

Küreselleşme Bağlamında Türkiye’de Hemşirelik

Turkish Nursing in the Context of Globalization

ELIZABETH ANNE HERDMAN*

ABSTRACT

Nursing operates within the context of globalization which is defined by the transfer of economic, social, political and cultural values across borders. Migration and international recruitment is a prominent feature of nursing over the last decade. The impact of out-migration of nurses on some developing countries is severe. The aim of this article is to review the effects of globalization on health policies, nursing education, migration of health workers and health care.

Key words: Nursing, globalization, Turkey

“Çoğu sağlık sisteminde hemşireler “ön cephe” kadrolarının ana meslek bileşeni olup, hemşirelerin katkıları.... sağlıklı ve etkin bakım sağlamada vazgeçilmez kabul edilmektedir. Birçok ülkede, en büyük insan kaynakları sorunlarından biri hemşire açığıdır.” (International Council of Nursing (ICN)=Uluslararası Hemşirelik Konseyi).⁽¹⁾

Ekonomik, sosyal, politik ve kültürel değerlerin sınırlar ötesine taşması olarak tanımlanan küreselleşme, hemşireliği de etkilemektedir. Küreselleşmenin ülkeler üzerindeki etkisinin boyutu ülkelerin tarihleri, gelenekleri, kültürleri ve önceliklerine bağlıdır. 1980’li yıllardan bu yana, birkaç küreselleşme eğilimi ortaya çıkmıştır. Bunlar; ulusal sınırların giderek birbirine karışması, uygulanan politikalar üzerinde ulusal egemenliğin bir dereceye kadar yitirilmesi, çokuluslu şirketlerin artan bağımsızlıkları ve hükümetlerin ekonomi politikalarının sosyal maliyetlerini düşünebilme yeteneklerinin baltalanması olmuştur. Küreselleşmeye sağlık sektöründe “reform” ve yeniden yapılanma eşlik etmektedir. Ancak, bu olgular küreselleşmenin insan kaynakları üzerindeki etkisine yeterince eğilmemektedir.⁽¹⁾

Tüm dünyada sağlık bakımı finansmanı ve sağlık hizmetlerindeki değişimler, küreselleşmede neoliberal ideolojiyi yansıtmaktadır.^(2,3) McGregor’e⁽⁴⁾ göre; bu ideoloji “sağlık bakım sistemlerinin güncel bir eğilim olarak özelleştirilmesi, zayıflatılması ve yenilenmesine haklı neden oluşturmaktadır.” 1980’li yılların sonunda, birçok başka ülke gibi, Türkiye de cömert devlet sübvansiyonlarıyla özel sektör yatırımlarını sağlık hizmetlerine başarıyla aktararak küresellik ideolojisini benimsemiştir. Bu da, 2001 yılına kadar 257’e kadar çoğalan

ÖZET

Ekonomik, sosyal, politik ve kültürel değerlerin sınırlar ötesine taşması olarak tanımlanan küreselleşme, hemşireliği de etkilemektedir. Son on yıl içinde göç ve uluslararası istihdam hemşireliğin belirgin bir niteliği haline gelmiştir. Hemşire işgücünün dış göçü gelişmekte olan ülkelere çok ciddi bir darbe vurmaktadır. Bu makalede; küreselleşmenin sağlık politikaları, hemşirelik eğitimi, sağlık insangücünün göçü ve sağlık bakımına etkileri ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, küreselleşme, Türkiye

özel hastane sayısının artmasıyla sonuçlanmıştır.⁽⁵⁾ Aynı şekilde, 1990’larda da, hükümetin yüksek teknoloji kullanan tanı ekipmanına ithalat serbestliği getirmesinden yararlanan radyoloji, biokimya ve patoloji laboratuvarı gibi özel tanı tesisleri de artış göstermiştir. Devlet kurumları da bazı hizmetler için özel hastaneler ve tanı merkezleriyle ilişki kurarak özel sektörden hizmet alımlarına başlamıştır. Sağlık bakım maliyetlerinin artmasında, devlet ve özel sektörler arasındaki karşılıklı finansmanın ana etken olduğu kabul edilmiş olmasına rağmen bu eğilim sürdürülmüştür.^(6,7)

Türkiye’de 1960’dan önce sağlık politikalarının temel amacı ulaşılabilirlik, eşitlik ve halk sağlığının iyileştirilmesi üzerine odaklanmış ve sosyalize bir sistem yaratılmak istenmiş idi. Ancak, küreselleşmenin gerekleri, politik iradenin yokluğu ve ekonominin zayıflığı, özelleştirmeyi de içeren neoliberal politikaların geliştirilerek sağlık sektörünü sosyalize etme çabalarını sapırmıştır. Bütün dünyada, küreselleşme zenginle fakir arasındaki uçurumu açmış, sağlık sektöründe ise ulaşılabilirlik ve eşitlik sorunlarına neden olan ulusal halk sağlığı sistemlerinin çökmesine zemin hazırlamıştır. Bu durum, Türkiye’de hemşireliği, çözülmesi gereken oldukça büyük sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır.

Türkiye’de sağlık bakımı düşük öncelikli bir konu olmaya devam etmektedir.⁽⁸⁾ Avrupa Birliği (AB) üyesi olma isteğinden dolayı Türkiye modernleşme gündemini hızlandırmış, ancak bu sürecin odak noktası sosyal konulardan çok politik reformlar olmuştur.⁽⁹⁾ “Birleşmiş Milletler İnsan Gelişimi Raporu” sıralamasında, Türkiye 85’inci ülkedir.⁽⁸⁾ Sozen ve Shaw⁽⁹⁾’ın

* E A Herdman, Prof. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü
Güzelbahçe Sok. No:20 D Blok, 34365 Niğantaşı / İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 01 Faks: 0 212 311 26 02
e-mail: eherdman@ku.edu.tr

iddiası, Türkiye’nin bundan çok daha iyi bir konumda olması gerektiğidir. Ancak sağlık, eğitim ve diğer sosyal hizmetlerdeki yatırımların azlığından dolayı, Türkiye kendi performansını 82’inci sırada olduğu bir önceki yıldan da aşağıya çekmiştir. Bunun nedeni, politik ve kültürel sorunların sosyal ve ekonomik sorunlardan öncelikli olmasıdır.

Avrupa Birliği’ne üye ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye, kişi başına düşen sağlık personeli sayısı en düşük ülkedir.⁽⁸⁾ Nüfusun sağlık personeline oranı, bölgelere göre değişmekte olup en düşük sağlık personeli oranı kırsal bölgeler ve doğu bölgelerinde bulunmaktadır. Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH)’nın sadece % 3-4’ü sağlık bakımına ayrılmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamaları için ayrılan bu payın düşük olması, Avrupa Birliği üye ülkeleriyle karşılaştırıldığında, Türkiye’nin en kötü sağlık koşulları olan ülke konumunda olmasına neden olmaktadır. Bebek ölümleri 1000 canlı doğumda 29’dur. Coğrafi bölgeye göre farklılık gösteren çocuk ölümleri ise çok yüksek olup, 5 yaşından küçüklerde 1000 vakada 37’dir (şehirlerde 30:1000, kırsal kesimde 50:1000). Ölümlerin yarısından fazlası bebek veya 5 yaş altıdır.⁽¹⁰⁾ Annelerin ölüm oranı da yüksektir (100.000 canlı doğumda 55).⁽¹¹⁾ Anne-çocuk sağlığı ile ilgili istatistikler, Türkiye’deki sağlık politikalarının büyük çapta başarısız olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de Hemşirelik

“Yeterli sayıda ve nitelikte hemşire kadrolarıyla, olumlu bakım sonuçları arasında ilişki vardır.”⁽¹⁾

Abaan⁽¹²⁾, hemşirenin Türkiye’deki statüsünün düşük olduğunu açıklamaktadır. Hemşirelik mesleği ve hemşirelerin kendileri, Türk sağlık sisteminde büyük ölçüde görünmez durumdadır. Çoğunlukla “sağlık personeli” adı altında topluca sınıflandırılan hemşirelere, Türkiye’de veya hemşire olmayan Türkler tarafından sağlık sistemi hakkında yazılmış raporlarda çok ender olarak gönderme yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ=WHO: World Health Organization) belgeleri ise hekimler ve “diğer uygun personel”den söz etmektedir.^(13,14) Türkiye’de hekim sayısı hemşire sayısından fazladır. 1990 yılında, 100,000’lik bir nüfus kesimine düşen hemşire sayısı 75 iken, 1998’de bu rakam 109, 2003 yılında 115 olmuştur.^(15,16) Bu veriler; Angola (114.5), Ermenistan (481), Azerbaycan (767), Belarus (1182), Botswana (219.1), Finlandiya (2162), Yunanistan (257), Lübnan (199), Fas (105), Namibiya (168), Peru (115.2), İngiltere (497) ve ABD (972) verileriyle karşılaştırıldığında, açıkça görülmektedir ki Türkiye gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olduğu kadar, diğer gelişmekte olan ülkelerin de gerisindedir.⁽¹⁷⁾ 2003 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı “Hemşire” sayısını 79 059, “Ebe” sayısını 41 513 ve “Sağlık Memuru” veya “Erkek hemşire” sayısını 49 324 olarak açıklamıştır.⁽¹⁶⁾ Kadın hemşirelerle aynı eğitimi almalarına karşın, erkek hemşirelerin hemşire olarak sayılmadığı görülmektedir. Bu hemşireler farklı bir biçimde (sağlık memuru) adlandırılıp farklı görevlerde çalışılmaktadır. Bu kişiler de, Türkiye’deki cinsiyet ayırımı nedeniyle etkin bir biçimde görünmez durumdadır. Oysa, erkek hemşireler de

hemşirelik istatistikleri içinde sayılmış olsalar, hemşire sayısı 100,000’lik bir nüfus kesiminde 186’ya yakın bir rakam oluşturacaktır. Ayrıca, bugünkü mevcut durumda hemşirelik okullarına sadece kız öğrencilerin kaydı yapılabilmektedir.⁽¹⁸⁾

Robertson ve ark.⁽¹⁵⁾’na göre, “hemşirelik Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin hep önemli bir unsuru olmuştur.” Söz geçen grubun görüşü, Türkiye’de hemşirelik eğitiminin “halkın gelişen sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak ve yurt dışında sürekli değişen sağlık teknolojisine ayak uydurmak için hızlı bir evrim geçirdiği” şeklindedir. Ancak, Türkiye’de hemşirelerin koşulları gelişmiş ülkelere göçü özendirerek birkaç “itici” etkeni de içinde barındırmaktadır. Bu etkenler arasında; ücret düşüklüğü, kötü iş koşulları, kariyer geliştirme fırsatlarının azlığı ve kısıtlı iş olanakları sayılabilir. Aksine “çekici” etkenler ise iyileştirilmiş ücretler, gelişmiş ülkelerdeki hemşire açığı ve aktif personel alma çabalarıdır.⁽¹⁹⁾ Bu ikinci grup etkenlere engel olabilecek başlıca unsurlar; dil yetersizliği ve yetkinliğin tanınmaması olsa da, “giderek artan sayıda ülkelerin eğitim programları uluslararası standartlara oturtuldukcça, yerel iş olanaklarından hoşnut olmayan kişilerin sayısı da çoğalacaktır.”⁽¹⁹⁾ Türkiye’deki hemşirelik programlarının öncülerinden pek çoğu Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde eğitim görmüştür.⁽¹⁵⁾ Bunun sonucunda, hem hemşirelik eğitim programları ABD programlarına benzer şekilde düzenlenmiş, hem de lisans programlarının yönetimi de ABD modellerine dayandırılmıştır. Gerçekten, ABD tarzında bir hemşirelik eğitim sistemi, Türk hemşirelik okulu mezunlarını ABD işverenleri için cazip bir istihdam potansiyeli haline getirmektedir. WHO’nun Uluslararası Hemşire Yer Değiştirme Kabiliyeti Raporu, ABD’de belirgin bir hemşire açığının bulunduğundan söz etmektedir. 2000 yılında Kayıtlı Hemşire (Registered Nurses) kadrolarındaki eksiklik 111.000 olarak saptanmış olup, bu açığın 2020 yılına kadar 800.000’i aşacağı tahmin edilmektedir.⁽¹⁹⁾ İşverenler ise uluslararası düzeyde işe almayı kolaylaştırmak için göçmenlik mevzuatının hafifletilmesine çalışmaktadır. Serbest ticaret bölgelerinin de hemşire hareketini etkilediği bilinmektedir. Gelecekte Türkiye’nin AB’ye girmesi, mesleki yetkinliğin tanınması ve vize zorunluluklarının hafifletilmesi suretiyle hemşirelerin yer değiştirmesi kolaylaşacaktır. Buradaki son engel dil yetkinliği olacaktır.

Hemşirelikte, ABD tarzında bir mesleki sistemin Türkiye’de benimsenmesinin yaratabileceği etkileri anlayabilmek açısından, Filipinler örneğine bakmak ve bu olguyu bir uyan kabul etmek yararlı olur. Yirminci yüzyılın başlarında Filipinler’de sürdürülen ABD sömürgeciliği içinde, hemşireliğe de ABD tarzında bir mesleki sistem dayatılmıştır. Bu sistem, ABD hastanelerinde çalışılmak üzere hazır bir Filipinli hemşirelik çalışma gücünü yaratmıştır. Böylece, İngilizce konuşup akademik yetkinliği olan, hizmet ihracında bulunabilecek bir hemşire kadrosu geleneği başlatılmıştır. Amerikan modelinde yaratılmış bir hemşirelik programı, halen sürmekte olan bir kitle göçünün önkoşulu olmuştur.⁽²⁰⁾ Filipinler, Batıya diğer ülkelere çok daha fazla hemşire ihraç etmekte olup, bu ülkenin kendi

ÖZGÜN YAZI

vatandaşlarına hemşirelik hizmeti verebilecek yeterli sayıda yetkin hemşire kadroları yoktur. Küreselleşmenin işgücü üzerinde tüm dünyada çok derin etkileri olmuştur. Emek, uluslararası bağlamda ulusal boyutundakinden çok daha bulunabilir ve ucuzdur. Bu olgu, emeğin uluslararası bölünmesinde bir değişim yaratmış, sermaye akışının gelişmiş ülkelere kaymasını ve hemşireler de dahil olmak üzere, gelişmekte olan ülkelere daha ucuz işgücü ithal etme eğilimini doğurmuştur. Kitlesel bir meslek hüviyetiyle hemşirelik, bu eğilimlere karşı gelecek konumda değildir.

Giderek artan bir küresel çerçevede ulusal mesleki işçi piyasalarının çok daha ayrıntılı bir biçimde incelenmesi yerinde olur. Çünkü:

“Hemşirelik açığı sadece bir organizasyon sorunu veya ekonomik incelemeye tabi bir konu değildir, sağlık hizmetleri üzerinde büyük çapta olumsuz etkisi söz konusudur. Yerel, bölgesel veya küresel bir hemşirelik açığının yarattığı sorunun yanıtızsız kalması sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi veya iyileştirilmesini de olumsuz yönde etkileyecektir.” (1)

Yukarıda belirtildiği gibi, Türkiye ve dünyanın diğer bölgelerinde, hemşirelik programları ABD programları örneğine göre hazırlanmıştır. Bu da, hemşirelerin dünyanın gelişmekte olan bölgelerinden batıya kitsesal göçünü kolaylaştırmaktadır. Hemşirelik işgücü pazarının artan biçimde küreselleşmesi, eğitim ve uygulamanın küresel standartlarının geliştirilmesini sağlamakta ve böylelikle, “müşterek bir dil, müşterek bir öğrenim programı, ... hemşirelik işgücünün hangi gelişmekte olan ülkede yetiştirileceğini belirleyen etkenler olmaktadır.”(1) Bu durum, küreselleşme standartlarının, göç olgusu nedeniyle gelişmekte olan ülkeleri hemşire açığına maruz bırakacağı anlamını taşımaktadır.

Sonuç

“Hemşire açığı sadece ‘hemşirelik için bir sorun’ değildir, sağlık sisteminin etkinliğini olumsuz yönde etkileyen ve sistemin kendi içinde çözüm gerektiren bir sağlık sistemi sorunudur.” (1)

Son on yıl içinde göç ve uluslararası istihdam hemşireliğinin belirgin bir niteliği haline gelmiştir. Bunun nedeni, gelişmiş ülkelerdeki artan hemşire açıkları ve gelişmekte olan ülkelere giderek artan bir işgücü ithali eğilimidir. İşgücü ithalinin canlı bir biçimde sürdürülmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelere, kaynak ülkelere verebileceği zarar potansiyelinden ötürü tartışmalara yol açmıştır. “Hemşire işgücünün dış göçü bazı gelişmekte olan ülkelere çok ciddi bir darbe vurmaktadır.”(1) ICN'e göre, bu ülkelere hemşirelik eğitimi pahalı olduğundan, hemşirelerin beceri ve deneyimleri yetersiz kalmaktadır. Evde bakımın nitelik ve düzeyi düşmekte ve mesleğin gelecekteki önderleri yetişmemiş olmaktadır. Aynı derecede önemli olan, kırsal bölgelerden kentlere ve kamu sektöründen özel sektöre

kayan iç göçlerdir.(1) Oswalt ve Boyce(21)'un ileri sürdüğü gibi, “Türkiye’de hemşirelik 21’inci yüzyıla girerken kendini tanımlayarak kendini desteklemeye çalışan bir meslek” olacak ise, hemşirelikte mesleki gelişmelerin yarattığı sorunlarının da göz önünde bulundurulması zorunludur. Çünkü:

“Sağlık meslek kadrolarının gelişmiş ülkelere göçü nedeniyle yaratılmakta olan insan kaynağı kaybı genellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin adil bir şekilde sağlık hizmetleri sunma kabiliyetinin de kaybolmasıyla sonuçlanmaktadır. Sağlık işçilerinin göçü aynı zamanda ülkelerin Birleşmiş Milletler’in sağlıkla ilgili Milenyum Gelişim Hedefleri gibi küresel, bölgesel ve ulusal taahhütlerini ve hatta kendi gelişmelerini sağlama kabiliyetlerini de engellemektedir.” (22,23)

KAYNAKLAR

1. International Council of Nurses. The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Geneva: ICN; 2004.
2. Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, David K and Binns K. The cost of health system change: Public discontent in five nations. Health Affairs 1999; 18(3):206-216.
3. Terris, M. The neoliberal triad of anti-health reforms: Government budget cutting, deregulation and privatization. Journal of Public Health Policy 1999; 20(2): 149-167.
4. McGregor, S. Neoliberalism and health care. International Journal of Consumer Studies 2001; 25(2):82-89.
5. Savas BS, Karahan Ö, Saka RÖ. Health care systems in transition: Turkey. In: Thomson S and Mossialos E, editors. European observatory on health care systems. Copenhagen: 2002.
6. Grant C, Yuen P. The Hong Kong health care system. Sydney: School of Health Services Management, University of New South Wales; 1998.
7. Ramesh M. Health policy in Asian NIEs. Social Policy & Administration 2003; 37(4):361-375.
8. Kisa A, Kavuncubaşı S, Ersoy, K. Is the Turkish health care system ready to be a part of the European Union? Journal of Medical Systems 2002; 26(2):89-95.
9. Sozen S, Shaw I. Turkey and the European Union: Modernizing a traditional state? Social Policy & Administration 2003; 37(2):108.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara: 2003
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/nsa2003.
11. İnsani gelişme raporu 2003. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP). Ankara: 2003.
12. Abaan S. Nursing image in Turkey. Journal of Nursing Scholarship 2000; 32(1):93.
13. Health care systems in transition: Turkey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; 1996.
14. WHO. World Health Report. Geneva: WHO; 2003.
15. Robertson JF, Lash AA, Okumus, H. Nursing education in modern Turkey. Nursing Outlook 2002; 40(3):127-132.
16. Sağlık göstergelerinde mevcut durum ve beş yıllık kalkınma hedefleri. Sağlık istatistik yaylığı. Ankara: 2003. www.saglik.gov.tr
17. WHO estimates of health personnel. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
18. Yükseköğretim programları ve kontenjanları kılavuzu. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM). Ankara: 2004.
19. WHO international nurse mobility: Trends and policy implications. Geneva: WHO; 2003.
20. Choy CC. The usual subjects: Medicine, nursing and American Colonialism in the Philippines. Hitting Critical Mass: A Journal of Asian American Cultural Criticism 1998; 5: 2.
21. Oswalt J and Boyce D. International nursing education: Istanbul, Turkey. Journal of Pediatric Nursing 2000; 15(3): 183-189.
22. WHO. Human resources in health: Report by the Secretariat. Executive Board, EB. 114/17. Geneva: WHO; 2004.
23. WHO. Recruitment of health workers from the developing world. Report by the secretariat. Executive Board EB. 114/5. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.