göre sağlık politikalarının temel hedefi bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli koşulları yaratmak ve bu alandaki kişiler arası adaletsizliği ortadan kaldırmaktır. Buna göre halk sağlığı faaliyetlerinde kadın sağlığı, beslenme ve bağımlılık yapıcı maddeler üzerinde önemle durulması gerektiği bildirilmiştir. Aynı zamanda sağlık alanındaki problemlerin çözümü için uluslararası iş birliklerine ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.
- **Kopenhag Bildirgesi:** 1994 tarihli Kopenhag bildirgesi Dünya Sağlık Örgütü temsilcilerinin sağlık politikalarını merkeze aldığı bir toplantı olmuştur. Bu bildirgede Avrupa bölgesindeki sağlığa yönelik eleştiriler yer almış ve bu eleştiriler kapsamında

yapılması gereken değişimler hakkında fikir bildirilmiştir. Bu bildirmede de sağlık politikalarının geliştirilmesi için uluslararası iş birliğinin önemine değinilmiştir.

- **Amsterdam Bildirgesi:** Bu bildirme 1995 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ismiyle yayınlanmıştır. Bu içerikte Lizbon Bildirgesi'nin eksik yönleri giderilmeye çalışılmıştır. Bu eksik noktalar insan hakları, mahremiyetin önemi, bakım, tedavi ve başvuru şeklinde açıklanmıştır.
- **Bali Bildirgesi:** Endonezya'nın Bali şehrinde toplanan temsilciler 1995 yılında "Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi"ni yayınlamışlardır. Bu bildirmede ele alınan içerikte Lizbon ve Amsterdam Hasta Hakları Bildirgesi ile benzer konuların ele alındığı görölmüş ve hasta haklarına dair derinlikli çalışmalar yapılmıştır. Bu bildirgeyi diğerlerinden farklı kılan durumlardan biri hastanın rasyonel değerlendirme yapamadığı durumların incelenmesi ve intihar davranışı olmuştur. Bunun yanı sıra bu bildirmede sağlık eğitiminin her bireyin kendi sorumluluk alanı içinde olmasına dair görüş bildirilmiştir.
- **Ljubljana Bildirgesi:** 1996 tarihli bildirmede Avrupa'da sağlık hizmetlerine erişemeyen bireylerin yaşadıkları mağduriyetin giderilmesi ele alınmıştır. Sağlık reformlarının her bireyin ulaşılabilir hizmetlere erişmesi gerektiği esasına dayanması istenmiştir.
- **Jakarta Bildirgesi:** 1997'de Endonezya'da düzenlenen Sağlığı Geliştirme konulu 4. Uluslararası Konferans'ta Jakarta Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirmede hazırlanan içerikte sağlığın geliştirilmesi için sosyal sorumluluk eylemlerine daha fazla yönlenmesi ve gerekli alt yapının sağlanması ele alınmıştır. Aynı zamanda 21. Yüzyılın sağlık eylemlerinin nasıl olması gerektiğine dair yol haritası çizilmiştir.
- **Halkların Sağlık Bildirgesi:** 2000 yılında Bangladeş'te düzenlenen Halkların Sağlığı Meclisi'nde Halkların Sağlık Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirmede küresel sağlık krizleriyle başa çıkabilmek için uluslararası iş birliğinin sağlanması gerektiğine dair görüş bildirilmiştir.
- **Dubrovnik Sözleşmesi:** 2001 yılında Hırvatistan'da yayınlanan bildirmede sağlık alanındaki stratejilerin belirlenmesi ve kalite standartlarının geliştirilmesi üzerine fikir bildirilmiştir.
- **Bangkok Konferansı:** 2005 yılında Bangkok'ta düzenlenen 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda sağlık politikalarının geliştirilmesi ve destekleyici çevrenin oluşturulmasına dair konular ele alınmıştır. Buna göre sağlığın geliştirilmesi

için küresel gelişime önem verilmesi, hükümetlerin yükümlülüklerinin ortaya konulması, sivil toplumun sağlığa verdiği önemin artırılması ve müşterek uygulamaların gerekli kılınmasına dair görüşler ileri sürülmüştür.

- **Tallinn Şartı:** 2008 tarihli Estonya toplantısında sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar incelenmiştir. Bu toplantıda Dünya Sağlık Örgütü tarafından sunulan raporlar üzerine çalışılmış ve yapılabilecek müdahalelere yönelik fikirler öne sürülmüştür.
- **Malta Belgesi:** 2012 yılında Malta’da düzenlenen Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Komitesinin 62. Oturumunda bu bildirge yayınlanmıştır. Bildirgede üye devletlerin politik eylem alanlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesindeki 53 üye devlet ortak politika olan Sağlık 2020 üzerinde anlaşma sağlamışlardır. Bu anlaşmanın ortak hedefleri arasında bireyin sağlığının artırılması, sağlığa erişimdeki adaletsizliğin azaltılması, halk sağlığının güçlendirilmesi ve kaliteli sağlık sistemlerinin oluşturulması yer almaktadır.

Yukarıda yer alan bildirgelerin sağlığın iyileştirilmesi üzerinde önemli rol oynayan faktörler olduğu görülmektedir. Sağlık sisteminde çok önemli bir yere sahip olan hemşireler için de uluslararası kararlar alınmış ve hemşirelik eğitiminin standardize edilmesi için kriterler sunulmuştur.

2.6.2. Hemşireliğe Yön Veren Uluslararası Kararlar

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesinden bu yana bireyin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde hemşirelerin oldukça önemli bir yeri olduğu anlayışı gelişmiştir (Alma-Ata Deklarasyonu, 1978). 1988 yılına gelindiğinde ise Viyana’da düzenlenen Avrupa Hemşirelik Konferansı’nda hemşirelerin mesleki gelişimlerini sağlamak adına eğitim organizasyonlarının yapılandırılması gerektiğine dair kararlar alınmıştır (Avrupa Hemşirelik Konferansı, 1988). 1998 tarihli Sağlık dokümanında ise bu kararın geliştirilmesi için üye ülkelere çağrıda bulunulmuştur. Türkiye’nin de imzalamış olduğu “Münih Deklarasyonu”nda hemşirelik eğitimi yapılandırılmasına dair çeşitli kararlar alınmıştır. Buna göre hemşirelik mesleği eğitiminin lisans ve lisansüstü derecesinde yürütülmesi, bilimsel araştırmaların desteklenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için hemşirelerin görev ve sorumluluk alanının genişletilmesi kararları alınmıştır (Münih Deklarasyonu, 2000; WHO, 2000; WHO, 2003; WHO, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Birliği normları temel alınarak hazırladığı hemşirelik eğitim strateji raporunda benimsenen temel ilkeler şu şekildedir (WHO, 2000; WHO, 2003; WHO, 2009):

- Hemşirelik eğitimi toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte yapılandırılmalıdır.
- Hazırlanan eğitim programı lisans derecesinde olup 3 yıldan az olmamalıdır.
- Hemşirelik eğitim mezuniyeti üniversite derecesine denk gelmelidir.
- Eğitim alan öğrenciler diğer üniversite öğrencileri ile aynı statüde olmalı ve hemşire gibi çalıştırılmamalıdır.
- Mezun hemşireler benzer eğitim düzeyine sahip olmalıdır.
- Eğitim müfredatı kanıta, araştırmaya ve beceriye dayalı olmalıdır.
- Kazanılan beceriler hastanedeki uygulamaları kapsayacak nitelikte olmalıdır.
- Verilen temel eğitim gelişme için temel oluşturmali ve uzmanlığa hazırlık niteliği taşımalıdır.
- Hemşirelik okulları ve uygulama alanları resmi olarak akredite olmalıdır.
- İlgili okulların müdürleri uzman hemşirelerden oluşmalı ve uygulama çalışmaları uzman hemşireler tarafından yürütülmelidir.
- Ders verecek eğitmenler ilgili alanlarda en az iki yıl çalışmış olma kriterine sahip olmalıdır.
- Teorik dersleri veren eğitmenler uygulamalardan da sorumlu olmalı ve klinik rehberler öğrencilere öncülük etmelidir.

Hemşirelik mesleği belli kriterler dâhilinde geliştirilen eğitimlerle beraber nitelikli ve standart hale getirilmiştir. Bu koşulların sağlanabilmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesindeki en önemli değişkenlerden biri de şüphesiz ki geliştirilen sağlık politikalarıdır.

2.7. SAĞLIK POLİTİKASI

Yabancı kökenli politika kelimesi toplumsal yaşamın her alanını kabul gören fikir sistemi doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanmaktadır. Politika kelimesi yaygın anlamıyla devleti yönetme anlamı taşıyan siyaset kavramının karşılığı olarak kullanılmaktadır. Bu iki terim her ne kadar birbirinin yerine kullanılsa da aslında tamamen aynı anlamı karşılamamaktadır. Siyaset kelimesi yönetmeyi ve idare etmeyi içeren bir kavramken

politika bir konuda izlenecek yol haritası ve anlayışı da ifade etmektedir (Erdoğan ve diğ., 2019: 131).

Sağlık alanında geliştirilen politikalar sağlık sistemi kuruluşlarının ve sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin düzenlenmesini sağlayan bakış açısı ve yol haritasıdır. Sağlık politikası kapsamında ele alınan durumlar sadece kuruluşları değil kuruluşların verdiği hizmetin kalitesini de yakından etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık politikasının sağlığa etkide bulunabilecek tüm fiziki, toplumsal, sosyal ve çevresel koşullarla yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık politikası bu denli geniş bir kapsama sahip olduğu için kompleks bir bakış açısı gerektirmektedir. Nitelikli kuruluşların ve sağlık hizmetlerinin her vatandaş için erişilebilir olması doğru bir sağlık politikası ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle toplumların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi geliştirilen sağlık politikalarının eserdir (Gürsoy, 2015: 84).

Türkiye’de geliştirilen sağlık politikaları tarihsel süreç içinde gelişim ve farklılaşma göstermiştir. Bir sonraki başlıkta Türkiye’deki sağlık politikasının tarihsel gelişimine değinilmiştir.

2.7.1. Türkiye Sağlık Politikaları

1920-2000 Dönemi Sağlık Politikaları

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasıyla birlikte sağlık sisteminin temelleri atılmış ve çeşitli sağlık programları planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlığa dair tüm bileşenleri geliştirme sorumluluğunu alan bakanlık olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yasalarla toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığının en temel sorumluluk alanı ise ulusal sağlık politikalarının belirlenmesi, bu politikaların yönetilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerin finanse edilmesidir (Aktan ve Işık, 2012). Bir diğer önemli kuruluş olan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü de Dünya Bankasından alınan kredilerin sağlık adına kullanılmasını üstlenerek önemli bir işleve sahip olmuştur (Özkal, 2002).

1950’li ve 1960’lı yıllara gelindiğinde toplumun sağlık hizmetlerine daha rahat erişebilmeleri için sağlık ocaklarının kurulduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu dönemde tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilerek tek elde toplanmıştır (OECD, 2012). 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” yasası ile sağlık hizmetlerinin

herkese verilebilmesi adına çok önemli bir adım atılmıştır. Bu yasa, yönetim anlayışı, personel hakları ve hizmet modeli bakımından da gelişmiş bir düzenleme olarak kabul edilmektedir (Pala, 2008).

1963 yılına gelindiğinde ise ilk defa beş yıllık kalkınma planı içinde sağlığa da yer verilmiştir. Bu planda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanınması, halk sağlığı hizmetlerinin sunumuna önem verilmesi, sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerinde eşit dağıtılması, mevcut hizmetlerin geliştirilmesi ve özel hastanelerin desteklenmesi gibi konulara yer verilmiştir. Aynı zamanda bu planda Genel Sağlık Sigortası ve hastaneler için döner sermaye sisteminin kurulması planlanmıştır (Yalman ve diğ., 2014: 25).

1978 yılına gelindiğinde ise sağlık personellerine dair bazı düzenlemeler yapıldığı görülmektedir. “Kamuda Çalışan Hekimlerin Tam Gün Çalışmasının kabul edilmesiyle birlikte hekimlerin çalışma koşulları düzenlenmiştir. 1980’li yıllara gelindiğinde ise sağlık hizmetleri için oldukça az bütçe ayrıldığı ve kamu sağlık kurumlarındaki verimliliğin artırılması için işletmecilik anlayışı getirildiği görülmektedir (Yıldırım ve diğ., 2013: 2030).

1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” ile birlikte sağlık reformu hareketlerinden söz edilmeye başlanmıştır (Harmancı, 2014). Buna göre sağlık reformu sağlık hizmetlerinde devletin değişen rolü, tüketiciler ve halk sağlığı bağlamında şekillenmiştir. Aynı yıl kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve BAĞ-KUR yoluyla Sağlık Sigortası Başlatma Yasası ile sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ilkesine vurgu yapılmış ve bu yöndeki eksikliklerin giderilmesi amaçlanmıştır (Yılmaz ve diğ., 2018: 348).

1988-1993 yılları arasında sağlık reformu alanında çok güçlü çalışmaların başladığı görülmektedir. Dünya Bankası ile yapılan anlaşmalar neticesinde Sağlık Bakanlığı sağlık reformu çalışmalarını yürütmeye başlamıştır. Bu sağlık reformu eşitlik, erişebilirlik, sağlık hizmetlerinde yapılanma, sağlık yönetimi ve enformasyon sistemi bağlamında şekillenmiştir (San, 2020: 56).

1992 yılına gelindiğinde I. Ulusal Sağlık Kongresi bağlamında alınan kararlarla ulusal düzeyde etkiye sahip olacak bir sağlık politikasının temelleri atılmıştır. Bu reformla beraber sağlık finansmanı, sağlık kuruluşları yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlıkta enformasyon ve insan kaynakları gibi çeşitli alanlara dair ana başlıklar ele alınmıştır. Bu

gelişme hem hizmet sunumu hem de bir örgüt olarak sağlık kuruluşlarının ele alınması bakımından önem arz etmektedir (Tanrıverdi ve Parlayan, 2019: 183).

1993 ve 1997 yılları arasında ise sağlık bakanının sıkça değişmesi nedeniyle sağlık politikalarında istikrar yakalanamadığı görülmüştür. Kalkınma planları ile sağlığa yönelik planlamalar devam etse de eylemsel bazda istenilen performans yakalanamamıştır. Bununla beraber 1993 yılında hazırlanan Sağlık Reformu Yasa Tasarısı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasının yürürlüğe sokulması ve genel sağlık sigortasına geçiş gibi konuların gündeme getirildiği görülmüştür (Soysal ve Yağar, 2015: 314).

2000 yılına yaklaşırken Yedinci Kalkınma Planı ile birlikte Genel Sağlık Sigortası uygulamasının hızlandırılması ve hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması gündeme gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği modeline geçilmesi ve sağlık bakanlığının güçlendirilmesine yönelik hedefler belirlenmiştir. Bu gelişmelerle birlikte 2000’li yıllara gelene kadar sağlık hizmetlerini geliştirmek için çeşitli politikalar uygulandığı ve hedefler belirlendiği görülmektedir. Bir sonraki başlıkta 2000’li yıllarda izlenen sağlık politikalarına yer verilecektir.

2000 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

2001-2005 yıllarını kapsayan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 27 Haziran 2000 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmış ve ardından faaliyete geçirilmiştir. 1990’lı yılların atmosferiyle birlikte globalleşmenin hızla yayılması yeni yüzyılda sağlıkta dönüşümü mecbur kılmıştır. 2003 yılı itibarıyla Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile yenileşme hareketlerinin başladığı görülmektedir (Ugur ve Tirgil, 2018: 296).

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2011 yılları arasında birinci stratejik plan dâhilinde uygulanmaya başlanmıştır. Bu programla sağlık hizmetlerinin adil ve nitelikli şekilde sunulması ve yeterli finansmanın sağlanması amaçlanmıştır. Bu hedefler doğrultusunda Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağkur sistemleri Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilmesi, Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilmesi, sağlık personelinin bilgi ve becerilerinin artırılması, sağlık hizmetlerinin akredite edilmesi, sağlık bilgi sisteminin kurulması ve tıbbi cihazların yönetimi gibi birçok önemli konu çalışılmıştır (OECD, 2012).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2004 yılı itibariyle aile hekimliği modeline geçilmiştir. 2006 yılında sağlık finansman sistemi kurulmuş ve 2011’de kamu hastaneleri birliği oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012; Akt. Gençer ve diğ., 2021). 2013-2017 yılları arasında hazırlanan ikinci stratejik plan ile Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerinin kapsamlı şekilde hayata geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu sağlık politikaları içinde hemşirelik mesleği üzerinde de etki oluşturacak çeşitli değişimler yaşanmıştır.

2.8. GÜNÜMÜZ TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARININ VE YASAL DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİĞE ETKİSİ

Tarihsel süreç içinde uygulanan sağlık politikaları hemşirelik mesleği üzerinde bazı etkiler meydana getirmiştir. Bu etkileri aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür.

2.8.1. Hemşirelik Eğitime Yansıması

Hemşirelik mesleğinde görülen cinsiyet ayrımcılığı yıllar boyunca hem toplumsal kabuller hem de yasal düzenlemelerle desteklenmiştir. Öyle ki 1954 yılında çıkarılan Hemşirelik Kanunu’nda bu mesleğe sadece kız öğrencilerin kabul edilebileceği ibaresi eklenmiştir. Bu yasa gereği yıllarca hemşirelik sadece kadınlar tarafından icra edilen bir meslek olmuş ve zamanla hemşirelerin sadece kadın olabileceği algısı iyice yerleşmiştir. Bu algının yerleşmesi şüphesiz ki çok uzun bir tarihsel süreci kapsamaktadır. Hemşireliğin en temel rolü olan bakım verme kadınlara özgü davranışlar olarak nitelendirilmiş ve bu alanda kadınlara yer verilmiştir. Oysa hemşirelik mesleğinin gerektirdiği görev ve sorumluluk her iki cins tarafından da üstlenilebilmektedir (Sert, 2019: 14).

2007 yılına gelindiğinde Hemşirelik Kanunu’nda yapılan düzenlemeler sayesinde erkeklerin de bu eğitime başvurmalarına izin verilmiştir. Böylece yasal olarak erkeklerin de hemşire olabilmeleri mümkün olmuştur (Besak, 2019: 54). Yasal olarak erkeklerin hemşire olabilmesi mümkün olsa da toplumsal algıya karşı eylemde bulunmak zor olduğu için erkeklerin bu mesleği tercih etmeleri kolay olmamıştır. Günümüzde erkek hemşireler varlık gösterse de hala kadınların daha yoğunlukta olduğu bir meslek olma özelliğini sürdürmektedir (Eskiocak, 2015: 98).

Kanun değişimde yönetim ile ilgili değişiklikler de yapılmıştır. Başhemşirelik ve sorumlu hemşirelik gibi yönetsel görevlerde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin

rüçhan hakları elde etmişlerdir (Hemşirelik Kanunu, 2023). 663 sayılı KHK ile geleneksel başhemşirelik makamı yerini sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bırakmıştır. Şu an ki mevcut sağlık bakım hizmetleri müdürleri hemşire olsa da kanunda bu pozisyon koşullarında mesleki sınırlamama yapılmamıştır. Bu da herhangi bir üniversitenin 4 yıllık lisans mezununun gelebileceği ihtimalini yaratmaktadır. Sağlık alanında herhangi bir bilgi ve tecrübeye sahip olmayan kişilerin bu kadrolara gelmesi sağlık gibi kritik bir alanda karmaşaya neden olabilecektir (Resmî Gazete, 2019; Ankara ve Zeybek, 2021).

2.8.2. Hemşirelik Uygulamalarına Yansıması

Sağlıkta Dönüşüm Projesi hasta ve sağlık çalışanının konumlandırılmasını farklılaştırmıştır. Bu projeyle birlikte hasta memnuniyetinin ön plana alınması ve işletmecilik anlayışı hastaların müşteri olarak konumlanmasına neden olmuştur. Hizmet alan kişilerin müşteri kategorisinde olması hastaların isteklerinin tatmin edilmesi için tetkik ve tedavinin planlanmasına dönüşmüştür (Erol ve Özdemir, 2014). Bu noktada meydana gelen bir diğer problem de sistemin iyileştirilmesi için alınan geri bildirimlerin yanlış anlaşılmasıdır. Geri bildirim verme kolaylığını yaşayan hastalar yersiz durumlar için bile şikâyet dilekçeleri oluşturmaya başlamıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının motivasyonunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri olmuştur. Şikâyetler doğrultusunda personele uygulanan performans baskısı hemşirelerin iş tatmini düşmesine ve yabancılaşmaya neden olmuştur (Çınaroğlu, 2021: 55).

Sağlık sisteminin iyileştirilmesi adına geliştirilen kalite uygulamaları ile artan formlar hemşirelerin iş yükünün artmasına sebebiyet vermiştir. Bu durum hemşirelerin kağıt işine ayırdıkları zamanın artması ve hasta bakımına ayırdıkları sürenin azalması ile sonuçlanmıştır. Dolayısıyla geliştirilen uygulamaların amacından saptığı ve hizmet bakım kalitesinde düşüş olduğu görülmüştür (Tutuncu ve diğ., 2014: 3435).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en temel ilkelerinden biri sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılması ve yüksek motivasyonlu çalışanların hizmet vermesidir. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik eğitiminde uzmanlaşmanın önünün açıldığı ve çeşitli sertifika programları ile hemşirelerin niteliğinin arttırılmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu sayede hemşirelik uygulamalarında malpraktisin engellenmesi amaçlanmış ve hemşirelerin kariyer hedeflerine ulaşabilme imkânı sunulmuştur (Kerman ve Eke, 2019: 66).

Hemşirelerin motivasyonel durumlarıyla ilgili yürütülen bir araştırmada ameliyathane hemşireleri ile çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar katılımcıların motivasyonlarının bazı faktörlere göre değiştiğini göstermektedir. Buna göre 11-15 yıllık kıdeme sahip, kariyerinde ilerleme fırsatı sağlayan birimlerde çalışan ve ön lisans mezunu hemşirelerin motivasyonlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Besak, 2019: 54).

Gürsoy (2017) tarafından yürütülen araştırmada ise özel sektör ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar her iki grup çalışanlarının da motivasyonlarının yüksek olduğunu ancak tatmin edici olmadığını göstermektedir (Gürsoy, 2017). Başka bir çalışmada ise dahiliye kliniklerinde görev yapan hemşirelerin motivasyon düzeyleri incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar katılımcıların motivasyonlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Tan ve diğ., 2015).

Yüksel (2015) tarafından yürütülen araştırmada ise hemşirelerin motivasyon ve tükenmişlik düzeyleri üzerinde hastane yöneticilerinin iletişim becerilerinin etkileri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastane yöneticilerinin genel iletişim becerileri hemşirelerin motivasyon düzeyini yükseltirken tükenmişlik düzeyini arttırmaktadır (Yüksel, 2015).

Yukarıda yer alan araştırma verileri incelendiğinde sağlıkta dönüşümle hedeflenen yüksek motivasyonlu çalışanlar hedefi sadece bilgi ve beceri donanımı ile sağlanamamaktadır. Sağlık çalışanları insan ilişkilerinin çok yoğun olarak yaşandığı bir alanda görev yapmaktadır. Bu nedenle nitelikli ve güler yüzlü personel hedefi birçok insani boyut ile birlikte ele alınmaktadır. Müşteri memnuniyeti anlayışıyla geliştirilen uygulamalar çalışanların motivasyonlarını olumlu yönde etkileyebilecek koşulların göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (Fedai, 2019).

Hasta bakımını doğrudan üstlenen hemşireler hata payının olmaması, zaman baskısı, fazla iş yükü, teknoloji bilgisi gerekliliği, yoğun insan ilişkileri ve çatışmalı ilişkiler nedeniyle yüksek stres altında çalışmaktadır. Bu durum hemşirelerin motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyebilecek birçok unsur olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra müşteri memnuniyetsizliği ile ilk sırada karşılaşılan kililer de çoğunlukla hemşireler olmaktadır. Bu durum hemşirelerin düşük motivasyon, düşük iş tatmini ve tükenmişlik yaşamalarını kolaylaştırmaktadır (Besak, 2019: 54).

2.8.3. Hemşirelik İstihdamına Yansıması

Türkiye’de sağlıkta özelleştirme uygulamalarının hemşireleri nasıl etkilediğine dair bilimsel araştırma verisine rastlanmasa da bu alanda bazı değerlendirmeler olduğu görülmektedir. Yeni düzenleme ile kamuda kadrolu görev yapan hemşireler bu statüde kalmış ancak yeni işe başlayan hemşireler sözleşmeli statüde yer almışlardır. Bununla birlikte taşeron şirketlere bağlı olarak da hemşire istihdamı sorun haline gelmiştir (Altuğ Özsoy ve Gürgen Şimşek, 2018: 54).

Yeni düzenleme ile hemşirelerin hafta sonu ve gece bakım vermekle yükümlü oldukları hasta sayısı artmıştır. Yoğun bakımlardaki bebek ölümlerinin araştırıldığı bir çalışmada bu duruma neden olan durumlardan birinin hemşirelerin iş yükü ve personel devir hızı olduğu öne sürülmüştür. Hemşirelikte personel devir hızının incelendiği bir başka çalışmada üç üniversite hastanesindeki devir hızı ele alınmıştır. Elde edilen sonuçlara göre sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin kadrolulara kıyasla devir hızının daha yüksek olduğu görülmüştür (Kocaman ve diğ., 2010). Yine hemşire personel devir hızının incelendiği bir çalışmada özel hastanede hemşireleri ele alınmış ve devir hızı %16 olarak bildirilmiştir (Baykal ve Eren, 2004). Hemşire personel devir hızının yüksek olması hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biridir. Bununla birlikte Türkiye’deki hemşire sayısının OECD ülke ortalamalarının altında olduğu görülmektedir (Agartan ve Kuhlmann, 2019; Kocaman ve diğ., 2010).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği sistemine devredilmesiyle birlikte hemşireler aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmıştır (Şantaş, 2019). Bu sistemde çalışan hemşireler toplum sağlığı merkezleri çalışanlarına göre daha düşük ücret aldıklarını ve çalışma koşullarının ekip ruhuna aykırı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun nedeninin aile sağlığı elemanlarının “hekimin verdiği her işi yapar” ibaresiyle sınırlandırılması olduğu düşünülmektedir (Sayan ve Küçük, 2012).

Yürürlüğe giren Kanun Hükmünde Kararname ile hastane yönetimlerinin yeniden yapılandırıldığı ancak hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne yer verilmediği dikkat çekmektedir. Bu durum mevcut yapılanma içinde hemşirelik hizmetleri yönetiminin farklı sağlık personelleri tarafından idare edilebileceğine ilişkin endişeler doğurmaktadır (Altuğ Özsoy ve Gürgen Şimşek, 2018: 55).

2003 tarihli ve 4924 sayılı kanunda “ “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” ifadesi kullanılmış, hemşirelik mesleği için sözleşmeli personel alımı başlamıştır. Bu kanunla birlikte sözleşmeli personel sayısında ciddi bir artış olduğu görülmüştür. İstihdamın artırılması ile birlikte mevcut ihtiyaçlar belli oranda giderilse de çalışma koşullarını uygun bulmayan hemşireler 657 sayılı kanuna tabii olabilmek adına istifa etmeyi tercih etmişlerdir. 657 sayılı kanuna tabii olan ve 4B sözleşmeli hemşire statüsünde olan personeller arasındaki özlük hakları farklılıkları ciddi kargaşaya neden olmuştur (Harmancı Seren ve Yıldırım, 2013).

Hemşirelerin istihdam çeşitleri 657 sayılı kanunun 4/A fıkrasına tabi kadrolu, 4/B fıkrasına tabi sözleşmeli, üniversite çalışanı şeklindeki sözleşmeli, aile sağlığı elemanı şeklindeki sözleşmeli, 4924 sayılı yasaya tabi sözleşmeli, taşeron firmalar üzerinden görünen hemşireler ve vekil hemşireler olmak üzere 7 bölüme ayrılmaktadır. Bu farklı kadroların ortak noktası personele güvence sağlanmamasıdır. 632 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 4/B’ye tabi olanların memur kadrosuna geçişi için imkân tanınmış olsa da hala sözleşmeli personel alımı devam etmekte ve hemşireler özlük hakları problemi yaşamaktadırlar (Erdoğan vd, 2019: 134). Görüldüğü üzere Türkiye’de hemşirelik mesleğini icra eden kişiler çok farklı şekillerde istihdam edilmektedir. Bu istihdamlar arasında hemşirelerin mağduriyet yaşadığı iki form aşağıdaki başlıklarda ele alınmıştır.

Vekil Hemşire İstihdamı; Vekil hemşirelik mevkisi 657 sayılı Kanun’un 86. Maddesi üzerine yapılan ekleme ile düzenlenmiştir. Bu düzenlenmenin amacı Aile Sağlığı Merkezi uygulamasını tercih etmeyenler nedeniyle boş kalan kadroları doldurmaktır. Bu uygulama biçiminde atama kriterleri belirlenmediği için objektif bir değerlendirme yapılamayacağına dair endişeler doğmuştur. Bununla birlikte vekil hemşirelerin iş güvencesi az ve maaşı düşüktür (Türk Sağlık Sen, 2006).

Aile Sağlığı Merkezinde Hemşire İstihdamı; Aile Sağlığı Merkezi uygulamasıyla birlikte hekim ve diğer sağlık elemanlarının konumlandırımları son derece farklılaşmıştır. 2004 tarihli ve “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile birlikte hemşire, ebe ve sağlık memurları hekimlerin yanında çalışan işçiler olarak konumlanmışlardır. Bu

durum hemşirelerin hekim isteğine bağlı olarak istihdam edilmelerine zemin hazırlamıştır (Çakıroğlu ve Seren, 2016).

Aile hekimliği uygulamasına geçilirken mevcut hemşireler esas kadrolarından ayrılmadan ücretsiz izinli gösterilmek suretiyle aile hekimliğine geçirilmişlerdir. Gerçekleştirilen bu uygulama hemşirelerin uyum problemleri ve motivasyon eksikliği yaşamalarına neden olmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar hemşirelerin memnuniyetsizlik nedenlerinin mesleki görevler dışındaki işler yapmaları, mesleki doyuma ulaşamamaları ve yardımcı personel gibi hissetmeleri olduğunu göstermektedir (Sönmez ve Sevindik, 2013).

Hemşirelerin aile sağlığı elemanı olarak yaşadıkları sorunlar yetersiz istihdam nedeniyle daha da artmaktadır. Yetersiz istihdama bağlı olarak iş yükü artan hemşireler mesleki özerkliklerinin yok edildiğini ve mesleklerinin kimiksizleştirildiğini düşünmektedir (Nalbantoğlu, 2011).

Hemşirelikte Yeni İstihdam Alanları

Değişen ve gelişen sağlık anlayışı ile birlikte kamudaki farklı kuruluşlarda da sağlık personellerine istihdam sağlandığı görülmektedir. Toplum sağlığı merkezine bağlı olarak açılması planlanan Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) isimli kurumda hekim, hemşire, psikolog ve diyetisyen kadrolarına yer verilmesi ön görülmektedir (Beşiktaş Belediyesi, 2019). Bu kadrolara bağlı olarak çalışan personelin beslenme danışmanlığı, üreme sağlığı, ergen sağlığı, temel sağlık uygulamaları gibi alanlarda hizmet vermesi beklenmektedir. Bu planlama hemşireler için yeni istihdam alanlarının açıldığını göstermektedir (Beşiktaş Belediyesi, 2019).

Bir başka istihdam alanı da şehir hastaneleridir. Kamunun finansal bakımdan yetersiz kaldığı durumlarda özel sektörün destek sağlaması amacıyla kurulan şehir hastaneleri istihdamında bazı sorunlar yaşanacağı düşünülmüştür. Bu yapılanmada artan maliyet ve gelir gider dengesizliği nedeniyle düşük ücret ve taşeronlaşmanın artacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda döner sermayeden pay alamamak da hemşireler için motivasyon azaltıcı nedenler arasındadır. Bunların yanı sıra artan sağlık turizmi faaliyetlerine bağlı olarak yabancı dil bilen hemşireler için de yeni istihdam alanları açılacağı düşünülmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2017).

İstihdam alanındaki olumsuz gelişmelerden biri ise diyaliz merkezlerinde yaşanmıştır. 1 Mart 2019 tarihli diyaliz merkezleri hakkındaki yönergede bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu yönergeden sonra hemşirelerin diyaliz sertifikası alabilmesinin önüne geçilmiştir. Böylece

önceden hemşirelere ait olan istihdam alanı diyaliz teknikerlerine bırakılmıştır (Resmi Gazete, 2019).

Sağlık dönüşüm programı ve geliştirilmek istenen kalite ile birlikte özel sağlık sektörü daha sık gündeme gelmeye başlamıştır. Bu durum hemşirelerin özel sektöre olan ilgisinin artmasını sağlamıştır. 1994 yılından Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kadar olan sürece bakıldığında hemşirelerin özel sektörde çalışma oranlarının değiştiği görülmektedir. Buna göre önceleri %24 olan özel sektör hemşirelik oranı %77'e kadar yükselmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sektörde hizmet veren sağlık çalışanı sayısının %278 oranında arttığı görülmüştür (Etiler, 2011).

Özelleştirmeye yönelik yurtdışında yapılan bir araştırmada hemşire başına düşen iş yükünün çok ciddi oranda arttığı bildirilmiştir. Bu duruma maruz kalan hemşireler geleceklerinden endişe ettiklerini vurgulamışlardır (Engström ve Axelsson, 2010). Başka bir araştırmada ise gelişmekte olan ülkeler incelenmiş ve özelleştirmenin düşük maaş gibi temel problemlere yol açtığı görülmüştür. Aynı zamanda bu hemşirelerin motivasyon düzeylerinin oldukça düşük olduğu ve problemlerin çözümü için muhatap bulamadıkları bildirilmiştir (Kart, 2013).

Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi

1961 tarihli ve 209 sayılı Kanun ile birlikte uygulanmaya başlayan döner sermaye ile hastanelerin gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmıştır. Sonraki süreçte bu gelirden hastane çalışanlarına da pay verildiği görülmüştür. Önceleri düşük bir miktar olan döner sermaye ödemeleri zamanla çalışanlar için değerli olacak düzeye ulaşmıştır (Etiler, 2011).

Çalışanların ücretlendirilmesinde uygulanan performansa dayalı ödeme sistemi için 5120 tıbbi işlem tespit edilmiş ve bu işlemler puanlandırılmıştır. Bu puanlandırma işlemi hekimler tarafından doğrudan yapılan ve sonuçlanan girişimler için sınırlı tutulmuş, diğer sağlık çalışanlarının işlemleri için puanlandırma yapılmamıştır (Erkan, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu uygulama bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Çalışanların elde edecekleri gelir için çıkar çatışmalarına girmeleri, performans puanlarının maaşa net olarak yansıtılmaması ve çalışanların daha düşük maaşlı olarak gösterilmeleri gibi ciddi problemler yaşanmıştır. Çalışanların elde ettiklerinden daha düşük ücret aldıklarına dair gösterge hemşirelerin emeklilik ücretlerini de olumsuz yönde etkilemiştir (Kablay, 2014). Bu durum sağlıktaki üretici gücün sadece hekimler olduğuna dair yanlış bir algıyı da beraberinde getirmektedir.

2.8.4. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimine Yansıması

1954 yılı itibariyle çıkarılan Hemşirelik Yasası'nda hemşireliğin tanımı yapılmış, meslek mensuplarının haklarından ve görevlerinden bahsedilmiştir. Bu kanunla beraber hazırlanan yönetmelikte hemşirelerin görev ve sorumluluk alanları ayrıntılı biçimde ortaya konulmuştur. Yıllar içinde değişen sağlık politikaları ise hemşirelik mesleğinin yasal zemininde farklılaşmalar meydana getirmiştir. Son yıllarda çıkarılan kanun ve yönetmelikler doğrultusunda meydana gelen değişimler şu şekildedir (Hemşirelik Kanunu, 2018):

- Hemşirelik mesleği için kullanılan Türk kadını kavramı Türk vatandaşı olarak değiştirilmiştir. Bu değişim sayesinde hemşireliğin sadece kadınlara özgü bir meslek olmadığı anlayışı getirilmiştir. Ayrıca hemşireliğe denk eğitimden mezun olan sağlık memurlarının da hemşire olarak çalışabilmesi sağlanmıştır
- Bir diğer yenilik ise uzman hemşireliğe yönelik tanımlama yapılmasıdır. Bu sayede hemşirelik mesleğinde bilim uzmanlığı tanımlaması yapılmasıdır. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alma hakkına sahip olmuşlardır.

Sağlık bakım hizmetleri müdürü olabilmek için hemşirelik şartı aranmamakta ve meslek sınırlaması yapılmamaktadır. Bakım hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi, bakım hizmeti için gerekli ilaç malzeme sarfın temini, güvenliği hazırlığı, temizliği, dezenfeksiyonu sterilizasyonu, sağlık bakım hizmeti veren personelin eğitimi, gelişimi, değerlendirilmesi, denetlenmesi gibi görevleri bulunmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2023).

2.9. HEMŞİRELİK KANUNU VE YÖNETMELİĞİ

Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2023)'nden alınan hemşirelik yönetmeliğinde tanımlanan maddelere göre hemşireler: “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” şeklinde tanımlanmıştır. Lisans diploması ile belgelendirme yapan hemşirelerin aşağıda yer alan sorumlulukları söz konusudur:

- Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapma ve sonuçları ilgili birime iletme.
- Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulama, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul etme,
- Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirme,
- Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşme, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygulama,
- Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izleme, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirme ve gerekli önlemleri alma,
- Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılmama,
- Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütme ve mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılma, sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alma, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılma,
- Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurma,
- Tüm uygulamalarını kayıt altına alma.

Yukarıda yer alan maddeler incelendiğinde hemşirelerin sağlık ekibi içinde kritik bir role sahip oldukları görülmektedir. Güncel yönetmelikte yer alan bu maddeler hemşireliğin bir uzmanlık alanı olduğunu ve sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olduğunu doğrular niteliktedir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, 2000 yılı sonrası sağlık politikalarının ve yasal düzenlemelerin hemşireliği nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Daha çok bireyler arası ilişkilerin, olayların, durumların ya da materyallerin niteliğinin derinlemesine incelendiği çalışmalarda kullanılan nitel araştırma yöntemleri; araştırma yapılan konuyla ilgili değişkenlerin tam olarak tanımlanamadığı, alan yazında sınırlı bilgilerin yer aldığı ve araştırmada katılımcıların görüşlerine yönelik daha derin bilgilere gereksinim duyulan çalışmalarda kullanılabilecek en uygun yöntem olmaktadır (Creswell, 2012: 16).

Nitel araştırmalarda amaç, genelleme olmayıp bir durumun ya da olayın derinlemesine ve ayrıntılı bir biçimde tanımlanmasına çalışıldığından, bu tez çalışmasında benimsenmesinin nedeni konuya ilişkin geniş bir bakış açısını ortaya çıkarmaktır (Creswell, 2012: 19). Bu araştırmada, 2000 yılı sonrası geliştirilen sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerinin hemşireliğe etkisinin ortaya konması amaçlandığından, nitel araştırmanın daha uygun olduğu düşünülmüştür.

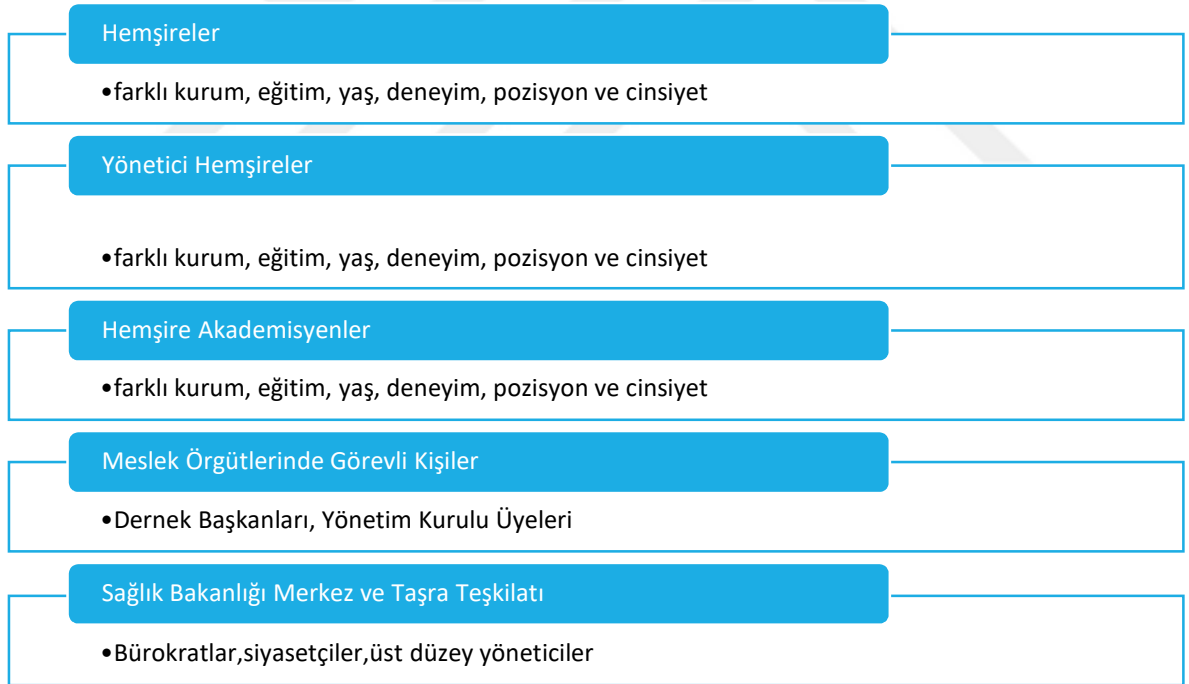
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın evrenini; Türkiye genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan, yönetici hemşireler ve hemşireler, meslek örgütlerinde görevli kişiler, hemşire akademisyenler ve son yirmi yılda sağlık politikalarının oluşturulmasında görev almış sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı bürokratları oluşturmuştur. Sivil toplum kuruluşları seçilirken öncelikle THD, yönetmelikte yer alan dal dernekleri ve yer almayan derneklerle görüşülmüştür. Şekil 3.2: Çalışmada Yer Alan Meslek Örgütü Grupları gösterilmiştir.

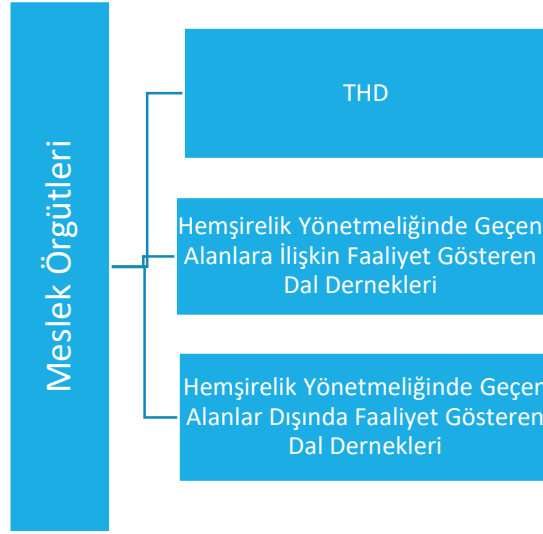
Nitel araştırma örneklem yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemleri arasından maksimum çeşitlilik ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılarak belirlenen 50 katılımcı yer almıştır.

Bu çalışmanın veri toplama sürecinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemleri, nitel araştırma geleneği içinde ortaya çıkan ve sıklıkla kullanılmakta olup durumların derinlemesine incelenmesine olanak vermektedir (Şimşek ve Yıldırım, 2018: 118). Bu örnekleme yönteminin seçilmesinin nedeni, araştırmada görüşme yapılan bireyler ile ilgili genelleme yapmak yerine ortak paylaşılan durumları belirlemeye çalışmaktır.

Örnekleme büyüklüğünün hesaplanmasında; maksimum çeşitlilik sağlanması açısından (farklı kurum, eğitim, yaş, deneyim, pozisyon ve cinsiyet gibi) her gruptan (kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki meslek örgütlerinde görevli; hemşire akademisyenler, yöneticiler hemşireler, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında çalışan politikaların belirlenmesi ve yasal düzenlemelerin uygulanmasında rol oynayan siyasetçiler, bürokratlar, üst düzey yöneticiler ve hemşireler) yaklaşık onar kişi olmak üzere toplam 50 katılımcı ile görüşme yapılması öngörülmüştür. Şekil 3.1 de çalışmayı oluşturan gruplar gösterilmiştir.



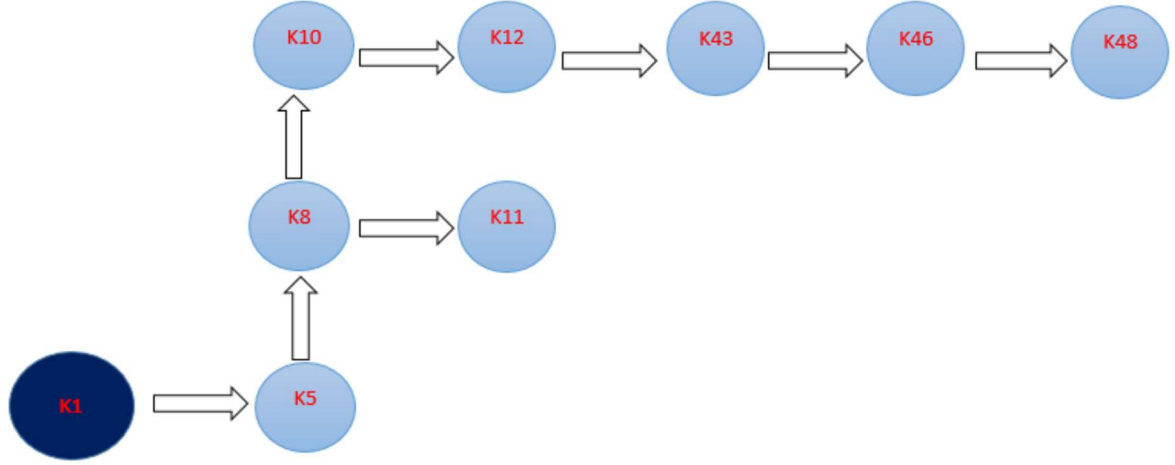
Şekil 3.1: Çalışmayı Oluşturan Gruplar



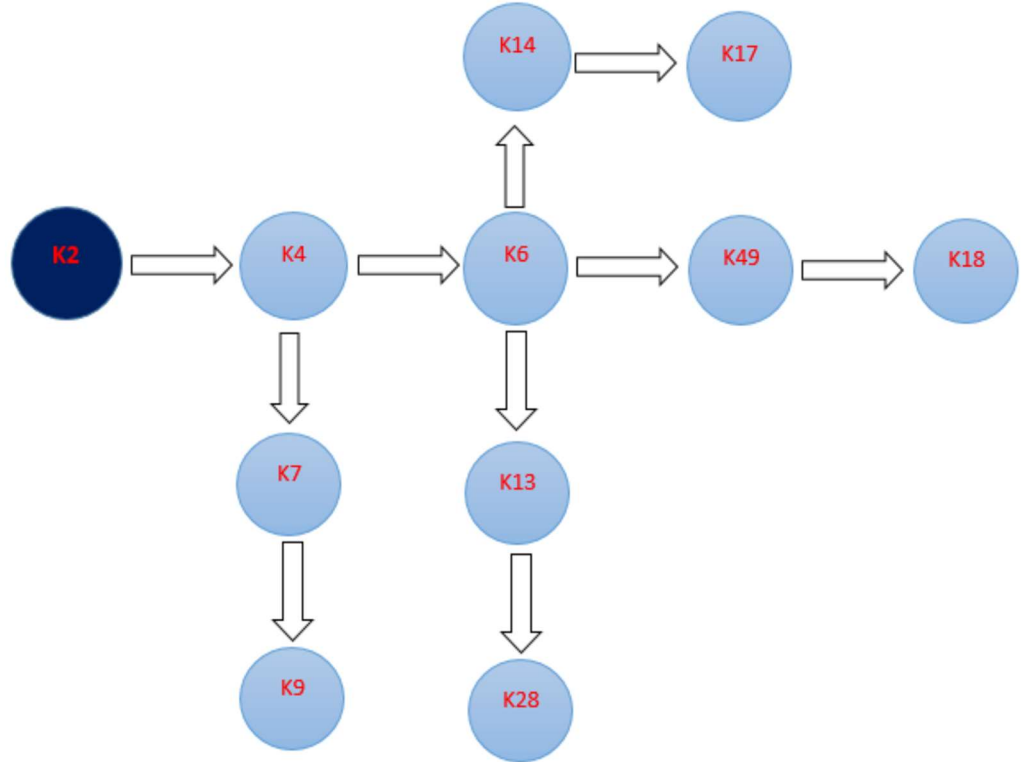
Şekil 3.2: Çalışmada Yer Alan Meslek Örgütü Grupları

Nitel araştırmalarda, örneklem büyüklüğünün belirlenmesine ilişkin belirli bir kural belirtilmemekle birlikte, verilerin tekrar ettiği aşama olarak belirtilen aşamada, veri doygunluğuna ulaşıldığı (örneğin çalışma için yeterli olduğu) kabul edilmektedir (Pitney ve Parker, 2009). Verilerin doygunluğu, görüşme sorularına katılımcılardan yeni görüşlerin gelmemesi veya aynı yanıtların alınmaya başlaması şeklinde tanımlanmakta ve veri toplama sürecinin sonlandırılması anlamına gelmektedir (Merriam ve Tisdell, 2015).

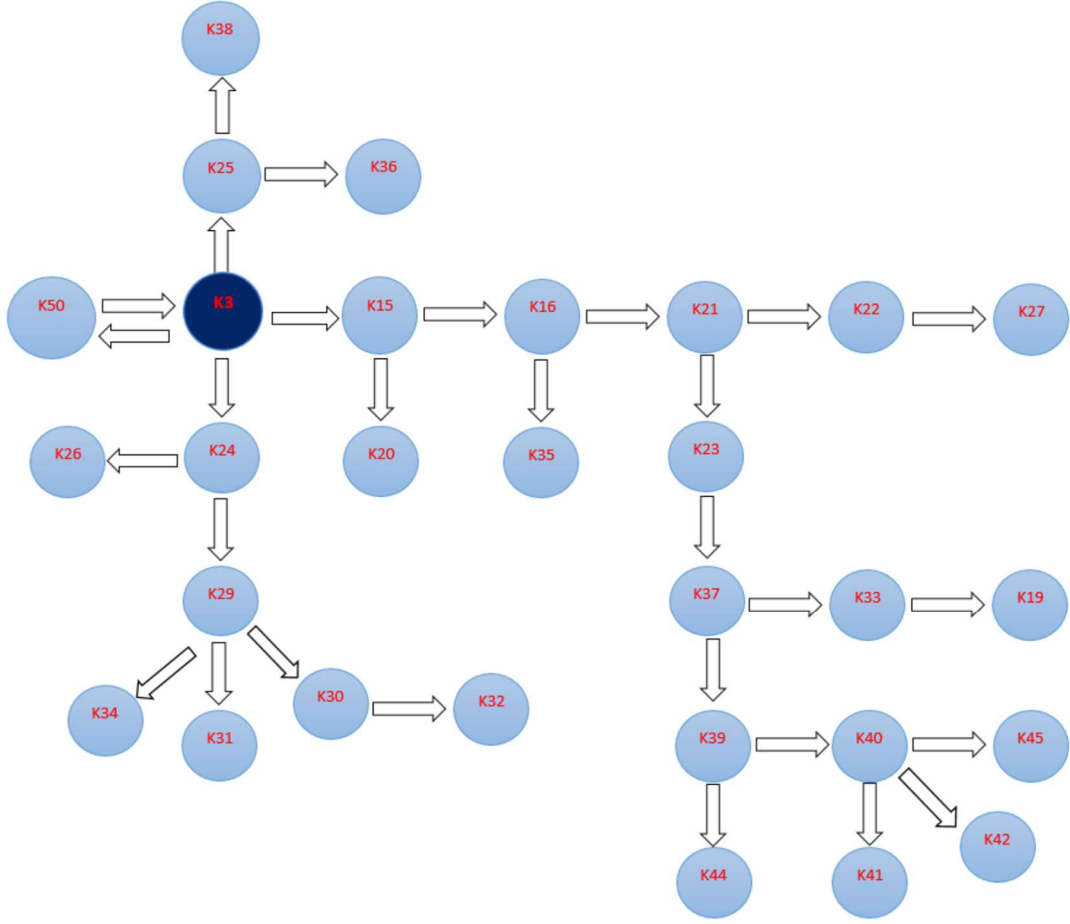
Araştırmanın örneklem grubuna ulaşabilmek amacıyla konunun uzmanı üç kişiyle bağlantı kurulmuş ve onların yönlendirmeleriyle kartopu örnekleme yaklaşımıyla elli kişiye ulaşılmıştır.



Şekil 3.3: Nitel Araştırma Örneklemi - 1



Şekil 3.4: Nitel Araştırma Örneklemi - 2



Şekil 3.5: Nitel Araştırma Örneklemi - 3

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veriler, derinlemesine bireysel görüşme yöntemiyle toplanmış olup görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (EK 1). Tez izlem komitesi tarafından oluşturulan bu formda, katılımcının kendini tanımasına yönelik soruyla görüşmeye başlanmıştır. Konuya ilişkin olarak, sağlık politikaları kavramını nasıl tanımladıkları, Türkiye'nin sağlık politikalarındaki gelişmenin neler olduğu, sağlık politikalarını etkileyen etmenlerin ve bu dönemde yapılan yasal düzenlemelerin neler olduğu, sağlık politikaları ile yasal düzenlemelerin hemşireliği nasıl etkilediği vb. başlıkları içeren yedi ana soruyla görüşme tamamlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanırken; öncelikle alan yazın taraması yapılarak, araştırma amacına yönelik görüşme soruları hazırlanmıştır. Soruların uygunluğu için uzman görüşü alınmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, ilk olarak üç katılımcıya uygulanarak denenmiş ve bu uygulamada edinilen bilgi ve gözlemler ile görüşme formuna son hali verilerek tüm katılımcılara uygulanmaya başlanmıştır. Ön görüşme yapılmasında ki amaç, hazırlanan soru formunun eksikliklerini gidermek ve soruların düzenlenmesini sağlamaktır. Görüşmenin akışına göre katılımcının ana soruyu anlamasını kolaylaştırıcı sonda sorular da zaman zaman kullanılmıştır (EK 1).

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmada öncelikle sağlık politikaları ve hemşirelikle ilgili yasal düzenlemelerde rol almış kişilerle görüşülmüş, örnekleme alma ölçütleri doğrultusunda olası katılımcı listesi belirlenmiştir. Daha sonra bu kişilerle görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olanlarla görüşme yapmak üzere gün, saat ve görüşme yeri planlanmıştır. Görüşmeler yapılırken benzer grupların (hemşireler, hemşire akademisyenler vb.) görüşmelerinin tamamlanmasına dikkat edilmekle beraber, katılımcıların görüşmeye uygun olmaması nedeniyle görüşme sırasında değişiklik yapmak zorunda kalınmıştır.

Görüşmeler öncelikle yüz yüze yapılmaya çalışılmıştır. Veri toplama sürecinde COVID-19 salgınının devam etmesi ve bazı katılımcıların şehir dışında olması nedeniyle katılımcıların da onayıyla yirmi üç katılımcı ile görüşmeler uzaktan yapılmıştır. Çevrimiçi ortamda yapılan görüşmelerde, katılımcıdan izin alınarak ses bazılarında ses ve görüntü kaydı alınmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı, on line zoom uygulaması, telefonun ses kaydı uygulamasından yararlanılarak kaydedilmiştir.

Görüşmeye katılanların en uygun oldukları saat ve ortam belirlenerek, görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Her katılımcıya görüşmeden önce gerekli açıklamalar yapılmış, yüz yüze görüşmelerde bilgilendirici onam formunu okuyarak doldurmaları istenmiş, (EK 2) çalışmaya uzaktan katılan, katılımcıların bilgisi ve izni doğrultusunda yapılan görüşmelerin ses kaydı alınacağı konusunda bilgi verilerek kayıt alınmıştır. Ses kaydına izin vermeyen üç katılımcı olmuştur. Bu görüşmeler kısa notlar tutularak, kayıt altına alınmaya çalışılmıştır. Görüşme süreleri yaklaşık 30-90 dakika arasında sürmüş, ortalama görüşme süresi 46,23 olmuştur. Çalışmada toplam 2173 dk. görüşme kaydı alınmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından

bilgisayar ortamına aktarılarak metin haline getirilmiştir. Toplam 165 sayfa metin oluşturulmuştur.

Yüz yüzeve görüntülü görüşmeler sırasında katılımcılarla mümkün olduğunca göz teması sağlanarak, günlük bir dil kullanılıp etkili iletişim kurulmaya çalışılmıştır. Görüşülen kişiye gerek sözel gerekse sözel olmayan iletişim yöntem ve ifadelerine yönelik geri bildirimde bulunulmuştur, destekleyici mesajlar gönderilmiştir. Katılımcının araştırmanın amacına uygun yanıt vermesine dikkat edilmiştir.

Sonda sorular kullanılarak katılımcıların ek bilgi vermesi, verdiği yanıtların niteliğini arttırmaya yönelik teşvik edilmiştir. Görüşme süresince yansız ve empatik bir tutum sergilenmiştir, yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır. Araştırmada katılımcıların deneyimlerini ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için ayrıntılı, duyarlı ve sorgulayıcı bir tutum sergilenmiştir. Katılımcılar, araştırma sürecinde doğru bilgilendirilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırmanın verileri, görüşme raporlarının içerik analizi ile incelenmesi sonucunda, kod, alt tema ve temalar şeklinde analiz edilmiştir. İçerik analizi güvenilirliğinin okuma ve analiz sürecine bağlı olması nedeniyle araştırmacı ve danışman tarafından bir hafta sonra bir okuma daha yapılarak anlamlı bölümler ve bölümlerin tanımlamaları gözden geçirilmiştir. İçerik analizi, kodlama ve temaların oluşturulması temeline dayanmakta olup analiz sürecinde elde edilen verilerin anlamlı bütünler haline getirilerek kodlanması, kodların uygun şekilde tümevarım yaklaşımıyla gruplandırılarak alt temalar ve temaların oluşturulması şeklinde gerçekleştirilmektedir. (Büyüköztürk ve diğ.,2008)

İçerik analizinde elde edilen kayıtlar en az üç kez dinlendikten sonra görüşme raporları son şekline getirilmiş ve danışmanla birlikte katılımcıların söylemlerinin anlamına ilişkin kodlar oluşturulmuştur. Görüşme raporlarının okunmasında araştırmayla ilgisi olmayan bölüm ve kısımlar çıkarılmış, kodlamalarda kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmiştir. Farklı bölümlerde aynı verilerin kodlanıp kodlanmadığına veya benzer anlamlı bölümlere ilişkin farklı kodlamanın yapılıp yapılmadığına ve anlamlı bölümlerin taşıdıkları anlamı en iyi şekilde ifade edip etmediğine dikkat edilerek tekrar ayıklama yapılmıştır. Bu süreçte uygun olmayan kodlar çıkarılmış gereksiz yada benzer kodlar düzenlenmiştir. Döküman fazlalığı nedeniyle her gruptan rastgele seçilen iki metin danışmanla paylaşılmıştır. Tekrar yapılan değerlendirmelerde kodlar karşılaştırılmış araştırmacı ve danışman görüş birliği içinde ise kodlar alınmıştır. Genel

olarak görüş birliği sağlanmış ve kodlar alınmıştır. Bazı kodlarda araştırmacı ve danışman arasında isimlendirme farklılığı olması, katılımcı ifadeline yönelik fazla veya eksik kodlama yapılması gibi nedenlere bağlı olarak görüş ayrılıklarının da olduğu görülmüştür. Görüş ayrılığı olduğu durumlarda ham verilere dönülmüş, tekrar incelenmiş ve yapılan görüşmeler sonrasında içeriği en iyi anlatacak koda karar verilmiştir. Bu kodlar tek bir kod olarak alınmıştır ve bazı kodlar yeniden adlandırılmıştır.

Metin içinde tekrarlanan kavramlar aynı kodların altında gruplandırılarak anlamlı bütünler elde edilmiştir. Bazen bir sözcük, bir cümle veya bir paragraf olan anlamlı bölümler, araştırmanın kavramsal çerçevesinden veya araştırmada elde edilen verilerden çıkarılan kavramlardan yararlanarak tümevarımcı bir yaklaşımla adlandırılmış yani kodlanmıştır. Görüşmelerin içerik analizleri sonucunda elde edilen kodlar listelenerek, birbiriyle ortak yönleri bulunanlar ilişkilendirilmiş ve tümevarım yöntemi kullanılarak kodlar, alt temalar ve temalar oluşturulmuştur.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerden alıntılar verilirken katılımcı numarası ve çalıştığı alan şeklinde parantez içinde kodlama yapılmıştır, Örneğin, (42-Devlet Üniversitesi) . Bu içerik analizi araştırmacı ve danışman tarafından birlikte yapılmış, oluşturulan tematik yapı tez izlem jürisi tarafından ayrıca kontrol edilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde ayrıca nitel araştırmalarda kullanılan MAXQDA 2024 programından da yararlanılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ

Nitel araştırmalardan farklı olarak nitel araştırmaların yapısında herhangi bir durumun ya da kişinin ve olgunun özelliklerini içerdiğinden öznellik olması ve yorumlamaya dayalı analizler içermesi nedeniyle kesin bir geçerlik ve güvenilirlik tespiti yapılamamaktadır (Baltacı, 2019, s. 380). Ancak nitel araştırmaların araştırma aşama sürecinin ve elde edilen verilerin açık ve ayrıntılı bir şekilde yani farklı bir araştırma ve değerlendirme yapan kişilerinde teyit edip anlayabileceği şekilde tanımlanması (güvenirlik) ve araştırma süreci ve sonucunun açık ve tutarlı olması (geçerlik) gerektiğinin altı çizilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016, s. 284,285).

Bu araştırmanın tüm süreçlerinde nicel araştırmalardaki iç geçerlik, dış geçerlik, iç güvenilirlik, dış güvenilirlik ölçütlerini karşılayan inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ölçütleri temel alınarak açıklanmaya ve sağlanmaya çalışılmıştır. (Lincoln ve Guba, 1986, s. 76-77).Araştırma deseninde kesin sınırlar çizmeyen bu süreçte çeşitli yollar deneyen ve keşifler yapmanın nitel araştırmanın tanımına uygun bir yaklaşım olduğu ifade edilmektedir (Patton

2014). Her türlü düşünceyi benimseyen nitel araştırmacılar tarafından nitel çalışmaların kalitesini arttırıcı ölçütler önerilmiştir (Lather, 1993; Leininger, 1994; Lincoln ve Guba, 1986; Maxwell, 1992; Araştırmada bunlar gözetilerek bu araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği, sosyal kurmacılık-yorumculuk paradigmasını benimseyen, Lincoln ve Guba (1986) tarafından önerilen güven duyulabilirlik (trustworthiness) ölçütlerine göre ele alınmıştır.

Tablo 3.1. Nitel Araştırmaların İnandırıcılığı İçin Kullanılan Yöntemler

Faktör	Nitel Versiyon-Yöntemler	Uygulanan Adımlar
İç geçerlik	İnanlırlık: Sonuçlar inandırıcı mı?	Araştırmaya katılan katılımcıların her birine araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri görüşmeden önce sorulmuş olup, tüm soruları anladığı şekilde cevaplaması gerektiği açıklanmıştır. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler esnasında her katılımcı için ses kaydı alınmaya çalışılmış olup, her sorunun ve yapılan görüşmenin sonunda katılımcının belirttiği ettiği görüş ve düşünceler yazı altına alınıp, katılımcının yazıya geçirilmiş metnin doğruluğuna ilişkin onayı alınmıştır. Böylece verilerin analizi için araştırmacıya doğru ifade ile yansıyıp yansımadığının kontrolü sağlanmıştır. Bunun yanı sıra katılımcılara sorulan sorular farklı şekillerde de ifade edilip sorularak elde edilen verilerin temeline inilmeye çalışılmıştır. Katılımcının yazılı metnin kontrolü ile düzeltmek ya da eklemek istedikleri noktalar konusunda da görüş ve düşünceleri alınmıştır. Bu araştırmada araştırmaya 50 katılımcı ile yeterli katılım sağlanmıştır. Araştırmada uygulamaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kurum, kuruluş ve görev unvanları belirlenen katılımcılara ulaşılarak hakkında bilgi edinilmiştir, ön görüşmeler yapıp, görüşme için randevu alınmıştır. Bunun yanında yapılan araştırmanın çeşitli aşamalarına ilişkin araştırmacı danışmanın ve tez izleme komitesinin araştırmanın niteliğinin artırılmasına yönelik geri bildirimleri değerlendirmeleri dikkate alınarak araştırmada gerekli düzenlemeler ile düzeltmeler yapılmıştır. Araştırma baştan sona uzman görüş ve değerlendirmeleri ile danışman denetimi altında yürütülmüştür.
	Aktarılabilirlik: Sonuçlar diğer kişi ve durumlara aktarılabilir mi?	Bu araştırmada aktarılabilirliği sağlamak için katılımcının tüm özellikleri, katılımcı çalışma grubu belirlenmesi, veri toplama aracının geliştirilip verilerin toplama ve analiz süreçleri başta olmak üzere çalışmanın bütün aşamaları ayrıntılı bir biçimde açıklanıp, içerik analizi yapılarak ve raporlanmaya çalışılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin ana yapısına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak, katılımcılardan doğrudan alıntılara sık sık yer verilerek elde edilen bulgular aktarılmıştır. Araştırmada ele alınan döneme yönelik derinlemesine bilgi edinebilmek için sağlık bakanlığı bürokratları, yönetici hemşireler, hemşireler ve akademisyenler kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Sivil toplum kuruluşları seçilirken öncelikle THD, yönetmelikte yer alan dal dernekleri ve yer almayan derneklerle görüşülmüştür. Araştırmada benzerlik taşıyan birim, kurum veya durumlar analitik olarak genelleme yapılarak olabildiğince çeşitli özelliklere sahip gönüllü katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır ve araştırma süreci, katılımcılara ilişkin bilgiler ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.
Dış geçerlik	Amaçlı örneklem, Dâhil etme/dışlama kriterleri, Ortamın ayrıntılı tanıtımı, Katılımcıların ayrıntılı tanıtımı	

Tablo 3.1. Nitel Araştırmaların İnanırlılığını İçin Kullanılan Yöntemler (Devam)

	Güvenilebilirlik: Çalışma benzer koşullarda benzer katılımcılarla tekrarlandığında sonuçlar benzer mi?	
Güvenirlik	Tutarlılık, Denetleme yolu, Literatür, Araştırma yöntemlerinin ayrıntılı tanıtımı, Üçgenleme, Başka bir araştırmacının süreç ve sonuçları incelemesi	Bu araştırmada tutarlılığı sağlamak için sürecin başlangıcından sonuna kadar danışmanın ve tez izleme komitesinin gözetim ve denetiminde gerçekleştirilmiştir, yapılan değerlendirme sonucu yapılan eleştiri ve öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler ile düzenlemeler yapılmış, güncel alan yazın taranmıştır. Araştırma süresince düzenli notlar alınmıştır. Araştırma boyunca olabildiğince tutarlı ve güvenli olduğunu gösterir davranışlarda bulunulmaya çalışılmıştır.
Objektiflik	Onaylanabilirlik: Önyargılar azaltılarak objektiflik artırıldı mı? Teyit edilebilirlik, Araştırmacı, önyargılarını azaltma, Üçgenleme	Katılımcılarla yapılan görüşmeler hem ses kayıt cihazı, on line zoom uygulaması, hem de telefonun ses kaydı uygulamasından yararlanılarak kaydedilmiştir. Üç kez dinlenerek eksiksiz bir şekilde deşifre edilerek yazıya aktarılmıştır. Ses kaydı yapılamadığı durumlarda veri kaybını engellemek için tutulan notlar görüşmenin hemen akabinde ayrıntılı bir şekilde yazıya dökülmüştür. Diğer araştırmacılar tarafından araştırma verileri, uygulanan yöntemler ve araştırma sürecinin tüm ayrıntılarının incelenebilmesi için ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. Ayrıca araştırmada elde edilen bulgulara ilişkin farklı bilgi içeren katılımcı kaynakları (sağlık bakanlığı bürokratları, yönetici hemşireler, hemşireler, hemşire akademisyenler, sivil toplum kuruluşu temsilcileri) ile yapılan görüşmelerden doğrudan alıntılarla desteklenerek elde edilen nitel verilerin güvenilirliğinin artırılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Kaynak: Arastaman ve diğ., 2018; Creswell, 2020; Creswell ve Miller, 2000; Leinenger, 1994; Lincoln ve Guba, 1986; Morrow, 2005; Shenton, 200

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı tarafından değerlendirilmiş ve 04/10/2021 tarihli Protokol No:198 ile etik onay alınmıştır. Ayrıca nitel aşamanın görüşmelerinin yapılmasından önce, katılımcılar yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve ses kaydı için gönüllü onamları alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI VE GÜÇLÜĞÜ

Görüşme verileri görüşmeye katılan kişilerin görüş ve deneyimleri ile sınırlıdır. Araştırmanın veri toplama sürecinde COVID-19 küresel salgınının ortaya çıkmış olması görüşmelerin çevirim içi ortamda yapılmasına ve görüşmelerin niteliğinde etkileşime dayalı sorun yaşanmasına yol açmıştır.

Nitel araştırmadan elde edilen bulgular, evrenin tamamına uygulanabilir gerçekler olarak değil, belirli bir ortamda uygulanabilir tanımlamalar, kavramlar veya teoriler olarak düşünülür ve bu nedenle genellenemez.

Araştırma bulguları; araştırmaya katılanların kişisel ve mesleki özellikleri ile bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular başlığı ile ele alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet ve eğitim gibi kişisel özellikleri ile çalıştığı hastane ve görevine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı

Sıra No	Yaş	Cinsiyet	Kurumu	Öğrenim Durumu	Meslek	Meslekte Çalışma Yılı
1	42	K	Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	14
2	45	K	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	22
3	75	K	Akademisyen Dernek Başkanı	Doktora	Akademisyen	52
4	43	K	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	25
5	26	K	Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi	Sağlık Meslek Lisesi	Hemşire	7
6	53	K	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Yüksek Lisans	Hemşire	35
7	47	K	Dernek Başkanı	Yüksek Lisans	Hemşire	25
8	46	K	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	44
9	48	K	Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi	Sağlık Meslek Lisesi	Hemşire	31
10	26	K	Özel Hastane	Lisans	Hemşire	4
11	27	E	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	5
12	35	E	Özel Hastane	Sağlık Meslek Lisesi	Sağ. Memuru	9
13	35	K	Özel Hastane	Doktora	Hemşire	5
14	53	E	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	34

Tablo 4.1: Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı devamı

Sıra No	Yaş	Cinsiyet	Kurumu	Öğrenim Durumu	Meslek	Meslekte Çalışma Yılı
15	55	K	Tıp Fakültesi Hastanesi	Doktora	Hemşire	28
16	52	K	Tıp Fakültesi Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	34
17	37	K	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	9
18	47	K	Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	27
19	34	E	Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi	Lisans	Hemşire	16
20	59	K	Özel Hastaneler Grubu	Yüksek Lisans	Hemşire	40
21	50	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Yüksek Lisans	Akademisyen	24
22	67	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Doktora	Akademisyen	32
23	38	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Doktora	Hemşire	15
24	76	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Doktora	Akademisyen	48
25	48	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Yüksek Lisans	Akademisyen	27
26	54	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Doktora	Akademisyen	31
27	50	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Doktora	Akademisyen	35
28	42	E	Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	Yüksek Lisans	Sağlık Memuru	16
29	63	E	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Doktora	Hekim	37
30	40	K	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Yüksek Lisans	Hemşire	20
31	62	E	TBMM	Doktora	Hekim	39

Tablo 4.1: Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı devamı

Sıra No	Yaş	Cinsiyet	Kurumu	Öğrenim Durumu	Meslek	Meslekte Çalışma Yılı
32	56	E	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	Doktora	Hekim	31
33	46	E	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Doktora	Hekim	20
34	60	K	Hemşirelik Derneği Dernek Başkanı	Yüksek Lisans	Hemşire	38
35	38	E	Tıp Fakültesi Hastanesi	Lisans	Hemşire	14
36	43	K	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Yüksek Lisans	Hemşire	20
37	42	E	Devlet Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	12
38	52	K	Vakıf Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	29
39	38	K	Devlet Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	16
40	59	K	Vakıf Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	38
41	54	K	Vakıf Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	31
42	52	K	Devlet Üniversitesi	Doktora	Akademisyen	31
43	39	K	Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi	Yüksek Lisans	Sağ. Memuru	35
44	24	E	Vakıf Üniversitesi	Lisans	Hemşire	2
45	40	E	Özel Hastane	Lisans	Hemşire	18
46	42	K	Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi	Yüksek Lisans	Hemşire	24
47	35	K	Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	Yüksek Lisans	Hemşire	8
48	52	K	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	Yüksek Lisans	Hemşire	34
49	44	K	Hemşirelik Derneği Yönetim Kurulu Üyesi/Akademisyen	Doktora	Hemşire	24
50	71	K	Vakıf Üniversitesi	Doktora	Hemşire	44

Araştırmada katılan sağlık çalışanlarının 26'sı hemşire, 17'si akademisyen, 3'ü sağlık memuru ve 4'ü de hekim olarak görev yapmakta olup % 70'i kadınlardan, % 30'u da erkeklerden oluşmaktadır. Bunun yanında katılımcıların en küçüğü 24, en büyüğü de 76 yaşında olup katılımcıların yaş ortalaması 47.24 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 6'sı sağlık meslek lisesi mezunu, %10'u lisans mezunu, %38'si yüksek lisans mezunu ve % 38'inin de doktora mezunu oldukları bulunmuştur (Tablo 4.1).

4.2. BİREYSEL DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

Araştırmada, bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular; içerik analizi sonucunda “2000 yılı sonrası gerçekleşen değişim” ve “hemşireliğe etkileri”, olmak üzere iki ana tema ve bu ana temalara bağlı alt tema ve kodlar şeklinde Tablo 4.2’de görüldüğü gibi ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Tablo 4.2: Araştırmanın Tema, Alt Tema ve Kodlarının Dağılımı

	ANA TEMA	ALT TEMA	KODLAR
Sağlık Politikaları ve Yasal Düzenlemelerin Hemşireliğe Etkisi	2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim	Sağlık Politikalarında Değişim	Politika Oluşturma Sürecinde Hemşirenin Rolü
			Sağlıkta Dönüşüm Programı
			Birey Açısından Değişim
			Toplum Açısından Değişim
			Hizmet Sunumundaki Değişim
		Yasal Düzenlemelerde Değişim	Hemşirelik Yasası
			Hemşirelik Yönetmeliği
			663 Sayılı KHK
			Aile Hekimliği
	Hemşireliğe Etkisi	Eğitim	Sağlık Meslek Lisesinin Eğitime Devam Etmesi
			Ön Lisans Eğitimi
			Lisans Eğitimi
			Lisansüstü Eğitim
			Sürekli Eğitim
		Hemşirelik Roller	Araştırmacı Rolü
			Uygulayıcı Rolü
			Eğitici Rolü
			Yönetici Rolü
		Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi	Hemşire İş Gücünü Planlama
			Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam)
			Hemşirelerin Kariyer Gelişimi
			Hemşirelerin Özlük Hakları
		Görev- Yetki Ve Sorumluluklar	İş Tanımları
			Hemşirelerin İş Tanımında Olmayan İşleri Yapmaları
			Hemşire Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik Görev ve İşlerinin Verilmesi
			Hemşirelik Yönetimi
		Örgütlenme	Örgütlenmenin Şekli
			Örgütlenmenin Önemi
		Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci)	Mesleki Algı
			Cinsiyet (Erkeklerin Mesleğe Girmesi)
			Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme)
			Özerklik
			Mesleki Etik

Ayrıca sağlık çalışanlarının 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere ilişkin görüşlerinden elde edilen iki temaya ilişkin sözcük bulutu Şekil 4.1’de sunulmuştur.



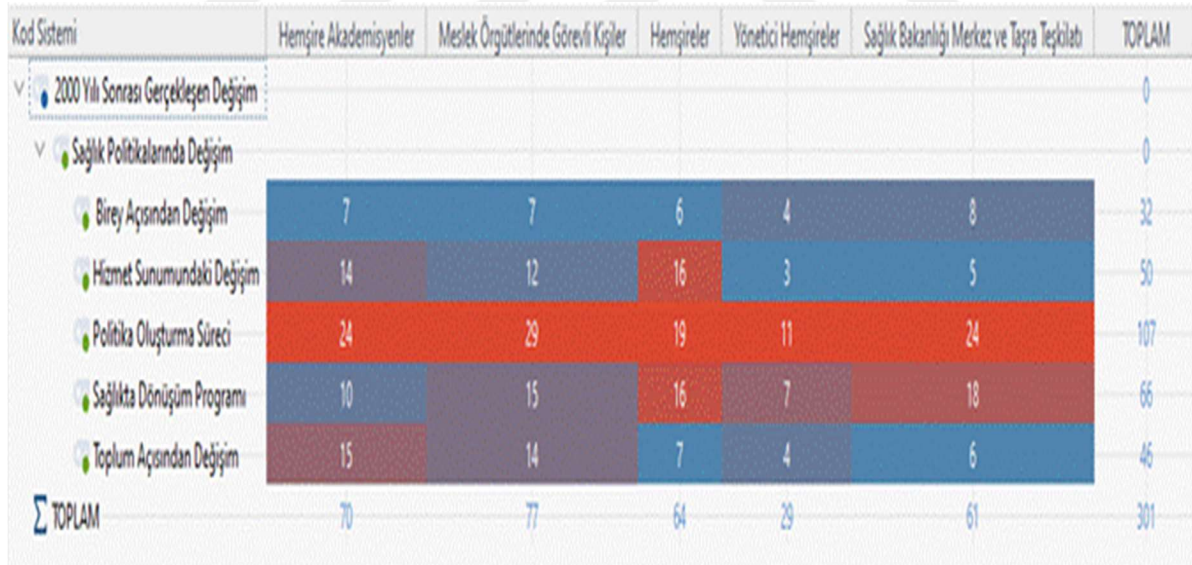
Şekil 4.1: Tüm Temalara Ait Sözcük Bulutu

4.2.1. 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların, Hemşirelerin 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim, “Sağlık Politikalarında Değişim”, “Yasal Düzenlemelerde Değişim” şeklinde iki alt tema altında incelenmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen “2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim” temasına ilişkin alt temaların dağılımları Tablo 4.3’te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.3: 2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim Temasına İlişkin Alt Temalarınve Kodların Dağılımı

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim	Sağlık Politikalarında Değişim	Politika Oluşturma Sürecinde Hemşirenin Rolü	107
		Sağlıkta Dönüşüm Programı	66
		Birey Açısından Değişim	32
		Toplum Açısından Değişim	46
		Hizmet Sunumundaki Değişim	50
	Yasal Düzenlemelerde Değişim	Hemşirelik Yasası	72
		Hemşirelik Yönetmeliği	20
		663 Sayılı KHK	52
		Aile Hekimliği	19



Şekil 4.2: Sağlık Politikalarında Değişim kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası.

Şekil 4.2’te Sağlık politikalarında değişim kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Sağlık Politikalarında Değişim” alt temasına ait toplamda 301 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Politika Oluşturma Süreci” Kodunu hemşire akademisyenler ve sağlık bakanlığı taşra ve merkez teşkilatı grupları”nın belirttiği görülmektedir. İkinci en yüksek kodlamanın ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı”na yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.4: Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasına İlişkin Kodların Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Sağlık Politikalarında Değişim	Politika Oluşturma Sürecinde Hemşirenin Rolü	107
	Sağlıkta Dönüşüm Programı	66
	Birey Açısından Değişim	32
	Toplum Açısından Değişim	46
	Hizmet Sunumundaki Değişim	50

4. 2. 1. 1. Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcılar, sağlık Politikalarında Değişimi; Sağlıkta Dönüşüm Programı, Birey Açısından Değişim, Toplum Açısından Değişim, Hizmet Sunum şeklinde kod altında incelenmiştir.

- **Politika Oluşturma Sürecinde Hemşirenin Rolü Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, politika oluşturma sürecinde sahada çalışan hemşirelerden görüş alınmadığını, görüşmelerin açık olmadığını ve hemşirelerin yeterince temsil edilmemesinin, sağlık politikalarının hemşirelik uygulamalarını destekleyici olmamasına neden olduğunu belirtmektedirler. Katılımcılar sağlık politikalarının oluşturulmasında hemşirenin rolünün önemini belirtmişlerdir. Katılımcıların politika oluşturma sürecine yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Hemşire olarak biz hiçbir uygulamada söz sahibi değiliz. Burada gerçekten biraz gerçekçi olmak lazım...Biz hâlâ hemşireler olarak herhangi bir sağlık politikasında yaptırım gücüne sahip değiliz...” (21-Dernek Başkanı).

“...Bu dinamik süreçte meslek bazında kanun yapıcılar arasında kesinlikle hemşirelerin de aktif olarak bulunması gerektiği düşüncesindeyim. Bunun dışında sahadaki değişikliklerin Sağlık Bakanlığı tarafından yakın takip edilip sahanın ihtiyacının karşılanması gerektiğini düşünüyorum...” (18-SB Şehir Hastanesi).

“...Yani karar alıcıların işin mutfağına iyi bilmesi gerekiyor. Klinik hemşirelik yapmış olması gerekiyor... Bu kararların bu da olumsuz sonuçlar şeklinde geriye döndü bize diye düşünüyorum...” (42-Devlet Üniversitesi).

“... Evet, yasal düzenlemeler yapılıyor fakat sahayı bilmeyen kişilerin yaptığını düşünüyorum. Bazen öyle şeyler çıkıyor ki saha ile tamamen aykırı oluyor bunlar ...” (02-SB Devlet Hastanesi).

“...Ülkemizde sağlık politikaların oluşturulduğu daire tarafından, tek taraflı olarak oluşturulduğunu düşünüyorum. Saha taleplerini iletme yolunda sorun yaşıyoruz. Taleplerin nereye nasıl ileteceğini bilmiyoruz. Sahada çalışanlar nerelere ileteceği konusunda sıkıntı yaşıyorlar. İletilen taleplerin geri dönüşü olmuyor. ...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Eğer sahanın görüşü alınmış olsa zaten hemşirelik ve hemşirelik uygulamaları çok farklı yerlerde olacaktır. Hemşire en azından toplumda hak ettiği yeri bulacaktır diye düşünüyorum...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...Tartışmalara hekimler (TTB üyeleri) hâkimdi, ayrı- kapalı salonlarda tartıştılar, nihai toplantı dışında, hekim-dışı sağlık grubu ile yan yana gelmediler; bu değişime neden karşı olduklarını kendileri söyleyip kendileri işittiler, değişim olaksa hâkim ve yetkili rolde olmayı benimsediler; diğerleriyle paylaşmadan, 2. Sağlık Kongresinin son gününde Kongreyi protesto ettiler...” (03-Dernek Başkanı).

“...Aslında tüm dünyada sağlık politikaları oluşturulurken, oluşturulacak alanla ilgili yetkin olan alanın uzmanı kişiler, akademisyenler, o alanda deneyimli kişiler, o alanda hizmet veren sivil toplum kuruluşları, belirlenecek olan politikalar için bir araya gelerek toplantılar yapıyoruz. Ülkemizde zaman zaman sadece kişilerin doğrultusunda da sağlık politikalarına yön verilebiliyor. Tamamen profesyonel tarzdan uzakta kişilerin doğrultusunda politikalar belirleniyor...” (07-Dernek Başkanı).

“...Politika oluşturma süreci baştaki ne diyorsa o oluyor artık yani onu söyleyebilirim...” (26-Dernek Başkanı).

“...Çünkü politika demek karar vereceğiz demek... sağlık sistemi üzerinde doğru kararların verilmesi gerekiyor. Doğru kararlar verilince de sistem, sağlık sistemi doğru bir şekilde işler diye düşün. Politikalarda karar verirken de içerisindeki kişilerin düşüncelerinin alınması lazım diye düşünüyorum. ...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Bu hizmet sunucularının örgütleri aracılığıyla bu politikaların oluşturulmasında en büyük katkıyı ondan onların (örgütü kastederek) vermesi lazım. ...” (50-VÜ Akademisyen).

- ***Sağlıkta Dönüşüm Programı Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasında yaşanan sorunları; sağlık çalışanlarının iş yükünün artması, sağlık iş gücünün plansız yönetilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kalkması, hasta bakım maliyetlerinin artması şeklinde belirtilmişlerdir. Görüşmelerde sağlık sistemindeki dönüşümlerin zorlu ve uzun bir süreç olduğunu unutmamak gerektiği ve bu nedenle programın uygulanması sürecinde yaşanan sorunlara ilişkin sürekli iyileştirmeye yönelik, düzenleyici çalışmaların yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bazı katılımcılar, sağlık hizmetine erişilebilirlik, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, verimlilik ve kalite gibi alanlarda olumlu değişikliklerin olduğunu vurgulamışlardır. Herkesin istediği hastaneye gidebilmesi, tedavi hizmetlerinin gelişmesi, birinci basamak hizmetlerine olumsuz etki, hemşirelik iş yükünün artması konularına değinilmiştir. Bu konuda katılımcı görüşleri benzerlik göstermekte olup katılımcıların görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bence bu proje ile hemşirelik mesleği daha geri plana atıldı. Sebebi ise sürekli artan iş yükü ile ilgili. Hani hemşire gibi değil de ara eleman gibi bir algı oluşturulmaya başlandı...” (11-SB EAH).

“...Aslında sağlıkta dönüşüm programa o çok tartışılır hani olumlu mu olumsuz mu ama şu anda 2002 yılında 20 yılını doldurdu orada işte koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kalktığını biliyoruz. Daha çok 3. basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verildiğini şehir hastanelerinin oluşturulduğu biliyoruz. İhtiyaç olmasına rağmen sağlık insan gücünün plansız yönetilmesi. İhtiyaç var ancak yerleştirme yok ya da atama yok ya da ihtiyaç fazlası mezun var...” (26-Dernek Başkanı).

“...Türkiye’de sağlık politikaları ile ilgili son 20 yılda en gözde yapılan sağlıkta dönüşüm projesiydi. Sağlıkta dönüşüm projesinde ikinci basamağı atlattık, 3. basamakta biraz sekteye uğradı. Bu politikaların temel amacı tabii ki 1. basamak sağlık sistemlerinin güçlendirmektir. Şu anda ona yönelik girişimler var. Bu yaşadığımız süreçte son 20 yılın sonlarına doğru yani günümüze yaklaştığımızda şehir hastaneleri sağlık politikaları güncelleme yapıldı. Yap işlet devret modelinde bütüncül bir sağlık politikasına yaklaşıldı...” (37-VÜ Akademisyen).

“...Bunun da artıları ve şey yani olumlu tarafları ve olumsuz tarafları oldu. Bir kere hani temel sağlık hizmetlerinin sunumu değişmiş olduğu sağlık ocağı gitti, aile hekimliği sistemi geldi. Yani hekimin orada yanında çalışan hemşirenin aynı zamanda işvereni olması meselesi ki bu da hani çalışma barışı açısından ve yani birçok yönden mesleki açıdan baktığımızda içinde tehditleri barındıran bir durumdur...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...İlk başta, sağlıkta dönüşüm zaten 2003 yılından beri son yirmi yıldır her şeyi etkiledi. Finans açısından Sosyal Güvenlik Kurumu, SSK ve diğer kurumlar kalktı. Denetim tamamen bakanlık aracılığıyla oldu. Kalite standartlarının getirilmesi, hizmet standartlarının getirilmesi. Denetimde bakanlık daha etkin olmaya başladı. Hizmetlerin denetimi olsun, hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar olsun. Katkı payları adı altında hastalar daha fazla katkı payı ödemeye başladılar son yıllara geldikçe. Cebinden çıkan para gittikçe arttı. Rahat hastanelere gidebiliyor insanlar. Her hastaneye gidebiliyor. Eskiden SSK'ya giderdi. Emekli Sandığına gelirdi sadece memurlar. Herkes her yere gidebiliyor ama gitmenin de bir bedeli var. Gidebiliyorsun ama bunun maddi karşılığının da cebinden çıkması lazım. Cebinden çıkan para çok fazla arttı diye biliyorum...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının sağlık karşısında eşit muamele görmesidir. Gerek sosyal güvenlik kurumlarının harmonizasyonu, birleştirilmesi gerek kamu sağlık kuruluşlarının bir çatı altında toplanmasıyla birincisi, hem hizmet sunumu hem finansman tarafında bir regülasyon yapılmıştır... Türkiye’de iki taraflı reform yapılmıştır. Ama iki taraflı reformun da ana fikri vatandaşlar arası eşitlik sağlamaktır. Tabi ki bunu detayına inebiliriz... Temel en büyük değişiklik vatandaşın sağlık sistemi içinde eşit kabul edilmesidir...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“...Sağlıkta başlatılan bu dönüşüm politikası hemşirelik mesleği açısından olumlu sonuçları oldu. Pozitif katkılar sağladı...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Sağlık sisteminde hep şiddetin önlenmesi ele alınır. Hukuksal boyutu akla gelir. Bu dönemde de hekimlerin, hemşirelerinde mesleki alanda yapması gereken işlerini yapmamalarına doğru bir yönelim var. Sürekli malpraktisten yargılanan arkadaşlarını gördükçe hemşire ve doktorlar hastalara dokunamıyor. Bu yüzden işte de sıkıntılar yaşanmakta. ...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Hastanelerde verimlilik kavramı sağlık ekonomisi açısından pek çok parametre üzerinden değerlendirilir. En sık kullanılan ölçütlerden birisi yatak doluluk oranıdır. Kaba bir değerlendirme olmasına karşın; kamu hastanelerinin büyük bir çoğunluğunda (Siyasi

gerekçelerle nüfus gözetilmeksizin açılmış hastaneleri saymazsak) yatak doluluk oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, verimlilik ölçütleri değerlendirildiğinde kamu hastanelerinin özel hastanelerin birçoğundan verimli olduğu ortaya çıkarılmıştır...” (03-Dernek Başkanı).

“...Erişilebilirlik anlamında çok büyük önemi olduğunu düşünüyorum. Sağlık politikası erişilebilirliği direk etkileyen sistem örneğin daha önceden uygulanan sisteme göre genel sağlık sigortası sistemine geçildikten sonra hizmet basamakları değişti...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na bağlanmış ve hastanelerin tek çatı altında birleştirilmiştir. Tüm vatandaşların istedikleri devlet hastanelerinden hizmet alması mümkün olmuştur. SSK hastanesi-devlet hastanesi ayrımı ortadan kaldırılmış, vatandaşlara tüm hastanelerden hizmet alma hakkı tanınmış ve tercih imkânı sunulmuştur...” (30-SB Merkez Teşkilatı Yönetici).

“...Yönetmelikte değişiklik oldu 663 sayılı yasayla birlikte sağlıkla bir sözleşmeli sistem yeni gelişti. Aile sağlığı sistemi yine sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplandı. İlaç düzenlemeleri esas değişimler oldu. Sağlık hizmetlerinde halk sağlığında yine aşılama politikaları doğrultusunda ciddi yol kat ettik diye düşünüyorum. Mesleki görev tanımları yapıldı...” (48-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“... 663 numaralı kararname ile hemşireler aile hekimliklerinde diğer sağlık personeli olarak tanımlandı. Birinci basamakta yok gibiyiz sanki. Şimdi biz bunu aslında hani zamanında çok tartıştık...” (41-Devlet Üniversitesi).

- **Birey Açısından Değişim Koduna İlişkin Bulgular**

Sağlık politikalarında yaşanan gelişmelerin birey açısından ortaya çıkardığı değişimler dikkate alındığında katılımcıların olumlu ve olumsuz görüşlerinin olduğu görülmektedir. Hekim seçme özgürlüğü, teknolojik gelişmelerin takip edilmesi, erkek hemşirelerin mesleğe girmesi gibi olumlu görüşler belirtmişlerdir. Özellikle aşırı iş yükü ve olumsuz çalışma koşullarıyla ilgili yaşanan sorunlar, eğitim ve gelişim olanaklarının yetersizliği, iletişim, aşırı gerilimli ve şiddete eğilimli ortamlarda çalışma ve iş birliği eksikleri gibi olumsuzluklar üzerinde durulduğu görülmektedir. Katılımcıların birey açısından değişime ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...Hemşireler açısından bakarsak kişilerin profesyonelleşmesine sebep oldu. Akademik yollar açıldı. Bu açıdan politikalar olumluydu...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Tabi sağlık politikalarıyla ilgili değişim benim mesleğe girmemi sağladı. Önceden erkekler hemşire olamıyordu...” (35-SB EAH).

“...Bireyde bu sistemin iyiliği ya da işleyişinden etkilenir. Dünya hızlı bir değişim içinde ÷lkemiz de bu değişimden etkileniyor. Sağlık teknolojisi çok hızlı ilerliyor. Yaşlı nüfus artıyor. Bununla ilgili politika ve yasal düzenlemeler her şeyi etkiliyor...” (6-SB Merkez Teşkilatı).

“...Bireysel olarak istediğim doktoru araştırabiliyorum. Tedavi olmak istediğim doktora istediğim şekilde ulaşabiliyorum. Araştırdığım doktorun kalitesinden memnun kalabiliyorum. Hekim seçeememiş olsaydım bana verdiği hizmet yeterli gelmeyecekti...” (07-Dernek Başkanı).

“...Birey açasından sağlığa ulaşma, en iyi sağlık hizmetini alma, yasal haklarını kullanmak açasından önemlidir. Bu dönemde hastanelere ulaşım kolaylaşmıştır...” (30-SB Merkez Teşkilatı Yönetici).

“...Kendi aımızdan baktığımızda bu özellikle aile hekimliği sistemi bize çok pozitif etki etti. Basamaklı sağlık hizmetleri yani hastaneye yapılan başı... bizler de olumsuz etkileme noktasına geliyor. Son dönemlerdeki muayene ile ilgili sıkıntılar yani fazla erişimden erişebilme sıkıntıları yaşamaya başladık ...Bireysel anlamda sağlıkta dönüşümün geleceğe yönelik umut verici hizmetlere dönüşmesi noktasında da olumlu görüşme etkileşim olduğunu söyleyebilirim...” (32-SB Merkez Teşkilatı Bürokrat).

“...Öncelikle insanlık hakkı sorumlu vatandaşlık hakkı çünkü sağlık hizmeti vazgeçilmez bir hizmettir. Dolayısıyla sağlık politikalarının da bireysel sağlık hizmetini hem hakkaniyetli şekilde doğru şekilde almam için düzenlenmesi şart. Bu anlamda hani Türkiye’deki sağlık politikalarının soruyorsanız evet Türkiye’deki sağlık politikalarını anlamlı ve dünyadaki sağlık hizmetlerine paralel gittiğini düşünüyorum...” (36-SB Merkez Teşkilatı).

“...Bireylerin kendi standartlarını etkiliyor. Bireysel standartları etkiliyor. Yaşam üzerinde bile etkisi var. Koruyucu önlemleri alırsın, ya da almazsın. Tercihe bağlı. Yani ne kadar koruyucu önlem alırsanız o kadar hastalıklar olmadan önce daha tedbir alabiliyorsun. Ama hangisine önem verildiği, finansmanın nereden karşılandığı, yaşantımızdaki her şeyi etkiliyor...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Ben bireysel olarak bu değişikliklersen şöyle etkilendim. Hep yöneticiliğe itildiğim için etkilendim. Dolayısıyla özlük hakkı olarak bu sistemin en çok zarar göreni oldum. Hekimlik mesleğimi yapsam o ek ödemelerden de yararlanabilirdim. Ama neredeyse meslek hayatım boyunca ek ödemelerin hemen hemen çok kısa bir iki yıl içinde hiç yararlanamadım. Biliyorsun

merkezde çalışanlara ek ödeme yok. Dolayısıyla en çok etkilendiğim bu oldu. Mesleğimi çok icra edemedim. Onu söyleyeyim...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“...Değerlendirmek gerekirse bireysel olarak sağlık çalışanları nezdinde, sağlık politikalarının yeterli derecede düzenlenmediğini düşünüyorum. Sağlık profesyonellerinin, sağlık politikalarının yetersizliği, istenilen düzeyde olmaması, sağlık politikalarının topluma yansımalarını etkilemektedir...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Açıkkası ben askeri sağlık hizmeti gören kuruluşlarda çalıştığım için bana çok olumsuz yansıması yoktu. Olumlu yansıması da gene meslekte uzmanlaşmak için bilim uzmanı olma şartı getirilmesi bana olumlu yansıdı. Çünkü bu alanda bir yüksek lisansım mevcuttu. Sahada da bunu çok fazla kullanamadım. Çünkü bu kariyerinden sonra genelde hemşirelik dışı görevlerde bulunmam söz konusu oldu. Manevi boyutta olumlu yansıması oldu diyebilirim...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...Mesleğin ilk yıllarında çok umutluydum. Ne için umutluydum, Türkiye’deki hemşireleri güzel günlerin beklediğini düşünüyordum. İşte branşlaşmalar olacak sertifika programları olacak diyaliz hemşireliği içindeki olduğu gibi bizim de rollerimiz alanlara yönelik spesifik olarak belirlenecek geliş güzel atamalar bir hemşirenin yerinden oynatır olmaları engellenecek ve hemşireliğe saygım çok daha hak ettiği saygınlık seviyesine ulaşacağını düşünüyordum. Yıllar geçtikçe bu politikalarındaki değişimler sonunda umudumu yitirmeye başladım. Tabii ki öğrencilerimize bu yönünü fark ettirmeye çalışıyorum fakat öğrenilmiş çaresizliğe doğru gitmeye başladı. Türkiye’deki hemşirelik mesleğinin geleceği ve umuduna ilişkin düşüncelerde biraz karamsarlığa kapılıyorum...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Sağlık politikası benim için ne dönemde hizmet sağlık anlamında aldığım hizmetin tabii ki iyi bir şekilde yani etkili bir şekilde almak isterim ki yani birey olarak düşündüğüm zaman yani aldığım hizmetten memnun olmak isterim. Bu nedenle bireysel anlamda hizmet alan bir kişi olarak benim için önemli sağlık politikaları...” (47-VÜ Akademisyen).

“...Bizler sağlık hizmetini sunan ekibin birer parçalarıyız dolayısıyla da bu hizmeti yerine getirirken ki işte görev yetki ve sorumluluklarımız, rollerimiz bunların nasıl sunulacağı nasıl tamamlanacağı örgütleyecek nasıl kontrol edileceği ya da bu onların sunumu gerçekleştirirken bizlerin işte ne diyelim yapacakları yükümlülükleri vesaire anlamında baktığımız zaman da tabii ki politikalar ve yasal düzenlemeler bizim için önemli...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...Yasal düzenlemeler yaptığımız göreve kadar etkiliyor. Hizmeti nasıl sunacağımızı, hizmetin kalitesini nasıl sunacağımızı ve nasıl kaliteli hizmet alacağımızı belirliyor. Çünkü bütün Türkiye genelinde yapılan sağlık politikaları, tüm kurumları ilgilendirdiği için orada çalışan ve hizmet alan herkesi doğrudan etkileyebiliyor...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...20 yıldaki sağlık politikalarıyla ilgili yani hemşirelik özelinde gerçekten yapılması gerekenler var... kâğıt üzerinde yapılan düzenlemeleri uygulama yapsak belki yenilerini düşünmeye fırsatınız olmuşum şöyle bir şey yapıyoruz biz alanda çalışır arama hak aramayla vaktimiz yasal düzenlemeler vesaireler yerli yerinde yöneticiler tarafından uygulansa genellemeler yapılsa değerlendirmeler yapılsa fiyatına göre görevlendirme yapılmasa iyi olur...” (37-VÜ Akademisyen).

“...Mali anlamda bana hiç faydası olmadı. Bu pozisyonların bir takım kriterlerinin olması gerekmektedir. Almış olduğunuz eğitimin sahada bir kadrosu yok. Mobing anlamında da geri döndüğünü düşünüyorum...” (01-SB EAH).

“...Evet tüm son 20 yıldaki değişimler şöyle ki yani beni bireysel olarak nasıl etkiledi hiç düşünmemiştim. Aslında ipuçları verdiğini öğrenci portföyümüz değişti...” (39-Devlet Üniversitesi).

- **Toplum Açısından Değişim Koduna İlişkin Bulgular**

Araştırmada ülkemizde son 20 yılda sağlık politikalarında yaşanan gelişmelerin toplumun sağlığı açısından ortaya çıkardığı değişimler incelendiğinde, katılımcıların bazıları sağlık sisteminde yeniliklerin gerçekleştiğini, özellikle sağlığa erişim ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumun sağlık bilincinin artması, maliyetlerde değişim, hastanelerin işletme haline dönüştürülmesi gibi alanlarda değişimlerin yaşandığını belirtmişlerdir. Katılımcıların sağlık politikalarının ve sağlık politikalarındaki değişimin toplum açısından değerlendirilmesine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Toplumdaki sağlık hizmetleri eğer istenilen düzeye ulaşırsa, aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artıyor. Toplum bu konuda bilgilendirilirse halkımız hakkını da aramayı öğreniyor ...” (07-Dernek Başkanı).

“...Toplum açısından bakıldığı zaman, ülkemizdeki sağlık politikaları, toplumun sağlık refah düzeyini arttırmak üzere kurulmuş olması gerektiğini düşünüyorum. Toplumumuzun

pandemi süreci kapsamında, sağlık yönetimi politikasının, toplumun süreçlerine cevap verebilir ölçüde olduğunu düşünüyorum ...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“Sağlık politikaları tabii hem halka, topluma hizmet etmesi açısından hem de tabii ki meslektaşların kendi alanlarında daha özgür, daha özgüvenli daha otonomik çalışmaları açısından önemli ...Burada da özellikle insanın yaşamını düşündüğümüz zaman işte anne karnından ölümüne kadar tetikler sağlıklı yaşam. Sağlık öngörülmesi sağlığın riskler ülkenin yönetilmesi konusunda tabii ki sağlık politikaları her zaman için güncellenmeli. Aynı zamanda sağlık politikalarının teknolojiyle bütünleştirilmesi gerekmektedir...” (22-Dernek Başkanı).

“...20 yılda çok hızlı değişti gerçekten toplum, çok hızla değişti ama bu değişimin yönü olumlu yöne doğru gitmedi maalesef. Yani toplum bu kadar büyük bir çöküş halindeyken değerler bakımından, inançlar bakımından, yaşamı algılamak anlamlandırmak... Hemşireler de bu toplumun bir parçası olarak aynı çöküşü aynı, değerler sistemindeki çöküşü tabii ki onlar da yaşıyorlar... Tabii ki hemşireler de bu toplumun bir parçası ve hemşireler de bu çöküşü yaşamakta...” (23-Dernek Başkanı).

“...Sağlık hizmetinin verilmesi Türk devletin sorumluluğundadır. Sağlık hizmetine bütün toplumun ihtiyacı var. Birey aile toplum hepsine bir açıdan bakacak olursak devletin kişilerin sağlık hakkını eksiksiz tamamlanması gerekir. Bu nedenle politikaların politikacı yapıcılarının herkese ulaşacak bir sağlık hizmeti sunulması önemli. Bu sağlık hizmeti sunulurken eşitlik, ulaşılabilirlik ve açık aydınlatıcı politikalardan yer alması şeffaf politikalarının yer alması önemlidir...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Genel anlamıyla baktığımız zaman sağlık sistemi temel sağlık hizmetlerinden yani koruma, geliştirme, önlemeye dayalı hizmetlerden işte hastalık halinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri gibi çok kapsamlı bir alan. Sağlık sistemleri ve sağlık politikaları bu toplumun bu alanda olan ihtiyaçlarını belirlemek ihtiyaç ve sorunlarını karşılayacak ve sorunları önleyecek toplum sağlığını en üst düzeyde başarılı kılacak bir sistemi oluşturmaktır...” (50-VÜAkademisyen).

“...Tüm çevreyi etkiliyor sağlık politikaları. Politika, yani finansmanından kurumlara hizmete kadar, çalışanlara hizmete kadar, hizmeti verenlere alanlara kadar, hizmeti ne kadar aldıklarına kadar her şeyi etkiliyor. Toplum sağlığını etkiliyor...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...İnsanların eşit haklara sahip bireyler olarak sağlık hizmetlerinden faydalanması amaç edinilmelidir. Tüm kurumların sağlık politikalarında aynı şekilde davranması gereklidir. Toplum yararına hedefler ve düzenlemeler belirlenmelidir...” (18-SB Şehir Hastanesi).

“...Sağlık hizmetlerinin toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlandığı için tüm bireylere, tüm kesimlere hitap etmesi gerekiyor. Köydeki bir vatandaşa sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasıyla şehirde yaşayan bir bireye sağlık hizmetlerinin ulaştırılması aynı standartlarda gitmesini ya da yararlanabilmesi gerektiğini düşünüyorum. Yasal düzenlemeleri falan da tabii ki devletimiz ve hükümetler planlıyor. Bunları göz önünde bulundurmaları gerekiyor. Herkes eşit miktarda sağlık hizmetlerinden faydalanamıyor. Sağlık sistemimiz yetersizliklerinden biri de hizmetlerin eşit ve doğru şekilde bireylere ulaştırılamaması yer almaktadır...” (11-SB EAH).

“...Sağlık politikası, sağlık hizmetleri sunumunda uyulması gereken yasal yaptırımlardır bana göre. Bunların önemi büyük. Bütün hizmete yön veriyor. Ancak yazılı şeylerin bazen hizmette uygulanmadığını da maalesef görüyorum. Örneğin sorumlu hemşireler belirlenirken, daha fazla eğitim düzeyi yüksek olanların rüçhan hakkı vardır diyor. Ben maalesef bu hizmeti sunarken özellikle buna uyulmadığını, birçok yerde buna uyulmadığını gördüm. Evet, bir yasa var fakat uygulamada çok olmuyor gibi...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...sağlık hizmetinin yapısı ve yasalar toplumun kaliteli hizmet alabilmesi için çok önemlidir. Yasalarla hizmetin kalitesi niteliği ve kontrolü sağlanır...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Bize yön vermek için önemli. Meslek tanımlarımızı, meslek için yapmamız gerekenleri, görev tanımlarımızı bilmemiz açısından önemli. Yeni başlayan arkadaşlar için konuşuyorum özellikle. Halk sağlığı konusunda etkileyeceğini düşünüyorum. Maalesef bizim toplumumuz çok eğitilmiş bir toplum değil. Sosyal açıdan çok ihtiyaçları olan bir toplum. Bu açıdan önemli olduğunu düşünüyorum. Sağlık politikalarının yönlendirme açısından önemli. Aile hekimlikleriyle başlayıp, il sağlıklar, hastaneler bazında...” (02-SB Devlet Hastanesi).

“...Halk sağlığının temelinde de birey sağlığını korumak yani iyilik esenliğini sağlamak yatıyor. ...” (35-SB EAH).

“...Aslında bakıldığında sağlık reformu düşük maliyetle en üst düzey hizmet sunumu gibi kimilerine göre imkânsız istemek olarak lanse edilebilecek bir çalışmadır. Sağlık

sisteminde birbirinden çok farklı planlar devreye sokulmuş ancak bu planların hiçbirisi sağlık sisteminin daha iyi hale gelmesini sağlamamıştır...” (43-SB EAH).

“...Bir yandan özel hastaneler var. Özel hastanelerdeki durumda şu. Acaba güvenmeli miyim yoksa bu işlemi bu teknikte bana para için mi yapılıyor? Benim paramı almak için mi yapıyorlar yoksa tamamen gerekli bir durum mu, değil mi? Bu konuda bir güvensizlik var. Sonuç olarak hani hep şöyle sağlık sistemimiz çok iyi şeklinde bir algı var. Ben devletin ve kamunun hastanelerine açıkçası %100 güvenemiyorum. Bir hasta yakını olarak bunu söylüyorum...” (10-ÖZEL HASTANE).

“...Bu artışın sağlanması içinde ve gerçekten hani gereksiz tetkik mi yapılıyor yoksa gereksiz ilaç kullanımı vesaire var mı kâr elde etmek diye SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) uygulamaları ortaya çıktı ve SUT uygulamaları ortaya çıkınca bu sefer firmalardan daha fazla ücret karşılığında malzeme almaya başladık. Bakım ya da hizmet durumunda zarar olarak yansıdı ve bu sefer kurumun zararını karşılamak için özellikle devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde bu sefer bu işte bu BES (Bireysel Emeklilik Sistemi) adı altında yeni bir vergi aslında sistemi bu aküyü bu bunu oradan kapatmaya çalıştı. 2003 sonrasında düşünülen sağlıkta dönüşüm bence planlandığının dışında daha fazla işlere ya da ne denir sonuçlara neden oldu...” (21-Dernek Başkanı).

- **Hizmet Sunumundaki Değişim Koduna İlişkin Bulgular**

Yapılan görüşmelerde katılımcılar, 2000 yılı sonrası geliştirilen sağlık politikalarının hizmet sunumunu olumlu olarak değiştirdiğine değinmişlerdir. Katılımcılar özellikle dijitalleşme ve teknoloji kullanımında artış olduğu, sağlık sigortalarının kullanımının ve kapsayıcılığının arttığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel girişimciliğin artması, sağlıkta kalite güvencesine ve hasta merkezli hizmet sunumuna öncelik verilmeye başlanması gibi olumlu etkilerin üzerinde durmuşlardır. Hizmet sunumundaki değişime ilişkin olarak katılımcılardan yapılan bazı alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...Daha az sıra bekleyerek hizmete erişimin olması. Teknolojinin de artması ile birlikte tedavi süreçlerinin hızlı olması. Hastalar açısından kolaylaştıran bir süreç olduğunu düşünüyorum. Hem hasta hakları, hem de çalışan hakları açısından herkesin kendi hakkını rahatça arayabileceği, koruyabileceği düzenlemelerin de gelmiş olması her iki taraf açısından önemli. Kayıt sistemlerinin güvenilirliği, uzun süre saklanması, erişebilirliği açısından da önemli...” (01-SB EAH).

“...Dijitalleşme ağır aksak yürütülmeye çalışılıyor. Beklentilere göre bir dijitalleşme olmasa da biraz bir şeyler yapılıyor. Gelişen teknoloji çok fazla sağlık sektörü etkiliyor. Sağlık hizmetinin sunulmasında teknolojik cihazlar ulaşım kolaylaştı. Yazılım süreçleri sağlık sistemine entegre edildi. Daha istediğimiz verimliliğe ulaşamadık. Çalışmalar var, devam ediyor. Yazılım ve bilim alanındaki ayrılmalar kalktığında daha verimli sonuçlar alabiliriz...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Bildiğiniz gibi sağlıklı yaşamak temel bir insan hakkıdır ve insanlar, sağlıklı yaşayabilmek için artık sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaktadırlar. Teknolojinin gelişmesi yaşam seviyesinin yükselmesi ile beraber, kişiler sadece tedavi olmakla yetinmemekte, sağlığı koruyucu ve geliştirici uygulamalara da ilgi göstermektedir. Sağlık politikaları sağlık hizmetinin düzenlenmesi için önem taşımaktadır. Bilim ve teknolojinin ilerlemesi ile birlikte yeni tanı ve tedavi yöntemleri bulunmakta, toplumun tüm kesimleri için dış dünyaya uyumunu arttıracak uygulamalar da gelişmektedir. Buna sakat, yaşlı ve engelliler de dâhildir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin kullanımı artmakta ve tüketiciler de bilinçlenmektedir...” (30-SB Merkez Teşkilatı Yönetici).

“...teknoloji çağındayız tıpta bir sürü değişiklikler oluyor. Teknolojik değişimler oluyor sağlık alanında... uzman kişiler işte oturup bu konuda hani nasıl bir şey ne yapabiliriz daha iyi hizmet sunmak açısından bireylere hani işte kaliteli bir bakım vermek ya da güvenli bir bakım vermek için bununla ilgili çalışmalar yapıp ona göre düzenlemeler yapılıyor...” (47-VÜ Akademisyen).

“...2000’li yıllarda olanlarla şimdiki olanlar arasında çok şey değişti tabii ki. Bakım kalitesi olsun hastalara verilen değerler bunlarla ilgili düzenlemeler yapıldı, yapılmaya da devam ediyor... 20 yataklı çoklu odalar yapmaktan ziyade artık tek kişilik 2 kişilik odalarda hastalar...” (45-ÖZEL HASTANE Yönetici Hemşire).

“...Yani ben mezun olduğum zamanki özel hastane sayısı ... bir elin parmaklarını belki geçmez. Şimdi bakıyoruz bambaşka bir noktaya taşındı buna da yani gereksinimi karşılıyor...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...Emekli Sandığı bağ kur ve sosyal sigortalar kurumu esasında bunun yansıması. İnsanlara eşit düzeyde sağlık hizmeti verme biçiminde geri dönüşü oldu bize. Ben öyle düşünüyorum. Daha önce bakımın kalitesinde farklılıklar vardı. İlaçta bile farklılık vardı...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“... Aşı reddinin bir hak olması diğer insanların sağlık hizmeti almasını ya da sağlık hakkının üzerine bir güç olarak temellendirme bilemez aslında bu konuda uygulamada açık olduğunu düşünüyorum. Bu durum sağlık sistemi ve yasal düzenlemelerin toplumu nasıl etkilediğini gösteriyor...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...Daha önce uygulanan sağlık sisteminde majör değişiklikler yaşandı. Hastanelerin kompleks içerisine toplanması...” (09-SB Şehir Hastanesi).

4.2.1.2. Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerin hemşireliğe etkilerine ilişkin görüşleri incelendiğinde; yasal düzenlemelerdeki değişimin etkileri, Hemşirelik Yasası, Hemşirelik Yönetmeliği, 663 sayılı KHK ve Aile Hekimliği şeklinde dört kod altında değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen kodlara ilişkin bulguların dağılımları, tema, alt tema ve kodlara ayrılarak Şekil 4.3’te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Tıbbi Teşkilatı	TOPLAM
2000 Yılı Sonrası Gerçekleşen Değişim						0
Yasal Düzenlemelerde Değişim						0
663 Sayılı KHK	10	15	5	9	13	52
Aile Hekimliği	10	5	2	2	1	20
Hemşirelik Yasası	26	20	6	18	2	72
Hemşirelik Yönetmeliği	7	5	2	5	1	20
TOPLAM	53	45	15	34	17	164

Şekil 4.3: Hemşirelerle İlgili Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Teması Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası

Şekil 4.3’te Hemşirelerle İlgili Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Teması kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Yasal Düzenlemelerde Değişim” alt temasına ait toplamda 164 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Hemşirelik Yasası” kodu olup “Hemşire Akademisyenler ve Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler” in görüş bildirdiği görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise 663 numaralı KHK’ye yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.5: Hemşirelerle İlgili Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasına İlişkin Kodların Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Yasal Düzenlemelerde Değişim	Hemşirelik Yasası	72
	Hemşirelik Yönetmeliği	20
	663 Sayılı KHK	52
	Aile Hekimliği	19

- ***Hemşirelik Yasası Koduna İlişkin Bulgular***

Araştırmaya katılanların, 2007 yılında yürürlüğe giren “Hemşirelik Yasası” hakkındaki görüşleri incelendiğinde, olumlu ve olumsuz görüşlerinin olduğu belirlenmiştir. Bazı katılımcılar, mesleğe profesyonel kimlik kazandırması, hemşirenin rol ve sorumluluklarında netlik olduğu yönünde olumlu görüş bildirmiştir. Bazı katılımcılarda bu yasal düzenlemenin var olan sorunların çözümüne katkı sağlamak yerine daha da fazla soruna yol açtığını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılarda yasa hükümlerinin uygulanmamasına değinmiştir. Katılımcılardan bir kişi ise Hemşirelik Yasasını okumadığı halde yasanın yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik yasasına yönelik olarak katılımcıların görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...Ayrıca hemşirelik eğitime eş değer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar da hemşire olarak çalışabilme yolu açılmıştır. Diğer bir değişiklik ise uzman hemşirelik tanımı yapılmasıdır. Bu değişim ile hemşirelik mesleğine bilim uzmanlığı tanınmıştır. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alma hakkına sahip olmuşlardır...” (34-VÜAkademisyen).

“...Türkiye’de hemşirelik ile ilgili her zaman şunu söylüyorum çok önemli bir avantaj olduğunu söylüyorum. Hemşireliğin tüm diğer sağlık disiplinleri ile kıyaslandığı zaman bu nedir bu avantaj gerçekten 1954 tarihli hemşirelik yasasının varlığı yani bir mesleğin eğer kendine özgü bir yasası oluşmuşsa bu büyük bir avantaj diye düşünüyorum...” (50-VÜAkademisyen).

“...Eski bir yasamız vardı 1954 yılında hazırlanmış, onun revize edilmesiyle 2007 yılında ve daha sonra yönetmeliğin çıkarılmasıyla hemşireliğin tanımında tek cinsiyete dayalı

meslek yürütülmesinde ısrar eden bir yaklaşım vardı, bunlarla engellenmiş oldu. Mesleğe erkek yurttaşlarımızın da girmesiyle meslek başka bir boyut kazandı. Dolayısıyla bu yasanın dışında hemşirelik eğitim düzeyinin üniversite düzeyine çıkarılması da mesleğimizi olumlu yönde etkiledi diye düşünüyorum...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...Son 20 yılda bizim bildiğimiz işte şey benim öğrencilik döneminden gelen erkek hemşirenin mesleğe katılması artık onların da sağlık memurluğu kavramını kaldırıp herkesin hemşire olarak anılması. Ondan sonra meslek kanunumuzun çıkması, uzmanlaşma ile ilgili yönetmeliklerin çıkması...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Yasayla ilgili hala kargaşa var. Bir grup meslektaşımız bunun çok iyi olduğuna inanıyor. Bir grup meslektaşımız da diyor ki daha iyi olabilirdi. Hatta benim görüştüğüm bir kısmı da yasa çıkarılsın diyor ...” (22-Dernek Başkanı).

“...Başka bir sorun 5 yıl boyunca sağlık meslek liselerinin açık kalması meselesiydi. Bu tabii yukarıdaki şeyle kendi içinde çelişen bir şeydi. Her ne kadar geçici madde olsa da hani avantaj dezavantajı konuşacak olursak söylediğim şey bu bunun dışında...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...Hemşirelik yasası hakkında ne biliyorum, hemşirelik mesleğine katkılar sağladığını son dönemde güçlenmesine katkılar sağladığını biliyorum ama yine de mesela bu sağlık meslek liselerinin kapatılmasıyla ilgili karar vardı, onun üzerinde çok oynandı. Böyle çok istediğimiz gibi olmadı ama son dönemlerde hemşire unvanlı almamaları iyi oldu, yine de istenilen düzeyde olmasa da mesleğinize hani katkı sağladı diyebilirim...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Özellikle yasal düzenlemeler ile hemşirelik mesleğine ilişkin sınırlar kontrol edilmeye çalışılmakta ama hala istenilen seviyelerde değil. Açıkçası bu şekilde son 20 yılda bence ilerleme güzel. Nitekim kanun maddelerinin eksikliğinden ya da kaynaklanan problemlerden dolayı bazı arkadaşlarımız görev almaktan ya da bunu yapmaktan çekiniyor...” (11-SB EAH).

“...Yasada sıkıntı yok aslında, yasaların uygulanmamasında sıkıntı var. Yukardan bize bu yetkinin verilmemesinden kaynaklandığını düşünüyorum...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Son 20 yılda çok gerilediğini düşünüyorum. Meslek olarak çok ciddi bölünmelerin olduğunu düşünüyorum. Bazı bölümler hemşire değiller ama onlara kimlik kazandırmak için

hemşire sıfatı verildi. Bu yüzden çok geriye gittik. Bu hemşirelik kurallarına aykırı. Bilinen gerçekler göz ardı ediliyor. Belki de onlar hemşire olarak mezun olacaklarını zannettiler ama öyle değil...” (07-Dernek Başkanı).

“...Son halini okumadım. Ama hemşirelik yasasını yetersiz buluyorum...” (09-SB Şehir Hastanesi).

- ***Hemşirelik Yönetmeliği Koduna İlişkin Bulgular***

Yapılan görüşmelerde, 2007’de yürürlüğe giren Hemşirelik Yasası doğrultusunda 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin olumlu ve olumsuz yanlarına değinilmiştir. Katılımcılardan biri branşlaşmanın önünün açıldığını, rol ve sorumluluklarına netlik getirdiğini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı da yeni rol çatışması yaratabileceğini belirtmiştir. Bu yönetmeliklerde hemşirelerin çalışma alanlarını, pozisyonlarını eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiş, ayrıca hemşirelerin özerkliklerini desteklemeye yönelik hemşirelik işlemleri tanımlanmıştır. Katılımcılardan bir kişi ise Hemşirelik yönetmeliğini bilmeyenler olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik yönetmeliğine ilişkin katılımcıların görüşlerinden yapılan bazı alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...Olumlu etkileri de var, olumsuz etkileri de var. Olumlu etkilerinden başlayacak olursak yıllardır özlemle beklediğimiz hemşirelikte branşlaşma birazcık yolu açılmış oldu. İşte örneğin yara bakım hemşireliği gibi yoğun bakım hemşireliği gibi çok önceden alınması gereken kararlar, çok önceden belirlenen pozisyonların önü açılmış oldu. Yönetmelikle rol kargaşası ve sorumluluklarını bir nebze netlik getirdiği fakat tam anlamıyla geçildi mi, geçilmedi. Bu branşlaşmanın çok daha hızlı olacağı beklentisi içerisinde değilim ben...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Yönetmeliğin çıkmış olması çok önemli. Kazanılmış bir zafer olsa da zamanın gerisinde kalmaya yüz tutuyor. İnovatif gelişmeler ışığında görev ve yetki alanlarının yeniden düzenlenmesi gerekiyor...” (18-SB Şehir Hastanesi).

“...Yasal düzenlemelerden tabii ki bizim için çok uzun yıllar uğraşıp 2007’de hemşirelik kanununun geçici görev tanımlarının olması, 2010’da bunun tekrar güncellenmesi hatta üstü kapalı bile olsa ben mesela girişim listesini çok önemsiyorum. Hemşirelik girişimi listesine ve şu anda kliniklerde çalışan arkadaşlara buna sahip çıkın, bunların içini doldurun, yani görev tanımlarının içini doldurun diye çok fazla konuşurum...” (22-Dernek Başkanı).

“...2010 yılında Hemşirelik Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle Başhemşirelik ve Sorumlu Hemşirelik gibi yönetsel görevlerde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşireler ön plana çıkarılmıştır. 2011 Nisan ayında yayınlanan yönetmelik değişikliğinde uzman hemşirelik tanımı yapılarak, Ameliyathane Hemşireliği gibi özel alanlarda çalışan hemşirelerin görev yetkileri belirlenip yetki belgesi alma hakkı verilmiştir...” (27-Dernek Başkanı).

“...Yanlış hatırlamıyorsam Nisan 2012’de mesleklerimizin alt dallarını açıklayan yönetmelik te geçti. Dolayısıyla bu da mesleklerimizi koruyan önemli bir adımdı. Bizim görev tanımlarımız orada yapıldı...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...2010 yönetmeliği keza şey açısından güzeldi başhemşire sorumlu hemşire ve hemşire kimdir sorularının görevler, görev yetki sorumluluklar bazında daha detay tanımlanmış haliydi... 2007’de evet hemşire kimdir sorularının yanıtı verildi ama 2010’a kadar orada bir yönetmelik çıkmadığı için bir muallakta ya da belirsizlikte olan bir süreçte oldu...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“... Hemşirelik ile ilgili görev yetki ve sorumluluklarımız hani belirlendi, netleşti. Daha sonrasında tabii 2010 birde şartlara göre tekrar bir değişiklik yapıldı. Bu yönetmelikle beraber bazı eklemeler oldu. İşte, uzman hemşirelik 2010 da yine yetki belgesine sahip hemşirelik ile ilgili düzenlemeler yapıldı. Görev yetki ve sorumluluklar tanımlandı. Hemşirelerin aynı zamanda bu şeyle ilgili ya evet işte tüm birimlerin görev yetki ve sorumlulukları tanımlandı...” (47-VÜ Akademisyen).

“...Mesela bizim lisans mezunu olduk ya da yüksek yani yüksek lisans mezunu olup hâlâ hemşirelik yönetmeliğini bilmeyen yani bir yönetmeliğimiz olduğunu bilmeyen meslektaşlarımız var...” (47-VÜ Akademisyen).

- **663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) Koduna İlişkin Bulgular**

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığına bağlı birçok kuruluştaki çalışan kamu personelinin görevde yükselme, atama, terfi ve diğer işlemlerine ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Katılımcılar, bu yasal düzenlemenin sağlık hizmeti sunumu, hemşirelik yönetimine ilişkin olumsuz etkilerine değinilerek yönetici atamalarında yaşanan sorunlar, başhemşireliklerin kaldırılması, hemşire olmayan bakım hizmetleri yöneticilerinin getirilmesi gibi olumsuzluklar üzerinde durmuşlardır. Bazı katılımcılar da atamalarda liyakat gözetilmediği, 663 sayılı KHK’nın anlaşılamadığını ve uygulamada zorluklar çıktığını

vurgulamışlardır. 663 sayılı KHK'ya ilişkin katılımcıların görüşlerinden yapılan bazı alıntılar aşağıda verilmiştir.

“...663 sayılı KHK ile getirilen; kamu sektörünün esneklik, verimlilik, maliyet, etkinlik, kârlılık gibi kavramlar üzerinden neoliberal politikalara uygun bir şekilde yeniden yapılandırılması sürecinin sağlık alanına ait kısmıydı. Hastanelerde gelirlerin artırılması çabaları içinde, tüm sağlık çalışanlarının hasta döngüsünü artırmaya odaklanması istendi. Hekimlerin muayene için ayırdıkları süre kısalırken tetkik sayısı arttı, hastanede yatış süreleri kısaldı. Tetkik ve tedavi süreçlerinde, tıbbi gerekliliklerden çok performans ölçütlerinin karşılanması öne çıktı. Tüm bunların bir sonucu olarak da sağlık hizmetlerinde nitelik giderek düştü...” (03-Dernek Başkanı).

“...Sağlıkta dönüşümle başlayan 663 toplum tarafından çok kabul gördü. Güzel adımlar da atıldı. Çıkış amacı çok güzeldi. En büyük adımdı. Hastaların işlemlerinin daha çok yapılacağı düşünülerek, genel sekreterliklerin kurulmasıyla birlikte başarılı olamayan yöneticilerin, hastanenin hem kalitesini, hem verimliliğini artıracığı düşünüldü. Başladı ama istenilen amaca ulaşamadı. Tanı ve tedavi kolaylaştı. Tanı konacak sonuçlara çabuk ulaşıldı. Hastaneler daha kolay ulaşılabilir oldu. Sağlık kuruluşları aynı çatı altında toplandı. Sadece 1. basamak sağlık hizmetinde istenilen başarıya ulaşamadı. Aile hekimlerine çok fazla hasta düştü...” (07-Dernek Başkanı).

“...bir yasal değişiklik daha oldu. 663 no'lu kanun hükmünde kararname yayınlandı ve yönetici hemşireler herhangi bir lisans mezunu oldu... Belki ebe için düşünülmüşlerdir, yani imamlar dış hekimleri ya evet tamam da yani imam ve 4 yıllık okul mezunu olmuş herkes hemşirelik yöneticisi olabilir...” (20-ÖZEL HASTANE).

“...biliyorsun hemşirelik yönetmeliğinde rüçhan hakları var ama şey 663 ile gelen kanun değişikliğinde de 4 yıllık herhangi bir okul mezunu işte sözleşme imzalarsa her şey olabiliyor...” (19-SB EAH Yönetici Hemşire).

“...663'numaralı kararnameye baktığımızda hemşirelik bakım hizmetleri müdürlüğünü kavramını görüyoruz. Adı bakım hizmetleri müdürü olduktan sonra 4 yıllık lisans mezunu... Çok ebe atandı...” (24-Dernek Başkanı).

“...663’numaralı kanun hükmünde kararnameyle bakım hemşirelik bakım hizmetlerine döndüğünce 4 yıllık okul mezunu olmak hemşirelik yönetimi için yeterli hale geldi...” (26-Dernek Başkanı).

“...Meslekleşme sürecinde yaşanan bu olumlu gelişmelerin ardından 2011 Kasım ayında 663 sayılı KHK ile Başhemşirelik yerine Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü getirilmiş ve herhangi bir 4 yıllık lisans mezunu kriteri ile yönetim görevi herkese açılmıştır...” (27-Dernek Başkanı).

“...663 kanun hükmünde kararnameyle hemşirelerin lisans mezunu olması gerekiyordu. En üst düzeyde yöneticiye bağlı olması gerekiyordu. Yasada böyle dendiği halde sağlık Bakanlığında 663 Numaralı genelgeyle 4 yıllık okul bitirmiş herkes bakım hizmetleri adında hemşirelik yöneticisi oldu. Şimdi tabi bu yasal düzenleme aslında bizim mesleğimizi tehdit etti. Dolayısıyla meslek dışı olan sağlık meslek grupları ya da sağlık meslek grubu dışındaki gruplar bizim atanabileceğimiz noktaları doldurmaya başladılar. Dolayısıyla burada bir hak ihlali yaşandı. 2007’deki kanunun olumlu etkileri tersine dönmüş oldu...” (38-Vakıf Üniversitesi)

“...663 no’lu kararı kanun hükmünde kararnameyle sadece herhangi bir lisans mezunu olması bakım hizmetleri müdürlüğü için yeterli sayıldı. 663 Numaralı Sağlık Bakanlığında genelgede şu an yasada şey denilmesine rağmen hemşirenin birinci düzey yöneticisi hemşire olmalıdır ve direk üst yönetime bağlı olmalıdır denmesine rağmen şey Sağlık Bakanlığı hastanelerinde pek çok hemşire olmayan üst düzey hemşirelik yöneticisi mevcut...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...663 Numaralı kararnamede dedi ki herhangi bir lisans mezunundan olabilir dedi. Bu şekilde hemşirelik dışı kişilerin de bakım hizmetleri müdürü olmasının önü açıldı. Hâlbuki yasada hemşire en üst düzeyde hemşire olarak temsil edilir diyordu. Aynı yerde bir de başhemşireleri lisans mezunu olma zorunluluğu, servis sorumluları da tercihen yüksek lisans olma zorunluluğu vardı. Farklı meslek grupları maalesef bizi yöneten hemşireliği yönetmeye başladı. Aynı zamanda şöyle bir şeyde bir tek hemşireliği yönetmesi değil bu sağlık bakım hizmetleri müdürlerini işte şeyleri anestezi teknisyen ve tekniker gruplarıdır vesairede bunlar da bağlandı...” (47-VÜ Akademisyen).

“...Çok büyük bir değişim yaşandı. 2011-2012 yıllarıydı sanıyorum bu hastanelerin sağlık kurumlarının merkezi yapıdan çıkıp hastane birlikleri şehirlerde ne 663 numaralı

kararname gecede çıkan kararname tabii hayatı değiştirdi. O anlamda hem şüpheliyim o anlamda hemşirelik ne diyelim eski bizim bildiğimiz başhemşirelikler kalktı, bir gecede bakım hizmetleri müdürleri oldu ve iyi tarafları da var, olumlu olumsuz tarafları da var. Belki yetkileri daha üst seviyede temsiliyet ile ilgili bir şey kazandı hemşirelik. Ama hemşireliği garantiledi şey o pozisyonlarda hemşire dışında da başka birileri pekâlâ olabilir ve bir de görev alanları genişledi...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...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. olmaksınız, sendikaya üyelik gibi sübjektif ölçütlerin dikkate alındığının söylenmesi) tartışmalı konumda olması. Sağlık çalışanlarının 663 sayılı KHK ile düzenlenenen sabit ödeme katsayıları artırılarak, kişilerin izinli ve raporlu olduğu dönemlerdeki kayıpları karşılanmalıdır...” (43-SB EAH).

“...Ama 663’ün mantığı şuydu. Aslında hem tıbbi yönetimi hem bakım hizmetleri yönetimini eşit hale getiriyordu. Aslında orada hemşirelik yönetimini lisansa da açıyordu ama bir başka şey yapıyordu. Hekimlerle yöneticileri statü olarak eşitliyordu. Kanun öyle çıktı. Dolayısıyla sadece tıbbi hizmetler müdürü adı yerine eski başhekimlik bilinen bir tabir kullanılsın diye adı öyle kaldı. Bugünkü başhekimlik karşılığı hastane yöneticisiydi. Dolayısıyla 663 bu konuda Türkiye’de zihinsel bir devrim de yapıyordu. Hemşireliği, idari hizmetleri ve yani hemşireliği demeyelim de bakım hizmetlerini, idari hizmetleri ve tıbbi hizmetleri eşit düzeye getiriyordu yönetsel olarak. Bunların koordinasyonunu tabi ki hiyerarşik yapıyla hastane yöneticisine bağlıyordu. Hastane yöneticisini de hekim olmak mecburiyetini kaldırıyor. Dikkat ederseniz ciddi bir zihinsel devrim var. Tabi herkes zorlandı...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“...663 no’lu kanun aslında iyi niyetle çıkarılmış ve güzel de işletilmiş bir kanundur. Kanun hükmünde kararname idi ancak uygulamada çok hani aslında büyük kusur görülmeyen alanlar dâhil büyütüldü ve bundan geri adım atıldı. 663’ün kazandırdıkları şey hastane yönetimi konusunda kurumun alabildiği inisiyatifler ve hızlı aksiyon alabilmesini sağlıyordu. şu anki yönetimde ise hastane yönetimi ile ilgili alınacak kararlar birçok genel müdürlüğün bir araya gelmesi sonucu ancak alınabiliyor. Bu yavaş ve hantal işliyor eskiye göre. Daha

öncesinde hızlıca bir hizmet açıyor bölge personel ve cihaz desteği çok hızlı sağlanabilir iken şimdi daha zor sağlanıyor diyebilirim...” (33-SB Merkez Teşkilatı, Yönetici).

- **Aile Hekimliği Koduna İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılanların, aile hekimliği sisteminin hemşireliğe yansımaları konusunda 2000 yılı sonrası yürürlüğe giren yasal düzenlemelerle ilgili görüşleri incelendiğinde: özellikle 2004 yılına kadar hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkin şekilde çalışıyor olmalarına değinerek, aile hekimliği sistemiyle hemşirelerin üstlendikleri görevlerde ve sorumluluklarda sorunlar yaşandığı ve hatta aile sağlığı elemanı unvanı ile hemşirelerin görünmez hale geldikleri, hemşirelerin hekimin işçisi statüsüne geldiği, halk sağlığı hemşireliğinin ortadan kalktığı görüşü üzerinde durulmuştur. Katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“... Son 20 yılda bu neyi getirdi herkesin sağlık hizmetine ulaşmasını engelledi (1. Basamak sağlık hizmetlerini kastediyor) diye düşünüyorum. Bir de sağlık ekibinin bir üyesi olarak gördüğüm kadarıyla hemşireler ve o aileler iç içeydi. Kendim de öğrenci olarak gittiğimde aile hemşireye çok şey danışabilir olmuştum...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Bu basamakta hemşire hekimden daha etkili. Yurt dışında ev ziyaretlerini düzenleyen hemşireler çok kıymetli. Takibinizi yapıp bakım planlarınızı yapıyor. Hastanede almanız gereken hizmeti evinizde alıyorsunuz. Hemşirenin bakım planları düzenliyor olması sizde gördüğü düzenlemelere özgü bakım planı hazırlaması, güzel bir hizmet. Yanlış uygulamalardan bir tanesi ... Son 20 yılda halk sağlığı hemşireliğini görmüyoruz...” (07-Dernek Başkanı).

“...Hepimiz halk sağlığı dersi aldık ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirenin rolünün ve görevinin ne kadar büyük olduğunu hepimiz biliyoruz. Hiçbir hemşire doktor yardımcısı değildir. Ben sağlıkçıyım demek ile hemşireyim demek arasında fark olduğunu düşünüyorum. Benzer şekilde ebeler hemşirelik yapma hakkı tanınmasını da doğru bulmuyorum. Mademki ebeler hemşirelik yapabiliyor o zaman ebeler bölümünü kaldıralım hemşireler de ebeler yapsın ebeler hemşirelik yapsın ebelerlik diye bir meslek olmasın...” (10-ÖZEL HASTANE).

“...Hemşire ile halkın doğrudan karşı karşıya geldiği yer, eskiden Sağlık Ocaklarında halkla ilgili ev ziyaretleri yapıldı. Çok fazla yapıldı. Doğan bebeklerin takipleri, annelerin bakımları ile ilgili. Hemşirenin bakımı biraz daha farklıydı. Halkın ihtiyacını giderecek şekilde

hizmet verme odaklanıyordu halk sağığı merkezi. Ana çocuk sağığı. İsimlerini bile unuttuk. Şimdi maalesef halktan da uzaklaşmış oldu...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Onun dışında bu sevk zinciriyle işte aciller herkese açıldı biliyorsunuz bu dönemdeki dönüşümle birlikte. Acilin herkese açılmasıyla birlikte aslında aile hekimliğı de beraberinde geldi. Bu birinci basamak sağığı hizmetlerinin ki sağığı hizmetlerini bence belki ne oluşturuyor bir ülkede eğer koruyucu sağığı hizmetleri çok iyi çalışıyorsa hasta bakım hizmetleri olan kurumlarda yük o kadar azalıyor. Bence aile hekimliğı de istenilen şekilde dönüştürülmesi sonrasında da acil servisler yani aile hekimliğı sadece reçete yazılan kurumlara dönüştü... Aile hekimliğıyle halledilebilecek birçok hastanın acillere başvurması acilleri kilit hale getiriyor...” (21-Dernek Başkanı).

“...Koruyucusu aile hekimliğı ki mesela 1963 yılındaki şeyde sosyalleştirme kanununda aslında birinci basamak sağığı hizmetleri gayet aslında iyi veriliyordu ya da aksayan yönler varsa da buna yönelik herhangi bir yapılan girişimlerle düzeltilebilir. Tamamen bunu kaldırılıp aile hekimliğı sisteminin getirilmesi yine hekim ve diğer hemşire mesela diye bir şey kalmadı. Aile sağığı elemanı diye şey yapıldı. Para ilişkisi onlarda da geliştiğini görebiliyoruz...” (26-Dernek Başkanı).

“...Sağıқта Dönüşüm Programında diğer önemli bir adım birinci basamak sağığı hizmetlerinde “aile hekimliğı” sistemine geçilmesidir ve 2010 yılı itibariyle aile hekimliğı uygulaması 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. Birinci basamak sağığı hizmetlerinin etkin yürütülmesi ile ikinci ve üçüncü basamak sağığı hizmetlerine olan ihtiyacın azalması ve tedavi kuruluşlarının yükünün hafifletilmesi amaçlanmıştır...” (27-Dernek Başkanı).

“...2004 yılında Aile Hekimliğı sisteminde çalışan hemşireler asıl kadrolarında ücretsiz izinli gösterilerek sözleşmeli olarak çalışmaya zorlanmış ve aile hekiminin yanında çalışan bir işçi haline getirilmiştir. Bu durum mesleki statüleri ve özerkliklerini yok ederek mesleğin kimliksizleştirilmesi yanında özlük haklarında kayıplara ve motivasyon düşüklüğüne neden olmuştur...” (27-Dernek Başkanı).

“...Son 20 yılda olan en önemli değişimlerden birisi bu gerçekten çok üzücü. Halk sağığı merkezlerinde şu anda çalışan aktif rol alan kadın sağığında çocuk sağığında aşılama hemşireler var. Hasta izleminde çok büyük yük alıyorlar ama isimleri yok. Bu çok üzücü bir durum ve derhal düzenleme yapılması gerekiyor...” (39-Devlet Üniversitesi).

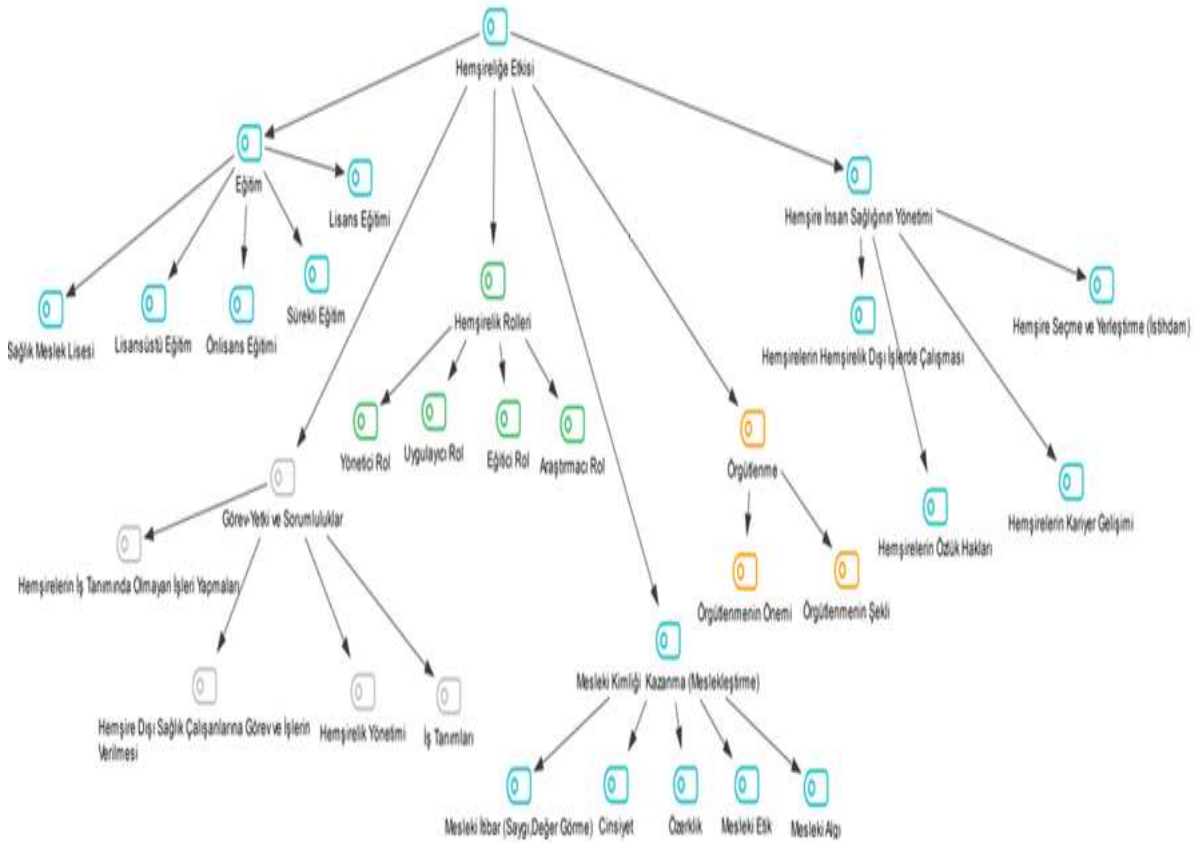
“...halk sağlığı hemşireliği, halk sağlığı hekimliğinin önceki yıllarda 20 yıl öncesinde daha iyi yürüdüğünü düşünüyorum. şu nedenle sağlık ocaklarında ev halkı tespit fişleri ile ailedeki her bir bireyin tanımlandı işlemlerinin yapıldığını, her şeyin kayıt altına aldığını sağlık açısından hatırlıyorum ve sağlık ocaklarının kendi takip ettikleri alan içeresindeki risk gruplarını iyi tanıdıklarını düşünüyorum...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Aile hekimliğinin gerçekten işlevselliği devam ettirilebilseydi 2. Basamak sağlık hizmetlerinin yükümlülüğünü azaltacak ve kıymetli olabilecek bir projeydi. İş bu doğrultuda yürümedi. Avrupa’daki sistemde aynı şekilde değil mi? Bizde bu sistem oturtulamadığı için 2. ve 3. Basamaklar da iş yoğunluğu artıyor ve aile hekimleri tamamen ekarte ediliyor. Yasal düzenlemeler yasal boyutta var ama uygulamada eksik. Aile hekimliği iyi mi oldu tatbikî iyi oldu uygulanabilseydi...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

4.2.2. Hemşireliğe Etkisi Temasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerin hemşireliğe etkisine ilişkin görüşleri incelendiğinde 6 alt tema ve 24 kod; hemşirelik eğitimi, hemşirelik rolleri, hemşire insan kaynağının yönetimi (hemşire istihdamı), görev-yetki ve sorumluluklar, örgütlenme, mesleki kimliği kazanma (meslekleşme süreci) şeklinde ele alınmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen hemşireliğe etkisi temasına ilişkin alt temaların dağılımları Şekil 4.4'te detaylı olarak verilmiştir.

Şekil 4.4: Hemşireliğe etkisine ilişkin temanın alt tema ve kodları.



Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı	TOPLAM
▼ Hemşireliğe Etkileri						0
> Eğitim	43	46	20	35	24	168
> Hemşirelik Roller	19	13	6	10	4	52
> Hemşire İnsan Kaynağının Yönetim	37	41	49	42	38	207
> Görev- Yetki ve Sorumluluklar	23	20	24	21	9	97
> Örgütlenme	6	7	12	8	1	34
> Mesleki Kimliği/Kazanma (Meslekdeşlik)	59	32	69	51	31	242
Σ TOPLAM	187	159	180	167	107	800

Şekil 4.5: Hemşireliğe Etkileri Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası

Şekil 4.5’te Hemşireliğe Etkileri Kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Hemşireliğe Etkileri” temasına ait toplamda 800 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Mesleki Kimliği/Kazanma” kodu ile “Hemşireler ve Hemşire Akademisyenlerin ifadeleri görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Hemşire İnsan Kaynağının Yönetim” i koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.6: Sağlık Politikaları Ve Yasal Düzenlemelerin Hemşireliğe Etkisi Temasına İlişkin Kodlarının Dağılımı

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Hemşireliğe Etkisi	Hemşirelik Eğitimi	Sağlık Meslek Lisesinin Eğitime Devam Etmesi	23
		Ön Lisans Eğitimi	6
		Lisans Eğitimi	56
		Lisansüstü Eğitim	52
		Sürekli Eğitim	42
	Hemşirelik Roller	Araştırmacı Rol	16
		Uygulayıcı Rol	19
		Eğitici Rol	12
		Yönetici Rol	5
	Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi	Hemşire İş Gücünü Planlama	25
		Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam)	15
		Hemşirelerin Hemşirelik Dışı İşlerde Çalışması	8
		Hemşirelerin Kariyer Gelişimi	101
		Hemşirelerin Özlük Hakları	68
	Görev- Yetki ve Sorumluluklar	İş Tanımları	14
		Hemşirelerin İş Tanımında Olmayan İşleri Yapmaları	9
		Hemşire Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik Görev ve İşlerinin Verilmesi	28
		Hemşirelik Yönetimi	45
	Örgütlenme	Örgütlenmenin Şekli	26
		Örgütlenmenin Önemi	8
	Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci)	Mesleki Algı	65
		Cinsiyet (Erkeklerin Mesleğe Girmesi)	67
		Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme)	41
		Özerklik	31
		Mesleki Etik	38

4.2.2.1. Hemşirelik Eğitimi Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların, sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerin hemşirelik eğitimine etkisine ilişkin görüşleri incelendiğinde sağlık meslek lisesi, ön lisans eğitimi, lisans eğitimi, lisansüstü eğitim ve sürekli eğitim olmak üzere beş kod başlığı altında değerlendirme yapılmıştır.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı	TOPLAM
Hemşireliğe Etkileri						0
Eğitim						0
Lisans Eğitimi	14	15	8	12	6	55
Lisansüstü Eğitim	11	11	5	10	5	42
Sağlık Meslek Lisesi	10	6	3	2	2	23
Sürekli Eğitim	7	10	4	11	10	42
Önlisans Eğitimi	1	4			1	6
Σ TOPLAM	43	46	20	35	24	168

Şekil 4.6: Eğitim Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası

Şekil 4.6 Hemşirelik Eğitimi Alt Kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Eğitim” alt temasına ait toplamda 168 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Lisans Eğitimi” kodu ile “Mesleki Örgütlerinde Görevli Kişiler ve Hemşire Akademisyenlerin belirttiği” görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Lisansüstü Eğitim” i koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.7: Hemşirelik Eğitimi Alt Tema İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Hemşireliğe Etkisi	Hemşirelik Eğitimi	Sağlık Meslek Lisesinin Eğitime Devam Etmesi	23
		Ön Lisans	6
		Lisans	56
		Lisansüstü	52
		Sürekli Eğitim	42

- ***Sağlık Meslek Lisesinin Eğitime Devam Etmesi Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar, sağlık meslek liselerinin eğitime devam etmesinin hemşirelikte meslekleşme sürecinde profesyonelleşme, nitelikli hemşirelik eğitiminin verilememesi ve eğitimde standartlaşmanın olmaması gibi olumsuzluklara yol açabileceğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan biri de sağlık meslek lisesi sonrası eğitime devam edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların sağlık meslek lisesine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Eğitim düzeyini biz yükseltmeye çalışırken, lise mezunu hemşirelere yer açılması. Onlara hemşirelik ünvanı verilmesi, bizim mesleğimizin geleceği için negatif bir durum oluşturdu. Çok güzel ilerlemeler kaydediyoruz. Dil biliyoruz. Yüksek lisans, doktora mezunlarımız var. Bu eğitimler hemşirelik mesleğinin ilerlemesinde önemli. Ben eğitimi çok önemsiyorum. Eğitim düzeyim arttıkça kendimi daha çok olaylara hâkim hissediyorum...” (13-Vakıf Üniversitesi)

“...elbette hemşirelik kıymetli bir alan. Sağlık hizmetlerinin önemli bir unsuru elbette. Bu nedenle lisans seviyesinde eğitim alınmalı. Sağlık meslek liseleri iyiydi işte eskiler geleneklerimiz resimlerde eski bayramlar moduna da girmeye gerek yok. Dünya değişiyor. teknoloji değişiyor. Biraz önce konuştuk dünyadaki değişimler çok önemli sağlık hizmeti için. Dünyada böyle güçlü değişimler olurken hâlâ sağlık meslek lise mezunu hemşirelik alanından çalışanlarını yetiştirmek te anlamlı değil...” (36-SB Merkez Teşkilatı).

“...tabii keşke sağlık meslek liseleri devam etseydi ama sağlık meslek işte lisanslara veya yüksekokullara 2 yıllık meslek yüksekokullarına yönlendirseydi...” (14-SB Devlet Hastanesi).

“...Hepimiz biliyoruz liseden mezun olan hemşirelerimiz var evet ve hakikaten bunlar çok ciddi manada hizmet açtığı olan yerleri tutuyordu. Üniversitelerde o zamanlar üniversitedeki hemşirelik bölümleri fakülteleri hem sayısal anlamda az olması noktasında daha çok lise mezunu hemşirelerle yola devam ediyorduk...” (32-SB Merkez Teşkilatı Bürokrat).

“...Yasada sağlık meslek liselerinin kapatılması vardı kapatılmadı ... uzatıldı bu arada yine eğitimde lisans tamamlama çıktı sonra sağlık meslek liseleri birden yardımcı sağlık elemanı yetiştirmeye başladı. Bu konudaki görüşü açıkçası ben o eğitim seviyesinin üniversite seviyesinde olması gerektiğini düşünenlerdenim. Dolayısıyla tekrar lise seviyesinde bir eğitim

modelinin çok doğru olduğunu düşünmüyorum. Sonuçta mezun ettiği kişiler sağlık meslek mensupları hemşire yardımcısı da olsa eğitim seviyesinin buna çok uygun olduğunu düşünmüyorum...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“... İkincisi bu sağlık meslek liselerinin kapatılması mıydı ya da belli süre açılmasıydı ama bunu çok uzun tuttular. Şu anda da hemşire yardımcısı olarak veriyorlar piyasaya. Bu tasvip etmediğimiz bir şey oldu ... Eğitimin yüksek tutulmasının çok önemli olduğunu düşünüyorum...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...Sağlık meslek lisesi mezunları gibi bir geleneksel bir yapı geliyor arkada. Onları da bizim sisteme dahil edip profesyonelleşme sürecini tamamlamamız lazım...” (44-VÜ Akademisyen).

“... Sağlık meslek liseleri için pek çok şey söylendi. Yasada da bitsin dendi ... ama çok fazla sahada sağlık meslek liseli de kalmadı. Çoğu zaten emekli oldu. Birçoğu da lisans tamamladı ya da başka bir şekilde entegre oldular...” (47-VÜ Akademisyen).

“...Ben sağlık meslek lisesi mezunum. Sağlık meslek lisesinde öğrenciyken 8 aylık kurslarla insanlar hemşire olarak atandılar. Laborant olarak atandılar. Farklı sağlık hizmetlerinde görevlendirildiler. 8 aylık bir eğitimle insan hayatı emanet edildi...” (04-SB Devlet Hastanesi).

• **Ön Lisans Eğitimi Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, ön lisans eğitiminin kalkmasını olumlu bir gelişme olarak belirtmişlerdir. Ayrıca ön lisans programlarının stajlarının kendi kurumlarında yaptırılmasını olumsuz karşılamışlardır. Katılımcıların ön lisans eğitime ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Ben eğitim sistemindeki değişiklikleri çok önemsiyorum. Benim için son 20 yılın en büyük değişikliği ön lisans kapatmamız, lisans eğitime geçmemiz...” (34-VÜ Akademisyen).

“...Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Ön Lisans Programı Uygulamalı Eğitiminin yönetiminde,’nun florence nightingale hemşirelik yüksekokulunun benimsediği ilkeler ve yöntemler yerine, Sağlık Bakanlığı personeli olan adayların istemleri doğrultusunda “her adayın kendi işyerinde staj yapması” kararıyla, eğitimin sonuçlarından beklenen T. C’ne “rehabilite edilmiş, tazelenmiş/ güncel bilgiyle donatılmış hemşireler” kazandırılmamıştır. Yine de hemşirelerin ve ebelerin “sürekli eğitim” fikrine ve eğilimine (mesleki kitap okuma,

birlikte öğrenme, ortak dil oluşturma, uzman hemşireleri benimseme gibi bilişsel ve moral) önemli katkıları olmuştur...” (06-Dernek Başkanı).

- ***Lisans Eğitimi Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcıların en önemli ortak görüşlerinden biri hemşirelik mesleğinin en az lisans düzeyinde olması konusu olup katılımcıların konuya ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...2007 de dedik ki artık hemşirelik eğitimi tek tip ve üniversiteler düzeyinde eğitimidir. Bu evrensel bir kuraldır...” (50-VÜ Akademisyen).

“...Hemşirelik mesleğinin en az lisans düzeyinde eğitim alınması gerekir. Lise düzeyinde bir hemşire yetiştirilmemeli...” (01-SB EAH).

“...Alandaki bütün hemşirelerin bütün yöneticilerin kesinlikle üniversite mezunu olması gerektiğini düşünüyorum...” (10-Özel Hastane).

“...Hemşirelik eğitimi en az lisans düzeyinde olmalı. Düzenlemeler ona göre yapılmalı. Sonra bir bakıyoruz arkasından başka şeyler çıkıyor. Onlara hemşire unvanı veriliyor. Hemşirelik unvanlarını başka kişilere veriyorlar...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Hemşirelik mesleğinin lisans seviyesine çekilmiş olması bence bu çok önemli bir şey ama Türkiye'nin gerçeklerinden uzak bir durum olduğunu düşünüyorum...” (20-Özel Hastane).

“.... Bununla birlikte üniversite seviyesindeki eğitimin çok önemli olduğunu düşünüyorum...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...Hemşirelik eğitimi meslek olarak farkında olunduğunda her şeyi yapabilir. Çünkü insanla birebir ve insanlarla ilgili meslek grubu halkın ne istediğini bildiği bir süreçtir işte bir meslek edinme sürecinde diğer meslekler gibi lisans sonrası olmalı yani lisansla başlamalı diye düşünüyorum ben bu anlamda da hani. Hemşirelik mesleği mutlaka lisansla başlamalı...” (48-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

- ***Lisansüstü Eğitim Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar, hemşirelikte lisansüstü eğitimin arttığını, yüksek lisans veya doktora yapmanın meslekten bir kaçış yolu olduğunu ve mesleğe herhangi bir katkı sunmadığını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar, yüksek lisans eğitimlerinin kolaylaştığını bunun branşlaşma

ya da hizmet kalitesini etkilemediğini vurgulamışlardır. Katılımcıların lisansüstü eğitimine yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Sahadan kurtulmak için bizim mesleğimizde furya halinde, büyük bir kesim yüksek lisans, doktora yapıyorlar...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Çok çeşitli ve çok katmanlı bir eğitim düzeyimiz var. Son yirmi yılda da bu değişmedi. Hatta hemşirelik alanında eğitim görenlerin de çoğaldığını özellikle yüksek lisans alanında çok görüyoruz...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Eskiden okumak, kariyer yapmak bu kadar kolay değildi. Şimdi ise para veren herkes yüksek lisans yapabiliyor. Eğitimin bir önemi kalmadı. Sendika ayarlıyor. Parasını verip yaptırtıyorlar. Öğrenmek ve eğilmek için çabalamıyorsun...” (08-SB Devlet Hastanesi).

“...Yüksek lisans yapmış olmak, mesleki anlamda iyi bir nitelik olarak görülmeyebiliyor...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Özellikle hemşirelik mesleğinin en az lisans düzeyinde olması ve üzerine de yüksek lisans eğitiminin eklenmesi gerektiğini düşünüyorum...” (11-SB EAH).

“...Şu anda yapılan yüksek lisans eğitimlerinin branşlaşma ben hiçbir etkisi olduğunu düşünmüyorum.... Sahada çalışıyor isen evet branşlaşma ama bizim arkadaşlarımız ameliyathanede çalışıyor iç hastalıkları yüksek lisansı yapıyor ya da işte tam tersi şeyler...” (20-Özel Hastane).

“...Yüksek lisansını yapıp, alanda doktorasını yapıp, alanda bunu verdiği bakım hizmetine yansıtan, bunun için çaba harcayan hemşire çok az gördüm. Yani yüksek lisans yapmış olması onun verdiği bakım hizmetine yansımıyor hatta ve hatta alandan kaçmak için alandaki çalışmasını bir an evvel başka alanlara taşımak için çaba harcıyor...” (23-Dernek Başkanı).

“... Yüksek lisans programlarında, hem de sertifika programlarında, competency based dediğimiz yetkinlik bazı programlar yapamıyoruz ...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...Saha ve akademi arasında köprü olması gerektiğini düşünüyorum. Akademik olarak ilerleyen meslektaşlarımız sahadan çekiliyor. Mesela doktora düzeyinde kimse yok hepsi yüksek lisans mezun...” (41-Devlet Üniversitesi).

- **Sürekli Eğitim Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, sürekli eğitim kapsamında sertifika eğitimlerinin etkinliğinin olmadığını, bu eğitimlerin istihdamda etkili olmadığını vurgulamışlardır. Branşlaşma ve uzmanlaşmanın lisansüstü eğitim ve sertifika programlarıyla yapılabileceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların, sürekli eğitime yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Aynı zamanda hastanelerin eğitim birimlerinin olması, eğitim birimleri bulunan hastanelerin de eğitimleri düzenli aralıklarla yerine getirmelerini bekliyorum...” (11-SB EAH).

“...sertifika programı güzel bir şey ama hani sertifika programında verilen eğitim ... kâğıt üzerinde kalmış gibi düşünüyorum programı...” (19-SB EAH Yönetici Hemşire).

“...Sertifikasyon sistemine baktığımız zaman bilgi yüklenmesi olarak çok kısa sürede zaten var olan şeyleri biraz daha teyit etmiş gibi oluyorsunuz. Eğer uzmanlıkla birlikte ... sertifikasyonu getirirseniz tamam. O zaman işte siz zaten bilimsel olarak bir şeyleri araştırıyorsunuz güncel bilimi takip ediyorsunuz yenilikleri google’ı izliyorsunuz. Deneyimin ve bilginin birlikte desteklenerek branşlaşma ve uzmanlaşma olabileceğine inanıyorum...” (21-Dernek Başkanı).

“... Kalıcılığı önemsiyorum yani bir sertifika programına gittiyse, kişi en az 5-6 yıl orada emek verip o sertifikanın hakkını verip o alanda uzmanlaşmasını savunurum...” (22-Dernek Başkanı).

“...Aslında bu tür uzmanlaşmalarda, branşlaşmalarda en kestirme yol sertifikasyon programlarıdır. Ya belli bir eğitimle elde edilir. Ya da belli bir tecrübesi olanlara bu hak sırayla sertifikasyonla verilebilir. Her branşın geçiş dönemlerinde bu böyledir. Eğer hemşirelikte uzmanlaşma ile ilgili bir formal yapı kurulmamışsa ya da kuruluncaya kadar sertifika programlarıyla bu devam edecektir...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“...birimde 10 yılda çalışıp hâlâ hastanın ateşini ölçmek için bile ya da ne bileyim hastanın temel yaşam bulguları için bile hekim direktifini bekleyen hemşireler de var. Yani standardımız yok. Sertifika programları var branşlaşma için, Yoğun bakım gibi faaliyeti tabii ya bunlar evet bu sertifika özelliklerini alıyorlar ama hemşirelik hizmetlerinin kalitesini bu uzmanlık farkının olup olmadığını ortaya koymak lazım...” (50-VÜ Akademisyen).

4.2.2.2. Hemşirelik Rollerine Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların hemşirelik rollerine ilişkin görüşleri; araştırmacı rolü, uygulayıcı rolü, eğitici rolü ve yönetici rolü olmak üzere dört rolü kod olarak benimsenerek incelenmiştir.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı	TOPLAM
▼ Hemşireliğe Etkileri						0
▼ Hemşirelik Rollerine						0
Araştırmacı Rolü	6	5	1	4		16
Eğitici Rolü	3	3	1	4	1	12
Uygulayıcı Rolü	9	3	3	2	2	19
Yönetici Rolü	1	2	1		1	5
Σ TOPLAM	19	13	6	10	4	52

Şekil 4.7: Hemşirelik Rollerine Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.

Şekil 4.7’de Hemşirelik Rollerine Alt Kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Hemşirelik Rollerine” alt temasına ait toplamda 52 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Uygulayıcı Rolü” kodu ile “Hemşire Akademisyenlerin ifadeleri görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Araştırmacı Rolü” koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.8: Hemşirelik Rollerine Alt Tema İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Hemşirelik Rollerine	Araştırmacı Rolü	16
	Uygulayıcı Rolü	19
	Eğitici Rolü	12
	Yönetici Rolü	5

- ***Hemşirelerin Araştırmacı Rolü Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar, hemşirelerin araştırmacı rollerini; araştırmaların arttığını, sağlık bakımının geliştirilmesi ve güncel kanıtlara dayalı uygulamaların benimsenmesi açısından araştırmaların büyük bir öneme sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise hemşirelerin araştırmacı rolleri, sağlık bakımının sürekli iyileştirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması için kullanamadıklarını vurgulamışlardır. Katılımcıların araştırmacı role yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Son zamanlarda yapılan hemşirelik yayınlarının da arttığı görüşündeyim. Sadece akademisyen arkadaşlarımız değil, sahada çalışan arkadaşlarımız da aktif olarak, araştırmacı rollerine, bunun getirmiş olduğu rolleri aktif olarak getirdiğini düşünüyorum. Yeni başlayan hemşire arkadaşlara da örnek olduğunu düşünüyorum...” (01-SB EAH).

“... “Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir” ifadeleri hem hizmet alanlar, hem kurum, hem meslektaşlar açısından kazanım sağlayabilecek, güven verici açılımlardır; nitelikli insan gücüne verilen bu ileri roller ve işlevler, onların mesleğe ve kuruma bağlılığını arttırarak, onlara yapılmış yatırımların değerini bulacağı, yararlı kılınacağı anlamına gelir...” (03-Dernek Başkanı).

“...Yasalarda sayfalarda her şey çok güzel ama sahada bu rolleri çok yapamıyoruz. Yapmıyoruz diyemiyorum, yapıyoruz yani en azından bunun kendi mesleğimizle ilgili araştırmalarda bulunabiliyorsunuz bu araştırmalarla kurumlarda yön gösterici olabiliyoruz...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...Sahada karşılık bulmadı, hiç bulmadı. Araştırmacı rolünü çok nadiren hemşireler araştırmacı rolünü yapmaya çalışıyor. Yani 1.200 küsür kişilik bir hastanede belki 10, 20 belki en fazla 30 kişi çıkar bilimsel çalışma yapan, hastalar üzerindeki şeyleri etkisi var mıdır, bazı yerlerde bu roller uygulanıyor ama her çalışma arkadaşımız farkında olarak mı bunu yapıyor yoksa usta çırak ilişkisinden gelen bir hareketle mi yapıyor bu ayrıca değerlendirilmesi gereken bir şey...” (20-Özel Hastane).

“...Ben bir akademisyenim ve akademiye girdiğimde gerçekten bazı şeylerin farkındaydım ama girdikten sonra o haberi farkındalık yaşadım. Yani yapılan araştırmalara ve çalışmalara bakıyorsunuz çok kısa sürede yapılması bir an önce yayın olması yayını olduktan sonra işte doçentliğini programımıza katkısı olması gibi bir durum söz konusu. Çalışma

koşullarının ağırlığı araştırmaları yapmayı engelliyor. Bu nedenle araştırmalar kısa sürede bitecek şekilde ayarlanıyor. Sürekli aynı konular araştırılıyor. Bu sebeple araştırmacı rolün yeterince uygulanmadığını düşünüyorum...” (21-Dernek Başkanı).

“...Kliniklerde hemşirelerin araştırma yapmaları için çok çaba sarf ettik ama sahada pek mümkün olmadı... çünkü hemşirenin hakikaten zamanı yok. Ben bu sorunu hemşirelere değil akademisyenlere yüklüyorum aslında. Onları motive etmek ve araştırmacı role sokmak bizim görevimiz bu konuda eksik olduğumuzu düşünüyorum...” (24-Dernek Başkanı).

“...Araştırmacı rolü; hemşirelerin bu rolü kapsamında alana ilişkin bilimsel bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik araştırmalar yapması, hemşirelik mesleğinin ilerlemesini ve gelişmesini sağlayacaktır. Son yıllarda bu alanda çok memnuniyet verici gelişmeler mevcut...” (34-VÜ Akademisyen).

“...Yasayla tanımlanan roller uygulayıcı, araştırmacı, eğitici ve yönetici rolleri hiç karşılık bulmadı. Karşılık bulması da mümkün değil. Mevcut sağlık sisteminde günü kurtarma çabası söz konusu çünkü yöneticilere de hak vermemek mümkün değil. O da oradaki işleri bitirme günü kurtarma çabasında. Mevcut işleri eritmek açısından ya da sağlık hizmetinin aksamaması açısından elindeki hemşireyi nerede boşluk varsa orada orayı tamamlayarak işlerini bitirmek zorunda. Yani araştırmacı, uygulayıcı birkaç tane ülkede var biliyorum. Örneğin tıp fakültelerine öğretim görevlisi kadrosu altında hemşireler alındı fakat onların da klinikte çalışan hemşireden bir farkının olmadığını gördük...” (42-Devlet Üniversitesi).

- **Uygulayıcı Rol Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar hemşirelerin uygulayıcı rollerinin, hastaların doğrudan bakımını sağlama konusunda temel bir rol olduğunu, klinik bilgilerini ve becerilerini kullanarak hasta değerlendirmesi, tedavi planlarını uygulamanın temel işleri olduğunu fakat bunu uygulamak istemeyen meslektaşlarının bulunduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların uygulayıcı role yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Biz bakım temelli bir mesleğiz. Hastanın bakım planını yapmamızda hiçbir engel yok. Hastanın tedavi programında bize düşen ödevler neyse onları özgürce planlayabiliriz. Hekime bağlı olanlarda bilgi güçtür. Eğer bilginiz varsa saygı görürsünüz. Sizi desteklerler...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Biz bakım fonksiyonumuzdan sahadakiler nefret ediyoruz. Ben hastaya dokunmayım da kim dokunursa dokunsun. Buna boşluk sebebi oluyor. Örneğin ayak bakımı. Ayak bakımı

yaparak uzman hekim seviyesinde hürmet görmek isteyen bir meslek grubu var. 6 aylık bir kursla jet gibi gelen tehlikeli bir grup var...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Bakım hemşirelik mesleğinin özüdür. Bakımı ortadan kaldırmaya yönelik attığımız her adım bu sağlık politikalarını düzenleyenler için de bir kayıptır. Hemşirelik profesyonel bir meslektir. Kaybedeceğimizi sandığımız hastaların bakım sayesinde iyileştiğini gördük. Özel dal hemşireliklerine önem vermesi gerekir...” (07-Derneğ Başkanı).

“...Hemşireler bakım haricinde her şeyi yapmak istiyorlar. Türkiye genelindeki sağlık politikaları tedavi ağırlıklı. Hastalandıktan sonra tedavi etmek yönünde olduğu için önemli olan, Bakanlık ne önemli görüyorsa, insanlar da o önemli olana doğru yöneliyorlar. Bakım hizmetinden hemşireler uzaklaştı. Şu an bakım hizmeti ile bir arada bir hemşirenin adını geçiremiyoruz maalesef...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Yasada tanımlanan rollerimizi yasada tanımlanan hemşireler ne kadar farkında? Önce bunu tartışmak gerekir. Biz de mesela en çok ön plana çıkan şey bakım verici rolüdür. Yani pek çok yoğun bakım hemşiresinin önemli diye algıladığı ve bu alanda kendini geliştirmek için ve çaba harcadığı bakım verici ama mesela...” (23-Derneğ Başkanı).

“...Hemşirelerin iş tanımlarını/görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi bir ihtiyacın karşılanmasını sağladı. Benim meslek hayatımdaki hemşirelik bakımı aslında hastanın olduğu her yerde evde bakımda, hastanede, yoğun bakımda çok önemli. Hastanın tedavisini doktor belirliyor fakat bakımda hiç kimse hemşire ile boy ölçüşemez. Bir hemşire bakımın içinde olduğu kadar sistemin içinde de çok önemlidir...” (31-TBMM).

“...Sahada ben onların yazıdan ibaret olduğunu düşünüyorum...Hemşirelik rollerine dair bilgiler bize kâğıt üzerinde veriliyor. Teorikte meslekte mevcut ama sahada çok uygulandığını düşünmüyorum...” (35-SB EAH).

“...Esasen hemşirelik bakımının içini dolduracak veya bunu planlayacak değerlendirecek görevlendirecek etkinliğini değerlendirecek bununla uğraşacak bir yapı kuruldu mu bilmiyorum. Ama onlarla konuşmak lazım ama çok çalışıyor arkadaşlar bireysel tek tek baktığım zaman....” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...hemşireler tam rolleri tüm rollerini sahada tam anlamıyla gerçekleştirdiğini düşünmüyorum ... zaman yönetimini yapamıyor ne var ona da bir şey diyemiyorum ama bir hastaya bakım yapmak o kadar zor olmadığını düşünüyorum...” (44-VÜ Akademisyen).

“... Sadece tedavi hizmetlerinde sıkıntısı olan kişilere hizmet vermeye daha çok başladılar. Ama bu hizmette de bakım az. Sadece hastanın tedavisini yapmak, teknik işleri yapmak şeklinde oldu. Bakımla ilgili, önlemeyle ilgili, eğitimle ilgili genel sağlık politikaları azaldıkça bu mesleğe de yansdı...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“... Uygulayıcı rolümüz zaten alanda hep var...” (16-Üniversite Hastanesi).

- **Eğitici Rol Koduna İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılanlar hemşirelerin eğitici rollerinin sağlık sisteminin temel bir parçası olduğunu ve büyük önem taşıdığını, rolün sahada henüz yeterince uygulanmadığını, hasta eğitimlerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların eğitici role yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Son yıllarda rollerin daha iyi gerçekleştiğini düşünüyorum. Eğitsel programların artmasıyla hemşirelerin eğitici ve araştırmacı rolleri daha çok benimsediğini düşünüyorum...” (10-Özel Hastane).

“...her klinikte nasıldır bilmiyorum ama bu eğitime bakış açılarına bağlı. Bence yeterli düzeyde destekleniyor diye düşünüyorum...” (12-Özel Hastane).

“...son yıllarda evde bakım hastalarının artmasıyla birlikte bir parça daha eğitimci rolüne kıpırdanmaya başladığını söyleyebilirim. Hani organize edici, dizayn edici bir rolümüz var yoğun bakımda. Bunun biraz daha ön plana çıktığını söyleyebilirim...” (23-Dernek Başkanı).

“...Klinikte hemşirenin eğitimci rolünün karşılığı yok...”

Araştırma, okuma ve uygulama zayıf. Uzmanlaştığımız alanlarda iyiyiz diğer alanlarda değiliz...” (24-Dernek Başkanı).

“...Eğitici rol; hemşirelik bakımı sırasında hastanın sağlığına ve ihtiyacına yönelik bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Tüm kaynaklar böyle der. Bizde de yanılmıyorsam kalite gereği hastalara eğitim yapılıyor...” (34-VÜ Akademisyen).

“...eğitim ve eğitici rolünü kullanamıyorsun... nereye gidiyor eğitim? Üniversiteler her yerde, hemşirelik okulların açılması ve kalitesiz eğitimlerle yürütülmez. Üniversite eğitime geçtik ama nitelikli eğitimi herhalde daha geçemedik...” (44-VÜ Akademisyen).

- ***Yönetici Rol Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar hemşirelerin yönetici rollerinin, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesinde kritik bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Fakat bu rolün yeterince uygulanmadığını ve tek yönlü organizasyonel süreçlerin yönlendirilmesinde kullanıldığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yönetici role yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Yönetici rolü; hemşireliğin yönetici rolü diğer rolleriyle bütünleşmiştir. Hemşire yönetici rolüyle uygulama ortamındaki kaynakları yönetme, insan kaynaklarının etkili kullanılmasını sağlama, çeşitli faaliyetleri organize etme gibi etkinlikleri yerine getirmektedir. İşte yönetici hemşirelerin tek yaptığı iş bu...” (34-VÜ Akademisyen).

“... Yönetici rolünü seviyoruz ama orada da sadece iş gücünü yani nöbet listesini yönetiyoruz. Kriz ve diğer yönetim fonksiyonlarında doktorlara, şeflere koşuyoruz...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Yönetici rolüne baktığımız zaman farklı branşlardaki mezunların yöneticilik yaptığını görüyoruz. Bunun istenilen kişilerin yönetici olabilmesi için gerçekleştirildiğini düşünüyorum...” (10-Özel Hastane).

“...Diğer bir taraftan yönetim rolü! Tabii biraz daha yönetici hemşirelerin tarafıymış gibi algılansa da aslında yoğun bakımda hemşireler aynı zamanda bu yönetici rolünü de bilmelidir. Ben bunun çok önemli olduğunu ve uygulandığını da söyleyebilirim...” (23-Dernek Başkanı).

“...Hani çok etkili çalışan bakım hizmetleri müdürleri var onların hakkını yemeyelim yani kaliteli, kaliteyle alakalı uğraştılar. Ben şunu söylüyorum hemşireler için hasta güvenliği ya da kalite konusu aslında 2005 te Sağlık Bakanlığı’nın düğmeye basmasıyla olmadı...” (40-Vakıf Üniversitesi).

4.2.2.3. Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların hemşire insan kaynağının yönetimine ilişkin görüşleri; Hemşire İş Gücünü Planlama, Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam), Hemşirelerin Kariyer Gelişimi, Hemşirelerin Özlük Hakları, Hemşirelik Yönetimi olmak üzere beş kod altında toplanmıştır.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı	TOPLAM
▼ Hemşireliğe Etkileri						0
▼ Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi						0
Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam)	3	4	3	3	2	15
Hemşire İş Gücünü Planlama	6	4	6	5	3	24
Hemşirelerin Kariyer Gelişimi	20	16	21	23	20	100
Hemşirelerin Özlük Hakları	8	17	19	11	13	68
Σ TOPLAM	37	41	49	42	38	207

Şekil 4.8: Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası

Şekil 4.8’de “Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi” alt kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi” temasına ait toplamda 207 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Hemşirelerin Kariyer Gelişimi” kodu ile yönetici hemşireler ve hemşirelerin ifadeleri görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Hemşirelik Özlük Hakları” koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.9: Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi	Hemşire İş Gücünü Planlama	24
	Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam)	15
	Hemşirelerin Kariyer Gelişimi	100
	Hemşirelerin Özlük Hakları	68

- **Hemşire İş Gücünü Planlama Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, hemşire iş gücü planlamasında sorunlar olduğunu, hemşirelerin eğitim, deneyim, kişisel özellikleri gibi etmenlerin göz önüne alınmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar hemşire iş gücü eksikliğinin olmadığı ve devir hızının yüksek olduğunu; ancak istihdam yapılırken planlamanın iyi yapılmadığını vurgulamışlardır. Katılımcıların iş gücü planlamaya ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Nerde ihtiyaç varsa, nerde çalışman gerekiyorsa orda çalışıyorsun. Elinin yetişmiş olması, sertifikanın olması, eskiden bir ayrıcalıktı. Şimdi böyle bir ayrıcalık yok. Bazen hak etmeyen yerlerde torpilli hemşireler yerleşiyor. Eşlerinin konumlarından dolayı. Eskiden o işi bilen, oraları hak eden, o işle donanımı olan kişiler çalışırdı...” (08-SB Devlet Hastanesi).

“...Hani biraz da personel kaynaklı problemler yaşıyoruz. Yetersiz istihdamın sebebi bunlar. Avrupa 'ya ve dünya geneline baktığımız kişi başına düşen hemşire sayısı çok gerilerde olan ülkelerden biriyiz. Biz de tabii ki bunun istihdam modelleri istihdam yaratarak çözebiliriz. Ama nasıl geçilebilir zamanında ve bence eğitilmiş personelleri yetiştirerek geçebiliriz...” (11-SB EAH).

“...Hemşirelikte özellikle istihdam sorunu yok bence. Sürekli hemşire alımı yapılıyor. Branşlaşma açısından sorun yaşanıyor olabilir. Bunun için üniversitelerin kontenjanları kontrollü şekilde açmalarının uygun olacağını düşünüyorum. Yıllık mezunlar kontrol altında tutulmalı ve ihtiyaca göre kontenjan açılmalıdır...” (12-Özel Hastane).

“...Türkiye'deki sağlık bakım ihtiyacı olan kişi sayısı, ki dünyada kullanılan bir sürü faktör var buna bağlı olarak biliyorsunuz, hasta hemşire oranına baktığımızda şu anki mezunlarımızın Türkiye'deki bekleneni karşılamadığı yönünde. İstatistiksel oranda istihdama katılmayan evde oturan hemşire sayısının da oldukça yüksek olduğunu görüyoruz. Mezunlar sayısına baktığımızda ben açıkçası ihtiyacı karşıladığını düşünmüyorum...” (20-Özel Hastane).

“...Hemşirelikte branşlaşma olmalı bence ve onda da uzman olmalı. Biz yöneticiler mesela uzmanlaştık, bir yerden bir yere tayinler serbest geçmişler istihdamı nasıl karşılayacağız? Şimdi büyük şehirlerde ve İstanbul, Ankara gibi şehirlerde hemşire şeyi çok yüksek devir hızı çok hızlı yer değiştiriyorlar. Çok fazla hastane çok fazla alan var. Hastane var yetmiyor artık...” (28-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...bakanlık elinde eleman tutamadığı için çakılı kadro icat etti. Şu anda onlar da palyatif çözümle istihdamı sürdürmeye çalışıyorlar. Aslında devir hızı çok yüksek olduğuna inanılmaktadır. İkiyi geçti yani 2 buçuk 3 e doğru gidiyor. Hemşireler şu anda özel hastane, devlet hastanesi, özel hastane dönüyorlar. Yani şu an çok yüksek bir hareket hızı var...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“... Bunlar planlanmalı ve çocuklar bitirdiğinde tık tık tık istihdam edilmeli. İyi bir planlama, iyi bir denetleme gerçekten istihdam edilebilir. Mali gücümüz var. Kaynak iyi kullanılmıyor diye düşünüyorum...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...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 öncelediği bir sistem kurgulanmalıdır...” (43-SB EAH).

- **Hemşire Seçme ve Yerleştirme (İstihdam) Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, Kamu Personeli Seçme Sınavıyla seçim sisteminde nitelikli ve yetenekli hemşirelerin sağlık kuruluşlarına doğru şekilde yerleştirilmediğini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar hemşirelerin diğer mesleklere göre daha kolay iş bulduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler arasında yüksek devir hızının olduğunu, bunun da; çalışma koşullarının ağırlığı gibi faktörlerin neden olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcıların seçme ve yerleştirme süreçlerine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Hemşirelerin Kamu Personeli olarak istihdamı için bir ön koşul olarak başlatılan KPSS’nin, mesleki bilgiyi, kavrayışı ölçen bir sınav olmayışı, lise çıkışlı adayların lehine, mesleğe hazırlayışın aleyhine olmuştur. Uzun yıllar tartışılan “tescil sınavı”, zaten sayıca yetersiz olan aday hemşirelerin, belki daha fazla fire vermemesi için benimsenmemiştir...” (03-Dernek Başkanı).

“...ben lisans diplomamı aldıktan sonra hiç KPSS sınavına girmedim ve devlete atanmak istemedim. Bunun nedeni de şuydu devlet hastanesindeki koşulları biliyorum orada aciller değişti yoğun bakımlarda kamplarda tutulan 24 saatlik belki de daha fazla olan nöbetler oradaki bir hemşirenin baktığı hasta sayısı bunların hepsini biliyorum. Bu yüzden mesela hiç kamuya atanmak istemedim...” (10-Özel Hastane).

“...şu an gençlerimizin bir kısmı; tabii kolay iş bulabilme ve iş imkanının fazlalığı düşüncesinden de kaynaklanabilir, hemşirelik mesleğini tercih etmekteler. Bu konuda özellikle derneklerimiz çok aktif bir çaba içerisinde olduğunu görüyorum...” (11-SB EAH).

“...Hemşirelikte özellikle istihdam sorunu yok bence. Sürekli hemşire alımı yapılıyor. Branşlaşma açısından sorun yaşanıyor olabilir. Bunun için üniversitelerin kontenjanları kontrollü şekilde açmalarının uygun olacağını düşünüyorum. Yıllık mezunlar kontrol altında tutulmalı ve ihtiyaca göre kontenjan açılmalıdır...” (12-Özel Hastane).

“...Hemşire devir hızı ülkemizde oldukça yüksek bu nedenle uzmanlaşma evet sirkülasyonu bozabilir. Bu nedenle bu dengenin çok iyi oturtulması gerekiyor. Bu sistemlerin çok iyi oturtulması lazım yapılabilir neden olması...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Hemşirelikte açık hep vardı, hala var. Bunun nedeni mesleğin çok çabuk terk edilmesi...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...memur olmak işte devletin bir çalışanı olmak işte haklar özgürlükler konusunda daha fazla avantaj sağlıyor...” (10-Özel Hastane).

- ***Hemşirelerin Kariyer Gelişimi Koduna İlişkin Bulgular***

Bazı katılımcılar, hemşirelerin branşlaşma ve uzmanlaşma konusundaki eğitimlerini daha kalıcı ve etkili hale getirmek için uzun süreli eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar mevcut yüksek lisans programlarının hemşirelik uzmanlığına yeterli katkı sağlamadığını düşünmekte ve bu programların kalitesiz olduğunu ifade etmektedir. Sertifika programları ve uzmanlık alanlarına yönelik yasal düzenlemelerin ise olumlu bir adım olduğu belirtilmiştir. Branşlaşmanın, hemşirelerin mezuniyet sonrası tercih ettikleri alanda uzmanlaşmalarını sağlamak adına daha etkili bir şekilde düzenlenmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Katılımcıların görüşlerine göre, dikey kariyer olanakları hemşirelik mesleğinde farklı bakış açılarına sahiptir. Dikey kariyer olanaklarına yönelik eleştiriler arasında, üniversite mezunu hemşirelerin sahadaki tecrübelerine uygun atamaların yapılmaması ve bu nedenle ilerleme süreçlerinin sıkıntılı hale gelmesi öne çıkmaktadır. Lisansüstü eğitim almış hemşirelerin sorumlu hemşire olarak atanmalarının ve bu durumun sıkıntı yaratmasının yanı sıra, mevcut yönetim tarzının da dikey kariyer olanaklarını kısıtladığı belirtilmiştir.

Katılımcılar, sahadan uzaklaşmak isteyen hemşirelerin akademik alana geçiş yaptığını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar, akademik alanda çalışan meslektaşların sahadaki uygulama

ve prosedürler konusunda yeterince deneyimli olmadıklarını vurgulamışlardır. Diğer kariyer mesleklerinde olduğu gibi, hemşirelikte de belirli bir hiyerarşi ve uzmanlaşma yolu olmamasının, kariyer planlamasını zorlaştırdığı belirtilmiştir.

Katılımcıların kariyer gelişimine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Diyorum ki hemşirelik bana göre kesinlikle bir kariyer meslektir. ... Zaten biz 2011’de 2010’da kanun yaparken biliyorsun hemşirelere uzmanlığı da tanımlamıştık...” (31-TBMM).

“...Meslek liselerinin rolü ayrıştırılması, lisansların ayrıştırılması, ön lisansların ayrıştırılması bu da ayrıştırılarak işte görüyorsun bütün şeylerde bunlardan doğrudan hemşire gibi yararlanıyorlar. Kimse yardımcı mıdır? Profesyonel midir? Lisanslı mıdır? Diye zaten vatandaş sormuyor...” (50-VÜ Akademisyen).

“...Göreve ilk başladığımdan beri hemşireliğin branşlaşması gerektiğini düşünüyorum. Sadece hemşire olarak mezun olmamalıyız. Ameliyat hemşiresi olup bu alanda devam etmeliyiz. Anjiyo hemşiresi ya da diyaliz hemşiresi olarak. Diyaliz de hemşire olmadan olmaz diye düşünüyorum. İlk yardım, damar yolu açma açısından çok önemli. Diyaliz teknikerleri kesinlikle aktif değiller...” (02-SB Devlet Hastanesi).

“...Bence eğitimle olsa daha mantıklı olabilir, daha kalıcı hale gelebilir. Nasıl doktorlar kendi alanında branşlaşıyorsa, bizde de bir branşlaşma olacaksa, bu eğitimin hakkıyla alınması gerekir. Bir aylık eğitim sürecinde çok bir şey öğrenilemez. Eğitimler lay lay lom geçer. İlla bir dallaşma ve branşlaşma olacaksa, üzerine uzun süreli bir eğitim (hekimlerin gibi) olmalı. Klinik eğitim şeklinde olabilir...” (05-SB EAH).

“... Şimdi branşlaşma her hemşire kendisine uygun gelen alanda yüksek lisansını yapıyor ve yüksek lisans yapınca da, örneğin psikiyatri yüksek lisansım var. Doktoramı yapıyorum, ben psikiyatri çalışmak istiyorum diyor. Oysaki kurumların öyle bir planlamaları olmuyor çoğu zaman. Hani 10 tane psikiyatri yüksek lisansını 10 kişiyi de psikiyatriye veremiyor. O yüzden psikiyatri yüksek lisans yapsa bile yoğun bakımda çalışmak zorunda kalabiliyor. Yakın zamanda öyle bir değişiklik yapma imkanı olmuyor...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Yüksek lisans düzeyinde branş bilimsel uzmanlık alınıyor. Bir sertifika programları var. Kurumların kendi eğitim programları var...” (20-Özel Hastane).

“...Yüksek lisans programlarının hemşirelikteki uzmanlaşmayı keşke gerçekten hani bunu temsil ettiğini ve bu yüksek lisans mezunu olan arkadaşlarımızın da hemşirelik hizmetinin kalitesine bir katkı sağladıklarını söyleyebilseydim. Ben kesinlikle bunu canı gönülden destekliyorum derim. Ama ben öyle yüksek lisans mezunları biliyorum ki işte bir apartmandan yapılmış bir okul doğru düzgün derse bile gitmediler. Tezsiz yüksek lisans programı ya da tezli program hani buradan aldıkları bilgiyle buradan getirdikleriyle bakıma herhangi bir katkıları; hizmete herhangi bir katkıları olmadığını düşünüyorum...” (23-Dernek Başkanı).

“sertifika ve uzmanlıklar ile ilgili yasa içerisinde geçen yani uzmanlık alanları belirlendi. Bu iyi oldu efendim sertifika programları belirlendi iyi oldu...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...aldığımız uzmanlığa göre atanma ve çalışmayı da başarısı başarısak çok daha ileriye gideceğiz...” (41-Devlet Üniversitesi).

“... beni sorumlu yapın dediğiniz anda antipatik bir durum söz konusu oluyor. Zorunlu olarak olduğunuz zamanda olumsuz durumlar oluşuyor. Yönetici çünkü sizi tercih etmiyor. Çünkü sizin itiraz potansiyeliniz var. Ya da zorunlu olarak sizinle çalışmak zorunda kalıyorlar. Sahip olduğunuz sertifika nedeni ile. Bu durumda çalışma koşullarımızı zorlaştırıyor...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...yüksek lisans yap, onayla. Liyakatli olmak çok farklı bir şey. Evet yıllarını vermiş yeni doğan yoğun bakım ya da yeni doğanda bir hemşirenin bir kudretiyle yani sahadaki tecrübesiyle yani yüksek lisansta aldığı eğitimle bir kişinin tecrübesi bir değil. Elbette okumada, eğitim de bir liyakat var ama bizim alanımız genelde sahada daha fazla oluyor...” (19-SB EAH Yönetici Hemşire).

“...Biz hemşireler kendi yöneticilerimizi kendimiz seçmeliyiz. Son derece demokratik bir ortamda bu olabilir. Kariyer planlamasında da öyle diye düşünüyorum ve şöyle bir yöntem de olabilir, benim tabii ki bu kanunla hükmünde kararnameyle belirlenebilir. Yine de yönetici hemşirenin kliniklerden seçilmesi taraftarıyım. Yani bizim seçimlerde demokratik tavır takınmamızı ve şeffaf atamaların yapılması benim görüşüm...” (42-Devlet Üniversitesi).

“... Sahaya baktığımız zaman da bu süreçleri gerçekleştirmek zor. Yani üniversite mezunu hemşireler olup 10 yıldır 15 yıldır yoğun bakım veya diğer kimliklerde çalışmış bunların ilerlemesi sıkıntıya girdi. Yani bir komisyona geçmeleri sorumlu hemşire olmalıdır...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Şu anki yönetim tarzındaki gibi sorumlu hani sözleşmeli kadrolara geçmeden önce bile hani sorumlu hemşirelerin bile şimdi alanda ki eski bir hemşire durup da hani alana vakıf vesaire dış biriminden biri gelip de oradan başka servisten sorumlu yapılabilir mi tartışmak gerekiyor. Yapılmaması gerekiyor. Burada nasıl bir planlama yapmamız lazım, nasıl kurallar koymamız lazım onu belirlemek gerekiyor...” (46-SB Şehir Hastanesi).

“...Türkiye’de şu an diyelim ki 500 küsur tane özel hastane olsa 600-700 civarında Sağlık Bakanlığı hastanesi olsa örnek veriyorum bir hadi biz 100 en fazla da 100-150 olsun hani maksimum konuşuyorum özel üniversite hastanesi olsa şimdi bu kadar kurumun başına her kurumu anca bir tane bakım hizmetleri ya da baş hemşire atanabiliyor değil mi? Bu şu demek yani, ben en fazla 200.000 hemşire isek eğer biz yaklaşık oradan sadece 1000 ya da 1500 diyelim. Hadi hadi daha da artıralım 2000 tanesi en fazla şey (üst düzey yönetici hemşireyi kastediyor) olabilir. Peki geriye kalanlar ne olacak? Yani yönetsel anlamda baktığımızda sorumlu hemşire ya da orta kademe yönetici gözetmen hemşire sayısı sınırlı...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...endoskopi hemşireliği diye bir şey yok mesela ama şey içerisinde hastane içerisinde bir şekilde tertip ediliyor ve siz hastane içerisinde alıyorsunuz o eğitimi. Bunu akademik olarak alabilmemiz ve bunu belgelendirebilmemiz gerekiyor diye düşünüyorum...” (12-Özel Hastane).

“...Görev tanımlarımız yapıldı. Özel dal hemşirelerinin görev tanımları yapıldı. Sağlık meslek liseleri kapatıldı. Yardımcı hemşirelere bu sefer hemşire unvanı verildi. Ebelere hemşire unvanı verildi. Unvanları ebe olsa da hemşirelik yapıyorlar. Hep bizim mesleğimiz üzerinde böyle bir şeyler değişiyor...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Hemşirelik kliniklerde hâlâ baş hemşire, baş hemşire yardımcısı, sorumlu var, sorumlunun yardımcısı var. Yani yardımcısının yardımcısı bir sürü insan var. Yani kariyer mesleği hemşire yönetirse öyle tabi ama maalesef bu sıkıntılar nedeniyle olamıyor. Liyakat yok bir defa Türkiye’de. Liyakatin olmamasından hemşirelikte payını alıyor. Onun için hani ileri eğitim almış, performansı yüksek olan hemşire bilse ki benim önüm açık ve yani hem tanınma açısından takdir görme açısından hem de yükselme açısından motive olacak ama yok...” (24-Dernek Başkanı).

“...Denklik olamaz. Olamayacağını söylüyorum size. Çünkü sağlık hizmetinin içindeki bir hiyerarşik yapılanma kurduğunuz zaman, o zaman diyeceksiniz ki, poliklinik daha üst seviye, servis daha üst seviye, yoğun bakım daha üst seviye. Öyle bir şey yok ki. Bu çabalar

büyük bir şey elde etmeyecek. Olsa olsa maaşa yansıyan bir kariyer olabilir. O da zaten kademedede, memur maaş katsayısında. Derece ve kademeye var...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“ acilde çalıştığınız bir gün, şeye sizi yoğun bakıma ya da başka bir çocuk servisinde ve cerrahi servisi alabiliyorlar. Tabii ki bu alandaki branşlaşma ...” (35-SB EAH).

“...Bence uzmanlaşma olmalı ama uzmanlaşmanın da böyle kriterlerinin olması lazım. Yani sertifikasyonunu olması lazım gerçekten. Kurallarının mesela diyaliz hemşireliği sertifikası kursu yıllardır veriliyor ve o alanda uzmanlaşmış gerçekten de olması gereken bu önemli bir alanın uzmanlık gibi. Mesela diyabet hemşireliği biz infertilite hemşireliği alanında uzmanlık olması gerektiğini düşünüyoruz. Hani mutlaka olmalı... Ben lisansüstü eğitiminin daha doğru olacağını düşünüyorum...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Kariyer yönetimi bence klinikle eğitimi birleştirerek çok daha iyi yönetilebilir. Yani demek istediğim klinik entegrasyon tıp modeliyle ilerletmek çok daha iyi olur. Ana bilim dallarının hepsi direk hastaneye taşınacak mı orada yüksek lisans yapmak isteyen klinik uzmanlık unvanını aldığı anda işte uzman olduğu yerde çalıştırılacak...” (44-VÜ Akademisyen).

“...Hemşirelik kariyerini planlı olabilmesi için yani çok dallı sürece geçilmesi gerekiyor... Bu diyabet hemşiresi olur, yara bakım hemşiresi olur... yani farklı farklı hemşirelik dallarıyla birlikte kariyer fırsatı vermek gerek. Çok fazla kadro pozisyonu açmak özel hastanelerin çok sevmediği bir durum...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Sahadan kurtulmak isteyen tüm meslektaşlar, şu anda akademik alanda çalışan arkadaşların çoğu hiç sahaya inmeden, okuldan mezun olur olmaz, direkt akademik sahada devam ediyorlar. Hastaya hiç dokunmadan hastaya bakım anlatmak istiyorlar. Simülasyon laboratuvarlarında (gerçek) uygulamadan uzak iş yapmak istiyorlar. Yüksek lisans yapmış olmak, mesleki anlamda iyi bir nitelik olarak görülmebiliyor. Sahadan kurtulmak için bizim mesleğimizde furya halinde, büyük bir kesim yüksek lisans, doktora yapıyorlar...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“... İşin içinden gelmedikleri için zorlanıyorlar. Hep böyle işte kitaptan okudukları için... kariyerin en küçük şeyden başlaması gerektiğini düşünüyorum. Kliniklerden başlaması gerektiğini düşünüyorum. O yüzden kariyer planlamada klinik tecrübenin şart olduğunu düşünüyorum...” (12-Özel Hastane).

“...Kariyer meslekler vardır. Bunlar bellidir. Mesela Dış İşleri bir kariyer meslektir. Dış İşleri Memurluğu. Önce Dış İşleri Memuru olarak sınavla alınırsınız. Bakanlıkta bir

görevden sonra sizi yurtdışına gönderirler. Üçüncü katip olursunuz, ikinci katip olursunuz, birinci katip olursunuz. Müsteşar yardımcısı olursunuz, müsteşar olursunuz. Konsolos yardımcısı, konsolos olursunuz. Ondan sonra büyükelçi olursunuz. Yani böyle bir kariyeri vardır. Baştan kurgulanmıştır. Şimdi bu şekilde hiyerarşisi kurgulanan bir başka yerimiz yükseköğretimdir. Yükseköğretimde de bir kariyer mesleği vardır. Asistan olarak girersiniz. Doktora yaparsınız. Doktora öğretim üyesi olursunuz. Doçent olursunuz. Profesör olursunuz. Ne tıp kendisi ne de hemşirelik böyle bir kariyer meslek olarak tanımlanmamıştır. Yani tıbbın içinde böyle bir kariyer meslek yok. Bunun için de bir kariyer arayışı olsa olsa belli alanda uzmanlaşmadan ibaret olur. Biraz önce cevap verdiğim konuyla eşdeğer hale gelir. Bu açıdan kariyer konusunda talebi olan hemşire arkadaşların talebinin ne olduğunu anlamak lazım. Şunu kastediyorlarsa akademik camiadaki yükseliş gibi biz de bir kariyer yükselişi yapalım diyorlarsa, bu mümkün. Bugün de mümkün. Ama onu bir üniversite çatısında yapmak zorundasınız...” (29-SB Merkez Teşkilatı).

“...yüksek lisans öğrencilerimiz yani onların hepsi hani uzmanlığımızı alalım bir üniversiteye geçelim biz akademik olalım (istiyor). Oysaki sahada esas işler yapılabiliyor meslek icra ediliyor...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...İş tanımından ziyade sertifikalı hemşirelerin almış olduğu alanlarda çalıştırılmış olması büyük bir artıdır. Bu konuyla ilgili deneyimli arkadaşlarımızın, o işte aktif olarak çalışıyor olması, kamu hizmetlerini kolaylaştırmakta, hem de bu süreçte yetiyecek olarak personelin ciddi anlamda gündeme getirmekte...” (01-SB EAH).

- ***Hemşirelerin Özlük Hakları Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar, ücret ve özlük haklarına yönelik görüşleri, genel olarak memnuniyetsizlik ve eşitsizlik vurgularını içermektedir. Bazı katılımcılar, özlük haklarında yapılan iyileştirmelerin yetersiz olduğunu belirtirken, ücretlerin düşük olduğunu ve mesleklerinin değerinin tam olarak karşılanmadığını ifade etmektedir. Bazı katılımcılar döner sermaye dağılımındaki adaletsizliğe, doktorlara kıyasla daha az ücret aldıklarını vurgulamışlardır. Ayrıca, özel sektörde çalışan hemşirelerin özlük haklarının daha kötü durumda olduğu ve bu konuda yapılan iyileştirmelerin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bazı katılımcılar, pandemi döneminde yaşanan zorlukların hemşirelerin emeklilik başvurularına yansıdığını ve çalışanların kerhen devam ettiğini belirtirken, adayların yurt dışında iş arama eğilimlerine dikkat çekerek bu durumun araştırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bazı katılımcılar kamuda çalışanların izin haklarının daha avantajlı olduğunu düşündüğünü ifade ederken, doğum izinlerindeki

farklılıklara dikkat çekmektedir. Diğer bir görüşe göre, hemşirelerin özlük haklarında iyileştirmeler olduğu belirtilmekte ve özellikle doğum öncesi ve sonrası dönemlerle ilgili izinlerde artış sağlandığı ifade edilmektedir. Bu iyileştirmelerin kurum ihtiyaçları ile dengeleme çabalarına rağmen olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Katılımcıların görüşlerine ilişkin yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Özlük haklarımızda iyileştirme yapılmaya çalışılıyor fakat bu yeterli değil. En basiti birlikte çalıştığım arkadaşlarım bizim kadar maaş alıyorlar. Ben üniversite okumuşum, yıllarımı vermişim, meslekte çok daha farklı bir konumdayım. Çok yetersiz olduğunu düşünüyorum. Özellikle maddi anlamda...” (02-SB Devlet Hastanesi).

“...Özlük haklarımız var ama yerine getirilmediğini düşünüyorum. Yeterli değiliz bu konuda. Döner sermaye doktorlara dağıtılıyor. Bizim hastanede ben çalıştığım meslek hayatım boyunca maksimum 100 TL almışumdur. Profesörler ve doktorlar hepsine dağıtılıyor. Herkese eşit dağıtılması gerektiğini düşünüyorum. Madem sağlık sektöründe çalışıyoruz. En son gündemimizde bir haber yayınlandı. Doktorların döner sermayesi kesilerek, hemşirelere yatırılması hakkında. Bizim doktorlar istifaya, protestoya başladı. Fakat biz yıllardır döner sermaye almıyoruz. Hiçbir hemşirenin de isyan ettiğini, protesto ettiğini ve bir çaba gösterdiğini görmedim. Bu yüzden de biraz eziğiz aslında. Sesimiz çıkmadığı için mesleğimiz örseleniyor. Bir doktorun, bir asistanın çok sesi çıkıyor ve bir hemşirenin sesi çıkmıyo...” (05-SB EAH).

“... Maaşlar düşük, döner sermayeden daha az faydalanıyorlar. Duyduğum kadarıyla biraz daha artmış diye. Yansıdı mı, yansımadı mı bilmiyorum. Hastanelerde doktorlar döner sermayenin çok büyük bir kısmını alıyorlar. Hemşireler yaptıkları hizmetin karşılığını almıyorlar... Bunların hepsi insanların konforunu, yaşam kalitesini etkiliyor. İş yükleri hele bu pandemi dönemiyle daha çok arttı. Saatlerce çalıştı insanlar. Bunlar özlük haklarına girer bence. Bir insanı çok fazla çalıştırıyorsanız, bu durum etkiler. Hemşirelerin hak ettiği ücreti almadığını düşünüyorum. Bire bir çalıştığım arkadaşlarım var. Yapılan hizmetin karşılığı gerçekten değil. Döner sermayeden de gerçekten hak ettiklerini aldıklarını düşünmüyorum. Çok büyük bir payı hekimlere gidiyor. Ben hekimlerinin katkılarını inkar etmiyorum. Onlar da çok özel bir grup ama onlar kadar hemşireler de özel bir grup. Onların yaptıkları hizmet de çok değerli. Hemşirelerinde maddi olarak doyum sağlaması gerekiyor ...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Özlük haklarını maaşları zaten gittikçe düşüyor. Şimdi artık asgari ücret düzeyinin de altına geldi. 4/A 4/B olan kadrolu hemşirelerde özlük haklarındaki benzerliklerin olması, çalışan açısından olumlu...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Özlük hakları ayriyeten de kendilerini değersiz hissetme yani işte kanunun, yasanın verdiği dışında görev verilmesi işte biz hekimin dediği her şeyi yapmak zorunda mıyız işte Almanya’ya gitmek orada da aslında aynı şeyi yapacaklar yani. Orada da hemşirelik aynı hemşirelik ama tabi gitmeye çalışıyor arkadaşlarım. Biraz maddi iş açıdan özlük hakları biraz o yönden şikayetçi çalışanlarımız...” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Performansa dayalı ödeme nedeniyle dönüşüm projesi başından beri hemşireliğe hiçbir şey getirmedi. Hemşireliğe iş yükü getirdi ama onun iş yüküyle orantılı bi operasyonel katkı sağlamalıdır. Bundan da başından beri şikayetçidir meslektaşlarımız. COVID’le beraber performans dayalı yani doktor yükü artıyor o onu karşılığını alıyor ama doktorla birlikte hemşire ... minimal düzeyde yararlandı...” (24-Dernek Başkanı).

“... doktor bu ülkenin en yüksek puanla girilen bölümlerinden ama aldıkları maaş şu an için bence az. Aynı şekilde sağlık memurunun aldığı laboratuvar aldığı hemşirenin aldığı özlük hakları çok nadir çok az...” (28-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...Özlük hakları maalesef meslektaşlarımızın kanayan yarası. Devlet memuru olanların da işi aslında %100 garantili değil. Şöyle söyleyeyim tatminkar edici ekonomik hakları yok. Sadece ekonomik haklardan bahsetmeyelim tabii özlük hakkı deyince izinler de devreye giriyor. Bu anlamda söylediğiniz gibi özel sağlık kuruluşlarında çalışanların durumu daha da kötü. Ben duruma sadece hani ekonomik boyutuyla bakmıyorum. Yıllık izin, hastalık durumunda izin, çocuklarına refakat etme gibi durumların ciddi olarak ele alınması gerekir. Kurumlarda kreş oluşturulması gibi sorunların giderilmesi gerekir. Bu tür sorunların özellikle metropol şehirlerde sağlanması düzeltilmesi oldukça zor...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...hemşirelik gerçekten özlük hakları açısından çok çok geri planda kaldı...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Ücret birinci sırada değil ama oldukça önemli...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...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.

Hemşirelik Kanununda tanımlanan uzman hemşirelere kadrolarının oluşturulmaması nedeniyle hemşirelerin özlük haklarında kayıpların yaşanmakta olup, 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...” (43-SB EAH).

“...Belki de bir komisyon olmalı yani özlük haklarıyla ilgili bir hemşirelik oluşumu olmalı...” (44-VÜ Akademisyen).

“...Devlet hastaneleri açısından bakarsak geçerli ücretleri çıkmış durumdalar. Özel hastaneler daha düşük fiyata daha fazla iş birliği istedikleri için özel hastanelerde şu an fiyat politikaları daha şuraya şu anki asgari ücretlerinin 1-2 kısım üzerinde ücret verildiğinde dolayısıyla hemşirelerin bilmesi gerekir. Ücret motivasyon için en gerekli olan faktörlerden biri. Bunu alamadıkları zaman sonuçta bir mutludur bir huzursuzluk oluyor. Hemşirelerin çalışma saatleri ve nöbet sayıları çok fazla. Düşük ücretle daha fazla çalışma, gece ödemeleri yapılmıyor ... özlük haklarında kalıcı iyileştirmeler devlet tarafından olması gerekiyor ki özel hastaneler kendine göre bir şey uygulaması gerekiyor...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Pandemi döneminde en fazla hırpalanan, yaşam tehdidi altında, kaçacak yeri olmayan, maddi ve manevi yoksunlukla baş başa bugünlere gelen hemşirelik kadrolarından kıdemli olanların emekliliğe başvurusu, çalışanların kerhen çalışmaya devam ettiğinin göstergeleri (örn. 24 saatlik nöbetlere sarılmaları, 3 gün izin yapma isteği), adayların yurt dışında iş arama eğilimleri açıktır; araştırılmalıdır...” (03-DerneK Başkanı).

“... Erkeklerde kadınlar kadar izin haklarından yararlanabilir. Tek fark süt izninin olmaması. Özel sektörde iki aday varsa daha çok işe yarayacak olanı alması daha mantıklı diye düşünüyorum...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Kamuda çalışanların özlük hakları konusunda daha iyi olduklarını düşünüyorum. Özel sektörde biraz daha biz hani işçi gibi olduğumuz için mesela siz yani nasıl anlatsam mesela kamudaki bir hemşire atıyorum doğum iznine 2 yıl çıkabiliyor olsa mesela biz burada atıyorum bir yıl çıkabiliyoruz...” (10-Özel Hastane).

“...doğum izinlerinin olması. Bir annenin, kendimi anne olarak düşündüğüm zaman, çok da kazanımları oldu. Annelerin hani çocuklarına bakımla ilgili zamanları oldu. En azından

gece 2 yıl izin hakları var, gece çalışmıyorlar 2 yıl. Emzirme saatleri. Bunun gibi konularda iyileşme var. Bu iyileşme yapılırken de kurumun ihtiyaçları, tabii dengelemesi zor oluyor. Kurum açısından zaman zaman sıkıntı oluyor. Fakat hemşirelerin özlük hakları açısından iyileşme var. Sadece maaşlarla ilgili bir iyileşme yok...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...erken doğum yapan hemşire arkadaşlar sonrasına aktarılıyor dedi böyle bir iyileştirme oldu...” (19-SB EAH Yönetici Hemşire).

“...Hemşirelerin özlük haklarında özellikle 4B çalışanların iyileştirmeler oldu. İzin ve rapor haklarında özellikle analık ve ücretsiz izninde artma sağlanmıştır...” (30-SB Merkez Teşkilatı Yönetici).

“...eskiyle yeni arasında büyük bir fark olduğunu düşünmüyorum. İzinler aynı mı aynı özlük hakkı değil mi evet bakarsak bunun dışında işe girme ile alakalı bir değişiklik var mı...” (40-Vakıf Üniversitesi).

4.2.2.4. Görev, Yetki ve Sorumluluklar Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların görev, yetki ve sorumluluklara ilişkin görüşleri iş tanımları, hemşirelerin iş tanımında olmayan işleri yapmaları ve hemşirelik dışı sağlık çalışanlarına hemşirelik görev ve işlerinin verilmesi ve hemşirelik yönetimi olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir. Katılımcıların görev, yetki ve sorumluluğa ilişkin görüşlerinin dağılımı Şekil 4.9’da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Öğütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı	TOPLAM
Hemşireliğe Etkileri						0
Görev- Yetki ve Sorumluluklar						0
Hemşirelerin İş tanımında Olmayan İşleri Yapmaları	3	1	3	1	1	9
Hemşirelik Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik İşlerinin Verilmesi	11	5	8	6	2	32
Hemşirelik Yönetimi	6	13	10	12	4	45
İş tanımları	3	1	3	3	2	12
TOPLAM	23	20	24	22	9	98

Şekil 4.9: Görev Yetki Ve Sorumluluklar Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.

Şekil 4.9’da Görev Yetki ve Sorumluluklar alt kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Görev Yetki ve Sorumluluklar” temasına ait toplamda 98 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Hemşirelik Yönetimi” kodu ile “Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler ve Yönetici Hemşirelerin ifadeleri görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Hemşirelik Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik İşlerinin Verilmesi” koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.10: Görev, Yetki ve Sorumluluklar Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Görev- Yetki ve Sorumluluklar	İş Tanımları	28
	Hemşirelerin İş Tanımında Olmayan İşleri Yapmaları	14
	Hemşirelik Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik Görev ve İşlerinin Verilmesi	32
	Hemşirelik Yönetimi	45

- **İş Tanımları Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, hemşirelerin görevlerini, sorumluluklarını ve yetki alanlarını belirleyen iş tanımlarının yeterli ve net olmadığını, hemşirelerin hangi görevleri üstlenecekleri, hangi becerileri kullanacakları, nasıl iletişim kuracakları ve nasıl iş birliği yapacakları gibi konuların eğitim seviyesine göre düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların iş tanımlarına alanına yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Arada kalan tam tanımlanmamış iş ve işlemler nedeniyle sahada aynı yolda birlikte yürüdüğümüz meslek gruplarıyla karşı karşıya kalabiliyoruz...” (18-SB Şehir Hastanesi).

“...İş tanımlarının yapılması mesleğin görünür hale getirmekte benim için eş anlamlı. İş tanımları yani daha çok yürünmesi gereken yol olabilir diye düşünüyorum... Diğer mesleklerden şimdi şöyle bir algı var yani sanki hemşireliğin diğer sağlık meslek gruplarından böyle keskin bıçakla ayrılması gerektiği gibi bir hissiyat var. Aslında öyle de olmamalı...” (36-SB Merkez Teşkilatı).

“...Hemşirelikle ilgili yani görev ve yetki sorumlulukları da belirlendi ama bence orada da çok kısmi eksiklikler var. Ben bir yoğun bakım hemşiresi miyim? Evet, ama neleri

yapabileceğim net bir şekilde bence belirlenmesi lazım yani şuradaki mesela arterden doktor kan alır ve venden hemşire kan alır ama bunu uygulamada göremiyoruz...” (11-SB EAH).

“.... Görev tanımları yapıldı görev ve sorumluluklar noktasında birebir bağımsız görevler gibi süreçler oldu ama sağlık her dönem bir ekip işi bir şeyleri yazıyor olsanız da ...sağlık meslek mensupları iç içe girebiliyor ...” (48-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...yetki ve sorumlulukları sahada hemşirelik yönetemediğinde eksik kalıyor bizim öncelikle bu belki bu yönetim dersimizde bir veriyoruz görev yetki ve sorunlarımıza lisans eğitiminde tamamen açıklamamız gerekiyor yani...” (37-VÜ Akademisyen).

“...Aslında tabii öncesinde de görevin uygulanmasıyla ilgili birtakım sıkıntılar vardı. Görev tanımları netleştikçe ve deklare edildikçe kamuya bizim görev ve sorumluluklarımız daha da netleşti diye düşünüyorum...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...Rol ve sorumluluklarının çok net bir şekilde ayrılması lazım. Mesela Amerika’da da çok fazla hemşirelik düzeyleri var ama onların hepsinin neyi yapacağı belli. Kimse kimsenin alanına girmez, hemşire yardımcısı şunları şunları yapar. Bunun şeyini yapmaz lisans hemşiresi şu görevleri yapar rol ve sorumluluklarının net bir şekilde ayrılmış olması gerekiyor ki hani bu kargaşa olmasın...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Yasal olarak mesleki rol ve sorumlukları, görev alanları, tanımlanmamıştır...” (43-SB EAH).

“...Herkesin görev tanımı belli olsa, Poliklinik hizmetleri görev tanımı olmadığı için bölüm olarak havada kalıyor. Yoğun bakım, acil kesin ayrıldı. Bence branşlaşma da açıkçası iyi olur diye düşünüyorum. Herkesin görev tanımı belli olur. Herkes yapacağı işi bilir. Daha net olur. Poliklinikte birçok şey benden sorumlu ama net değil. Birçok sorumluluğun denetimi ve yönetimi sende fakat tanımlı değil. Bu da büyük bir sıkıntı. Bizde 10 tane poliklinik var. Ben bunun yanında farklı bir iş yapıyorum. Bu da uygun değil. Bir kişiye birden fazla iş yüklenmesi, hemşirelikte bu çok fazla oluyor...” (05-SB EAH).

“...İş tanımlarında bakım var ama bakımdan kaçıyoruz...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

- ***Hemşirelerin İş Tanımında Olmayan İşleri Yapması Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar istihdamına uygun olmayan görevlerin verildiğini bunların, yasal düzenlemeleri ve etik standartlar tarafından belirlenen sınırlamaları aşan, yeteneklerini aşan

veya farklı eğitim gerektiren görevlerin verildiğini belirtmişlerdir. Bu tür görevlerin genellikle cerrahi müdahaleler, teşhis koyma, ilaç reçete etme gibi yetkinlik ve sorumlulukları gerektiren hekimlik gibi alanlara ait olan görevler olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların istihdama uygun olmayan görevler alanına yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Hiç kimse tam olarak bu görev tanımlarına bağlı olarak çalışmıyor. Hemşirelerin iş listeleri işte neleri yapar neleri yapmaz. Biliyorsunuz işte uygulama listeleri yapıldı. Bence hemşirelerin her şeyi yapmaması gerekir. Hemşireye atıyorsun invaziv bazı girişimleri doktorun yapması gerekirken hemşire yine aynı şekilde yapıyor. Çoğu hastanede görüyorum ki hâlâ entübasyon yapıyoruz...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Meslek grubumuzda biraz da korku hâkim. Başımız belaya girer mi? Hatta üstümüze vazife olmayan işleri de görev haline getiriyoruz. Örneğin order girme. Konsültasyonlara cevap yazma. Ben de bunlarla karşılaştım. Hekime buna yapamayacağımı söyledim. Yazılı olarak istedim. Bunun için yazı yazamadılar. Şöyle bir durum var. Benim kaybedecek bir şeyim yok. Nereye verseler çalışırım. Kaybedecek insanların direncini kıran da bu. Çalıştığı ortamdan memnunsanız, bozulmasını da istemiyorsa kabul ediyor meslektaşlarımız bu durumu...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Bu çok iyi oldu. Bazı maddeler daha açık olsa iyi olur. Doktorla yapılacaklar mesela. Ne kadarını sen yapacaksın? Yasal gereklilik ne? Sahada görev yetki sorumluluklarını bilmeyen pek çok arkadaşımız var. Pek çok konuda işi olmayan ya da sorumluluğu dışında iş yapıyor. Bu da onu mutlu ediyor. Özellikle doktorların işini yapmayı pek seviyoruz. İlacı vermektense ilacı eczaneden istemek hekim şifresini kullanmak daha mutluluk verici geliyor meslektaşlarımıza...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Eskiden hemşireydin. Hemşirelikle ilgili görevleri yapıyordun. Şimdi sistem seni hekimin işini yapmaya, gerekirse tıbbi sekreterin işini yapmaya, ya da kalite adı altında bin tane evrak yapmaya zorluyor. Mesela doktor geliyor ardından gir hemşire hanım diyor. Mecbur giriyorsun. Yasal olarak buna yapmaya yetkimiz yok. İyi geçinmek için yapıyoruz. Herkes yerini korumak için yapıyor. Yapmadığında idareye gidiyorsun yapıver ne olacak. Servis sorumlusu, servis hemşiresi olarak çalışıyor. Eskiden sorumlumuza saygı duvardık. Şimdi kimse servis sorumlusu olmak istemiyor. Ne kadar angarya iş varsa servis sorumlusuna yıkıyorlar...” (08-SB Devlet Hastanesi).

“...Yıllar önce Hemşirelerin tıbbi sekreter gibi kullanıldığını biliyorum. Sağlık hizmetinin sunulduğu bütün alanda hemşire var olmalı. Oralarda söz sahibi olmak gerçekten

sağlık hizmeti ile ilgili biz yüksek bilgiye sahibiz. Var olmamız bence önemli. Hemşire kendi alanı ile ilgili çok daha güzel hizmet vermesi gerekirken yanlış yerlerde kullanılmak hoş değil...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Tabii hastanelerin yapılanmalarında değişiklik olunca hemşirelerin de görev alanı farklılaştı. Dolayısıyla sorumluluklarının arttığını söyleyebiliriz. Temel eğitim alanları dışında birtakım görevlendirmeler de oldu...” (38-Vakıf Üniversitesi).

- ***Hemşire Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik Görev ve İşlerinin Verilmesi Koduna İlişkin Bulgular***

Katılımcılar, özellikle hemşire yardımcılığı adı altında yeni bir meslek tanımının hemşirelik mesleğini küçümsediğini ve hasta bakıcı pozisyonuna indirgediğini, mesleği aşağıladığı ve karmaşıklığa neden olduğu vurgulamışlardır. Hemşirelik mesleğinin eğitim ve deneyim gerektiren bir meslek olduğunu savunarak, bu yetkinin kısa süreli bir uygulama veya başka bir alanda edinilemeyeceğini vurgulamaktadır. Bazı katılımcılar, yardımcı kelimesinin kullanılmasından rahatsızlık duyduklarını belirterek, yeni bir isim önerisinde bulunarak, bu tür alt meslek gruplarının hemşirelik mesleğini daraltabileceğini düşünmektedir. Alt meslek gruplarının eğitim müfredatının dikkatlice incelenmesi gerektiğini ve bu kişilerin etik ihlal olasılıklarının yüksek olduğunu, bu nedenle sorumluluk alınması gerektiğini ifade etmektedir. Katılımcıların hemşirelik işini hemşire olmayanlara yaptırması alanına ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Tabi ki de üniversite de okunmalı. Ama hemşire yardımcılığı adı altında bence bir meslek bu mesleği daha da küçümsüyor diye düşünüyorum. Zaten hasta bakıcılar var. Bir nevi hasta bakıcı pozisyonuna düşürüyor. Bu da bence mesleği da aşağılıyor...” (05-SB EAH).

“...Hemşire yardımcısı, anestezi teknisyeni yardımcısı, ameliyathane yardımcısı adı altında, bizim mesleğimizi tırpanlayan bir sürü alt kol ortaya çıktı. Bu yüzden (bu) insanlar özel sektörde hemşire olarak çalışıyorlar...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Çok karışıklığa ve karmaşaya sebep olacağını düşünüyorum. Ya hemşiredir ya değildir. Kliniğe geldi yardımcı hemşire ne iş yapacak? Ayırıştırılmamalı. Ben onu yapamıyorum yetkim dışı denildiğinde ne olacak? Hastanın ve yakınlarının bu süreci karşılaması çok olumsuz sonuçlar doğuracaktır...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Yani bence doğru bir şey değil ebelere yetki vermek. Çünkü hemşirelik yetkisi vermek diye bir şey bence olmaması lazım. Hemşirelik eğitimle ve tecrübeyle kazanılan bir şey olması lazım. Öğrenilen bir şey olması lazım. Yani ben şimdi gideyim 2 gün bir ustanın yanında çalışayım bundan sonra bana desinler ki “sen tamam şu ustasın”, olmaz yani. Hemşirelik eğitim gerektiren hemşirelik tecrübe gerektiren ve deneyim gerektiren bir meslek. Birilerinin lütfedip beni 10 yıl sonra doktor yapmasıyla ben çok iyi bir doktor olamam ki. Bu yanlış bir uygulama...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...Acilde çalışan hemşire arkadaşım diyor ki işte ne olacak paramedikler de gelsin iş yükünüz azalır. Niye? Biz bir ekibiz falan olaya bakış açısı tamamen burada...” (21-Dernek Başkanı).

“...Biz hep yardımcı kelimesinden rahatsız oluyoruz. Yani bu hasta bakım olur, yaşlı bakım olur ama hemşire tanımı olmaz. Yeni bir isim verilecek olsa daha iyi olur. Eskiden de vardı. Hasta bakıcı evet belki de doğrusu o...” (28-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...Özellikle yoğun bakım gibi acil tıp gibi alanların aslında öncülleri yani her kimlikten daha önce hemşirelik de başlamıştır. Bakım alanı onun için aynı meslekte bir sıkıntı yok ancak hemşirelerin o olayı diğer branşlara bölünmeleri yani hemşireler tarafından yapılan pek çok işlemin artık ayrı bir meslek olarak tanımlanması ve onlara farklı hakların verilmesi bu hemşireleri aslında alanlarını daraltıyor. Ne diyelim o yeni kurulan meslek önünde bir bakıma zayıf düşürüyor, onu düşünüyorum. Örneğin anestezi teknikerliği mesleği aslında anestezi hemşireliği adı altında yürütülebilir miydi diye düşünüyorum...” (33-SB Merkez Teşkilatı, Yönetici).

“...Yasada hemşirenin yetki ve sorumlulukları açık biçimde belirler iş olmasına rağmen sahada gene bu alt meslek gruplarıyla ilgili hemşirelik alanına giren uygulamalarda aksaklık olacağını düşünüyorum. Bu kişiler görev ve sorumluluklarını yerine getirir ama nasıl bir müfredatta eğitim aldıklarına bakmak gerekiyor. Öğrenciler bu konuda uygun müfredatla yetişiyorlar mı buna bakmak lazım. Bence YÖK’ün bu konuda bir sorumluluğu olmalı. Bu kişilerin etik ihlalde bulunma olasılıkları çok yüksek. Bu nedenle sorumluluk alınmalı. Hemşirelerin bu konuda sağlık politikalarında yer almaları için çaba sarf etmeleri gerekmektedir...” (38-Vakıf Üniversitesi).

“...3 yıl öncesine kadar hemşirelik işi yapan ebeler bir defaya mahsus olmak üzere dilekçe ile başvurdukları takdirde hemşirelik işlevlerini yapmaya devam ederler. Bu diploma değil yetki, yani hemşirelik yetkisiyle işini yaparlar o alanda. Evet, hemşirelik yapabilir

anlamında ve bu da bir defaya mahsustur. Sonra ne oldu? 663 sayılı kanunda bu süresiz hale geldi. Şimdi yine tartışılıyor...” (50-VÜ Akademisyen).

“...Yardımcı niteliğindeki kişilerin invaziv işlemler yaptığına şahit oluyorum. Diyaliz için böyle diyorduk ve diyaliz elden gitti. Şu an acil hemşireliği de aynı şey ameliyathane teknikerliği ameliyathane hemşireliği içinde aynı durum söz konusu...” (21-Dernek Başkanı).

• **Hemşirelik Yönetimi Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, liyakat düzeninin gelmesini ve siyasi erk tarafından belirlenen yöneticilerin yerine, saha deneyimine sahip hemşirelerin yönetici pozisyonlarında bulunmasını vurgulamışlardır. Hemşire olmayan yöneticilerin, özellikle hemşirelik sahasındaki zorlukları anlamakta eksik olduğu ve bu durumun sorunlara yol açtığı vurgulanmaktadır. Ayrıca, yöneticilik pozisyonlarında hemşirelerin yetkinliklerini artırmak için lisansüstü eğitim alması ve uzmanlık kazanması gerektiği vurgulanmıştır. Devlet hastaneleri için yönetici hemşirelerin lisans mezunu olmalarının ve tercihen yüksek lisans sahibi olmalarının gerektiği belirtilirken, özel hastaneler için farklı kriterlerin olduğu ifade edilmektedir. Hemşirelik dışı alanlardan gelen yöneticilerin genel kültürlerinin iyi olabileceği ancak hemşirelik yöneticisi olarak atanacak kişilerin hemşirelikte yüksek lisans eğitimi almış olmalarının önemine vurgu yapılmaktadır. Görüşler arasında, yüksek lisansın tek başına yeterli olmadığı ve deneyimle güçlendirilmesi gerektiği konusunda birleşen bir yaklaşım bulunmaktadır. Katılımcılardan biri Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yönetici pozisyonlarına hemşire olmayan yöneticilerin atanmasının çatışmalara neden olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların görüşlerinden ilişkin yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bankacılık mezunu bir kişi, bakım hizmetleri sorumlusu olarak bize atandı. Bizim başımıza atandı. Sağlık sektörünün yanından geçmemiş olasına rağmen sorumlumuz oldu. Bizler sınavla göreve geldik. Bu sözleşmeli yöneticilik sistemi ile liyakat usullerinin deforme olduğunu düşünüyorum. Bazı insanlar eğitime bakılmaksızın yönetici olarak atandı...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Şu anda bakım hizmetleri müdürleri, teknik isteyenler, anestezi teknisyeni, röntgen teknisyeni ve hemşirelere bakıyor. Daha çok çeşitli meslek gruplarından da bakım hizmetleri müdürleri var...” (32-SB Merkez Teşkilatı Bürokrat).

“...Şimdi akademiye geldim bakıyorum ki yani hasta ve hastane düzeni hakkında hiçbir fikri olmayan hiç çalışmamış kişilerin sırf unvanlarıyla karar verici halde olması içimi yakıyor. Çünkü onun söylediği şeyler yapılamaz yani hemşire bunu da yapmalı şunu da yapmalı şöyle yapmalı... Bunu hastanede bir gece nöbeti tutmamış bir kişi söyleme hakkına sahip olamaz çünkü bilemez...” (21-Dernek Başkanı).

“...başınızdaki kişiler hemşire ile ilgisi olmayan hemşireliği tanımayan hemşire kişiler onlara önce hemşireliği anlatıyorsunuz... Başında hemşire olmalı...” (25-Dernek Başkanı).

“...Yasamız var, yöneticilerimiz var mı uzmanlarımız belirlenmiş yöneticilere nasıl öncelik verileceği belirlenmiş yasamız çok güzel, muhteşem. Ama uygulamaya bakın... hemşire dışındaki lisanslar [lisans mezunları] da şu anda yönetici olarak çalışıyor...” (37-VÜ Akademisyen).

“...Sağlık yöneticilerinin, sağlık yönetimi bölümünden olmasını tercih ederim. Bakanlıktaki yöneticilerimizin özellikle sahada çalışmış olmasını isterim ki bizim zorluklarımızı görüp, sorunlarımıza çare olsunlar. Mesleği 20 yıl olmuş bir hemşire, bakanlıkta çalışsın, fırsat verilsin, sorunlarımızı aktarsın...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Liyakat düzeninin gelmesiyle uygun olacağını düşünüyorum. Siyasilerin belirlediği yöneticilerin olması, yasaların bazı güçler tarafından belirlenmesi, yanlış uygulamaları beraberinde doğuruyor. Görüş birliği sağlanmadığı için meydana geliyor. Yasalarla uygulamalar farklılık gösteriyor bu anlamda...” (07-Dernek Başkanı).

“...Benim bu konudaki görüşüm çok katı. Yani hemşireyi hemşire yönetmelidir diye düşünüyorum ben. Hani bakım hizmetleri müdürümüz tabii ki benle beraber deyince tabii benden önce tecrübeli olması gerekiyor. Zorluklar yaşamış, benim gibi nöbetlere çıkmış, gün aşırı çalışmalarda bulunmuş kişilerin bu meslekte daha çok söz sahibi olması gerekir...” (11-SB EAH).

“...Yöneticilik benim için aslında hiçbir şey değil. Bu da benim için güzel bir deneyim ama ileride bu koltuk bana bağlanmadı, ben yine hemşireyim ...” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Bakım hizmetleri var mı peki çok yoğun sayıda, çok üzücü. Yani lisans mezunu hemşirelik olsun sahada diye konuşulur iken arka planda böyle bir şey yapılıyor olması onun yönetmeliklerle bu noktaya getiriliyor olmasına zaten inanmıyorsunuz...” (20-Özel Hastane).

“...Ben yanlış olduğunu düşünüyorum. Şöyle ki şimdi öncesinde başhemşirelik vardı hani bu işte hemşirelik mesleğinden gelmiş biriydi. Şimdi ben de hemşireyim hem sahada da çalıştığım için hani işleyiş te biliyorum. Yukarıda yaşanan yaşanabilecek sıkıntıları da biliyorum ama çevremdeki yöneticilere baktığımda sağlık bakım hizmetleri müdürü olmuş ama öyle gidip tıbbi sekreterlik mezunu işte laborant diyelim ki bunlar işleyişi bilmiyor. Böyle olunca da yönetici empati yapma eksikliği doğuyor. Bu sefer de çalışan ve yönetici arasında çatışma çıkıyor. Bence yani hemşirelik anlamında hemşirelerin üst düzey yöneticisi gerçek görevi hemşire olmalı ama tabii bu yasayla beraber dediğiniz gibi şu anda sadece 4 yıllık lisans mezunu olması yeterli...” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Hemşirelik yöneticisi alanda uzman veya bu alanda herhangi bir alanda hemşirelik alanında yüksek lisans yapmış veya doktora yapmış kişilerden oluşmalı. Herkes yönetici olmayacağı için bunlar da seçilecek olması lazım. Yönetici hemşireyi yani diğerinden ayırt edebilmek için ekstra bir şeyin olması lazım. Kendi branşı alanında bir uzmanlığa sahip olması lazım yöneticilik yapabilmesi için...” (28-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...Şimdi hemşirelik yasasında yine pek çok şeyi tanımlandı. Orada yönetici hemşireler de tanımlandı dendi ki başhemşirelik tanımlandı. Devlet hastaneleri için lisans mezunu olmalı yüksek lisans tercihen yüksek lisans dendi. Şimdi özel hastaneler daha farklı bir kategoride değerlendiriliyor...” (20-Özel Hastane).

“...Normalde sağlık meslek lisesi mezunu sonra işte açık öğretim bitirmiş ama hemşirelik dışı alanlar gitmiş ve başhemşiresi yani sonuçta siz genel kültürümüz iyi olabilir genellikle iyi olabilir ama o orada verilen size görev hemşirelik yöneticisi olduğunuz için en az hemşirelikte yüksek lisans alanı tabii ki doğru olan. Dolayısıyla tek başına yüksek lisans yeterli değil deneyimle güçlendirilmeli...” (22-Dernek Başkanı).

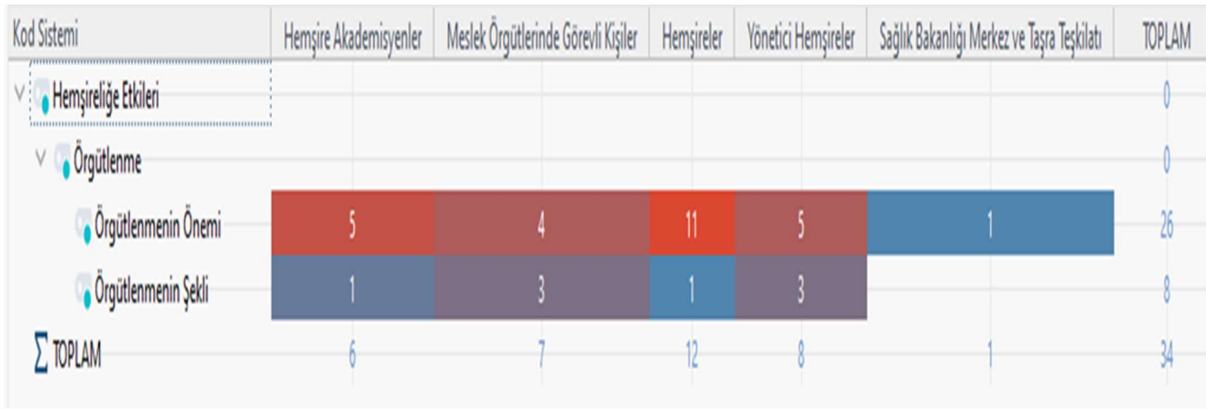
“...yönetici pozisyonuna atananların çoğunlukla hemşire olmalarına karşın, gelecekte bunun değişebilme olasılığının olması ve hemşirelerin diğer meslek üyesi lisansiyerler tarafından yönetilme riskinin bulunması...” (43-SB EAH).

“...Kadroları sendikalar atıyor, sağlık müdürleri de sendikaların kontrolünde. Öyle olunca nasıl liyakatli olsun oralar da? Bu anlamda kamu hastanelerimizde maalesef kariyer yönetimi açısından ya da hemşirelerin kariyer ve yükselme süreci olan bir meslek olarak görmeleri açısından...” (24-Dernek Başkanı).

“...Yaşanan bu değişiklikler ve farklı alanlardan insanların yönetici olmasının çatışmaları beraberinde getirdiğini düşünüyorum...” (47-VÜ Akademisyen).

4.2.2.5. Örgütlenme Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların örgütlenmeye ilişkin görüşleri örgütlenmenin şekli, örgütlenmenin önemi olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.



Şekil 4.10: Örgütlenme Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.

Şekil 4.10’da “Örgütlenme” alt kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Örgütlenme” alt temasına ait toplamda 34 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama yapılan “Örgütlenmenin Önemi” kodu ile hemşirelerin ifadeleri görülmektedir.

Tablo 4.11: Örgütlenmeye Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Örgütlenme	Örgütlenmenin Şekli	22
	Örgütlenmenin Önemi	17

- **Örgütlenmenin Şekli Koduna İlişkin Bulgular**

Hemşire ve akademisyen katılımcılar sendikal örgütlenmeye ilginin fazla olduğunu, meslek derneklerine üyeliğin az olduğunu, bunun da politik sebepler nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelik örgütlerinin (derneklerinin) performansının iyi olmadığı, etkinlik yapmakta eksiklikleri olduğu, hemşireler birliğinin kurulması gerektiği, diğer meslek örgütlerine göre pasif ve zayıf olduğu konusunda görüş belirtmişlerdir. Katılımcıların örgütlenme şekline yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Arkadaşlarımızın hemşirelik derneklerine destek vermekten ziyade sendikalarla çalışması olduğunu düşünüyorum...” (22-Dernek Başkanı).

“...Sendikaların işveren (kamu, özel) isteklerini kabul düzeyinin aşırı artışı, hemşirelerin korunmasız, kapana tutulmuşçasına çaresizliğine neden olmuştur; hemşirelik yöneticilerinin sendikaya üye olmasının en önemli sakıncası, sendikalı hemşirelerin yönetimde görevlendirilmesi ve hemşirelerin sendikaya üye olmaya, sendika seçimine zorlanmasıdır...” (03-Dernek Başkanı).

“...Geçmişten kalan Türk Hemşireler Derneği ile ilgili siyasi bir algı var. Hemşireler derneğine üye olmaya tedirgin oluyorlar. Neden siyasi bir gruba üye olunuyormuş gibi adlandırılırım diye. Korku var. Son yıllarda biraz daha kırıldı bu görüş. İyi durumdayız...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...En başta tek ses olmayı başarabilmeliyiz. Şimdi birçok mesleki dernekler bizim genel çatımız genel merkezimiz hemşireliğin genel örgütü ama bunun yanı sıra işte yoğun bakım hemşireleri derneği, acil hemşireleri derneği bir sürü özel dal dernekleri kuruldu. Bence bu özel dal dernekleri ile birlikte bir komisyon oluşturarak özel dal derneklerinin de fikirlerini alarak politikalara katılmalı. Bir odamız yok, meslektaşlarımızda hakikaten örgütlenme bilinci yok. Okullarda örgütlenmeye yönelik farkındalık çalışmalarının arttırılması gerektiğini düşünüyorum. Bu farkındalık olmayınca yeterli üye sayısına ulaşamıyoruz. Belli bir sayı olmayınca da odalaşamıyoruz. Bu nedenle politize olmadan örgütlenme bilincini aşılamanız lazım...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...Daha çok çalışmalar, daha çok makaleler de yer verilebilir. Çalışmalarda haklarımız biraz daha savunulabilir. Bu eksikliklerimizi daha çok gündeme getirebiliriz. Sesimizi biraz daha çıkartabiliriz. Hep bir şeyler var, herkes şikâyetçi, kimse bunun için çaba

sarf etmiyor. Bir doktor darp edildiğinde hemen gündeme geliyor fakat hemşire darp edildiğinde gündeme gelmiyor...” (05-SB EAH).

“...Hiçbir yetkimiz yok ama uygularsak biz de suçluyuz. Bunun yanında hekimler tıbbi bir hata yaptılar diyelim. Onları koruyan bir birlikleri var tabii maddi karşılığını bir birlikleri var. Onlara avukat sağlayan bir örgütlenmeleri var. Ama bu öyle bir örgütlenme bizde olmadığı için bence çoğu arkadaşım da bundan çekindiği için bazı girişimleri uygulamakta kendini geri plana alıyor olabilir...” (11-SB EAH).

“...Klinik uygulama da bunun yansımalarını görmüyorum. Bize yukarılarda söz hakkı verilmeli. Mecliste. Biraz da mesleki olarak yakın çalıştığımız hekimlerin birliktelikleri var. Bizim öyle değil. Belki hemşireler birliğinin olması lazım. Bu konuda girişimler var. Onay alamıyoruz. Hekimlerin birliği var, diş hekimlerinin birliği var. Eczacıların birliği var. Sayıca çok olmamıza rağmen birliğimiz yok. Birlik olsa o zaman biraz daha güçlü oluruz. Birliklerin yaptırımı güçlü oluyor...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Gerek mesleki sorumluluklar bağlamında yani şeyler işte dernekleşme vesaire hani o anlamda sosyal meslek, sosyal boyutlar bağlamında ya da hasta savunuculuğu bağlamında iyi olmadığımızı düşünüyorum...” (24-Dernek Başkanı).

“...Başka mesleklere bakıyorum. Çok yeni kurulmuş olmalarına rağmen hemen örgütleniyorlar. Hemşirelik çok eski bir meslek olmasına rağmen örgütlenme mevcut değil...” (35-SB EAH).

“...Mesleki örgütlenme açısından çok yol kat ettik. İnşallah ilerideki süreçler ve mesleğimiz çünkü diğerlerine karşı duruyor...” (44-VÜ Akademisyen).

“...Teknik olarak baktığınızda hani hemşirelik hizmetleri yönetimini planlama ne bileyim yöneltme şey örgütlenme yöneltme bu konuda beceri kazandı...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...Türk hemşireler derneğinin birliğe dönüşmesi gerekir. Daha yaptırım gücümüzü yükseltmesi gerekir...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...Birliğimizin olmamasından kaynaklanıyor. Uygulamaya yansımıyor...” (13-Vakıf Üniversitesi).

- **Örgütlenmenin Önemi Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, örgütlenmenin önemli olduğunu, politika yapmada, meslek bilinci oluşturmada önemli rol oynadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların örgütlenmenin önemine ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Mesleki normlarına etik kurallarına etkisi: THD’nin (ve hemşirelik derneklerinden kamu yararına kabul edilenlerin) mesleki etik kurallarının takipçisi bulunmamaktadır; kamu yararına bir kuruluş sayılsa da THD’nin meslektaşlarını denetleme ve disiplin sağlama yetkisi yoktur...” (03-Dernek Başkanı).

“...Bir sorun yaşadığında dernek arkamda durur ve sorunun çözülür diye düşünürlerse o zaman dernek katılımcısı artar diye düşünüyorum. Ben yara bakım derneğinde yöneticiyim. Bir problem geldiği zaman destek olmaya çalışıyoruz üyelerimize. Çözüm bulmaya çalışıyoruz. Arkalarında durmaya çalışıyoruz ki kendilerine güven gelsin. Dernekleşmenin ve örgütlenmenin çok önemli olduğunu düşünüyorum...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Tabipler Birliğinden ya da başka derneklerden fikirler soruluyor. Politik yapının ve meslek örgütlerinin yapısının fikirleri tam anlamıyla yansıtılmasında etkin olduğunu düşünüyorum...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Örgütlenmenin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Sahada yüklendiğimiz iş yükü örgütlenme faaliyetlerine katılmamızı engelliyor. Özellikle birbirimizi motive ederek dayanışma içinde olmamız gerektiğine inanıyorum...” (10-Özel Hastane).

“... Örgütlenme bilinci olmadığı için derneklerimizin de bu konuda biraz açıkçası hatası var çünkü bu şeyi örgütlenme bilincini okullarda olduğu gibi dernekler de meslektaşları yönüne meslektaşlarının lehine kazanımlar elde ederek en azından onları sahiplendiğini onlara hissettirerek de kazanabilir. Ama bunlar yapılmadığı için inşallah bundan sonraki nesil bizim yapamadıklarımızı yapabilir diye düşünüyorum...” (16-Üniversite Hastanesi).

“... -Son 5 sene diyebilirim açıkçası bu konuda çok profesyonel hareketlerin olduğunu düşünüyorum. Türk Hemşireler Derneği eskiden benim için çok tabuydu ve çok uzaktı. Benimle hiçbir yakınlığı olmadığını düşünüyordum. Artık bu kadar soğuk bakmıyorum ama spesifik özel dal derneklerinin aslında bu konuda daha aktif olduğunu ve daha çok sahaya yöneldiğini daha çok sahaya yönelik uygulamalar yaptıklarını düşünüyorum ...” (20-Özel Hastane).

“...Türk hemşireler derneği var yani ilk defa yani öğrenciyken takip etmeye başlamıştım. Yani ben hâlâ söylüyorum yani meslek odaları olsun meslek gruplarının temsil eden dernekler şeyler olsun çok siyasileşmemesi gerektiğini düşünüyorum...” (35-SB EAH).

“...Meslek örgütlerimiz oldukça pasif. Türk hemşireler derneği daha iyi yönetilirse yaptırım gücümüzün artacağını düşünüyorum. Saha denetimlerinin daha sık yapılması gerektiğini düşünüyorum...” (12-Özel Hastane).

4.2.2.6. Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci) Alt Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların, hemşirelik mesleğinin kimliği konusunda görüşleri Mesleki Algı, Cinsiyet (erkeklerin mesleğe girmesi), Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme), Özerklik, Mesleki Etik adı altında beş kod altında incelenmiştir.

Kod Sistemi	Hemşire Akademisyenler	Meslek Örgütlerinde Görevli Kişiler	Hemşireler	Yönetici Hemşireler	Sağlık Bakanlığı Merkez ve Tıbbi Teşkilatı	TOPLAM
Hemşireliğe Etkileri						0
Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci)						0
Cinsiyet	17	12	13	11	14	67
Mesleki Algı	23	6	13	15	8	65
Mesleki Etik	7	5	16	7	3	38
Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme)	5	2	15	7	2	31
Özerklik	7	7	12	11	4	41
TOPLAM	59	32	69	51	31	242

Şekil 4.11: Mesleki Kimliği Kazanma Alt Kod Sisteminin Kod Matrix Tarayıcısı Isı Haritası.

Şekil 4.11’de Mesleği Kimliği Kazanma alt kod sisteminin kod matrix tarayıcısı ısı haritası görülmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde “Mesleği Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci)” alt temasına ait toplamda 242 adet kodlama yapılmış olup en yüksek kodlama “Mesleki Algı” kodu ile Hemşire Akademisyenler ile Yönetici Hemşirelerin ifadeleri görülmektedir. İkinci en yüksek kodlama ise “Mesleki Etik” koduna yapıldığı görülmektedir.

Tablo 4.12: Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci Alt Temasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı)

ALT TEMA	KODLAR	Görüş Sayısı (n)
Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci)	Mesleki Algı	65
	Cinsiyet (Erkeklerin Mesleğe Girmesi)	67
	Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme)	31
	Özerlik	41
	Mesleki Etik	38

- **Mesleki Algı Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar hemşirelik mesleğinin sahada istenilen seviyede olmadığını hastane yöneticilerinin ve bakanlık yönetiminin genellikle hekim odaklı olduğunu, bu durumun hemşireliğin hekim mesleği altında kalmasına neden olduğunu belirtmektedir. Mesleğin gerçek anlamda meslek olarak görülmediğini, hemşireler arasında iş olarak algılandığını ifade eden katılımcılar, mesleğin prestij kaybına uğradığını ve motivasyonun düşük olduğunu dile getirmektedirler. Ayrıca, küresel salgın sürecinin ve çalışma koşullarının hemşirelerin bıkkınlığına ve demotivasyonuna neden olduğunu ifade eden katılımcılar, hemşirelik mesleğine yönelik son 20 yılda yaşanan gelişmelerin umutsuzluğa sebep olduğunu belirtmektedirler. Bazı katılımcılar ise hemşireliğin profesyonel kimlik kazandığı ve hemşireliğin daha profesyonel olmasını sağlama sağlanması yönünde olumlu görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların mesleki algı konusuna ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... Meslekleşme kavramı ucu açık bırakılmış durumda. Yani bizim yapabildiğimiz temel şeyler bazı yasalarda haklar vermiş ama dediğim gibi ben bir özelliğe sahip olduğunu düşünmüyorum açıkçası...” (11-SB EAH).

“...Bir kere hemşirelik mesleğinin tanımı değişti. Türk kadını yerine Türk vatandaşı kavramı getirilmiştir. Böylece hemşirelik kadınların yapabileceği bir meslek grubu olmaktan çıkmış, cinsiyet ayrımı gözetilmemiştir...” (34-VÜ Akademisyen).

“...Kişisel yorumum ama büyük hastanelerde büyük işte merkezlerde çalışan hemşire arkadaşlar mesleki sahiplenmeleri özellikleri açısından yönelimleri daha güçlü ama diğer arkadaşlar biraz daha özellikle hekimlik mesleğinin arkasında durmayı daha da tercih eder gibi görünüyorlar. Bunda iş tanımlarının da etkisi olabilir. Şimdi bir ya bir şeyi belirlediyseniz

çerçevesini çizdiği iseniz onun varlığını görünür hale getirmişsinizdir. Şimdiye kadar hemşirelik mesleğinin hemşirelerin yaptığı, sunduğu hizmetler görünür değildir çünkü ortaya koymadığınız açıkça ifade etmediğiniz bunu yazılı hale getirmediğiniz çerçevesini çizdiğiniz hiçbir iş görünür değildir...” (36-SB Merkez Teşkilatı).

“...Hemşirelik meslek olarak kabul edilmiş olsa da sahada istenilen seviye de değil. Maalesef şöyle bir durum var; Hastane yöneticilerinin hekim odaklı olması, bakanlık yönetiminde hekim odaklı olması, hemşirelik mesleğinin hekim mesleği altında kalmasına sebep oluyor...” (09-SB Şehir Hastanesi).

(Hemşireliği kastederek) “...Lisans düzeyinde profesyonel bir hizmet sunan bir grup olarak değerlendirildiğini düşünüyorum...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Mesleğe verdiğimiz önem azaldı galiba. Mesleğin gerçekten meslek olarak gören kişi sayısı azaldı hemşireler arasında. Sadece iş olarak görüyorlar. Hani bugün bu işi yaparım olmazsa yarın başka bir yere giderim. Meslek olarak değil de iş olarak görmeye başladı. Hani profesyonel bir meslek olarak değil, sadece iş para kazanılacak diye şey olarak gördüler...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Son dönemde çok da gündem olmuş işte darlıklar sağlık profesyonellerine karşı yürütülen bir şiddet, maalesef olumsuz bir sürü şey var. Sahaya indiğinizde bu kişiler hastalarla ve yakınlarıyla karşı karşıya kalıyorlar. O anda çözüm üretmek zorunda o hizmeti vermek zorunda ama hizmeti eksik verme sebeplerinden biri ya da pek çoğu arka planda yönetsel ya da kurumsal birtakım uygulamaların ya da kararlarının eksikliği nedeniyle olabilir yani hizmet sektöründe bu zorluk vardır...” (20-Özel Hastane).

“... Meslekleşme sürecinde çözülmesi gereken çok sorununuz var...” (21-Dernek Başkanı).

“...Çok bilinçli bir şekilde meslek, yaşam mücadelesini vermedi. Türkiye’de hemşirelerden çok az kişi verdi. Böyle olduğu için herkes kendi tarafında kendi algıladığı şekliyle bir hemşirelik modeli eğitimi uygulaması istedi. Ben çok net hatırlıyorum işte hastanenin döner sermayesinde görev alan bir yüksek lisans mezunu ile oradaki işi hemşirelik işi olarak gösterebilir, orada çalışabilir. Yani muhasebe işi finans işiyle baktım kimin neresi işine geliyorsa öyle görevlendirmeler veriliyordu. Dedik ya meslek alanının sınırlarını ortaya koyup da bunun tanımında bir kere biz birleşelim diyoruz...” (50-VÜ Akademisyen).

“...biz bunu niye bu kadar güçsüzüz ve güçsüz demeye niye bu kadar özgüvensiz duruyoruz... bilmiyorum yetişme tarzımızda bunu bayan oluşumuzdan mı. böyle itilip kakılmış oluyor mu sürecinde biraz hırpalanmış oluşumuz var mı bir de ben şuna çok istiyorum...” (25-Dernek Başkanı).

“...hemşire arkadaşlarımla konuştuğum zaman her geçen yıl bir şeylerin biraz daha iyiye gittiğini, şartların biraz daha iyi olduğunu hani söylüyorlar. Biz şu an bu şartlarda çalıştığımız için buna yönelik bir eleştiri yapmak durumundayız. İyi yanları var ama her zaman, her geçen yıl, her yeni jenerasyon, her yeni gelen kişilerle daha iyileşeceğini düşünüyorum...” (10-Özel Hastane).

“...20 yıl içerisinde tabii öğrenciliği falan düşündüğüm zaman hani daha böyle özerk daha saygın daha belki meslek imajıyla ilgili daha olumlu şeylere imza attık gibi. Daha mutlu olabilir miydik yoksa mutlu muyuz farkında değiliz. Hep kendi derdimizi kendi içimizde mi konuşuyoruz hani duyulması anlamında çünkü bu da önemli diye düşünüyorum...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...Şimdiki gençler mesleği tanıyarak geliyor. Böyle öğrencilerle karşılaştıkça beni umudum her geçen gün artıyor ve çok da kaliteli eğitim alarak çıkıyorlar. İşte laboratuvarlar geliştirildi, işte uygulamalara çıkarıyoruz. Zamanında 20 yıl önce hani kaynatılmasıyla enjektörleri görürken şu anda teknolojiyi kullanan lisans mezunu hemşirelerimiz var ve hastanelerde giderek artıyorlar...” (34-VÜ Akademisyen).

“...Son 20 yıldaki değişimler profesyonellik sürecine olumlu katkı sağladı. Şu andaki belki gençliğinde daha bağımsız daha kendine güvenli daha kararlara katılım isteği profesyonelleşmeleri de etkiledi. Yani eski yani kadın grubuna evde ataerki düzene bağlı olması klinik alanlarda da birçok alanda bunu bir dile getirmesi daha önceden şimdi çoğu bundan çok söz etmiyorum ...” (22-Dernek Başkanı).

- **Cinsiyet (erkeklerin mesleğe girmesi) Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcıların cinsiyete ilişkin görüşleri olumlu ve olumsuz yönde olmuştur. Son yirmi yılda erkeklerin hemşirelik mesleğini yapması konusunda olumlu yanlarını, hemşirelik dışı işleri ret etmeleri, örgütlenmede daha iyi oldukları, erkek hemşirelerin fiziksel gücü, bazı tıbbi müdahaleleri gerçekleştirirken veya hastaların hareketliliğini sağlarken avantaj sağladığı şeklinde belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar erkeklerin hemşirelik mesleğini yapmasının mesleğin

gelişimine fazla bir etki yapmadığını, hatta bazen sorunlara neden olduğunu ifade etmiştir. Bazı katılımcılar da, erkek hemşirelere toplumun yavaş yavaş alışmaya başladığını ancak ataerkil kültürden kaynaklanan cinsiyet ayrımının hala devam ettiğini ifade etmiştir. Katılımcıların cinsiyete ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Erkek hemşirelerin mesleğe girmesi iyi oldu. Sadece (kadınların) hemşire olarak kalmaması gerektiğini düşünüyorum. Kadın olduğumuz için biraz daha anaç taraflarımız baskın. Erkekler mesleği biraz daha iyi bir yere getirdiler. Hayır, bu bizim işimiz değil diyebiliyorlar...” (02-SB Devlet Hastanesi).

“...Cinsiyet yasasını olumlu buluyorum. Erkeklerin de mesleğe girmesi gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca hiçbir mesleğin cinsiyeti olmaması gerektiğini düşünüyorum...” (10-Özel Hastane).

“...Ben erkek hemşirelerin hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşünüyorum. Mesleki örgütlenmeye de etkileri çok fazla. Bence hani burada kadın hemşire arkadaşları olumsuz göstermek istemiyorum ama örgütlenme konusunda erkek hemşirelerin daha fazla özen gösterdiklerini düşünüyorum...” (11-SB EAH).

“... Bence cinsiyet ayrımcılığı olmamalı. Onların var olması bence güzel, pozitif bakıyorum. Her meslekte kadın, erkek var. Erkek neden hemşirelikte olmasın. Bizim rolümüzü kaybetmemize sebep olmuyorlar. Birazcık daha seçiliyor olabilirler. Askerlik dışında bunların çok bir engeli yok. Kadının hamilelik, süt izni gibi engeller var. Erkeklerde bu durumlar yok. Tercih ediliyor olabilirler. Bence var olmaları pozitif. Fiziksel olarak da güçlüler...” (13-Vakıf Üniversitesi).

“...Erkeklerin hemşire olabilmesiyle ilgili yasayı olumlu buluyorum. Bu mesleği sadece kadınların yapıyor olması bazı olumsuzluklara neden oluyordu. Meslekte erkeklerin de olması halk arasındaki cinsiyetçi düşüncüyü bence ortadan kaldıracaktır. Kadınların işte doğum analık gibi görevlerinden dolayı alanlarda bazı sıkıntılar da yaşanmakta. Vardiyaları ve süreklilik gerektiren bir meslek olduğumuz için bu sıkıntıları da faydası olacaktır. Bence bu durum kadın istihdamını etkilemez...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...Önceden kadınlardan oluşuyordu meslek hani bunu biliyoruz bence erkeklerde sağlık memurluğu var. Sonrasında bunlar tek çatı altında birleştirildi... 1954 kanunundaki olan kanundaki maddelerden bazıları değiştirildi. Onlardan biri cinsiyet ayrımı yapılmaması konusu bence çok güzel bir yenilik. Bu durumu olumlu karşılıyorum...” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Belki topluluk açısından bazı bu dezavantajlar olmuş olabilir çünkü bizim örf, adetlerimiz var, ananelerimiz var belli şeylerde özellikle dezavantaj diyebiliriz ama erkeklerin meslek grubuna girmesi ve bir anlamda güzel olumlu gelişmeler olduğunu düşünüyorum. Mesleğin biraz daha farklı boyuta kaçtığını düşünüyorum...” (19-SB EAH Yönetici Hemşire).

“...Ne yazık ki biz erkek hemşerilerimize bakımla ilgili şeyleri oturtmakta yetersiz kaldık. Bayan hemşirenin hasta bakımıyla aynı eğitimi almış bir erkek hemşirenin hasta bakımı çok farklı. Ataerki kendi ülkemizin doğasından kaynaklanan işte erkek çocuklarının yetiştirilmesinden kaynaklanan bir şey bu. Her erkek hemşire de var demiyorum ama erkek hemşire için hasta bakımı biraz daha geri planda. Buna rağmen erkeklerin meslekte olması gerektiğini düşünüyorum...” (21-Dernek Başkanı).

“...Erkeklerin hemşirelik mesleğine girmelerini olumlu buluyorum. Meslekte cinsiyet ayrımcılığı yapılmaması gerektiğini düşünüyorum. Önceden sağlık memuru adı altında çalışıyorlardı. Erkeklerin mesleğe girmesiyle birlikte beklentim yükselmışti bilinçli zihniyetlere katkı sağlanır diye ancak olmadı...” (26-Dernek Başkanı).

“...Erkek hemşirelere toplum yavaş yavaş alışmaya başladı. Ekranlarda da görüyoruz. Erkek hemşireler fiziksel olarak güçlüler...” (41-Devlet Üniversitesi).

“...Yasayla erkekler mesleğe giriş yaptı. Ben buna çok olumlu bakıyorum. Yoğun bakım hemşiresi iken de bir erkek hemşirenin ne kadar gerekli olduğunu düşünüyorum çünkü hemşirelerin aynı bir cinsiyet ayrımcılığına karşıyım. Birincisi mesleğin tek cinsiyetli olmasına kişisel olarak karşıyım, ikincisi buna ihtiyacımız da vardı. Fiziksel olarak da hastaların çekip çevirirken pozisyonlarını verirken bakımlarını yaparken de bir erkek meslektaşısı ihtiyacımız vardır...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Hemşirelik yasasını tam hâkim değilim desem. Erkeklerin mesleğe girmesiyle ilgili o olumlu bir şey olduğunu düşünüyorum. Sayıca hala erkek çalışan sayısı yetersiz çünkü hasta bakımlarında özellikle yoğun bakımlarda bu yardımcı sağlık personelleri yetersiz hemşire kuvvet anlamında...” (12-Özel Hastane).

“...Erkekler de mesleğe girdi ... Kendi mesleğinizi yapmaktan ziyade doktorun yardımcısıymış gibi davranılması hoş olmuyor...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Erkeklerin mesleğe katılımı başta beni memnun etmişti. Fakat gördüm ki mesleğin gelişimine ilişkin çok da fark yaratmadılar. Hatta daha çok sorun çıkmaya başladı...” (06-SB Merkez Teşkilatı).

“...Erkek hemşirelerin işini yapanlar vardı. Sağlık memurları, hasta bakıcılar. Bence mesleğe bir şey katmadı. Genel iş tanımı değiştiği için onlarda bu sistemin içine girmiş oldular...” (08-SB Devlet Hastanesi).

“...Hemşireliğin bir kadın mesleği olması kadının farklı rolleri işte anne rolü, eş rolü, mesleğin geceli gündüzlü çalışıyor olması, uzun çalışma saatlerinin olması ve işte bununla birlikte o koşulların zorlukları eminim ki tercih sebebi olmayın olmuyor olabilir...” (20-Özel Hastane).

“...Tabii burada keşke hani yönetici pozisyonunda olsalar da bu kadar hemşirelik sorunlarını çözüm odaklı olsalar daha nitelikli güvenli sağlık hizmeti bir şey bakım hizmeti sunmak için çalışsınlar ama ben hani onu da göremiyorum. İşin gerçeği sadece acaba dedim akademik alanda bizden daha mı iyiler diye bir akademik çalışmalarına baktım. Ünlü kadınlar ve erkekler gibi baktım son 15 yılda ezici bir şeyleri yok yani. Evet, şu anda da bi performansı yok sayıyor oranlarsak böyle bir şey inovasyonda bir şey yok. Bilmiyorum inşallah olur yani toplumsal algıda biraz değişiklik var gibi...” (26-Dernek Başkanı).

“...Dediğim gibi sınıflarımızın yarısı erkek hemşirelerle doldu. Onlar biraz daha farklıdır gerçekten hani mesleğe biraz daha işte onları kabullenme sürecinde zor oldu...” (39-Devlet Üniversitesi).

“...Erkeklerin sahada yani hastanelerde kliniklerde karar vermede karar verici olarak rol aldıklarını görüyorum...Bizim toplumumuz biliyorsunuz biraz ataerkil bir toplum evet erkeğin rolü kemikte daha böyle ağır bastığı için (kadın) hemşirelere de böyle bir şey yapamıyorlar...” (44-VÜ Akademisyen).

- **Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme) Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar, itibarının zaman içinde arttığını ve hürmet gördüğünü hemşireler arasında daha saygılı bir iletişim ve dayanışmanın sağlanması gerektiğini vurgulayarak, meslek içindeki ilişkilerin olumlu bir şekilde geliştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Akademik desteklerle bilimsel bir alt yapı oluşturma, hemşireliği daha saygın ve ileri düzeyde bir meslek haline getirdiği ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar ise, hemşirelik mesleğinin toplumda ve sağlık sektöründe düşük bir itibara sahip olduğunu ve bu durumun hemşirelere yönelik saygının yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Hemşirelik, mesleğin sınırlı veya yardımcı bir rol olarak

algılandığından, doktorlarla karşılaştırıldığında daha az önemsendiklerinden bahsetmektedirler. Katılımcıların mesleki itibara yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bence hürmet arttı, önemimiz birazcık fark edildi. Çok fazla diyemiyorum. Sahada çalışan biri olarak gördüğümüz muamele ile. Hemşire her zaman erişilebilir, ulaşılabilir (olması)... Hastaların bu anlamda bize daha güveni artmış olabilir...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Rehabilitasyon hemşiresi kursuna gittim. Orda hemşirelere çok değer verildiğini gördüm. Konseyde söz söyleyebiliyordu. Görüşleri dikkate alınıyordu. Vizitelerde öncelikle konuşması dinleniyordu. Hemşire hastaya en yakın insandır. Onun fikirleri önemlidir. Kıymetli bir iş yaptığımı fark ettim. Orda kazandığım öz güvenle 24. yıla geldim...” (04-SB DEVLET HASTANESİ).

“...Eskiye nazaran düşündüğümüzde o zamanki hemşerilerimizden dinlediklerini duyduklarımız bize anlatanlar bizim okuduklarımız hemşireliğin ülkemiz adına biraz ilerleme kaydettiğini, biraz daha saygın bir meslek haline getirilmeye çalışıldığını gözlemleyebiliyoruz. Tabii bunun da etkisinin akademik desteklerle bilimsel alt yapısıyla oluştuğunun da farkındayız...” (11-SB EAH).

“...Hekim hemşire arasındaki yani bu biraz böyle hakkaniyet konusunda hemşirelik mesleğinin biraz belki arkadaşlar açısından geri plana bıraktı gibi görünüyor. ama ben o durumu hiçbir zaman hissetmedim çünkü hemşirelik benim için çok değerliydi....” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Bütün basamaklarda rolümüz var ama bu mesela COVID sürecinin de hemşirelerin aslında sağlık sistemi için ne kadar önemli olduğuna dair bütün dünya genelinde önemli bir noktaya vurgu yaptığını düşünüyorum. Hemşirenin olmazsa olmaz bir meslek grubu olduğu, işte böyle yardımcı falan değil, gerçekten diğer sağlık disiplinleriyle birlikte çalışan, işte bakımın tedavinin en iyi şartlarda sürdürülmesi konusunda hasta güvenliğinin sağlanmasında kaliteli ve etkin bakımın verilmesi noktasında aslında kilit insanlar...” (49-Dernek Yönetim Kurulu Üyesi).

“...Çizgilerimizin daha net çekilmesi gerektiğine inanıyorum. Ayrıca hemşireler arasında da daha saygı dolu bir yaklaşım olması gerektiğini düşünüyorum. Biz bu disiplini kendi aramızda sağlarsak mesleğe katkı sağlamış oluruz. Bu şekilde toplumda da saygı kazanabiliriz...” (10-Özel Hastane).

“...Hemşirelik mesleği denince, sanki yardımcı bir elemanmış gibi. Başta bu yöneticilerimiz olmak üzere bizi hep yardımcı bir eleman olarak görüyorlar. Doktorun altında ya da doktorun yanında çalışan yardımcı bir eleman olarak düşünülüyoruz...” (05-SB EAH).

“...İşte branşlaşmalar olacak sertifika programları olacak diyaliz hemşireliği içindeki olduğu gibi bizim de rollerimiz alanlara yönelik spesifik olarak belirlenecek geliş güzel atamalar bir hemşirenin yerinden oynatır olmaları engellenecek ve hemşireliğin saygım çok daha hak ettiği saygınlık seviyesine ulaşacağını düşünüyordum...” (42-Devlet Üniversitesi).

“...Bizim mesleğimizi yardımcı sınıf olarak görüyorlar. Sizden hekim kongresinde sunum yapmanızı bekliyorlar. Kayda değer verip davet ediyorlar. Orada oturuma katılan bir hekim bize yardımcı sınıf personelleri olarak bahsediyor. Bize saygı duymuyor. Tıp fakültesi öğrencilerine en azından bu dersler konmalı ki bize ekibin bir üyesi gözüyle bakılmalı...” (04-SB Devlet Hastanesi).

“...Ama günümüzde bence gerek karşılığının alınmaması gerek de toplumsal açıdan, düşük bir seviyede olarak görülüyor. Hemşire denince, a hemşire misin? Çünkü dediğim gibi hep bir yan dal olarak görüldüğü için. Mesela sağlık bakanımız bile konuşurken doktor ve sağlık çalışanları adı altında diye söyleniyor. Doktor ve hemşire dediğini hiç duymadım. Genel olarak doktorlar hep ön planda, hemşireler onun altında gibi görülüyor. Ben en başta üst yönetimin desteklemesi gerektiğini düşünüyorum...” (05-SB EAH).

“...Hemşire serum takan, order dolduran, getir götür işi yapan birisi gibi oldu. Günlerce hemşireler evlerine gidemedi, çocuklarından ayrı kaldı. Ona rağmen hasta ve yakınlarının kötü muamelesinde kaldılar. Halk olarak çoğu şeyi tolere edemiyoruz. En yakınındaki, en güçsüzüne patlıyorsun. Bu COVID döneminde herkes sağlıkçı oldu, mesleğimizin adı kalmadı...” (08-SB Devlet Hastanesi).

“...Hemşirelik mesleği aslında çok değerli, çok kıymetli bir meslek. Doyumu yüksek olan bir meslek ama biz hep alt yani mesela bir insan bir toplumda ülkemiz adına konuşuyorum bunu hemşire dendiği zaman mesela biz saygı çekmedeki kime avukata işte belki bir mÜniversite Hastanesiendise itibariyle verilen itibar ölçeğinde ilk 10 meslekten değiliz...” (10-Özel Hastane).

“... İşin aslını götüren kişiler doktor tamam. Hani bu işin lokomotifini ama şimdi sağlık personelinin hemşireyi özellikle edersek ki hemşire olmadığı zaman biliyorsunuz işlerin hepsi

durur. Yani benim fikrim hani gereken önem ve saygı da görünüyor şu an...” (28-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...Her zamanki gibi hemşireler çok dallı güllü. Ya her okuldan mezunuz her kadrodan da hemşire var. 657’de de her türlü eğitim seviyesinden hemşire var. Liseden doktora mezununa kadar her daldan hemşire var. Dünyanın hiçbir sisteminde böyle bir kargaşa yoktur...” (35-SB EAH).

“...Temelde saygı görme otonomisi kullanabilme, maaş ekip işbirlikleri, yöneticiyle ilişkiler, temsiliyet baktığınızda bu ana konularda hepsinde hemen hemen bir sıkıntı var. Var ama iyi olan yerler yok mu? Çok güzel olan yerler de var. Onun için yani ortalamaya yükseltmiyor...” (40-Vakıf Üniversitesi).

“...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...” (43-SB EAH).

- **Özerklik Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcılar hemşirelerin özerklik alanı, profesyonel yetkinliklerini kullanarak bağımsız olarak kararlar alamadıklarını, hastaların bakım sürecinde etkin bir rol oynamalarının diğer mesleklere bağlı olduğunu belirtmişlerdir. Özerklikte, hemşirelerin sağlık değerlendirmesi yapma, tedavi planlama, ilaç yönetimi, acil müdahaleler ve hasta eğitimi gibi birçok klinik kararı kendileri alabilmelerinin geçmişte daha rahat olduğunu vurgulamışlardır. Hemşirelik yasa ve yönetmeliğinin sahada yeterince bilinmediğini ve anlatılmadığını ifade eden katılımcılar olmuştur. Katılımcıların özerklik düzeyine ve alanına ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Kesinlikle bağımsızlaşmadık. Doktorun haberi olmadan nasıl bir tedavi yapmanız gerektiğine karar veremeyiz. Siz o tedaviyi çok iyi bilseniz bile bu konuda bir şey yapamıyorsunuz. Hekimin doğrultusunda ilerlemeye çalışan bir meslek olarak kaldık. Bu konuda çok üzüldüğümü de söylemek isterim. Bir hemşire kesinlikle hastayı değerlendirebilmeli...” (07-Dernek Başkanı).

“...Akademik açılımların olmasını olumlu buluyorum. Kadroların oluşması olumlu oldu diye düşünüyorum. Hiyerarşi de ve yönetimde yine hekim etkisi çok görülüyor. Asistan, doktora

yapmış hemşirenin önünde yürüyor. Sahada hala otonom sağlanamadı...” (09-SB Şehir Hastanesi).

“...Hemşirelerin de kendi otonomileri olabileceğini düşünüyorum. Sürekli direktif altında çalışıyoruz. 2010 yılında da görev, yetki sorumlulukları belirlendi orada hekimden bağımsız yapabileceğiniz işler de tanımlandı. Buna rağmen hemşireler kendi girişimlerini nasıl yapacağına karar veremiyor...” (10-Özel Hastane).

“...Önceden birlikte çalıştığım yani şeyden biliyorum hani o başka hemşirelik sisteminin bizi daha güçlü sahalarda daha güçlü gösterdiğini düşünüyorum. Biz zaten özel hastanelerde hemşireler nasıl şunu söyleyeyim yani çok fazla güçlü değiller. Doktorlar bizim patronlarımız gibi burada. Dolayısıyla bu anlamda otonomi çok zayıfladı. Devlet hastanelerinde de bildiğim kadarıyla şeyler yok artık yani o başhemşirelik şeyi kalktı. Artık öyle bir statü yok dolayısıyla o zaman ki statü daha kuvvetliydi ve başhemşirelik gerçekten en azından başka kimlik gibi güç öyle bir şeydi, bir yapıydı ama şimdi artık onun yerinde yeller esiyor...” (12-Özel Hastane).

“...Mesleki sorunlarımızdan birisi de kariyerin ilerlememesi kariyer planlamasının yapılamaması. Bence en başta hemşirelik mesleğini alanlarda özerk bir yapıya kavuşturmadan kariyer planlaması yapılamaz. Özerk yapı olmadığı zaman başhekimlik ve dekanlığa bağlı olduğun zaman başhekimlik ve dekanlık değiştiği zaman maalesef sorumlu grubu da değişiyor. Özerk yapım yoksa ben kendime bir hedef de koyamam çünkü özerk yapıda hastanedeyim, hemşirelik hizmetleri müdürü değişiyor nasıl bir çatıda kariyer planlaması yapamazsınız ki önce mesleği bir özerk yönetime ulaştırmak lazım. Biz bunu çok güzel başarmıştık ama maalesef yöneticilerimiz görevden alınınca hepsi gitti. Bu başardığımız yaklaşık 30 yılda elde ettiğimiz bir yapıyı şurada 10 yılın içerisinde teslim ettik. O yüzden şu anda alandaki bütün meslektaşlarım bırakın kariyer planlamayı mesleği yapıp yapmayacağı, ondan bile emin değiller...” (16-Üniversite Hastanesi).

“...İstatistiksel sayıda ebeler, işte erkek sağlık memuru, hemşire kökenli işte erkekler daha otonom oluyorlar ..Ben ebelik mesleğini çok beğenirim yani aslında. Hep ebeler başından beri işte basında da öyle edilen hemşire gibi çıkıyorlar ya evvela. Sanki daha düşük şey kariyerdeymiş geliyor ama tam aksine aslında yani bir uzmanlık işi yapıyor ebeler. O yüzden bence onların meslekleşmede hızlanmalarda bununla ilişkilendiriyorum...” (24-Dernek Başkanı).

“...Hastaya verilen hizmette hekimin kendi yaptığı görevler var. Hemşirenin kendi yaptığı otonomisi ile yaptığı kritik düşünüp karar vermayla yaptığı işlerden bir de birlikte yaptığı işler var. Bu doğrultuda baktığımızda şey söyleyebilirim, aynen mesela özel daha da özel dal hemşirelik yerinde daha şey özerk olduklarını düşünüyorum. Bu durum hemşirenin meslekteki tecrübesi ve ekip içindeki iletişimiyle de ilişkili...” (26-Dernek Başkanı).

“...Bizim sistemimizde hemşireliğin otonomisi bakım alanında olabilir kendi alanında olabilir. Yani tedavi alanında hemşirenin otonomisi olamaz. Yani tedavi kısmı hekimlerin alanındadır ve onun oranına göre hareket edilir. Ama o tedavinin uygulanması yani bakımla beraber yürütülmesi kısmında hemşire kendi başına karar alabilir. Örneğin yanık hastasının bakımı konusunda hangi tekniği uygulayacağını kendisi karar verir ama o hastaya hangi aralıklarla tedavi verileceği, bazı ek ilaçlardan hangisinin kullanılacağı doktorun kararıdır...” (33-SB Merkez Teşkilatı, Yönetici-1).

“...Meslekte özerkleşme olduğunu düşünmüyorum. Ben tıp fakültesinde çalışıyorum yani bizim mesela benim endişelerim var. Bizim üstümüzde hemşirelik hizmetleri müdürlüğü var. Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü yani bir hemşireler tarafından belirleniyor ya biz yani en şeyi de söyleyeyim demokratik ulus ve herkes yani şurada söylemiş, şunu bir seçim usulü ya da başka bir şey usulü yani ya hemşireler komitesi tarafından seçilmiyor. XYZ hocası geliyor örnek veriyorum genelde dekan da onu değiştiriyor anlaştığı kişiyi, genellikle kendi başhemşiresini getiriyor...” (35-SB EAH).

“...Açıkcısı ben kendi kararımı kendim veriyorum. Hasta bakımı uygulaması yaparsam kendim bunun kararını verip hekime danışmadan uygulayım. Çünkü bunlar benim bağımsız rollerim bunu biliyorum ama sahadaki hemşireler için bunu diyebilecek miyim? Gözlemlerim doğrultusunda %100 sağlayamıyoruz. Evet, maalesef ben öğrencilerime çıktığımda bakımı vereceksem bir öğrenciyle beraber bana oradaki hemşireler dur aman hekime soralım ondan sonra bir ağır olabilir diyor. Varsa bunu kontrol ederim, bir sorarız iletişim halinde oluruz ama herhangi bir şey yok yani öyle bir durum saptamış değiliz. Hemşire ama soralım hekime, ama şunu yapalım şeklinde ifadelerde bulunuyor. Bu da otonomi sapan şeyler...” (44-VÜ Akademisyen).

“...Her şeye karşı gardımızı almış durumdayız. Diğer meslek gruplarının yapmak istemediği ve yapamadığı işleri hemşirelerin üzerine yıkmak çok kolay. Bizler çalışanlar olarak yasalardan ve haklarımızdan hiç haberimiz yok. Kendimizi savunamıyoruz. Yasalar var ama

bunları sahaya duyuracak insanlar yok. Kimlerdir bunlar? Eğitimler planlanıyor. Sahadakilerin %80'inin bunlardan haberi yoktur..." (06-SB Merkez Teşkilatı).

"...Üniversitedeki hocalarımızın klinik tecrübesi oldukça az. Bu nedenle otonomiye dair çok güzel ders veriyorlar ancak sahadaki uygulamalar çok farklı. Sahaya geldiğimizdeki o yani katı duvarlar o geçmişten gelen şeylere yani aşamıyoruz. Hem çoğumuza da bunlar tabii kolay geliyor. Hani kendisi inisiyatif almayıp başkasının verdiği kararı uygulamak durumunda kalıyoruz...Mesai bitirmeye yönelik hani saati doldurmaya yönelik aslında böyle bir mantalite var. Tabii ki iş yükleri, işte bunlar itiyor olabilir hayat şartları buna itiyor olabilir. Ama hani o mesai saati içerisinde en iyi hani yani en çok katkıyı benim sorumluluğum altındaki hasta kimse veya kimlerse nasıl vermeliyim bunu çok fazla kişi düşünmüyor. Elindeki işi bir an önce bitirmeye, işte mesaisini doldurmaya daha çok mesai yapmaya daha çok para alabilmek için bunlara odaklanıyoruz..." (10-Özel Hastane).

"...Çünkü hemşirelik mesleğini siz tam özelleştirdiğiniz zaman karşılığını buldu. Şöyle bulunuyor karşılığını işte bir iş yapıyorsunuz. İşte efendim başka meslekler de bu işin içine girdiği zaman tam özet manada işinizi yapamıyorsunuz. Hani nasıl hekimlikte bu var hocam. Evet kararlarımı kendim alabilirim. Niye, hemşireler de bu kendileri alabilir. Kendi kanunları var kendi adlarına yönetmelikleri var. Ama burada, sanırım Türkiye'de bunu buraya kadar getiremedik..." (14-SB Devlet Hastanesi).

"...Teknik işler, tedaviyle ilgili şeyler sadece. Dolaylı yoldan, doğrudan değil de dolaylı bağımlılık. Dolaylı görevlerimizi ağırlık verdiğimiz için kişinin kendi başına karar verip yapıldığı uygulamalar azaldıkça. Yani bunu. Birilerine bağımlı hale geliyor meslek te. Özerkliğini hem gösteremiyor, bulamıyor, işine de gelmiyor. Çünkü işine geldiği zaman hemşireler meslek mensubu olarak kendi yöneticilerini görüyorlar. İşine gelmedikleri zaman tıbbi sorumlu kimse onu görüyorlar. Birazcık daha çıkara yönelik davranmaya başladı hemşireler..." (15-DÜ Yönetici Hemşire).

"...Hem şehir yönetimi özerk değil başhekimliğine bağlı bir grup olarak çalışıyorsun sen. Oysa imza, üyelik yönetimi özerk olmalı ve hastane yönetiminin her bir safhasında ihale sürecinden tutun da personel alımına kadar her safhasında hemşire olmalı. Çünkü bu alınan elemanlarla alanlarda bizler çalışıyoruz. Alınan malzemeleri bizler kullanıyoruz. O malzemenin alımında söz konusu söz sahibi olursam, malzeme, malzemenin kalitesini belirleme şansım olur. Ama oralarda ihale süreçlerinde, eleman alımlarında hemşirenin çok faktörü olmadığını biliyorum..." (16-Üniversite Hastanesi).

“...Birlikte çalışırken yani doktorun dedikleri direktiflerini tabii ki yapacağız ama burada bir süreç var. Doktor tedaviyi söylüyor hastanın bakımı planlayıcısı olan işlerinizde 7-24 gören kişiler bizleriz. Nelerle ilgili değişiklikler var, gerekirse tedavinin bazı yerlerine müdahale edebilmemiz gerekiyor. Doktor dediğimde yaparım doktor...” (45-Özel Hastane Yönetici Hemşire).

“...Bütün bunlara gerekli girişimleri önce ortaya koymak, en uygun girişi uygulamak gibi bir sorumluluk vardır ve yaşamsal önemde bir iştir. Sen karar veriyorsun. Yapacağın en ufak bir hata insanın yaşamına son verebilir ya da hayat boyu sakat kalmasına neden olur. Bundan dolayı neden bu kadar çok hekim kararlarına bağlı bir şekilde görev yapıyor zannediyorsun? Kolay! Kararı o veriyor, sorumluluk ona ait diyorsun ama ben kaçındım zannediyorsun. Yine değişmeyen 2 şey var. Bir hemşirelerin karar verme gücü yetkisi. Bak hem mesleki yönde karar verme yetkisi değişmedi, ne yazık ki geçmişte daha iyiydi. Daha mücadele veriliyordu, daha dikkate alınıyordu. Emin ol şimdi alınmıyor. İkincisi yine uygulamada karar verme yetkisi değişmedi. Yani sen kendi mesleğimle ilgili karar organlarında politik alanlarda yer alamadığımız sürece, alanda bir fiili hizmet verdiğin alanda kendi kararlarını arkasında durup da onlara uygulamadığı sürece, bütün bu gelişme dediğin iyileşme, yenilik hiçbir anlam ifade etmiyor. Peki, toplumun hemşireliğe bakışı değişti mi? 1970’lerden günümüze, evet kısmen değişti ama bizim hala alışkanlıklarımız yine sürüyor...” (50-VÜ Akademisyen).

“...hemşire tedavi uyguladığında o zaman sıkıntı yoktu. Ama şimdi biz hemşire bundan ibaret değil, hemşireliğin bağımsız birçok rolü var dediğimiz zaman ve bunları gerçekleştirmeye çalıştığımız zaman, karar verici olmaya çalıştığımız zaman sıkıntı olmaya başladı. Biz de kendimizi yani özerkliğimizin çok basit...” (25-Dernek Başkanı).

- **Mesleki Etik Koduna İlişkin Bulgular**

Katılımcıların etiğe ilişkin görüşleri etik ihlallere karşı yaptırım ve etik davranışlardaki farklılık olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. Katılımcı görüşleri, mesleki normlara ve etik kurallara uyma konusunda çeşitli sorunların olduğunu göstermektedir. Etik konuların önemli olduğu vurgulanarak, hemşirelik mesleğinde etik kuralların ihlal edilmesi durumunda bildirimlerin kolaylaştırılması, etik bir hat oluşturulması ve bu bildirimlerin cezalandırma veya baskıya maruz kalmadan ele alınabilmesi için etik bir anlayışın geliştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar, etik konuların sadece vicdani bir durum olduğunu, ancak

bunun yeterli olmadığını ifade etmiştir. Meslektaşlar arasında etik bir anlayışın oluşturulması ve mesleki normlara uyumun sağlanması için daha etkin önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Katılımcıların görüşleri, hemşirelik mesleğinde etik davranışlardaki farklılıklara işaret etmektedir. İş yükü, maaş beklentisi, mesai saatlerini doldurma kaygısı gibi faktörlerin, etik değerlere ve hasta mahremiyetine uyumu olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Hemşirelerin bazen işlerini daha hızlı bitirme ve daha fazla mesai yapma düşüncesiyle etik değerlere odaklanamadıkları ifade edilmiştir. Ayrıca, etik ilkelere ve değerlere uyum konusunda hemşireler arasında farklı düzeylerde bilinç ve duyarlılık olduğu belirtilmiştir. Özellikle özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında, aynı hizmetin eşit düzeyde alınamadığı ve adalet ilkesinin ihlal edildiği dile getirilmiştir. Katılımcıların etik davranışlardaki farklılıklara ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... Hani böyle hani etik var mı, yok. Hep vicdana kalmış artık. İnsanların yaptığı şey tamamen vicdani hareket ediyoruz ben sadece şunu söylüyorum yani her yaptığım toplantıda ameliyathanede vicdanlarını sorgulatıyorum...” (46-SB ŞH).

“.... Hemşirelik sonu olmayan bir şey gibi her şeyi yapabilir, yeni alanlar açılıyor her işte başarı gösterince sorumluluk kalıyor. Bu da tabii hastaneye yarıyor. Tabii bu iş yükünü artırınca Mesleki normlarını etik kurallarını bazen hiçe sayabiliyorlar...” (48-SB Taşra Teşkilatı Yönetici).

“...Tabii ki iş yükleri işte bunlar itiyor olabilir. Hayat şartları buna itiyor olabilir ama hani o mesai saati içerisinde en iyi hani yani en çok katkıyı benim sorumluluğum altındaki hasta kimse veya kimlerse nasıl vermeliyim bunu çok fazla kişi düşünmüyor. Elindeki işi bir an önce bitirmeye işte mesaisini doldurmaya daha çok mesai yapmaya daha çok para alabilmek için bunlara odaklanıyoruz...” (10-Özel Hastane).

“...Bana göre bazı şeylerin güncellenmesi gerekiyor. Sonuçta artık farklı noktalara gidiliyor. Yani basit bir örnek vermek gerekirse; hasta mahremiyeti ve benzeri konularda yani geçen yıllarda hoş olmayan görüntüler görebiliyorduk yoğun bakımlarda! İşte hastaların üzerine açıkken video çekme durumları falan... Bunlar hep hasta mahremiyetine aykırı durumlar. Önce bizim etik ilkelerimize bunlar eklenmeli...” (11-SB EAH).

“...Hakkaniyet ilkesini ters bir hal geldi, eşitlik yok zaten eşitlik yani özel hastanelerdeki bir bakımı, devlet hastanelerini ya da daha uçuk noktalardaki bir hastanede aynısını

alamıyorlar. Eşitlik yok. Adalet de yok. Olması gereken hizmetinden tamamını alamayanlara ekstradan fayda sağlayacak şekilde de bir şey yok. Azaldı tabii, azaldı. Hemşireleri mesleğe çok fazla yani...” (15-DÜ Yönetici Hemşire).

“...Aslında belirli dediğiniz gibi hani bu konuda işte etik ilkelerimizden 50 yani bunu aslında bu ilkelere sağlayacak olan ilkeler var. Hani bu kurallar belirlenmiş bu ilkeleri uyacak kişi aslında kişiler bizleriz. Yani kendi meslek grubumuz hakkaniyetli olmak, eşit davranmak, dürüst davranmak, işimize sadık olmak öncelikle zaten işimizi sevmek...” (17-SB Devlet Hastanesi).

“...Olumlu bir şey söylemek isterdim ama gerçekten söyleyemeyeceğim. Bence bu ya mutlaka yani hep de böyle olumsuz şeyler söylemek istemiyorum ama bu beklenen hızda ve kalitede değil açıkçası...” (20-Özel Hastane).

“...Ben yani etik kodların yeterince yani tabii ki etik kodların uygulanması bizim meslekleşme sürecimizde ilgili. Etik kodlara eğer hasta savunuculuğu bağlamında bakarsak daha henüz oraya ulaşamadığımız kanısındayım. Hani diyorum ya yani bazı şeyler bazı konularda iyiyiz ama bence iyi olmadığımız alanlardan bir tanesi etik kodlar...” (24-Dernek Başkanı).

“...Bazı kişilerin tam manada uymuyor yani birbiriyle yani hemşire-hemşire yada doktro-hemşire arasındaki konuşmalarda etik konulara o kadar çok şey yaptığını düşünmüyorum. Ama bunun dediğim gibi sağlık personeli dışındaki yine değil de yeni sağlık personeli içindeki şeylere yani bunların özel bilgisini aktarabilme şeyleri olabiliyor...” (35-SB EAH).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü “2000 yılı sonrası gerçekleşen değişim” ve “hemşireliğe etkileri” olmak üzere iki ana tema başlığı altında yer alan alt temelar doğrultusunda bilimsel alan yazınla tartışılmıştır.

5.1. 2000 YILI SONRASI GERÇEKLEŞEN DEĞİŞİM DEĞİŞİM TEMASININ TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılanların 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere ilişkin görüşleri, “*sağlık politikalarında değişim*” ve “*yasal düzenlemelerde değişim*” olarak iki alt temada toplanmış olup elde edilen bulgular bu başlıklar doğrultusunda tartışılmıştır.

- **Sağlık Politikalarında Değişim Alt Temasının Tartışılması**

Katılımcıların sağlık politikalarında değişim alt temasına ilişkin görüşleri “*politika oluşturma süreci, sağlıkta dönüşüm programı, birey açısından değişim, toplum açısından değişim ve hizmet sunumundaki değişim*” olmak üzere beş kod altında incelenmiştir.

Politika Oluşturma Sürecinde Hemşirenin Rolü; katılımcılar, sağlık politikalarının genellikle sahada çalışan hemşirelerden ve ilgili paydaşlar tarafından değil, daha çok bürokrasiden gelen kişiler tarafından belirlendiğini düşünmektedir.

Sağlık politikalarının oluşturulma sürecinde saha deneyimine sahip olanlar hemşirelerin daha etkin bir rol oynaması gerektiği belirlenmiştir. COVID-19 pandemi döneminde Türk Hemşireler Derneği üyelerinin katılımı ile yapılan bir araştırmada, oluşturulan reformların hemşirelerin tüm paydaşlarının katılımı ile oluşturulmadığı ve bu politikaların hemşireleri temsil düzeyinde eksikliklerinin olduğu belirtilmiştir (Şenol Çelik ve diğ., 2020). Bazı katılımcılar, mevcut politika oluşturma sürecinin eksiklikleri üzerine vurgu yaparak, karar alıcıların sahadaki gerçekleri yeterince anlamadığını ve bu nedenle politikaların etkili olmadığını belirtmektedir. Ayrıca, bazıları politika oluşturma sürecinin şeffaf olmadığını ve saha taleplerinin yeterince dikkate alınmadığını vurgulamaktadır. Bu bulgular, sağlık politikalarının daha katılımcı, şeffaf ve saha odaklı bir süreçle oluşturulması gerektiğinin önemini göstermekte olup ilgili alan yazın incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Kıvanç (2015) tarafından yapılan “*evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları*” araştırmasında da hemşirelik politikaların oluşturulmasında tüm paydaşların

katılımının eksik olduğu, oluşturulan reformların dünyada yapılan örnekleri göz önüne alınarak hazırlandığı bildirilmiştir. Benzer biçimde hemşirelik politikalarının oluşturulmasında hemşire katılımının yeterli düzeyde temsil edilmediği ve bu durumun var olan sorunların giderilmesinde uygun politikaların oluşturulmasını engellediği sonucuna varılmıştır (Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; katılımcılar sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasında yaşanan sorunları; sağlık çalışanlarının iş yükünün artması, sağlık iş gücünün plansız yönetilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kalkması, hasta bakım maliyetlerinin artması şeklinde belirtilmiştir.

Kart (2013) tarafından yapılan araştırmada da sağlıkta dönüşüm programı ile getirilen yönetmeliklerin sistemsel sorunlar oluşturduğu ve bu durumun bir an evvel giderilmesi gerektiği bildirilmiştir. Görüşmelerde sağlık sistemindeki dönüşümlerin zorlu ve uzun bir süreç olduğunu unutmamak gerektiği ve bu nedenle programın uygulanması sürecinde yaşanan sorunlara ilişkin sürekli iyileştirmeye yönelik, düzenleyici çalışmaların yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta doyumunu artırmak ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sürdürülebilir hale getirmektir. Bu amaçlara ulaşmak için yürütülen çalışmaların bir kısmı olumlu sonuçlar vermektedir (Sert, 2019). Örneğin, hastanelerdeki yatak sayısının artırılması ve sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi, hastanelerdeki yatış sürelerinin kısaltılmasına ve hasta doyumunun artırılmasına katkıda bulunmuştur. Bazı katılımcılar, sağlık hizmetine erişilebilirlik, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, verimlilik ve kalite gibi alanlarda olumlu değişikliklerin olduğunu vurgulamışlardır. Herkesin istediği hastaneye gidebilmesi, tedavi hizmetlerinin gelişmesi değinilmiştir.

Türkiye'de son 20 yılda uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın çeşitli olumlu etkileri belirlenmiştir. Programın başarıları arasında; sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, hastane birleştirmeleri, finansal düzenlemeler ve hastaların eşit muamele görmesi gibi faktörler öne çıkmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yapılan düzenlemelerin hasta memnuniyetini artırdığı ve sağlık sisteminden elde edilen hizmet kalitesinin iyileştirildiği belirtilmektedir (San, 2020). Kerman ve Efe (2019) tarafından yapılan araştırmada ise sağlıkta dönüşüm programının yeterli düzeyde iyileşme göstermediği ve bu durumun sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşturduğu sonucu saptanmış. Bu çalışmalar

incelendiğinde, katılımcılarında benzer cevaplar verdiği ve alan yazıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Birey Açısından Sağlık Politikalarındaki Değişim; son 20 yıldaki değişimler katılımcıların deneyimlerine göre farklı etkiler yaratmıştır. Sağlık hizmeti sunucusu olarak olumsuz etkilendiğini, sağlık hizmeti alıcısı olarak ise değişimlerin kendilerini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

İlgili alan yazın incelendiğinde sağlık politikaların birey üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerini ortaya koyan çalışmalara rastlanılmıştır. Keskin (2018) tarafından yapılan araştırmada, sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte kamu hastanelerin etkililiği artmıştır. Bu durumun sağlık çalışanlarında fazla iş yüküne neden olduğu bildirilirken, hastalar için ise memnuniyet artırıcı etkisi olduğu belirtilmiştir. Bazı katılımcılar, teknolojik gelişmelerin iş yükünü azalttığını ve hizmet kalitesini artırdığını belirtirken, bazıları özlük haklarındaki değişikliklerden dolayı olumsuz etkilendiklerini vurgulanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada da sağlık politikalarındaki gelişmelerin birey açısından memnuniyet verici olduğu saptanmıştır (Ugur ve Tirgil, 2018). İstanbul’da özel ve devlet hastanelerinde çalışan sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada (Yılmaz ve diğ., 2018), katılımcıların büyük bir çoğunluğu sağlıkta dönüşüm programının umut verici olduğunu bildirirken, sahip oldukları iş yükünü ise iyileştirilmesi gereken bir alan olarak gördüklerini belirtmiştir. Sağlık politikalarının bireyin sağlık hizmetine ulaşımını, hizmetin kalitesini ve bireysel haklarını kullanma açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu değişimler, hem umut verici gelişmelere işaret ederken hem de belirli alanlarda sorunlara neden olmuştur. Bireysel açıdan sağlık politikalarındaki değişime yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde alan yazına benzer sonuçlar olduğu görülmektedir.

Toplumsal Açıdan Değişim; katılımcılar sağlık politikalarının toplumun sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştığını, sağlık hizmetlerini daha etkili ve kaliteli hale getirmek, sağlık bilincinin artmasına yönelik yeniliklerin gerçekleştiğini. Ancak, birkaç katılımcı var olan sağlık politikalarının yetersizliği, kötü yönetim uygulamaları, eşitsizlikler ve uygulama eksiklikleri konusunda endişelerini dile getirmektedir. Bu bulgular, toplum sağlığına yönelik etkili ve adil bir hizmet sunumu için sağlık politikalarının güncellenmesi ve iyileştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Sağlık politikalarının toplum açısından önemine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan çeşitli zorluklara ilişkin geniş bir bakış açısı ortaya koymaktadır. (Kart, 2013). Nalbantoğlu (2011) tarafından yapılan araştırmada da sağlıkta

dönüşüm programının gözden geçirilmesi gerektiği, uygulamada yaşanan sorunlar ile yönetsel olarak ortaya konulan sorunların çözümünün çalışan ve hasta memnuniyetini arttıracakı belirtilmiştir. Bu araştırmalar, sağlık hizmetlerindeki değişimin çok yönlü ve karmaşık olduğunu göstermektedir. Toplumsal açıdan sağlık politikalarındaki değişime yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde alan yazından farklı olarak olumlu görüşlerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hizmet Sunumundaki Değişim; araştırmada katılımcılar hizmet sunumunda önemli dönüşümlere işaret etmektedirler. Teknolojinin ilerlemesi, tedavi süreçlerinin hızlanması ve erişimin kolaylaşması, hasta ve çalışan haklarına yönelik düzenlemelerin olumlu etkileri üzerinde durmuşlardır. Sağlıkta kalite güvencesi ve hasta merkezli hizmet sunumuna önem verdikleri saptanmıştır. Alan yazın incelendiğinde, bu araştırma ile farklı sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Sağlık politikalarının ulusal ve uluslararası düzeyde benimsenmesi gerekliliği, dijitalleşme çabalarının sürdürüldüğü ancak beklenen verimliliğe ulaşamadığı belirtilmektedir (Çamlıca, 2021). Önceki çalışmalar da sağlık hizmetlerinde getirilen reformların iyileştirilmesi ve güncellenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Kart, 2013; Nalbantoğlu, 2011; Soysal ve Yağar, 2015).

- **Yasal Düzenlemelerde Değişim Alt Temasının Tartışılması**

Araştırmaya katılanların hemşirelerle ilgili yasal düzenlemelerde değişim alt temasına ilişkin görüşleri; “*Hemşirelik Yasası*, Yönetmelikle, 663 sayılı KHK ve *Aile Hekimliği*” olmak üzere dört kod altında incelenmiştir.

2000 yılı sonrası ülkemizde yaşanan gelişmelerden en önemlisi, Hemşirelik Yasasının 2007 yılında yürürlüğe girmesidir. Hemşirelik Yasasının yanı sıra; 2010 yılında yürürlüğe giren “*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*”, 2013 yılında yürürlüğe giren “*Özel Hastaneler Yönetmeliği*”, 2014 yılında yürürlüğe giren “*Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yönetmeliği*”, “663 ve 694 numaralı Kanun Hükmünde Kararnameler” gibi yasal düzenlemeler ile hemşirelik hizmetleri doğrudan etkilemiştir.

Hemşirelik Yasası; araştırmada katılımcıların Hemşirelik Yasası ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde, bazı katılımcıların, mesleğe profesyonel kimlik kazandırması, hemşirenin rol ve sorumluluklarında netlik olduğu yönünde olumlu görüş bildirmiştir, bazıları ise hala eksiklikler olduğunu ve uygulamada sorunlar yaşandığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda, yasal

düzenlemelerin yanı sıra hemşirelik mesleğinin toplumda daha görünür hale gelmesi, iş tanımlarının netleştirilmesi ve meslektaşlar arasında daha fazla sahiplenme gereksinimine vurgu yapılmaktadır (Türk Hemşireler Derneği, 2023).

Katılımcılardan yasayı hiç okumadıklarını ama yetersiz bulduğunu katılımcılarda yasa hükümlerinin uygulanmamasına değinmiştir. Bulgular incelendiğinde; yasanın anlaşılmadığı, iyi bilinmediği ortaya çıkmaktadır. Bu konuda alan yazın yeterli olmayıp özellikle kanunların etkin bir şekilde uygulanması için gerekli alt yapı, personel ve teknolojik kaynakların eksikliğinin sorunlara neden olduğu belirtilmiştir (Türk Hemşireler Derneği, 2023).

Hemşirelik Yönetmeliği; araştırma hemşirelik yönetmeliğinin yazılı hükümlerine karşın, alan uygulamalarında eksiklikler ve tutarsızlıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler, yönetmeliğin ayrıntılı ve açık bir şekilde yazıldığını, ancak bu kuralların uygulanmasında sorunlar yaşandığını belirtmektedir. Terzioğlu ve Uslu Şahan (2017) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin uygulama sorunları yaşadığı ve bu durumun karar vermeyi etkilediği bildirilmiştir. Özellikle sahada, görev ve yetkilerin istenilen yöne çekilmeye çalışıldığı ve bu nedenle yönetmeliğin uygulanmasının zorluğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, yönetmeliğin zamanla güncellenmesi ve meslek alanındaki gelişmelere ayak uydurulması gerektiği belirtilmiştir. Branşlaşma ve uzmanlaşma konularında yönetmeliklerin olumlu etkileri olduğu, ancak bu değişimlerin yeterince hızlı gerçekleşmediği vurgulanmıştır. Bu bulgular, hemşirelik alanındaki yönetmeliklerin hem kuramsal hem de uygulama düzeyinde daha etkili olması için çeşitli düzenlemelere gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname; konusundaki bulgulara katılımcılar “663 sayılı kanun hükmünde kararname”nin sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olduğunu ve bu değişikliklerin genellikle olumsuz etkiler yarattığını belirtmişlerdir. 663 nolu KHK’nın hemşirelik yönetimini etkileyen bir dizi düzenleme getirdiği ve hemşirelik yöneticisi pozisyonlarında diğer mesleklerin atanabilmelerine olanak tanıdığı vurgulanmıştır.

Aydemir (2020) tarafından yapılan bir araştırmada “Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısında Yaşanan Değişimler: 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler ekseninde yaşanan bu değişimlerin irdelenmesi” araştırmasında hemşirelerin yaşamış olduğu önemli sorunların başında hemşirelerin maaşlar, çalışma koşulları, eğitim ve meslek standartları ile ilgili sorunların geldiği belirtilmiştir. Ayrıca 663 sayılı kanunun hastane yönetimini etkileyerek sağlık hizmetlerindeki verimliliği azalttığı, çalışanlar arasında çatışmalara neden olduğu ve

genel olarak olumsuz sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Hemşirelikte mesleki kaygıyı arttıran durumların incelendiği bir araştırmada da 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile hemşirelerin artan iş yükü, derece atlamada yaşanan zorlukların, yönetsel sorunlar ve ekonomik bileşenlerin mesleki kaygıyı arttırdığı bildirilmiştir (Girgin ve diğ., 2023).

Bu değişikliklerin uygulanmasındaki sorunlar, hemşirelerin alanlarında yetkin olmayan kişilerle rekabet etmelerine ve bu durumun sağlık hizmetlerinde nitelik kaybına yol açtığına işaret etmektedir. Bu araştırmada katılımcıların belirttiği 663 nolu KHK ile ilgili görüşü alan yazınla uyumlu bulunmuştur.

Aile Hekimliğinin; sağlık sistemine eş güdümünün sağlanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hemşire rollerine odaklanılmasına ilişkin görüşlerin dile getirildiği saptanmıştır. Katılımcılar, ev ziyaretlerinin önemini vurgulayarak, birinci basamakta yer alması gereken halk sağlığı hemşireliğinin işlevinin ortadan kaldırıldığını ve aile sağlığı elemanı unvanıyla hemşireliğin görünmez hale getirildiğini belirtmişlerdir.

Sert (2019) tarafından yapılan araştırmada da sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte aile hekimliği sisteminin getirildiği ve bu durumun kuramsal ve uygulama düzleminde farklılık oluşturduğunu, yasal olarak belirtilen aile hekimliği sürecinin zaman içerisinde sekteye uğradığı ve yapılan işlemlerin sorunlar oluşturduğu belirtilmiştir. Aile Hekimliği sistemi içinde çalışan hemşirelerin statüsü, özlük hakları ve motivasyonunda düşüş yaşandığına ilişkin endişeler üzerinde durulmuştur. Katılımcılar, halk sağlığı hemşirelerinin görevlerinin zamanla azaldığını ve sistemin daha çok tedavi odaklı hale geldiğini vurgulamışlardır. Trabzon'daki devlet hastaneleri, toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan toplam 940 hemşire, 389 hekim ve 395 diğer sağlık personeli ile yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar incelenmiş ve araştırma sonucunda aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerde statü ve özlük hakları konusunda sorunlar yaşandığı belirlenmiştir (Öztürk ve diğ., 2015).

5.2. HEMŞİRELİĞE ETKİSİ TEMASININ TARTIŞILMASI

Katılımcıların hemşireliğe etkisi teması; “*hemşirelik eğitimi*”, “*hemşirelik rolleri*”, “*hemşire insan kaynağının yönetimi*”, “*görev-yetki ve sorumluluklar*”, “*örgütlenme*” ve “*mesleki kimliği kazanma*” (*meslekleşme süreci*) olmak üzere altı alt tema başlığında incelenmiştir.

- **Hemşirelik Eğitimi Alt Temasının Tartışılması**

Araştırmaya katılanların hemşirelik eğitimi alt temasına ait görüşleri dört kod altında (Sağlık Meslek Liselerinin Eğitime Devam Etmesi, Ön Lisans Eğitimi, Lisans Eğitimi, Lisansüstü Eğitim, Sürekli Eğitim) incelenmiştir.

Sağlık Meslek Liselerinin Eğitime Devam Etmesi; araştırmada katılımcıların görüşleri incelendiğinde, hemşirelikte mesleklaşma sürecinde profesyonelleşme, nitelikli hemşirelik eğitiminin verilememesi ve eğitimde standartlaşmanın olmamasına ilişkin görüşlerin olduğu belirlenmiştir. Bazı katılımcılar, bu durumun hemşirelik mesleğinin geleceği için olumsuz bir durum oluşturduğunu vurgulamıştır. Hemşirelik eğitiminin tarihsel süreç içerisinde yaşadığı değişimlerin ortaya konduğu bir araştırmada da hemşirelik eğitime en büyük zararı kısa süreli sertifikasyon eğitimleri ile hemşire olma ve sağlık meslek lisesi mezunlarına verilen statünün olduğu bildirilmiştir (Çamlıca, 2021). Bu durum, sağlık meslek liselerinin kapatılması ve lisans düzeyinde eğitimin öneminin vurgulanması, hemşirelik mesleğinin yeterli düzeyde eğitim alması gerektiği görüşünü desteklemektedir.

Ön Lisans Eğitimi; katılımcıların konuya ilişkin görüşleri incelendiğinde, ön lisans eğitiminin kalkmasını olumlu bir gelişme olarak belirtilmiştir. Ayrıca ön lisans tamamlama programlarının stajlarının kendi kurumlarında yaptırılmasını olumsuz karşılandığı üzerinde durulmuştur. Çamlıca (2021) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelik mesleğine en büyük zararı sağlık meslek lisesi mezunlarına verilen statünün olduğu bildirilmiştir.

Lisans Eğitimi; tüm katılımcılar lisans eğitiminin gerekliliğini belirtmişlerdir. Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelik eğitiminin yıllara göre değişimine vurgu yapılmıştır. Özellikle son 20 yılda artan hemşirelik eğitimlerinde, nitelikli hemşire eğitimi için alanında hemşire eğitici sayısı yeterli olmayan programlara öğrenci alınmaması ve öğretim üyesi gereksinimi yaşanmasına ilişkin sorunların hemşirelik eğitiminde önemli bir paya sahip olduğu belirtilmiştir.

Lisansüstü Eğitim; araştırmada katılımcıların görüşleri incelendiğinde, bazı katılımcılar hemşirelikte lisansüstü eğitimin arttığını, yüksek lisans veya doktora yapmanın meslekten bir kaçış yolu olduğunu ve mesleğe herhangi bir katkı sunmadığını belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim almanın hemşirelik mesleğini daha nitelikli hale getirebileceği vurgulanmıştır. Ancak, bazı katılımcılar yüksek lisans

eğitiminin pratiğe yeterince yansımadığını ve uygulamadaki eksiklikleri gideremediğini belirtmişlerdir. Bu noktada, yüksek lisans eğitiminin getirdiği uzmanlaşma ve branşlaşma konularında çeşitli görüşler bulunmaktadır (Atılğan, Y. 2017). Yüksek lisans eğitimlerinin kolaylaştığını bunun branşlaşma ya da hizmet kalitesini etkilemediğini vurgulamışlardır. Bu bağlamda uzman hemşirelik kadrolarının verilmesi ve istihdamı konusunda çalışmaların ve yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sürekli Eğitim; katılımcılar sürekli eğitimin hemşirelik mesleğinde büyük önem taşıdığını, hemşirelerin güncel bilgi ve becerilere erişim sağlaması, hasta güvenliğini ve kaliteli bakımı artırdığını belirtmişlerdir.

Sürekli eğitim, hemşirelerin mesleki gelişimini desteklemekte, kariyer ilerlemelerini sağlamak ve etkili iletişim becerilerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle, sürekli eğitim hemşirelerin mesleki başarılarını ve hasta bakımındaki etkinliklerini destekleyen önemli bir etmen olmaktadır (Gürsoy, 2017). Sertifikasyon programlarının uzmanlık alanlarında önemli bir rol oynayabileceği, ancak bu programların etkin bir şekilde uygulanması ve sürekli eğitimle desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sürekli eğitim kapsamında sertifika eğitimlerinin istihdamda etkili olmadığını vurgulamışlardır. Sonuç olarak, hemşirelik eğitiminin sürekli geliştirilmesi ve uzmanlaşma konularında daha etkili mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir.

• Hemşirelik Rollerinin Alt Temasının Tartışılması

Katılımcıların hemşirelik rolleri alt temasına ilişkin görüşleri dört kodda (araştırmacı, eğitici, uygulayıcı, ve yönetici rol) incelenmiştir.

Araştırmacı Rolü; katılımcılar sağlık bakımının geliştirilmesi ve güncel kanıtlara dayalı uygulamaların benimsenmesi açısından araştırmaların büyük bir öneme sahip olduğunu ancak, alanda bu rollerin tam anlamıyla uygulanmadığı, özellikle araştırmacı rolünün sınırlı olduğu belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise hemşirelerin araştırmacı rolleri, sağlık bakımının sürekli iyileştirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması için kullanamadıklarını vurgulamışlardır.

Hemşirelik Yönetmeliği'nde ise hemşirelerin rol, yetki ve sorumlulukları "Birey, aile ve toplumun tüm ortamlarında hemşirelik uygulamaları ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini tanımak ve kanıta dayalı hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, değerlendirerek izler ve belirler." şeklinde belirtilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

Yönetmelik hemşirelerin klinik uygulamalarını güncel bilimsel verilere dayandırmalarını ve kanıta dayalı yöntemleri benimsemelerini desteklemektedir. Bu şekilde hemşireler, kendi uygulamalarını sürekli olarak geliştirirken, sağlık sisteminin genel kalitesine ve hasta sonuçlarına olumlu bir etki göstermektedirler. Hemşirelerin araştırmalar yapma ve araştırma sonuçlarını uygulama yetenekleri, sağlık hizmetlerinin daha iyi bir şekilde yönlendirilmesine ve hastaların daha iyi bakım almalarına katkıda bulunmaktadır. Hemşirelerin araştırmacı rolleri, sağlık bakımının geliştirilmesi ve güncel kanıtlara dayalı uygulamaların benimsenmesi açısından önemli olmaktadır. Dolayısıyla hemşirelerin araştırmacı rolleri, sağlık bakımının sürekli iyileştirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması için önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca eğitim standartlarının eksikliği ve çalışma koşullarının araştırmacı rolünü zorlaştırdığı belirtilmiş olup bu rolü destekleyici uygulamalar ve eğitimler düzenlenmelidir.

Hemşirelerin Uygulayıcı Roller; katılımcılar hemşirelerin uygulayıcı rollerinin, hastaların doğrudan bakımını sağlama konusunda temel bir rol olduğunu, klinik bilgilerini ve becerilerini kullanarak hasta değerlendirmesi, tedavi planlarını uygulamanın temel işleri olduğunu fakat bunu uygulamak istemeyen meslektaşlarının bulunduğunu belirtmişlerdir.

Hemşireler, klinik bilgilerini ve becerilerini kullanarak hasta değerlendirmesi yapmakta, tedavi planlarını uygulamakta ve sağlık sorunlarına yönelik doğru ve etkili bakımı sunmaktadırlar. Hemşirelerin bu rolleri, hastaların tıbbi prosedürlerin ve tedavilerin güvenli bir şekilde uygulanmasını sağlama, ilaçlarını yönetme, tıbbi cihazları kullanma ve hastaların genel sağlık durumlarını izleme gibi görevleri içermektedir (Karadağ, 2005). Hastaların doğrudan bakımını sağlama konusunda temel bir rol oynamaktadır. Samur ve İntepeler'in (2019) çalışmasında hemşirelerin, hasta bakımının yanı sıra acil durum yönetimi, yara bakımı, enfeksiyon kontrolü gibi bir önemli becerileri uyguladıkları ve hemşirelerin uygulayıcı rolleri, hasta güvenliğinin sağlanması ve hastaların en iyi sonuçları elde etmeleri için yaşamsal bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin genellikle bakım verici rolünde yoğunlaştığı ve diğer rollerin geri planda kaldığı belirtilmiştir. Aydemir Gedük (2018) tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelik rolleri incelenmiş ve araştırma sonucunda artan teknolojik gelişmeler ve küreselleşmenin etkileriyle temel hemşirelik rolleri günümüzde bakım hizmetlerinde yeterli olmadığı bulunmuştur. Bunun en önemli nedeninin hemşirelik rollerinin bütünlük içinde ele alınmaması olarak gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelik rollerini zorlaştıran en önemli etmenlerin, yetersiz kaynaklar ve personel, eğitim ve gelişim olanaklarının sınırlı olması, hastalar arasında iletişim zorlukları, rol çatışmaları, çalışma

ortamının kalitesizliği, hasta güvenliği ve kalite sorunları ile meslek içi yıldırma ve şiddetin önemli etkisinin olduğu bildirilmiştir (Yürümezoğlu, 2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rollerinin incelendiği bir araştırmada da hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte, bağımsız rol ve işlevlerinin de arttığı ortaya konulmuş, bu roller mesleğin gelişimine ve profesyonelleşmesine önemli katkı sağladığı bildirilmiştir. Konuya yönelik yapılan görüşmeler incelendiğinde alan yazınına benzer bulgulara ulaşıldığı görülmektedir.

Hemşirelerin Eğitici Roller; katılımcılar, eğitimin sağlık sisteminin temel bir parçası olduğunu ve büyük önem taşıdığını, hemşirelerin temel rolünün henüz yeterince uygulanmadığını, hasta eğitimlerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler, hasta bakımının yanı sıra hastaları ve ailelerini sağlık konularında eğitmek için değerli bir kaynak olarak değerlendirilmektedir. Eğitici rolleri, hastalıkların önlenmesi, tedavi planlarının anlaşılması, ilaç kullanımının doğru şekilde gerçekleştirilmesi gibi konularda hastalara bilgi sağlamayı içermektedir (Taylan, 2012). Ayrıca hemşireler, sağlıklı yaşam biçimi seçimleri, beslenme, egzersiz ve stres yönetimi gibi konularda da kılavuzluk yapmaktadırlar. Hemşireler, hastaların ve ailelerin sağlık durumuyla ilgili bilinçlenmelerine ve kendilerini yönetmelerine yardımcı olacak şekilde, daha iyi sonuçlar elde edilmesini desteklemektedir. Hemşirelerin rollerinin zaman içinde evrim geçirdiğine ve eğitici ve araştırmacı rollerin daha fazla benimsendiğine işaret etmektedir. Bu nedenle hemşirelerin eğitici roller, sağlık bakımında önemli bir görevi yerine getirmektedir.

Hemşirelerin Yönetici Roller, katılımcılar hemşirelerin yönetici rollerinin, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesinde önemli rol oynadığını ancak bu rolün yeterince uygulanmadığını ve tek yönlü örgütsel süreçlerin yönlendirilmesinde kullanıldığını belirtmişlerdir.

Hemşireler, klinik ortamlarda önderlik göstererek, bakımın yönetiminde ve örgütlenme süreçlerin yönlendirilmesinde sorumluluk almaktadırlar. Yönetici rolleri, kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak, bakım süreçlerini planlamak ve eş güdüm sağlamak, hasta güvenliğini ve kalitesini artırmak gibi hedeflere odaklanmaktadır. Hemşireler, aynı zamanda takım çalışmasını desteklemekte, personelin yönlendirilmesini sağlamakta ve iletişim süreçlerini etkin bir şekilde yönetmektedirler. Ayrıca stratejik planlamada ve politika geliştirmede de hemşirelerin yönetici rolleri önemli olmaktadır (Erdem, İ. 2021). Bu roller, hemşirelerin hastanın hemşirelik bakımının yanı sıra sağlık hizmetlerinin daha geniş kapsamlı yönetimine de katkıda bulunmalarını sağlamaktadır. Hemşirelerin yönetici rolleri, sağlık

hizmetlerinin etkinliğini ve hasta bakımının kalitesini artırmak için vazgeçilmez bir rol oynamaktadır. Konuya yönelik yapılan görüşmeler incelendiğinde alan yazınına benzer sonuçlar olduğu görülmektedir.

• Hemşire İnsan Kaynağının Yönetimi Alt Temasının Tartışılması

Katılımcıların hemşire insan kaynağının yönetimi alt temasına ilişkin görüşleri dört alt kodda (Hemşire iş gücü planlama, hemşire seçme ve yerleştirme-istihdam, hemşirelerin kariyer gelişimi, hemşirelerin özlük hakları) incelenmiştir.

Hemşire İş Gücünü Planlama; hemşirelerin iş gücü planlama yetersizliği, sağlık sektöründe ciddi bir sorundur. Katılımcılar, hemşirelerin eğitim, deneyim, kişisel özellikleri, gibi etmenlerin gözönüne alınmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar hemşire iş gücü eksikliğinin olmadığı ve devir hızının yüksek olduğunu; ancak istihdam yapılırken planlamanın iyi yapılmadığını vurgulamışlardır. Bu sorun, hemşirelerin sayısının sağlık hizmetlerinin gereksinimlerine uygun olmaması veya dağılımının dengesiz olması şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Birçok faktör bu yetersizliğe katkıda bulunabilir. Örneğin, nüfus yapısındaki hızlı değişim ve artan sağlık ihtiyaçları, hemşirelerin talep edilen hizmetleri karşılamakta yetersiz kalmalarına neden olabilir. Ayrıca, hemşirelerin eğitim süreçleri, çalışma koşulları, motivasyon ve iş tatmini gibi etmenler de iş gücü planlamasındaki eksiklikleri etkileyebilir (Sönmez ve diğ., 2019). Bu yetersizlikler, sağlık kuruluşlarında hemşirelerin aşırı çalışmasına, hasta bakımının kalitesinin düşmesine ve hemşirelerin işten ayrılmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle, iş gücü planlamasının iyileştirilmesi ve hemşirelerin ihtiyaç duydukları kaynaklara ve desteklere erişimlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin yüksek devir hızı, bir dizi faktörden kaynaklanabilir (Sönmez ve diğ., 2019). Bunlar arasında çalışma koşullarının ağırlığı, aşırı iş yükü, düşük ücretler, sınırlı kariyer fırsatları, yetersiz yönetim desteği, iş tatmini eksikliği ve iş-yaşam dengesinin sağlanamaması gibi faktörler yer alır. Hemşirelerin sürekli olarak iş değiştirmesi, sağlık kuruluşları için sorunlara yol açar. Yeni hemşirelerin sürekli olarak eğitilmesi ve uyum sağlaması gerekmektedir, bu da zaman, maliyet ve kaynakların gerektiği anlamına gelir. Ayrıca, sürekli personel eksikliği, hasta bakımında tutarlılık ve kalitenin düşmesine neden olabilir.

Hemşirelerin İşe Yerleştirme ve Seçme Süreci; Araştırmaya katılanlardan bazıları Kamu Personeli Seçme Sınavıyla seçim sisteminde nitelikli ve yetenekli hemşirelerin sağlık

kuruluşlarına doğru şekilde yerleştirilmediğini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar hemşirelerin diğer mesleklere göre daha kolay iş bulduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler arasında yüksek devir hızının olduğunu, bunun da; çalışma koşullarının ağırlığı gibi faktörlerin neden olduğunu vurgulamışlardır.

İşe yerleştirme ve seçme süreci, adayların eğitim, deneyim, beceri ve kişisel niteliklerini değerlendirerek en uygun adayları seçmeyi hedefler. Sağlık kuruluşları, işe yerleştirme ve seçme süreçlerinde çeşitli araçlar ve yöntemler kullanır. Bunlar, başvuru formları, mülakatlar, referans kontrolleri, beceri testleri ve değerlendirme merkezi gibi unsurları içerebilir (Çamlıca, 2021). Bu yöntemler, adayların hemşirelik yeteneklerini, iletişim becerilerini, işe uyumlarını ve potansiyellerini değerlendirmeye yardımcı olur. Doğru işe yerleştirme ve seçme süreci, sağlık kuruluşları için bir dizi fayda sağlar. İyi seçilmiş hemşireler, hasta bakımının kalitesini artırır, hasta güvenliğini sağlar ve sağlık kuruluşunun itibarını yükseltir (Taşkıran ve Baykal, 2021). Aynı zamanda, uygun adayların seçilmesi, personel devir hızını azaltır ve çalışan memnuniyetini artırır. Bu süreçte, objektiflik, adil değerlendirme, adayların eşit fırsatlarla değerlendirilmesi ve profesyonel etik ilkelerin gözetilmesi önemlidir. İşe yerleştirme ve seçme sürecinin etkili bir şekilde yürütülmesi, hemşirelik iş gücünün verimliliğini ve kalitesini artırırken, sağlık hizmetlerinin sunumunda da olumlu bir etki yaratır. Benzer biçimde Sayan ve Küçük (2022) tarafından yapılan başka bir araştırmada da sağlık hizmetlerinin niteliğindeki dönüşümün sağlık personeli istihdamının yönünü kadroluluktan sözleşmeliliğe doğru çevireceği ve kamu-özel ortaklığı ile kamu hastane birlikleri tarzındaki örgütlenme değişiminin taşeron personel ile yabancı sağlık personeli istihdamını arttıracaklarını ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin Kariyer Gelişimi; araştırmaya katılanların konuya ilişkin görüşleri uzmanlaşma, dikey kariyer, yatay kariyer ve akademik alana geçiş olmak üzere dört başlık altında vurgulamışlardır.

Branşlaşma, uzmanlaşma, eğitim süreçlerinin geliştirilmesi ve kariyer planlamasının şeffaf bir şekilde yönetilmesi gerektiği yönündedir. Yönetici hemşirelerin seçim sürecinin demokratik olması ve klinik deneyimin vurgulanması önemlidir. Hemşirelik alanındaki kariyerin daha belirgin bir yapıya kavuşturulması, uzmanlaşma alanlarının belirlenmesi ve hakların artırılması konusundaki görüşler de dile getirilmiştir. Soydaş ve diğ. (2023) tarafından yapılan bir araştırmada dünyada ve Türkiye’deki hemşire istihdamı araştırılmış ve araştırma sonucunda uzman hemşirelerin istihdamında da önemli sorunlar yaşandığı, hemşirelikte uzmanlaşma Hemşirelik Yasasında tanımlanmasına rağmen uygulama esaslarında sorunlarının

olduğu belirtilmiştir. Benzer biçimde uzman hemşireler hakkında yasal çerçevenin oluşturulmasına karşın hemşireler sağlık kuruluşlarında uzmanlık alanlarına göre istihdam edilmemektedir. İstihdam sorunuyla beraber uzman hemşirelerin mali ve özlük haklarına için yasal herhangi bir düzenleme de bulunmamaktadır. Bu gibi nedenler sonucunda hemşireler alan seçerek bu alanda uzmanlaşmayı gereksiz bulmaktadır. Lisansüstü eğitim boyunca elde edilen niteliğin sağlık sonuçlarına yansıyabilmesi için hemşirelerin, yetkinliklerine göre istihdam edilmeleri gerekliliği vurgulanmıştır (Köse, 2020; Torun, 2015).

Hemşirelikte uzmanlaşma konusunda bazı aksaklıklar yaşanmaktadır. Bu sorunlar arasında kaynakların kısıtlı olması ve atamalar önemli bir faktördür. Uzmanlaşma programları için yeterli bütçe, zaman ve altyapı sağlanamadığından, hemşirelerin ileri düzeyde uzmanlaşma fırsatları sınırlı kalabilmektedir. Eğitim programlarının yetersizliği, uzmanlaşma sürecini engelleyebilir ve hemşirelerin belirli alanlarda uzmanlaşmalarını zorlaştırabilir. Ayrıca, uzmanlaşma için gerekli olan sürekli eğitim ve gelişim imkanları da sınırlı olabilir (Çamlıca, 2021). Bu durum, hemşirelerin kariyerlerini ilerletmelerini ve sağlık hizmetlerinde daha spesifik roller üstlenmelerini engelleyebilir. Hemşirelikte dikey kariyer sorunları tanımlanırken , hemşirelerin yükselme ve ilerleme fırsatları konusunda karşılaştıkları zorluklar vurgulanmaktadır. Bu sorunlar arasında sınırlı yükselme yolları, eğitim ve destek eksikliği ile iletişim ve tanıma eksikliği önemli rol oynar. Hemşireler, genellikle klinik ortamda başlarlar ve daha üst düzey yönetim veya liderlik pozisyonlarına geçmek istediklerinde karşılarına sınırlı seçenekler çıkabilir. Ayrıca, ileri düzey uzmanlık veya yönetim pozisyonları için gerekli eğitim, sertifikalar ve deneyimlerin elde edilmesinde yetersiz destek yada engelleme ile karşılaşabilirler. Bunun yanı sıra, hemşirelerin başarıları, katkıları ve uzmanlıkları yeterince tanınmayabilir. Hemşirelikte yatay kariyer sorunlarını için , hemşirelerin farklı çalışma alanlarına geçiş veya farklı rolleri deneme konusunda yaşadıkları zorlukları vurgulamışlardır. Hemşireler, klinik ortamdan farklı bir departmana, araştırma veya eğitim gibi klinik olmayan rolleri denemek istediklerinde sınırlı geçiş fırsatları ile karşılaşabilirler. Bu geçişler için gerekli olan eğitim ve deneyim kaynakları sınırlı olabilir. Ayrıca, bazı durumlarda hemşirelerin yatay geçiş yapma isteği, kurumsal politikalar veya yönetim tarafından desteklenmeyebilir. Hemşirelerin yatay kariyerlerini geliştirebilmeleri için daha fazla fırsat, kaynak ve destek sağlanması gerekmektedir. Hemşirelerde akademik alana geçiş ile ilgili sorunlar ve aksaklıklar bulunmaktadır. Bu sorunlar arasında kısıtlı akademik fırsatlar önemli bir yer tutar. Hemşirelerin akademik alanda ilerlemek ve akademik kariyer yapmak istemeleri durumunda, sınırlı sayıda üniversitede veya programda uzmanlık, yüksek lisans veya doktora seçenekleri bulunabilir

(Baykal ve ark.,2011). Bu durum hemşirelerin akademik ilerlemelerini ve araştırmalara katılımlarını kısıtlayabilir. Ayrıca, akademik alana geçiş için gereken zaman, maliyet ve esneklik konularında da zorluklar yaşanabilir. Bu sorunların çözümü için daha fazla akademik fırsatın oluşturulması, hemşirelerin akademik alanda kariyer yapmalarını destekleyecek programların ve kaynakların sağlanması önemlidir.

Özlük Hakları; katılımcılar hemşirelerin özlük haklarının yetersiz olduğu, maaş eşitsizliği, döner sermaye adaletsizliği ve performansla dayalı ödeme sisteminin olumsuz etkilerini belirtmişlerdir. Özellikle pandemi döneminde iş yükünün artmasıyla özlük haklarının daha da önemli hale geldiği vurgulanmıştır. Kamu ve özel sektör arasında özlük haklarındaki farklar belirtilmiş, özlük hakları konusundaki iyileştirmelerin devlet tarafından yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Hemşirelikte maaş ve ücret konusunda yaşanan olumsuzluklar, sektörün önemli sorunlarından biridir. Birçok hemşire, yoğun iş yükü, gece nöbetleri ve stresli çalışma ortamları gibi zorluklarla karşılaşırken, bunların karşılığında düşük maaşlar almaktadır. Bu durum, hemşirelerin motivasyonunu düşürmekte, meslekten uzaklaşmalarına ve hemşirelik alanında yetenekli insanların sektöre katılımını engellemektedir. Ayrıca, düşük ücretler, hemşirelerin yaşam standartlarını iyileştirmelerini ve mesleki gelişimlerini desteklemelerini zorlaştırabilir. Hemşirelerin emeklerine ve sağlık hizmetlerine katkılarına uygun ve adil bir şekilde maaşlandırılması, sektördeki motivasyonu artırabilir ve hemşirelerin daha iyi çalışma koşullarına sahip olmalarını sağlayabilir (Alan, H., Yıldırım, A.,2016). Hemşirelikte izinler konusunda yaşanan olumsuzluklar, hemşirelerin iş-yaşam dengesini olumsuz etkileyen önemli sorunlardan biridir. Hemşireler, yoğun çalışma programları ve sürekli hasta bakımı gereklilikleri nedeniyle izin almakta zorluklarla karşılaşabilirler. Bazı durumlarda, izin talepleri reddedilebilir veya yetersiz izin süreleri verilebilir. Bu durum, hemşirelerin dinlenme, yenilenme ve kişisel ihtiyaçlarını karşılamaları için yeterli zamanı bulmalarını engelleyebilir. Ayrıca, acil durumlar veya personel eksiklikleri nedeniyle izinler kesintiye uğrayabilir. Öztürk ve diğ. (2015) tarafından yapılan bir araştırmada hastanelerde yeni işe başlayan hemşirelerin yaşamış oldukları sorunlar incelenmiş ve araştırma sonucunda hastanede çalışan hemşirelerin %19'u öncelikle döner sermayeden izinli ya da raporlu günlerde yararlanılmamasını, hekimlerin %14'ü maaş ve zamların düşük olmasını, diğer sağlık personelinin %14'ü döner sermayenin sağlık personeli arasında adil dağıtılmamasını, toplum sağlığı merkezi ve aile sağlığı merkezindeki hemşirelerin %31'i, hekimlerin %32'si ve diğer sağlık personelinin

%12'si maaş ve zamların düşük olmasını hemşirelerin sorunları arasında belirtmişlerdir. Bu durumlar, hemşirelerin fiziksel ve mental yorgunluğunu artırabilir, iş memnuniyetini düşürebilir ve motivasyonlarını etkileyebilir. Alan yazında hemşire sayısı yeterli olduğunda ve hemşire başına düşen hasta sayısı azaldığında; hasta bakım kalitesinin artacağına, tıbbi hataların azalacağına ilişkin sonuçlar yer almaktadır (Aiken ve diğ., 2010; Türkmen, 2015). Benzer biçimde Eyikara ve diğ. (2019) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin temel sorunlarının başında doktorlar kadar özerk alana sahip olmamalarının geldiğini bildirmiştir. Öztürk ve diğ. (2015) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin yaşamış olduğu fazla mesai ve kullanılamayan izin durumları ile maaş ve ücret sorunlarının motivasyonu artırıcı etkisinin olduğu belirtilmiştir. Benzer biçimde Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görevli 314 sağlık çalışanı üzerinde yapılan araştırmada da oluşturulan politikaların iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Özellikle çalışma saatler, özlük hakları ve nöbet sisteminde yaşanan sorunların performansı olumsuz etkilediği bulunmuştur (Soysal ve Yağar, 2015). Konuya yönelik yapılan görüşmeler incelendiğinde alan yazınına benzer sonuçlar olduğu görülmektedir.

• Görev, Yetki ve Sorumluluklar Alt Temasının Tartışılması

Araştırmada katılımcıların görüşleri (iş tanımları, hemşirelerin iş tanımında olmayan işleri yapmaları ve hemşirelik dışı sağlık çalışanlarına hemşirelik görev ve işlerinin verilmesi ve hemşirelik yönetimi) dört kod altında tartışılmıştır.

İş Tanımları; Konu ilgili görüşmelerde hemşirelerin görevler, sorumluluk ve yetki alanlarını belirleyen iş tanımlarının, yeterli ve net olmadığını, hemşirelerin hangi görevleri üstlenecekleri, hangi becerileri kullanacakları, nasıl iletişim kuracakları ve nasıl iş birliği yapacakları gibi konuların eğitim seviyesine göre düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Çamlıca (2021) tarafından hemşireliğin tarihsel süreci içinde yaşadığı olumlu ve olumsuz durumları incelediği araştırmasında da hemşirelik mesleğinin iş tanımlarının bugün bile hala tam olarak yapılamadığını belirtmiştir. Bu tanımlar, hemşirelerin rollerini net bir şekilde anlamalarını ve işlerini etkili bir şekilde yerine getirmelerini sağlar. İş tanımları, hemşirelerin hangi görevleri üstlenecekleri, hangi becerileri kullanacakları, nasıl iletişim kuracakları ve nasıl iş birliği yapacakları gibi konuları belirler. Ayrıca, iş tanımları, sağlık kuruluşlarında iş dağılımını düzenler ve hemşireler arasında iş birliğini artırarak verimliliği ve hasta bakım kalitesini artırır. İş tanımlarının net ve açık olması, hemşirelerin görevlerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmelerini, iş birliği içinde çalışabilmelerini ve hasta

güvenliğini sağlamalarını sağlar. İş tanımlarının güncellenmesi ve teknoloji ile senkronize edilmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin İş Tanımında Olmayan İşleri Yapmaları; Yapılan görüşmelerde yasal düzenlemeleri ve etik standartlar tarafından belirlenen sınırlamaları aşan, yeteneklerini aşan veya farklı eğitim gerektiren görevlerin verildiğini belirtmişlerdir.

Hemşireler, birçok farklı sağlık hizmeti ortamında istihdam edilebilir ve çeşitli görevleri yerine getirebilirler. Cerrahi birimlerde çalışan 75 hemşirenin katılımıyla yapılan bir araştırmada da hemşireler genel olarak görev ve sorumluluklarının net olarak çizilememesinden yana sorun yaşadıklarını, sürekli olarak görev tanımı dışında işler de bulunduklarını belirtmişlerdir (Yılmaz ve diğ., 2021). Hemşirelerin istihdamına uygun görevler arasında hasta değerlendirmesi yapma, hasta öyküsü alma, tanı koyma süreçlerine katkıda bulunma, tedavi planlama ve uygulama, ilaç yönetimi, kan tahlilleri ve diğer laboratuvar testlerinin düzenlenmesi, sağlık eğitimi verme, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu gibi faaliyetler bulunur. Bilgili (2017) ayrıca, hemşireler acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde, evde bakım hizmetlerinde, okullarda, sağlık danışmanlık merkezlerinde, halk sağlığı kurumlarında ve daha birçok sağlık hizmeti sunulan alanda görev alabilirler. Hemşireler, hasta bakım ekibinde işbirliği içinde çalışarak hastaların iyilik halini ve sağlığını desteklemek için çok çeşitli görevleri üstlenebilirler. Hemşirelerin istihdamına uygun görevler, sağlık sisteminin etkin işleyişini sağlamak, hastaların ihtiyaçlarına uygun ve kaliteli bakım sunmak için önemli bir rol oynar ve hemşirelerin geniş yelpazedeki yetkinlikleri ve esneklikleri, sağlık hizmetlerindeki çeşitli taleplere ve değişen ihtiyaçlara uyum sağlayabilmelerini mümkün kılar (Köse,2020). Hemşirelikte istihdamına uygun görevler, hemşirelerin eğitim, yetkinlik ve deneyimleri doğrultusunda üstlenebilecekleri rolleri ifade eder. Çalışmamızda iş tanımlarının önemli olduğunu ve işlerini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

Hemşire Dışı Sağlık Çalışanlarına Hemşirelik Görev ve İşlerinin Verilmesi; ile ilgili yapılan görüşmelerde, özellikle hemşire yardımcılığının mesleği hasta bakıcı pozisyonuna indirgediğini, mesleği aşağıladığı ve karmaşıklığa neden olduğu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar, yardımcı kelimesinin kullanılmasından rahatsızlık duyduklarını belirterek, yeni bir isim önerisinde bulunarak, bu tür alt meslek gruplarının hemşirelik mesleğini daraltabileceğini vurgulamışlardır.

Hemşirelik mesleğinin eğitim ve deneyim gerektiren bir meslek olduğunu savunularak arak, bu yetkinin kısa süreli bir uygulama veya başka bir alanda edinilemeyeceğini

belirtmişlerdir. Emine Türkmen (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelik işinin sadece lisanslı ve yetkin hemşireler tarafından yerine getirilmesi, hasta güvenliği, kaliteli bakım ve etik standartların sağlanması açısından hayati öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Bu, sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulması ve hastaların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için gereklidir. Alt meslek gruplarının eğitim müfredatının dikkatlice incelenmesi gerektiğini ve bu kişilerin etik ihlal olasılıklarının yüksek olduğunu, bu nedenle sorumluluk alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Hemşirelik işinin hemşire olmayanlara yaptırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği açısından ciddi riskler oluşturan bir durumdur. Hemşirelik, uzmanlık gerektiren bir alandır ve profesyonel eğitim, beceri ve deneyim gerektirir. Hemşirelik işini hemşire olmayanlara yaptırmanın sonuçları arasında hasta güvenliğinin tehlikeye girmesi, hatalı tedavilerin uygulanması, yanlış ilaç dozajlarının verilmesi ve tıbbi komplikasyonların artması gibi önemli sorunlar bulunmaktadır (Köse,2022). Hemşireler, hastaların sağlık durumunu değerlendirme, tanı koyma, tedavi planlama ve hasta bakımını yönetme gibi karmaşık ve hassas görevleri yerine getirme konusunda uzmandırlar. Hemşirelik işinin hemşire olmayanlara yaptırılması, etik açıdan da sorgulanabilir bir durumdur. Hemşirelik mesleği, hasta haklarını koruma, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması gibi etik ilkeleri benimser. Bu nedenle, hemşirelik görevlerinin yeterli eğitim almamış veya yetkinlikleri olmayan kişilere devredilmesi, hasta güvenliği ve etik standartlar açısından ciddi bir ihlaldir.

Hemşirelik Yönetimine; ilişkin görüşleri hemşire olmayan yönetici, yönetsel güç ve yöneticilerin sözleşmeli atanması olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Bazı katılımcılar, hemşire olmayan yöneticilerin hastane düzeni ve hemşireliği anlamadığını, hemşire hizmetleri müdürünün ebelik lisans tamamlama yapmış bir kişi olmasının yanı sıra, hemşirelik dışındaki lisanslara sahip yöneticilerin de bulunduğunu belirtirken, yasada tanımlanan yöneticilik yetkilerinin uygulamada eksik kaldığını dikkat çekmektedir. Katılımcılar, sağlık yönetimi eğitimi almış veya sağlık sektöründe saha deneyimi olan yöneticilerin tercih edilmesini önermektedir.

Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin yöneticiye duyulan güven ile kişi örgüt uyumu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmada katılımcılar hemşire yöneticilere ve örgütlerine ilişkin güvenle, bağlılıkla ilgili herhangi bir yorumda bulunmamıştır. Yönetici hemşirelerin güven algısı ile çalışmaların yapılması gereklidir (Bilen ve Beydağ, 2013). Görüşler arasında, yüksek lisansın tek başına

yeterli olmadığı ve deneyimle güçlendirilmesi gerektiği konusunda birleşen bir yaklaşım bulunmaktadır. Katılımcılardan biri Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yönetici pozisyonlarına hemşire olmayan yöneticilerin atanmasının çatışmalara neden olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelikte hemşire olmayan yöneticilerin bulunması; bazı aksaklıklara ve sorunlara yol açabilir. Bu durumda, yöneticilerin yetersiz klinik anlayışa sahip olması bir sorun olabilir. Hemşirelik pratiğinin karmaşıklığı ve özgünlüğü, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşire olmayan yöneticilerin, hemşirelik uygulamalarını tam olarak anlamamaları veya klinik becerilerin gerekliliklerini tam olarak değerlendirememeleri, karar verme süreçlerini ve yönetim stratejilerini etkileyebilir. Bu durum, hemşirelerin iş birliği ve iletişim yeteneklerini sınırlayabilir ve hemşirelik bakımının etkin bir şekilde yönetilmesini engelleyebilir. Hemşirelik yönetiminde klinik deneyime sahip olan ve hemşirelik mesleğini anlayan yöneticilerin varlığı, hemşirelerin motivasyonunu artırabilir, iş memnuniyetini yükseltebilir ve hasta bakımında kaliteyi destekleyebilir (Gürsoy, İ., 2017). Hemşirelerin yönetsel güç ve yetkide artışı konusunda yaşanan aksaklıklar, sıklıkla hiyerarşik yapılar ve sınırlı yönetim desteği ile ilişkilidir. Hemşirelerin yönetim pozisyonlarına yükselmesi ve karar alma süreçlerine daha fazla dahil olması, bazen zorluklarla karşılaşabilir. Yönetici pozisyonlarına yükselme sürecinde, yetersiz destek ve fırsatlar, rekabetçi bir ortam, yeterli eğitim ve gelişim imkanlarının eksikliği gibi faktörler hemşirelerin yönetsel güçlerini arttırmalarını engelleyebilir. Sözleşmeli yöneticilerin geçici bir süre için görevlendirilmeleri, kurumsal süreklilik ve istikrar konularında belirsizlik yaratabilir. Bu durum, yöneticilerin uzun vadeli stratejiler yerine kısa vadeli sonuçlara odaklanmalarına yol açabilir. Ayrıca, sözleşmeli yöneticilerin sözleşme yenileme süreci, performans değerlendirmeleri ve geçici statülerinden kaynaklanan güvencesizlik, motivasyon ve iş memnuniyetini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, kurumsal kültür ve değerlerin tam anlamıyla benimsenmesi ve uygulanması konusunda zorluklar yaşanmaktadır.

• Örgütlenme Alt Temasının Tartışılması

Araştırmada katılımcıların görüşleri (örgütlenmenin şekli ve önemi) ikibaşlık altında tartışılmıştır.

Örgütlenmenin Önemi; katılımcıların konuya ilişkin görüşmeler incelendiğinde; sendikal örgütlenmeye ilginin fazla olduğunu, meslek derneklerine üyeliğin az olduğunu, bunun da politik sebepler nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelikte örgütlenme şekli,

hemşirelerin genellikle profesyonel kuruluşlara üyelikleri, sendikalar ve mesleki derneklerle ilişkileri aracılığıyla gerçekleşir (Aydemir, İ. 2020). Bu kuruluşlar, hemşirelerin mesleki standartları belirlemesine, eğitim ve gelişim fırsatları sunmasına ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yardımcı olur. Hemşireler, bu örgütler aracılığıyla seslerini duyurarak, haklarını koruma ve mesleki çıkarlarını destekleme imkânı bulurlar. Mesleki derneklerin birleşerek politika oluşturmaları, özel dal dernekleriyle işbirliği yapması önerilirken, hemşireler arasında örgütlenme motivasyonunun düşük olması, yetersiz yasal düzenlemeler, Türk Hemşireler Derneği'ne yönelik tedirginlik gibi faktörler de dile getirilmiştir.

Örgütlenmenin Önemi; katılımcılar hemşirelikte örgütlenmenin, önemli bir rol oynadığını ve birlikte güçlü olmalarını sağladığını belirtmişlerdir.

Örgütlenme, hemşirelerin seslerini duyurmasını, çalışma koşullarının iyileştirilmesini ve mesleki standartların yükseltilmesini destekler. Profesyonel kuruluşlar ve sendikalar aracılığıyla hemşireler, eğitim ve gelişim fırsatlarına erişebilir, mesleki sertifikasyonları destekleyebilir ve güncel pratiklere ve kanıtlara dayalı yöntemleri benimseyebilir. (ANA,2004) Hemşirelik örgütlerinin başarılı olabilmesi için, etkili yönetim, açık iletişim, iş birliği ve liderlik gibi temel unsurlar önemlidir. Hemşirelerin uygun kaynaklara erişimi, eğitim ve gelişim fırsatları, iş yükünün dengelemesi ve iş tatmini gibi faktörler, örgüt performansının artmasında kritik bir rol oynar (Dube ve diğ., 2016). Ayrıca, güncel kanıtlara dayalı uygulamaların benimsenmesi, hasta bakım süreçlerinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliği protokollerinin takip edilmesi, yüksek kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetlerinin sunulmasını destekler. Hemşirelikte başarılı bir örgüt performansı, hemşirelerin motivasyonunu artırır, hasta memnuniyetini yükseltir ve sağlık hizmeti sunan kuruluşların başarısını artırır. Özetle, görüşler çeşitlilik gösterse de profesyonel hareketin artırılması ve örgütlenme bilincinin güçlendirilmesi önemlidir. İlgili alan yazın incelendiğinde örgütlenmeye dayalı sorunları ortaya koyan çalışmalara rastlanılmıştır. Erdem (2021) tarafından yapılan “*Hemşirelerin Yönetimsel Sorunları*” araştırmasında da derneklerin hemşireler üzerinde koruyucu olmadıkları, özellikle hemşireler üzerinde değersizlik hissi ve yalnız bırakılma duygusu oluşturdukları bildirilmiştir. Benzer biçimde hastanede yönetici pozisyonunda çalışan hemşirelerin örgütlenmeye ilişkin sorunlar yaşadıkları, yasal hak ihlalinde işverenlerin ve sendikalarının ortak paydada bulunmadıkları bulunmuştur (Baykal ve diğ., 2011; Bilen Acarer ve Beydağ, 2013). Ameliyathane hemşirelerin sorunlarını inceleyen nitel bir araştırmada da hemşirelerin temsil

derneklerine güvenmedikleri, kendilerini doğru biçimde temsil edemediklerine inandıkları tespit edilmiştir (Arslanoğlu ve Elvan Köser, 2020).

• Mesleki Kimliği Kazanma (Meslekleşme Süreci) Alt Temasının Tartışılması

Katılımcıların hemşirelik mesleğinin kimliğini kazanma (meslekleşme süreci) konusunda görüşleri (mesleki algı, cinsiyet -erkeklerin mesleğe girmesi, mesleki itibar -saygı, değer görme, özerklik, mesleki etik) beş kod altında tartışılmıştır.

Mesleki Algı; katılımcılar hemşirelik mesleğinin sahada istenilen seviyede olmadığını hastane yöneticilerinin ve bakanlık yönetiminin genellikle hekim odaklı olduğunu, bu durumun hemşireliğin hekim mesleği altında kalmasına neden olduğunu, meslek olarak görülmediğini, hemşireler arasında iş olarak algılandığını, mesleğin prestij kaybına uğradığını ve motivasyonun düşük olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, pandemi sürecinin ve çalışma koşullarının hemşirelerin bıkkınlığına ve demotivasyonuna neden olduğunu, hemşirelik mesleğine yönelik son 20 yılda yaşanan gelişmelerin umutsuzluğa sebep olduğunu belirtmektedirler. Bazı katılımcılar ise hemşireliğin profesyonel kimlik kazandığı ve hemşireliğin daha profesyonel olmasını sağlama sağlanması yönünde olumlu görüş bildirmişlerdir.

Emine Türkmen (2015) tarafından yapılan bir araştırmada, sağlık sisteminde hasta bakımı ve tedavi süreçlerinin kaliteli, güvenli ve kesintisiz biçimde sürdürülmesinde hemşire insan gücünün önemli olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin meslek bilincinin gelişmesi ve bakımını iyileştirmeleri adına, ana işleri olan hasta bakımına yönelmeleri ve bu konuda da yönetici hemşirelerin bilinçlenmesi gerekmektedir. Hemşirelik mesleği son 20 yılda çok önemli gelişmeler göstermiştir. Özellikle yasaların sağlamış olduğu birtakım yenilikler bu durumda çok önemli pay sahibidir.

Son 20 yılda hemşirelik mesleğinde bazı olumsuzluklar da gözlenmiştir. Hemşirelerin yetersizliği ve işgücü eksikliği, artan hasta sayısı ve sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birleşince, hemşirelerin aşırı yüklenmelerine ve çalışma saatlerinin uzamasına neden olmaktadır. Bu da hemşirelerin iş yükü ve stres seviyelerinin artmasına yol açar. Bunun yanı sıra, mali kısıtlamalar, kaynakların yetersizliği ve teknolojik gelişmelerin yeterli şekilde kullanılamaması gibi faktörler de olumsuzlukların bir parçasıdır. Alan, H., Yıldırım, A. (2016) Tüm bunlar, hemşirelerin mesleki tatminsizlik, tükenmişlik ve düşük motivasyon gibi sorunlarla karşılaşmasına sebep olabilir. Bu olumsuzlukların çözümü için daha fazla hemşire

istihdamı, iş yükünün adil şekilde dağıtılması, mesleki destek ve gelişim imkanlarının sağlanması önemlidir. Konuya yönelik yapılan görüşmeler incelendiğinde alan yazınına benzer sonuçlar olduğu görülmektedir.

Cinsiyet (Erkeklerin Mesleğe Girmesi); konuyla ilgili görüşmeler incelendiğinde katılımcıların bir kısmı, erkek hemşirelerin mesleği olumlu yönde etkilediğini ve cinsiyet ayrımcılığının ortadan kalkmasına katkı sağladığını düşünmektedir. Bu görüşlere göre, erkek hemşirelerin fiziksel güç avantajı ve mesleki örgütlenmeye katkıları bulunmaktadır. Ayrıca, meslekte cinsiyet ayrımcılığının azalması ve toplumun erkek hemşirelere alışması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmektedir (Kahraman ve ark., 2015).

Diğer bir grup katılımcı, erkek hemşirelerin mesleğe katılımının birçok avantajı olmasına rağmen, bazı sorunları da beraberinde getirebileceğini belirtmektedir. Bu sorunlar arasında, ataerkil toplum normlarına ve geleneklerine bağlı olarak erkeklerin hasta bakımında bazı zorluklar yaşaması, hemşirelik mesleğinin kadınlar arasında geleneksel olarak yerleşmiş rolleri ve beklentileri gibi konularda yetersiz oldukları yer almaktadır. Bu görüşlere göre, erkek hemşirelerin meslek içindeki rolü belirsiz olabilir ve bazı durumlarda mesleki sorumlulukların tam anlamıyla yerine getirilemediği düşünülmektedir.

Kahraman ve diğ. (2015) tarafından yapılan “Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Mesleğe Yönelik Algıları” araştırmasında da hemşirelik mesleğinin kadınlara özgü olduğunu, erkek hemşirelerin sadece güç gerektiren durumlarda faydalı olacağına inandıkları sonucuna varılmıştır. Benzer biçimde ülkemizde erkek hemşire imgesinin araştırıldığı bir çalışmada da katılımcıların %71.4’ü Türkiye’de erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini; %62.6’sı hemşireliğin hem kadınların hem de erkeklerin yapabileceği bir meslek olduğunu; %18.2’si hemşirelik mesleğinde sadece kadınların olması gerektiğini; %71.7’si hemşirelerin uygulamalardaki başarısının cinsiyetten daha önemli olduğunu; %52.5’i erkek hemşirelerin, meslekte herhangi bir değişime yol açmayacağını; %31.4’ü erkek hemşirelerin, hemşireliğin toplumsal statüsünün gelişmesine katkı sağlamayacağını; %45.6’sı erkek hemşirelerin, hastane ortamında her alanda, %39.7’si yoğun bakım, ameliyathane ve acil gibi alanlarda çalışması gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan bireylerin %16.6’sı erkek hemşirenin bakım vermesinden utanacağını, %15.9’u çekineceğini, %15.4’ü şaşıracağını ifade etmiştir (Kaya ve diğ., 2011). Taşçı’nın (2007) 295 kişi üzerinde yaptığı çalışmada olgular, erkek hemşirelerin bakım vermesinden rahatsız olacaklarını belirtmişlerdir. Tezel ve diğ. (2008) 320 hasta üzerinde

yaptıkları çalışmada ise hemşirelikte cinsiyetin olumlu yanları arasında, özellikle erkek hemşirelerin fiziksel durumu önemli bir faktördür.

Erkek hemşirelerin varlığı, çeşitlilik ve kapsayıcılık açısından önemlidir ve bazı olumlu etkileri vardır. Öncelikle, bazı hastalar, özellikle mahremiyet veya cinsel tabular gibi konularla ilgili olarak, erkek hemşirelere daha rahat hissedebilirler. Örneğin, bir erkek hastanın jinekolojik bir muayene veya bakım ihtiyacı varsa, erkek bir hemşirenin bu konuda daha uygun bir seçenek olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, erkek hemşirelerin fiziksel gücü, bazı tıbbi müdahaleleri gerçekleştirirken veya hastaların hareketliliğini sağlarken avantaj sağlayabilir. Bununla birlikte, erkek hemşireler, mesleki eşitlik ve cinsiyet çeşitliliği konularında önemli bir rol model olabilir ve erkeklerin de hemşirelik gibi kariyer seçeneklerine yönelmelerini teşvik edebilir.

Erkek hemşireler, geleneksel olarak kadın ağırlıklı bir meslek olan hemşirelikte azınlıkta bulunurlar. Bu durum, bazı ön yargıların ve stereotiplerin ortaya çıkmasına neden olabilir (Alan, H., Yıldırım, A.,2016). Örneğin, erkek hemşirelerin becerileri ve yetenekleri hakkında yanlış ön kabuller olabilir ve bazı hastalar veya meslektaşlar tarafından sorgulanabilirler. Bu ön yargılar ve ayrımcılık, erkek hemşirelerin mesleki ilerlemelerini ve işyerindeki deneyimlerini olumsuz etkileyebilir. Erkek hemşirelerin hemşirelik ekiplerindeki varlığı, hasta bakımında daha fazla çeşitlilik, uyumluluk ve hasta tercihlerine daha iyi bir cevap verebilme potansiyeline sahiptir.

Mesleki İtibar (Saygı, Değer Görme); Katılımcıların mesleki itibar (saygı, değer görme) ilişkin görüşleri olumlu ve olumsuz etkileri kapsamaktadır. Katılımcılar hemşireliğin toplumda düşük bir seviyede değer gördüğünü ve hemşirelerin sıklıkla yardımcı sağlık sınıfı personelleri olarak algılandığını dile getirmektedirler. Hemşirelerin COVID 19 döneminde yaşadıkları zorluklar ve sağlık çalışanları arasındaki eşitsizlik de vurgulanarak, mesleğin itibarının düşük olduğu ortaya konmaktadır.

Öztürk ve diğ. (2009) tarafından yapılan araştırmada yönetici hemşireler, yasa ve yönetmeliklerden, görev ve yetkilerinden, başhemşireliğin başhekimliğe bağlı olarak çalışmasından, hemşirelik ve destek hizmetlere bağlı personelin sayısal yetersizliğinden, hekimlerin istemlerini sözlü ya da gecikmeli yapmasından, malzeme araç ve gereçlerin sık bozulmasından, malzeme alımında hemşirelerin görüşlerinin alınmamasından, hastanenin fiziki yapısının ve donanımının ergonomik olmamasından kaynaklanan sorun yaşadıkları bulunmuştur. Katılımcılar, hemşirelik mesleğinin daha fazla önem ve saygı görmesi için üst yönetimin destek

vermesi, meslek içindeki iletişim ve disiplinin güçlendirilmesi, özlük haklarının geliştirilmesi, iş tanımlarının netleştirilmesi gibi faktörlere dikkat çekmektedirler.

Hemşirelerin itibarının olumsuz etkilenmesi, meslek içinde motivasyon eksikliğine ve memnuniyetsizliğe neden olabilir, aynı zamanda meslekteki itibarın genel algısını da olumsuz etkileyebilir. Bu durum, mesleki gelişimi ve ilerlemeyi engelleyebilir ve hemşirelerin çalışma ortamlarında stres ve baskı hissetmelerine yol açabilir (Eskigölek, 2020). Hemşirelerin mesleki rollerinin daha net bir şekilde belirlenmesi ve toplumda hemşireliğe ilişkin olumsuz algıların değiştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Akademik desteklerle bilimsel bir alt yapı oluşturmanın, hemşireliği daha saygın ve ileri düzeyde bir meslek haline getirdiği ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar ise, hemşirelik mesleğinin toplumda ve sağlık sektöründe düşük bir itibara sahip olduğunu ve bu durumun hemşirelere yönelik saygının yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Hemşirelerin sahadaki çalışmalarının artmasıyla birlikte hürmetin arttığı, ancak mesleki disiplini sağlamanın toplumsal saygıyı artırabileceği belirtilmiştir. Eskigölek ve Kav (2020) tarafından yapılan araştırmada itibar kavramı hemşireler tarafından yaşamını ahlaki değerlere uygun olarak sürdürmek, bireyin kişiliğine saygı duymak, saygınlık ve onur şeklinde ifade edilmiştir. İtibarlı bakımın tanımında bireyin sosyal statüsünden bağımsız olarak mahremiyetin korunması, bireyin etiketlenmemesi ve kişiliğine bütüncül yaklaşılması vurgulanmış; bakımın doğasında kendiliğinden bulunduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmeti sunulan kurumlarda itibarın öneminin araştırıldığı bir araştırmada da katılımcı hemşireler itibarlı bakımın sunulmasındaki engellerin kaldırılması kurumsal ve bireysel çözümler önermiştir. Kurumsal çözüm önerileri arasında itibarlı bakıma yönelik politikalar oluşturulması, çalışanlara eğitim verilmesi, denetleme yapılması ve insan kaynaklarının verimli kullanılarak tükenmişliğin önlenip liyakatin öne çıkarılması bulunmaktadır. Bireysel çözümler ise çalışanların takım çalışmasını benimsemesi, bilgi eksikliklerini gidermek için bilgiye ulaşma fırsatlarını kullanmaları, hastalara empatik ve bütüncül yaklaşımları şeklinde belirtmiştir (Ünaldı, 2015).

Hemşirelerin Özerkliğe; katılımcıların özerkliğe ilişkin görüşleri özerklik düzeyi ve özerklik alanı olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. Son yirmi yılda hemşirelikte ***özerklik düzeyi***, hemşirelerin profesyonel yetkinlikleri doğrultusunda hastaların sağlık durumlarını değerlendirme, tanı koyma ve tedavi planlama gibi önemli kararları alabilmelerini ve otonominin henüz sağlanamadığı fakat erkek hemşirelerin bu konuda daha iyi olduğu şeklinde

görüş belirtmişlerdir. Genelde hekim etkisinin devam ettiğini, özerkliğin sınırlı olduğunu ve hekim yönlendirmesiyle hareket ettiklerini göstermektedir.

Akademik açılımlar olumlu olsa da yönetim ve hiyerarşide hekim etkisinin güçlü olduğu ifade edilmiştir. Özerkliğin kariyer ilerlemesinde önemli olduğu vurgulanmış, ancak eksiklikler olduğu belirtilmiştir. Hemşireler arasında eğitim ve bilgi eksikliği, sahadaki uygulamalarda akademik öğretilerin geride kaldığı eleştirileri bulunmaktadır. Yasal haklar konusunda eksiklikler olduğu ve özerklik konusunda ilerleme sağlanamadığı belirtilmiştir (Ceyhan,2023). Hemşirelikte özerklik düzeyi, hemşirelerin profesyonel yetkinlikleri doğrultusunda hastaların sağlık durumlarını değerlendirme, tanı koyma ve tedavi planlama gibi önemli kararları alabilmelerini sağlar. Bu özerklik, hemşirelerin klinik deneyimleri ve güncel bilimsel kanıtlara dayanarak hastaların bakımında daha aktif ve etkili bir rol oynamalarını mümkün kılar. Hemşirelerin özerklik düzeyi, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasına katkıda bulunurken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin çok disiplinli bir yaklaşımla sunulmasına da destek olur.

Hemşirelerin **özerklik alanı**, profesyonel yetkinliklerini kullanarak bağımsız olarak kararlar alabilmelerini ve hastaların bakım sürecinde etkin bir rol oynamalarını ifade eder. Bu özerklik, hemşirelerin sağlık değerlendirmesi yapma, tedavi planlama, ilaç yönetimi, acil müdahaleler ve hasta eğitimi gibi birçok klinik kararı kendileri alabilmelerini sağlar (Aydemir Gedük, 2018). Hemşirelik alanında birkaç yasa ve yönetmelik, hemşirelerin özerkliklerini desteklemek ve yetkinliklerini güvence altına almak amacıyla oluşturulmuştur. Örneğin, Hemşirelik Yasası, hemşirelerin mesleki faaliyetlerini düzenler ve hemşirelik uygulamaları için standartları belirler. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Yönetmeliği ise hemşirelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda rol aldığı süreci düzenler ve hastaların güvenliğini sağlamayı amaçlar. Ayrıca, hasta mahremiyeti ve etik konuları ele alan Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, hemşirelerin hastaların gizlilik haklarını koruma sorumluluğunu vurgular. Bunun yanı sıra, mesleki gelişimi destekleyen sürekli eğitim ve sertifikasyon programları gibi yönetmelikler de hemşirelerin yetkinliklerini güncel tutmalarını ve daha etkili bir şekilde özerkliklerini kullanmalarını teşvik eder. (Aydemir Gedük, 2018). Terzioğlu ve Uslu Şahan (2017) tarafından yapılan “hemşirelerin tıbbi müdahalede karar verme yetkisi ve konumu” araştırmasında da hemşirelerin uygulama sorunları yaşadığı ve bu durumun karar vermeyi etkilediği bildirilmiştir.

Mesleki Etik; konusu ile ilgili görüşmeler derneklerin etik kurallarını takip etmedeki yetersizlikleri, mesleki normların ihmal edilme nedenleri ve etik hatların oluşturulması gerekliliği üzerine odaklanmaktadır. Hemşireliğin toplumsal algısının düzeltilmesi için özlük haklarının geliştirilmesi, iş tanımlarının netleştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca, hemşirelik uygulamalarının ahlaki erdemliliği yansıtması ve etik dışı uygulamaların bildirimi için etik kontrol mekanizmasının güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Hemşirelikte etik davranışlardaki farklılık, birçok etkene bağlı olarak ortaya çıkar. Kültürel ve dini inançlar, etik değerlerin şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Farklı kültürlerde ve dini gruplarda, etik standartlar, hasta bakımına ve tedaviye ilişkin beklentilerde farklılıklar görülebilir. Bu da hemşirelerin karşılaştıkları etik durumlara farklı perspektiflerle yaklaşmalarına neden olabilir (Alan, H., Yıldırım, A.,2016). Ayrıca, eğitim düzeyi, kişisel değerler, deneyimler ve mesleki normlar da etik davranışlardaki farklılıkları etkileyebilir. Hemşirelikte etik davranışların standartlaştırılması ve eğitimlerin bu farklılıkları da göz önünde bulunduracak şekilde verilmesi, hemşirelerin etik konularla daha iyi başa çıkmalarını sağlayabilir.

Yetersiz ihbar ve bildirim sistemleri, hemşirelerin etik ihlalleri raporlama konusunda tereddüt yaşamasına neden olabilir (Alan, H., Yıldırım, A.,2016). Ayrıca, tutarsız uygulamalar ve kararlar arasındaki farklılıklar da etik ihlallerle mücadelede sorunlara yol açabilir. Bununla birlikte, yetersiz bilinçlendirme ve eğitim programları, hemşirelerin etik kurallar, standartlar ve ihlaller konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarına yol açabilir. Bu sorunların çözümü için daha etkili ihbar sistemleri oluşturulması, tutarlı bir yaklaşımın benimsenmesi ve hemşirelere düzenli ve kapsamlı etik eğitimlerin sağlanması önemlidir. Hemşirelikte itibarın olumlu etkileri oldukça önemlidir. Olumlu bir itibar, hemşirelerin hasta güvenini kazanmalarına ve hastaların tedavi sürecinde kendilerini rahat hissetmelerine yardımcı olur. İyi bir itibar, hastaların hemşirelere olan güvenini artırır, hasta memnuniyetini yükseltir ve etkili bir hasta-hemşire iletişimini destekler. Ayrıca, olumlu bir itibar, hemşirelerin meslek içi saygınlığını artırır, iş yerindeki işbirliğini güçlendirir ve mesleki gelişim ve ilerleme fırsatlarını açar. Olumsuz bir itibar, hemşirelerin mesleki saygınlığını zedeler, hasta güvenini azaltır ve işbirliği ve iletişim sorunlarına yol açabilmektedir (Erdem, İ. 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, araştırmaya katılanların 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere ilişkin görüşleri iki ana başlık altında incelenmiştir. Sağlık politikalarının oluşturulma sürecindeki eksiklikler, dışarıdan gelen kişilerin etkin rol oynamaması, şeffaflık eksikliği ve saha taleplerinin yeterince dikkate alınmaması gibi sorunlar politika oluşturma sürecindeki önemli zorlukları yansıtmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıları arasında sosyal güvenlik sisteminin birleştirmesi, hastanelerin birleştirmesi ve finansal düzenlemelerin vurgulandığı, ayrıca hemşirelik mesleğine ilişkin olumlu etkilere karşın, hemşirelerin rolünün anlaşılmadığı üzerinde durulmuştur. Birey açısından sağlık politikalarındaki değişim, teknolojik gelişmelerin olumlu etkilerini içerirken, özlük haklarındaki değişikliklerin bazı bireyleri olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Toplumsal açıdan, sağlık politikalarının kritik bir rol oynadığı ancak mevcut politikaların yetersizlik, kötü yönetim ve eşitsizlikler konusunda endişe yarattığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki değişimle ilgili olarak, teknolojinin ilerlemesi ve hasta haklarına yönelik düzenlemelerin önemi vurgulanırken, özel hastanelere güvensizlik, finansman zorlukları ve beklenen verimliliğe ulaşılamaması gibi karmaşık sorunlar da ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelerin 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere yönelik görüşleri, sağlık politikalarında değişim ve yasal düzenlemeler başlıklarıyla sisteminin getirdiği değişikliklere yönelik çeşitli görüşleri içermektedir. Hemşirelik mesleğinin daha görünür hale gelmesi, iş tanımlarının netleştirilmesi ve mevcut yasal düzenlemelerin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Ayrıca, 663 sayılı KHK'nin hemşireler arasında nitelik kaybına yol açtığı ve Aile Hekimliği sisteminin bazı olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, hemşirelik alanındaki yasal düzenlemelerin güncellenmesi ve sağlık politikalarının daha etkili bir şekilde uygulanması için çeşitli düzenlemelere gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının 2000 yılı sonrası sağlık politikaları ve yasal düzenlemelere yönelik görüşlerini ve hemşireliğe etki biçimlerini altı ana başlık altında inceleyerek önemli bulgular ortaya koymaktadır. Hemşirelik eğitimi, hemşirelik eğitimi", "hemşirelik rolleri", "hemşire insan kaynağının yönetimi", "görev-yetki ve sorumluluklar", "örgütlenme" ve "mesleki kimliği kazanma" meslekleşme süreci sorunlardan, yönetimdeki zorluklara kadar çeşitli konuları kapsamaktadır. Bu bulgular, hemşirelik mesleğinin karşılaştığı zorlukları ve gelişim alanlarını anlamamıza önemli bir katkı sağlamaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Sağlık politikalarının oluşturulma sürecinde şeffaflığı artırmak ve uygulama alanının beklentilerini etkin bir şekilde yerine getirebilmek için paydaşların, özellikle hemşirelerin, daha fazla katılımına olanak tanıyan yönetim yapılarının geliştirilmelidir.
- Sağlık sisteminde sayısal olarak çoğunluğu oluşturan hemşirelere ve toplumun geneline yönelik eğitim ve farkındalık programları düzenlenerek, sağlık politikaların amaçlarını, uygulamalarını ve etkilerini anlama ve önemine yönelik farkındalık oluşturulmalıdır.
- Hemşirelerin rolünün daha iyi anlaşılması ve değerlendirilmesi için eğitim ve iletişim stratejileri geliştirilmelidir. Hemşirelerin politika oluşturma sürecine daha etkin bir şekilde katılmaları desteklenmelidir.
- Sağlık politikalarının hemşireleri olumsuz etkilememesi için özlük haklarına ilişkin düzenlemeler gözden geçirilmeli ve adaletli bir şekilde uygulanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerindeki teknolojik ilerlemeleri desteklerken özellikle hemşire insan kaynağının eğitimi ve teknoloji kullanımının geliştirilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastanelerdeki finansal zorluklar, güvensizlik ve verimlilik sorunlarına yönelik daha etkin bir düzenleme ve denetim mekanizması oluşturulmalıdır.
- Hemşirelik Kanunu'ndaki yetersizlik ve eksikliklerin giderilmesi yönelik güncelleme yapılmalıdır.
- Hemşirelik Yönetmeliğinin de günün koşullarına uygun şekilde güncellemesi yapılmalıdır.
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin hemşirelik yönetimine ilişkin olumsuz etkilerini ortadan kaldıracak şekilde Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenme yapısı oluşturulmalı ve atama ölçütleri yeniden düzenlenerek, hemşire unvanı olmayan kişilerin hemşire yönetici olarak görev almaması için gerekli düzeltmeler yapılmalıdır.

- Aile Hekimliği sisteminin getirdiği olumsuz etkileri azaltmak için hemşirelerin bu sisteme daha etkin bir şekilde entegre olmalarını sağlamak amacıyla düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hemşirelik mesleğinin daha görünür hale gelmesi için kamuoyu ile iletişim ve bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmelidir.
- Hemşirelik mesleğinin toplumsal imgesini geliştirici ve itibarını artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.
- Hemşirelikte uzmanlaşma konusunda var olan sertifikasyon programları desteklenmeli ve eksik uzmanlık alanları için yeni programlar başlatılmalıdır.
- Hemşire istihdamı konusunda daha etkili bir planlama yapılmalı, mezun sayıları ve istihdam politikaları gereksinimler doğrultusunda oluşturulmalıdır.
- Hemşirelere olumlu çalışma standartlarına uygun koşullar sağlanmalıdır.
- Kamu ve özel sektörde çalışan hemşireler arasındaki özlük hakları farklılıkları ortadan kaldırılmalıdır.
- Hemşirelikte mesleki ve sendikal örgütlenmeler konusunda farkındalık oluşturularak, örgütler tarafından yürütülen çalışmaların etkinliği sağlanmalıdır.
- Mesleki uygulamalara ilişkin denetim mekanizmasının oluşturulması ve etkili şekilde uygulanması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Acar, E. 2019, Sağlıkta geri ödeme sistemlerinin incelenmesi ve Türkiye'de kullanılan geri ödeme sisteminin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Agartan, T. I., Kuhlmann, E. 2019, New public management, physicians and populism: Turkey's experience with health reforms, *Sociology of Health & Illness*, 41(7), 141025.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A. 2010, Implications of the California nurse staffing mandate for other states, *Health services research*, 45(4), 904-21.
- Aktan, C. C., Işık, K. A. 2012, Sağlıkın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış, <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/saglik> (Erişim tarihi: 19.03.2023).
- Alan, H., Yıldırım, A. (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2 (3), 86-97
- Alma-Ata Deklarasyonu. 1978, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. (Erişim tarihi: 16.02.2023).
- Altuğ Özsoy, S., Şimşek, H. 2018, Hemşirelik uygulamalarına yön veren uluslararası hemşirelik kuruluşlarının çevre sağlığı yaklaşımları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 51-59.
- American Nurses Association (ANA), 2004, Nursing: Scope and standards of practice (1st ed.). USA: Nursesbooks.org The Publishing Program of ANA, (s. 21-31).
- Ankara, H. G., Zeybek, D. Ö. 2021, Sağlıkta Dönüşüm Sonrası sağlık harcamaları ve sağlık enflasyonu: Zaman serisi analizleri, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergi*, 12(32), 1078–1093.
- Arslanoğlu, A. Elvan Köser, C. 2020, Ameliyathane hemşirelerinin sorunlarını inceleyen nitel bir çalışma, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Ateş, B., Işıkcı, Y. M. 2020, 2000'li yıllardan itibaren Türkiye'de sağlık politikalarındaki değişimin çoklu akış modeli ile analizi, *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Dergisi*, 6(2), 139–151.
- (Çamlıca, 2021)., Küreselleşme süreci ve Türkiye'de sağlık politikaları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Avrupa Hemşirelik konferansı 1988,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/114930/E93950.pdf. (Erişim tarihi: 16.02.2023).
- Aydemir Gedük, E. 2018, Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri, *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, 5 (2), 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458
- Aydemir, İ. 2020, Sağlık Bakanlığı örgütsel yapısında yaşanan değişimler: 181, 663 ve 694 sayılı kanun hükmünde kararnameler ekseninde yaşanan bu değişimlerin irdelenmesi., *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6 (2), 350-365. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/issue/56571/786808>
- Aydınlı, B. 2022, Sağlıkta Dönüşüm programının sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bayın, G., Akbulut, Y. 2012, Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 115-132. DOI: 10.1501/Asbd_00000000022
- Baykal, Ü., Eren, D. 2004, Özel bir hastanede hemşirelik personeli devir hızının hemşirelerin iş doyum ve hasta doyumuyla ilişkisinin araştırılması, *Hemşirelik Dergisi*, 53(13), 85-100.
- Baykal, Ü., Altuntaş, S. ve Seren İntepeler, Ş. 2011, Hastanelerde iletişim sistemi ve yönetici hemşirelerin yaşadıkları sorunlar, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(2), 18-27.
- Besak, Y. 2019, Sağlıkta Dönüşüm ve onuncu kalkınma planı çerçevesinde Türkiye Sağlık Sisteminde ilaç harcamaları üzerine bir inceleme ve durum analizi, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 53-61.
- Beşiktaş Belediyesi. 2019, Sağlık Hizmetleri. Erişim tarihi 07.06.2023 www.besiktas.bel.tr/ProjeDetayi/13174/saglikli-yasam-merkezi
- Beylik, U. 2018, Sağlıkta akreditasyon denetim yöntemi: Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü uygulaması, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 6-13.
- Bilen Acarer, E. Beydağ, K. D. 2013, Yönetici hemşirelerin yaşadıkları sorunlar ve bunları etkileyen faktörler, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 26-39.
- Bilgili. N. 2017, Türkiye’de hemşirelik mesleğinin dünü, bugünü yarını, Ankara Sağlık-Sen Yayınları, 30
- Bonsall, K., Cheater, F. M. 2008, What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1090-102.
- Creswell, J. W. 2012, Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (4th ed.). Boston, MA: Pearson.

- Çakıroğlu, O. Ç., Seren, A. K. 2016, Sağlıkta dönüşüm programı'nın sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerine etkisi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 37-43. DOI: 10.5222/SHYD.2016.037
- Çamlıca, T. 2021, Hemşirelik eğitiminin tarihsel gelişimi, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 29 (1), 142-147,
- Çavmak, Ş., Çavmak, D. 2017, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelikay, F., Gümüş, E. 2010, Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Ceylan, B. K., Mustafa, M. E. T. E. (2023). kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve kanıt niteliği oluşturan durumlar. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi, (15), 121-132.
- Çınaroğlu, S. 2021, Poverty effects of public health reforms in Turkey: A Focus On Out-Of-Pocket Payments, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(1), 53-61.
- Daştan, İ., Çetinkaya, V. 2015, OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demirel, H. 2009, Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 8. Erişim tarihi 05.01.2023 <http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx>
- Dube, A., Kaplan, E., and Thompson, O. (2016). Nurse unions and patient outcomes. *ILR Review*, 69(4), 803-833.
- Engström, A., Axelsson, R. 2010, The double spiral of change - experiences of privatization in a Swedish hospital, *International Journal of Health Planning and Management*, 25, 156-168.
- Erdem, İ. 2021, Hemşirelerin yönetsel sorunları: Çalışan hemşireler üzerine bir araştırma, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 151-162.
- Erdoğan, T., Kutlu Türedi, G., Aba, G. 2019, Son dönem sağlık politikalarının hemşirelik mesleğine etkisi, *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 130-142. <https://dergipark.org.tr/en/pub/boneyusbad/issue/51659/623497>
- Erkan, A. 2011, Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması, *Maliye Dergisi*, 160, 423-437.
- Erol, H., Özdemir, A. 2014, Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi, *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

- Eskigölek, Y. Kav, S. 2020, Palyatif bakım hastaları ve hemşirelerinin gözünden itibarlı bakım, *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(1), 1-18.
- Eskiocak, M. 2015, Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların kontrolünde güncel durum: Sağlıkta Dönüşüm Programının etkilerine yönelik bir değerlendirme, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 30(2), 96–109.
- Etiler, N. 2011, Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Eyikara, E., Eyüboğlu, G., Göçmen Baykara, Z. 2019, Hemşirelik mesleğinin gazetelere yansımaları: on beş yıllık değişim, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 41-48.
- Fedai, R. 2019, Sağlıkta Dönüşüm Programının öncesi: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi: 1923-2003, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2010–32.
- Gençer, Ç., Er, F., Barut, B., Kara, Y. 2021, Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 32(2), 1125–1142.
- Girgin, B., Yıldırım, A., Kıskaç, N. 2023, Hemşirelerde Mesleki Kaygıya Neden Olan Faktörler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(2), 94-100.
- Güldal, A. D., Limnili, G., Çelik, M. 2019, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, *J Turkish Fam Physician*, 10(4), 163–172.
- Gürsoy, İ., 2017, Hastanelerde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve iş verimlilikleri arasındaki ilişki (Gaziosmanpaşa İlçesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gürsoy, K. 2015, An overview of Turkish healthcare system after Health Transformation Program: Main successes, performance assessment, further challenges, and policy options, *Sos Güvence*, (7), 83–112.
- Harmancı Seren, A. K., Yıldırım, A. 2013, Özelleştirme: Sağlık, özelleştirme ve hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 123-131.
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (Kanun No. 5634, Tarihi: 25.4.2023). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>.
- Herdman, E. A. 2011, Facing 21st Century Challenges with a 20th Century Education: The Case of Nursing, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3), 3-7.
- Kablay, S. 2014, Performansa dayalı döner sermaye uygulaması ve sağlık çalışanlarına etkisi, *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(4), 85-110.

- Kahraman, A. B., Ozansoy Tunçdemir, N. Ve Özcan, A. 2015, toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları., *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18 (2), 108-144. DOI: 10.18490/sad.58405.
- Karadağ, S., Taşçı, S. 2005, Hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 13-21.
- Kart E. 2013, Sağlıkta Dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri, *Çalışma ve Toplum*, 38(3), 103-140.
- Kavak, D. G. 2018, Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü (Tüska) sağlıkta akreditasyon standartları, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 14–20.
- Kaya, E., Karaca Sivrikaya, S. 2019, Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A. 2011, Türkiye’de erkek hemşire imgesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 16-30.
- Kerman, U., Eke, E. 2019, Sosyal devletten neoliberal devlete Türk sağlık sektöründeki paydaşların sağlıkta dönüşüm algısı, *Suleyman Demirel Univ J Fac Econ Adm Sci*, 19(1), 65-80.
- Keskin, H.İ. 2018, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu hastanelerinin etkinliği, *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124–150.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., ve Özgün, Ü. 2017, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi, *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78–104.
- Kıvanç, M. M. 2015, Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 162-166.
- Kocaman, G. Arslan Yürümezoğlu, H. 2015, Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Durum Analizi: Sayılarla Hemşirelik Eğitimi 1996-2015, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3), 255-262. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/higheredusci/issue/61508/918471>
- Kocaman, G., Seren, Ş., Kurt, S., Danış, B., Erer, T. 2010, Üç üniversite hastanesinde hemşire devir hızı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(1), 34-38.
- Köse, A. 2020, Sağlığın dönüşümünde hemşire insan gücü, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 300-306. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.691612>
- Merriam, S. B., Tisdell, E. J. 2015, Qualitative research: a guide to design and implementation. San Francisco, CA: Wiley.

- Münih Deklarasyonu., 2000, Nurses and Midwives: A Force for Health, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf. (Erişim tarihi: 16.02.2023).
- Nalbantoğlu, D., 2011, Sağlıkta dönüşüm politikalarının kadın sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerine etkisi, Sözel Bildiri, Sağlıkta Kadın Emegi Sempozyumu, Denizli.
- Neuman B. 2017, The Neuman Systems Model in Research and Practice, *Nursing Science Quartely*, 9(2), 67-70.
- OECD ve IBRD/Dünya Bankası., (Erişim tarihi: 19.03.2023), Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış, http://www.siteresources.worldbank.org/.../OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Ch4tr.pdf
- Özkal, İ. 2002, Türkiye'de sağlık sektörü ve küreselleşme, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3(11), 46-49.
- Öztürk, H., Yılmaz, F., Demir, N. 2009, Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 57-65.
- Öztürk, Z., Karakaş, E. T. 2015, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde sağlık sistemleri yönetim ve organizasyon yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 39-59.
- Pala, K. 2008, Türkiye için sağlık reformunun ana başlıkları: Gerçek bir reform mümkün müdür? *Eskişehir Tabip Odası Bülteni*. Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, 34.
- Perry, A. G. 2009, Fundamentals of nursing: The client and health care environment: Nursing today (7th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby Company.
- Resmi Gazete., 2019, Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi 05.07.2023 www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-4.htm
- Resmi Gazete., 2019, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri. Erişim tarihi 05.07.2023 www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm
- Sağlık Bakanlığı., 2018, Sağlık bakanlığının tarihçesi. Erişim tarihi 06.07.2023 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- San, S. 2020, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve hasta memnuniyeti üzerine etkileri, *Ankara Sağlık Bilim Dergisi*, 9(2), 55-66.
- Sayan, İ. Ö. Küçük, A. 2012, türkiye'de kamu personeli istihdamında dönüşüm: ağılık bakanlığı örneği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67 (01), 171-203. DOI: 10.1501/SBFder_0000002242

- Sayan, İ. Ö., Küçük, A. 2012, Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(01), 171-203. DOI: 10.1501/SBFder_0000002242
- Seren, A. H., Yıldırım, A. (2013). Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 123-131.
- Sert, S. 2019, Türkiye’de sağlık sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019), Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Soydaş, K., Harmancı Seren, A. K. 2023, Dünyadaki bazı ülkelerde ve Türkiye’de hemşire istihdamı., *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 10(1), 128-133.
- Soysal, A., Yağar, F. 2015, Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir araştırma, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 313–344.
- Sönmez, M. O., Sevindik, F. 2013, Sağlıkta Dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: Aile sağlığı elemanı olmak, *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12(1), 43-48.
- Sönmez, B., Merve, Ö., Yıldız, G. (2019). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kariyer değerleri ve kariyer geleceği arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 127-135.
- Şantaş, F. 2019, Beş yaş altı ölümü üzerinde yoksulluk ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisi, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(45), 919–934.
- Şenol Çelik, S., Atlı Özbaş, A., Çelik, B., Karahan, A., Bulut, H., Koç, G., Özdemir Özleyen, Ç. 2020, COVID-19 pandemi süreci, *Türk Hemşireler Derneği. HEAD*, 17(3), 279-283.
- Şimşek, H.,Yıldırım, A. 2018, Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (Genişletilmiş 11. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı-MEB., 2012, Hemşirelik meslek esasları tekniğine giriş. Erişim tarihi: 10.01.2023. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meslek%20Esasları%20Tekniğine%20Giriş.pdf
- Tanrıverdi, F., Parlayan, M. A. 2019, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hasta memnuniyetine etkisi, *Kesit Akademi Dergisi*, (20), 181–224.
- Tanrıverdi, G., Yalçın Gürsoy, M., Özsezer Kaymak, G. 2020, Halk sağlığı hemşireliği yaklaşımıyla COVID-19 pandemisi, *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 126-142.
- Taşçı, K. D. 2007, Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, 12-19.

- Taşkıran Eskici, G., Baykal, Ü. (2021). An Omission Error: Missed Nursing Care. *Journal of Health and Nursing Management*. 2021; 8(1): 104-110.
- Taylan, S., Sultan, A. L. A. N., KADIOĞLU, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.
- Terzioğlu, F. Uslu Şahan, F. 2017, Hemşirelerin tıbbi müdahalede karar verme yetkisi ve konumu, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 136-142.
- Tezel, A., Akpınar, B.A., Yurttaş, A., Çelebioğlu, A. 2008, Hastalar erkek hemşireleri kabul edecekler mi? *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16, 13-18.
- Torun, N. 2015, Hemşirelikte uzmanlaşma ve branşlaşma. İçinde İ. Baykan (Ed.), *Sağlık-sen Hemşirelik Sempozyumu*, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 40-47.
- Tutuncu, O., Cobaner, A. A., Guzelgoz, O., Cetin, A., Malkoc, M., Mollahaliloglu, S. 2014, The effects of Health Transformation Program on patient–healthcare Personnel communication and interaction in Turkey, *Qualitative and Quantitative*, 48(6), 3433–3446.
- Türk Hemşireler Derneği., (Erişim tarihi: 10.01.2023). Hemşirelik kanunu. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx>
- Türk Sağlık Sen., 2006, Vekil Ebe Ve Hemşirelik Bilgi Notu. Türk Sağlık Sen. Erişim tarihi 06.06.2023 https://www.turksagliksen.org.tr/vekil-ebe-ve-hemsirelik-bilgi-notu_arsiv_3899
- Türk Sağlık-Sen., 2017, Türkiye' de Şehir Hastanelerinin Serüveni, *Nefes Dergisi*, 32, 38-41.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge., 2012, Erişim tarihi 06.07.2023 https://www.istabip.org.tr/ebulten/son/bulten_2012_22/khbtasrateskilati.docx
- Türkmen, E. 2015, Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılarına etkisi: yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 69-80.
- Ugur, Z., Tirgil, A. 2018, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, *Ombudsman Akademi*, (1), 295–327.
- Ünaldı, N. 2015, Sağlık hizmeti sunan kurumlarda itibarın önemi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2 (2), 100-111.
- World Health Organization (WHO)., 2000, WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/125744/E72918.pdf?ua=1. (Erişim tarihi: 16.02.2023).

- World Health Organization (WHO)., 2000, World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO)., 2003, Nurses and Midwives a Force for Health, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/102238/E81549.pdf. (Erişim tarihi: 16.02.2023).
- World Health Organization (WHO)., 2009, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives, http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf. (Erişim tarihi: 16.02.2023).
- Yalçındağ, İ. K., 2018, Türkiye’de 1950-1960 dönemi sağlık politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Yalman, F., Bayat, M., Çatı, K. 2014, Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Dergisi*, 14(3), 23–50.
- Yıldırım, Z., Turkkani, M. H., Bozkurt, H., Islek, E., Mollahaliloglu, S., Erkoc, Y. 2013, Effects of the Health Transformation Programme on tuberculosis burden in Turkey, *Respir Med*, 107(12), 2029–2037.
- Yilmaz, A. T., Hülya, K., Yıldırım, A. (2019). Hemşirelerde yöneticiye güvenin kişi-örgüt uyumuna etkisi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(4), 1205-1215.
- Yılmaz, G. A., Ataer, M. Y., Efe, G. N. 2018, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık hizmeti memnuniyeti: İstanbul örneği, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 40(2), 347–369.
- Yılmaz, K., Aktaş, D., Yazıcı, G. Koçalış, S. 2021, Cerrahi hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeyleri, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(3), 477-83. DOI: 10.5336/nurses.2020-80632
- Yüksel, Ö. 2015, Hastane yöneticilerinin iletişim becerilerinin hemşirelerinin motivasyon ve tükenmişlik düzeyine etkisi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yürümezoğlu, H. A. 2018, Hemşirelik lisans programları taban puanları ve mezunların kamu personeli seçme sınavı puan ortalamaları sıralamalarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 35-40.

EKLER

Ek 1: Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



EK 1. HEMŞİRE YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız?

(Eğitim durumunuz, mesleki deneyiminiz, kurum deneyiminiz, pozisyonunuz, mesleki derneklere üyelik durumu vb.)

2. Sağlık politikası/sağlık sistemine ve yasal düzenlemelerin sağlık hizmeti açısından önemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

☐ Toplum açısından

☐ Birey açısından

3. Türkiye’de sağlık politika ve yasal düzenlemelerin oluşturulma sürecine ilişkin görüşleriniz nelerdir/ne düşünüyorsunuz?

4. Türkiye’de son 20 yılın sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerindeki değişimler nelerdir?

5. Hemşirelikle doğrudan ilgili sağlık politikaları ve yasal düzenlemelerin hemşireliği nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

☐ Meslekleşme sürecini

☐ Mesleki normlarını-etik kurallarını

☐ Özerkliğini,

☐ İş tanımlarını/görev, yetki ve sorumluluklarını,

☐ Hemşirelerin özlük haklarını,

☐ Diğer

6. Hemşirelik Yasası ve Yönetmeliğinin hemşirelik uygulamalarına yansımaları nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Yönetimsel yetki,

☐ Temel hemşirelik rolleri (uygulayıcı, eğitici, yönetici, araştırmacı),

- ☐ Özerklik,
- ☐ Cinsiyet,
- ☐ Kariyer (atama-yükseltme, uzmanlaşma, vb.)
- ☐ Özlük hakları,

7.Bireysel olarak bu değişikliklerden nasıl etkilendiğinizi düşünüyorsunuz?

8.Son olarak görüşme sorularında değinilmediğini düşündüğünüz veya açıklamak istediğiniz bir konu varsa kısaca açıkla mısınız?



EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM**

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmada, 2000 yılı Sonrası Sağlık Politikaları ve Yasal Düzenlemelerin Hemşirelik Mesleğine Etkisinin belirlenmesi amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak veri toplanacaktır. Araştırmanın etik kurul onayı ve kurum izni alınmış olup çalışmaya katılmak tamamen gönüllü olan bireylerle yaklaşık en az 30, en fazla 90 dk süren bir görüşme yapılması planlanmıştır. Görüşmeler, katılımcının izin vermesi doğrultusunda ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Kayıt işlemine izin verilmemesi durumunda görüşme içeriği araştırmacı tarafından kısa notlar alınarak kaydedilecektir.

Dünyada ve ülkemizde salgın sürecinin hala devam etmekte olması ve katılımcıların şehir dışında olması nedeniyle bu görüşmelerin katılımcıların da onayı doğrultusunda uzaktan yapılması planlanmaktadır. Uzaktan çevrimiçi yapılacak görüşmeler izin alınarak kayıt altına alınacaktır.

Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan olabildiğince samimi yanıt vermenizdir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel ve kurum bilgileriniz gizli tutulacaktır. Görüşme sonrası görüşme raporu tamamlandıktan sonra sizinle paylaşılacak, onaylamadığınız bölümler rapordan çıkarılacaktır. Araştırma tamamlandığında sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız bu isteğinizi lütfen görüşme sonunda araştırmacıya iletiniz. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Tüm bu bilgilerin ışığında araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Görüşmenin ses kayıt cihazı ile kaydedilmesini onaylıyor musunuz?

Adı-SOYADI

İmza

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI VE YASAL DÜZENLEMELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

% **10**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1

Submitted to Istanbul Aydin University

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

Satı BİRBUDAK
(İmza)



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☐ Kurum izni gerekmektedir.
- ☒ Kurum izni gerekmemektedir.

Satı BİRBUDAK
(İmza)



ÖZGEÇMİŞ

