T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



HEMŞİRELİK İSTİHDAMINDA BÖLGESEL UZMANLAŞMA VE SOSYOEKONOMİK GELİŞMİŞLİK İLİŞKİSİ

KÜBRA ARICI

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra ARICI tarafından hazırlanan **Hemşirelik İstihdamında Bölgesel Uzmanlaşma ve Sosyoekonomik Gelişmişlik İlişkisi** Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-6 maddeleri uyarınca **16.05.2019** günü saat **16:00** 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin * Kabul Edilmesine **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç.Dr. Murat Giftçi	Kabul Edilmesine	
Prof.Dr. Mustafa Tekin	Kabul Edilmesine	
Prof.Dr. Ayhan UÇAK	Kabul edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10253375
Yazar Adı / Soyadı	KÜBRA ARICI
T.C.Kimlik No	52900406680
Telefon	5459144678
E-Posta	kubraarici80@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Hemşirelik istihdamında bölgesel uzmanlaşma ve sosyoekonomik gelişmişlik ilişkisi
Tezin Tercümesi	The relationship between regional specialization and socioeconomic development in nursing employment
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management ; Hemşirelik = Nursing ; Ekonometri = Econometrics
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	98
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Sağlık yönetimi=Health management Sağlık sistem ve politikası=Health system and policy Sosyal politika=Social politics Bölge bilimi= Regional science Hemşirelik=Nursing

11.06.2019

İmza:.....

Tezin Adı: Hemşirelik İstihdamında Bölgesel Uzmanlaşma ve Sosyoekonomik Gelişmişlik İlişkisi

Hazırlayan: Kübra ARICI

ÖZET

Hasta bakımı insanlık tarihi kadar eskidir. Hasta bakımını odak noktasına alan hemşirelik mesleğinin kökenleri de binlerce yıl öncesine kadar dayandırılmaktadır. İlk dönemlerde ağırlıklı olarak erkek mesleği olma özelliği göstermiştir. Ancak zamanla hemşirelik mesleğinde kadın ağırlığı baskın hale gelmiştir. Türkiye'de ise hemşirelik faaliyetlerinin meslek haline dönüşümü dünya geneliyle örtüşerek Kırım Savaşı sonrasında başlamıştır. Ancak esas gelişimini, diğer pek çok alanda olduğu gibi cumhuriyet sonrasında gerçekleştirmiştir. Günümüz Türkiyesi'nde artık olgunlaşmış bir hemşirelik mesleğinin varlığı söz konusudur. Hemşirelik mesleğinde olgunlaşma evresine geçildiği günümüzde, meslekle ilgili politika sorunu hemşirelerin bölgesel dağılımının bölgesel uzmanlaşma yol açıp açmadığı ve sosyoekonomik gelişmişlikle ilişkisinin mevcut olup olmadığı noktasıdır. Bu çalışmada da hemşirelerin illere göre dağılımlarına dayanarak önce hemşirelik istihdamında bölgesel uzmanlaşma düzeylerinin tespiti gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada ise bölgesel uzmanlaşma düzeyini temsil eden LQ değerleriyle sosyoekonomik gelişmişliğin ulusal ölçekte en popüler göstergesini oluşturan sege değerleri arasındaki ilişki düzeyleri sorgulanmıştır. Elde edilen bulgularsa hemşirelik istihdamında bölgesel uzmanlaşma düzeyi ile illerdeki sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık yönetimi, sağlık sistem ve politikası, sosyal politika, bölge bilimi, hemşirelik.

Title of the thesis: Regional Specialization and Socioeconomical Development in Women's Employment

Prepared by: Kübra Arıcı

ABSTRACT

Patient care is as old as humanity's history. Nursing care which takes patient care as its focal point is based on thousand years old roots. In the early eras, nursing care was mainly a male based business. But with time passing, woman became more dominant in nursing care. In Turkey, conversion of nursing care outputs into a business overlaps with worldwide as it starts after the Crimean War. But main progress actualized after the Turkish Republic era just like many other areas. In today's Turkey it can be mentioned that there is a matured nursing care business. In today's matured nursing care business era, the main topic is whether the policy issue about this occupation causes nurses' regional dispersion to become regional specialization and whether this policy issue has a relationship with socioenomical development. In this study, firstly in nurses' employment regional specialization levels is determined based on nurses' dispersion according to provinces. In the second phrase, relationship levels between LQ values which represent regional specialization levels and sege values which is the most popular scale that representing socioeconomic development in national scale, is questioned. According to the findings, it can be supported that there is a meaningful negative correlation between regional specialization in nursing care employment and socioeconomical development levels in provinces.

Keywords: Health management, health system and policy, social politics, regional science, nursing.

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak, tüm dünyada temel insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaysa bakım hizmetlerinin yeri ve önemi son derece önemlidir. Hemşirelik mesleğinin bakım hizmeti sunma özelliği, gün geçtikçe yeni görevlerin eklenmesiyle çok daha karmaşık ve vazgeçilmez hal almaktadır. Bu çalışmada da hemşirelik mesleğinin gelişimi, mevcut durumu ve sosyoekonomik gelişmişlikle ilişkisine odaklanılmıştır. Mensubu olmaktan büyük mutluluk duyduğum hemşirelik mesleğine olan bağlılığım, hemşirelik mesleği konusunda bir tez çalışması hazırlama isteğimin oluşumuna yol açmıştır.

Yüksek lisans öğrenimi görmeye karar verdiğim 2014'te üç programa başvurmuş, hem hemşirelik hem de her iki enstitünün Sağlık Yönetimi yüksek lisans programlarını kazanmıştım. Sosyal Bilimler Enstitüsü sağlık yönetimi yüksek lisans programınaysa Ağustos 2014'te kaydoldum ve o günden bu yana yaklaşık beş yıl zaman geçti. Ancak çalışma tempomuzun genel olarak çok fazla oluşu, bu çalışmanın daha önce tamamlanmasına engel olmuştur. Azami öğrenim süremin dolmasına az zaman kalışıysa tez çalışmamı hazırlamada süratlenmemi teşvik etmiştir.

Tez çalışmasının ortaya çıkmasında emeği geçen hocalarıma öncelikle teşekkür etmeden geçemem. İlk olarak tez çalışmasını hazırlarken takıldığım her aşamada yanımda olup beni sürekli destekleyen danışman hocam Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'nin emeği çoktur, kendilerine teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim. Her zaman kendisine kolaylıkla erişebildim ve her zaman çalışmamda karşılaştığım sorunlarımı sabırla dinleyip çözüm aradı. İkinci olarak tez çalışmamı tez yazım klavuzuna uygun şekle dönüştürmemde katkı ve desteğini esirgemeyen Sn. Öğr. Gör. Hüseyin Ali YÜZER hocama da teşekkürlerimi sunarım. Elbette bu çalışmanın tamamından kendim sorumluyum ve hiçbir etik ilkeye aykırı davranışta da bulunmadım. Kardeşim Cüneyt ARICI' ya ve çalışma arkadaşlarıma da manevi desteklerinden ötürü teşekkür ederim. Son olarak çalışmamı fedakâr annem Hatice ARICI ve babam Abdullah ARICI'ya ithaf ediyorum.

Kübra ARICI

Edirne – 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
KISALTMALAR ..... **vii**
GİRİŞ **1**
BİRİNCİ BÖLÜM **3**
1. HEMŞİRELİK MESLEĞİ: KURAM VE MEVZUAT **3**
1.1. Sağlık Personelleri İçerisinde Hemşirelik Mesleği ve Meslek Tanımları **3**
1.1.1. Hemşirelik Mesleğine İlişkin Çeşitli Tanımlar 4
1.1.2. Hemşirelik Uygulamaları 5
1.1.3. Hemşirelik Meslek Görev Tanımları 8
1.1.4. Hemşirelik Mesleğinin Sağlık Personelleri İçindeki Yeri 10
1.2. Hemşirelik Mesleği ve İstihdam Alanları **12**
1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği 13
1.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği 14
1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği 16
1.2.4. Sağlık Hizmetleri Alanı Dışında Hemşirelik Mesleği 17
1.3. Türk Mevzuatında Hemşirelik Mesleği **18**
1.3.1. Hemşirelik Kanunu Öncesinde Mevzuat 18
1.3.2. Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Mesleği 19
1.3.3. Hemşirelik Yönetmeliği ve Hemşirelik Mesleği 23
İKİNCİ BÖLÜM **26**
2. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DÖNEMSEL GELİŞİMİ **26**
2.1. Hemşirelik Mesleğinin Dünya Bütününde Genel Gelişimi **26**
2.1.1. İlkçağ ve Ortaçağda Hemşirelik Mesleği 27
2.1.2. Yeniçağ ve Yakınçağ'da Hemşirelik Mesleği 30
2.1.3. 20. Yüzyılda Hemşirelik Mesleği 34
2.1.4. 21. Yüzyılda Hemşirelik Mesleği 39
2.2. Hemşirelik Mesleğinin Türk Toplumunda Gelişimi **42**

2.2.1. Osmanlı Öncesi Türk Toplumunda Hemşirelik Mesleği 43
2.2.2. Osmanlı Dönemde Hemşirelik Mesleği 45
2.2.3. 1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Hemşirelik Mesleği 48
2.2.4. 1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Hemşirelik Mesleği 51
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 56
3. HEMŞİRELİKTE BÖLGESEL UZMANLAŞMA VE SOSYOEKONOMİK GELİŞMİŞLİK İLİŞKİSİNİN ANALİZİ 56
3.1. Çalışmanın Amacı 56
3.2. Uygulama Aşamaları ve Kullanılan Veriler 56
3.3. Yöntem ve İlgili Literatür 58
3.3.1. İstihdamda Bölgesel Uzmanlaşma 58
3.3.2. Ulusal Sosyoekonomik Gelişmişlik Göstergesi Olarak Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi (SEGE) 59
3.3.3. Korelasyon Analizi 60
3.4. Bulgular 61
3.4.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları 62
3.4.2. İstihdamda Bölgesel Uzmanlaşma Bulguları 64
3.4.3. Korelasyon Analizleri Bulguları 68
SONUÇ 75

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler (Tüm sağlık personel işgücüne göre bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri) 62
Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler (Formel bağımlı çalışan istihdamına göre bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri) 63
Tablo 3. Tüm sağlık personel işgücüne göre hasta bakım personelinde bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri 64
Tablo 4. Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri 66
Tablo 5 (devam). Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri 67
Tablo 6 (devam). Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri 68
Tablo 7. Pearson Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 69
Tablo 8. Spearman Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 70
Tablo 9. Kendall Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 71
Tablo 10. Pearson Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 72
Tablo 11. Spearman Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 73
Tablo 12. Kendall Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi) 74

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTN	: The Advisory Committee on Training in Nursing (Hemşirelikte Eğitim Danışma Kurulu)
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
C	: Cilt
EANS	: European Academy of Nursing Science (Hemşirelik Bilimi Avrupa Akademisi)
EC	: European Commission (Avrupa Komisyonu)
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyogram (Kalp Akım Grafiği)
KDV	: Katma Değer Vergisi
LQ	: Location quotient (Uzmanlaşma Katsayısı)
M.Ö	: Milattan Önce
PCN	: Permanent Committee of Nursing of the European Union (Avrupa Birliği Daimi Hemşirelik Komitesi)
RG	: Resmi gazete
s	: Sayfa
S	: Sayı
SEGE	: Sosyoekonomik gelişmişlik endeksi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
THD	: Türk Hemşireler Derneği
TL	: Türk Lirası

TUİK	: Türkiye İstatistilk Kurumu
vd.	: ve diğerleri
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Hemşirelik mesleği binlerce yıla dayanan köklü geçmişe sahip bir meslek olma özelliği göstermektedir. Uzun yıllar boyunca bütünüyle veya büyük ölçüde erkekler tarafından ifa edilen hemşirelik mesleğinde Kırım Savaşı milat oluşturmuş ve Florance Nighingale ile de modern hemşirelik mesleğine geçiş süreci başlamıştır. Hem dünya genelinde hem de Türkiye'de uzun yıllardan bu yana pembe yakalı olarak ifade edilen kadın mesleği özelliği göstermiştir. 2007'den bu yana Türkiye'de hemşirelik mesleğinde yasal olarak cinsiyete dayalı bir ayrışma gözükmese de toplumsal cinsiyet algısı, meslekteki kadın egemen yapıyı desteklemektedir.

Hemşirelik mesleğinin kökenlerine bakıldığında hekimlik faaliyetleriyle büyük ölçüde örtüştüğü, hatta kimi zaman içiçe geçtiği sonucuyla karşılaşılmaktadır. Sonraları bakım hizmetlerinin ifası ağırlık taşısa da günümüzde hemşirelik mesleğinin çıkış dönemlerindeki fonksiyonlarına doğru geri döndüğü ve bakım hizmeti yanında tedavi sürecine de katılan çok yönlü bir meslek haline dönüşüm sergilemekte olduğu dikkat çekmektedir. Bu tez çalışmasının odaklandığı temel nokta da hemşirelik faaliyetlerinin sunumunda istihdama dayalı uzmanlaşma ile sosyoekonomik gelişmişlik arasındaki ilişkinin tespitidir.

Tez çalışması üç ana bölümden oluşmaktadır. "Hemşirelik mesleği: Kuram ve Mevzuat" başlığını taşıyan birinci bölüm kendi içerisinde üç kısma ayrılmıştır. İlk kısımda hemşirelik mesleğinin tanımı, hemşirelik uygulamaları, hemşirelik meslek görev tanımları ve sağlık personelleri içerisindeki yeri incelenerek aktarılmıştır. İkinci kısımda sağlık hizmet türleri içerisinde hemşirelik mesleğinin yeri ve sağlık hizmet alanı dışındaki istihdam olanakları üzerine yoğunlaşılmıştır. Üçüncü ve son kısımdaysa 1954 tarihli Hemşirelik Kanunu öncesi ve sonrası dönemde hemşirelik mesleği, mesleki faaliyetleri ve eğitimine ilişkin yasa ve yönetmelikler Resmi Gazete'den derlenip özetlenerek sunulmuştur.

"Hemşirelik mesleğinin dönemsel gelişimi" başlıklı ikinci bölüm, kendi içerisinde iki kısıma ayrılmıştır. İlk kısımda ilkçağdan günümüze hemşirelik mesleğinin geçirdiği dönüşümü incelenerek sunulmuş, ikinci kısımdaysa geçmişten

günümüze Türk toplumunda hemşirelik mesleğinin gelişiminin aktarımı gerçekleştirilmiştir.

"Hemşirelikte bölgesel uzmanlaşma ve sosyoekonomik gelişmişlik ilişkisinin analizi" başlıklı üçüncü ve son ana bölümdeyse, son sosyoekonomik gelişmişlik endeks çalışmasını oluşturan 2011 yılı SEGE değerleri ile hemşirelik ve ilişkili mesleklere göre bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasındaki ilişkinin varlığı, yönü ve şiddetinin tespitine yönelik istatistik analizler gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
1. HEMŞİRELİK MESLEĞİ: KURAM VE MEVZUAT

1.1. Sağlık Personelleri İçerisinde Hemşirelik Mesleği ve Meslek Tanımları

Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği hakkında da geçmişten günümüze çeşitli araştırmalarda bulunulmuş, hemşirelik mesleğinin esaslarını, işlevini ve rolünü tanımlamaya ve tanıtmaya çabalanmıştır. Hemşirelik mesleğinin tek bir ortak tanımı da mevcut değildir. Hemşirelik mesleğinin ortaya çıkışı, insanların karşılaştıkları sağlık problemlerini çözmede yardıma ihtiyaç duymalarından kaynaklanmakta olup söz konusu yardımı da sağlık sisteminin diğer unsurlarından ayrı tutmamak gerekir. Toplum, insan, sağlık ve hastalık kavramları ile bir bütün olarak ele alınıp incelenmiş ve tanımlanmıştır. Hemşirelik, insanı doğumundan ölümüne kadar geçen zamanda, sağlık ve hastalıkta anlamaya temellenmiştir. Hemşirelik her ülkede toplumun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Fakat hemşireliğin kadının anne rolü, geleneksel olarak annelik vasfıyla bütünleştirilmesi, sağlık disiplini olarak meslekleşme ve bilimselleşme yolundaki çabalarını gölgelemiştir (Velioğlu, 1991: 2).

Hemşirelik dinsel amaçlı yoksulların hasta evlerinde bakılmaya başlamasından sonra kuramsallaşmıştır. Önceki toplumlarda hemşirelik bakımı vermek için sevgi, saygı, iyi niyet ve samimiyet yeterli unsurlar olarak görülmüştür. Günümüzde ise hemşirenin bakım verme rolünün ötesinde başka işlevlerinin de olduğu düşünülmektedir. Bugün hemşireliğin bilim ve sanattan oluştuğu kabul edilmiştir. Hemşirelerin bunlardan öte üçüncü bir işlevi ise, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden yardıma ihtiyacı olan kişilere yardım etme isteğidir (Velioğlu, 1991: 3).

"Hemşirelik" kavramının etimolojisi incelendiğinde de İngilizce "nurse"ün kelime kökeni Latince "nutrire" olup beslemek anlamına gelmektedir. Türkçe'de ve Yunanca'daki karşılığı ise kız kardeşe denk gelmektedir (Theofanidis ve Sapountzi-Krepia, 2015: 793). Hemşireliğin "besleyici" yönü doğu ve batı uygarlıklarında çağlar boyunca içten içe sürmeye devam etmiştir.

1.1.1. Hemşirelik Mesleğine İlişkin Çeşitli Tanımlar

Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği için de hemşirelik liderleri ve örgütleri tarafından çeşitli tanımlar yapılmıştır. Hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale 1860'ta hemşireliği "*hastayı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi*" şeklinde tanımlamıştır. Virginia Henderson ise 1955'te hemşireyi "*bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç*" olarak ifade etmiştir (Öztunç G, 2012: 31). Dorethea Orem ise hemşireliği bir toplum hizmeti, bir sanat ve bir teknoloji olarak ele almıştır. Hemşirelik, toplum gereksinimlerini karşılamak üzere planlanmış, geliştirilmiş ve güçlendirilmiştir" şeklinde tanımlamıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 23).

Amerikan Hemşireler Birliği ise hemşireliği, "*var olan ve olabilecek olan sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir*" şeklinde tanımlamıştır (Akbaş, 2010: 19). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "*hemşirelik, insanlar ve insanların tüm ihtiyaçları üzerinde odaklaşan bir bilim ve sanat*" olarak ifade bulmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 23). Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin tanımında "*Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileşme ve rehabilite etmeye katılan meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır*" şeklindedir (Akbaş, 2010: 19).

Türkiye'de yapılan hemşirelik tanımlarından bazıları ise şunlardır: Oktay'a göre hemşirelik tanımları ortak olarak bireyleri ilgi merkezinde kabul ederek, "güç, istek ve bilgiden yoksun bireye, bağımsızlığına, huzura, rahatlığa, güvenliğe ulaşma yolunda ya da bu yeteneklerini koruma ve geliştirme yolunda" bakımı ve yardımı önermektir (Baykal, 1994: 128). Velioğlu ise hemşireliği, "*toplumun her kesiminden kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimleri ışığında hemşirelik bakım planını bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren kişi*" olarak tanımlamıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 23). Yukarıdaki tanımlardan da görüldüğü gibi hemşirelik hizmetleri hastalara kapsamlı anlamda bedensel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin giderilmesini, hasta ve yakınlarının eğitimini kapsamaktadır.

Türkiye'deki kurumların hemşireliğe ilişkin tanımları ise şunlardır: Türk Hemşireler Derneği hemşireliği, "*bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik olarak hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden, bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinidir*" şeklinde tanımlamıştır (Akbaş, 2010: 18).

1.1.2. Hemşirelik Uygulamaları

Hemşire sağlıklı ya da hasta bireylerin bakım ihtiyaçlarını saptamak için veri toplar, verileri analiz eder, ihtiyaçları belirler, bakım planını yapar, uygular ve sonunda da değerlendirir. Hemşire, planlanan hemşirelik bakımını hastanın sağlık düzeyini yükseltecek şekilde uygulamaya başlar. Hemşireler bu uygulamaları yaparken farklı felsefelerden etkilenerek, kendi bakım felsefesini oluşturarak bakım vermektedirler (Mete, 2012: 72).

Hemşirelik uygulamalarının genel özelliklerine bakıldığında kişi, aile ya da toplumun yararını içeren direkt ya da indirekt uygulamalar olduğu görülmektedir. Pozisyon verme, ilaç uygulamaları, kişisel bakım uygulamaları hastayla ilişkili direkt uygulamaları oluşturmaktadır. İndirekt uygulamalar ise kişinin çevresinin düzenlenmesi, enfeksiyona karşı koruma, güvenlik gibi kişiyle bağlatısı olmayan uygulamalardır (Kaya, 2012: 202).

Hemşireler direkt bakım uygulamalarında kişilerin mahremiyetine, inançlarına, değerlerine ve kültürüne saygılı bir şekilde hareket etmek durumunda olup bakım, hemşirelik mesleğinin temelinde yer almakta ve gelişmekte olan sağlık alanında önemi her geçen gün artmaktadır. Hemşirelikte bakım, yardım etmek, korumak, sevgi duymak, özen göstermek, ilgilenmek, empati duymak anlamalarına gelmektedir. Bakıma dayalı hemşire davranışlarının temelinde de şevkatli olma, dokunma, hastayı tanıma bilme, dinleme bulunmaktadır (Kaya, 2012: 203).

Hemşire kişinin gereksinimine göre hijyenik bakımını gerçekleştirirken bireyin, fiziksel ve duygusal durumunu değerlendirmektedir. Bireyin kendi bakımına

katılmasını destekleyerek bağımsızlık duygusunu geliştirmek ve kişinin mahremiyetine saygı göstermek zorunluluğu içerisindedir (Ünsal, 2012: 446). Ayrıca hasta bireylerin genel vücut bakımı dışında ağız bakımı, saç - deri bakımı, göz bakımı, ayak ve tırnak bakımı gibi pek çok alanda da bakım uygulamaktadır. Yara bakımı ve deri bütünlüğü ile ilişkili sorunlar için en etkili hemşirelik uygulamaları koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Uygulama aşamasında ise yara bölgesinin nemli ve temiz kalmasını sağlayarak enfeksiyon risklerinden korumak ve yara pansumanı yapmak, yarayı değerlendirmek gerekmektedir. Hemşirelik uygulamaları arasında bireyin yaşam bulgularının ölçülmesi, doğru olarak değerlendirilmesi ve yorumlanması bireyin sağlık durumunun belirlenmesinde önemlidir. Yaşamsal bulgular, vücut sıcaklığı, nabız, solunum, kan basıncı ve oksijen saturasyonudur (Şendir vd., 2012: 496; Çakırcalı, 2012: 584).

Sıcak soğuk uygulamalar; vücudun tamamına ya da bir bölümüne tedavi amacıyla yapılan uygulamalardır. Hemşire hekim istemine göre sıcak ya da soğuk uygulamayı istenilen bölgeye yapıp hastayı gözlemlemektedir. Hastaya her hangi bir rahatsızlığının olup olmadığını sorup uygulama şeklini, süresini ve hastanın durumunu hemşirelik notlarına kaydederler (Çalışkan, 2012: 667-668).

Sağlık Hizmetlerinin gelişmesi ve hastaların haklarını öğrenmesi ile kalite unsuru ön plana çıkmaktadır. Bu konulardan en önemlisi ise hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hemşirelik uygulamalarında en büyük sıkıntılardan birisi uygulama hataları olarak görülmektedir. ABD'de yapılan araştırmalarda tıbbı hatalar ölüm sebepleri arasında beşinci sırada yer almakta olup AIDS, trafik kazası ve göğüs kanserinden dolayı ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü 2004 yılında hasta güvenliği birimi oluşturarak hasta güvenliğine yönelik uygulamaları daha sistemli halde yürütmeye başlamıştır. Sağlık sisteminde bulunan personelin bu şekilde tıbbı hatalara düşmesi olasıdır. Bu sebepten dolayı hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından birisi haline gelmiştir. Sağlık kuruluşları bunu sağlayabilmek için yüksek riskli girişimleri belirleyip tıbbi hataların korkmadan ifade edildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam oluşturması, yeterli kaynak

ayırması, bu kaynaklar içinde de doktordan hemşireye tüm sağlık çalışanları yer almalısı savunulmaktadır (Merih Doğan ve Yaşar Kocabey, 2009: 27, 29).

Hemşireler çalışma şartlarından dolayı ağır iş yüküne sahiptir. Ağır iş yükü, hastaların sağlık sorunları sebebiyle yaşanan duygusal stres, ölmek üzere olan ya da yoğun bakım gerektiren hastalarla çalışma, çalışma saatlerinin fazla olması ve vardiya usulü çalışma gibi nedenlerle çalışma şartları zorlaşmaktadır. Zor koşullar altında çalışan hemşirenin hata yapma olasılığı da giderek artmaktadır (Akgün Şahin ve Özdemir, 2015: 210). Yapılan çalışmalara göre, en fazla tıbbi hatalar ilaç uygulamaları sırasında gerçekleşmektedir. İlaç hatalarının bir kısmı yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış uygulama tekniği ve malzeme kaybı olarak gerçekleşmektedir (Merih Doğan ve Yaşar Kocabey, 2009: 27, 29).

Hemşirelerin bireysel sorumluluk alması kalite standartları açısından çok önemlidir. ANA (Amerikan Hemşireler Birliği)' nın Hemşirelik Kodlarına göre sorumluluk 'Kişinin yaptığı eylemlere ilişkin birilerine cevap verebilecek durumda olabilmesidir. Bu tanıma göre sorumluluk hemşirenin yaptığı işler neticesinde kendine, çalıştığı kuruma, hastaya ve diğer meslektaşlarına açıklama yapabilmesi şeklinde tanımlanmıştır. Hemşireler almış oldukları bilgi birikimi doğrultusunda, dikkatli ve duyarlı bir şekilde hemşirelik uygulamalarını yerine getirme zorunluluğu içerisindedirler (Karadağ, 2002: 59).

İlaç uygulama hatalarında hemşireler açısından alınması gereken önlemler; damar içi uygulamalar, insülin heparin ve narkotik gibi ilaçların uygulanması ile ilgili kılavuz ve kontrol listeleri geliştirilmesidir. Hekimler tarafından yazılı ya da elektronik istemler uygulanarak doktor tarafından istemi yapılmamış ilaçların uygulanmaması da önlemler arasında yer almaktadır. Çalıştığı klinikteki ilaçlara hemşirenin hâkim olması, bu konuda yetkililerin eğitimler düzenlemesi gerekmektedir. İlaç dozu hesaplama konusunda hemşirelerin kendilerini geliştirmeleri de etkin önlemler arasında sıralanabilir. Hastalara uygulanan ilaçlar ve yan etkileri konularında hemşirelere bilgi verilmesi ihtiyacı mevcuttur. Uygulama sırasında sekiz doğru ilkesi olan, "*doğru hasta, doğru ilaç, doğru etki, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç formu, doğru zaman, doğru kayıt*" ilkelerine uyularak ilaçların uygulanması alınacak

önlemler arasında yer almaktadır. Rengi bozuk, kötü olan ilaçların uygulanmaması, ilaç uygulama esnasında dikkat dağıtacak unsurlardan uzak durulması, hekimin söylediği istem sekiz doğruya aykırı ise hekim direktiflerine uyulmaması, ilaçların uygun koşullarda saklanması, başkalarının hazırladığı ilaçların uygulanmaması da diğer önlemler arasındadır (Aygin ve Cengiz, 2011: 112-114).

1.1.3. Hemşirelik Meslek Görev Tanımları

Hemşireliğin işlevleri, sağlıklı insanların sağlığını sürdürmesi ve hasta olan bireylerin sağlığına kavuşması için gerekli olan güç, bilgi ve isteğe kavuşmasını sağlamak amacıyla kişilere yardım etmektir (Bayat, 2005:66). 25 Nisan 2007 tarihli ve 5634 numaralı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da hemşire görev tanımı detaylandırılmıştır. Buna göre:

"*Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparla*r" şeklindedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde önemli ve geniş yere sahip olan hemşirelerin görev tanımlarını sağlık bakanlığı hemşire görev tanımları alan çalışmasında şu şekilde belirleyip detaylandırmıştır (Özkan, 2013: 7-8):

- Hemşire, hemşirelik bakımını ihtiyaçlar doğrultusunda kanıta dayalı olarak planlayıp uygular.
- Hemşire kurumun belirlediği ölçme değerlendirme skalalarını kullanarak hastayı hemşirelik sürecinde değerlendirir.
- Verilen hemşirelik bakımının sonuçlarını ve kalitesini değerlendirerek ilgili yerlere bilgi verip gerekli iyileştirmeyi yapar.

- Hekim tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavi planını uygular, sözel reçete olduğu durumda sağlıkta kalite standartlarına uygun girişimler yapıp gerçekleştirdiği girişimleri kayıt eder.
- Hekim istemine göre ilaç uygulamalarını sekiz doğru kuralına göre (doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt) uygular.
- Hekim tarafından reçete edilen ve hastaya lüzum halinde uygulanacak ilaçları bilimsel esaslara göre sağlık, bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda uygular.
- Tedavinin hastaya zarar vereceğini öngördüğü durumda, hastanın hekimiyle görüşerek durumu bildirir. Hekim yine de ilacın uygulanmasını isterse kayıt altına alarak, hekimin yazılı istemi doğrultusunda işlemi uygular.
- Tanı ve tedavi sürecinde hastayı gözlemler ve istenmeyen durumlarla karşılaşıldığında hekimle görüşüp gerekli önlemleri alıp, aldığı önlemleri kayıt eder.
- Hemşire hastalarla ilgili gerekli bilgileri hasta başında sözlü ve yazılı olarak görevi teslim alacak hemşireye teslim etmeden kurumdan ayrılamaz. Ayrıca olağan üstü durumlarda, toplu kazalarda ya da doğal afetlerde durum düzelene kadar görev yerini terk edemez.
- Hemşireler hemşirelikle ilgili bilimsel faaliyetlere katılıp eğitim danışmanlık ve araştırma etkinliklerini yürütürler. Bireylerin, toplumun, meslek arkadaşlarının ve öğrenci hemşirelerin eğitiminde katkı sağlarlar.
- Hizmet sunumunda, hizmetten yararlanan kişilerin farklılıklarını kabul ederek mahremiyetini, kültürel değerlerini ve onurlarını göz önünde bulundururlar.
- Hemşire tüm yaptığı uygulamaları uygulama sonucunda kayıt altına alır. Hastaneye yatış yapmış hasta ve varsa refakatçisine hastaneye uyumunu sağlayacak eğitimler verir.
- Hasta için kullanılacak ilaçların güvenli teminini ve uygun koşullarda saklanmasını ve korunmasını sağlar. Son kullanma tarihlerini kontrol eder.

Narkotik ilaçları uygun şekilde saklayıp nöbet sonrası ilaçları geri teslim eder. Acil durumlar için kullanılan ilaçları ve malzemeleri her gün kontrol ederek kullanıma hazır halde bulundurur.

- Tanı amaçlı hastadan alınan kan, idrar, sıvı ve doku numunelerinin uygun şekilde laboratuvara götürülmesini sağlar.
- Hekim tarafından gerçekleştirilen girişimsel tanı ve tedavi uygulamalarına katılır, hastayı hazırlar, uygulama sırasında yardım eder ve işlem sonrasında hastayı gözlemler.
- Enfeksiyon konusunda gerekli önlemleri alır.
- Hemşire, aspirasyon, oksijen tedavisi, genel vücut bakımı, vücut pozisyonları, aseptik uygulamaları planlar, uygular ve değerlendirir.
- Bası yaralarının risk faktörleri ve prognoz üzerindeki etkilerini değerlendirerek bası yarasının prognozunun ilerlemesini önlemek amacıyla hemşirelik girişimlerini uygular. Bası yarası gelişmesi durumundaysa hemşirelik bakımını planlar, uygular ve sonuçlarını değerlendirir.
- Hastanın diyetine uygun olarak beslenmesini diyetisyen ve nutrisyonla işbirliği içinde planlayıp hastaların yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlar.
- Hastanın transferi gerektiğinde güvenli ve uygun şekilde transfer edilmelerini sağlar.
- Hizmet içi eğitimlere katılır.
- Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğünün vermiş olduğu diğer görevleri yerine getirir.

1.1.4. Hemşirelik Mesleğinin Sağlık Personelleri İçindeki Yeri

Sağlık hizmetlerinin önceleri geleneksel olarak sadece hekimler tarafından verildiği düşünülse de günümüzde hekimlik teknolojisi geliştikçe birçok sağlık meslekleri oluşmuş ve sağlık hizmetleri ekip hizmetine dönüşmüştür. Sağlık yazarları tarafından sağlıkla alakalı meslekler sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Eğitim düzeyine ve hizmet niteliğine göre de sağlık insan gücü sınıflaması yapılabilir. Fişek (1983: 124) sağlık insan gücünü hizmet niteliğine göre önce beş grupta toplamış, temel eğitim ve mesleki eğitim sürelerine göre meslek mensuplarını kendi içinde sınıflandırmıştır:

1. **Kişiye Yönelik Hizmet Yapanlar:** Hekim, Diş hekimi, Hemşire, Ebe, Fizyoterapist, Diyetisyen, Optometrist v.b
2. **Çevreye Yönelik Hizmet Yapanlar:** Sağlık Mühendisi, Veteriner, Çevre Sağlığı Teknisyeni v.b.
3. **Laboratuvar Personeli ve Diğer Bilimciler:** Mikrobiyolog, Biyokimya uzmanı, Hematolog, Patolog, Sağlık fizikçisi, Röntgen uzmanı, Sağlık eğitimcisi, vb. ile bu dalların teknisyenleri
4. **Sağlık Alanında Uzmanlaşmış Destek Personel:** Hastane idarecisi, tıbbi sekreter vb.
5. **Genel Hizmetler:** Daktilo, Şoför, Temizlikçi vb.

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılına ilişkin verilerinde sağlık insangücünü dokuz gruba ayırarak göstermiş olup söz konusu gruplama ve bu gruplama içerisinde hemşireler aşağıdaki gibi ifade bulmuştur (Özgür, 2011):

a- **Hekimler:** Pratisyen ve uzmanlardan oluşmaktadır.

b- **Hemşirelik ve Ebelik personeli:** Profesyonel (uzman) hemşireler, profesyonel (uzman) ebeler, yardımcı hemşireler, yardımcı ebeler, düz hemşireler, düz ebeler, diş hemşireleri ve ilk basamak hemşireleri.

c- **Dişçilik personeli:** Diş hekimi, diş hekimi yardımcısı, diş teknisyeni ve ilişkili meslekler.

d- **Eczacılık personeli:** Eczacı, eczacı yardımcısı, eczacılık teknisyeni ve ilişkili meslekler.

e- **Laboratuar sağlık çalışanları:** Laboratuar bilimciler, laboratuar yardımcısı, laboratuvar teknisyeni, radyograflar ve ilişkili meslekler.

f- **Çevre ve halk sağlığı çalışanları:** Çevre ve halk sağlığı yöneticisi, çevre ve halk sağlığı teknisyeni, saniteryen, hijyenist, bölge sağlık yöneticilerini, halk sağlığı denetçilerini, gıda denetçilerini, sıtma denetçilerini ve ilgili meslekleri içerir.

g- **Toplum sağlığı çalışanları ve geleneksel sağlık çalışanları:** Toplum sağlığı yöneticileri, toplum sağlığı-eğitimi çalışanları, toplum sağlığı yardımcıları, aile sağlığı çalışanları, kadın sağlığı ziyaretçileri, sağlığı

yaygınlaştırma paketi çalışanları, geleneksel ve tamamlayıcı tıp pratisyenleri, toplum ebeleri, geleneksel doğum yardımcıları ve ilgili meslekler.

h- **Diğer sağlık çalışanları:** Tıp asistanı, diyetisyen, meşguliyet terapisti, tıp ve dişçilik araç-gereçleri operatörü, optometrist ve optisyen, fizyoterapist, podiatrist, kişisel bakım çalışanı, psikolojist, solunum terapisti, konuşma patolojisti, intern gibi sağlık hizmet sunucuları.

i- **Sağlık yönetimi ve destek çalışanları:** Sağlık sistem personeli, sağlık ve bireysel bakım servis yöneticileri, sağlık ekonomisi, sağlık istatistikçisi, sağlık politika savunucuları, tıbbi kayıt ve sağlık iletişim teknisyeni, ambulans sürücüsü, bina temizlik personeli vb.

1.2. Hemşirelik Mesleği ve İstihdam Alanları

Hemşirelerin istihdam alanları, "hastaneler, uzun dönem bakım kurumları, evde bakım, palyatif bakım, ayaktan tanı ve tedavi sunulan kuruluşlar (klinikler, ayaktan tedavi merkezleri), okul sağlık birimleri, işyeri sağlık birimleri" şeklinde sıralanmıştır (Nahcivan, 2012: 41-42):

- **Hastaneler:** Hemşireler hastanelerde bakım, eğitim ve tedavi uygulamalarına diğer sağlık personelleri ile uyum içerisinde çalışarak hizmet verir. Ayrıca taburculuk ve sonrasını planlar, eğitim verir. Hastanenin özel alanlarında (onkoloji, geriatri, diyaliz, acil) da bakım sunar.
- **Uzun dönem bakım kuruluşları:** Hemşireler hastaların beslenme, boşaltım gibi temel gereksinimlerini karşılamaya yönelik bakım sunar. İlaç, tedavi gibi işlemleri uygular. Eğitim, danışmanlık gibi alanlarda hizmet verir.
- **Evde bakım:** Kapsamlı hemşirelik bakımı sunar. Eğitim verir.
- **Palyatif bakım:** Terminal dönemdeki hastaların bakımlarını uygularlar. Hasta ve ailesine psikolojik destek sağlarlar.

- **Ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunan kuruluşlar:** Hemşirenin hastanın yaşam bulgularını alma, tanıya yardımcı testler yapma, eğitim ve danışmanlık gibi işlevleri vardır.
- **Okul sağlık birimleri:** ilköğretim öğrencilerine yönelik hizmetler sunarlar. Hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirecek eğitimler verir.
- **İşyeri sağlık birimleri:** Gerekli acil bakımları ve çalışanların taramalarını yapar. Güvenlik ve sağlığın korunması konularında eğitimler verir.

1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği

Tıbbi tanının konması ve tedavinin belirlenmesi hekimin görevleri arasındadır. Hekim tarafından belirlenmiş olan tedaviyi uygulama aşamasında hemşireler görev alırlar ve belirlenen tedaviyi uygularlar. Hemşireler, ilaç dışı tedavi uygulamasında bağımsızdır (Öztunç, 2012: 31). Hemşire kendi bilgi birikimi ve tecrübesiyle, başka sağlık mensubuna gerek duymadan, hasta ihtiyaçlarına yönelik uygulama gerçekleştirmekte bağımsızdır. Bu uygulamalar solunum egzersizi ile hastanın solunum yolunun temizlenmesi, ödemli bölgenin yüksekte tutulması, hastaya kullandığı ilaçların yan etkisi konusunda bilgi verilmesi gibi uygulamalar olabilir. Bağımlı oldukları hizmetler ise tıbbi tanının tedavisinin uygulanması aşamasındadır. Hemşireler bağımlı işlemleri uygulamadan önce ilgili sağlık üyesinden yazılı ve sözlü istem almalıdır. Bu uygulamalara hastanın tedavisinin yapılması, yara örtüsünün değiştirilmesi örnek gösterilebilir (Şendir ve Büyükyılmaz, 2012:195). Tedavi edici sağlık hizmetlerinde hemşire hastanın fizyolojik, ruhsal ve sosyal-ekonomik ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak kliniğe kabulünde ve servise uyum sağlamada birçok konuda hastaya yardımcı olur. Buna göre hemşireler tedavi edici sağlık hizmetlerinde hastaların (Birol, 2011: 28-29):

- *Solunumunda*
- *Dolaşımında*
- *Beslenmesinde*
- *Boşaltımında*
- *Sıvı-elektrolit dengesinin devamında*

- *Tanı işlemlerinin uygulanmasında*
- *Günlük yaşam aktivitelerinin devamını sağlamada*
- *Dinlenme ve uyku gereksiniminde*
- *Zihinsel aktivitelerin devamında*
- *Duygu, endişe ve korkusunu çevresi ile paylaşmasında*
- *Hastalığa ve hareketsizliğe bağlı komplikasyonlar, hastane enfeksiyonları ve kazalardan korunmasında*
- *Beden ısısının normal sınırlarda tutulması için gerekenin yapılmasında*
- *Beden hijyeninin sağlığa uygun düzeyde devamını sağlamada*
- *Dinsel, inanç, örf, adet ve geleneklerin gerektirdiği gereksinimlerin karşılanmasında yardımda*
- *Hasta, hasta ailesi, hekim, sağlık ekip üyeleri, hastane personeli ve diğer ilgili kuruluşlarla iletişim ve eşgüdüm sağlamada*
- *Sağlık ve hastalığın gerektirdiği sağlık eğitiminde*
- *Çevresi ile sosyal ilişki kurmada*
- *Taburculuk işleminin başlatılması ve yürütülmesinde*
- *Hastanın taburcu olduktan sonra sağlığını koruması ve geliştirilmesi için başvurabileceği kurumlara yöneltilmesinde*
- *Terminal dönemde psikolojik yönden desteklenmesinde ve bedensel bakımın verilmesinde hemşirelik hizmetleri sunarlar*.

1.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği

Bireylerin sağlığını geliştirmek ve hastalıkları önlemek amacıyla verilen hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ya da çevreye yönelik hizmetler olabilir. Bu hizmetler kapsamında "bağışıklama, ilaçla koruma, aile planlaması, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık eğitimi gibi" hizmetler yer alır. Çevreye yönelik hizmetler "besin kontrolü ve güvenliği (besin hijyeni) yeterli ve temiz su sağlanması, atıkların zararsız duruma getirilmesi, vektörlerin kontrolü, çevre kirliliğinin önlenmesi ve kontrolü vb." yer alır (Nahcivan, 2012: 39). Hemşirelerin, hastaların hastalıklardan korunması, sebep olan etmenleri öğrenerek bilgi sahibi olması ve neticesinde yaşamını

sağlıklı olarak sürdürmesi için eğitim vererek bilinçlendirmesi gerekmektedir (Kaya, 2012: 238).

Hemşirelik uygulamaları olarak insanların dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri (sigarayı bırakma gibi), hijyen vb. konularda bilgilendirme ve danışma hizmeti verilmesi bireylerin bu konularda bilinçlenmesi sağlanabilir. Ayrıca gebelik döneminde anne ve bebek izlemleri, anne- bebek sağlığını korumada ve ölümlerin azaltılmasında, aşılama ise çocukluk çağı hastalıklarından korunmada önemli etkiye sahiptir. Bireylere erken tanı ve taramaların (mamografi, kan basıncı kontrolü, diş muayenesi gibi) öneminin anlatılması da koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli yere sahiptir (Nahcivan, 2012: 39-40). Koruyucu sağlık hizmetlerinde hemşirelerin işlevleri ise üç alt başlık altında sıralanabilir. Buna göre (Birol, 2011: 28-29):

A. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde;

- *Doğum öncesi ve doğum sonrası anne sağlığının izlenmesinde*
- *Aile planlaması hizmetlerinde*
- *Çocuk sağlığı hizmetlerinde*
- *Bebek bakımı ve beslenmesinde*
- *Aşılamada*
- *Büyüme ve gelişmesinin izlenmesinde*
- *Toplumsal ve bireysel sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde*
- *Bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunmada*
- *Birlikte çalıştığı ekip üyelerinin hizmet içi eğitiminde*
- *İstatistiksel verilerin toplanması ve değerlendirilmesinde görev alır.*

B. Dispanser hizmetleri (verem, frengi, trahom, lepra, ruh sağlığı vb.)

- *Aşılama*
- *Periyodik denetimin sağlanmasında*
- *Hastaların ve yakın çevresinin denetim ve izlenmesinde*
- *Hasta ve yakınlarını ilgili sağlık kuruluşlarına yöneltmede*
- *Sağlık eğitimi yapmada görev alır.*

C. Endüstri ve iş sağlığı hizmetlerinde

- *İşe girmeden önce ve sonra periyodik kontrollerinin sağlanmasında*
- *Sağlık danışmanlığı ve eğitimde görev alır".*

1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Mesleği

Rehabilitasyonun tarihi, Hipokrat'ın kullanılmayan uzuvların körelmesini önlemek amacıyla egzersizle tedavi uygulaması ve fazla kiloları olan hastalara yürüyerek zayıflamayı önermesi ile başlamıştır (Akdemir ve Akbaş, 2006: 83). Sağlık bakım hizmetleri, birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi etmek, sakat kalanları yâda iyileşemeyenleri bağımsız olarak yaşamalarını sağlamak ve sağlık düzeylerini geliştirmek amacıyla yapılan planlı çalışmalar olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre öncelikli amaç sağlığı korumaktır. Ancak sağlık korunmadığı zaman hastalıkların iyileştirilmesi amacıyla tedavi edilir. Tedaviye rağmen iyileşme olmadığı, hastalık yada sakatlığın görüldüğü durumlarda ise rehabilitasyon hizmetleriyle kişilerin başkalarına bağımlı olmadan kaliteli yaşam sürmeleri hedeflenir. Hemşirenin rol ve işevlerinden olan rehabilitayon, kaza hastalık ya da başka sebeplerden işlevsel ya da yapısal kayıpları olan bireylerin güçlerini en yüksek düzeyde kullanabilmelerini ve içinde bulunduğu durumla baş etmelerini sağlayarak kişiye ve yakınlarına destek olmaktır (Nahcivan, 2012: 38).

Hemşire rehabilitasyon hizmetlerinde kişilere tekrar işlevlerini kazandırmaya, yaşam aktivitelerini ve ruhsal olarak desteklemeyi amaçlar. Hemşireliğin işlevlerinden eğitim ve danışmanlık rollerini göz önünde bulundurarak rehabilitasyon ihtiyacı olan bireylerin, yaşam kalitelerini yükseltmelerinde ve bu duruma en az yardım alarak bağımsız hareket etmelerine katkıda bulunurlar (Nahcivan, 2012: 40).

Mc Court tarafından Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği desteği ile yayınlanan rehber kitapta hemşirelerin bakım veren, eğitici ve danışman, bakımda eşgüdümsel, hastayı bakıma katılıma isteklendiren, araştırmacı ve uzman rollerinin olduğu açıklanmıştır. Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği dünyada rehabilitasyon eğitimine yönelimin armasına rağmen diğer hemşirelik alanlarında

olduğu gibi rehabilitasyon hemşireliğinde de görev tanımının yapılmaması, yeterli eğitimin verilmemesi ve deneyimsizlikten kaynaklanan sorunlar yaşandığını belirtmiştir. Hastaneler de fizik tedavi bölümlerinde ve cerrahi, yoğun bakım, ortopedi, nöroloji gibi kliniklerinde rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Özel merkezler ve bazı hastaneler kendi içerisinde bu eğitimi veren üniteler bulundurmaktadır. Ülkemizde temel hemşirelik eğitimi dışında ayrıca rehabilitasyon eğitimi çoğu üniversitelerde verilmemektedir. Hizmet içi eğitimlerle, desteklenmektedir. Oysaki Avusturalya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde rehabilitasyon hemşireliğine yönelik bilim uzmanlığı programları bulunmaktadır (Akdemir ve Akkuş, 2006: 83).

1.2.4. Sağlık Hizmetleri Alanı Dışında Hemşirelik Mesleği

Sağlık çalışanlarının önemli bir kısmını hemşirelerin oluşturmasına rağmen hemşire sayısının sağlık hizmetlerinde yetersizliğinin önemli sebeplerinden birisi hemşirelerin bilgi ve becerilerine uygun olan alanların dışında görev almaları olarak gösterilmektedir. Bir diğer neden ise sağlık hizmetlerinin diğer personellerin yetersizliğinden dolayı kendilerine ait olmayan işlevleri üstlenmek ve farklı birimde çalışmak zorunda kalmalarıdır. Hemşire yetersizliğinin yaşanmaması için hemşirelerin doğru istihdam edilmesi gerekmektedir. Hemşire istihdamının uygun yapılmaması sonucunda hasta bakım kalitesi düşmekte ve tıbbi hatalar ile ölüm oranları artmaktadır. Hemşirenin hemşirelik dışı yaptığı işler; sekreterlik, laboratuvar teknisyenliği (kan alma, yayma yapma, idrar analizi), hekim yada diğer teknisyen görevleri olan EKG, EEG, teknik ölçümler, göz ölçümleri, solunum fonksiyon testi, alerji testi, mamografi çekimi, taş kırma, ultrason çekimi, anestezi teknisyenliği, radyoloji teknisyenliği, memur görevleri olan satın alma, bilgi işlem, arşivleme, müdür yardımcılığı, radyoterapist, eczane ilaç stok ve kayıt olarak sıralanmaktadır. Hemşirelerin alan dışı görevlendirme sebepleri arasındaysa; personel eksikliği, hekimin iş yükünü azaltmak, üst yönetimin isteği, yaş, klinik hemşiresinin iş yükünü azaltmak, hemşirenin başka birimde çalışamaması, hemşirenin kendi isteği, fiziksel ya da ruhsal hastalığının olması gösterilmektedir (Ünal ve Seren, 2010: 23-27).

1.3. Türk Mevzuatında Hemşirelik Mesleği

Hemşirelik mesleğinin Türk mevzuatına girişi ilk 1929 yılında yer bulmaya başlamış, 1954 yılında kabul edilen Hemşirelik Kanunu'na kadar ücret ve eğitim konularında mevzuat oluşturulmuş olup 2007 yılında değişikliğe gidilmiştir.

1.3.1. Hemşirelik Kanunu Öncesinde Mevzuat

Hemşirelerle ilgili ilk mevzuat 29 Nisan 1929 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürülüğe giren 1429 sayılı "Askeri Hastanelerde Maktu Ücret ile İstihdam Olunan Hemşireler ile Hasta Bakıcılara bir Nefer Tayını Verilmesine Dair Kanun"dur. Bu kanunda askeri hastanelerde görev yapan hemşirelere ödenecek ücret ve tayın bedellerinin esasları tespit edilmiştir.

Mevzuatta hemşirelerle ilişkili ikinci kanunsa 25 Haziran 1938 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürülüğe giren 3943 sayılı "Askeri Hasta Bakıcı Hemşireler Hakkında Kanun"dur. Bu kanunda ise en az ortaokul mezunu olup 22 yaşını geçmeyenlerin 3 yıl süreli eğitim alacakları Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı askeri hemşire okuluna alınabilecekleri, öğrencilik sürecinde belirli bir miktarda (5 TL) harçlık verileceği, mezuniyet sonrasında en az 6 yıl zorunlu hizmete tabi oldukları, 20 yıllarını doldurmaları durumunda istekleri üzerine 55 yaşını doldurdukları gün ise re'sen emekli edilecekleri hükme bağlanmıştır. Böylece askeri bir sınıf olarak hemşirelik mesleğinin meslek standartına kavuşması söz konusu olmuştur. Yaklaşık iki buçuk ay sonra 09.07.1938 tarihinde ise 3955 sayılı "Askeri Hastabakıcı Hemşireler Kadrosu Hakkında Kanun" kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu kanunda askeri hemşirelerin kademe ve dereceleri ile ücretlendirmeleri detaylandırılmıştır.

Hemşirelikle ilişkili bir diğer kanun 6 Haziran 1947 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 6625 sayılı "Askeri hastabakıcı Hemşireler Hakkındaki Kanunda Bazı Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"dur. Bu kanunla askeri hemşirelere ücretsiz yemek ve giysi verilmesi hükme bağlanmıştır.22 Haziran 1948'de Resmi Gazete'de yayınlanan 6938 sayılı "Askeri Hastabakıcı Hemşireler Hakkındaki 3433 Sayılı

Kanuna Ek Kanun"daysa sivil hemşirelik okulu mezunu askeri hemşirelerin, askeri hemşire okulu mezunlarıyla aynı statüde olacaklarına yer verilmiştir.

Resmi Gazete'de 18 Mart 1950 tarihinde yayımlanan 7460 sayılı "Askeri Hastabakıcı Hemşireler Hakkındaki Kanunun 2. ve 6. Maddelerini Değiştirilmesine Dair Kanun"da ise askeri hemşire okuluna giriş yaşı 22 yaştan 25 yaşa çıkartılmış, zorunlu hizmet yükümlülüğü ise 6 yıldan 3 yıla indirilmiştir.

Askeri hemşirelerin eğitimi, zorunlu hizmet süreleri, emeklilik hakları ve yemek-giyecek gibi yardımlardan oluşan ilave haklar verilmesi konularında odaklanılan kanunların yanı sıra sivil hemşireliğe yönelik de sınırlı düzeyde mevzuatta yasal düzenlemeye gidildiği görülmektedir. Bu kapsamda 8 Kasım 1938 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 4356 sayılı "Kızılay Hastabakıcı Hemşireler Talimatnamesi ve Muaddel 4. Madde Hakkında Kanun" ile hemşire üniformalarının nasıl olacağı belirlenmiştir.

17 Mayıs 1951'de Resmi Gazete'de yayımlanan 1725 sayılı "5176 Sayılı Kanunla Dört Sınıfa İndirilen Mektepli Hastabakıcı Hemşirelerin Beşinci Sınıfta Geçen Sürelerinin Dördüncü Sınıfta Geçmiş Sayılıp Sayılmayacağının Yorumlanmasına Mahal Olmadığına Dair Kanun"daysa hemşirelik okulu eğitim süresinin indirilmesi sebebiyle oluşan gelir kaybının telafisi konusunda hüküm verilmiştir.

1.3.2. Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Mesleği

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu 2 Mart 1954 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmış olup, hemşirelerin mesleki konumu, eğitimi, görev ve sorumluluklarını içermektedir (Kıvanç ve Keskin, 2012: 129). Hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili hükümler içeren bu yasanın, hemşirelik eğitimi ve hemşirelik uygulamalarına yön verme ve temel oluşturma konusunda yetersiz kalması, bazı maddelerinin güncelliğini yitirmesine yol açmış ve günün şartlarına uygun olmadığı için değiştirilmiştir. Ancak buna rağmen kanunun çok iyi yönleri de mevcuttur (Uyer, 1993: 18). Geleneksel yöntemleri içermesi ağırlık taşıdığından güncel hemşirelik

hizmetlerine yanıt vermekte zorlanınca 2007 yılında günümüze uygun yapıya kavuşturulmuştur. Bu kapsamda öne çıkan değişimlerse lisans ve yüksekokullardan mezun olanlara "Hemşire" unvanının verilmesive cinsiyet ayrımının ortadan kaldırılmasıyla hemşirelik mesleğine erkeklerin de dahil olmalarına imkan tanınmasıdır (Eroğlu ve Koç, 2012:137).

a- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu (Kabul Tarihi: 25 Şubat 1954, RG No:8647, RG Yayın Tarihi: 2 Mart 1954)

Kanunun ilk üç maddesinde hemşirelik meslek unvanı ve unvanı alma şartları ile hemşirelik öğrenimi hakkındaki genel prensipler belirlenmiştir. Buna göre en az ortaokul mezunu 25 yaşını geçmeyen kadınların kabul edilebileceği hemşirelik okullarında 3 yıllık eğitimi tamamlayıp Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği jüri önünde yapılacak sınavda yeterliliğini kanıtlayanlara hemşire unvanı verileceği hükme bağlanmıştır. İkinci maddede ise hemşirelik okulu açma yetkisinin Sağlık Bakanlığı'nda olduğu, aynı zamanda da kurulan okulların denetiminden yine Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu olacağı ifade edilmiştir. Üçüncü maddede hemşirelik mesleğinin sadece hemşirelik okulu mezunu Türk kadınları tarafından ifa edileceği, mezun olunan hemşirelik okulunun yabancı ülkelerdeki okullardan olası durumundaysa Sağlık Bakanlığı'nın öğrenim denkliği vermeye yetkili olduğu hüküm altına alınmıştır.

Kanunun dördüncü maddesinde hemşirelerin görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Buna göre hemşireler hekim tarafından belirlenen tedaviyi sürdürme, aşı, pansuman ve tedavi amaçlı enjeksiyon uygulaması gerçekleştirmeye yetkili kılınmıştır. Bu yetkiyi sağlık kurumlarında olduğu gibi özel olarak gittikleri evlerde de kullanma imkânları oluşmuştur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinde halkı bilgilendirip yönlendirme görev ve sorumluluğu da verilmiştir.

Kanunun altıncı maddedesinde hemşirelik okulundan mezun olanların memur olarak maaşla atanacakları hükmüne yer verilmiştir. Beşinci maddedeyse hemşirelere mecburi hizmet yükümlülüklerini tamamladıktan sonra yerel sağlık idaresine

faaliyetlerine başlamadan en az 1.hafta önce bildirmek kaydıyla zaman kısıdı olmaksızın serbest hemşire olarak görev alma hakkı tanınmıştır.

Kanunun yedinci maddesindeyse hemşire yardımcılığı mesleğine giriş şartları belirlenmiştir. Buna göre üst yaş sınırı olmaksızın en az ilkokul mezunu olup 18 yaşını dolduran kadınların altı aylık kurs öğrenimi sonrasında teori ve pratiğin bir arada uygulandığı en az 1 yıllık staj yapıp jüri önünde yeterliliklerini kanıtladıklarında, hemşire yardımcısı olacakları hükme bağlanmıştır. Ayrıca devlet memurluğunda hemşire yardımcısı olmanın getireceği maaş düzeltmelerinin de olacağı belirtilmiştir.

Kanunun sekizinci maddesinde hemşire ve hemşire yardımcıları dışında üçüncü bir mesleki unvan olarak uzman hemşirelik ifadesine yer verilirken hangi hemşirelerin uzman hemşire olacakları sıralanmıştır. Buna göre öğretmen, okul idarecisi, başhemşire, klinik, ameliyathane, dispanser, lâboratuvar hemşireleriyle ziyaretçi hemşireler, diyet hemşireleri, sosyal hizmet hemşireleri vb uzman hemşire olarak ifade edilmiş ve bu hemşirelerin nasıl yetiştirileceklerinin Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanacak yönetmelikle belirleneceği hüküm altına alınmıştır. Uzman hemşirelere ilişkin sekizinci maddedeki genellik, dokuzuncu maddede biraz daha somutlaştırılmıştır. Dokuzuncu maddede lise veya hemşirelik mezunu olup yüksek hemşire okulundan mezun olanların hemşire okulu öğretmeni, başhemşire ve idareci hemşire olacakları ifade edilmiştir. Kurum başhemşireliğinde de yüksek hemşire okulu mezunlarının öncelik sahibi olacakları belirtilmiştir. Dolayısıyla Türkiye'de veya yurt dışında üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi alanların yüksek hemşire olacakları hükme bağlanırken, kurum başhemşirelerinin yüksek hemşire mevcudu yeterli hale gelene kadar hemşirelerden temin edileceği de dolaylı olarak kanuni kısıt içerisine alınmıştır.

Kanunun onuncu maddesinde hemşilere haftada bir buçuk gün verileceği, yıllık izninse bir ay olacağı ifade edilmiş, on birinci maddedeyse serbest hemşirelerin kayıtsız çalışmaları durumunda ödemekle yükümlü olacakları para cezası tutarları belirlenmiştir. Kanun kapsamında eklenen geçici maddedeyse, mevcut hastabakıcılardan hemşire yardımcısı olmak isteyenlerinden jüri önünde sınav şartının olmayacağı hükme bağlanmıştır. Bu noktada geçici maddenin esas önemi, mevcut

hastabakıcılarına hemşire yardımcısı olma hakkı tanınmış olmasıdır. Tanınan bu hak, esasen hemşire yardımcısının hastabakıcı olduğunu tanımlamaktadır.

b- 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kabul Tarihi: 25 Temmuz 2007, RG No: 26510, RG Yayın Tarihi: 2 Mayıs 2007)

Bu kanun esas itibarıyla 6283 sayılı çerçeve kanunda değişiklik yapılmasını içermekte olup hemşirelik, uzman hemşirelik için asgari eğitim şartlarının günün koşullarına göre yükseltilmesi ve hemşirelik mesleğinde cinsiyet koşulunun kaldırılmasını sağlamaktadır. Buna göre:

Kanunun ilk maddesinde hemşirelik unvanının lisans düzeyinde yükseköğretim mezunlarına verileceği hükme bağlanmıştır. İkinci maddede hemşirelik mesleğini icra edeceklerin, cinsiyet farklılığı gözetilmeksizin sadece hemşirelik unvanına sahip Türk vatandaşları tarafında icra edilebileceği kararına yer verilmiştir. Üçüncü maddedeyse hemşirelik faaliyetlerinin tanımlanması gerçekleştirilirken yeni bir uygulama olan aile hekimliği uygulamaları çerçevesinde de görev alabilecekleri hükmü eklenmiştir. Dördüncü maddede uzman hemşire unvanı almak için alanında lisansüstü eğitim mezunu olma şartı getirilmiştir.

Beşinci maddede idarelerdeki başhemşirelerin seçiminde lisansüstü veya lisans derecesine sahip uzman hemşire ve hemşirelerin öncelik hakkının olduğu hükme bağlanmıştır. Bu maddede idareci başhemşirelikte önlisans veya ortaöğretim mezunu hemşirelerin doğrudan görev yapma haklarının iptal edilmediği dikkat çekmektedir. Değişiklik yapılan çerçeve kanundaki hükümde eğitimli hemşire sayısının azlığının, kanunda öncelik hakkı vardır şeklinde esnek hükme bağlanmasına karşılık bu kanunda lisansüstü ve lisans mezunu hemşireler için aynı hükme yer verilmesi, mevcut daha düşük eğitime sahip deneyimli hemşirelerin vazifelerini sürdürmelerine olanak tanıma gayretinden ileri gelebilir.

Altıncı maddede çerçeve kanunda artık herhangi bir işlevi olmayan beş maddenin iptal edilmesine yer verilmiştir. Kanuna geçici madde olarak da

yükseköğrenim mezunu olmayan hemşire ve eşdeğeri sağlık memurları ile bu alanlarda eğitim görmekte olanların hemşirelik unvanını almaya hak kazanıp hemşirelik mesleğini icra edebilecekleri, sağlık memurları ile en az 3 yıllık yataklı sağlık kurumlarında görev yapan ebelerin de talepleri durumunda hemşirelik unvanını alacakları hükme bağlanmıştır. Sağlık meslek liselerinden kanunun kabulünden itibaren beş yıl içinde mezun olacaklara hemşirelik unvanı verileceği de bu madde içerisinde ayrıca yer bulmuştur. Geçiş hükümlerini içeren geçici maddede dikkat edilecek olursa hemşirelik mesleği ile ilgili kanun öncesi meslek icrasında bulunan veya eğitime başlayanlara ayrıcalık tanındığı görülmektedir.

1.3.3. Hemşirelik Yönetmeliği ve Hemşirelik Mesleği

8 Mart 2010'da 27515 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan hemşirelik yönetmeliği, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 4. maddesine dayanılarak çıkartılmıştır. Yönetmeliğin amacı kamu ve özel ayrımı olmaksızın bütün sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda görev yapan hemşirelerin faaliyet alanlar, pozisyonları ve eğitim düzeylerine göre görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi olarak tespit edilmiştir. Amaç, kapsam ve dayanağın aktarıldığı ilk üç maddeden sonra dördüncü maddede tanımlara yer verilmiştir. Tanımlarda doğrudan hemşirelikle ilgili olarak hemşire, uzman hemşire ve başhemşire ile hemşirelik tanılama sürecine yer verilmiştir. Dördüncü maddenin b, d ve e bendlerinde hemşire, başhemşire ve uzman hemşire şu şekilde tanımlanmıştır:

b) ***Hemşire**: 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili sağlık personelini,*
d) ***Başhemşire**: Kurum ve kuruluşlarda hemşirelik hizmetlerini en üst düzeyde temsil eden hemşireyi,*
e) ***Uzman hemşire:** Mesleğiyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaşan ve diploması Bakanlıkça tescil edilen hemşireyi*

tanımlamaktadır.

Yönetmeliğin beşinci maddesinde hemşirelik hizmetlerinin neler olduğu sıralanmıştır. Buna göre hemşirelik hizmetleri:

a) *Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,*
b) *Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,*
c) *Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini*

kapsar. Yönetmelikte dikkat çekici olan husussa, hekim direktiflerinin yerine getirerek hasta bakımıyla ilgilenmeden oluşan standart hemşirelik faaliyetinde, ciddi bir otonominin oluşup görev çeşitlenmesinin gerçekleştiğidir. Yönetmeliğin altıncı maddesindeyse beşinci maddede çerçevesi çizilen hemşirelik faaliyetlerinin kapsamının, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına göre detaylandırması yapılmıştır.

Yönetmeliğin yedinci maddesinde lisansüstü eğitim mezunu olma koşulunu sağlayanlara verilecek uzman hemşire unvanına göre temel hemşireliğe ek olarak üstlenmeleri gereken rollerin "*uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir*" şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Yönetmeliğin sekizinci maddesinde hemşirelere yetki belgelerini Sağlık Bakanlığı'nın vereceği hükmü yer almaktadır. Dokuzuncu maddede sağlık

kurumlarında başhekime karşı bütün hemşirelik faaliyetlerinden, dolayısıyla da hemşirelerden sorumlu olan "**başhemşirelerin**" veya başhemşirenin olmadığı zamanda veya durumda başhemşire fonksiyonuna sahip olacak "**gözetmen hemşirelerin**", onuncu maddedeyse sağlık kurumlarındaki ünite ve kliniklerde gerçekleştirilen hemşirelik faaliyetlerinden sorumlu olan "**sorumlu hemşirelerin**" görev tanımları ve sorumlulukları sıralanmıştır.

19 Nisan 2010'da 27910 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"te, uzman hemşirelerin görev ve yetkileri genişletilip hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları da çalışılan birim/servis/ünite/alana göre "**yoğun bakım hemşiresi, acil servis hemşiresi, iç hastalıkları hemşiresi, onkoloji hemşiresi**" şeklinde detaylandırılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM
2. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN DÖNEMSEL GELİŞİMİ

2.1. Hemşirelik Mesleğinin Dünya Bütününde Genel Gelişimi

Geçmişten günümüze tarihsel süreç incelendiğinde insanlığın ilkel çağlardan şuanki bilgi toplumuna kadar geçirdiği her dönemde hemşireliğin mevcut olduğu ve her dönemdeki insan için son derece önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. İlk zamanlar yalnızca hasta kişilere bakım verme, faaliyetlerini gerçekleştirirken kendini feda edercesine dinsel bir vazife sayma ve ilerleyen zamanlarda doktor yardımcısı olarak görülen hemşirelik, artık bilim ve sanattan oluşan çağdaş tutumlarla profesyonel bir disiplin konumuna erişmiş durumdadır (Adıgüzel vd., 2011: 235). Günümüzde hemşireliğin düşünce temelleri ve tanımları, bireyi yaşamın tüm evrelerinde sağlık - hastalık durumları içerisinde tüm durumları ve çevresiyle bütüncül olarak ele alınması gerektiğinde hem fikirdir (Taşocak, 2012: 21).

Hemşirelik geçmiş dönemlerde insanların ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkmış, hasta ve düşkün kişilere bakım hizmeti vermek amacıyla gelişmiştir. Hemşireliğin, eski çağlara ait ayrı bir iş olduğunu gösteren sınırlı ölçüde kayıtlar olmasına karşılık, söz konusu dönemdeki çağdaşlarının genelde tıp insanı, ebe ve usta kadın uygulamalarının bir parçası olarak görev yaptıklarını göstermektedir (Ökdem vd., 2000: 5-11). Ortaçağa kadarki devirlerde tıp ve bakım uygulamalarında efsaneler ve dini inanışlar etkili olmuştur. Hemşireler doğrudan doktor ya da papaza bağlı olarak yardımcı bakım hizmetlerinde görev almışlardır. Sağlığı koruma etkinliklerine katılmamışlar ve ailelere bakım konusunda eğitim verilmesinde işlev sahibi olamamışlardır. Sadece bakım hizmetini gerçekleştirmeyi üstlenerek koruyucu ve eğitici hemşirelik rollerini ifa etmişlerdir (Ünsal, 2017: 25). Bu dönemlerde kadının koruyucu, eş ve anne rolünden dolayı kadınlar ailedeki hasta bireylerin bakımı için görevlendirilmiştir (Ökdem vd., 2000: 5-11). Hemşirelik mesleği Ortaçağdan bu yana inişli çıkışlı günler geçirerek günümüze erişmiştir (Karadeniz, 2003: 43).

2.1.1. İlkçağ ve Ortaçağda Hemşirelik Mesleği

Yaklaşık 5500 yıl öncesine dayanan Eski Hind kitabında yer alan sağlık ve tıbbi bilgiler içeren kayıtlarda ayrı bir sağlık personeli zümresi olarak bakım hizmetlerini veren hemşirelerin tanımlamasına gidildiği görülmektedir. Söz konusu zümre için doğrudan hemşire tanımı yapmak, cinsiyet perspektifiyle konunun ele alınması durumunda zorlaşmakta olup, bu zümre içerisinde kadınların ağırlığı sınırlı düzeyde gerçekleşmiştir. Ancak gördükleri fonksiyon açısından konu ele alındığında, modern hemşirelik mesleğiyle büyük ölçüde örtüşen yönlere sahip oldukları dikkat çekmektedir (Ökden vd, 2000: 5). Bu dönemde her on köye bir hekim düşecek şekilde görevlendirme yapılıp hastanelerin kurulduğu bilinmektedir (Öztürk Türkmen, 2011: 23). Dolayısıyla da Hint toplumu içerisinde bugün için dahi hekim başına düşen nüfus sayısının daha fazla olduğu ülkelerin bulunduğu bir düşünüldüğünde, yaygın bir meslek olarak sağlık hizmet sunucularının toplum içerisinde önemli bir meslek grubunu oluşturduklarını savunmak mümkündür. Nitekim Kadim Hindistan'daki hemşirelik meslek prensip ve uygulamaları incelendiğinde de, günümüzdeki ihtisas hemşireliğine denk gelen cerrahi hemşireliğine ilişkin kökenlerin M.Ö 800'lere dayandığı görülmektedir. Hintli cerrah Susruta'nın Hindistan'daki cerrahi hemşireleri, birebir cerrahi asistanı olarak vazifelendirilmişlerdir (Eti Aslan, 2009: 106). Keza bu dönemde hemşireler, hekimlere yardımcı olmanın yanı sıra ilaç yapımını da bilmekte olup ilaçla tedavi uygulamaları da gerçekleştirebilmekteydiler (İlikan Rasimoğlu, 2018: 604).

Yunan Uygarlığı Hipokrat zamanına kadar mitolojinin etkisinde kalarak sağlık hijyen, bakım ve iyileştirme gibi uygulamalar Tanrıların vazifesi olarak görülmüş ve tapınaklar hasta bakımında kullanılmıştır. Bu dönemde yapılan uygulamalar arasında diyet, açık hava, güneş, spor, kükürtlü su banyoları yer almıştır. Rahibe kadınlar bakım görevini üstlenmiş deneysel yöntemler ve dini törenler yapılmıştır. (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 6). Antik Yunan döneminde kadınlar hasta bakımı faaliyetlerine başlamışlardır. Mitoloji de Tanrıça olarak görülen ve Antik Yunan döneminin tanınan hekimi Aesculapius'un kızı Hijyen tapınakta yardıma ihtiyacı olan hasta bireylere sağlık hizmeti vermiştir. Ancak Antik Yunan dönemine ait yazılı kaynaklarda örgütlü

bir hemşirelik mesleğineyse rastlanmamaktadır (Ökdem vd., 2000: 5-11). Buradan hareketle söz konusu dönemde uygulanan tıbbi tedavilerde hastalara bakım hizmeti verenlerin günümüzdeki hemşirelerin fonksiyonunu üstlendiği, kadın rahibelerin Antik Yunan'da günümüzdeki hemşirelik mesleğinin kökenlerini oluşturduğu görülmektedir.

Roma ve Doğu Roma dönemlerinde hemşirelik faaliyetlerinin gelişimi esasen asırlar boyunca süren uzun bir süreçte gelişim kaydetmiştir. Roma Uygarlığı'nın ilk dönemlerinden cumhuriyet döneminde hemşirelik faaliyetleri, Romalı efendilerin kadın köleleri tarafından gerçekleştirilmiştir (Saydam, 86). İlk Hıristiyanlık zamanlarında manastır ve kilisede görev yapan erkeklere Dekon, kadınlara is Dekones denilmiştir. Dekones ve Dekonlar manastırlara sığınan yardıma ihtiyacı olan yoksul ve hasta kişilere baktıkları gibi evlerinde de hastaları ziyaret etmişlerdir. Dakonesler örgün bir eğitim almamalarına rağmen, yalnızca kadın ve annelik içgüdüleriyle hasta bakımı yapmışlardır. Ayrıca Dekoneslere insancıl davranışlarından ve yaptıkları bakım hizmetleri sebebiyle güven ve saygı duyulmuştur. Kilise ve manastırlara dakones olabilmek için bakire ya da dul olma, belli bir yaşın üstünde olma gibi katı kurallar getirilmiştir. İlk Hıristiyanlık dönemlerinde zengin Romalı kadınlar toplumsal hayatın işleyişinde önemli faaliyetler göstermişlerdir. Fakir hastalara, hacı ve yolculara kendi evinde bakmayı görev edinmişlerdir. Bu hususta dikkat çeken nokta zengin ve asil kadınların da bakım işlerine katılmış olmasıdır (Ökdem vd, 2000: 6). Buna ek olarak söz konusu evrelerde bakım faaliyetlerini gerçekleştirmede baskın olan kesim Dekonesler olmayıp, çoğu zaman dekonların gerisinde yer almışlardır (Sis Çelik vd, 2012: 255).

Hastane sisteminin şekillenmesiyle örtüşerek oluşup gelişen hemşirelik faaliyetleri ise, Roma Uygarlığı'nda Hristiyanlığın kabulü sonrasına denk gelmektedir. Doğu Roma İmparatorluğu'nun "Bizans" ilk Hristiyan hastanesi Büyük Basil zamanında kurulmuş olup, bu kurumda sağaltıcı pek çok sağlık hizmet unsurları gibi hemşireler de yerlerini almışlardır. Büyük Basil hastalara ve hekimlere yardım etmeleri için hemşireleri ücrelendirmiştir (Bakır ve Ülgen, 2017: 23). Hemşirelerin 4. asırda Büyük Basil tarafından ücretli sağlık personeli olarak istihdamı, modern

anlamda hemşirelik mesleğinin gelişiminde profesyonelleşme anlamında önem taşımaktadır. Sonuçta hemşireler gelire bağlanan bir çalışan zümre konumuna gelmiştir.

Dönemin genel karakteri özetlenecek olursa ilk çağlarda hemşireler, ölçüm standartları geliştirmiş, ortalama ilaç ölçüsü oluşturmuş ve hemşirelik bakımına ihtiyaç olduğunu vurguladıkları söylenmiştir. Kadınlar hemşirelik uygulamaları bölümlerinden olan beslenme ve hareket etmede yarım kalanlara destek, yaraların bakımı, ilaçların uygulanması, kişisel danışmanlık, hijyen ve rahatlık gibi hususlarda görev almışlardır (Dikmen, 2015: 4).

Hıristiyanlık dini Ortaçağ Avrupası'nda diğer kurumları etkilediği gibi hasta bakımını da etkilemiştir. Tek tanrılı dinlerde yardım etmek ibadet sayıldığından, hemşirelik faaliyetleri de bu dönemde saygı görmeye başlamış, hümanizmin gelişmesiyle iyi yönde ilerleme göstererek önemli gelişim sağlamıştır (Uysal, 2017: 26). Ortaçağ'ın ilk evrelerinde yaşanan karanlık çağın akabinde hemşirelik bakım hizmetleriyle ilgilenenler St. John Şovalyeleri olmuştur (Turan vd, 2011: 18). Haçlı Seferleri, doğu ve batı arasında kültür alışverişi sağlayarak Ortaçağ'ın sonlarında hasta bakımının gelişmesinde de etkilidir. Haçlı Seferleri esnasında Avrupalılar askeri düzenden oluşan bir idare sistemi kurmuşlardır. Kurmuş oldukları bu sistem, yara temizleme ve sarma hususunda becerikli şövalyelerden meydana gelmektedir. (Ökdem vd., 2000: 6). Bu dönemde şövalye ve askerlere bakım hizmeti verenler erkekler olmuştur (Alan ve Uğur, 2018: 2). Aynı zamanda ilk hastaneleri de kuran şovalye tarikat birlikleri Haçlı Seferleri döneminde (1090-1300) ön plana çıkmıştır. Bu birlikler hasta hacılarla Müslümanlarla savaşmak için gelen haçlı ordusundaki askerlere bakmakla ilgilenmişlerdir. Kendilerini hasta ve düşkün kardeşlerine bakmaya adayarak Avrupa geneline yayılmışlardır. Daha sonra da bu yayılan şövalye tarikat birliklerinin erkek ve kadınlardan oluşan hastane kardeşlik birliklerine dönüşümü gerçekleşmiştir (Dilik, 1988: 49-50).

Ortaçağ da hasta bakımı din kurumları etrafında da şekillendiğinden Hıristiyan yardımseverliği insan yaşamının değerli olduğu düşüncesiyle özleşleştirilmiştir. Yaşamın sürdürülmesi, korunması ve muhtaç olanlara yardım etmeye yönelik

eylemler kutsal ve değerli sayılmıştır. Buna karşılık bakım hizmetleri erkek hekimlerin gözetiminde kadın işi olarak görülmüştür (Gül, 2015: 7).

Kendini Tanrı'ya adayan kadın ve erkekler, fakir ve hasta bireylere, sahipsiz çocuklara bu kurumlarda bakım sağlamışlardır. Bu çağda yolcu ve hacıların yolculukları sırasında sığındıkları kervansaraylardan birincisi Paris'te kurulmuş ve "Tanrı'nın Evi" denilmiştir. Bu hastanenin açılmasında Haçlıların Arap ülkelerinden aldığı bilgilerle, hastalıklı ve sağlıklı kişilerin ayrı olması gerekliliği etkili olmuştur. Fahri görev sunan bu bakımevi ve otelse kadınlar tarafından kurulmuş ve hasta bakım ilkelerini Augistinian kız kardeşler tarafından oluşturulmuştur. Belli bir eğitim aldıktan sonra beyaz elbiseler giyip kep takmışlardır. Hastalara fiziki bakım sağlamak, ilaç uygulamak ve yaralarını temizlemek gibi işlemleri yapmışlardır. Bakım dışındaki sorumlulukları ise hastaların dinsel inançlarına yardımcı olmaktır. Hasta bakımı için kiliseler dışında da örgütler kurularak hastaların ayağına bakım götürülmüş ve ziyaretçi hemşirelik oluşturulmuştur (Ökdem vd., 2000: 6). 14. yüzyıla gelindiğinde hemşirelik faaliyetleri, hasta bakımı gerçekleştiirlmesinden bitkisel ilaç ve tedavi edici teknikler kullanılmasına kadar kapsamlı hizmet sunumunun köylülere yönelik gerçekleştirildiği tıbbi bakım ve sağlığın ana kaynağı haline dönüştüğü bir yapıya bürünmüştür (Orkun vd, 2017: 18).

2.1.2. Yeniçağ ve Yakınçağ'da Hemşirelik Mesleği

Bilim, sanat, kültür ve edebiyatta önemli mesafelerin katedildiği Rönesans ve dinde devrim olarak da ifade bulan Reform hareketleri, Ortaçağ sonrasında tıp alanında büyük gelişmeler katedilmesini beraberinde getirmiştir. Ancak tıp alanında yaşanan önemli gelişmelere karşılık, hasta bakımı ve hemşirelik alanındaki usta-çırak ilişkisine dayanan eğitimde ciddi gerileme yaşanmasını engelleyememiştir. Hemşireliğin karanlık çağı olarak isimlendirilen bu dönemde Protestanlığın hâkim olduğu Avrupa ülkelerinde Katolik kilisesiyle çok sıkı bağa sahip olan hemşirelik faaliyetleri de, hastanelerin kapanışıyla birlikte gerileme sürecini yaşamıştır (Kaysılı, 2006: 15). Dolayısıyla 16. Yüzyıl, hemşirelik faaliyetlerinde ciddi gerilemenin yaşandığı bir dönemi oluşturmuştur (Arslan, 2008: 59). Hasta bakımı ve hemşirelik faaliyetleri alanında şiddetli bir gerilemenin yaşandığı bu dönemde hasta bakımına sadece

Augustinian rahibeleri devam etmiş olup, diğer hemşirelik faaliyeti yürütenler hasta bakımı faaliyetlerini bırakmışlardır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 8).

17. yüzyıla gelindiğinde modern hemşireliğin cılız kıpırdanışlarıyla karşılaşılmaktadır. Fransız Papaz St. Vincent de Paul, kıtlıklar ve hastalıklarla boğuşan ülkede, yoğun ölümlerin hafifletilebilmesi için yoksul geniş kitlelere yönelik yardım faaliyetlerinde bulunmuş, 1633 yılında da Hayırsever Hemşireler Örgütü'nün (Sisters of Charity) kuruluşunu gerçekleştirerek kuruluşun başına Madam Le Grasy'i getirmiştir. Madam Le Grasy'nin yönetimindeki Hayırsever Hemşireler Örgütü'nde özel bir eğitim verilmesi sağlanmıştır. Papaz St. Vinsent de Paul, oluşturduğu kuruluş bünyesinde kurduğu okula kabul edeceği öğrencilerin kabiliyetli, ahlak sahibi ve yoksul hastalara bakma konusunda istekli genç kadınlardan oluşması koşulunu getirmiştir. Bu okulda okur-yazarlık ve hasta bakımı eğitimi verilmiştir. Hemşireler aynı zamanda mavi forma üzerinde beyaz yaka ve başlarına da beyaz büyük kep takarak hem hastanelerde hem de ikamet ettikleri yerlerde hastalara bakım hizmeti sunmuşlardır (Tepecik, 2006: 2). Fransa'da kendini adama yeminini eden ruhban zümre dışında kalan dindarların oluşturdukları derneklerde de hasta bakımı çerçevesinde hemşirelik faaliyetlerini yürüten rahibeler mevcuttur. Bu kapsamda Soeurs du Tiers-Ordre de Saint François ve Saint Dominique Menettes d'Auvergne Beates du Puy organizasyonları, Fransız ihtilaline kadar hemşirelik faaliyetlerinde bulunmuştur (Ponteil, 1980: 146).

St. Vincent de Paul dışında hasta bakım faaliyetlerinin büyük ölçüde azaldığı ve çoğu hastanenin de reform hareketleri sürecinde kapandığı bir ortamda, hastanelerde ciddi bir boşluk oluşmuştur. Sağlık hizmetlerinde yaşanan büyük boşluğun kapatılabilmesi için yeni hastanelerin kurulması ihtiyacı oluşmuştur. Bu ihtiyacı gidermek amacıyla kurulan yeni hastaneler, Katolik kilisesinin hayır amaçlı olarak kurup işlettiği hastanelerden farklı olarak tedavi ve bakım bedelinin alındığı ticarethanelere dönüşmüştür. Bu hastanelerde hasta bakıcı ve hemşire olarak ücret karşılığında erkek ve kadınlar istihdam edilmişler, ancak Katolik kilisesinin hayır amaçlı faaliyette bulunan hastanelerinde görev yapan Dekon ve Dekones'lerin aksine toplum nezdinde itibar görememişlerdir (Kaysılı, 2005: 16). İtibarsızlığın sebebiyse,

ticarethane niteliğinde kurulan yeni hastanelerde bakım işleri için ücretle istihdam edilenlerin, fabrikalarda dahi iş bulamayan ahlaki döküntü içerisindeki alkolik ve eğitimsiz kimselerden oluşmalarıdır, İşte bu sebeple dönem, hasta bakımında karanlık çağ / hemşireliğin karanlık çağı olarak isimlendirilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 8)

Sanayileşmenin hız kazandığı 19. yüzyıla kadar 3-4 asır boyunca süren hemşireliğin karanlık çağında hemşirelikle uğraşan kadınlara karşı toplum kötü gözle bakmıştır. Hemşireliğin karanlık çağında hasta bakım hizmetleri, zenginlere para karşılığında bakılması şekline dönüşmüştür. Bu dönemde devletse sağlık hizmetleri alanında herhangi bir sorumluluk almaktan ısrarla kaçınmıştır. Zamanla zenginler ve soylular, yoksul geniş kitlelerin de hastalanmaları durumunda sağlık hizmeti almaları gerektiğini savunmaya başlamışlardır. Zengin ve soylu zümreler, bu savunumlarıyla örtüşecek şekilde sağlık bilimleri ve halk sağlığı konularında katkı sağlamaya başlamışlardır. 19. yüzyılda Dickens gibi İngiliz düşünürler ve kimi zenginler, yeniden kiliselerin açılmaya başlamasının da etkisiyle yoksulları da kapsayacak hasta bakım faaliyetleri konusuna odaklanmışlardır. Daha sonralarıysa Kaiserwerth'de "Dekones örgütlenmesi" ismiyle Dekones olarak ifade edilen kadınlar, toplum yararına yönelik çeşitli faaliyetlerde bulunmaya başlamışlardır. Gerçekleştirdikleri sosyal faaliyetleri içerisinde de hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleri, büyük ağırlığa sahip olmuştur (Kaysılı, 2006: 16).

Kaiserwerth dakonesleri, dekones olmadan önce üç yıl süreli bir eğitimden geçirilmişlerdir. Üç yıllık eğitim müfredatları içerisindeyse önemli ağırlıkta hasta bakımı ve farmakoloji yer almıştır. Aynı zamanda Dekones adayı söz konusu öğrencilere, eğitim gördükleri süre boyunca öğrenim sürecindeki ihtiyaçlarını karşılamaları amacıyla cep harçlığı verilmiştir. Kaiserwerth dakoneslerinin faaliyet gösterdikleri yerlerse 120 yataklı hastane, kızlar için oluşturulmuş bir yetimhane, kadın mahkûmlar için oluşturulan bir gündüz okulu, normal eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirildiği bir okul ile ziyaretçi hemşirelik faaliyetlerinden oluşmuştur. Dekonesler toplum tarafından aynı zamanda Protestan hemşire olarak da tanınmışlardır. Bu hemşireler "Dekonesler" bölümler arasında nöbetleşe görev

değişikliğine de gitmişlerdir. Aynı zamanda da tıpkı St. Vincent de Paul'un dekoneslerinde olduğu gibi her birisinin standart üniformaları da mevcut olmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 9). Erkeklerin baskın olduğu hasta bakımı faaliyetleri de 19. yüzyılda modern hemşireliğin gelişimiyle birlikte kadınların ağırlıklı olduğu bir faaliyet alanına doğru dönüşüm göstermiştir (Dikmen ve Özarslan, 2015: 121). Bu bağlamda üç yıllık eğitime sahip ve sadece yardımsever kadınlardan oluşturulan Kaiserwerth dekoneslerinin faaliyetlerinin söz konusu dönüşümde ayrıcalıklı bir yere sahip olduğu görülmektedir.

1800'lerden itibaren batı tıbbının altın çağının başlamasıyla birlikte tıp alanında hemşirelik hizmetlerine olan talepte süratli bir artış yaşanmıştır (West vd, 2006: 1). Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısından itibaren hemşirelik faaliyetleri, artık bir meslek olarak yerleşmiştir (Gün ve Şahinoğlu, 2015: 31). Toplum nezdinde hemşireliğin tıbbi uygulamalarda işlevsel yardım sağlayıcı olduğu, Nightingale'in 1859'da yayınlanan notlarından sonra gerçekleşti (Santos ve Stainbrook, 1949: 49). Nightingale, yüksek ölüm oranlarının azaltılabilmesi için ölüm riskini arttıran uygulamaları değiştirmek için yoğun çaba sarfederek veriler oluşturup değerlendirmelerde bulunmuş, böylelikle de hemşirelik faaliyetlerine bilimsellik getiren bir lider özelliğine erişmiştir (Karabulut vd, 2019: 122). Tarih boyunca hemşirelik hizmetlerinde erkeklerin baskın olduğu veya kadınların erkeklerin yanında gerçekleştirdiği yapı, Nightingale'den sonra hemşirelikte baskın cinsiyetin kadınlar olmasına yol açmıştır (Çelik vd, 2012: 255). Dolayısıyla hemşirelik faaliyetlerinin meslek olarak toplumda yerleşmesinde Florence Nightingale'in çalışmaları son derece önemlidir. Nightingale hasta bakımının formal bir eğitime dayanan profesyonel bir meslek haline dönüşümünü sağlamış, böylece de yeni bir döneme giriş gerçekleşebilmiştir. Florence Nightingale hemşirelik faaliyetlerine başlamadan önce 1851'de Almanya'da Kaiserwerth'de Dekonesler ile birlikte çalışıp hasta bakımı yapan bu kişileri gözlemleme imkânına sahip olmuştur (Öner Yalçın vd, 2014: 7). Esasen Nightingale 1851'de Kaiserwerth'teki 3 aylık eğitimi öncesinde 1849'da aynı kurumda 2 hafta bulunmuş, daha önce de çeşitli tıp kurumlarını ziyaret etmiştir (Ellis, 2008: 404). Hatta o dönemde düşük ücretli, niteliksiz ve itibarsız bir meslek olması

sebebiyle annesinin karşı çıkmasına karşılık ilk olarak 1845 yılında Salisbury Hastanesi'nde hemşirelik mesleğini öğrenmeye gitmiştir (McDonald, 2010: 6).

Avrupa'da Nightingale ile zirveye ulaşan hemşirelik, ABD'den nede Avrupa'dan geçmiştir. Florence Nightingale'in yetiştirdiği hemşirelerden Dorothea Dix, Amerika'da Sivil Savaş sırasında hasta bakım hizmetlerinde denetleyici olarak görev yapmış, savaş süresince hemşirelerin toplum nezdindeki itibarının artışına katkıda bulunarak anaç 35-50 yaş grubunda ağırbaşlı ve eğitimli, üniformalı kadın profili çizerek Nightingale geleneğini ABD'ye taşımışlardır (Yalçın vd, 2014: 8). Amerikan İç Savaşı sırasında kadınlar erkeklerin yanında hemşire olarak görev yapmaya başlamışlar, savaşta yaralananlara bakım hizmeti sunmuşlardır. Savaşın (1861-66) bitimi sonrasında da kadınların hemşirelik hizmetlerine ilgileri sürmüştür (Kahraman vd, 2015: 112). ABD'ye 1880'lerde 5,5 milyon kişi göç etmiş olup göçmenlerin başta Almanya'dan olmak üzere 4 milyonu Orta Avrupa'dan gelmiştir. Son derece zor şartlarda gerçekleşen göç süreci, hastalıklara da yol açmış, 1889'dan itibaren ABD'ninde Evanjelik Hristiyan Dekones hastaneleri peşi sıra kurulmuştur (Rasche, 1984: 96). 1. Dünya Savaşı esnasında ve 1920'lerde Kızılhaç'ta 20 bin civarında Amerika'dan gelen hemşire görev yapmaya başlamıştır (Irwin, 2011: 80). 1941'den itibarense Amerikan ordusunda kadınların oluşturduğu Hemşire Birlikleri kurularak bu ülkede de hemşirelik mesleğinin bütünüyle kadınların hakimiyetine geçişi sağlanmıştır (Kahraman vd, 2015: 112).

2.1.3. 20. Yüzyılda Hemşirelik Mesleği

20. yüzyılın başlarında hemşirelik okulları ve hastaneler küçük ölçekli kuruluşlar olup tıp bilimi de hızlı ve karmaşık bir gelişim içerisinde değildi. Bu dönemde hemşireler gece gündüz yaşamlarını hastanelerde geçirirken toplumdan soyutlanarak yaşarlardı (Öztunç, 2013: 27). 1900' lü yıllardan sonra hemşirelik eğitimi hızlı bir şekilde gelişim göstermiş ve 1907 de profesör Mary Adelaide Nutting, üniversite düzeyinde eğitimin sürdürülmesi için öncülük etmiştir (Ünsal, 2017: 26). 1. Dünya Savaşı esnasında gönüllü hemşire örgütleri kurulmuş, bu örgütlere erkek ve kadınlardan oluşan 60.000 gönüllü hemşire başvurmuştur (Topuksak ve Kublay, 2010: 299).

Hemşireliğin bir meslek olup-olmadığı ile ilgili tartışmalar, 1900'lü yıllarda yoğunluk kazanmış olup kimi yazarlar meslek olarak kabul etmiş, kimileri yarı profesyonel meslek sınırında özelliğe sahip olduğunu savunmuş, kimileriyse güvenilir bilgi temelinden yoksunluk ve otonomi gibi meslekleşmenin ana unsurlarının mevcut olmadığına işaret etmiştir (Karadağ, 2002: 57). Hemşireliğin meslekleşmesinde eğitimde yaşanan gelişmeler önemli göstergeler içerisinde yer almaktadır. 1905 yılında ABD'de Minnesota Üniversitesi'nde hemşirelik alanında üniversite seviyesinde eğitime başlanmıştır. 1911 yılında ise American Hemşireler Birliği (ANA) kurulmuştur. ANA, hemşirelik mesleği ve uygulamaları konusunda çok önemli materyallerin ve yayınların oluşmasını sağlamış, hemşireliğin profesyonelleşmesi için kod ve standartlar oluşturmuştur. Çalışmalar sonucu eğitimini tamamlayan hemşireler için özel dal alanları oluşturulmuş ve geliştirilmiş, profesyonel hemşireliğin görevlerinin tanınması, işlevleri ve çalışma alanlarında saygınlığının korunması ve geliştirlmesi hususunda önemli düzenlemeler yapılmıştır. ANA' nın amacı; çalıştıkları işyerlerinde hemşirelerin hem genel huzurun sağlanması, hem ekonomik durumlarının geliştirilmesi ve hem de hemşirelik uygulamalarında yüksek standartların sağlanması olmuştur. Hemşireliğe gerçekçi ve pozitif bakış açısı sunmak amacıyla, kongreler düzenleyerek, sağlık bakımının düzenlenmesi için merkezler oluşturarak hemşirelik mesleğinin ve kamu faydasının gelişimini sağlamayı amaçlamışlardır. Günümüzde ANA'nın 2.9 milyon kayıtlı hemşire üyesi, 150 binin üzerinde dernek vb. üye kuruluşu bulunmakta, 54 kurucu dernekle çalışma faaliyetlerini yürütmektedir (THD, 2017:1).

1900' lü yıllarda hemşireliğin gelişmesine katkı sağlayanlar arasında Adelaide Nutting'in ayrıcalıklı yeri vardır. Nutting 1906 yılında hemşirelik eğitim statüsü ile alakalı araştırmasını ortaya koymuş, 1927' de ise Jean Broadhurst ve arkadaşları el yıkama işlemleri ile ilgili araştırma yaparak raporlamışlardır. Hemşirelik Eğitimi Çalışma Komitesi isminde bir grupsa 1923 yılında hemşire yöneticileri, öğretmenleri ve toplum sağlığı hemşirelerinin eğitim hazırlığı ile alakalı çalışmalarda bulunarak "Goldmark Raporu"nu yayınlamışlardır. Goldmark raporu ünüversite düzeyinde hemşirelik okullarının yaygınlaşmasına vesile olmuştur. Hemşirelikte ilk doktora eğitimi de 1923 yılında Columbia Üniversitesi'ne bağlı Teachers College'ta başlamış ve hemşire eğiticilerini mesleğe hazırlamak için akademik seviye belirlenmiştir. 1928

yılında hemşireliğin içinde bulunduğu aktivitelerle alakalı olarak Ethel Johns ve Blange Pfefferkorn tarafından bir çalışma yayımlanmıştır. Bu eser hemşireleri merkez alan ilk çalışma olarak kabul edilmektedir. 1930 yılına gelindiğindeyse "American Journal of Nursing" dergisi yayın hayatına başlamıştır (Karabulut, vd., 2019: 122).

ABD' de 1950'li yıllarda hemşirelik araştırmaları hız kazanmış, eğitim seviyesi artmış, devlet ve özel kurumlar tarafından finansal destek sağlanmıştır. 1957'de hemşirelik araştırmaları yapılmak üzere ilk hemşirelik birimi olan Walter Reed Ordu Araştırma Enstitüsü kurulmuştur. 1950'de ANA tarafından hemşirelik aktivite ve fonksiyonlarını araştırmak üzere beş yıllık çalışma başlatılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda ANA, profesyonel hemşireliğin yeterlilikleri, standartları ve fonksiyonları açısından kuramlar geliştirmiş ve halk sağlığı, psikiyatri, cerrahi, iç hastalıkları, kadın doğum ve çocuk hemşireliği gibi özgül branşlar üzerinde yoğunlaşarak bakım standartları oluşturmuştur (Karabulut, vd., 2019: 122). Hemşirelik eğitiminin gelişmesi hemşirelikte araştırma yapmaya imkan sağlamış ve 1952 yılında Nursing Research dergisi ilk kez yayın hayatına başlamıştır (Ünsal, 2017: 26). ABD'de 1953 yılında "hemşirelik Araştırma ve Bakım Enstitüsü" ve 1955 yılında ise "Amerikan Hemşireler Vakfı" kurulmuştur. 1957 yılında "Güney Bölge Eğitim Kurulu", Batı Eyaletler Arası Yükseköğretim Komisyonu" ve Yükseköğretim New England Kurulu" oluşturulmuştur. Hemşirelik süreci ve kavramsal sistem gibi konular 1960'lı yıllarda hemşirelik müfredatında görülmeye başlanmış, araştırmalar hemşirelik alanında hasta bakımı ve uygulamaları konusunda çalışmalara yönelinmiştir. 1965 yılında bu araştırmaların konferansının ilk kısmına ANA finansal destek sağlamış olup söz konusu destek günümüzdeki araştırmaların yaygınlaşmasında etkili olmuştur. 1960'lı yıllarda araştırmalar dünya geneline yayılmış, Finlandiya'da 1966 yılında "Hemşirelik Araştırma Enstitüsü" açılmış, 1979'da yüksek lisans ve doktora eğitimi verilmeye başlanmıştır. 1963'te "International Journal of Nursing Studies", 1967 de "Image" ve 1968 de "Canadian Journal of Nursing Research"dergileri yayın hayatına başlamıştır (Karabulut, vd., 2019:122).

Hemşirelik süreci basamaklarında da 1950'lerden itibaren gelişim kaydedilmiştir. 1950'lerde tanılama, planlama ve uygulamadan oluşan üç basamaklı süreç yapısına değerlendirme basmağı eklenmiş, 1967'den itibarense tanılama ile planlama arasına eklenen hemşirelik tanısı ile beş basamaklıya dönüşmüştür. Hemşirelik sürecine 1990'lardan itibarense hemşirelik tanısı ile planlama arasına hastada beklenen sonuçların sınıflandırılması (NOC) da eklenerek altı basamaklı yapıya dönüşüm gerçekleşmiştir (Erer vd, 2017: 3).

1980'li yıllara gelindiğinde hemşirelikte son 30 yılda kaydedilen eğitim ve uygulamadaki gelişmeler hemşireler için uzmanlaşmayı gerektirmiştir. Lisansüstü hemşirelik programları geliştirilmiştir (Ünsal, 2017: 26). 1980'ler dönemi hemşire liderleri tarafından, hemşireliğin profesyonel meslek sayılma şartlarını, tıbbi konuları inceledikleri ve eksik olan yönleri iyileştirmeye çalıştıkları bir dönem olmuştur (Gönç, 2015: 124). Mesleki bilgi birikiminin yetersiz olmasına bağlı olarak eğitim sistemiyle ilgili problemler, sadece hemşirelik hizmetleri tarafından mesleğin yürütülememesi, otonomiden yoksun meslek içi kopukluklar gibi sorunların çözümlenmesi ve mesleğin profesyonelleşmesi, hemşireler için konumunun yükseltilmesi ve özellikle hekimlerle aralarındaki hiyerarjiyi yeniden yapılandırmanın yolu olarak görülmüştür. Bu konuda özellikle ABD ve İngiltere'de gösterilen gayret, 1980'lerde ortaya çıkan "yeni hemşirelik" akımı ile güçlenmiştir (Gönç, 2015: 124). Hemşirelik eğitiminde reformlara dayanan bu akımla, ABD'de 'Project 2000' ismindeki programla hemşirelik müfredatı büyük ölçüde yenilenmiş, akademik şartlar yükseltilmiş, hemşirelik eğitiminin neredeyse tamamı 1990'lı yılların sonlarına doğru üniversite düzeyinde verilmeye başlanmıştır (Gönç, 2015:124). Yeni hemşirelik önderleri, hemşirelik mesleğinin otonomunun ancak 'birincil hemşirelik' kavramı ile yani hastanın bakımını ve ihtiyaçlarını merkeze koyarak yapılan işi tıbbı talimat ve görevlerden uzaklaştırarak sağlanacağını savunmuşlardır (Gönç, 2015:125).

Avrupa'da hemşirelik eğitiminin esasını, European Commission (EC) ve the Advisory Committee on Training in Nursing (ACTN) gibi kuruluşlar tarafından oluşturulmuştur. Avrupa hemşirelikte üniversite düzeyinde eğitim vermede yavaş bir ilerleme göstermiştir. İspanya'da 1989 yılında hemşireler için üniversite gerekliliği

düşünülmüş, İngiltere'de ise 1996 yılındav üniversite eğitimi verilmeye başlanmıştır (Topuksak ve Kublay, 2010: 299).

Ülkeler arasında hemşirelik eğitiminin içeriği de farklılık göstermiştir. Avrupa Birliği'ne bağlı ülkeler AB Yasasına bağlı kalarak, yasaları rehber olarak görmüşlerdir. Bu yasalara göre hemşirelik programları en az 2300 saat teorik ve 2300 saat pratik eğitimin verilmesiyle tamamlanmaktadır. Hemşirelik eğitimi laboratuvar teknisyenleri ve ebelerle aynı şekilde verilmekte, bu programın sonunda eğitim alan kişilerse meslek sahibi olmaktadır. Türkiye'deki eğitim sistemine göre daha az pratik içermektedir. Eğitim sisteminin yapısı, programın derecesi ve mezuniyet sonrası alınan meslek dereceleri arasında uygunluk da görülmemektedir. Tüm hemşirelik programlarını yüksek eğitim sisteminde birleştirmek amacıyla, Avrupa'da AB talimatlarına uyumlu, birleştirilmiş hemşirelik eğitim programı yaratılmaya çalışılmıştır. AB tarafından yapılan düzenlemelerde incelenen problemlere göz atıldığında, fakültelerde eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin uyum süreçleri ve hemşirelik işlevleri, rol çatışması yaşamaları, yetersiz akademik geçmişlerinin olması görülmekte olup temel hemşirelik programlarından mezun olanlarda ise uygulamalarda uyum düzeyi yükselmektedir. Teori ve uygulama açıklarının kapatılması amacıyla, müfredatların klinik ve teorik içerik yapısının güçlendirilmesi gerekliliğinin olduğu sonucuna varılmıştır (Topuksak ve Kublay, 2010: 299-300).

AB Konsey ve Parlementosu 1996'da hemşirelerin bilhassa halk sağlığı alanında eğitim, uygulama, bilgi ve sağlığın geliştirilmesi konusunda yetkinliklerini arttırmaya yönelik geniş bir program geliştirmiştir. Hemşirelik eğitimine sağlık bakımı alacak bireylerin dahil olmalarına rağmen, hemşirelik eğitim programları başka ülkelerin sağlık gereksinimlerini yansıtmamıştır. Hemşirelik eğitimi bütüncül ve bilimsel olarak görülmemiştir. Yapılan araştırmalara göre birçok AB ülkesinde halk sağlığı bölümünde mezuniyet sonrası eğitim bulunmasına rağmen bazı ülkelerde en düşük bakımda bile sorunların olduğu saptanmıştır. Avrupa'da 1997 yılında, halk sağlığı hemşireleri için profesyonel ve devamlı bir uygulama tasarısının geliştirilmesi amacıyla Permanent Committee of Nursing of the European Union (PCN) tarafından başvuru yapılmıştır. 1998 yılında başvuru kabul edilmiş ve 13 AB üyesi ülke bu teklife

dahil olmuştur. Bu kapamlı projenin öncelikli amacı; sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi alanlarındaki hemşireler içinde, halk sağlığı alanıyla bağdaşan bir bilgiye sahip olunmasıdır. İkinci olarak ise, sağlığı geliştirmek ve sağlık alanında yapılan gelişmeleri güçlendirmek amacıyla her ülkenin, kendi hemşirelerinin halk sağlığı alanında bilgilerinin geliştirmesini sağlamak amaçlanmaktadırr. Avrupa birliği içerisindeki hemşireler için hemşirelik eğitiminin gelişimi ve üye ülkelerdeki hemşirelerle tecrübelerini paylaşmaları için önemli amaçlar geliştirilerek her AB ülkesinin kendi ülkelerindeki kuruluşlarla işbirliği yapmaları teşvik edilmiştir (Topuksak ve Kublay: 2010: 302).

2.1.4. 21. Yüzyılda Hemşirelik Mesleği

2000 yılında Avrupa'da ki ebelik ve hemşirelik konumunu geliştirmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bakanları düzeyinde gerçekleştirdikleri 2. Hemşirelik ve Ebelik Konferansı sonunda 'Hemşireler ve Ebeler Sağlık İçin Bir Güç' başlıklı Münih Deklarasyonu'nu yayınlamıştır (Başaran ve Duygulu, 2014: 67). Bu deklerasyonda hükümetler:

- *Politika gelişimi ve yerleşmesinde ki tüm seviyelerde karar verici durumlarda hemşire ve ebeliğinde yer alması,*
- *Güçlüklerin belirlenmesi, daha yüksek hemşirelik ve ebelik eğitimi için sürekli eğitimler düzenlemek,*
- *Hemşireler, ebeler ve doktorlar için, daha iyi hasta bakımına ulaşmada daha işbirliği ve multi disipliner şekilde çalışılması için mezuniyet öncesi ve sonrası dereceleri beraber öğrenmeleri için fırsatlar yaratılmasının sağlanması,*
- *Uygulamalar için bilgi ve kanıta dayalılığın geliştirilmesi için araştırma ve bilgi kullanımının desteklenmesi,*
- *Aile odaklı toplum hemşireliği ve ebeliği programlarını desteklemek ve geliştirmek için fırsatlar aranması,*
- *Hemşirelerin ve ebelerin halk sağlığında, sağlığın geliştirilmesinde ve toplum gelişimindeki rollerinin genişletilmesinin sağlanması*

konularında ortak irade ortaya koymuşlardır (Topuksak ve Kublay, 2010: 301-302).

2000'li yıllarda İngiltere Sağlık Bakanlığı, hemşirelerin klinik işlevlerini artırma kararı alıp hekimlerle hemşirelerin işlevleri arasındaki karmaşayı bakanlık olarak üstleneceğini açıklamıştır. Bu doğurultuda bakanlık tarafından hemşirelerin röntgen ve kan testleri istemi gibi çeşitli teşhis prosedürlerinde, sonuçların yorumlanmasında, ilaç verilmesinde ve hastaların taburcu edilme süreçlerinde daha etkin güce sahip olacakları deklare edilmiştir (Gönç, 2015:125). Dolayısıyla Eski Türkler'deki şamanlar ile Kadim Hindistan'daki hemşirelerin hekime yaklaşan görev ve yetki genişlemesinin, binlerce yıl sonrasında güncellik kazandığı görülmektedir.

21. yüzyılın başlarında hemşirelikle ilgili yapılan araştırmalarda, sağlıkta bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği araştırmalarda artış yaşandığı dikkat çekmektedir. Hemşirelik alanında faaliyet gösteren araştırmacılar, biyolojik ve fizyolojik araştırmalar yaparak klinik kanıtlar geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Bunun neticesi olarak da kanıta dayalı araştırmalarda ciddi gelişmeler yaşanmıştır. Farklı hastalarla faklı zamanlarda yapılan araştırmalarla güçlü bilgi temeli oluşturulmuştur. Bu araştırmaklar gerçekleştirilirken de disiplinler arası işbirliğinde yoğunluk kazandığı verilerin geniş topluluklara yayılarak belirginleştiği görülmektedir (Karabulut, vd. 2019: 125).

21. yüzyılda hemşireliğin vizyonu bilimsel bilgi kapsamını ve beraberinde de kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını geliştirmiştir. Bu dönüşüm, Ulusal Hemşirelik Araştırmaları Enstitüsü'nün misyonuyla benzerlik göstermektedir. Bu misyon; hastaların hastalık zamanlarından sağlığa kavuşmalarına kadar geçen sürede takibini, hastalığa sebep olan faktörlerin azaltılması, sağlıklı yaşam şekillerinin iyileştirilmesini, kronik hastalığı olan bireylerin kaliteli yaşam sürmelerini ve palyatif bakım gibi kapsamlı bakıma ihtiyacı olan hastaların bakımlarını sağlamak gibi hedefleri oluşturup bilimsel araştırmaları desteklemeyi içermektedtir. Hemşirelik Araştırmaları Enstitüsü tarafından 2004 yılında yapılan "sağlığın iyileştirilmesi için yaşam biçimi davranışlarının değiştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için kronik hastalıkların etkilerinin yönetilmesi, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için etkili yöntemlerin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının yaşam sonu deneyimlerinin

iyileştirilmesi" konulu araştırmalar için yaklaşık 135 milyon dolar gibi son derece yüksek bir bütçe ayırmıştır. Sağlık bakım araştırmaları ve hedefleri için ayrılan bu bütçe, hastalıkların iyileştirilmesinin yanında hastalıklardan korunmaya kadar genişletilmiştir (Karabulut vd, 2019: 125).

Avrupa üniversitelerinde son yıllarda üniversite düzeyinde eğitimin artmasıyla topluma çok sayıda bilim insanı ve araştırmacı kazandırmıştır. Bu durum ise hemşirelik eğitiminde ilerlemeyi sağlamıştır. Hemşirelik uygulamalarına fayda sağlayacak teorik bilgilerin geliştirilmesi amacıyla Hemşirelikte Doktora Programları Avrupa Ağı (European Network of Doctoral Programmes in Nursing) oluşturularak hemşirelikte doktora yapan öğrenciler için yoğun programlar açılmıştır. 2000 yılının kasım ayında Avrupa'daki bilim insanlarının gelişmelerini destekleyerek üst seviyede araştırma ve başarıya sahip olmak amacıyla İtalya'nın Pedua kentinde formal olarak olarak Hemşirelik Bilimi Avrupa Akademisi (European Academy of Nursing Science/EANS) kurulmuştur (Karagözoğlu, 2005: 9).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından "Healthy People 2000" ve "Healthy People 2010" ve "Healthy 2020" belgeleri yayınlanmış, bu belgeler sağlığı yükseltme hedeflerinin ve araştırmaların görünürlüğünün artmasını sağlamıştır. "Healthy 2020" de adölesan sağlığı; kan hastalıkları ve güvenli kan transfüzyonu; demans; erken ve orta dönem çocukluk çağı; genom bilimi; küresel sağlık; lezbiyen, gay, biseksüel ve cinsiyet değiştirenlerin sağlığı; hasta bakımı kaynaklı enfeksiyonlar; yaşlı sağlığı; uyku sağlığı; var olmak ve sağlığın sosyal tanımlayıcıları konuları bulunmaktadır (Karabulut, vd. 2019: 125).

Günümüzde teknolojinin sağlık bakımında etkisi ve bilgide yaşanan artış, çoğu hemşirenin gün geçtikçe gelişen, uzmanlaşmış ya da ileri düzeyde uygulayıcı işlevlerde çalışmak istemelerine yol açmaktadır. Hemşirelik hizmetleri artık sadece yönetici hemşirelik, klinik hemşireliği birinci basamakta ve tedavi edici hizmetlerde ya da eğitim hemşireliği gibi genel olarak sınıflandırmalarla tanımlanamayacak kadar spesifikleşmiştir (Özpulat, 2016: 52).

Son 20 yıla bakıldığında hemşirelik biliminde hızlı ilerlemelerin yaşandığı görülektedir. Hemşirelik alanında sağlığı iyileştirme ve bireylerin iyilik hallerini sürdürmeye yönelik gerçekleştirilen araştırmaların hız kazanmasını sağlayıcı uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Hemşirelikte bilimsel araştırmanın amacı, doğruları bulmak ya da kuramları inceleyerek problemleri çözmektir. Hemşirelik mesleği kapsamında gerçekleştirilen nitel ve nicel çalışmalarda bakım verme ve bakım alma sürecinde yapılması gerekenler konusunda hemşirelere bilgi anlayış kazandırması öne çıkmaktadır (Karagözoğlu, 2005: 9).

Günümüzde ulusal ve uluslararası ölçekte hemşireliğin profesyonelleşmesi açısından sıkıntıların geçmişten beri devam edişi dikkat çekmektedir. Halen hemşireler rol tanımının belirsizliğinden dolayı doktorun yardımcısı olarak görülebilmekte ve kadının geleneksel bakım verici rolünün uzantısı gibi görülmesinin etkisinin devam ettiği, yapılan araştırma bulgularında yer almaktadır (Gönç, 2015:126).

2.2. Hemşirelik Mesleğinin Türk Toplumunda Gelişimi

Hemşirelik mesleğinin temelleri kadının anne şevkatinden kaynaklanan koruyucu özelliğiyle şekillenen bakım veren davranışlarına ve zor durumda kalanlara, çaresiz ve düşkünlere karşı dini ve vicdani duygularla yaklaşılmasına dayanmaktadır. Bu kapsamda şekillenen yaklaşımla bakım hizmeti sunulması, besleme ve sağaltıcı girişimlerde bulunulması söz konusudur. Dolayısıyla da modern anlamda hemşirelik mesleğinin köklerinin ev ortamında aranması gerektiği savunulmaktadır. Bakım, besleme, konfor sağlama ve yardım etmeyi içeren uygulamalar, geleneksel olarak hemşirelik mesleğinden beklenen hizmet sunumlarını oluşturmaktadır. Söz konusu hizmet sunumları ise gelenekselleştirilmiş kadın işi olarak kabul edilmektedir (Turan vd, 2011: 168).

Türk töresinin şekillendirdiği toplum düzeninin Orta Asya bozkır kültüründen, İslamiyetten ve göç edilip yerleşilen coğrafyadaki yerleşik kültürden birlikte etkilenerek şekillendiği görülmektedir. Bu noktada da kökenleri cumhuriyet öncesi dönemlere dayanan hemşirelik mesleğinin Türk toplumunda geçirdiği evreleri çok eski

dönemlere giderek günümüze kadar sınıflandırmak oldukça güçleşmektedir. Kabaca bozkır kültürünün hâkim olduğu ve kadınların da erkeklerle beraber savaşlarda yer alıp yüksek sosyal statüye sahip olduğu İslamiyet öncesi dönemde hemşirelik faaliyetlerinin, gayrimenkulde komünal mülkiyetin olduğu bir kır toplumunda cinsiyete dayalı olarak farklılaşmasının beklenmesi oldukça güçleşmektedir. Buna karşılık özellikle Geç Klasik Osmanlı döneminde hâkim olan dini taasupun yaşandığı bir ortamda da kadının nikâh düşmeyen hısım ve akrabaları dışındaki düşkün ve hastaların bakımlarında aktif şekilde rol almalarının da beklenmesi, fazlaca iyimserlik olacaktır. Sırf nikâh düşmeyeceği için Müslüman hekimlerin kadınlar üzerinde tedavi uygulamalarının red edilip başta Yahudiler olmak üzere gayri müslim tabiplerden hekimlik hizmeti alınmıştır (Çiftçi, 2015: 489). 17. yüzyıldan itibaren hâkim olan böyle bir taassup ortamının hakim olduğu bir evrede de kadın hemşirelerce sağlanacak bakım hizmetlerinin sunumunun gerçekleşmesi de son derece istisnai özellikte kalacaktır.

Bakım hizmetlerinin evde kadınlarla özdeşleşen bakıma dayandırılması noktasında küresel ölçekte yaşanan gelişimle Türk toplumunda hemşireliğin kökenlerinin birbiriyle örtüştüğü muhakkaktır. Ancak Osmanlı askeri düzeninde kadının hem kapıkullarında hem de tımarlı sipahilerde yer bulmayışı, hemşireliğin kadın işi olarak veya kadınların erkeklerle birlikte yürüttüğü bir faaliyet olarak ele alınmasını güçleştirmektedir. Dolayısıyla konunun cinsiyet temelinden arındırılmasıyla incelenmesi faydalı olacaktır. En azından 19. yüzyıla kadar hasta bakımı faaliyetlerinde cinsiyet temelli incelemeye gitmenin tercih edilmemesi ihtiyacı mevcuttur.

2.2.1. Osmanlı Öncesi Türk Toplumunda Hemşirelik Mesleği

Türkler, eski çağlardan beri sağlığa önem veren toplumların başında gelmiştir. Eski Türklerde tedaviyi uygulayan kişiler şamanlar olmuştur. Hasta olan kişiler Orta Asya Türklerinde bir çadıra konarak tecrit edilir, iyileşinceye ya da ölünceye kadar orada tutulurdu. Bu çadırlara yanlızca Şaman ya da Kam adı verilen rahipler girebilirdi (Bayram, 1982: 101). Şamanlığın geçmişi 20-30 bin yıl öncesine kadar dayandırılmakta olup şamanizmin din olup-olmadığı noktasının tartışmalı olması

sebebiyle din adamı/kadını olma fonksiyonundan sıyrılarak sağlık hizmet sunumunda bulunan ve gelir elde etmesi sebebiyle de profesyonel bir meslek olarak ele alınması yerinde olur (Çiftçi, 2017: 44). Chadwick (1996: 104) Türklerde haklarında oldukça az bilgiye sahip olunan demircilerle yabancı molla ve tüccarlar dışında mesleki yaşamın neredeyse tamamının şamanlara geçmiş olduğuna işaret etmektedir. Şamanların cinsiyeti konusunda ise ilk şamanların kadın olduğu, zamanla kadın şamanların yanı sıra erkeklerin de şamanlık yapmaya başladıkları ve hatta erkek şamanların günümüze kadar yaygın olarak kadın giysileri giydikleri vurgulanmaktadır. Erkek şamanların kadın giysisi giymeleri ise ilk şamanın kadın olmasından ve kadınlara doğaüstü güçler ve sağaltıcılık atfedilmesinde ileri geldiği savunulmaktadır (Bayat, 2010: 45-46).

Günümüzde Tarsus bölgesinde hastalık tedavisinde kendine özgü yöntemler uygulayan ve el verme ile olunan sağaltma ocaklarında her iki cinsiyetten de olunabilmektedir (Öger, 2010: 1232). Ancak erkek ocaklılar erkek hastalara, kadın ocaklılar ise kadın hastalara tedavi uygulamaktadırlar (Kaplan, 2008: 65). Şamanizmin günümüze ulaşan versiyonu olarak düşünüldüğünde, meslek olarak cinsiyete dayalı bir ayrışmanın olmadığı bir defa daha desteklenmektedir. Dolayısıyla bu noktada temel sorun kadın şamanların varolup olmadığı değil, şamanların hemşire fonksiyonu mu yoksa hekim fonksiyonu mu gördükleri noktasında kilitlenmektedir. Hemşirelik tarihine ilişkin literatürde genelde şamanlığa girilmektedir. Ancak net şekilde hemşireliğin Eski Türklerdeki kökenidir denilmemektedir. Dolayısıyla literatürde de bir kavram kargaşasının oluştuğu görülmektedir.

Aslında şamanlar Eski Türklerde hem profesyonel hemşireliğin ilk örnekleri olarak kabul edilebilir, hem de kabul edilmeyedebilir. Şayet geleneksel hemşirelikte hasta bakımı ile görev tanımlamasında sınırlama getirilirse, şamanlar hemşirelik mesleğinin kökenini oluşturmayacaktır. Ancak ebe-hemşireler örneğinde olduğu gibi şartlar zorunlu kıldığında hekim kontrolü dışında tedavi hizmeti de verme fonksiyonuna sahipse bu durumda şamanlık hemşirelik mesleğinin ilk kökenlerini oluşturacaktır. Dolayısıyla konu yazılı tarih öncesi evrelere uzandığından ve bakış açısına göre farklılaşabildiğinden tartışmaya açıktır.

Şamanların İslamiyet sonrasında günümüze kadar gelen şeklini oluşturan ocaklı sağaltıcıların tedavi hizmetlerini verirken cinsiyete göre ayrışması, daha önce de dikkat çekildiği gibi İslamiyet sonrasında hemşirelik faaliyetlerinin modern kökenlerini arama imkânını sınırlamaktadır. Tıpkı 17. yüzyıldan itibaren kadın hastaların tedavisinde dinen nikâh düşmeyen ve ağırlıklı olarak Yahudilerden oluşan gayrimüslim hekimlerden yararlanılmasında olduğu gibi, geleneksel tıp uygulamalarında da halen süren erkek ocaklıların erkek hastalara, kadın ocaklıların kadın hastalara bakması eklendiğinde geç dönem klasik Osmanlı döneminde günümüzdeki anlamıyla hemşirelik mesleğinin kökenlerini aramak güçleşecektir. Halbuki Hz. Muhammed (S.A.V.) yaşadığı asr-ı saadet döneminde yaralı ve hastalara bakan ilk Müslüman kadın cemiyetinin kuruluşu gerçekleştirilmiştir (Ökdem vd., 2000: 7). İslamiyet, insanları sınıflandırmadan yoksullara, düşkünlere ve yardıma muhtaç olan kişilere yardım etme düşüncesine sahiptir. Sağlığın korunması, hasta olanların bakımı ve tedavisi konusunda ayet ve hadisler bulunmaktadır. Bu doğrultuda insanlar arasında sosyal bağlılık güçlenmiş yardım etme duygusu gelişmiştir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013: 7).

2.2.2. Osmanlı Dönemde Hemşirelik Mesleği

Osmanlı döneminde sosyal yardım ve hasta bakımı faaliyetlerinde fahri olarak kadınlar görev almışlardır. Soylu kadınlar tarafından şifahaneler kurulmuştur (Ökdem vd., 2000: 7). Haseki, Manisa Tımarhanesi ve Tıp Okulu, Edirne Lepra, Süleymaniye Darüşşifası, Bezmi Alem Gureba hastaneleri örnek olarak verilebilir (Milli eğitim Bakanlığı, 2013: 9). Osmanlı döneminde modern anlamda nitelikli hasta bakımı konusunda hekimlik dışındaki sağlık personeli yetiştirmek amacıyla kurulan ilk eğitim kuruluşuysa, 1846 yılında Mekteb-i Tıbbiye içerisinde eğitime başlanan 2 yıl süreli ebelik kursudur. Daha sonra sağlık memuru yetiştirmek üzere 1910'da Zabıta-i Sıhhiye Mektebi'nin kuruluşu gerçekleştirilmiştir (Hızel ve Kumbasar, 2000: 1).

Kırım Savaşı zamanında 38 hemşiresiyle birlikte İstanbul'a gelen Florence Nighingale, Selimiye Kışlası'nda yaralı hastaların bakımından, iyileşmesinden, temizliğinden yemeklerinin pişirilmesine kadar geniş kapsamlı bakım hizmeti sunmuş, cepheye gitmiş, hastaların tedavi sürecinde sıkılmamaları için kitap, oyun, eğlence,

kahve, çay servislerini başlatarak psikolojik tedavi hizmeti de sunmuştur (Öztürk, 2002: 59-61). İngiltere'ye döndüğünde Kırım Savaşı'ndaki tecrübelerini yazıya dökmüş ve Nightingale Hemşirelik Okulu' nu açmıştır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 73). Nightingale, Kırım Savaşı sırasında askerlerin hastalık ve ölüm sebeplerini araştırmış, topladığı verileri pasta dilimi ve tablolarla anlatmıştır. Çevresel faktörler olan hijyen, solunum, su kirliliği, sıcaklık ve beslenme konuları üzerinde durmuş ve kişilerin sağlığına etkilerinin araştırılmasının önemini belirtmiştir (Karabulut vd., 2017: 1-2).

Türkiye'de modern anlamda hemşirelik 1. Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkmıştır. Türk kadınının çalışmasına engel olunduğu için hemşirelik mesleği ülkemizde geç gelişen bir meslek olmuştur. Hekimlik mesleğinin ilerlemesine rağmen sağlık alanında gelişmelerin olmasına karşın hastalara bakacak eğitimli hemşirelerin olmayışı bazı hekimlerimizi bu konuda çalışma yapmaya sevk etmiştir. Hasta bakımının yeterli olmaması sebebiyle 1911 yılı Trablusgarp ve 1912 Balkan savaşlarında ordudaki askerler büyük kayıplar vermişlerdir. Bu yaşanan zorluklar sonrası 1911 yılında Kızılhaç'ın Washington Kongresi'ne katılan Dr. Besim Ömer Paşa, Kızılay Derneği'ni (Hilal-i Ahmer) ikaz ederek ülkenin hemşirelik mesleğine olan ihtiyacını söylemiş ve bir hemşire mektebinin kurulmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. Kızılay Derneği bu konuda ilk kez İstanbul da Kadırga Hastanesinde altı ay zamanlı gönüllü hastabakıcı kursu için ödenek ayırmıştır. Dr. Besim Ömer Paşa'nın katkılarıyla bu kurs İstanbul'un en kültürlü ilgi görmüş ve Balkan Savaşıyla beraber Türk kadını hastanelerde çalışmaya başlamıştır. 1912 yılı ülkemizde hemşirelik mesleğinin ilk başladığı yıldır (Ökdem vd., 2000: 9).

Trablusgarp ve Balkan Savaşları sırasında bir meslek olarak hemşirelik ortaya çıkmıştır. Savaşlar sebebiyle Osmanlılarda erkek hastaların bakımında ilk kez kadınlar görevlendirilmiş ve toplum tarafından da kabul görmüştür. 1877 yılında sosyal amaçlı ilk sivil toplum örgütü olarak kurulan Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti birçok yayınında kadın hemşirelerin hasta bakımındaki önemini vurgulamış, 1913 yılında yayınladığı yıllıkta bir hemşire okulu açma düşünceleri ve savaş sebebiyle hasta bakımı konusundaki yaşanılan zorluklar anlatılmıştır. Kadınların hemşirelik mesleğine

davet edilmesi ve toplumun hemşirelik hususunda bilinçlenmesi amacıyla Dr. Besim Ömer Paşa tarafından Avrupa'dan ressamlar getirtilerek görevi başındaki hemşirelerin suluboya resimleri yaptırılmıştır. Hilal-i Ahmer Cemiyeti Saray tarafından önemseniyor kadın hemşireler destekleniyordu. Hemşirelerin mezuniyet törenlerinde saray ve devlet önderleri katılarak mezun olanlara iftihar madalyası takılmıştır (Demirsoy, 2014: 96-99).

Savaş sırasında sağlık hizmetlerinin çoğu cepheye koşan kadınlar tarafından gönüllü olarak verilmiş, kadınların büyük kesimiyse köklü ailelerden gelen eğitimli ve kültürlü hanımlardan oluşmuştur. Van Valisi Tahsin Uzel Bey'in eşi olan Mediha Hanım, yaralı olarak getirilen askerlerin durumunu görünce Doğu Cephesine Hilal-i Ahmer hastanesi kurulmasına önderlik etmiştir. Mediha Hanım, hastanenin kurulmasıyla yetinmeyip uzun çizmeler giyerek Dr. Asaf Derviş Paşa'nın denetimindeki hastanede yaralı askerlerin bakımını üstlenmiştir (Akgün Karal ve Uluğtekin, 2002: 170).

Savaşın sonuna kadar kurslar devam etmiştir. Birçok fedakar Türk kadını Kurtuluş Savaşı sırasında hizmet vermiştir. Bu kadınlardan en önemlisi ilk Türk hemşiresi olan Safiye Hüseyin Elbi'dir. Besim Ömer Paşa ile çalışmalarda bulunarak büyük hizmetler sunmuştur. Çanakkale ve Balkan Savaşları sırasında gönüllü olarak yaralı ve hastaların bakımını üstlenmiş, Hilal-i Ahmer Cemiyeti'ni Avrupa da temsil etmiştir (Demirsoy, 2014: 96-99). Bu kurslara katılan kadınlar arasında, Safiye Hüseyin, Kerime Salahor, Münire İsmail de vardır. Balkan Savaşı'nda bozguna uğrayan ordu son direnme cephesini Çatalca'da oluşturmuş, burada ve Trakya' da yaralanan askerler trenlerle Sirkeci Garına taşınmıştır. Bu dönemde birde kolera salgın haline gelmiştir. İstanbul'daki hastanelerde ve oluşturulan seyyar hastanelerde çalışanlar, yaralı askerlerin bakımında ve kolera ile mücadelede özveriyle çalışmışlar, ellerinde geleni yaparak büyük fedakarlık göstermişlerdir (Özçelik, 2017: 360). Kızılay tarafından 1912 yılında açılan kursu bitirerek Çanakkale Savaşlarına gönüllü olarak katılan Safiye Hüseyin, Balkan Savaşlarında görev yaptığı için Çanakkale'de yaralı askerlerin bakım ve tedavisi için hazırlanan Reşit Paşa Vapurunda başhemşire

olarak görev yapmış, Reşit Paşa Vapurundaki hizmetlerinden dolayı da kırmızı şeritli harp madalyası kazanmıştır (Demirsoy, 2014: 96-99).

Balkan Savaşları sırasında gönüllü olarak hemşirelik yapan kadın kahramanlarımızdan bir diğer önemli isimse aynı zamanda Atatürk'ün çocukluk arkadaşı olan Aziz Haydar Omur (1881-1956) olup, İstanbul da Topkapı Fukaraperver Cemiyeti'nin kurduğu seyyar bir hastanede bir yıl görev yapmıştır. Aziz Haydar Hanım, 2. Meşrutiyet döneminde Beyazıt'ta mecelle hocası Haydar Molla'nın konağını kiralayarak "ANA" isimli okulu kurmuştur. Aile hatırası eşyalarını satarak masraflarını karşılamış ve hiç kimseden yardım istememiştir. Eğitim alanında önemli faaliyetlerde bulunan Aziz Haydar Hanım, çeşitli yardım kuruluşlarında görev almış, çocuklara yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunmuş, kadın haklarının önemli savunucularından birisi olmuştur. Balkan savaşları sırasında tecrübesi olamamasına rağmen hizmetten kaçmamış hemşire olarak görev yapmıştır. Hilâl-i Ahmer Cemiyetinin ilk kayıtlı üyelerinden biridir. Balkan Savaşlarında bir yıl, Çanakkale'de on ay; Kurtuluş Savaşı'ndan, Sakarya Harbi'nin başından büyük zaferin sonuna kadar gönüllü olarak hizmet vermiştir (Özen, 2018: 36-47).

Türkiye'de cumhuriyet öncesi dönemde hemşire varlığının ne denli sınırlı kaldığı, dönemin diğer devletlerindeki hemşire sayılarıyla karşılaştırıldığında açıkça görülmektedir. Osmanlı İmparatorluğu'nda Birinci Dünya Savaşı boyunca hastanelerde hasta bakımında görev alan personel sayısı 284 iken aynı tarihlerde Almanya'da görev yapan personel sayısı 67,034'ü kadın olmak üzere toplam 178,053 kişidir. Bu sayı Macaristan'da dahi 12 bin gönüllüye ulaşmıştır (Yılmaz Gören ve Yalım, 2016: 40).

2.2.3. 1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Hemşirelik Mesleği

Cumhuriyetin ilanından sonra diğer birçok alanda olduğu üzere, sağlık alanında ve onun bir kolu olan hemşirelik alanında da hızlı gelişmeler yaşanmış, hemşirelik mesleği de gerçek nteliğine kavuşmuştur. Hemşire, ebe ve hastabakıcı kavramları 1924 yılından itibaren birbirinden ayrılmış, eğitim şekilleri farklılaşmıştır. 1923 yılında Sağlık Bakanlığı tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru

ve 136 ebe ile göreve başlamıştır. 1935 yılında ise hekim sayısı 1625 e, ebe sayısı 400'e, sağlık memuru sayısı ise 1365'e yükselmiş ve ilk zamanda hiç kaydı olmayan 202 hemşire kayda girmiştir. 1940 yılına gelindiğindeyse dışarıdan getirilenler de sağlık personel arzına dahil edilerek hızlı bir gelişim yaşanmış, bunun neticesinde de hekim sayısı 2378'e hemşire sayısı ise 405'e yükselmiştir (Metintaş vd., 2013: 108).

Kurtuluş Savaşı sırasında ülkemizde hemşire eksikliğinin sıkıntılarını yaşayan Prof. Dr. Besim Ömer Akalın ve beraberinde bulunan kurul, İstanbul'da 1924 yılında düzenlenen Kızılay Kongresinde söz konusu hemşire açığını kapatmak amacıyla Kızılay tarafından hemşire okulu açılmasına karar vermiştir (Metintaş vd., 2013: 108). 21 Şubat 1925'te Kızılay Hemşire Okulu açılmıştır. Okul müdürlüğüne de Gureba Hastanesi baştabibi Dr. Ömer Lütfi Eti getirilmiştir. Dr. Ömer Lütfi Eti, öğrencilerin staj yapacakları Gureba, Haseki ve Cerrahpaşa Hastanelerine yakın olan Kazasker Ali Bey Konağını okul haline getirmiştir. Okul yönetmeliğindeki önemli maddelerden bazıları eğitimin ücretsiz oluşu, öğrenim esnasında öğrencilere harçlık verilmesi, okulun tüm harcama maliyetlerini Kızılay'ın karşılaşması ve öğrenim süresinin 2 yıl 3 ay olması olarak sıralanabilir. Okuldaki ilk üç ay ve hastanelerdeki deneme sürelerini başarılı geçirenlerin kesin kayıtları yapılmış, eğitimler hekimler tarafından verilmiştir. Hemşirelik tekniği dersini ise Gureba Hastanesi'nin Alman kökenli başhemşiresi vermiştir. Kızılay genel başkanı olan Refik Saydam 1929 yılında Rockefeller Vakfına başvurarak hemşirelik hususunda bir danışman da talep etmiştir. Danışman olarak görevlendirilen Miss Crovell, Kızılay Hemşirelik Okulu'nda uygun tetkikleri yaptıktan sonra Kızılay yönetimine sunmak için bir rapor hazırlamıştır. Raporda okulun örgüt ve idarecilik yönünden kusursuz olduğu ifade edilmiş ve şu önerilerde bulunulmuştur (Metintaş vd., 2013: 108-109).

1. Hemşire adaylarının en az ortaokul mezunu olması,
2. Eğitim süresinin iki yıl altı aya çıkarılması
3. Altı aylık hazırlık döneminde matematik, tarih, coğrafya, ev idaresi ve yurt bilgisi derslerinin verilmesi şeklindedir.

1929 yılında okul müfredatında bu rapora dayanılarak çeşitli değişiklikler yapılmıştır (Ökdem vd., 2000: 5-11). Yapılan bu değişikliklerse şunlardır:

1. **Deneme sınıfı:** tarih, coğrafya matematik, yurt bilgisi ve ev idaresi,
2. **Birinci sınıf:** anatomi, bakteriyoloji, hijyen, fizyoloji, hemşire tekniği, fizik, kimya
3. **İkinci sınıf:** iç hastalıkları, salgın hastalıklar, dış hastalıklar, ameliyathane tekniği, çocuk bakımı, doğum, farmakoloji, diyet (Metintaş vd., 2013: 108-109).

Ömer Lütfü Eti, 1936 yılında müdürlük görevinden ayrılarak yerine Amerikalı Miss Hazel Avis Goff getirilmiştir. Okulun eğitim ve idari işlerinde bu dönemde değişiklikler yapılarak eğitim süresi üç yıla çıkarılmış, en az ortaokul mezunu olma zorunluluğu getirilmiş ve okul formalarına kep eklenmiştir. 1937 yılından sonra mezuniyet sınavları devlet sınavları olarak değiştirilmiş ve mezuniyet törenleri düzenlenmeye başlanmıştır. 1974 yılında okul kolej haline getirilerek eğitim süresi 4 yıla çıkarılmıştır. Kızılay Hemşirelik Okulu dışında Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı Gülhane Askeri Tıp Akademisi bünyesinde 1939 yılında bir Askeri Hemşirelik Okulu açılmıştır. İstanbul Erenköy' de 1943 yılında Verem Savaş Derneği tarafından tüberküloz hemşiresi yetiştirmek için bir hemşirelik okulu daha açılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 1946'da Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Hemşire Okulu ve ardından da 1949 da Ankara da Hemşire Okulu kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 1952'de İzmir, Erzurum, Samsun, Trabzon ve Sivas'ta da hemşire okulları açmıştır (Metintaş vd., 2013: 108-109).

Kadınlar Cumhuriyetin ilan edilmesiyle güç kazanmaya başlamıştır. Atatürk Türk kadınının ekonomik hayatta, bilim, ahlak ve toplumsal konularda erkeklerle eşit konumda ve eşit şartlarda olmasını istemiştir. Kadınlara seçme ve seçilme hakkının verilmesi, medeni kanunun kabulü gibi düzenlemelerle kadınlar sosyal haklarını elde etmeye başlamıştır. Böylelikle kadınlar ekonomik bağımsızlığını ve karar verme hakkını kazanmış, geleneksel ev kadını rolünün dışında erkekler gibi meslek sahibi olmuştur. Öte yandan 1954 yılında yayımlanan Hemşirelik Kanunu erkeklerin de hemşire olarak eğitim görmelerine imkân vermeyen bir yasal düzenleme içeriğine sahip olmuştur. Bu yasa kesintisiz elli yıldan fazla zamanda yürürlükte kalmış, bu süre içerisinde hemşire kaynağı sadece kadınlar olmuştur. Bugünün ihtiyaçlarına cevap

vermediği ve hemşireliğin meslekleşmesine engel olan ‘bir kadın mesleği’ maddesini gerekçesiyle, resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişikliğe Dair Kanun” ile Ocak 2007 tarihinde bu kanun değiştirilmiştir. Bu yasal düzenleme ile hemşirelik mesleğinde cinsiyet ayrımı ortadan kalkmış ve böylece erkekler de günümüzde hemşire olarak mesleğin bir üyesi olmuştur. Türk toplumu da erkekleri hemşire olarak kabul etmeye başlamıştır (Turan vd., 2011: 170).

Türkiye’de hemşirelik eğitiminin yükseköğrenim düzeyinde başlamasının sebebi bir ihtiyaçtan çok Florence Nigtingale Hemşirelik okulları ve Vakıfları gibi kurumların etkisi belirleyicidir. 1950’li yıllarda lisans ve yükseklisans eğitimi görmek üzere Amerika Birleşik Devletleri’nin Kolombiya Üniversitesi’ne 12 öğrenci gitmiş ve ABD hemşirelik modellerini öğrenen bu hemşireler Türkiye’ye dönüşlerinde ABD hemşirelik modellerine dayalı hemşirelik programlarını kurmuşlardır (Ergöl, 2011: 153).

Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi veriliyor olması günümüzde, hemşirelik rollerinde ve kavramında büyük değişim sağlamıştır. Eğitim hastaneleri dışında kalan sağlık kurumlarında hemşireler pasif konumda tutulmasına rağmen hemşirelik kavramı, eski dar ve pasif kalıptan bilimsel uygulamaların artmasına paralel olarak olması gereken konuma doğru ilerleme içerisindedir. Bu ilerleyişin ana kaynağı olaraksa, üniversite düzeyinde eğitimin verilişi gösterilebilir. Türkiye’de ilk Hemşirelik Yüksek Okulu, 1955 yılında Ege Üniversitesi’nde açılmıştır. Bu okul, Türkiye’de olduğu gibi Avrupa’ da da ilk hemşirelik yüksekokulu olma özelliğine sahiptir. Ege Üniversitesi sonrasında Avrupa’ da ilk hemşirelik yüksekokulu ise 1965 yılında İngiltere’de açılabilmiştir. İstanbul’da Florence Nightingale ve Ankara’da Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulları, Ege Üniversitesi’ni takiben 1965 yılında açılmışlardır (Metintaş vd, 2013. 108-109).

2.2.4. 1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Hemşirelik Mesleği

Hemşirelik eğitiminde 1980 yılına kadar lisans düzeyinde eğitim veren kurumlar sınırlı sayıda kalmıştır (Korkmaz, 2011: 61-62). 1982’den sonra hemşirelik yüksekokullarının sayısı her geçen gün artış göstermiştir. Sosyoekonomik durumları

orta seviyede olan ailelerin kızları, hemşireliğin kolay iş imkânı bulması ve eskisi gibi toplum tarafından olumsuz görülmemesi nedeniyle hemşirelik mesleğini seçmeye başlamışlardır. Toplumun talebiyle ve sağlık meslek gruplarının izniyle hemşirelik yüksekokullarının sayısı hızlı artış göstermiştir (Ulusoy, 1998: 5).

1982 yılında Cumhuriyet Üniversitesi ile Atatürk Üniversitesi'nde hemşirelik yüksekokulları kurulmuştur. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) bünyesinde Hemşirelik Yüksekokulu kurulmuş ve 'teğmen hemşire' olarak Türkiye'de kadınların orduya girmesini sağladığı için ayrıcalıklı öneme kavuşmuştur. Bu okul 1997-1998 yılında sivilleştirilmiştir. Bu değişiklik sebebinin askeri bir rütbeyle hemşirelerin güçlü olmasının istenmemesi olduğuna işaret edilmektedir. GATA'dan sonra 1993'de Marmara Üniversitesi, 1994'de Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır (Ulusoy, 1998: 5). Türkiye'deki hemşirelik alanında lisansüstü eğitimde ilk kez 1968 yılında bilim uzmanlığı ve 1972 yılında doktora programı Hacettepe Üniversitesi'nde açılmıştır (Korkmaz,2011: 61-62).

Lise ve yüksekokul şeklinde iki seviyede hemşirelik eğitimi verilirken 1985 yılından sonra üçüncü bir eğitim seviyesi olan süresi iki yıl olan "sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları" hemşirelik programları açılmıştır. Bu düzeyin açılma sebebi eğitilmiş hemşireye duyulan ihtiyaçtan olmayıp hemşirelik yüksekokullarını kazanamayan öğrencilere okullar oluşturmak amacından kaynaklanmıştır. Üç ayrı düzeyde görülen hemşirelik eğitimine rağmen bütün mezunlara hemşire ünvanı verilmesi, yetki, sorumluluk ve görev verilmesi gerek hemşireler arasında gerekse öğrenci hemşirelerde problemlere yol açmıştır. Mesleksel birlik oluşturulamamıştır. 1980'li yıllarda özellikle politikacılar tarafından seçim yatırımı amacıyla sağlık meslek liseleri açıldığı için sayıları artmıştır. Vatandaşlar maddi durumları iyi olmadığı için ücretsiz yatılı olarak eğitim veren ve Sağlık Bakanlığında iş bulma imkânı olduğu için kızlarını bu okullarda okutmuşlardır. Türk Hemşireler Derneği, "hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olması" amacıyla Türkiye'de bir ilki gerçekleştirerek gösteri yürüyüşü düzenlemiş ve ükenin dört bir yanından gelen hemşireler bu yürüyüşe katılmıştır. 1992-1996 yılında Sağlık Bakanlığı ve Yüksek

Öğrenim Kurulu arasında düzenlenen protokolle, Sağlık Bakanlığı hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu eğitimlerinden vazgeçerek lisans düzeyde olması şartıyla üniversitelerde yapılmasını onaylamıştır (Ulusoy, 1998: 5-6).

Hemşire liderleri tarafından hemşirelik bir meslek olarak görülmekte olup kendisine ait bir otonomisinin olması gerekliliği savunulmuştur. Yüksekokulların kurulmasıyla hemşireler araştırma ve incelemeler yapmaya, kitap ve makaleler yazmaya başlamışlardır. Gelişmiş ülkelerde hemşirelik ayrı bir disiplin olarak meslekleşmesine rağmen Türkiye'de hemşireliğin meslekleşme çabası devam etmektedir (Baykal, 1994: 133).

Hemşirelik mesleğinin işlevi ve sorumlulukları, ekonomik ve sosyal yönleri, eğitimi toplum tarafından halen tanınmamıştır. Toplumun gözünde hemşirelik doktorun yardımcısı konumunda, tansiyon ölçen, kan alan kişiler olarak bilinmekte ve üniversite eğitimi aldıkları çoğu kesim tarafından bilinmemektedir. Oysaki hemşirelerin vazifelerini yapamadığı durumda ülkede hastalık ve sağlık oranlarının kötüye gitmesi olasıdır. Aile planlaması konusunda hizmet verilememesi durumunda, nüfus planlaması problemi, anne-bebek ölümlerinde artış, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, tıbbi ve cerrahi asepsi ilkelerine bakım sırasında uyulmaması gibi birçok örnek verilebilir. Bu sebepten dolayı hemşirelerin toplum için önemli olduğu anlaşılmaktadır. Hemşirelik eğitimcileri ve kuramcıları tarafından son 30 yıldır hemşireliği akademik bir disiplin haline getirmek için hemşireliği kolej eğitiminden üniversite düzeyinde eğitim kurumlarına dönüştürmeye çalışılmıştır. Bu çabalar sonucunda hemşirelikte uzmanlık alanları oluşmuş, lisansüstü eğitim ve diploma veren bilimsel disiplin haline gelmiş ve sağlık bilimleri içinde yer almaya başlamıştır. 2000'li yıllarda ise halen hemşireler toplum tarafından "doktorun isteklerini yerine getiren ve doktorun söylediklerini yapan" bireyler olarak tanımlanmış, doktorlar tarafındansa "doktorun sağ kolu" tanımlaması doğru bulunmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalarda toplum hemşireyi; "doktorun isteklerini yapan, hemşire doktorun söylediklerini yapar, iğne yapar, tansiyon ölçer, ateşe bakar" şeklinde tanımlamışlardır. Yapılan bir başka çalışmada ise doktorlar hemşireleri sağlık hizmetleri konusunda doktorun yardımcısı olarak tanımladıkları ve "doktorun sağ

kolu" tanımının doğru olduğunu ifade etmişlerdir. Lise düzeyi eğitim görmüş hemşireler ise "hemşire doktorun sağ kolu" tanımını "hemşirenin değerini gösteren olumlu, güzel bir iltifat" şeklinde kabullenmiştir. Lisans eğitimi almış hemşirelerse bu tanımı doğru bulmamışlar "*hemşire kendi topladıkları verileri yorumlayarak, saptadığı hemşirelik tanılarını ele alarak hemşirelik uygulamalarını yerine getirir ve değerlendirilmesini yapa*r" tanımını kabul ettiklerini ifade etmişlerdir (Eşer vd. 2017: 275-277).

Yapılan birçok çalışma göstermektedir ki hemşirelik mesleği toplum için gerekli ve önemli bir meslek olmasına rağmen toplumun mesleğe bakış açısı öğrencilerin bu mesleği seçme konusunda sıkıntı yaşamasına sebep olmaktadır (Tunç Çıtak vd., 2010: 28). Hemşireliğin toplum içinde imajının yanı sıra tartışılan bir diğer konu ise hemşireliğin meslek olup olmadığına yöneliktir. Birçok hemşire yazarlar tarafından hemşireliğin meslekleşme süreci içinde başardığı yolu anlatmaya çalışsa da halen hemşireliğin meslek olup olmadığı tartışılmaktadır (Korkmaz, 2011: 6). Tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de, hemşirelik, ilgi ve yetenek doğrultusunda seçilmelidir. Hemşirelerin mesleğinde gelişmesi ve başarısı yönünden bu yöntem son derece önemlidir. Toplumlar meslek seçimi konusunda incelendiğinde en fazla gelir getiren ve en çok güç, beceri ve yararlılığa sahip olan mesleklerin daha fazla seçildiği görülmüştür. Oysaki meslek seçiminde yetenek göz önünde bulundurulmamaktadır. Mesleğe isteğin fazla olması en iyilerinin seçilmesini sağlayarak mesleğin, güçlenmesi, gelişmesi ve toplumda daha fazla değer sahibi olmasını sağlayabilir. Hemşirelik mesleğini yaparken bireye sağlayacağı doyum beraberinde başarıyı getirecektir (Uyer, 1990: 480-481).

Hemşirelik önderleri tarafından bir meslek olarak görülmekte ve kendisine ait bir otonomisinin olması gerektiği savunulmaktadır. Yüksekokulların kurulmasıyla hemşireler araştırma ve incelemeler yapmaya, kitap ve makaleler yazmaya başlamışlardır. Gelişmiş ülkelerde hemşirelik ayrı bir disiplin olarak meslekleşmesine rağmen Türkiye'de hemşireliğin meslekleşme çabası devam etmektedir (Baykal, 1994: 133). Hemşirelik önceki dönemlerde düşünen bir meslek olmadığı için, verilen görevleri yerine getirmiş ve yapılan uygulamalara yardım etmiştir. Günümüzde ise,

hemşirelik yetiştirilme kavramından eğitime, teknik konulardan bilimsel sürece doğru evrilmeye yönelmiştir (Şenyuva, 2016: 60). Sonuç olarak hemşireliğin ve eğitim sürecinin tarihsel gelişimi incelendiğinde; politik, ekonomik ve sosyokültürel faktörlerden, kadının toplum içindeki yerinden, teknolojik ve bilimsel gelişmelerden ve eğitim süreçlerinden etkilendiği görülmektedir (Taşocak, 2012: 21).

Sağlık kurumlarının 21. yüzyılda ortak hedefleri tüm topluma daha iyi hizmet ve sosyal bakım vermek olmasına rağmen haleen çelişkilerin söz konusu olduğu görülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi konusunda tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesine rağmen maaliyetin artması sonucu bakım hizmetlerini sıkıntıya düşürmektedir. Tüm dünyanın ortak problemi olan hemşire açığı, hemşireleri daha kısa sürede, fazla görevi yerine getirmeye zorlamakta ve iş güvenliğini tehdit eden sözleşmeli hemşire alımı yöntemine başvurulmaktadır. Öte yandan hemşirelik bakımının bilimsel çerçeve de planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi konusunda rehberlik etmekte, bakımın kalitesini yükseltmektedir. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelerin bağımsız kararlar alabileceği yeni hemşirelik rolleri çeşitlenmektedir (Bodur, 2015: 33-34).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. HEMŞİRELİKTE BÖLGESEL UZMANLAŞMA VE SOSYOEKONOMİK GELİŞMİŞLİK İLİŞKİSİNİN ANALİZİ

3.1. Çalışmanın Amacı

İstihdamda bölgesel uzmanlaşma ile sosyoekonomik gelişmişlik arasında

a) İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olup-olmadığının tespit edilmesi;
b) İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varsa söz konusu ilişkinin yönünün pozitif mi yoksa negatif mi olduğunun tespit edilmesi;
c) İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varsa söz konusu ilişkinin şiddetinin tespit edilerek yorumlanmasıdır.

3.2. Uygulama Aşamaları ve Kullanılan Veriler

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistik analizler iki farklı istihdamda bölgesel uzmanlık düzeylerini tespite yönelik gerçekleştirilen uzmanlık katsayısı hesaplaması ve yine iki ana aşamada yapılan korelasyon analizlerinden oluşmaktadır. İki ana aşamalı uygulama sürecini sırayla beş aşamaya bölmek mümkündür. Buna göre analiz süreçleri şu sıralamayla gerçekleştirilmiştir:

1. Aşama: Bütün sağlık çalışanlarına göre hemşirelik ve ilişkili[1] mesleklere göre istihdamda bölgesel uzmanlaşma düzeylerinin tespitinde kullanılacak altı meslek ve meslekler bileşenleri için 81'er tane olmak üzere 486 adet uzmanlaşma "lokasyon" katsayısının Excel'de hesaplanıp raporlanması.

[1] Ebeler, aynı zamanda ebe hemşire olarak kabul edilmekte olup, hemşirelik içerisinde ihtisas alanı özelliği göstermektedir. Bakım hizmetinin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasındaki anne ve yenidoğan sağlığını korumaya yönelik olan versiyonunu oluşturmaktadır. Sağlık memurluğu ise 2007'ye kadar hemşirelik mesleğine girişin sadece kadınlara açık olduğu evrede, hemşirelerle aynı fonksiyonu gören ve cinsiyet ayrımı olmayan versiyonunu oluşturmuştur. Nitekim hemşirelik mesleğinde cinsiyet ayrımını kaldıran 2007 yılındaki kanun değişikliğine eklenen geçici maddede de talepleri halinde hemşire statüsüne geçebileceklerine yer verilmiştir. Bu sebeple hemşire, ebe ve sağlık memurluğu meslekleri temelde özdeş meslekler olma özelliğindendir.

2. Aşama: Birincil iş piyasasında formel olarak istihdam edilen bağımlı çalışan bütününe göre hemşirelik ve ilişkili mesleklere göre istihdamda bölgesel uzmanlaşma düzeylerinin tespitinde kullanılacak altı meslek ve meslekler bileşenleri için 81'er tane olmak üzere 486 adet uzmanlaşma "lokasyon" katsayısının Excel'de hesaplanıp raporlanması.
3. Aşama: İlk iki aşamada tespit edilen bölgesel uzmanlaşma katsayısı değerlerinin tanımlayıcı istatistiklerinin "minimum, maksimum, ortalama değerler ve standart sapma değerleri" SPSS programı vasıtasıyla tespit edilerek sunulması.
4. Aşama: Birinci aşamada hesaplanan bölgesel uzmanlaşma "lokasyon" katsayıları ile SEGE değerleri arasındaki ilişkinin tespiti için Pearson, Spearman ve Kendall korelasyon analizlerinin uygulanması.
5. Aşama: İkinci aşamada hesaplanan bölgesel uzmanlaşma "lokasyon" katsayıları ile SEGE değerleri arasındaki ilişkinin tespiti için Pearson, Spearman ve Kendall korelasyon analizlerinin uygulanması.

İlk aşamadaki bölgesel uzmanlaşma katsayılarının hesaplanmasında kullanılan veriler, 2011 yılı için TUİK'ten derlenmiştir. Daha güncel verilerin alınmamasının sebebiyse, en güncel SEGE çalışmasının 2011 yılı için gerçekleştirilmesinden kaynaklanmaktadır. İkinci aşamadaki bölgesel uzmanlaşama katsayılarının hesaplanmasında kullanılan veriler, ilk aşamada kullanılan verilere ek olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2011 yılı istatistik yıllığında yer alan 4-1/a ve 4-1/c kapsamında istihdam edilen aktif sigortalılardan oluşmaktadır. Dolayısıyla çalışmanın analiz kısmında kullanılan üç veri setinin üç farklı kurumdan temini gerçekleştiirlmiştir. Bunlar:

- Sağlık personel verileri (2011): TUİK'in "Bölgesel İstatistikler" veri portalından derlenmiştir. https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/
- SEGE (2011): Kalkınma Bakanlığı'ndan derlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011), Ankara 2013.)

- 4-1/a ve 4-1/c kapsamında istihdam edilen aktif sigortalılara ilişkin veriler: SGK, İstatistik Yıllığı, Ankara, 2012.

3.3. Yöntem ve İlgili Literatür

Bu kısımda 81 ildeki hemşire ve hemşirelikle ilişkili mesleklerde sağlık personel bütününe ve formel bağımlı çalışan istihdamına göre uzmanlaşma düzeylerinin tespitine ve elde edilen lokasyon katsayıları ile sosyoekonomik gelişmişlik endeksi "SEGE" arasındaki ilişkinin varlığı, yönü ve şiddetinin tespitine odaklanılmıştır.

3.3.1. İstihdamda Bölgesel Uzmanlaşma

Bölgelerin uzmanlaştığı alanlara göre birbirleriyle karşılaştırılmasıyla mukayeseli üstünlükleri ortaya koymak için kullanılan bir katsayıdır. İstihdam verilerine dayanarak gerçekleştirilen analizlerde elde edileen katsayı değeri, bölgede o meslekteki bölgesel uzmanlaşma düzeyini göstermektedir. Miller vd (1991: 67) çalışmasında bölgesel uzmanlaşmanın düşük düzeyde de olsa 0,7'de başladığını, 1,3'ü aşınca da çok yüksek bölgesel uzmanlaşma seviyesine ulaşıldığını ifade etmiş olup uzmanlaşma düzeylerini de beş grupta toplamışlardır. Buna göre:

1. Grup: LQ değeri 0,70'den küçükse çok düşük bölgesel uzmanlaşma vardır.
2. Grup: LQ değeri 0,70 ile 0,90 arasındaysa düşük bölgesel uzmanlaşma vardır.
3. Grup: LQ değeri 0,90 ile 1,10 arasındaysa orta düzeyde bölgesel uzmanlaşma vardır.
4. Grup: LQ değeri 1,10 ile 1,30 arasındaysa yüksek düzeyde bölgesel uzmanlaşma vardır.
5. Grup: LQ değeri 1,31 ve üzerindeyse çok yüksek düzeyde bölgesel uzmanlaşma vardır.

3.3.2. Ulusal Sosyoekonomik Gelişmişlik Göstergesi Olarak Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi (SEGE)

Eski adıyla Devlet Planlama Teşkilatı olan günümüzdeki Kalkınma Bakanlığı'nın hazırlattığı il düzeyinde üç, ilçe düzeyinde ise bir sosyoekonomik gelişmişlik endeksi çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Dört çalışmanın tümü asal bileşenler analizi tekniğine göre gerçekleştirilmiştir. Uygulamalarda elde edilen ilk asal bileşen skoru, sosyoekonomik gelişmişlik endeksi olarak kabul edilmiştir. Ardından da il / ilçe gelişmişlik sıralamaları skor değeri büyükten küçüğe doğru olacak şekilde sıralanmıştır. İllere göre sosyoekonomik gelişmişlik endeksi elde etmede hem 1996 yılı esas alınarak gerçekleştirilen ilk çalışmada hem de 2003 yılının esas alındığı hazırlanan ikinci çalışmada 58 gösterge kullanılmıştır. İlçe düzeyinde sosyoekonomik gelişmişlik sıralaması yapılan tek çalışma 2003 yılının esas alındığı hazırlanmış olup, 872 ilçenin 32 sosyoekonomik gelişmişlik göstergesine dayanarak asal bileşenler analizi tekniğyle gerçekleştirilmiştir. Son çalışma ise 2011 yılı esas alınarak il düzeyinde 61 sosyoekonomik gelişmişlik göstergesi kullanılarak güçlendirilmiş asal bileşenler analizi tekniği kullanılarak çalışma hazırlanmıştır (Dinçer vd, 1996; Dinçer vd, 2003; Dinçer vd, 2004; T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013).

SEGE 2011 çalışmasına dayanarak iller 6 gelişmişlik düzeyine ayrılmış ve teşvik sistemi şekillendirilmiştir (Bilgi Teknoloji ve İletişim Kurumu, https://www.btk.gov.tr/yeni-tesvik-sistemi, Erişim, 25 Mart 2019). KDV istisnası ve gümrük vergisi muafiyetlerinde 3-6 düzeydeki gelişmişlikte olan illerde gerçekleştirilecak yatırım alt tutarları, 1 ve 2. Düzeydeki yatırım alt tutarlarının yarısında olma yeterli kabul edilmiştir. Bölgesel teşvik açısından 3-6 düzeydeki gelişmişlikte olan illere faiz desteği verilmesi de teşvikler kapsamında yer almıştır (Invest in Hatay, http://www.hataydayatirim.com/tesvik-ve-destekler.asp?HTD=40&TesvikDestek=tesvik-sistemi, Erişim, 25 Mart 2019). Dolayısıyla SEGE çalışması, akademik çalışma olmanın yanı sıra aktif olarak kalkınma politikalarında resmi olarak gelişmişlik düzeyinin tespitini sağlayan temel gösterge özelliğine erişmiştir. SEGE günümüzde 61 sosyoekonomik gelişmişlik

göstergesini temsil eden sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini ortaya koyan resmi temel gösterge konumundadır.

3.3.3. Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yarayan en eski istatistik analizlerdendir. Korelasyon analizinde -1 ile 1 aralığında değişen bir değer alan korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. Buna göre korelasyon değeri -1 ise iki değişken arasındaki mutlak ve ters yönlü "negatif" ilişkinin olduğu yorumu yapılmaktadır. Korelasyon katsayı değerinin 1 olması ise mutlak pozitif ilişkiyi ifade etmektedir katsayı değerinin 0 oluşu ise iki değişken arasında herhangib bir ilişkinin bulunmadığı anlamını taşımaktadır. Şayet bu üç durum dışında katsayı değeri oluşmuşsa, iki değişken arasındaki ilişkinin yüzdelik olarak hangi oranda olduğu da yorumlanabilmektedir. Örneğin katsayı değeri 0,5 ise iki değişken arasında %50'lik ilişki "korelayon" bulunmaktadır yorumu yapılabilmektedir. Tek bir korelasyon analizi yöntemi olmayıp, en yaygın kullanıma sahip yöntem Pearson korelasyon analizidir. Ancak özellikle nümerik olmayan, gözlemlerin kendi içinde sıralanmasına dayalı veri setinin olduğu durumlarda Spearman ve Kendall katsayılarıyla sıralama korelasyonuna bakılabilmektedir (Bkz. Genceli, 1989).

Korelasyon katsayı değerlerine dayanarak değişkenler arasındaki ilişkinin şiddeti hakkında da yorum yapma imkanı mevcuttur. Katsayı değer aralıkları konusunda çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Bağcı ve Börü (2018: 895)'nün uluslararası literatüre dayanarak kabul ettikleri beş gruba yırarak ilişki düzeylerinin şiddeti hakkındaki yorumlamaları, bu çalışmada da tercih edilmiştir.

- 0,00 – 0,19 aralığı çok zayıf ilişkiyi
- 0,20 – 0,39 aralığı zayıf ilişkiyi
- 0,40 – 0,59 aralığı ortaa ilişkiyi
- 0,60 – 0,79 aralığı yüksek ilişkiyi
- 0,80 – 1,00 aralığıysa çok yüksek ilişkiyi

ifade etmektedir.

3.4. Bulgular

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistik uygulamalar sonucunda elde edilen bulgular üç aşamada sunulmuştur. İlk aşamada sağlık personel bütününe göre hemşirelik mesleğinin temel odaklandığı faaliyet alanını oluşturan hasta bakım hizmetlerini sunan hemşirelik ve ilişkili mesleklerde illere göre yaşanan bölgesel uzmanlaşma düzeyleri ile sosyoekonomik gelişmişlik endeksine dair tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Bu aşamada aynı zamanda formel bağımlı çalışan istihdamına göre illerdeki mesleki uzmanlaşma ve sosyoekonomik gelişmişlik endeksine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere de yer verilmiştir.

İkinci aşamada illere göre hemşirelik ve bağlantılı mesleklerde illere göre istihdama dayalı bölgesel uzmanlaşma düzeyleri ve bu düzeylere göre uzmanlaşmışlık sıralarının toplu gösteriminde bulunulmuştur. İlk aşamada olduğu gibi bu aşamada da uzmanlık katsayıları önce tüm sağlık personeline göre, ardından da formel bağımlı çalışan istihdamına göre tekrarlanarak sunum gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü aşamada ise hemşirelik ve ilişkili mesleklerdeki bölgesel uzmanlaşma düzeyi ile ulusal ölçekte sosyoekonomik gelişmişlik seviyesini temsil eden yarı resmi özellikli sosyoekonomik gelişmişlik endeksi arasındaki ilişkilerin sınamasına geçilmiştir. İlk olarak uzmanlaşma katsayıları ve endeks değeri arasındaki Pearson korelasyon analizi yapılmış, ardından da nonparametrik ilişki analizlerini oluşturan Spearman ve Kendall korelasyon analizleriyle sınamalar tamamlanmıştır. İlk iki uygulama aşamasında olduğu gibi bu aşamada da analizler önce tüm sağlık personeline göre hemşirelik ve ilişkili meslekler ile sosyoekonomik gelişmişlik endeksi arasında, ardındansa formel bağımlı istihdama göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerle sosyoekonomik gelişmişlik endeksi arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

Tanımlayıcı istatistiklerde gözlem sayısı, gözlemlere (illere) göre alınan en düşük (minimum) ve en yüksek (maksimum) değerler, ortalama ve standart sapma değerlerinin sunumu gerçekleştirilmiştir. Tablo 1'de de görüleceği gibi sosyoekonomik gelişmişlik endeksi "SEGE" asal bileşen skoru olduğundan, standartize edilmiş veri olarak standart sapması 1, ortalaması ise 0 olarak gerçekleşmektedir. En düşük SEGE değeri -1,730 iken en yüksek değer ise 4,520 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık personel bütününe göre hemşirelik mesleğinde bölgesel uzmanlaşma katsayı değerleri 0,760 ile 1,170 arasında gerçekleşmekte olup ortalama değer 0,984 ve standart sapma ise 0,076'dır. Bu değerler hemşirelikle ilişkili mesleklerden ebelikte 0,620 ile 2,020 arasında değişmekte olup, ortalama değer 1,156 ve standart sapma ise 0,251'dir. Sağlık memurlarında en düşük değer 0,720, en yüksek değer 1,600, ortalama değer 1,125 ve standart sapma ise 0,160 düzeyinde gerçekleşmiştir. Ebe ve hemşire bütününde 81 il içerisinde en düşük değer 0,840 iken en yüksek değer 1,220, ortalama 1,034 ve standart sapma değeri ise 0,074 olarak gerçekleşmiştir. Hemşire ve sağlık memuru bütününde kaydedilen en düşük değer 0,890 iken en yüksek değer 1,210 olup ortalaması 1,050 ve standart sapması ise 0,069'dur. Hemşirelikle ilişkili her üç mesleğin "hemşielik, ebelik ve sağlık memurluğu" bütünü açısından en düşük değer 0,860 olarak gerçekleşmişken en yüksek değer 1,180 ve ortalama ise 1,069 olmuş, standart sapma değeri ise 0,069 seviyesinde yer almıştır.

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler (Tüm sağlık personel işgücüne göre bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri)

	Gözlem sayısı	Min.	Maks.	Ortalama	Standart sapma
SEGE	81	-1,730	4,520	0,000	1,000
Hemşire	81	0,760	1,170	0,984	0,076
Ebe	81	0,620	2,020	1,156	0,251
Sağlık Memuru	81	0,720	1,600	1,125	0,160
Ebe ve Hemşire	81	0,840	1,220	1,034	0,074
Hemşire ve Sağlık Memuru	81	0,890	1,210	1,050	0,069
Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru	81	0,860	1,180	1,069	0,069

Sağlık personel bütününe göre hemşirelik mesleğinde bölgesel uzmanlaşma katsayı değerleri 0,540 ile 2,100 arasında gerçekleşmekte olup ortalama değer 1,311 ve standart sapma ise 0,351'dir. Bu değerler hemşirelikle ilişkili mesleklerden ebelikte 0,410 ile 3,010 arasında değişmekte olup, ortalama değer 1,543 ve standart sapma ise 0,502'dir. Sağlık memurlarında en düşük değer 0,420, en yüksek değer 2,550, ortalama değer 1,513 ve standart sapma ise 0,460 düzeyinde gerçekleşmiştir. Ebe ve hemşire bütününde 81 il içerisinde en düşük değer 0,550 iken en yüksek değer 2,110, ortalama 1,379 ve standart sapma değeri ise 0,360 olarak gerçekleşmiştir. Hemşire ve sağlık memuru bütününde kaydedilen en düşük değer 0,520 iken en yüksek değer 2,120 olup ortalaması 1,406 ve standart sapması ise 0,381'dir. Hemşirelikle ilişkili her üç mesleğin "hemşielik, ebelik ve sağlık memurluğu" bütünü açısından en düşük değer 0,500 olarak gerçekleşmişken en yüksek değer 2,170 ve ortalama ise 1,431 olmuş, standart sapma değeri ise 0,380 seviyesinde yer almıştır.

Tablo 2. Tanımlayıcı İstatistikler (Formel bağımlı çalışan istihdamına göre bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri)

	Gözlem sayısı	Min.	Maks.	Ortalama	Standart sapma
SEGE	81	-1,730	4,520	0,000	1,000
Hemşire	81	0,540	2,100	1,311	0,351
Ebe	81	0,410	3,010	1,543	0,502
Sağlık Memuru	81	0,420	2,550	1,513	0,460
Ebe Hemşire	81	0,550	2,110	1,379	0,360
Hemşire ve Sağlık Memuru	81	0,520	2,120	1,406	0,381
Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru	81	0,500	2,170	1,431	0,380

Tanımlayıcı istatistiklerde de görüleceği gibi sağlık personel bütününe hemşirelikve ilişkili mesleklere göre bölgesel uzmanlaşmada ebelik hariç hepsinde bölgesel uzmanlaşma düzyinin çok düşük seviyede olmadığı, ancak aynı zamanda ebelik ve sağlık memurluğu dışında da hiçbir durum için en yüksek düzeyin çok yüksek uzmanlaşma sınırı olan 1,3'ü aşamadığı dikkat çekmektedir. Buna karşılık 4-1/a ve 4-1/c'li olarak sigortalı olan birincil iş piyasasında istihdam edilen bağımlı çalışanlara göre bölgesel uzmanlaşmada hemşirelik ve tüm diğer ilişkili meslekler ve meslek bütünlerine göre iller arasında çok düşükten çok yükseğe kadar çok geniş aralıkta bölgesel uzmanlaşmanın gerçekleştiği sonucuyla karşılaşılmaktadır.

3.4.2. İstihdamda Bölgesel Uzmanlaşma Bulguları

İstihdamda 81 ilde hemşirelik ve hemşirelikle bağlantılı mesleklerde tüm sağlık personellerine göre uzmanlaşma düzeyleri, tablo 3'te sunulmuştur. Tablo yedi ana sütunda her ana sütun içerisinde iki alt sütun olmak üzere yapılandırılmıştır. Altsütunlarında ilkinde uzmanlaşma katsayısı "lokasyon katsayısı LQ", ikincisindeyse 81 il içerisinde en yüksekten en düşük uzmanlaşma katsayısı değerine göre il sırası eklenmiştir. Son sütundaysa sosyoekonomik gelişmişlik endeksi ve endeks değerine göre gelişmişlik sırası sunulmuştur.

Tablo 3. Tüm sağlık personel işgücüne göre hasta bakım personelinde bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri

İller	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe		Hemşire+Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe +S.Memuru		SEGE	
	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	Katsayı	Sıra
Adana	0,958	54	0,942	67	0,719	81	0,953	71	0,890	81	0,987	72	0,567	16
Adıyaman	0,983	44	1,289	21	1,099	46	1,073	26	1,027	54	1,115	25	-0,960	66
Afyon	0,904	69	1,194	32	0,854	79	0,989	59	0,892	80	1,070	41	-0,080	43
Ağrı	0,991	37	1,097	46	1,119	40	1,022	44	0,982	70	1,047	49	-1,637	79
Aksaray	0,941	62	1,223	28	1,011	60	1,024	43	0,977	71	1,102	31	-0,367	55
Amasya	1,045	17	1,311	19	0,957	70	1,123	8	1,008	60	1,168	5	0,051	37
Ankara	0,987	40	0,621	81	0,827	80	0,879	79	0,928	77	0,904	80	2,838	2
Antalya	0,861	76	1,114	45	0,915	77	0,935	76	0,960	74	0,977	74	1,503	5
Ardahan	1,096	5	1,121	44	0,966	69	1,103	12	0,928	78	1,067	44	-1,138	71
Artvin	0,972	50	1,429	10	1,048	54	1,106	10	1,030	51	1,151	10	-0,105	44
Aydın	1,000	33	1,312	18	0,996	63	1,091	18	0,984	67	1,023	62	0,560	19
Balıkesir	0,946	60	1,674	4	1,199	23	1,160	5	1,043	45	1,102	30	0,476	22
Bartın	1,068	8	1,170	36	1,179	28	1,098	14	1,106	18	1,129	18	-0,198	48
Batman	1,070	7	0,916	70	1,110	42	1,025	42	1,032	50	1,069	42	-1,120	70
Bayburt	0,975	47	0,876	73	0,935	74	0,946	73	1,048	40	1,119	22	-0,595	64
Bilecik	0,999	34	1,268	24	1,108	44	1,078	24	1,078	29	1,111	26	0,363	27
Bingöl	1,019	25	1,276	22	1,164	31	1,095	16	1,077	30	1,156	9	-1,192	72
Bitlis	1,033	23	0,971	61	0,943	72	1,015	49	1,005	61	1,076	39	-1,400	76
Bolu	1,006	29	0,999	55	1,137	37	1,004	54	1,008	59	1,015	67	0,639	11
Burdur	0,955	56	1,749	3	0,929	76	1,188	3	0,984	68	1,163	7	0,368	26
Bursa	1,149	3	1,003	54	1,032	59	1,106	9	1,018	57	1,040	53	1,374	6
Çanakkale	1,053	12	1,532	6	1,326	8	1,194	2	1,108	17	1,102	29	0,600	14
Çankırı	0,889	74	0,992	56	0,943	73	0,919	78	0,966	73	1,169	4	-0,331	54
Çorum	0,929	64	1,142	40	1,163	32	0,991	58	1,049	39	1,121	21	-0,241	50
Denizli	0,894	72	1,450	8	1,180	26	1,057	33	1,109	16	1,022	63	0,912	10
Diyarbakır	1,160	2	0,971	60	1,044	55	1,105	11	0,947	75	1,018	65	-1,001	67
Düzce	1,033	24	0,883	72	1,111	41	0,989	60	1,029	52	0,966	77	0,106	35
Edirne	0,926	65	1,136	41	1,124	39	0,987	62	1,034	47	0,936	78	0,638	12
Elazığ	0,994	35	1,081	49	1,040	56	1,020	47	0,996	64	1,037	55	-0,010	39
Erzincan	0,980	45	1,182	34	0,944	71	1,039	37	0,943	76	1,147	14	-0,106	45
Erzurum	1,054	11	0,841	77	1,109	43	0,991	57	0,999	63	1,010	69	-0,433	59

Tablo 3 (devam). Tüm sağlık personel işgücüne göre hasta bakım personelinde bölgesel uzmanlaşma ve SEGE değerleri

İller	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe		Hemşire+Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe +S.Memuru		SEGE	
	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	Katsayı	Sıra
Eskişehir	1,051	14	0,974	59	1,173	30	1,029	41	1,044	44	1,059	46	1,167	7
Gaziantep	1,038	21	1,039	51	1,274	15	1,038	38	1,085	24	0,998	71	0,268	30
Giresun	0,984	43	1,330	16	1,367	6	1,085	22	1,082	28	1,173	3	-0,256	52
Gümüşhane	1,073	6	0,990	57	1,228	20	1,049	35	1,076	32	1,147	13	-0,481	62
Hakkari	1,005	31	0,819	79	1,270	16	0,951	72	1,084	25	1,006	70	-1,696	80
Hatay	0,901	70	1,149	39	1,597	1	0,974	65	1,156	5	1,026	60	-0,130	46
Iğdır	1,037	22	1,362	14	1,416	3	1,132	7	1,116	15	1,116	24	-1,118	69
Isparta	0,957	55	1,313	17	1,234	19	1,061	32	1,095	21	1,080	35	0,527	21
İstanbul	1,043	18	0,703	80	1,058	52	0,943	75	1,024	56	0,856	81	4,515	1
İzmir	1,018	26	0,859	75	1,294	14	0,971	66	1,082	27	0,916	79	1,972	3
K.maraş	0,930	63	1,237	26	0,997	62	1,020	46	1,033	48	1,079	38	-0,468	60
Karabük	0,986	42	1,309	20	1,148	35	1,081	23	1,062	36	1,106	27	0,292	28
Karaman	1,046	15	1,193	33	1,179	27	1,089	20	1,120	13	1,124	19	0,186	32
Kars	0,863	75	1,670	5	1,390	5	1,100	13	1,208	1	1,056	48	-1,092	68
Kastamonu	1,046	16	0,875	74	1,567	2	0,996	55	1,208	2	1,148	12	-0,147	47
Kayseri	0,973	49	0,912	71	1,303	13	0,955	69	1,145	6	1,062	45	0,565	17
Kırıkkale	0,830	79	0,857	76	1,053	53	0,838	81	1,033	49	1,042	52	-0,069	41
Kırklareli	0,860	77	1,454	7	1,318	10	1,034	40	1,122	12	1,067	43	0,592	15
Kırşehir	0,849	78	1,384	13	1,328	7	1,006	53	1,117	14	1,164	6	-0,021	40
Kilis	1,006	30	1,249	25	1,240	18	1,077	25	1,137	10	1,106	28	-0,573	63
Kocaeli	1,061	10	1,038	52	1,100	45	1,054	34	1,137	9	1,011	68	1,659	4
Konya	0,947	59	0,938	68	1,199	22	0,945	74	1,088	23	1,029	59	0,531	20
Kütahya	1,041	19	1,206	30	1,314	11	1,090	19	1,139	8	1,124	20	0,020	38
Malatya	1,038	20	1,155	38	1,039	58	1,073	27	1,083	26	1,080	37	-0,079	42
Manisa	0,973	48	1,215	29	1,223	21	1,044	36	1,090	22	1,026	61	0,471	23
Mardin	0,978	46	1,093	48	1,304	12	1,012	52	1,182	3	1,056	47	-1,359	74
Mersin	0,942	61	1,439	9	1,039	57	1,088	21	1,047	43	1,033	57	0,464	24
Muğla	1,014	28	1,420	12	1,319	9	1,133	6	1,139	7	1,100	33	1,049	8
Muş	1,052	13	1,094	47	1,395	4	1,064	31	1,172	4	1,030	58	-1,733	81
Nevşehir	0,764	81	1,126	43	1,086	50	0,870	80	1,036	46	1,150	11	0,103	36
Niğde	0,919	66	1,429	11	0,986	65	1,069	29	0,921	79	1,146	15	-0,376	56
Ordu	0,989	38	1,341	15	1,090	49	1,092	17	1,062	35	1,134	16	-0,481	61
Osmaniye	0,917	67	1,269	23	1,009	61	1,021	45	1,055	37	1,118	23	-0,289	53
Rize	1,121	4	1,034	53	1,091	48	1,096	15	1,063	34	1,074	40	0,155	34
Sakarya	0,894	73	1,202	31	1,063	51	0,984	63	1,027	55	1,043	51	0,564	18
Samsun	1,015	27	0,949	66	1,255	17	0,995	56	1,130	11	1,018	66	0,158	33
Siirt	0,964	53	0,960	65	1,194	24	0,963	68	1,001	62	1,037	54	-1,417	77
Sinop	1,004	32	1,230	27	0,984	66	1,070	28	0,985	66	1,160	8	-0,248	51
Sivas	0,994	36	1,072	50	0,976	68	1,017	48	1,016	58	1,033	56	-0,221	49
Şanlıurfa	0,988	39	0,988	58	1,175	29	0,988	61	1,100	20	0,984	73	-1,280	73
Şırnak	0,950	57	0,961	64	1,095	47	0,953	70	1,047	42	0,968	76	-1,461	78
Tekirdağ	0,964	51	1,134	42	0,933	75	1,014	50	0,988	65	1,047	50	0,915	9
Tokat	0,949	58	1,167	37	1,181	25	1,013	51	1,076	31	1,130	17	-0,382	57
Trabzon	1,170	1	0,822	78	1,152	34	1,068	30	1,074	33	1,080	36	0,222	31
Tunceli	0,829	80	2,021	1	0,976	67	1,179	4	0,983	69	1,185	1	-0,389	58
Uşak	0,964	52	1,835	2	0,881	78	1,219	1	1,029	53	1,177	2	0,374	25
Van	0,986	41	0,922	69	1,127	38	0,967	67	1,048	41	0,974	75	-1,378	75
Yalova	0,914	68	0,968	62	1,139	36	0,930	77	1,103	19	1,082	34	0,626	13
Yozgat	0,895	71	1,182	35	0,991	64	0,979	64	0,969	72	1,100	32	-0,608	65
Zonguldak	1,065	9	0,967	63	1,155	33	1,036	39	1,054	38	1,021	64	0,276	29

Sağlık çalışanları, ağırlıklı olarak formel iş piyasasında emek arz etmekte olup, genel olarak da bağımlı çalışan statüsünde yer almaktadırlar. Bu ağırlık eczacı, diş hekimi, hekim dışındakilerde daha da yüksektir. Bağımlı çalışan olarak istihdamsa hem kamuda 4-1/c'li sigorta kapsamında, hem de özel kesimde 4-1/a'lı sigortalı olarak gerçekleşebilmektedir. Özellikle tarım ve hayvancılığın yerel ekonomide baskın olduğu illerde fromel yani sigortalı / kayıtlı istihdamı ifade eden birincil iş piyasasındakilerin ağırlığı düşmektedir. Bu sebeple de yerel farklılaşma görülebilmektedir. Bir diğer husussa hemşire ve ilişkili mesleklerde emek arz etmek yerine ilgili yardımcı sağlık personeli mesleğinin gereklerini sürdürmeyeceği başka faaliyet alanlarında da çalışma imkanına sahiptir. Sonuçta önemli bölümü lisans düzeyinde eğitim sahibi bireylerden oluşmaktadır. Bu sebeple uzmanlaşmanın arandığı istihdam bütününde sağlık personel bütünüyle sınırlanmak yerine ikinci aşamada formel bağımlı çalışanlara göre hemşirelik ve hemşirelikle ilişkili mesleklerde bölgesel uzmanlaşma düzeylerinin tespiti yapılarak analiz bulguları bir öncedeki tabloyla aynı sistematik düzenlemeyle tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri

İller	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe		Hemşire+Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe +S.Memuru		SEGE	
	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	Katsayı	Sıra
Adana	1,123	55	1,105	66	1,220	57	1,118	63	1,169	59	1,157	62	0,567	16
Adıyaman	1,421	28	1,863	20	1,707	31	1,551	27	1,555	33	1,611	30	-0,960	66
Afyon	1,164	52	1,537	37	1,545	43	1,274	48	1,343	46	1,378	46	-0,080	43
Ağrı	1,843	8	2,039	14	2,018	12	1,900	6	1,925	7	1,945	5	-1,637	79
Aksaray	1,175	50	1,527	38	1,532	44	1,278	47	1,343	47	1,376	47	-0,367	55
Amasya	1,410	30	1,768	27	1,673	34	1,515	29	1,533	35	1,576	36	0,051	37
Ankara	0,995	68	0,626	80	0,951	74	0,887	72	0,974	69	0,912	73	2,838	2
Antalya	0,809	74	1,046	69	0,981	70	0,878	73	0,890	72	0,918	72	1,503	5
Ardahan	2,100	1	2,148	10	1,935	16	2,114	1	2,023	3	2,045	3	-1,138	71
Artvin	1,236	44	1,817	25	1,556	42	1,406	40	1,386	45	1,464	41	-0,105	44
Aydın	1,225	47	1,608	34	1,121	63	1,337	44	1,176	57	1,254	55	0,560	19
Balıkesir	1,085	62	1,922	18	1,161	60	1,331	45	1,121	63	1,265	52	0,476	22
Bartın	1,121	56	1,228	62	1,237	55	1,153	58	1,176	58	1,185	58	-0,198	48
Batman	1,503	23	1,286	57	1,600	37	1,439	38	1,548	34	1,501	37	-1,120	70
Bayburt	1,487	24	1,336	53	2,126	6	1,442	37	1,787	15	1,706	22	-0,595	64
Bilecik	0,795	76	1,009	71	0,926	75	0,858	76	0,857	76	0,884	74	0,363	27
Bingöl	1,914	6	2,396	4	2,357	3	2,055	3	2,122	1	2,172	1	-1,192	72
Bitlis	1,772	9	1,665	30	2,016	13	1,741	17	1,887	10	1,847	10	-1,400	76
Bolu	1,132	54	1,124	64	1,161	59	1,130	62	1,146	60	1,142	63	0,639	11
Burdur	1,332	38	2,441	3	1,568	39	1,657	20	1,443	39	1,623	29	0,368	26
Bursa	0,894	73	0,780	76	0,727	78	0,861	75	0,816	78	0,809	78	1,374	6
Çanakkale	1,234	46	1,794	26	1,121	64	1,398	42	1,181	56	1,291	51	0,600	14

Tablo 5 (devam). Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri

İller	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe		Hemşire+Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe +S.Memuru		SEGE	
	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	Katsayı	Sıra
Çankırı	1,247	42	1,392	50	2,198	4	1,289	46	1,694	23	1,639	27	-0,331	54
Çorum	1,186	49	1,457	45	1,695	32	1,265	50	1,425	41	1,431	43	-0,241	50
Denizli	0,916	71	1,486	42	0,990	69	1,083	67	0,951	71	1,047	68	0,912	10
Diyarbakır	1,936	5	1,620	33	1,469	45	1,843	10	1,716	20	1,699	24	-1,001	67
Düzce	0,906	72	0,775	77	0,815	76	0,868	74	0,863	74	0,848	77	0,106	35
Edirne	1,482	25	1,818	24	1,367	50	1,580	23	1,428	40	1,498	38	0,638	12
Elazığ	1,766	10	1,919	19	1,889	18	1,811	11	1,824	14	1,841	11	-0,010	39
Erzincan	1,374	33	1,658	31	1,850	22	1,457	36	1,597	27	1,608	31	-0,106	45
Erzurum	1,909	7	1,522	39	1,882	20	1,795	12	1,896	8	1,829	12	-0,433	59
Eskişehir	1,160	53	1,075	68	1,223	56	1,135	60	1,190	54	1,169	60	1,167	7
Gaziantep	1,083	63	1,084	67	0,973	72	1,083	68	1,031	67	1,041	69	0,268	30
Giresun	1,607	17	2,172	8	2,146	5	1,773	15	1,861	12	1,917	9	-0,256	52
Gümüşhane	1,691	15	1,559	36	2,055	8	1,652	21	1,862	11	1,808	14	-0,481	62
Hakkari	1,255	40	1,023	70	1,367	49	1,187	56	1,308	49	1,256	53	-1,696	80
Hatay	1,102	61	1,405	49	1,357	51	1,191	55	1,222	53	1,255	54	-0,130	46
Iğdır	1,698	14	2,229	7	1,785	27	1,854	9	1,739	18	1,828	13	-1,118	69
Isparta	1,721	13	2,360	5	1,997	14	1,908	5	1,850	13	1,942	6	0,527	21
İstanbul	0,611	80	0,412	81	0,421	81	0,553	81	0,522	81	0,502	81	4,515	1
İzmir	0,956	70	0,807	75	0,777	77	0,912	70	0,872	73	0,860	76	1,972	3
K.maraş	1,117	58	1,486	41	1,409	46	1,225	53	1,254	51	1,296	50	-0,468	60
Karabük	1,047	65	1,390	51	1,219	58	1,148	59	1,128	61	1,175	59	0,292	28
Karaman	1,167	51	1,330	54	1,316	52	1,215	54	1,237	52	1,254	56	0,186	32
Kars	1,464	27	2,835	2	1,674	33	1,866	8	1,563	31	1,792	17	-1,092	68
Kastamonu	1,546	22	1,293	56	2,055	9	1,472	33	1,785	16	1,696	25	-0,147	47
Kayseri	1,252	41	1,174	63	1,587	38	1,229	51	1,409	43	1,367	48	0,565	17
Kırıkkale	1,547	21	1,598	35	2,548	1	1,562	24	2,017	4	1,942	7	-0,069	41
Kırklareli	0,751	77	1,270	60	0,978	71	0,903	71	0,858	75	0,932	71	0,592	15
Kırşehir	1,239	43	2,020	15	2,067	7	1,468	34	1,629	24	1,699	23	-0,021	40
Kilis	1,610	16	1,999	16	1,843	24	1,724	18	1,719	19	1,770	19	-0,573	63
Kocaeli	0,691	79	0,676	78	0,615	80	0,687	79	0,655	79	0,659	79	1,659	4
Konya	1,272	39	1,260	61	1,562	41	1,269	49	1,408	44	1,381	45	0,531	20
Kütahya	1,118	57	1,295	55	1,265	54	1,170	57	1,187	55	1,207	57	0,020	38
Malatya	1,729	12	1,923	17	1,816	26	1,786	13	1,770	17	1,797	15	-0,079	42
Manisa	1,025	66	1,280	59	1,049	66	1,100	66	1,036	66	1,080	66	0,471	23
Mardin	1,358	35	1,518	40	1,565	40	1,405	41	1,455	38	1,466	39	-1,359	74
Mersin	1,064	64	1,625	32	1,066	65	1,228	52	1,065	65	1,166	61	0,464	24
Muğla	1,015	67	1,421	48	1,049	67	1,134	61	1,031	68	1,101	65	1,049	8
Muş	2,047	2	2,127	11	1,899	17	2,071	2	1,977	5	2,004	4	-1,733	81
Nevşehir	0,974	69	1,435	46	2,035	10	1,109	64	1,473	37	1,466	40	0,103	36
Niğde	1,338	37	2,079	13	1,848	23	1,556	26	1,578	30	1,668	26	-0,376	56
Ordu	1,556	19	2,108	12	1,886	19	1,718	19	1,711	21	1,783	18	-0,481	61
Osmaniye	1,343	36	1,859	22	1,865	21	1,494	31	1,589	29	1,637	28	-0,289	53
Rize	1,389	32	1,281	58	1,288	53	1,358	43	1,342	48	1,331	49	0,155	34
Sakarya	0,750	78	1,008	72	0,954	73	0,826	77	0,846	77	0,875	75	0,564	18

Tablo 6 (devam). Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE Değerleri

İller	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hemşire+Ebe		Hemşire+S.Memuru		Hemşire +Ebe+S.Memuru		SEGE	
	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	LQ	Sıra	Katsayı	Sıra
Samsun	1,587	18	1,485	43	1,647	35	1,557	25	1,615	25	1,592	33	0,158	33
Siirt	1,476	26	1,470	44	1,768	30	1,474	32	1,613	26	1,587	34	-1,417	77
Sinop	1,368	34	1,676	28	1,776	29	1,458	35	1,560	32	1,581	35	-0,248	51
Sivas	1,547	20	1,668	29	1,647	36	1,583	22	1,594	28	1,607	32	-0,221	49
Şanlıurfa	1,421	29	1,421	47	1,403	47	1,421	39	1,413	42	1,414	44	-1,280	73
Şırnak	1,105	59	1,118	65	1,153	62	1,109	65	1,127	62	1,126	64	-1,461	78
Tekirdağ	0,545	81	0,641	79	0,621	79	0,573	80	0,580	80	0,591	80	0,915	9
Tokat	1,758	11	2,163	9	2,444	2	1,877	7	2,081	2	2,095	2	-0,382	57
Trabzon	1,945	4	1,365	52	1,828	25	1,775	14	1,890	9	1,795	16	0,222	31
Tunceli	1,235	45	3,011	1	1,779	28	1,756	16	1,491	36	1,765	20	-0,389	58
Uşak	1,190	48	2,264	6	1,369	48	1,505	30	1,274	50	1,453	42	0,374	25
Van	1,950	3	1,823	23	1,945	15	1,913	4	1,947	6	1,925	8	-1,378	75
Yalova	0,799	75	0,846	74	1,158	61	0,812	78	0,968	70	0,946	70	0,626	13
Yozgat	1,407	31	1,859	21	2,034	11	1,539	28	1,702	22	1,730	21	-0,608	65
Zonguldak	1,103	60	1,002	73	1,033	68	1,074	69	1,070	64	1,058	67	0,276	29

3.4.3. Korelasyon Analizleri Bulguları

Sağlık personel bütünü ve formel istihdam bütününe göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerde illere göre bölgesel uzmanlaşma ile sosyoekonomik gelişmişliğin il düzeyinde ulusal liretürde kabul edilen gösterge endeksini oluşturan sosyoekonomik gelişmişlik endeksi arasındaki korelasyon analizleri gerçekleştirilmiş ve elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur. Sağlık personel bütününe göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerle SEGE arasındaki ilişkinin tespitine yönelik ilk gerçekleştirilen uygulama Pearson korelasyon analizi olup, elde edilen bulgular tablo 5'te sunulmuştur. Buna göre SEGE ile sağlık memurları, hemşire ve sağlık memurları, ebe-hemşire-sağlık memurları bütününe göre bölgesel uzmanlaşma arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişkinin mevcut olduğu sonucuyla karşılaşılmıştır. Diğer değişnlerle SEGE arasında ise istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı ilişkinin varlığı ise tespit edilememiştir.

Tablo 7. Pearson Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	0,002	-0,110	-0,333	-0,108	-0,362	-0,369
	Sig.		0,985	0,330	**0,002**	0,336	**0,001**	**0,001**
Hemşire	r	0,002	1,000	-0,365	-0,418	0,361	0,125	-0,137
	Sig.	0,985		0,001	0,000	0,001	0,265	0,222
Ebe	r	-0,110	-0,365	1,000	0,105	0,736	-0,098	0,577
	Sig.	0,330	0,001		0,353	0,000	0,383	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,333	-0,418	0,105	1,000	-0,199	0,849	0,765
	Sig.	**0,002**	0,000	0,353		0,075	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,108	0,361	0,736	-0,199	1,000	-0,007	0,478
	Sig.	0,336	0,001	0,000	0,075		0,949	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,362	0,125	-0,098	0,849	-0,007	1,000	0,756
	Sig.	**0,001**	0,265	0,383	0,000	0,949		0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,369	-0,137	0,577	0,765	0,478	0,756	1,000
	Sig.	**0,001**	0,222	0,000	0,000	0,000	0,000	

Pearson korelasyon analizi sonrasında nonparametrik analizlerden Spearman sıra korelasyonu analizi gerçekleştirilmiştir. SEGE değerinin asal bileşen skoru oluşu, Pearson korelasyon analiziyle yetinilmeyip nonparametrik analizlerle de sınama yapılmasının tercihine yol açmıştır. Ancak Spearman korelasyon analizinde de Pearson korelasyon analiziyle örtüşecek şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre SEGE ile sağlık memuru, hemşire ve sağlık memuru ile ebe-hemşire-sağlık memuru bütünündeki bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasında düşük düzeyli negatif korelasyonun varlığı bir defa daha tespit edilmiştir. Hemşire, ebe, ebe ve hemşire açısından ise Pearson korelasyon analizi sonuçlarında da olduğu gibi yine istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir korelasyonun varlığı tespit edilememiştir. Elde edilen bulgular tablo 6'da toplu olarak sunulmaktadır.

Tablo 8. Spearman Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	-0,044	0,034	-0,312	-0,028	-0,344	-0,235
	Sig.	.	0,694	0,762	**0,005**	0,801	**0,002**	**0,035**
Hemşire	r	-0,044	1,000	-0,345	0-,352	0,366	0,145	-0,124
	Sig.	0,694	.	0,002	0,001	0,001	0,198	0,270
Ebe	r	0,034	-0,345	1,000	0,164	0,691	-0,035	0,559
	Sig.	0,762	0,002	.	0,144	0,000	0,756	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,312	-0,352	0,164	1,000	-0,111	0,843	0,787
	Sig.	**0,005**	0,001	0,144	.	0,324	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,028	0,366	0,691	-0,111	1,000	0,063	0,462
	Sig.	0,801	0,001	0,000	0,324	.	0,579	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,344	0,145	-0,035	0,843	0,063	1,000	0,751
	Sig.	**0,002**	0,198	0,756	0,000	0,579	.	0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,235	-0,124	0,559	0,787	0,462	0,751	1,000
	Sig.	**0,035**	0,270	0,000	0,000	0,000	0,000	.

Pearson ve Spearman korelasyon analizleri sonrasında nonparametrik analizlerden Kendall sıralama korelasyonu analizi gerçekleştirilmiştir. Kendall korelasyon analizinde de Pearson ve Spearman korelasyon analizleriyle örtüşecek şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre SEGE ile sağlık memuru, hemşire ve sağlık memuru ile ebe-hemşire-sağlık memuru bütündeki bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasında düşük düzeyli negatif korelasyonun varlığı bir defa daha tespit edilmiştir. Hemşire, ebe, ebe ve hemşire açısından ise Pearson ve Spearman korelasyon analiz sonuçlarında da olduğu gibi yine istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir korelasyonun varlığı tespit edilememiştir. Elde edilen bulgular tablo 7'de toplu olarak sunulmaktadır.

Tablo 9. Kendall Korelasyon Matrisi (Tüm sağlık personel işgücüne göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	-0,032	0,024	-0,205	-0,015	-0,229	-0,153
	Sig.	.	0,668	0,750	**0,007**	0,845	**0,002**	**0,043**
Hemşire	r	-0,032	1,000	-0,232	-0,246	,260	0,098	-0,079
	Sig.	0,668	.	0,002	0,001	0,001	0,197	0,295
Ebe	r	0,024	-0,232	1,000	0,113	0,508	-0,017	0,400
	Sig.	0,750	0,002	.	0,134	0,000	0,823	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,205	-0,246	0,113	1,000	-0,075	0,657	0,590
	Sig.	**0,007**	0,001	0,134	.	0,322	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,015	0,260	0,508	-0,075	1,000	0,044	0,335
	Sig.	0,845	0,001	0,000	0,322	.	0,565	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,229	0,098	-0,017	0,657	0,044	1,000	0,584
	Sig.	**0,002**	0,197	0,823	0,000	0,565	.	0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,153	-0,079	0,400	0,590	0,335	0,584	1,000
	Sig.	**0,043**	0,295	0,000	0,000	0,000	0,000	.

Birincil iş piyasasında emek arz eden formel bağımlı çalışan istihdam bütününe göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerdeki bölgesel uzmanlaşma düzeyleri ile SEGE arasındaki ilişkinin tespitine yönelik ikinci aşama kapsamında yapılan ilk analiz olarak gerçekleştirilen uygulama Pearson korelasyon analizi olup, elde edilen bulgular tablo 8'de sunulmuştur. Buna göre SEGE ile hemşirelik ve hemşirelikle ilişkili bütün mesleklerdeki formel bağımlı çalışan istihdam bütününe göre bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Söz konusu negatif ilişkinin şiddeti ise ebelikle orta düzeyde iken diğerlerinde güçlü düzeyde gerçekleşmiştir.

Tablo 10. Pearson Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	-0,649	-0,531	-0,637	-0,665	-0,680	-0,684
	Sig.		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Hemşire	r	-0,649	1,000	0,631	0,788	0,948	0,937	0,919
	Sig.	**0,000**		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ebe	r	-0,531	0,631	1,000	0,670	0,845	0,689	0,804
	Sig.	**0,000**	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,637	0,788	0,670	1,000	0,818	0,954	0,942
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,665	0,948	0,845	0,818	1,000	0,929	0,963
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,680	0,937	0,689	0,954	0,929	1,000	0,985
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,684	0,919	0,804	0,942	0,963	0,985	1,000
	Sig.	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	

Pearson korelasyon analizi sonrasında nonparametrik analizlerden Spearman sıra korelasyonu analizi gerçekleştirilmiştir. Spearman korelasyon analizinde de Pearson korelasyon analiziyle örtüşecek şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerle SEGE arasındaki ilişkinin tespitine yönelik ikinci aşama kapsamında yapılan ikinci analiz olarak gerçekleştirilen uygulama Spearman korelasyon analizi olup, elde edilen bulgular tablo 9'da sunulmuştur. Buna göre SEGE ile hemşirelik ve hemşirelikle ilişkili bütün mesleklerdeki formel bağımlı çalışan istihdam bütününe göre bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişkinin varlığı Pearson korelasyon analizinde olduğu gibi tespit edilmiştir. Söz konusu negatif ilişkinin şiddeti ise yine ebelikle orta düzeyde iken diğerlerinde güçlü düzeyde gerçekleşmiştir.

Tablo 11. Spearman Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	-0,679	-0,502	-0,669	-0,644	-0,701	-0,691
	Sig.	.	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Hemşire	r	-0,679	1,000	0,677	0,817	0,945	0,948	0,930
	Sig.	**0,000**	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ebe	r	-0,502	0,677	1,000	0,684	0,863	0,709	0,812
	Sig.	**0,000**	0,000	.	0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,669	0,817	0,684	1,000	0,816	0,950	0,938
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	.	0,000	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,644	0,945	0,863	0,816	1,000	0,924	0,960
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	.	0,000	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,701	0,948	0,709	0,950	0,924	1,000	0,982
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	0,000	.	0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,691	0,930	0,812	0,938	0,960	0,982	1,000
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.

Pearson korelasyon analizi sonrasında nonparametrik analizlerden Spearman sıra korelasyonu analizi gerçekleştirilmiştir. Spearman korelasyon analizinde de Pearson korelasyon analiziyle örtüşecek şekilde sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerle SEGE arasındaki ilişkinin tespitine yönelik ikinci aşama kapsamında yapılan üçüncü analiz olarak gerçekleştirilen uygulama Kendall korelasyon analizi olup, elde edilen bulgular tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre SEGE ile hemşirelik ve hemşirelikle ilişkili bütün mesleklerdeki formel bağımlı çalışan istihdam bütününe göre bölgesel uzmanlaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişkinin varlığı Pearson ve Spearman korelasyon analizlerinde olduğu gibi tespit edilmiştir. Ancak bu defa söz konusu negatif ilişkinin şiddeti tümünde orta düzeyde gerçekleşmiştir.

Tablo 12. Kendall Korelasyon Matrisi (Formel Bağımlı Çalışan İstihdamına Göre Hasta Bakım Personelinde Bölgesel Uzmanlaşma ve SEGE İlişkisi)

		SEGE	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	Ebe ve Hemşire	Hemşire ve Sağlık Memuru	Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru
SEGE	r	1,000	-0,491	-0,365	-0,473	-0,470	-0,508	-0,512
	Sig.	.	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Hemşire	r	-0,491	1,000	0,489	0,647	0,809	0,823	0,775
	Sig.	**0,000**	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ebe	r	-0,365	0,489	1,000	0,513	0,680	0,530	0,633
	Sig.	0,000	0,000	.	0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlık Memuru	r	-0,473	0,647	0,513	1,000	0,645	0,825	0,805
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	.	0,000	0,000	0,000
Ebe ve Hemşire	r	-0,470	0,809	0,680	0,645	1,000	0,776	0,840
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	.	0,000	0,000
Hemşire ve Sağlık Memuru	r	-0,508	0,823	0,530	0,825	0,776	1,000	0,898
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	0,000	.	0,000
Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru	r	-0,512	0,775	0,633	0,805	0,840	0,898	1,000
	Sig.	**0,000**	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.

SONUÇ

Hemşirelik mesleğinin kökenleri 5500 yıl öncesindeki Eski Hint Uygarlığı'na kadar dayandırılmakta olup, yaklaşık üç bin yıl öncesinde meslek stadartlarının yazılı hale getirilişi söz konusudur. Aynı zamanda 20-30 bin yıllık geçmişi olan şamanlıkla da hemşirelik ilişkilendirilmektedir. Bu denli köklü geçmişe sahip olan hemşirelik mesleği, ilk evrelerde sadece bakım hizmetleriyle sınırlı kalmamış, hekimlik faaliyet alanlarına da kısmen girmiştir. Erken evrelerde öne çıkan en önemli özelliğiyse ya tamemen veya büyük ölçüde hemşirelik hizmetlerini erkeklerin sunmasıdır.

Hemşirelik mesleğinin gelişiminde din önemli rol oynamıştır. Hristiyanlığın doğuşu ve gelişimiyle birlikte dini kurumlarda güçsüz ve düşkünlere bakımın sosyal bir sorumluluk haline dönüşümü, beraberinde hasta bakım hizmetlerinin de manastırlardaki rahip ve rahibeler tarafından sunulmasına yol açmıştır. Roma döneminde başlayan bu süreç Şövalye tarikat birlikleriyle yeni bir boyut kazanmıştır. Savaş alanlarında hasta bakım hizmetlerinin sunumunda erkeklerin görev almasına karşılık, manastırlarda dekones adı verilen bakım rahibelerinin, hemşirelik mesleğinde kadın figürünün öne çıkmasında büyük etkisi mevcuttur.

Ortaçağın kasvetli yapısının son bulup rönesansın ve reforma hareketlerinin yaşandığı yeniçağda, tıp alanında büyük gelişmeler kaydedilmesine karşılık hemşirelik faaliyetlerinde ciddi bir sönüş süreci yaşanmıştır. Bunda manastırların güç kaybetmesinin etkisi önemlidir. Sonuçta hemşilerik faaliyetleri, Roma döneminden Ortaçağ feodalizmine kadar manastırlar ve yine dini inanca dayanarak faaliyette bulunan şövalye tarikat birlikleri tarafından sunulmuştur. Dini kurumların özellikle dinde reform sürecinin yaşandığı evrede güç kaybetmesiyle de hemşirelik faaliyetlerinde ciddi bir gerileme süreci başlamıştır. Katolik kilisesine bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren çok sayıda hastane 16. yüzyıldan itibaren kapanmıştır. Dolayısıyla da asırlar boyunca sürecek hemşireliğin karanlık çağı başlamıştır.

Hasta bakım faaliyetleri sanayi inkılabının başlarından itibaren zengin zümrelere yönelik gerçekleştirilen paralı bir profesyonel alana dönüşmeye başlamıştır. Bu durumun yol açtığı sosyal adaletsizlikten duyulan rahatsızlık, zengin zümreler tarafında dahi oluşmuş ve yoksul kesimden hastalara da bakılacak hastanelerin

kurulması talepleri artış göstermiştir. 19. yüzyıl boyunca yoksulların hastanelerden faydalanma olanakları artmış, ancak bakım hizmet kalitesi son derece kötü düzeyde gerçekleşebilmiştir. Genel olarak fabrikalarda bile çalıştırılmayan eğitimsiz, kaba, alkol bağımlılığı olan, ahlaki değerleri zayıf kadınların ücret karşılığında gerçekleştirdikleri hasta bakım faaliyetleri, toplumların çoğunluğunu oluşturan yoksul kesim açısından da hemşirelik mesleğine olumsuz bakış açısıyla bakılmasına yol açmıştır. Bu kimselerin ücret karşılığı çalışmaları, aslında hemşirelik faaliyetlerinin tıpkı ilkçağdaki gibi profesyonel meslek haline dönüşümü anlamını taşımıştır. Sonuçta dekon ve dekoneslerin aksine gerçekleştirilen hasta bakım faaliyetleri, hayırseverlik ve kendini adamışlık yerine gelir elde etme amacına dönüşmüştür. Gerçi Protestan ve Katolik dekoneslerin 18 ve 19. yüzyıllardaki faaliyetleri, hayırseverlik ve kendini adama şeklinde gerçekleşen hasta bakım faaliyetlerinin kısmen canlanmasına da yol açmıştır. Ancak son derece sınırlı bir ağırlığa sahip olunmuştur. Hemşireliğin kadın mesleği haline dönüşümü, sanayi inkılabıyla birlikte başlamışsa da toplum nezdinde itibar gören bir meslek olması, Kırım Savaşı zamanına kadar mümkün olamamıştır.

Kırım Savaşı zamanında Florence Nightingale'in ekibiyle birlikte hasta bakımında sağladıkları başarı, hemşirelik mesleğinde dönüm noktasını oluşturmuştur. Modern ilkeleri geliştiren, formel bir mesleki eğitimi oluşturup uygulayan Nightingale'in faaliyetleri, hemşireliğin toplum nezdinde saygın bir profesyonel meslek haline dönüşümünü de beraberinde getirmiştir. Yaşanan gelişmeler, yükseköğrenim düzeyinde hemşirelik eğitiminin oluşturulmasını da sağlamıştır. Lisansüstü ve doktora düzeyinde eğitimler de hemşirelik alanında süratle oluşturulup gelişim göstermiştir.

Osmanlı döneminde de hemşirelik faaliyetlerinin modern kadın mesleği olarak şekillenmesinde de Nightingale'in etkisi büyüktür. Kırım Savaşı döneminde ekibiyle birlikte İstanbul'a gelip hizmet sunan Nightingale, savaşın sonuna kadar faaliyetlerini sürdürmüş, kimi zaman cepheye dahi gitmiştir. Tedavi hizmetlerinde hijyeni, psikoterapiyi getirrmiş, klasik hasta bakım hizmetlerinin ötesine geçilmesini temin etmiştir. Ancak hemşirelik mesleğinin tam anlamıyla gelişimi, Balkan Savaşları'ndan itibaren mümkün olmuştur. Besim Paşa'nnın çabalarıyla standart bir eğitim

belirlenerek hemşirelik mesleğinin temelleri atılmıştır. Esas gelişimse çoğu alanda olduğu gibi cumhuriyetin ilanından sonra gerçekleşmiştir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında meslek kurslarıyla başlayan hemşirelik eğitimi, ortaokula dayalı üç yıllık formel eğitime kavuşmuş, ellili yıllardan itibarense yükseköğrenim alanında eğitime başlanmıştır. 1954 yılında meslek kanununa kavuşan hemşirelik mesleğinde de günümüz ihtiyaçlarına cevap verecek süratli gelişim ivmesi yaşanmaya devam etmektedir. 2007 yılında yapılan yasal değişiklikle hemşirelik mesleğine girişte cinsiyet ayrımı kaldırılmış, mezuniyet şartlarında yükseliş sağlanmış, hemşirelik mesleğinde ise hiyerarşi oluşturulmuştur. Günümüz Türk sağlık sisteminde sağlık personelleri içinde ayrıcalıklı bir konuma erişmiş, sağlık hizmet çeşitlerinin her alanında aktif olarak faaliyette bulunmaktadırlar.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinden hastalığın oluşumu öncesinde engellenmesi amacıyla verilen koruyucu sağlık hizmetlerine, rehabilite edici sağlık hizmetlerinden geliştirici sağlık hizmetlerine kadar geniş bir alanda faaliyet gösteren hemşirelerin istihdamında bölgesel uzmanlaşma düzeylerinde, diğer çoğu mesleğe göre ciddi farklılıklar bulunmamaktadır. Ancak özellikle formel istihdama göre hemşirelik ve ilişkili mesleklerde bölgesel uzmanlaşma farklılıkları öne çıkmaktadır.

Hemşirelik mesleğinin icrasıyla sosyoekonomik gelişmişlik arasında ilişkinin sorgulandığı bu çalışmada gerçekleştirilen istatistik uygulamalar, hemşirelikte bölgesel uzmanlaşma ile sosyoekonomik gelişmişlik arasında negatif yönlü ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Diğer bir deyişle hemşirelik istihdamında bölgesel yığılmalar, daha çok sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi düşük olan bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Bu sonuçsa Türkiye'deki hemşirelik mesleğinin sosyal politika uygulayıcısı meslekler grubunda yer aldığını desteklemektedir.

KAYNAKLAR

Adıgüzel, Orhan, Haluk Tanrıverdi ve Döndü Özkan, "Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği", *Yönetim Bilimleri Dergisi*, C. 9, S.2, 2011, s. 235-259.

Akbaş, Meltem, *Hemşirelik Eğitiminde Etik, Çukurova Üniversitesi*, Doktora Tezi Adana, 2010.

Akdemir, Nuran, Yeliz Akkuş, "Rehabilitasyon ve Hemşirelik" *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ankara, 2006, s.82-91.

Akgün Karal, Seçil, Murat Uluğtekin "Hilal-i Ahmer'den Kızılay'a", TDV Yay. Mat.Tic.İşl. Ankara, 2002, s.170.

Akgün Şahin, Zümrüt, Kardaş Funda Özdemir, "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, C.12, S.3, 2015, s. 210-214.

Alan, Nurten ve Özlem Uğur, "Hasta ve Yakınlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi", *Medical Sciences (NWSAMS*),C.13, S.1, 2018, s. 1-9.

Arslan, Hediye, "Hemşirelik Bilim ve Sanatı", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* C. 1, S.1, 2008, s.59-60.

Aygin, Dilek, Hande Cengiz, "İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu" *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, C.45, S. 3, 2011, s.110-114.

Bağcı, Erdem ve Mustafa Kerem Börü, "Ekonomik Büyüme ve İşsizlik Arasındaki İlişki: Türkiyede Ekonometrik Bir Analiz", *International Journal of Academic Value Studies*, C. 4, S. 22, s. 890-897.

Bakır, Abdulhalik ve Pınar Ülgen , "Bizans'ta Tababet Kültürü Bilimi ve Çalışmaları Üzerine Genel Bir Değerlendirme", *Cappadocia Journal Of History And Social Sciences*, C.9, 2017, s.15-39.

Bayat, Fuzuli, "Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kadın Şamanlar", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C.3, S.13, 2010, s. 44-51.

Bayat, Meral, "Öğretim Süreci ve Hemşirelik" , *Sağlık Bilimler Dergisi* 14, (ek sayı: hemşirelik özel sayısı), 2005, s.66-72.

Baykal, Ülkü, *Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma*, Doktora Tezi, İstanbul, 1994, s.1-261.

Bayram, Sadi, "Sağlık Hizmetlerimiz ve Vakıf Guraba Hastanesi" *Vakıf Gureba Hastanesi Sempozyumu*, İstanbul, 1982, s.101-118.

Bilgi Teknoloji ve İletişim Kurumu, *Yeni Teşvik Sistemi*, https://www.btk.gov.tr/yeni-tesvik-sistemi, Erişim, 25 Mart 2019.

Birol, Leman, *Hemşirelik Süreci*, 10. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2011, s. 28-29.

Bodur, Gönül, *Hemşire ve Hemşire Öğretim Elemanlarının Hemşireliğin Geleceğine İlişkin Algılar*, İstanbul Üniversitesi Doktora Tezi, İstanbul, 2015.

Chadwick, Nora K., "Şaman", Çev. Gamze Yamaç, Bilig, C.3, 1996, s.102-115.

Çakırcalı, Emine, "Yaşamsal Bulgular", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul 2012, s. 583-624.

Çalışkan, Nurcan, "Sıcak-Soğuk Uygulamalar", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul , 2012, s. 663-684.

Çiftçi, Murat, “20. Yüzyıla Girerken Osmanlı Sağlık Hizmetlerinde Bölgesel Dengesizlik”, *Uluslararası Söz, Sanat, Sağlık Sempozyumu* (21-23 Ekim 2015) ,Bildiriler Kitabı, Edt. Yüksel Topal vd, Edirne 2016, s. 487-497.

Çiftçi, Murat, “Sosyal Politika Unsuru Olarak Sağlık Hizmetleri”, *Avrasya Bilimler Akademisi Sosyal Bilimler Dergisi*, C16, 2017, s.24-53.

Demirsoy, Nilüfer, “İlk Türk Hemşirelerden Biri: Safiye Hüseyin (Elbi) Hanım(1881-1964)” *11. Kadın Araştırmaları Sempozyumu*. Eskişehir, (2-4 Mayıs), 2014, s.359-362

Dikmen Özarslan, Aylin, “Hegemonik Erkeklik Bağlamında Erkek Hemşireler”, *Alternatif Politika*, C. 7, S.1, 2015, s.118-142.

Dikmen, Yurdanur, “Hemşireliğin Kavramsal Temelleri”, *Hemşirelik Esasları*, edt. Uysal Nurcan, Çakırcalı Emine, Palme Yayıncılık, 7.Baskı, Ankara, 2015, s.4.

Dilik, Sait, "Sosyal güvenliğin tarihsel gelişimi", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 43, S.1, 1998, s.41-80.

Dinçer Bülent ve Metin Özaslan, *İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, DPT-BGYUGM: Ankara 2004.

Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Erdoğan Satılmış, *İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, DPT-BGYUGM: Ankara 1996.

Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Taner Kavasoğlu, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, DPT-BGYUGM: Ankara 2003.

Ellis, Harold, "Florence Nightingale: Creator of Modern Nursing and Public Health Pioneer", *Journal of Perioperative Practice*, C.18, S.9, 2008, s.404-406.

Erer, Meryem Türkan, Meltem Akbaş ve Gülay Yıldırım, “Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi ve Hemşirelik Süreci”, *Lokman Hekim Dergisi*, 2017, s.1-5.

Ergöl, Şule, "Türkiye'de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi" *Zonguldak Karaelmas üniversitesi Hemşirelik Bilim Dergisi*, C.1, S.3, 2011, s.152-155.

Eroğlu, Kafiye ve Gülten Koç, "Dünden Bugüne Sağlık Mevzutında Kadın Sağlığı Kapsamında Ana Çocuk Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.15, S.2, 2012, s. 136-151.

Eşer, İsmet ve Orkun Nilay, Çetin Perihan "Hemşirelik İmajı ve 1950'li yıllarda Bir Seri İlan", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, İzmir, 2017, s.275-278.

Eti Aslan, Fatma, "Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, C.12, S.1, 2009, s. 104-113.

Fişek, Nusret H., "Sağlık İnsan Gücü", Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Çağ matbaası, Ankara 1983, s. 124-140.

Genceli, Mehmet, *Ekonometri ve İstatistik İlkeleri*, Filiz Kitabevi, İstanbul 1989.

Gül, Şenay, *Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algıların İncelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara, 2015.

Gün, Mukadder ve Serap Şahinoğlu , "Büyücülükten Şifacılığa Kadın Sağaltıcıların Öyküsü", *Lokman Hekim Dergisi*, C.5, S.1, 2015, s. 27-32.

Hızel, Selda ve Hakan Kumbasar, "Neden Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları Kuruldu?", *AÜ Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, C.1, S.1, 2000 s. 1-4.

Invest in Hatay, *Teşvik Sistemi*, http://www.hataydayatirim.com/tesvik-ve-destekler.asp?HTD=40&TesvikDestek=tesvik-sistemi, Erişim, 25 Mart 2019

Irwin, Julia W, "Nurses Without Border: The History of Nursing as U.S. International History", *Nursing History Review*, C. 19, 2011, s. 78-102.

Kahraman, A.Burak, Nihan Ozansoy Tunçdemir ve Ayşegül Özcan , "Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Mesleğe Yönelik Algıları", *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, C. 18, S.2, 2015, s.108-144.

Kaplan, Melike, *Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın -Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma,* AÜ SBE Halkbilim (Etnoloji) ABD yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008, Ankara.

Karabulut, Neziha, Dilek Gürçayır ve Yeşim Yaman Aktaş, "Hemşirelik Araştırma Tarihi" *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.10, S.2, 2019, s.121-128,

Karadağ, Ayişe, "Meslek olarak hemşirelik", *Ataturk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 5,S.2, 2002, s.55–63.

Karadeniz, Gülten , "Hemşirelikte Değişim", *Dirim Dergisi*, Temmuz/Ağustos 2003, s.43-47.

Kavuncubaşı Şahin, Adnan Kısa, *Sağlık Kurumları Yönetimi*, edt. Tokgöz Nuray, Anadolu Üniversitesi web-ofset 1. Baskı, Eskişehir, 2007, s.73.

Kaya Hatice, "Uygulama ve Değerlendirme", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 201-208.

Kaya Hülya, "Hasta Eğitimi", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s.237-246.

Kıvanç Madenoğlu Meral, Gülbahar Keskin, "Hemşirelikte Yasal Sorumluluklar", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s.123-136.

Korkmaz, Fatoş, "Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, s. 59-67.

McDonald, Lynn , Florence Nightingale at First Hand, MPG Books Ltd., Cornvall, 2010.

Merih, Doğan Yeliz, Kocabey Yaşar Meryem, "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, C.2 S.3, İstanbul, 2009, s.26-34.

Mete, Samiye, "Hemşireliğin Temel Kavramları", Hemşirelik Esasları, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul ,2012, s. 57-78.

Metintaş, Mustafa Yahya, Selahattin Önder ve Ömür Elçioğlu, "Cumhuriyet Döneminde Kurumsallaşan Bir Temel Sağlık Hizmet Alanı: Hemşirelik", *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, C. 21, S. 2, İstanbul, 2013, s. 102-110.

Miller, Mark M., Lay James Gibson ve Eright N. Gene, "Location Quotient: A Basic Tool for Economic Development Analysis", *Economic Development Review*, C. 9, S. 65, 1991, s. 65

Nahcivan, Nursen, "Sağlık Bakım Sistemi", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul ,2012, s. 37-55.

Orkun, Nilay, İsmet Eşer ve Gül Güneş Çelik , "Acil Hemşireliği Tarihi", *İ.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2017,C.5, S.1, s.16-25.

Öger, Adem, "Tarsus ve Çevresinde Sağaltma Ocakları Ve Bunlara Bağlı Uygulamalar", *Turkish Studies*, C. 5, S.1, 2010, s.1231-1246.

Ökdem, Şeyda, Aysel Abbasoğlu ve Nevin Doğan, "Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi" *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, C. 1, S.1, Ankara, 2000, s. 5-11.

Öner Yalçın, Sibel, Serap Torun ve Funda Gülay Kadıoğlu (2014), "Tıbbın Kültür Tarihi Çerçevesinde Hemşire Üniformasının Evrimi", *Lokman Hekim Journal,* 2014, C.4, S.1, s. 6-15.

Özçelik, Necmettin, "İlk Türk Hemşiresi Safiye Hüseyin(Elbi) ve Hemşirelik Tarihi Fotoğrafları Koleksiyonu" *2. Sağlık Tarihi ve Müzesi Sempozyumu,* Edt. Ahmet Zeki İzgöer, Murat D. Çekin, İstanbul, 2017, s.359-362.

Özen, İbrahim, "Balkan Savaşının Yaralarını İstanbul'da Saran bir Hemşire: Aziz Haydar Omur", Türk Dili, S. 796, İstanbul, 2018, s. 36-47.

Özgür, Servet, "Türkiye' de 1. 2. Ve 3. Basamakta Sağlık Personeli Durumu", https://www.researchgate.net/profile/Servet_Ozgur/publication/267747709_TURKIYE'DE_1_2VE_3_BASAMAKTA_SAGLIK_PERSONELI_DURUMU/links/54746d240cf29afed60f7cb4/TUeRKIYEDE-1-2VE-3-BASAMAKTA-SAGLIK-PERSONELI-DURUMU.pdf, s.3, Erişim: 03.02.2019.

Özkan, Behzat, "Hemşire Görev Tanımları Alan Çalışması", *Sağlık Bakanlığı*, İzmir, 2013.

Öztunç, Gürsel, "Hemşireliğin Doğası", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 25-35.

Öztürk Türkmen, Hafize, "Tarihsel Olarak Kadın Şifacılık Ve Tıbbın Değerleri", *Lokman Hekim Dergisi,* C.1, S.2, 2011, s. 21-27.

Öztürk, Ebru, Duygu Öztaş, " Transkültürel Hemşirelik", *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi,* C.1, S.1, 2012, s.293-300.

Öztürk, Yaşar, *Hemşireliğin Annesi: Florence Nightingale*, Bütün Dünya Yayınları, İstanbul, 2002, s.55-62.

Ponteil, Felix, "Fransada 1789 Öncesi Eğitim", Çev. Saffet Bilhan*, AÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1980, C.13S.1-2, s. 143-164.

Rasche, Ruth W. , "The Deaconess Sisters: Pioneer Professional Women", *Hidden Histories in the United Church of Christ* 1, 1984, s.95-109.

Rasimoğlu, İlikan, Ceren Gülser, "Tanzimat, Hayırseverlik ve Kadın: Fılles De La Charité Rahibelerinin Osmanlı İmparatorluğu Topraklarına Gelişi ve İstanbul'daki İlk Yılları", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* C.20, S.4, 2018, s.603-619.

Santos, Elvin H. and Edward , "Stainbrook A History of Psychiatric Nursing in the Nineteenth Century", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences,* C. 4, S.1, 1949, s. 48-74.

Saydam, Tugay, "Roma Cumhuriyetinde Kölelik: Spartaküs Örneği", *Karabük Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2017, C. 1, S.2, 76-90.

SGK, *2011 İstatistik Yıllığı*, Ankara, 2012.

Sis Çelik, Aslı, Türkan Pasinlioğlu, Meryem Çilek, Arzu Çelebi (2012), "Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşüncelerinin Belirlenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, C.15, S.4, 254-261.

Sözen Cemil, *Hemşirelikte Yönetim*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2003.

Şendir, Merdiye, Funda Büyükyılmaz "Planlama" *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s.178-200.

Şendir, Merdiye, Funda Büyükyılmaz ve Aylin Aktaş, "Doku Bütünlüğünün Sağlanması ve Yara Bakımı", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul 2012, s. 487-533.

Şenyuva, Emine, "Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar", *F.N. Hem. Derg.* C.24, S.1, İstanbul, 2016, s.59-65.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011)*, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara 2013.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011),* Ankara 2013.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, *Deontoloji ve Mesleğinin Sorumluluk ve Yükümlülükleri,* Ankara,2013, s. 1-41.

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hastanelerde Maktu Ücret ile İstihdam Olunan Hemşireler ile Hasta Bakıcılara bir Nefer Tayını Verilmesine Dair Kanun,* Kanun No:1429, Sayı: 1182, Kanun Tarihi: 29.04.1929.

T.C. Resmi Gazete, *Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*, Kanun No:5634, Sayı: 26510, Kabul Tarihi: 02.05.2007

T.C. Resmi Gazete, *Hemşirelik Yönetmeliği*, Sayı: 26775, Kabul Tarihi: 08.03.2010

T.C. Resmi Gazete, *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, Sayı: 27910, Kabul Tarihi: 19.04.2011.

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hastabakıcı Hemşireler Hakkında Kanun*, Kanun No:3433, Sayı: 3943, Kabul Tarihi: 25.06.1938.

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hastabakıcı Hemşireler Kadrosu Hakkında Kanun*, Kanun No:3475, Sayı: 3955, Kabul Tarihi: 09.07.1938

T.C. Resmi Gazete, *Kızılay Hastabakıcı Hemşireler Talimatnamesi ve Muaddel 4. Madde Hakkında Kanun*, Kanun No:1174, Sayı: 4356, Kabul Tarihi: 08.11.1939

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hasta Bakıcı Hemşireler Hakkındaki Kanunda Bazı Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*, Kanun No:5056, Sayı: 6625, Kabul Tarihi: 06.06.1947.

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hastabakıcı Hemşireler Hakkındaki 3433 Sayılı Kanuna Ek Kanun*, Kanun No:5216, Sayı: 6938, Kabul Tarihi: 22.06.1948.

T.C. Resmi Gazete, *Askeri Hastabakıcı Hemşireler Hakkındaki Kanunun 2. ve 6. Maddelerini Değiştirilmesine Dair Kanun*, Kanun No:5592, Sayı: 7460, Kabul Tarihi: 18.03.1950.

T.C. Resmi Gazete, *5176 Sayılı Kanunla Dört Sınıfa İndirilen Mektepli Hastabakıcı Hemşirelerin Beşinci Sınıfta Geçen Sürelerinin Dördüncü Sınıfta Geçmiş Sayılıp Sayılmayacağının Yorumlanmasına Mahal Olmadığına Dair Kanun*, Kanun No:1725, Sayı: 7811, Kabul Tarihi: 17.05.1951.

T.C. Resmi Gazete, *Hemşirelik Kanunu*, Kanun No:6283, Sayı: 8647, Kabul Tarihi: 02.03.1954.

Taşocak, Gülsün, "Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimine Genel Bakış", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 18-23.

Theofanidis, Dimitrios ve Despina Sapountzi-Krepia, "Nursing and Caring: An Historical Overview from Ancient Greek Tradition to Modern Times", *International Journal of Caring Sciences*, C.8, S.3, 2015, s. 791-800.

Topuksak, Bilge ve Gülümser Kublay, "Florence Nightingale'den Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Neler Değişti? Avrupa ve Türkiye'de Modern Hemşirelik Eğitimi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 2010, s.298-305.

TUİK, *Bölgesel İstatistikler*, https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/, Erişim: 17.01.2019.

Tunç, Çıtak Gülseren, Neriman Akansel ve Aysel Özdemir, " Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Meslek Seçimlerini Etkileyen Faktörler*", Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, C.3, S.1, 2010, s.24-31.

Turan, Nuray, Aylin Öztürk ve Nurten Kaya, "Türkiye'de Erkek Hemşire İmgesi", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* C.8, S.1, 2011, s. 16-30.

Turan, Nuray, Aylin Öztürk, Hatice Kaya ve Türkinaz Atabek Aştı, "Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, C. 4, S.1, 2011, s.167-173.

Turan, Nuray, Aylin Öztürk, Hatice Kaya ve Türkinaz Atabek Aşti, "Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, Cilt: 4 Sayı: 1, 2011, s. 167-173.

Türk Hemşireler Derneği (THD) Yayınları, *Hemşireler İçin Etik İlke Sorumluluklar,* Ankara, 2009.

Ulusoy, M.Filiz, "Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 1, 1998, s. 1-8.

Utkualp, Nevin, *Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Eksikleri Giderme Tutumunun Etik Açıdan Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi*, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Bursa, 2015.

Uyer, Gülten, "Hemşirelik ve Meslekleşme Düzeyi ve Meslek Kriterlerine İlişkin Sorunlar", *Ege Üniversitesi 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, İzmir, 1990, s. 480-481.

Uyer, Gülten, *Hemşirelik ve Yönetim*, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993, s. 18-21.

Ünal, Aysun ve Şeyda Seren, " Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı ve Nedenlerinin İncelenmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2010, s. 23-29.

Ünsal, Ayla, "Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık ve Hastalık", *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.1, S.1, 2017, s.11-28.

Ünsal, Ayla, "Hijyen Uygulamaları", *Hemşirelik Esasları*, Edt. Aştı T., A. Karadağ, Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul ,2012, s. 445-485.

Velioğlu, Perihan, *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Edt. Geylan Ramazan, Eskişehir, 1991, s. 2-19.

West, Edith A. W.P. Griffith ve Ron Iphofen, "A Historical Perspective on the Nursing Shortage", *MEDSURG Nursing*, C.15, 2006, s.1-7.

Yılmaz Gören, Şerife ve Neyyire Yasemin Yalım, "Hemşirelik Tarihinde Bir Öncü "Safiye Hüseyin Elbi*", Lokman Hekim Dergisi*, C.6, S.2, 2016, s.38-45.