

Hemşirelikte insan kaynakları

Merve Tarhan



İstanbul'da doğdu (1985). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesini (2007) bitirdi. İstanbul Tıp Fakültesi'nde servis hemşiresi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde acil hemşiresi olarak yaklaşık 8 yıl hemşirelik yaptı. (2007-2015). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Programında doktor eğitimine başladı (2015). Hemşirelik öğrencilerinin ve yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama geçiş sürecini konu alan doktora tez çalışması devam etmektedir. 2015'ten beri İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde çalışmaktadır.

Dünyada her geçen gün bilgi ve teknolojinin gelişmesi, yaşam süresinin uzaması, nüfus artış hızının azalması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması; sağlık bakım hizmetlerine yönelik beklenti ve ihtiyaçları her geçen gün arttırmaktadır. Toplumun beklenti ve ihtiyaçlarının doğru ve etkili bir şekilde karşılanması, ancak nicelik ve nitelik açısından yeterlilik gösteren sağlık insan gücü ile mümkün olmaktadır (1-3). Hemşire insan gücü, sağlık bakım sisteminin çekirdeğidir ve hücrenin çekirdek olmadan hayatta kalmasının imkânsız olduğu bilinen bir gerçektir. Bu noktada ülkemizdeki hemşire insan gücünün mevcut durumu ve gelecek projeksiyonunun tartışılması, sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu açısından önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2013 yılında yayınladığı raporda, dünyada 29 milyon hemşire ve ebe bulunduğu ve hemşire yetersizliğinin her geçen gün artan küresel bir sorun haline geldiği belirtilmektedir (4). Amerika Birleşik Devletleri'nde bugün yaklaşık 3,9 milyon hemşire istihdam edilmektedir. Ancak 1,1 milyon hemşireye daha ihtiyaç duyulduğundan hemşire istihdamının 2026'ya kadar %15 oranında büyüyeceği öngörülmektedir (5). İngiltere'de hemşire açığı, maksimum oran olarak kabul edilen %5'lik değeri neredeyse iki katına yaklaşmakta ve öncelikli iş vizesi

verilen meslekler arasında hemşirelik ilk sıralardaki yerini almaktadır (2). Dünyanın en kalabalık ülkelerinden biri olan Çin'de ise 2010 yılında 1.6 olan 1000 nüfus başına düşen hemşire sayısının 2015 yılında 1.25'e düştüğü belirtilmektedir (3). Kanada Sağlık İşgücü Enstitüsü, Kanada'daki hemşire insan gücünü azalan yeni mezun oranları, artan meslekten ayrılma oranları ve yarı zamanlı ya da geçici pozisyonlarda çalışma oranları ile resmetmektedir (6). Sağlık alanında harcamaları azaltmayı hedefleyen, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren ve gelişmiş evde bakım hizmetlerine sahip olan Norveç, Danimarka ve Almanya 2016 yılı istatistiklerine göre 100.000 nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayısı bakımından ilk üç sıradayken, ülkemiz 257 hemşire ve ebe ile son sırada yer almaktadır (7). Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki mevcut hemşire ihtiyacını karşılamaya yönelik ilk olarak 2011 yılında yayınladığı ve en son Mart 2018'de revize ettiği "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" raporunda önümüzdeki 20 yıla ait hedefler ortaya koyarak 2023 yılında yaklaşık 385.000 ve 2040 yılında ise yaklaşık 555.000 hemşire istihdamının gerçekleşeceğini belirtmektedir.

Hemşire insan gücünün görev, yetki ve sorumlulukları tüm dünya ülkelerinde farklılık göstermesine rağmen hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde temellenmesi bakımından benzerlik göstermektedir. Avustralya'da en az üç yıllık lisans eğitimini tamamlayan hem-

şireler uygulamalarını bağımsız olarak gerçekleştirebilirken, ön lisans programını tamamlayan hemşire yardımcılarını temel ve daha basit hemşirelik bakımını hemşireler gözetiminde sunmaktadır (9). Aynı zamanda lisansüstü eğitimini tamamlayan hemşireler klinik uzman hemşire unvanını almakta ve kendi uzmanlık alanlarında ilaç yazma hakkı da dâhil olmak üzere bağımsız uygulamalar yapabilmektedir (10). Ülkemizde ise 2014 yılında çıkarılan torba yasa ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerinden mezun olanlara "hemşire yardımcısı" unvanı verilmiş ve aslında 2007 yılındaki Hemşirelik Kanunu'nda belirtilen "sadece hemşirelik lisans programlarından mezun olanlar hemşire unvanını almaktadır," maddesi yedi yılın sonunda uygulamada hayat bulmuştur. Dolayısıyla ülkemizde 2014 yılında istihdam edilen yaklaşık 152 bin hemşirenin içinde sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü programlardan mezunlar bulunduğu, hepsinin hemşire unvanına sahip olduğu, hemşirelik işini yaptığı ve sayıları tam olarak bilinmemekle beraber bugün hâlâ sağlık sisteminin içinde yer aldığı sonucuna varılmaktadır. Ülkemizde hemşire yardımcılarının, farklı alanlardaki teknikerlerin, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen uygulamaya yansıtılmamaktadır. Bu nedenle bugün Türkiye'de hemşire iş gücünün yapısının, lisans ve lisansüstü programlardan mezun hemşirelerin



yanı sıra sağlık meslek lisesi ve ön lisans programlarından mezun ve yasal olarak hemşire olmayan ama hemşirelik işini yapan çalışanlardan oluştuğunu söylemek mümkündür.

Türkiye'de 2014 yılından günümüze kadar olan süreçte, sadece lisans mezunu olanların hemşire unvanı ile sağlık sistemine giriş yaptığı ve hemşire sayısının %56 oranında artış gösterdiği bilinmektedir (7). Bu artışta 2023 Vizyonunda belirtilen ve uygulamada hayat bulan hemşirelik lisans programlarındaki kontenjan artışının etkili olduğu düşünülmektedir (8). Yükseköğretim istatistiklerine göre, 2017-2018 akademik yılında hemşirelik lisans programlarına kayıtlı öğrenci sayısının 71.538, öğretim elemanı sayısının 1.562 ve öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının 113 olduğu görülmektedir (11). Ülkemizde son iki yılda lisans kontenjanları yaklaşık 6,2 kat artarken, öğretim elemanı sayısının yalnızca 1,5 kat artmasının nitelikli hemşire insan gücünün yetiştirilmesine bir tehdit oluşturduğu sonucuna varılmış ve 2017 yılında konu ile ilgili Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştayda teorik ve laboratuvar derslerin işlenmesinde güçlükler yaşanması, ölçme ve değerlendirmenin etkili yapılamaması ve klinik uygulama

alanlarının yetersiz kalması gerekçeleri ile öğrenci kontenjanlarının bir program çerçevesinde yapılandırılarak azaltılmasına karar verilmiştir (12). Ülkemizde 2015 ve 2016 yıllarında hemşirelik lisans programlarının toplam 22 bin mezun verdiği bilinmekte ancak ne kadarının sağlık sistemine giriş yaptığı bilinmemektedir (11). Benzer şekilde mevcut hemşire insan gücünün meslekten ayrılma oranları ve nedenleri konusunda elimizde herhangi veri bulunmamaktadır. Hemşire insan gücünün planlanmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi için öncelikle hemşireliğin niceliksel dinamizmini tanımlamak gerekmektedir. Ülkemiz genelinde lisans programlarını tamamlayan, sağlık bakım sistemi içinde istihdam edilen ve lisans programını tamamladığı hâlde mesleğe başlamayan ya da ilk yıllarında meslekten ayrılan hemşire oranları ve ayrılma nedenlerinin belirlenmesine yönelik incelemelere acilen ihtiyaç bulunmaktadır. Bir diğer önemli bulgu olarak, hemşire ve ebe sayısının dağılımları bölgesel olarak farklılık göstermektedir. Doğu Marmara, Orta Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının altında kalmakta ve özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesi 100.000 nüfus başına düşen 197 hemşire ile en son sırada yer almaktadır. Aynı zamanda

Ülkemizde mevcut hemşire insan gücünün niceliğinin artırılmasında öğretim elemanı ve eğitim ortamlarının özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi takdirde niteliksel açıdan yetersiz hemşire insan gücünün toplumun sağlığını tehdit etmesi kaçınılmazdır. Hemşire insan gücünün mevcut durumunu tanımlarken yaş, cinsiyet, çalışılan birim, mesleki deneyim süresi, lisansüstü eğitim alma durumları gibi niteliksel özellikleri değerlendirmesi ile alana özgü istihdam oranlarının artacağı düşünülmektedir.



Türkiye’de 2023 yılında yaşlı nüfusun %10,2’ye yükseleceği öngörüsünden hareketle, hem yaşlı sağlığı hizmet birimlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, hem de geriatri hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının düzenlenerek hemşirelerin alana özgü istihdam edilmesi izlenmesi gereken stratejiler arasında ilk sıralarda yer almalıdır.

bu bölgede 0-14 yaş grubu nüfus oranı, toplam yaş bağımlılık oranı, bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının en yüksek değerlerde seyrettiği görülmektedir (7). Tüm veriler doğrultusunda bölgede ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde eksiklik ya da yetersizlik olduğu ve çocuk ve kadın sağlığı alanında uzman hemşirelerin

öncelikli olarak bu bölgede istihdam edilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Hemşire insan gücünün planlanmasında, hemşirelerin niteliksel özelliklerinin önemli bir ölçüt olduğu bilinmektedir ve ülkemizde konuya ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Hem emeklilik oranlarının belirlenmesini hem de meslekte kalış süresinin öngörülmesini kolaylaştırması nedeniyle hemşirelerin yaş dağılımları başlıca ölçütlerdendir (13). Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde 50 yaş ve üzeri hemşire oranında yıllar içinde artış yaşandığı görülmektedir (14). Başka bir deyişle deneyimli hemşirelerin emekli olarak sistemden ayrılma oranlarının yıllar içinde artış göstermesi, yeni mezun hemşirelerin karmaşık sağlık bakım ortamlarında hazır olup olmadıkları değerlendirilmeden hızlıca istihdam edilmeleri ile sonuçlanacaktır. Bu durumun hasta sonuçları, sağlık kurum ve kuruluşlarının etkililiği ve hemşirelik mesleğini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bir diğer önemli ölçüt cinsiyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Erkek hemşire oranı yıllar içinde artış göstermesine rağmen, hemşireliğin hâlen kadın cinsiyetinin ağırlık kazandığı bir meslek olduğu görülmektedir (1-3, 6, 9). Ülkemizde yıllar içinde hemşirelik lisans programlarından mezun erkek hemşirelerin sayısı artmakta ve 2017 yılında mezunların %26’sının erkek

olduğu görülmektedir (11). İnsan gücü planlaması açısından, erkeklerin kas-iskelet sistemlerinin daha güçlü olması nedeniyle tedavi edici sağlık kurum ve kuruluşlarında özellikle yoğun bakım üniteleri ve acil servislerde istihdam edilmeleri önerilmektedir. Hemşirelerin %75’inin Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda ve ağırlıklı olarak hastanelerde istihdam edilmesi, Sağlık İstatistikleri Yıllığında belirtilen tek niteliksel özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer ülkelerde yapılan projeksiyonlarda, tüm hemşirelik lisans programlarından mezun olan hemşirelerin rollerine (klinikisyen, yönetici, araştırmacı, eğitici ve diğer) ve çalıştıkları birimlere (dâhiliye, cerrahi, ameliyathane, pediatri vb.) göre dağılımları görülmektedir (1-3, 6, 9). Ülkemizde hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımlarına yönelik herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki hemşire insan gücünün planlanmasında, demografi, mortalite ve morbidite verilerinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Türkiye’de yıllar içinde kaba doğum ve ölüm hızındaki azalmalara bağlı olarak nüfus piramidinin değişikliğe uğradığı görülmektedir. Bu değişiklikle beraber bugün nüfusun %8,3’ü 65 yaş ve üzerindedir ve bu oranla Türkiye yaşlı nüfuslu ülkeler arasındaki yerini almaktadır. Yaşlı nüfusta görülen artışın paralelinde genç nüfus

oranında her geçen yıl düşüş yaşanmakta ve yaşlı bağımlılık oranı düzenli olarak artış göstermektedir (7). Bu tablodan rahatlıkla gelecekte yaşlı nüfusun ciddi bir sosyal sorun oluşturma potansiyeli taşıdığı çıkarılmaktadır. Yaşlı bireylerin, genellikle birden fazla kronik hastalığa sahip olması ve kronik hastalıkların uzun süreli tedavi ve bakım gerektirmesi, sağlık hizmetlerine duydukları ihtiyacı her geçen gün arttırmaktadır. Uzun, kaliteli ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmeleri için yaşlı bireylerin kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi becerilerini kazanması, uzun süreli bakım ortamlarında yüksek kalitede hizmet alması ve bakım vericilerinin desteklenmesi gerekmektedir ve bu koşulların sağlanmasında en etkili meslek ise hemşireliktir (15). Türkiye’de 2023 yılında yaşlı nüfusun %10,2’ye yükseleceği öngörüsünden hareketle, hem yaşlı sağlığı hizmet birimlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması, hem de geriatri hemşireliğinin görev, yetki ve sorumluluklarının düzenlenerek hemşirelerin alana özgü istihdam edilmesi izlenmesi gereken stratejiler arasında ilk sıralarda yer almalıdır. Küresel Hastalık Yüku 2016 Türkiye sonuçlarına göre ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalık yükünde artma eğilimi görülmekte ve büyük bir kısmını iskemik kalp hastalıkları, bel ve boyun ağrıları ve solunum sistemi kanserleri oluşturmaktadır. Ölüm nedenleri arasında ise dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları ile neoplazmlar üst sıralarda yer almaktadır. Hastane yatış nedenlerinin dağılımında solunum ve sindirim sistemi hastalıkları ile gebelik, doğum ve lohusalık ağırlık göstermektedir. Aynı zamanda bu hastalıkların oluşmasında başlıca risk faktörlerinin yüksek vücut kitle indeksi, tütün kullanımı, yüksek sistolik kan basıncı, yüksek kan şekeri ve beslenmeyle ilgili meseleler olduğu belirtilmektedir (7). Tüm veriler göz önünde bulundurulduğunda, kronik hastalıkların önlenabilir nedenleri bulunmasına rağmen ülkemizdeki başlıca ölüm nedenleri arasında yer aldığını ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmını bu hastalıkların tedavisinin oluşturduğu söylemek mümkündür. Kronik hastalıklarla mücadelede en etkili silah, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini hayata geçirmektedir. Ancak 2014 yılından günümüze kadar olan süreçte birinci basamağa olan müracaat sayılarında azalma ve hastanelere müracaat sayılarında artma yaşandığı ve toplumdaki erişkin bireylerin, faydalandıkları koruyucu sağlık hizmetlerinin tansiyon, kan

şekeri ve kolesterol ölçtürmeden öteye gitmediği görülmektedir. Benzer şekilde ülkemizde kadınlarda görülen kanserler arasında meme kanseri ilk sırada yer almasına rağmen, kadınların üçte ikisi kendi kendine meme muayenesi hiç yapmamakta ve yaklaşık dörtte üçü hiç mamografi çekmemektedir. Bu noktada hemşire ev ziyaretleri ve eğitim programları önem kazanmasına rağmen hemşirelerin sadece %7’si aile hekimliğinde istihdam edilmektedir (7). Oysaki dünya da koruyucu sağlık hizmetlerini başarıyla yerine getiren toplumlara baktığımızda her 1000 kişiye bir hekim ve bir halk sağlığı hemşiresinin istihdam edilmektedir. Aile hekimliğinde istihdam edilen halk sağlığı hemşiresi sayısının artırılması izlenmesi gereken öncelikli stratejilerden bir diğeridir. Kanser hem dünyada hem de Türkiye’de her geçen gün artış gösteren bir diğer önemli toplum sağlığı sorunudur. Kanser tedavi ve bakımında multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden hemşireler bu ekibin vazgeçilmez bir üyesidir. Değişen ve gelişen sağlık sistemi de bu alanda yetkin hemşirelerin varlığını gerekli kılmaktadır. 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Onkoloji Hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmaktadır (16). Onkoloji son derecede özel bir alan olduğundan, yüksek düzeyde eğitim ve deneyim gerektirmektedir. Hemşirelik lisans programlarında onkoloji eğitiminin sınırlı kaldığı bilinmekle birlikte son yıllarda lisansüstü eğitimde ayrı bir uzmanlık dalı olarak az sayıda da olsa yer almaktadır. Ülkemizde bu alana özgü hemşire insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi öncelikli stratejilerdendir.

Sonuç olarak, ülkemizde mevcut hemşire insan gücünün niceliğinin artırılmasında öğretim elemanı ve eğitim ortamlarının özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi takdirde niteliksel açıdan yetersiz hemşire insan gücünün toplumun sağlığını tehdit etmesi kaçınılmazdır. Hemşire insan gücünün mevcut durumunu tanımlarken yaş, cinsiyet, çalışılan birim, mesleki deneyim süresi, lisansüstü eğitim alma durumları gibi niteliksel özellikleri değerlendirmesi ile alana özgü istihdam oranlarının artacağı düşünülmektedir. Ülkemizde ciddi hemşire açığı söz konusuysen mevcut iş gücünün elde tutulması gerekmektedir. Bu amaca yönelik düzenlemelere yön vermek için meslekten ayrılma oranları ve nedenleri belirlenmelidir. Ülkemiz

ihtiyaçları doğrultusunda geriatri hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği ve onkoloji hemşireliği öncelikli uzmanlık alanları olarak karşımıza çıkmaktadır. İlgili alanlarda hemşirelerin yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi toplum sağlığının sürdürülmesinde önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Lamadah SM, Sayed HY. Challenges facing nursing profession in Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 2014; 4 (7): 20-25.
- 2) White E. A Comparison of Nursing Education and Workforce Planning Initiatives in The United States and England. *Policy Polit Nurs Pract.* 2017; 18(4): 173-185.
- 3) Wang CC, Whitehead L, Bayes S. Nursing Education in China: Meeting the Global Demand for Quality Healthcare. *International Journal of Nursing Sciences* 2016; 3: 131-136.
- 4) World Health Statistics 2013. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/ Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 5) Nursing Shortage <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 6) Canadian Workforce Experiences Slowest Growth in Decade. <https://www.cih.ca/en/canadas-nursing-workforce-experiences-slowest-growth-in-a-decade> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 7) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 8) Revize Edilmiş 2023 Yılı Hekim Ve Hemşire İhtiyaç Planlaması.
- 9) Australia's Future Health Workforce. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/australias-future-health-workforce-nurses> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 10) Herdman EA., Avustralya’da Hemşirelik: Geçmişten Günümüze ve Geleceğe. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2008; 5 (2): 3-4.
- 11) Yükseköğretim İstatistikleri. <https://istatistik.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 12) Hemşirelikte Lisans Eğitimi Çalıştay Raporu. http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38771823/Hemsirelik_Lisans_Egitimi_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 13) Kwok C, Bates KA, Ng ES., Managing and Sustaining an Ageing Nursing Workforce: Identifying Opportunities and Best Practices Within Collective Agreements in Canada. *J Nurs Manag* 2016; 24 (4): 500-511.
- 14) Sherman RO., Chiang-Hanisko L, Koszalski R. The Ageing Workforce: a Global Challenge *J Nurs Manag* 2013; 21 (7): 899-902.
- 15) Grady PA., Advancing the Health of Our Aging Population: A Lead Role of Nursing Science. *Nurs Outlook* 2011; 59 (4): 207-209.
- 16) Can G., Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2014.