

Küreselleşmenin Hemşireliğe Etkisi

The Effect of Globalization upon Nursing

Fatma Ersin¹, Zuhâl Bahar²

¹Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Yazışma adresi: Fatma Ersin, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Tel: 0 414 318 24 83 E-mail fatmaersin1@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 06.02.2013

Kabul tarihi / Accepted: 02.03.2014

Özet

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru politik, teknolojik, ekonomik ve sosyal alanda meydana gelen gelişmeler sağlık alanında da yansıma bulmuştur. Küreselleşme olarak tanımlanan bu süreçte sağlıkla ilgili küresel yayılımı içeren birçok sorun gündeme gelmektedir. Böyle bir durumda özellikle sağlık bakımı sunan gruplar içinde büyük bir grubu oluşturan hemşirelerin küreselleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının farkında olmaları ve çözüm üretmeleri için sağlığa yönelik küresel bir bakış kazanmaları zorunlu hale gelmektedir. Derlemenin amacı, küreselleşmenin hemşireliğe etkisini açıklamak ve çözümler konusunda yol gösterici olmaktır. Sonuç olarak hemşireler, küreselleşmenin sağlığa olan olumsuz yansımalarını bireysel ve kolektif çabalarla sosyal bilinç ve politik güçlerini kullanarak engelleyebilirler. Bu nedenle küreselleşmeye bütünüyle taraftar olmak veya karşı olmak yerine, küreselleşmenin olumsuz etkilerini azaltacak ulusal ve uluslararası önlemlere katkıda bulunmak en akılcı yol olacaktır.

Anahtar kelimeler: Küreselleşme, Hemşirelik, Etkinlik

Abstract

Developments in political, technological, economic and social areas, that occurred towards the end of the twentieth century were reflected to the health area, as well. In this process defined as globalization, a number of problems involving global expansion regarding health are brought to agenda. In such situations, it is required especially for nurses who comprise a large group within the health care professionals, to attain a global viewpoint aimed at health in order to be aware of health problems that are brought along with globalization and generate solutions. The objective of this review is to explain the effect of globalization upon nursing and to be a guide for the solutions. As a consequence, nurses could prevent the negative reflections of globalization on health through personal and collective efforts using social consciousness and political powers. Thus, instead of completely taking sides with or objecting to globalization, it will be reasonable to contribute to national and international precautions that will decrease the negative effects of globalization.

Key words: Globalization, Nursing, Efficiency

Giriş

Günümüzde 'kapitalizm', küreselleşme adı altında bir dünya sistemi haline gelmiş bulunmaktadır. Bu sistem ekonomik yaşamda “piyasa egemenliği”, “özel girişimcilik”, “iyi yönetim”, “verimlilik”, “esneklik” ve “bireycilik” gibi değerleri merkeze almaktadır (1). Yeni bir süreç olmayan küreselleşme, dünya genelinde malların, hizmetlerin, finansal piyasaların, yatırımların, teknolojilerin, üretim faktörlerinin, bilginin, eğitimin, demografinin, kültürün, hukukun, siyaset ve çevresel faktörler gibi ortak değerlerin sürekli ve hızlı bir biçimde bölgesel veya ulusal sınırları aşarak uluslararasılaşma sürecidir (2).

İlk kez 1983 yılında Theodore Levitt tarafından bir kavram olarak kullanılan küreselleşme olumlu ve olumsuz yönleri ile sağlığı, toplumsal yapıları, çevreyi, bilim ve teknolojiyi etkilemiş, eğitim ve eğitim haklarına yansımıştır (3, 4). Küreselleşme olarak tanımlanan bu süreçte sağlıkla ilgili küresel yayılımı içeren birçok sorun gündeme gelmektedir. Ayrıca küreselleşmenin hemşirelik bakımını etkileyecek hemşire göçüne, hemşirelerin çalışma saatlerine, hemşirelik eğitimine de yansımaları olmuştur. Böyle bir durumda özellikle sağlık bakımı veren hemşirelerin küreselleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının farkında olmaları ve çözüm üretmeleri önem taşımaktadır (5).

Bu derlemenin amacı küreselleşmenin hemşire göçüne, hemşirelerin çalışma saatlerine ve hemşirelik eğitimine yansımalarını açıklamak, çözümler konusunda yol gösterici olmaktır.

Küreselleşme ve Hemşirelik

Hemşireliğin dünyada gelişim süreci incelendiğinde, modern hemşireliğin 19. yüzyıl ortalarında Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da geliştiği görülmektedir. Küreselleşmenin savaşlar,

kolonileşme ve misyonerlik faaliyetleri ile dünyaya yayıldığı belirtilmektedir (6). Küreselleşmede sosyal güvenlik, sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerin piyasa'ya devredilmesi, özelleştirilmesi ya da gönüllü kuruluşlara bırakılması teşvik edilmektedir (1). Bu sistem ile devletin küçültülerek etkinleştirilmesi, özelleştirme yoluyla kaynakların verimli kullanılması, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının ön plana çıkarılması, iş ve emeğin esnekleştirilmesi gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumları dile getirenlerin savunusunda, refah devletinin sosyal politikaları içinde yer alan eğitim, sağlık, emeklilik ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sorunu çözmediği, tersine harcama kalemlerini çok büyük oranda artırarak yatırım ve istihdamı olumsuz yönde etkileyerek adaletsizliğe yol açtığı vurgulanmaktadır. Bunun sonucunda hemşire göçü gündeme gelmekte, hemşirelerin çalışma saatleri etkilenmekte ve hemşirelik eğitiminde de yenilikler ortaya çıkmaktadır.

Küreselleşmenin Hemşire Göçüne Etkisi

Hemşireler bir sağlık disiplini olarak evrensel boyutta sağlığa önemli katkıları olan meslek grubu üyeleridir. Küreselleşmenin etkileri ile hemşireler de diğer çalışanlar gibi kariyer, işsizlik, daha iyi yaşam koşullarına ulaşma gibi nedenlerle göç etmektedirler. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'na (OECD) üye 30 ülkede çalışan hemşirelerin %11'inin göçmen oldukları ve eğitimlerini başka bir ülkede aldıkları bildirilmiştir (7). Piyasaların küreselleşmesi uluslararası göçü kolaylaştırmış ticaretin serbest dolaşımı önündeki engelleri azaltmıştır (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Raporu'na göre (2006), dünyada yaklaşık olarak 60 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bunun üçte ikisi (yaklaşık olarak 39,5 milyon) sağlık hizmetlerini doğrudan sunmaktadır. Genel toplamda 11,5 milyon sağlık hizmeti sunucusunun Avrupa'da çalıştığı, bunun da

tüm sağlık hizmeti sunucularının küresel sağlık insan gücü içindeki oranının %67'sini oluşturduğu belirtilmektedir. Uluslararası düzeydeki sağlık çalışanı eksiğinin, 4,3 milyon civarında olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü 1990'dan buyana küresel sağlıkta önemlidir (9). Uluslararası göç, genellikle fakir ülkelere daha zengin ülkelere, zengin ülkeler arasında da koşulları daha iyi olan ülkelere doğru zenginlik hiyerarşisi izlemektedir (10).

Göçlerin Nedenleri

a. Üst Plandaki Unsurlar: Küresel dinamikleri kapsamaktadır Ekonomik ve politik faktörler, teknolojik gelişmeler, toplumun artan beklentileri, nüfusun yaşlanması, hastalık örüntülerinin değişmesi, Avrupa Birliği (AB) dinamikleri ve uluslararası kuruluşlar olarak belirtilebilir (15).

b. Alt Plandaki Unsurlar

İten Faktörler: Düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, sınırlı kariyer olanakları, sınırlı eğitim olanakları, uzmanlık eğitiminin olmayışı, sınırlı esnek kariyer planlama fırsatı, sürekli eğitim eksikliği, iş memnuniyetsizliği, HIV/AIDS'in etkisi, ekonomik istikrarsızlık, politik zorluklar, olumsuz yaşam koşulları, personel yetersizliği nedeniyle aşırı iş yükü, düşük mesleki statü, işsizlik, açlık ve yoksulluk, doğal afetler, çevresel bozulmalar, şiddet, evlilik birleşmeleri, ailevi nedenlerden dolayı bir araya gelme, savaşlar, güvenlik endişesi, kendi ülkesinde gelecek görememe olarak belirtilmektedir (8, 11, 12, 14).

Çeken Faktörler: Daha yüksek gelir, daha iyi muamele ve çalışma koşulları, daha iyi donatılmış sağlık sistemleri, kariyer fırsatları, ileri eğitim fırsatları, yüksek eğitim standartları, seyahat olanakları, iş yardımı, aile için daha iyi bir

gelecek, daha kaliteli bir yaşamdır (8,11, 12,14).

Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya en fazla hemşire göçü alan ülkelerin başında gelmektedir. Yurt dışına göçlerin %81 Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya %11'dir. AB ülkelerinde ise Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere'ye hemşire göçü sıklıkla olmaktadır (8,11,12,14). DSÖ Pasifik Bölgesi tarafından desteklenen ve "nitelikli sağlık personelinin göçü" üzerine yapılan bir araştırmada, Fiji, Palau, Samoa, Tonga ve Vanuatu gibi Pasifik ülkelerinden, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelere sağlık personeli göçünün nedenleri; düşük ücret sürekli eğitim eksikliği, sınırlı eğitim olanakları, yetersiz kariyer geliştirme imkanları, olumsuz çalışma koşulları, kaynak kısıtlılığı, hastaların talepleri ve şikayetleri olarak belirtilmiştir (16). Hindistan Yeni Delhi'de yapılan çalışmalarda, hemşirelerin başka ülkeye göç etmelerindeki temel motive edici unsurlar olarak yüksek gelir beklentisi, daha kaliteli yaşam öncelikle dile getirilmiştir (17, 18). Gana'da yapılan başka bir çalışmada ise düşük ücret, kariyer fırsatlarının yetersizliği, sağlık çalışanlarına gösterilen itibar/saygının azlığı, emeklilikteki yardımların azlığına ilişkin kaygılar dile getirilmiştir (11). Dört Afrika ülkesinde (Kamerun, Güney Afrika, Uganda ve Zimbabve) hemşirelerin göç etme nedenleri sırasıyla; daha iyi gelir elde etme, daha güvenli bir çevre, yaşam koşulları, olanakların yetersizliği, ilerlemede zorluk, gelecek görememe, ağır iş yükü, para biriktirmeme, iş temposu, sağlık hizmetlerinin bozulması, ekonomik kriz, zayıf yönetim olarak belirtilmiştir (19). Sahra Altı Afrika'da çalışan hemşirelerin HIV/AIDS'li hasta sayısının artması bu enfeksiyona yakalanma riskini arttırmıştır. Bu durum hemşirelerin motivasyonunu azaltmış, iş kazası endişesi yaşamalarına neden olmuş, hemşire göçünü arttırmıştır. En fazla göçün

ise Zimbabwe'de (%11,1) olduğu ifade edilmiştir (20). Mesleki gelişim olanaklarının yetersiz olması, çalışanların iş tatminsizliğine neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Avustralya'da kırsal kesimde çalışan hemşirelerle yapılan kalitatif bir çalışma ise Sürekli mesleki gelişme ve sürekli bir öğrenme kültürünün olmasının, hemşirelerin işyerlerinde ve mesleklerinde kalması için önemli stratejiler olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır (21).

Ankara ve Muş illerinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan 432 hekim 420 hemşire ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %66,2'si, hemşirelerin de %65,2'si daha iyi çalışma koşulları istediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada genel iş doyum düzeyi düşük olan hekim ve hemşirelerin göç etmeye daha çok eğilimli oldukları bulunmuştur. Mesleki hizmet süresi ve içsel iş doyum düzeyi arttıkça göç etme riskinin azaldığı saptanmıştır (22).

Hemşirelerin Çalışma Saatleri

657 sayılı devlet memurları kanununa göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen (23), 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun uyarınca hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir (24). 4857 Sayılı İş Kanunu'na göre de haftalık çalışma süresi 45 saattir. *Fazla çalışma süreleri* günde 11 saati aşamaz. Fazla çalışma için hemşirenin onayı gerektiği kanunda belirtilmektedir (25).

Ruggiero ve Janino (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %72'si 12 saatlik vardiya, %22'si 8 saatlik vardiya, %6'sı 10 saatlik vardiya ile çalıştığını belirtilmiştir. İş doyumunda azalma ve tükenmişlik nedenlerinden birisi olarak görülen vardiyalı çalışma ve nöbetli çalışmanın etkilerinin araştırılması ve bu etkilerle baş edebilmek için

gerekli önlemlerin alınması hemşireler ve yöneticiler için büyük bir önem taşımaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri; yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (27). Olumsuz çalışma koşulları, hemşirelerin meslekten ayrılmalarına, hemşireliği bir meslek olarak seçmemelerine, bir kariyer olarak görmemelerine neden olmaktadır. Ayrıca vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (28,29).

Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerinin etkilerine bakıldığında özellikle fizyolojik etkiler öne çıkmaktadır. En sık görülen fizyolojik etkilerden birisi uyku bozukluklarıdır. İnsan metabolizması hiçbir zaman gece çalışmasına adapte olamamakta, bu çalışma sisteminin terk edilmesinin üzerinden 10 yıl geçtikten sonra bile vücuda verdiği olumsuz etkiler devam edebilmektedir (30, 31). Vardiyalı çalışmanın vücut ritimlerini bozduğu bilinmektedir (29,32). Ritim bozukluğu dışında görülen diğer bir problem de melatonin hormonunun salgılanmasının bozulmasıdır. Araştırmalar, melatonin hormonunun salınımındaki yetersizliğin, osteoporoz, yeme bozuklukları, çeşitli kanser türleri, erken menopoz, romatoid artrit, depresyon, uykusuzluk gibi bozukluklara yol açtığını belirtmektedir (33).

Vardiyalı olarak değişik saatlerde çalışma, çalışan kişilerin sosyal ve psikolojik sağlıklarını da etkilemektedir (Tablo 1) (29, 32, 34, 35).

Tablo 1. Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın yol açtığı sosyal ve psikolojik sağlık sorunları;

1. Sosyal izolasyon	9. Aile içi rollerde (evlilik –eş, ebeveyn, evlat) zorlanma ve aile içi sorunlar
2. Rol performansında yetersizlik	10. Çocuk yetiştirme/ ebeveynlik rolünde zorlanma
3. Anksiyete ve huzursuzluk	11. Bakım vericilik rolünde zorlanma
4. Benlik saygısında azalma	12. Yorgunluk
5. Tükenmişlik Sendromu	13. Duygusal tükenme
6. Duyarsızlaşma -yabancılaşma	14. Kişisel başarısızlık
7. İş doyumsuzluğu	
8. Kişilerarası ilişkilerde (mesleki ve sosyal) zorlanma	

Yapılan bir çalışmada, vardiyalı çalışmadan dolayı hemşirelerin %14,3'ü genel sağlık durumunun kötü ya da çok kötü olduğunu, %22,5'i sıklıkla kendini depresyonda hissettiğini, %35,3'ü ise sık sık ya da her zaman uyku sorunları olduğunu ifade etmiştir (34). Sönmez'in yaptığı çalışmada hastane dışında sosyal aktiviteye katılamayan hemşirelerin kişisel başarı puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (36). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin çok azının (%13,7) iş yaşamından “memnun” oldukları, %50,7'sinin iş yaşamından “kısmen memnun” olduğu, memnun olmayanların ise çalışma sistemindeki uygunsuzlukları gerekçe gösterdikleri bulunmuştur (37). Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık ve ümit gerek sosyal becerilerde, gerekse hemşirelerin bakım işlevlerinde değerli ve önemli bir özelliktir. Serinkan, çeşitli hastanelerde görev yapmakta olan hemşireler üzerinde

yaptıkları tükenmişlikle ilgili araştırmasında SSK hastanelerinde çalışan hemşirelerin devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıklarını saptamış, bu durumun, çalışma saatlerinin ve koşullarının farklı olmasından kaynaklanabileceğini belirtmiştir (38). Vardiyalı çalışanların sosyal yaşamlarını etkileyen bir diğer durum da kişilerin bayram, tatil, hafta sonu gibi özel günlerde çalışmak durumunda kalmalarıdır. Ruggiero ve Janino'nun yaptıkları araştırmalarında, araştırmaya katılan vardiyalı çalışanlar, hafta sonları ve özel günlerde çalışmanın sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (26). Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde; işi önemsememe, işi bırakma eğiliminde artış, verilen hizmetin niteliğinde bozulma, işe izinsiz gelmeme, izin sonunda rapor ve benzeri yollarla izni uzatma eğilimi, işte ve iş dışında insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluk eğilimi,

eş ve aile bireylerinden uzaklaşma eğilimi, iş performansında düşme, iş doyumunda azalma ve iş kazalarında artma gibi olumsuz sonuçlar görülmektedir (39).

Hemşirelerin yaralanma riski, çalışma süresinin ilk saatinde düşükken, 2. ve 5. saatinde yükselmekte, 8. saatten sonra belirgin olarak yükselmektedir. Çalışma süresinin 12. saatindeki yaralanma riskinin ilk 8 saate göre 2 kat fazla olduğu belirtilmektedir. Boyun, omuz ve sırt travmaları ve hastalıkları özellikle çalışma süreleri uzun olan hemşirelerde görülen en önemli meslek hastalıklarıdır. Bu travmalar hemşirelerin işlerini bırakmalarına neden olabilecek şiddette olabilmektedir (40). Haftada 40 saatten fazla ve günde 12 saatten fazla çalışan hemşireler, düzenli çalışma saatleri olan hemşirelere göre boyun, omuz ve sırt problemlerine iki kat daha fazla yatkındırlar. Hemşireler sadece kas, iskelet sistemi hastalıkları yönünden değil, iğne yaralanması yönünden de risk altındadırlar. Yine başka bir araştırmada 12 saatlik bir çalışmadan sonra ilaç hatalarının, iğne uçlarıyla ilgili kazaların 8 saatlik bir çalışmaya göre daha fazla arttığı saptanmıştır (40,41).

Vardiyalı, Uzun Süre ve Fazla Çalışmanın Etik Yönü

Hemşireler bakım uygulamalarını gerçekleştirirken tıp etiği içerisinde yer alan etik ilkelere yararlanırlar. Yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet bu değerlendirmelerde temel alınan dört ana ilkedir. Sunulan hemşirelik bakımının bir ilkeye uygunluğu ya da uygunsuzluğu diğer ilkelerin de karşılanması ya da ihlali ile sonuçlanabilir. Örneğin, nöbet olarak adlandırılan sistemde, 8 saati oldukça aşan bir süre ve çok sayıda (gündüz ancak birçok ekip üyesi ile bakım verilebilen

sayıda) hastaya, çok sayıda ve çeşitlilikte uygulamadan sorumlu olan bir hemşirenin, örneğin bir izleminde eksiklik olması, hastanın zarar görmesine, hastaya yararlı olanın yapılmamasına ve aynı zamanda hastanın hak ettiği bakımın verilmemesi, hata oranının artması suretiyle adalet ilkesinin ihlaline yol açabilir (41).

Bu sonuçların gerek hemşirelik mesleğine ve hemşireye, gerekse topluma ve kurumlara yansımaları da hemşire insan gücü ve sağlık bakımı alanında karar vericilerin, planlayıcıların göz önünde bulundurması gereken bir konudur.

Eğitimde Uluslararasılaşma (İnternalizasyon)

Küreselleşmenin eğitim sistemiyle bütünleşmesi olan *eğitimde uluslararasılaşma (internalizasyon)* yeni bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. *Ülkelerarası eğitim, eğitimin küreselleşmesi, akademik hareketlilik, uluslararası işbirliği, uluslararası karşılıklı değişim programları, batılılaşma ve Avrupalılaşma* gibi tanımlar da bazen eğitimin uluslararası olması ile benzer anlamda kullanılmaktadır (42).

Eğitim kurumlarında özelleşmeler, eğitimde eşitsizliklere, ekonomik kriz de az gelişmiş ülkelerin sağlık ve eğitime ayırdıkları payların düşmesine neden olmuştur. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle, uluslararası boyutlarda oluşan akademik hareketlilik, tüm ülkelerin birbirleri ile kolayca bağlantı kurmalarını, kültürlerarası bilgi ve becerilerin paylaşılmasını sağlasa da, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında bilgi ve bilim açığı artmıştır (43, 44, 45).

Küreselleşme hemşirelik bilgisi ve eğitiminde üç tür değişiklik yaratmıştır. Bu değişiklikler bilginin doğasında, eğitim kurumlarının ve hemşirelik eğitiminin yapısında olmuştur (1). Alt yapısı güçlü, seçkin, geleneksel eğitim veren hemşirelik okullarının yapılarını koruyabilme şansları olabilir.

Ülkemizde açık öğretim programları yürüten ulusal/evrensel hemşirelik okullarının sayısı giderek artacaktır. Hemşirelik okulları giderek özelleşecek, öğrenci değişim programları ile uluslararasılaşma sürdürülecektir (44).

Hemşirelikte bilgi geçmişte anlatım ve kitaplar yoluyla aktarılırken artık, bilişim teknolojilerindeki gelişmelerle elektronik üniversiteler ortaya çıkmıştır. Eğitim uydu sistemleri, kablolu, yoğun diskler ve internet ağı üzerinden televizyonla, açık öğretim programları ile uzaktan eğitim, on-line eğitim, modüler yapılar, web tabanlı farklı teknolojiler gibi eğitim modelleri ile yürütülebilmektedir (44, 46). Ayrıca ABD'de bazı üniversitelerde, artık yazılı eğitim materyalleri kullanılmamaktadır (46).

Dünyadaki hemşirelik okullarının çoğu bu değişimlere ayak uydurmak için programlarında, alt yapılarında, kütüphanelerinde, öğrencilerine İngilizce eğitimi vererek ve öğrenci hareketliliğini sağlayarak, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde yeni akademik sistemler geliştirmektedirler. Bazı ülkelerde (örneğin İngiltere ve bazı Avrupa ülkelerinde) hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinin bir bölümünü bir başka ülkede almaları bir zorunluluktur. Avustralya'da hemşirelik okullarının büyük çoğunluğunda, Asya, Avrupa, ABD ve İngiltere'den gelen öğrenciler eğitim almaktadırlar (47). Ayrıca dünyada öğrenci ve öğretim elemanı değişimleri ve çeşitli projelerle işbirliği sağlanmaktadır (48). Avrupa reform hareketi hemşirelik eğitimi üzerinde de etkisini göstermiştir. Bologna süreci ile 45 ülkede mesleğe başlama, hemşirelik lisans, mastır ve doktora programlarında akademik derecelerde standartlar ve kalite güvenliği standartları getirilmiştir (49). Avrupa Birliği ülkeleri temel hemşirelik eğitimi

için bu standartları uygulamaya koymuştur. Ancak ülkeler arasında programlar açısından halen farklılıklar bulunmaktadır. Erasmus programları Avrupa birliğine üye ve aday ülkeler arasında, hemşirelik öğrencilerine de başka ülkelere giderek mesleği ile ilgili öğrenim deneyimleri yaşama, araştırma, inceleme fırsatı vermektedir. Erasmus programına katılan ülkelerdeki çalışmalar ve alınan dereceler akademik olarak tanınmaktadır. Erasmus programlarının hedefleri bütün ülkeler tarafından kurulmaya çalışılmakta, Türkiye de 2001 yılından beri bu ortak hedefleri desteklemektedir (44). Var olan programlar öğrencilerde bağımsız olma, bireysel gelişim, özgüven geliştirme, kişilerarası ilişkiler açısından iletişim becerileri kazanma, farklı kültürlerde karmaşık dinamikleri anlama, sağlık sistemlerini ve hemşirelik uygulamalarını inceleme ve karşılaştırma, kültürlerarası bakım becerileri geliştirme, bir başka dili öğrenme, güzel dostluklar kurma gibi pek çok olumlu yararlılıklar sağlamaktadır (50). Ancak değişim programlarında sağlanan ekonomik desteğin az olması öğrencilerin parasal sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca öğrenciler kültür şoku yaşadıklarını, dil sorunu nedeniyle zaman zaman mesleki hatalar yaptıklarını, yalnızlık, ayırmıcılık ve eve özlem duygusu yaşadıklarını, otonomilerini kaybettiklerini ifade etmektedirler (51, 52, 53).

Sonuç

Hemşireler, küreselleşmenin sağlığa olan olumsuz yansımalarını bireysel ve kolektif çabalarla sosyal bilinç ve politik güçlerini kullanarak engelleyebilirler (5). Kendi sağlığı risk altında olan bir hemşirenin sunacağı hizmetin kalitesi ve hastasına sağlayacağı yarar düşünülmelidir (53). Zorunlu olarak fazla çalışmak durumunda kalmak, çalışma süresi ve koşulları, hemşire sayısının, (hemşire/hasta oranının) az olması hemşirelerin

yatak başı hemşirelik hizmetinden, hatta meslekten ayrılmasının, genelde insanların hemşireliği bir meslek olarak seçmemelerinin, bir kariyer olarak görmemelerinin temel nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelik bakımı tüm dünyada gereksinilen evrensel bir hizmettir.

Çözüm Önerileri

Küreselleşmenin, tek bir süreç değil, bir süreçler bütünü olduğu unutulmamalıdır. Bundan dolayı; küreselleşmeye bütünüyle taraftar olmak veya karşı olmak yerine, küreselleşmenin olumsuz etkilerini azaltacak ulusal ve uluslararası önlemlere katkıda bulunmak en akılcı yoldur.

Yeterli insan ve parasal kaynakların sağlanması, etkili kamusal destek, sektörler arası işbirliği, izleme ve değerlendirme sistemi ile ilerlemelerin ölçülmesi gereklidir.

Hemşirelerin sundukları sağlık bakım hizmetlerinin doğası gereği, hizmetin devamlılığı nedeniyle hemşirelerin normal çalışma saatlerinin

dışında (08-17) çalışması gerekliliği bilinmekte ve bu doğrultuda yasal düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Kaliteli insan gücü kaybı önlenmeli, eğitim programının kalitesi akredite edilmeli, değişim programları konusunda oryantasyon programları düzenlenmelidir.

Bologna süreci ile kredilendirmenin geliştirilmesi sağlanmalı, öğrenciler profesyonel beceriler açısından (problem çözme, eleştirel düşünme vs.) geliştirilmelidir.

Ayrıca yaşam boyu öğrenmeye yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Kanıtla dayalı hemşirelik araştırmaları yaygınlaştırılmalıdır.

Sonuç olarak hemşirelikte farklılıklara saygı duyulan, bilginin gerçekleşmesinde değerlerin temel olduğu, ideolojik ve kültürel farklılıklar arasında, sinerjinin sağlandığı bir sistem yaratmamız gerekmektedir.

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Yıldız H, Turan M. Küreselleşme ve sağlık, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 36(1): 39-41.
- 2) Çeken H, Öken Ş, Ateşoğlu L. Eşitsizliği derinleştiren bir süreç olarak küreselleşme ve yoksulluk. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2008; 9(2): 79-95.
- 3) Dedeoğlu N. Küreselleşmenin halk sağlığına etkileri ve yapılacaklar, IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 3-6 Kasım 2004.
- 4) Şahin K. Küreselleşme ve Yeniden Yapılanan Ulus-Devlet", Küreselleşme ve Türkiye'ye Etkileri, (ed. Yrd. Doç. Dr. Murat Ercan), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2010;27-38.
- 5) Davidson PM, Meleis A, Daly J, Marilyn Douglas M. Globalisation as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice. Journal of Transcultural Nursing 2003; 15(3): 162- 74.
- 6) Basuray J. Nurse Miss Sahib: Colonial culture-bound education in India and Transcultural Nursing. Journal of Transcultural Nursing, 1997; 9(1): 14-9.
- 7) Blythe J, Baumann A, Rhéaume A, McIntosh K. Nurse migration to Canada. Journal of Transcultural Nursing 2010; 20(2): 202-10.
- 8) Bundred P, Martineau T, Kitchiner D. Factors affecting the global migration of health professionals. Harvard Health Policy Review 2004; 5(2): 77-8.
- 9) WHO. Working together for health. World Health Organization, Geneva, 2006a.
- 10) OECD International Migration Outlook SOPEMI 2007:WHO 2006
- 11) Buchan J, Kingma M, Lorenzo F.M. International migration of nurses: Trends and policy implications. Issue Paper, 2005; 5, Geneva: International Council of

Nurses (ICN)

- 12) Dubois CA, McKee M, Rechel B. Introduction: Critical Challenges Facing the Health Care Workforce in Europe (chapter 1). In: Dubois C.A, McKee M, Rechel B, editors.
- 13) ILO. Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. International Labour Conference, 92 nd Session 2004, Report VI, Geneva, 2004.
- 14) Ray KM, Lowell BL, Spencer S. International health worker mobility: Causes, consequences, and best practices. International Migration 2006; 44(2): 181-200.
- 15) WHO. Workshop on global health workforce strategy. Annecy, France, 9-12 December 2000, World Health Organisation, Geneva 7, 2001.
- 16) Commission of the European Communities. Commission Staff Working Document. Turkey 2008 Progress Report
- 17) Khadria B. Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and Health Professionals. OECD, Statistical Analysis of Science, Technology and Industry ,STI Working Paper 2004/6. 46.
- 18) Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The Skills drain of health professionals from the developing world: A framework for policy formulation. London, Medact, 2005.
- 19) Awases M, Gbary A, Nyoni J, et al. Migration of health professionals in six countries: A synthesis report. World Health Organization Regional Office for Africa, 2004
- 20) Alkire S, Chen L. Medical exceptionalism in international migration: Should doctors and nurses be treated differently?. Joint Learning Initiative, Human Resources for Health and The Global Equity Initiative, Harvard University Asia Center, 2004.

- 21) Vork A, Kallaste E, Priinitis M. Migration intentions of health care professionals: The case of Estonia. 2004
- 22) Yıldırım T. Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: göç nedenleri üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2009; 62(3): 87-94
- 23) Devlet Memurları Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- 24) Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-465/sayisi2368--rg-tarihi31121980--rg-sayisi17207--saglik-p-.html>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- 25) İş Kanunu, <http://www.iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu/388-4857-sayili-is-kanunu-duz-metin>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- 26) Ruggiero J, Pezzino J. Nurses Perceptions of the Advantages and Disadvantages of their shift and ork shedules. JONA 2006; 36(10): 450-3.
- 27) International Labour Organization. "What is workplace stress?". (online) Available from: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.htm> (Last update: 10.3.2001), (reached: 02.10.2007).
- 28) Yüksel İ. Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi, Doğu Üniversitesi Dergisi 2004; 5(1): 47-58.
- 29) Wilson J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. Journal of Nursing Management, 2002;10: 211-9.
- 30) Berger A, Hobbs B. Impact of shift work on the Health and Safety of Nurses and patients, Clinical Journal of Oncology Nursing 2005; 10(4): 465- 71.
- 31) Blachowicz E, Letizia M. The challenges of shift work, Medsurg Nursing 2006; 15(%): 274-80.

- 32) Pronitis D. Surviving the Night Shift, AJN, 2001; 101(7): 63-8.
- 33) Reiter R, Gültekin ve ark. Melatonin: toplum sağlığını geliştirmek için potansiyel kullanım, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(2): 131-58.
- 34) Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(2): 139-46.
- 35) Hughes R, Stone P. The Perils of shift work; evening shift, night shift, and rotating shifts: are they for you? AJN 2004; 104(9): 60-3.
- 36) Sönmez Z. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
- 37) Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7: 100-8.
- 38) Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. Akademik Bilişim Konferansı 2006, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, <http://ab.org.tr/ab06/ozet/164.html>, Erişim Tarihi: 02.10.2007
- 39) Basım N, Şeşen H. Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: kamu' da bir araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 2006; 6(2): 15-22.
- 40) İlhan M, Durukan E, Aras E, Türkçüoğlu S, Aygün R. Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses : the need for new policy implication. Journal of Advanced Nursing 2006; 56(5): 563- 8.
- 41) Rogers ve ark. The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety, Health Affairs, 23, no.4, 2004: 202-12.
- 42) Bostrom CA. Diffusion of internationalization in Turkish Higher Education. Journal of Studies in International Education 2010; 14(2): 143-60.
- 43) Sayılan F. Küreselleşen dünyada eğitim. İçinde Küreselleşen Dünyada Sosyal Hizmetler Sorunlar ve Çözümlerimiz Sempozyumu, Hermes Ofset. Ankara, 2008; 56-60.
- 44) Temel BA. Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2011; 4 (3): 144-50.
- 45) Yanar R, Şahbaz A. Gelişmekte olan ülkelerde küreselleşmenin yoksulluk ve gelir eşitsizliği üzerindeki etkileri Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi 2013; 8(3): 55- 74.
- 46) Jarvis P. The globalization of nurse education within higher education. Nurse education Today 1997; 17: 22-30.
- 47) Glass N. Internationalizing nursing: valuing the multiple spaces and places of nursing education. Journal of Nursing Education 2006; 45(10): 387-8.
- 48) Duffy M, Farmer S, Ravert P, Huittinen L. Institutional issues in the implementation of an international student exchange program. Journal of Nursing Education 2003; 42(9): 399-405.
- 49) Zgaga P. The "external dimension." 2006, Erişim: 07.07.2011. <http://ec.europa.eu/education/programmes/mundus/conference06/zgaga.pdf> of the Bologna Process.
- 50) Button L, Green BB, Tengahan C, Johansson I, Baker C. The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: literature review. Journal of Advanced Nursing 2005; 50(3): 315-24.
- 51) Grant El B, Mckenna L. International clinical placements for undergraduate students. Journal of Clinical Nursing 2003; 12(4): 529-35.
- 52) Keogh J, Russel-Roberts E. Exchange programmes and student mobility: meeting student's expectations or an expensive holiday?. Nurse education Today 2009; 29(1): 108-16.
- 53) Hot İ, Karlıkaya E. Hekimlerin çalışma sürelerinin düzenlenmesinin etik açıdan değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007; 15: 39-44.