

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ
ve
SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA
İLETİŞİMİN ÖNEMİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Murat AYDOĞAN

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ
ve
SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA
İLETİŞİMİN ÖNEMİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Murat AYDOĞAN

Öğrenci No:

1207460437

Danışman:

Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi Ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.07.02.2015

Murat AYDOĞAN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

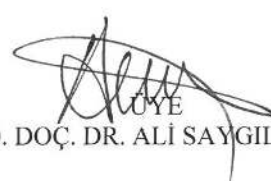
13.01.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1207460437 numaralı **Murat AYDOĞAN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 13.01.2015 tarih ve 2015/02 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 5.2 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ERKUT ALTINDAĞ


ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI

Adı Soyadı : Murat AYDOĞAN
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/Tezi, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, Sağlık Çalışanları, Sağlık İletişimi

ÖZ

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA İLETİŞİMİN ÖNEMİ

Çalışmanın amacı; sağlığın kişiler, toplumlar ve ülkeler bazında önemini anlatmak, sağlık bilinci, sağlık anlayışı ve sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini açıklamak, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kuruluş döneminden bugüne gelişimini incelemek ve sağlık iletişiminin, sağlık hizmetlerinin sunumundaki önemini ortaya koymaktır. Bu çalışmada tarihçi metot ve buna bağlı olarak kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Ancak çalışmanın, sağlık hizmetleri sektörü ve sağlık çalışanlarını ilgilendiren büyük kısmında mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere de sıklıkla yer verilmiş, tanık olunan örnek olaylar ve uygulamalardan istifade edilmiştir.

Sağlık iletişimi, sağlık hizmet sunumunda, sağlık personeli ile hizmet alanlar arasında gerçekleşen ilişkiler ve etkileşimler bütünüdür. Bu ilişki ve etkileşimin başarılı olması sonucunda, hizmet talep eden açısından teşhis ve tedaviye güven, tedavi sürecine bağlılık, hekim ve sağlık tesisine tekrar gelme olasılığında artış ve genel anlamda memnuniyet meydana gelmektedir. Hizmet sunan sağlık personeli açısından, iş doyumu ve motivasyon, hastalarla gerilimin azalması gibi etkileri görülmektedir. Hasta-sağlık personeli iletişimini incelerken de mevcut sağlık sisteminin yapısını ve sağlık personelinin çalışma şartlarını da göz önünde bulundurmak gerekir.

Name and Surname : Murat AYDOĞAN
Advisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Type and Date : Master/Thesis, 2015
Scope : Hospital and Health Institutions Management
Keywords : Health Services, Health Care Workers, Health
Communication

ABSTRACT

SIGNIFICANCE OF COMMUNICATION ON DEVELOPING HEALTH FACILITIES and PRESENTATION OF HEALTH FACILITIES

The aim of the study health of individuals, communities and countries to explain the importance basis, health awareness, explain the historical development of the concept of health and health services, the period of the health services in Turkey to examine the development to date, and health communication is to demonstrate the importance of the provision of health services. In this study, we used the methods and literature historian technique accordingly. However, the study, the health care sector and health professionals concerning the majority of professional knowledge, experience and observation to be given frequently witnessed in the case and the application has been exploited.

Health communication , health service delivery , health staff is a set of relations and interactions that occur between the service areas. As a result of the success of this relationship and interaction , in terms of diagnosis and treatment services that demands trust , commitment to the treatment process , resulting in increased satisfaction and generally comes in the possibility of coming back to the doctors and healthcare facilities . In terms of health personnel providing services , job satisfaction and motivation , it is observed effects such as reduction of tension with patients. Ill-health staff working conditions of the communication structure of reviewing the current health care system and health care should also be taken into account.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLO ve GARAFİKLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ ve TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

1.SAĞLIĞIN TANIMI ve ÖNEMİ.....	6
1.1. Sağlık Kavramı.....	6
1.2. Sağlığın Önemi.....	10
2. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ	18
2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	18
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	21
2.2.1. Antik Dönem.....	21
2.2.2. İlkel Topluluklar ve Sonrası Dönem.....	22
2.2.2.1. İlkel Topluluklar Dönemi.....	22
2.2.2.2. Yerleşik Medeniyetler Dönemi	23
2.2.2.3. Osmanlı Dönemi	25
2.2.3. Modern Dönem	27
2.3. Türkiye’ de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri	31
2.3.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	32
2.3.2. 1923-1960 Dönemi	33
2.3.2.1. Cumhuriyet’in İlk Yılları	33
2.3.2.2. İkinci Dünya Savaşı Sonrası	37
2.3.3. 1960-1980 Dönemi	41
2.3.4. 1980-2002 Dönemi	44
2.3.5. 2002-2012 Dönemi (Sağlıkta Dönüşüm Programı)	46

2.3.5.1. SDP Öncesi Sağlık Hizmetleri	47
2.3.5.2. SDP Uygulamaları	52
2.3.5.2.1. Hekim Seçme Hakkı	56
2.3.5.2.2. Hasta Hakları-Halkla İlişkiler Birimleri	56
2.3.5.2.3. Başbakanlık İletişim Merkezi(BİMER)	57
2.3.5.2.4. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM)	57
2.3.5.2.5. Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS).....	58
2.3.5.2.6.Sigara Bırakma Danışma Hattı	58
2.3.5.2.7. Dumansız Hava Sahası	58
2.3.5.2.8. Aile Hekimliği Hizmeti	59
2.3.5.3. SDP’ nin Değerlendirilmesi	64
2.3.6. Geleceğe Yönelik Sağlık Politikaları.....	67

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA SAĞLIK İLETİŞİMİ VE ÖNEMİ

1. SAĞLIK HİZMET SUNUMU	71
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı.....	71
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	72
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	75
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	75
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	78
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	79
1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	80
2. SAĞLIK İLETİŞİMİ	83
2.1. İletişimin Anlamı.....	83
2.2. İletişimin Önemi.....	87
2.3. Sağlık İletişimi	89
2.4. Sağlık İletişimi Süreçleri	92
2.4.1. Mesajı Gönderen (Kaynak).....	93
2.4.1.1. Çocuk Hastayla İletişim	96
2.4.1.2. Suskun/Çok Konuşan Hastayla İletişim.....	97
2.4.1.3. Öfkeli Hastayla İletişim	97
2.4.1.4. Paranoid Hastayla İletişim	98
2.4.1.5. Dengesiz Ve Saldırgan Hastayla İletişim.....	99

2.4.1.6. Yardımı Reddeden Hastayla İletişim	101
2.4.1.7. Demanslı Hastayla İletişim	102
2.4.1.8. Alkol vs. Almış Hastayla İletişim	102
2.4.1.9. Ölmekte Olan, Öleceğini Bilen Ve Komadaki Hastayla İletişim	103
2.4.2. Mesaj (İleti).....	104
2.4.3. Mesajın Hedefi (Alıcı)	106
2.4.3.1. Hekim.....	107
2.4.3.2. Hemşire	111
2.4.3.3. Ebe	114
2.4.3.4. Diğer Sağlık Çalışanları	115
2.4.4. Mesajı İleten Ortam (Kanal).....	116
2.4.5. Mesajın Alıcı Tarafından Alınıp Alınmadığı (Geribildirim).....	117
2.5. Sağlık İletişiminden Sağlanan Yararlar.....	119
2.6. Sağlık İletişiminde Engeller	121
2.6.1. Fiziksel Engeller	122
2.6.2. Kişisel (Psikososyal) Engeller	123
2.6.3. Anlamsal Engeller.....	125
2.7. Sağlık İletişiminde İletişim Eğitiminin Önemi.....	125
SONUÇ	128
KAYNAKÇA	133
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO ve GRAFİKLER LİSTESİ

Tablo-Grafik No

Sayfa No:

- 1. Tablo:** 2013 Yılı Türkiye’ de Aktif Çalışan Sağlık Personeli Durumu.....14
- 1. Grafik:** 2013 Yılı 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Bakımından AB, DSÖ
Avrupa Bölgesi ve Türkiye Karşılaştırması.....15

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
C.	: Cilt
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
KDV	: Katma Değer Vergisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama Eğitim Merkezi
m.	: Madde
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
s.	: Sayfa sayısı
S.	: Sayı
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USD	: Amerikan Doları
WHO	: World Health Organization
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık, hem bireyler hem de toplumlar için çok önemli bir kavramdır. Sağlıklı bireyler, hem kendi iç dünyalarında iyilik halinde olurlar hem de sosyal çevrelerinde ve ekonomik hayatlarında başarıyı yakalayabilirler. İçerisinde sağlıklı insanların yer aldığı toplumlar da başarı, gelişmişlik, refah içerisinde geleceğe güvenle bakabilen toplumlardır. Kişisel ve toplumsal anlamda sağlamlık halinin temin edilebilmesi için, bireysel ve de kamusal ölçekte adımların atılması gerekmektedir. Bireysel olarak sağlığın önemi, kişinin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık bilgisi yönünden gelişim göstermesiyle ortaya çıkar. Toplumsal ve kamusal anlamda ise bireylerin sağlık tutum ve davranışlarının gelişmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta olanların tedavi ve rehabilitasyonu ile bu hizmetlerin planlama, idare ve denetiminin sağlanması hedeflenmektedir.

Tarihten bugüne bakıldığında, kişilerin ve toplumların sağlık anlayış ve uygulamalarının sürekli değiştiği görülmektedir. Bilimsel gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler yanında, toplumsal gelişmeler, ekonomik değişimler, refah seviyesinin artması, toplumsal önceliklerin ve duyarlılığın farklılaşması gibi faktörlerin etkisiyle, sağlık hizmetleri ve uygulamaları da sürekli olarak değişim ve gelişim göstermiştir. Ülkeler, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda projeler, politikalar üretmekte, her geçen gün hizmet kalitesinin ve buna bağlı olarak da bireylerin sağlık standartlarının arttığı görülmektedir. En azından gelişmiş ülkeler açısından durum böyledir. Türkiye’de de Cumhuriyet dönemiyle birlikte, ilk olarak sağlık hizmetlerinin Bakanlık düzeyinde ele alınması ve sağlık politikalarının oluşturulması gerçekleştirilmiş ve bugüne kadar geçen süreçte de farklı çalışmalar, programlar ve projeler uygulanagelmiştir. Bu süreç içerisinde, sağlık hizmetlerinin planlama, sunum ve denetimi anlamında farklı uygulama ve politikalar izlenmesine rağmen, hizmet kalitesinin ve toplumsal sağlığın artış gösterdiği görülmektedir. Özellikle son yıllarda hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, sağlık sektöründe köklü değişiklik ve düzenlemelere gidilmiştir. Bu değişiklik ve düzenlemeler, sağlık hizmet sunumundaki yaygınlık, erişilebilirlik, kalite ve sürdürülebilirlik merkezinde şekillenmektedir. Bunun neticesinde, öncelikle ülke genelinde sağlık hizmetlerinin yönetsel ve idari yapısında değişikliklere gidilmiş, ardından sağlık tesislerinin fiziki,

donanımsal, teknolojik ve personel yönünden iyileştirilmesi ve desteklenmesi yolu izlenmiştir. Çalışma ve uygulamalar bugün de devam etmekte, buna ek olarak gelecek planlamaları da yapılmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde, ülke olarak birçok sağlık göstergesinde, Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslanabilecek seviyeye gelinmiş bulunmaktadır. Bu çalışmaların getirisi, sadece istatistiksel anlamda yapılan sıralamalarda üst basamaklara çıkılması şeklinde olmamış, hem yeni uygulamalar halkın memnuniyetini arttırmış, hem de sağlık politikası üretenler açısından siyasi başarı ölçütü olma özelliği göstermiştir. Tüm bu iyilik tablosu içerisinde unutulmaması gereken bir husus da sağlık hizmet sunumunda geline bu noktada, sağlık çalışanlarının etkisi ve emeğidir. Bütün teknolojik gelişmişlik ve ilerleme yanında, bu imkân ve teknolojiyi kullanan ve sağlık hizmetinin alıcısı olan hastalar ile ilişki içerisinde olan sağlık personellerinin rolü yadsınamaz. “Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi” konusu, hem sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda geline noktayı göstermek, hem geline bu noktada insan faktörünü ortaya koymak, hem de insan olmaktan kaynaklanan iletişim ihtiyacının, sağlık hizmetlerindeki kullanımını göstermek amacıyla seçilmiştir.

-Çalışmanın Amacı: Sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında, bu hizmetlerin meydana gelmesini sağlayan çeşitli faktörler vardır. Bu faktörleri fiziki ve beşeri faktörler olarak nitelemek mümkündür. Sağlık hizmet sunumunun fiziki bileşenleri öncelikle sağlık tesisleridir. Sağlık tesislerinin ülke genelinde dağılımı, bu dağılımın nüfus yoğunluğu açısından değerlendirilmesi ve bu sayede her vatandaşın eşit şartlarda, kolay yoldan ve sürekli olarak sağlık tesislerine ulaşımı amaçlanmaktadır. Diğer fiziksel faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan cihaz, alet, tıbbi malzeme ve ilaçlardır. Sağlık tesislerinin yerleşimi ve dağılımı kadar, içerisinde hizmet sunmaya yarayacak ekipmanların da önemi büyüktür. Bunların eksik olduğu yerde, sağlık tesisinin boş bir binadan farkı kalmayacaktır. Sağlık tesisleri ve donanımı dışında belki de en önemli bileşen, insan faktörüdür. Hizmet binaları, teknik altyapıları, cihaz ve malzemeleri ne kadar gelişmiş ve eksiksiz olsa da sağlık hizmetinin sunucusu olan sağlık çalışanları olmadan, diğerlerinin hiçbir anlamı olmayacaktır.

Sağlık hizmetleri bir iş kolu, sağlık tesisleri de bir işletme olarak düşünüldüğünde, bu işletmelerin müşterileri hastalar, pazarlamacı ve hizmet sunucuları da sağlık çalışanlarıdır. Ülkede ve dünyada sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve teknolojiye çokça yararlanan bir sektör olarak, sağlık alanında gerçekleşen ilerlemeler bilinmekle birlikte, sağlık hizmetlerinde yine de insan ilişkilerinin önemini koruduğu gerçeği göz ardı edilemez. Bu çalışma ile sağlık sisteminin içerisinde bulunduğu düzeyde, sağlık çalışanlarının rolü ve etkisine dikkat çekilirken, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sonrasında hasta-sağlık çalışanı iletişimi üzerinden, bu rolün ve önemin vurgulanmasına gayret gösterilmiştir.

-Çalışmanın Önemi: Sağlık ve sağlıklı bir yaşam sürmek, insanların en doğal hakkı ise, sağlık hizmetlerini planlamak, sunmak ve geliştirmek de devletlerin en doğal görevidir. Demokratik ve sosyal devletler, bu anlayış içerisinde her vatandaşına eşit şartlarda sağlık hizmeti sunmak gayreti içerisindedirler. Ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinin yerinde, ulaşılabilir, sürekli ve kaliteli olması amaçlanmaktadır. Bu amaçlara ulaşmada, sistemi başarıya götürecek en büyük etken de sağlık çalışanlarıdır. Yeterli sayıda, kalifiye, iyi eğitilmiş ve donanımlı sağlık personelleri, sağlık hizmetlerinin aksamadan ve istenilen niteliklerde sunulması adına vazgeçilemez unsurdur.

Sağlık hizmetleri sürekli, depolanamayan, bekletilemeyen, yoğun uzmanlaşma ve sürekli eğitim gerektiren, emek isteyen bir sektördür. Buna karşın hizmet verilen kişiler de hastalardır. Bu sebepten sağlık personelinin ilişki kurduğu kişiler genellikle, kaygılı, acı çeken, ağlayan, sinirli ve gergin bireyler ile bu bireylerin yakınları olmaktadır. Bu sebeple verilen hizmetler ve harcanan emek her zaman fark edilemeyebilir. Fakat yapılan en küçük hatalar gözden kaçmamaktadır. Bu durum özellikle son dönemde artan, sağlık personeline sözlü ve fiziki şiddet olaylarıyla su yüzüne çıkmaktadır. Durum böyle olunca sağlık çalışanları, bir yandan artan iş yükü, kırtasiye işleri, her gün kullanıma eklenen yeni cihazlar, hizmet içi eğitimler ile ağır şartlarda çalışmakta, diğer yandan da her türden hastalar ile bir şekilde iletişim kurma çabasına girmektedirler. Bu çalışmada, sağlık iletişiminin gerekliliği ve faydaları anlatılırken, sağlık çalışanlarının sorunlarına ve çalışma şartlarına da dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, mevcut sağlık sistemi ve

şartları dikkate alınarak, bu sistem içerisinde gerçekleşen sağlık iletişiminin incelemesi, önem arz etmektedir.

-Çalışmanın Planı: Çalışma, iki bölüm olarak planlanmıştır. İlk bölümde, öncelikle ‘sağlık’ kavramı üzerinde durulmuş, bu kavramın farklı zamanlarda ve farklı kişi ve kurumlarca yapılmış tanımları incelenmiştir. Sonrasında sağlığın bireysel ve toplumsal açıdan önemine vurgu yapılmıştır. Sağlığın öneminden bahsederken, Türkiye’de mevcut olan sağlık göstergelerine de değinilmiştir. Bu konuyu sağlık hizmetlerinin dünyadaki tarihsel gelişimi izlemektedir. Antik ağlardan bugüne, sağlık anlayışı ve sağlık hizmet sunumundaki gelişim incelenmiştir. İlerleyen kısımda bu defa Türkiye Cumhuriyeti tarihindeki sağlık politikaları, verilen hizmetler, uygulamalar ve yenilikler incelenmiştir. Bu yapılırken öncelikle Cumhuriyet ncesi durum değerlendirilmiş, bunun ardından Cumhuriyet’in kurulması ile sağlık hizmetlerine verilen önem ve atılan adımlar dnemsal başlıklar altında incelenmiştir. Bu dönemler içerisinde, ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ olarak da adlandırılan 2002-2012 dönemi, hem bugünün sağlık sistemini teşkil etmesi hem de gerçekleşen yenilik ve reformların çokluğu sebebiyle, daha ayrıntılı şekilde incelenmiş ve geniş bir kısım ayrılmıştır. Birinci bölümün son kısmında da sağlık hizmetlerindeki gelecek planlamaları konusuna değinilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık hizmet sunumunda iletişimin önemi konusu yer almaktadır. Bu sebeple öncelikle sağlık hizmetlerinin anlamı, amacı ve türlerine değinilmiştir. Bu bilgilendirme kısmından sonra, genel anlamı ile ‘iletişim’ kavramı ve iletişimin önemi üzerine açıklamalar yapılmıştır. Devamında ‘sağlık iletişimi’ konusu detaylı şekilde incelenmiştir. Sağlık iletişimi konusu anlatılırken öncelikle, iletişim süreçlerinin sağlık iletişimine uyarlanarak incelenmesi yoluna gidilmiştir. Bu süreçte iletişime taraf olabilecek hasta tiplerine, iletişimin diğer katılımcısı olan sağlık personellerine, iletişim kanallarına ve geribildirimine yer verilmiştir. Sağlık iletişiminin, bu iletişim süreçleri üzerinden değerlendirilmesi çalışması, ikinci bölümün önemli kısmını işgal etmektedir. Süreçler kısmından sonra, sağlık iletişiminin faydaları hem sağlık çalışanları hem de hastalar bakımından değerlendirilmiştir. Çalışmanın devamında, sağlık iletişiminin engelleri, yine iletişim engelleri konularının sağlık iletişimi lğinde değerlendirilerek yorumlanması

şeklinde incelenmiştir. İkinci bölümün son konusu, sağlık iletişiminde sağlık personellerinin almış olduğu iletişim eğitimi ve bu eğitimlerin önemi konusu yer almıştır.

-Kullanılan Metot ve Teknikler: Bu çalışmada, tarihçi metot kullanılmış ve bu metoda bağlı olarak kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Çalışmanın tamamen teorik bir çalışma olması, tarihsel metodu kullanmayı gerekli kılmıştır. Ancak, çalışmanın özellikle sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları açısından incelendiği bölümlerinde, mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere de sıklıkla yer verilmiş, tanık olunan örnek olaylardan istifade edilmiştir.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Çalışmanın sağlık hizmetleri ve sağlık iletişimi kavramları üzerinde planlanması, derinlemesine bir çalışmayı gerekli kılmış ve zaman zaman yeterli kaynağa ulaşmakta sıkıntı yaşanmıştır. Çalışmada genel olarak Türkiye’de yayınlanan çalışmalardan yararlanılmış, yeterli düzeyde yabancı dil bilgisi olmaması ve kaynaklara erişim konusunda sıkıntı yaşanması nedeniyle yabancı kaynaklara doğrudan atıf yapılamamıştır.

Çalışma, geniş bir bölümde sağlık sistemine, tarihsel ve güncel boyutta değindiğinden, sıklıkla Sağlık Bakanlığı yayınlarından faydalanılmıştır. Bu durum kaynak farklılığı ve zenginliği açısından sınırlama oluşturmuştur. Genel iletişim ve sağlık iletişimi konusundaki kitaplar, çeviriler ve makalelerden faydalanılmıştır. Sağlık iletişimi konusunda daha önce yapılan akademik çalışmalar da incelenmiş, bunların çokluğu, genelde hasta-hekim iletişimi üzerinde yoğunlaşmaları ve kurgularının benzerliği sebebiyle çok fazla yararlanılmamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ ve TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

1. SAĞLIĞIN TANIMI ve ÖNEMİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık için, insan medeniyetindeki en önemli ve belki de en anlamlı kavramlardan biri denebilir. Din, millet, bölge, kültür, farklı yaşam biçimleri gözetilmeksizin kişiye kendisi veya sevdikleri için ne dilediği sorulsa; bazen en başta olmasa bile, sayacakları içinde muhtemelen ‘sağlık’ sözcüğü yer alacaktır. İnsanlar hayatları boyunca sağlıklı olmayı dilerler. Para-mutluluk ikileminde farklı düşünceleri olanlar mutlaka vardır. Kimi insan mutluluk olmadan paranın bir önemi olmadığını söylerken, bazıları da paraya sahip olduğunda mutluluğu satın alabileceğini düşünmektedir. Sağlık için böyle bir ikileme gerek yoktur. İnsanın sağlığı yerinde olmadığı sürece paranın, malın, sayısız dostun, makamın ve sayılamayacak birçok kazanımın değeri, sağlıklı olunduğu zamanki kadar değerli olmayacaktır.

İnsanlık için bu kadar büyük öneme sahip bir kavramın ortaya çıkışı da doğal olarak insanlık tarihi kadar eski bir başlangıca ve geçmişe sahiptir. Sağlığın günümüze dek birçok tanımı yapılmış olup, bunların kimisi basit şekilde fiziksel sağlıkla ilgili kısa tanımlar olurken, bazıları da daha kapsamlı ve geniş çerçeveye oturtulmuş tanımlar olmuştur. Sabunoğlu, sağlık kavramının eski zamanlardaki tanımlarından şu şekilde bahsetmiştir: “Sağlığın tanımlanmasına ilişkin ilk yaklaşımlar dikkate alındığında; Hygieia sağlığı sorumlu ve disiplinli bir yaşam sürme olarak açıklarken; Aesculap ise, hastalıkları yenme sanatı olarak ifade etmiştir.”¹ Burada Aesculap’ın da söylediği gibi sağlık dendiğinde aslında ilk akla gelen şey, hasta olmamaktır. Günlük hayatta da muhtemelen birçok insan için ‘sağlık’ kelimesi, zıt anlamlısı olan ‘hastalık’ kelimesiyle ayrılmaz bir bütünlük içerisinde düşünülmekte ve dile getirilmektedir. Hastalığın olmaması sağlıklı olduğunu, hastalık sürecinde olmak ise sağlığın kaybedilmesini akla getirmektedir.

¹ S. Somunoğlu, Sağlık Kurumları Yönetimi 1, Eskişehir, 2012, s.3

Bu basit tanım sağlının tanımlanmasında eski zamanlardan günümüze dek, en azından halk dilinde ve zihinsel algılamasında kullanılagelmiştir.

Sağlık camiasında çalışanlarca bilindiği gibi, birçok araştırmacı ve yazar sağlının tanımını yaparken pozitif ve negatif tanımdan veya algıdan bahseder. Sağlık tanımlanırken, hastalığın olmaması şeklindeki bir tanım, sağlının negatif boyutunu gözler önüne sermektedir. Yani olumsuzluğun(hastalığın) bulunmaması sonucundaki mevcut durum, sağlıktır. Özellikle günlük hayatta insanlar sağlıklı olduklarını söylerken genellikle en yalın haliyle hasta olmadıklarını kastederek.

Sağlının tanımı yapılırken ortaya konan bir diğer yaklaşım da pozitif yaklaşımdır. Bu yaklaşımda sağlık, sadece hastalıkla kıyaslanmaz. Hastalığın olmaması yanında, başka bir takım olumlu etkenlerin de bulunması gerektiği belirtilmektedir. Pozitif yaklaşıma göre sağlık tanımlarından en bilineni Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) 1948 yılında yapmış olduğu tanımıdır: “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”¹ Burada kişinin sağlıklı olarak kabul edilebilmesi için herhangi bir hastalığın olmaması yanında diğer bazı pozitif edinimlere de sahip olması gerektiği belirtilmektedir. Fiziksel yönden iyilik hali, kişi hasta olmasa bile yaşamını olumsuz yönde etkileyen, günlük işlerini yapmasına engel olan ve hayatı güçleştiren bir sakatlığın olmamasına işaret etmektedir. Ruhsal yönden iyilik hali ise kişinin hayatını idamesi sırasında, onu engelleyecek ve günlük işleriyle hayat tarzını olumsuz etkileyecek ruhsal problemlerinin olmamasını ifade eder. Tanımın yapıldığı tarihten günümüze bakıldığında, sağlının ruhsal boyutunun çok önem kazandığını görmekteyiz. O zamanlarda hastalık bile kabul edilmeyen birçok ruhsal bozukluk ve problem, zamane toplumlarının başlıca sağlık sorunları ve kitlesel hastalıkları olarak kabul edilmektedir. Sosyal yönden iyilik hali ise kişilerin aile, iş, arkadaş çevrelerinin içinde bulunduğu sosyal hayatındaki tutarlılık, başarı, kendini gerçekleştirebilme ve toplumsallaşabilmesini içine alan bir kavramdır.

Özetlenecek olursa; DSÖ'ye göre sağlıklı diyebileceğimiz bir insan hasta olmamalı, bunun yanında yaşamını olumsuz etkileyebilecek bir fiziksel sakatlığı

¹ Somunoğlu, s.4

bulunmamalı, ruhsal durumu iyi olmalı ve sosyal hayatında da başarılı olmalıdır. Birçok kaynakta görüldüğü gibi, daha sonradan bu tanıma ekonomik iyilik hali de eklenerek, kapsam biraz daha genişletilmiştir. Sonuçta ekonomik kendine yeterlilik ve rahatlık da kişinin sosyal ve psikolojik yönlerden iyiliğini desteklemektedir.

DSÖ'nün tanımlamasından çok sonraları sağlık konusuna değinen Ottawa Sözleşmesinde de sağlığın evrensel boyuttaki özelliklerinden bahsedilmektedir: "Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi(1986); huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır"¹ Ottawa Sözleşmesi DSÖ'nün tanımından farklı olarak sağlığa temel bir insan hakkı olarak bakmakta ve kişisel bir iyilik halinden daha geniş bir çerçevede, çevresel faktörleri de içine alacak bir boyutta ele almaktadır. Huzurlu bir yaşam ve ekonomik kaynakların yanında insanların beslenme, barınma ihtiyaçlarını da karşılayabiliyor olmasını şart koşmaktadır. Bunlar, kişinin bireysel iyilik haliyle alakalıdır. Bunların dışında çevre bilinciyle yola çıkarak, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımı gibi evrensel değerlerden de bahsetmektedir ki; bu da sağlığın sadece bireysel değil, ancak toplumsal ve küresel çalışmalar ve iyileştirmelerle tesis edilebileceğine işaret eder.

Ekosistemin ve doğal kaynakların korunması düşüncesi sağlık tanımı içerisinde yer alırken, mevcut durumdan çok, ileriye dönük koruyucu ve önleyici sağlık çalışmalarını işaret etmektedir. Ekosistemin sürdürülmesi zincirinde meydana gelebilecek aksaklıklar ve insan eliyle ortaya çıkan bozulmalar neticesinde, zaman içerisinde bu sistemin zarar görmesi ve hatta yok olması, aynı şekilde insan sağlığının da zarar görmesi ve belki de yok olmasıyla sonuçlanabilecektir. Yine doğal kaynakların sürdürülebilirliğinin sağlanması da insan sağlığının ve insan neslinin devamının bir garantisi olarak görülebilecek hususlardandır.

Sağlık konusunda yapılan çalışmalar ve tanımlar çoğaldıkça ele alınan konular da genişlemekte ve insan yaşamını etkileyen çeşitli faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri daha çok incelenmektedir. Somunoğlu bir makalesinde

¹ Türkiye Cumhuriyet(T.C.), Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011, s.1

Bowling'in sağlık tanımını şu şekilde aktarmaktadır: "Bowling'e göre... stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum şeklinde tanımlanmaktadır." ¹ Bu tanımda sağlığın daha çok ruhsal, sosyal ve toplumsal boyutuna ağırlık verilmiştir. Stresli durumlara karşı koyabilme sağlam ve sağlıklı bir ruh yapısını gerektirmektedir. Buna sahip olmayan insanlar, stresle baş etmede yetersiz kalmaktadırlar. Stres ve bunun sonucunda ortaya çıkan hastalıklar, günümüz toplumunda sıklıkla görülen bir durumdur.

Bowling, tanımın devamında güçlü bir sosyal destek sisteminden bahsetmiştir. Sosyal destek sisteminin kurulması, korunması ve bu yolla zor durumdaki, yardıma muhtaç insanların desteklenmesi günümüz uygar toplumlarının ve devletlerinin vazgeçilmez bir unsurudur. Bu sistemin sağlıklı bir şekilde çalışması da insanların fiziksel, sosyal ve ekonomik yönden, toplum sistemi içerisinde hayatlarını devam ettirebilmelerine olanak sağlamaktadır. Sosyal destek sistemlerinin işler olmadığı toplumlarda huzursuzluk, çatışma, suç artışı ve hatta sosyal patlamalar yaşanabilmektedir. Bowling 'in tanımında yer alan toplumla bütünleşme, yüksek moral ve hayattan duyulan tatmin ise sağlığın sosyal boyutuyla ilgilidir.

Bütün bu tanımlar göstermektedir ki sağlık kavramı insanlara, kültürlere, yaşam tarzlarına, insanların önceliklerine ve hepsinden önemlisi zamana göre değişmekte, gelişmekte ve kapsamı artmaktadır. Sağlık tanımının içerisinde kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik iyiliğinin yanında çevresel ve hatta evrensel faktörlerin etkisi olduğu görülmektedir.

¹ S. Somunoğlu, "Kavramsal Açıdan Sağlık", Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt(C.)4, Sayı(S.)1, Ankara, 1999, s.53

1.2. Sağlığın Önemi

Sağlığın önemi, kişisel ve toplumsal yönden ele alınabilir. Kişisel olarak bakıldığında sağlık, öncelikle bireyin hayatının devamı için gereklidir. Sağlığın kaybedilmesi, bazı durumlarda hayatın kaybedilmesi durumu ile sonuçlanabilir. Kişi için sağlığın kaybedilmesinin en ağır faturası, bu durum olacaktır. Bireyin yaşam kalitesi açısından da sağlık son derece önemlidir. Sağlığın tanımında da bahsedildiği gibi herhangi bir sakatlığın olması, bireyin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının giderilmesine engel teşkil edebilir. Sağlığın kaybedilmesi sonucunda süreli veya süresiz bir şekilde yaşanabilecek sakatlık veya kısıtlılık durumu, kişinin günlük yaşamını eski şekliyle devam ettirmesine olanak sağlamayacaktır. Bu durumun da kişinin duygu dünyası, sosyal-kültürel ilişkileri ile ekonomik yönden de negatif bir etki göstereceği düşünülmektedir.

Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu'nun yapmış olduğu Türkiye'de Sağlık: Toplumbilimsel Bir Değerlendirme adlı çalışmada sağlığın önemi şu şekilde vurgulanmaktadır: "Esenlik, her toplumun aydınlanma, muktedir olmak, saygı görme, itibar(prestij), haysiyet ve servet gibi temel değerlerindendir. Tıpkı burada saydığımız diğer değerler gibi esenlik de toplumu oluşturan herkesin tek tek olduğu kadar tüm toplumun da talep ettiği, temin etmek için farklı yollara ve yöntemlere başvurabildiği, hatta karşılanması için hükümetlerden destek ve kamu siyasası(public policy) üretimi beklediği bir değerdir." ¹ Bu çalışmada daha çok sağlığın toplumsal önemine vurgu yapılmaktadır. Kişisel olarak önem verilen ve elde etmek için çaba sarf edilen bazı değerler, aynı zamanda toplumsal olarak da önem arz etmektedir. Bunlar arasında eğitim, başarı, saygı görmek, itibar sahibi olmak, zenginlik gibi durum ve değerler sayılabilir. Kişiler, bunları elde etmek için bireysel olarak çalışmak, çaba göstermek ve emek harcamak zorundadırlar. Toplumlar da içinde bulundukları küresel sistemde başarı, saygı, itibar sahibi olmak ve zenginlik isterler. Bunun için de toplumsal bir amaç ve faaliyet içerisinde bulunmak gerekir. Bunları sağlamanın bir yolu da eğitim ve aydınlanmadan geçmektedir. İyi bir eğitim sistemi ve yetişmiş bireylerin, toplumların itibarı ve zenginleşmesi açısından son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Toplumu oluşturan bireylerin bu özelliklere sahip

¹ A. Çarkoğlu-E. Kalaycıoğlu, Türkiye'de Sağlık: Toplumbilimsel Bir Değerlendirme http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf, s.3 (04.11.2014)

olmasından dolayı, toplum da bu şekilde tanımlanır. Fakat bu değerlerin oluşması için sadece bireysel çaba yeterli olmayacaktır. Bu durumda bireyler ve toplum, yöneticilerinden sorumluluk bekler. Toplumu yöneten siyasi gücün, toplum ihtiyaçlarını karşılaması beklenir. Toplumun itibarı, eğitimi, zenginliği kişiler ve toplum kadar siyasi iktidarın da sorumluluğu ve çalışma alanı içerisinde. Seçim gücüne sahip olan bireyler de bunu siyasi aktörlerden talep eder ve karşılanmasını beklerler.

Tüm bu bireysel ve toplumsal değerler arasında sağlık da yer almaktadır. Sağlığın elde edilmesi için de bireyler çaba sarf eder. Sağlığın korunması içinse devlet imkânları ve planlaması kadar bireysel çaba ile bu konuya gösterilen hassasiyet önem taşır. Sağlıklı olmak, kişi kadar toplum için de gereklidir. Sağlıklı bireylerden oluşan toplumlar başarılı, devamlı ve geleceğe güvenle bakabilen toplumlardır. Ancak sağlıklı bireyler çalışmayı, birikimi ve refahı sağlayabilir. Bu toplumlar güçlü, üretken ve dünya sahnesinde söz sahibi olabilen toplumlardır. Türkiye Cumhuriyeti'nde devletin kişilere karşı sağlık alanındaki yükümlülüğü, Anayasanın 56. Maddesi ile güvence altına alınmıştır. Bu maddeye göre: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir ortamda yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.”¹ Bu madde ile devletin, toplum ve vatandaş sağlığının temini ve devamlılığı için yapması gerekenler, ana hatları ile belirtilmiş ve güvence altına alınmıştır. Bu, aynı zamanda sosyal bir devlet olmanın da gereğidir.

Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu'nun da belirttiği gibi kişiler devletten sağlığın temini, korunması, geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik gibi hizmetler beklemektedir. Hatta günümüz toplumunda, özellikle gelişmekte olan ülkeler için, sağlık alanında halkın beklenti ve ihtiyaçlarına yönelik projeler üreten ve çalışmalar yapan siyasi gruplar takdir görmekte, bu yöndeki çalışmaları sayesinde

¹ T.C., 1982 Anayasası, Madde(m.)56, http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf, (20.12.2004)

tercih edilmektedirler.¹ Türkiye Cumhuriyeti'nde 2003 yılından itibaren yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) da devlet olarak yürütülen en büyük sosyal projelerden biri olarak gösterilebilir. Sağlık Bakanlığı, bu konuda şu bilgileri vermektedir: “Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın merkezinde, insan yer almaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu sebeple herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti, bu programın ana fikridir.”² SDP ile yürütülen çalışmanın merkezinde insan olmakla birlikte, kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esas alınmıştır. Toplumsal sağlık bilinci oluşturulmaya çalışılmıştır. Toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, aile hekimliği sistemi gibi çalışmalar, toplumda sağlık bilincini oluşturmaya ve sağlığı tehdit eden durumlara karşı kitlesel refleks ve erken uyarı sistemi ile önleme mekanizmalarının çalıştırılmasına yönelik projelerdir. Toplumsal ölçekte, sorunların başlangıçta tespiti ve önlenmesi ile gerekli tedbirlerin zamanında alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca, bireylerin sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi faaliyetleri de yoğun şekilde yürütülmektedir.

SDP'nın ana fikrini oluşturan diğer bir konu da sağlık hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir olmasıdır. Ulaşılabilirlik konusu, bir yönüyle hem sağlık tesislerinin fiziki olarak yaygınlık ve yeterliliğini, hem de personel olarak hitap ettiği nüfusun ihtiyacını karşılayabilecek sayısal ve niteliksel değerini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti sunulan bölgenin coğrafi özellikleri ve nüfus yapısı dikkate alınarak, sağlık tesislerinin fiziksel ve personel yönünden planlaması yapılmakta, gerekli görülen yerlerde yeni sağlık tesisleri inşa edilmekte veya personel yönünden eksik olan yerler, yeni personellerle, imkânlar dâhilinde takviye edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin bir diğer boyutu ülkedeki tüm bireylerin, devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı içerisinde olmasıdır. Bu da ‘genel sağlık sigortası’ uygulaması ile mümkün olmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak Anayasa’da şu ifade yer almaktadır: “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”³ Hükmü yer almaktadır. Buna dayanılarak hayata geçirilen genel sağlık sigortası

¹ Çarkoğlu-Kalaycıoğlu, s.4

² T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2011), Ankara, 2012, s.6

³ T.C. 1982 Anayasası, m.56

düzenlemesi ile toplumdaki her vatandaşın, bir şekilde sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanması hedeflenmiştir.

SDP'nın diğer unsurları da verilen hizmetin niteliği ve sürdürülebilirliğidir. Verilen sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği kadar niteliği de önemlidir. Sağlık hizmetinin kaliteden yoksun olması ve ehil olmayan kişilerce gerçekleştiriliyor olması, beklenen verimin alınamaması sonucunu doğuracaktır. Bu sebeple öncelikle kullanılan cihaz, malzeme ve fiziksel koşulların sağlam, kaliteli ve yeterli olması, bunları kullanacak sağlık personelinin de gerekli sayıda ve işini asgari standartlarda yürütebilecek bilgi, beceri ve yeteneğe sahip olması gerekmektedir. Tüm bu olanakların sağlanmış olması yeterli olmayacak, aynı zamanda verilen bu hizmetlerin sürekliliğinin de sağlanması gerekecektir. Sürekliliğin sağlanması da geleceğe yönelik planlamalar ile mümkün olacaktır. Hem bina, araç, gereç, cihaz ve malzeme; hem de personel yönünden iyi planlama yapıldığı takdirde, gelecekte de verilen hizmetin aksamadan, sürekli şekilde devam edeceğinin garantisi sağlanabilir. Sağlık hizmeti 7/24 şeklinde tabir edilen kesintisiz bir hizmettir. Verilen hizmetin kalitesi de aynı şekilde kesintisiz ve sürekli şekilde ve aynı değerde olmalıdır.

Devletler, hizmet kalitesini artırır ve planlamaları yaparken bir takım maliyetlere de katlanmak zorundadırlar. Bu maliyet, fiziksel yapılar, malzeme, cihaz, ilaç ve personel harcamaları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık tesislerine yapılan gereksiz başvurular, ulaşımın kolaylaşması, insanların kendi sağlıklarına olan ilgisinin ve bilincinin artması, bilgiye ulaşmanın kolaylaşması, gereksiz ilaç kullanımının artması, çağın getirdiği kitlesel denebilecek hastalıklar, nüfus artışı, gelir düzeyinin yükselmesi gibi birçok sebep, ülkelerin sağlık harcamalarını artırmaktadır. Her geçen gün artan personel istihdamı da bu harcamalar içerisinde pay sahibi olmakla birlikte, nüfus oranları ile yapılan kıyaslamalarda emsal ülkelerin gerisinde yer almaktadır.

Tablo: 2013 Yılı Türkiye’de Aktif Çalışan Sağlık Personeli Mesleki Dağılımı

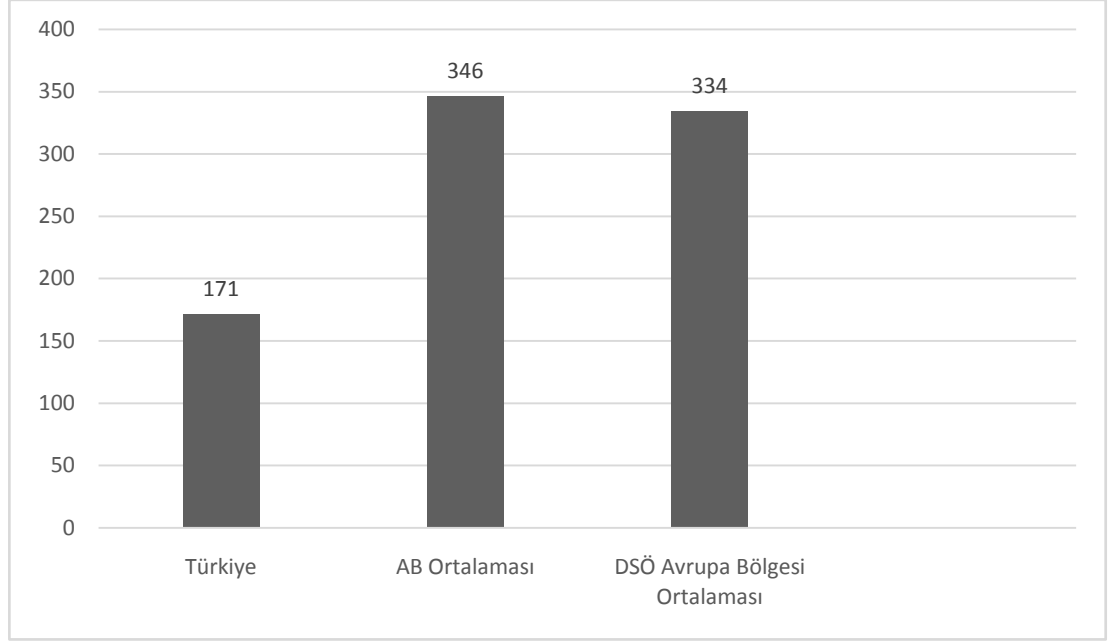
Sıra No.	Meslek Grubu	Sayısı
1	Hekim	219.383
2	Diş Hekimi	21.160
3	Eczacı	26.617
4	Hemşire	149.012
5	Ebe	52.351
6	Fizyoterapist	5.821
7	Diğer	130.611
Toplam		514.955

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Eskişehir, 2014, s.104

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık, Maliye ve Kalkınma Bakanlıkları ile Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK)’nin ortaklaşa yapmış olduğu çalışmaya göre, 2013 yılı Aralık ayı sonu itibariyle, ülkedeki sağlık işgücünün niceliksel miktarı yukarıdaki tablodaki gibidir. Toplamda 514.955 sağlık çalışanı devlet ve özel sektör sağlık kurumlarında hizmet vermektedir.¹ Ülke nüfusunun her geçen gün arttığı düşünülürse, sağlık hizmetlerinin aksamaması için personel istihdamının da aynı oranda artış göstermesi beklenmektedir. Fakat birçok alanda personel sayılarının nüfusa oranlamasında Avrupa Birliği(AB) ülkelerinin gerisinde bir oransal miktar olduğu görülmektedir.

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Eskişehir, 2014, s. 104

Grafik: 2013 Yılı 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Bakımından AB, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması



Kaynak T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Eskişehir, 2014, s.34

Yukarıdaki grafikte de görüldüğü gibi yüz bin kişiye düşen hekim sayısı, AB ülkelerinde ortalama 346 iken, DSÖ Avrupa Bölge Ortalamasında 334, Türkiye’de ise 171’dir.¹ Bu tabloda, hekim sayısının ülke nüfusuna göre oranının, gelişmiş ülkeler kıyaslamasına göre oldukça düşük seviyede olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık planlamasında personel rejiminin önemini göstermektedir. Sağlıkta ‘personel’ denilince de ilk akla gelen, hekim sınıfı olmaktadır. Sağlık uygulamalarının temelinde, hekim bulunmaktadır. Bu nedenle verilen hizmetlerin etkili, verimli, sürekli ve kaliteli olabilmesi için ilk olarak yeterli sayıda ve nitelikte hekim yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi gerekmektedir.

Buna karşın Türkiye İstatistik Kurumu(TUIK) verilerine göre Türkiye’deki sağlık harcamaları 2012 yılında 74 milyar 189 milyon TL iken, 2013 yılında %13,8 oranında artarak, 84 milyar 390 milyon TL’ye ulaşmıştır. Kişi başı sağlık harcaması, 2012 yılında 987 TL iken, 2013 yılında 1110 TL olarak gerçekleşmiştir. Aynı gösterge, Amerika Birleşik Devletleri(ABD) Doları(USD) bazında

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, s.34

değerlendirildiğinde, kişi başı sağlık harcaması 2012 yılında 548 USD iken, 2013 yılında 583 USD olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYH)'ye oranı, 2012 yılında %5,2 iken, 2013 yılında %5,4'e yükselmiştir. TÜİK verilerine göre sağlık harcamaları artış göstermektedir. Bu artış, sağlık alanındaki yatırımlardan, nüfus artışına, teknolojik gelişmelerden, sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısına kadar birçok etkene dayandırılabilir. Sağlık harcamaları artarken, bunun GSYH içindeki oranı da artış göstermiştir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı 2013 yılı için %5,4'e ulaşmıştır.

Sağlık harcamalarını kişiler boyutunda düşünürsek, yine TÜİK verilerine göre 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması 1.110 TL (583 Dolar) olarak gerçekleşmiştir.¹ Bu rakamın anlam kazanması için diğer devletlerdeki kişi başı sağlık harcaması verileriyle kıyaslanması gerekir. Ersöz'ün Türkiye ile OECD(Organization for Economic Cooperation and Development) Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi adlı çalışmasına göre "Türkiye'nin sağlık harcaması bakımından tüm OECD ülkeleri içinde en son sırada yer aldığı görülmektedir. (Kişi başına 580 USD). OECD ortalaması kişi başına 2550 USD'dir. En büyük kişi başına sağlık harcamasına sahip olan ülkeler, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 6102 USD, Lüksemburg 5089 USD ve İsviçre 4077 USD'dir."² Bu rakamlar da göstermektedir ki Türkiye'deki kişi başı sağlık harcamaları, kıyaslandığı ülkelere göre çok düşük seviyededir. Buraya kadar verilen örneklerde sağlık harcamalarının miktarının ve ülke bütçesindeki oranının her yıl artış gösterdiği görülmektedir. Buna rağmen Türkiye, kişi başına düşen sağlık harcaması ve hekim sayısında, kıyaslamaya tabi tutulan ülkeler içerisinde oldukça düşük rakam ve oranlara sahip bulunmaktadır. Ayrıca son yıllarda gerçekleşmekte olan SDP ile birlikte konulan hedefler ve yakalanan başarılar da herkesçe bilinmektedir. Bu başarının, bu kadar düşük kişi başına sağlık harcaması ile gerçekleşiyor olması, takdir edilmesi gereken bir göstergedir. Buna karşın, gelişme ve iyileştirmelerin devam etmesi, gelecek planlamalarının sağlıklı bir zemine oturtulması ve kaliteli hizmetin sürekliliğinin sağlanması da iyi bir personel planlaması ile mümkün olacaktır.

¹ M. Özmen, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> (08.12.2014)

² F. Ersöz, "Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi", İstatistikçiler Dergisi, S.2, İstanbul, 2008, s.3

Sağlığın önemi konusunda ülkeler ve hükümetlerin politikaları oluşturulurken, tabi ki mali ve sosyal boyutları her yönüyle ele alınmaktadır. Akar, bu konuda toparlayıcı bir görüş belirtmektedir: “Sağlık harcamalarının artması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. ... Hükümetler günümüzde sağlık harcamalarına daha fazla önem vermektedir. Ekonomik kalkınmanın sağlanmasında temel rolü olan sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere göre nispeten daha fazladır. Ayrıca sosyal devlet anlayışına hâkim olan ülkelerde de sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetleri sayılan erdemli mallara daha fazla kaynak ayrılmaktadır.”¹ Sağlık, sosyal devlet olmanın da bir gereği olarak, temel devlet hizmetlerinden birisidir. Gelecek nesillerin başarısı ve gelişmesi için eğitim kadar önemli ve gereklidir. Sağlıklı nesiller, çalışan, üreten, gelişen ve ilerleyen bireylerden meydana gelmektedir. Bu nedenle sağlık alanında yapılan harcamalar; planlı ve gerçekçi olduğu müddetçe, harcama olarak değil, geleceğe yapılan bir yatırım olarak görülmelidir.

Sağlık harcamaları, ekonomik kalkınmanın temelini oluştururken; sağlıklı nesillerin de garantisini teşkil etmektedir. Sağlığa yapılan yatırım, geleceğe yapılan yatırım olmanın yanında, ekonomik anlamda ülkeye de katma değer kazandıran büyük bir sektördür. Bunun göstergesi olarak gelişmiş ülkelerin sağlık harcama oranları, gelişmekte olan ülkelere göre çok daha fazladır. Yapılan harcamaların yerinde ve planlı şekilde olması da hükümetlerin sorumluluğu altındadır. Harcamalar, sağlık hizmetlerinin niteliğini artırıcı yönde, hastalıkların önlenmesi ve gelecek planlaması alanlarında yoğunlaşırsa daha anlamlı ve amacına hizmet eder nitelikte olacaktır.

Sağlık, bireyler, toplumlar, devletler ve dünya için çok önemli ve gereklidir. Bu sebeptendir ki insanlar hep onun peşinde koşarlar. Devletler, geliştirilmesi için kaynaklarını harcarlar. Siyasetçiler, sağlık üzerine politikalar üretirler. Ülkeler,

¹ S. Akar, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Celal Bayar Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, C.21, S.1, Manisa, 2014, s.311

sağlık istatistikleri ile kıyaslanırlar. Bu önemden dolayı, sağlık için yapılan yatırım, harcanan emek, planlama, yürütülen çalışmalar asla boşuna olmayacaktır. Teknoloji geliştikçe hastalıkla mücadele ileri boyutlara taşınacak, insan nüfusu arttıkça sağlık giderleri ve kaynakları artacak, doğal denge değiştikçe yeni hastalıklar ortaya çıkacak veya var olanların görülme oranları, şekilleri değişecek, devletler ve hükümetler yeni strateji ve politikalar geliştirecek, ama her zaman insanların sağlığa olan ilgisi ve verdiği önem devam edecektir.

2. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, günlük hayatta çokça karşılaşılan bir kavramdır. Anlamı konusunda, sağlığın tesis edilmesi adına verilen birtakım hizmetlerin kastedildiği söylenebilir. Sağlık, ise kişisel bir durumdur. Doğal olarak toplumlar da kişilerden meydana geldiği için, toplumsal sağlıktan da bahsedilebilir. Sağlık hizmeti denildiği zaman da sunulan bir hizmet ve sunucusu akla gelmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunun sorumlusu, Sağlık Bakanlığı’dır. Sunulan hizmetler ise çok çeşitlidir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri kavramını şu şekilde tanımlamaktadır: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.”¹ Tanım itibarıyla bakıldığında sağlık hizmetleri, insan ve toplum sağlığı için yapılan ve yapılacak olan her türlü çalışmayı içine alan, geniş bir kavramdır. Sağlık hizmetleri insan ve toplum sağlığını tehdit eden etmenleri tespit eder. Bu etmenlerin yok edilmesine çalışır. Sivrisineklerden korunmak için önce bataklığın kurutulması mantığı ile sağlığın temini için, öncelikle tehditlerin yok edilmesi gerekir. Hastalık etkenleri, fiziksel, kimyasal, biyolojik dış etkenler olabileceği gibi; yaşam koşulları, beslenme, kalıtım, kişisel tercihler gibi kişinin kendisinden kaynaklanabilecek iç etkenler de olabilir. Sağlık hizmetleri bunların her türlüyle mücadele etme yoluna

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, S.8597, Ankara, 2001

gidecektir. Bu mücadele kişinin sağlığını koruyucu ve sağlığı tehdit eden unsurları önleyici tedbirler ve çalışmalarını içerir. Dış etmenlerle mücadele etmek için birçok metot ve yöntem geliştirilirken, iç etmenlerle mücadele konusunda da bilgilendirme ve eğitim faaliyetleri yürütölür.

Tüm bu çalışmalara rağmen kişiler yine de sağlıklarını kaybedebilirler. Bu durumda da sağlığını kaybedenlerin tedavi edilmesi sağlanır. Tedavi yöntemlerinin belirlenmesi, tedavi edicilerin yetiştirilmesi ve görevlendirilmesi, tedavi kurumlarının temini ve tüm bunların planlaması ile yürütölmesi sağlık hizmetlerinin görevleri arasında yer almaktadır. Tedavi işleminin sonucundaki beklenti, hastalığın iyileşmesi ve kişilerin gündelik hayatlarına geri dönmeleri şeklindedir. Fakat bu durum, her zaman aynı şekilde nihayet bulmaz. Bazı durumlarda kişiler, hastalıklar neticesinde fiziksel veya ruhsal yeteneklerini kısmen veya tamamen kaybedebilirler. Bu durumdaki kişilerin de hayatlarını devam ettirebilmeleri ve sosyal yaşama katılabilmeleri gerekmektedir. Bunun temini için gerekli olan rehabilitasyonun sağlanması da sağlık hizmetlerinin faaliyet alanı içerisindeydir. Sağlık hizmetleri, her türlü rehabilitasyon tesisi, bu tesislerin çalışanları ile cihaz ve malzemelerini temin etmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yönergesindeki tanım kısa olmakla birlikte, çok büyük bir hizmet alanını kapsamaktadır. Sağlık hizmeti kavramını da çok boyutlu ve birbirleriyle ilişkili birçok faaliyetten meydana gelmekte, birçok kurum ve kesimi içerisine almaktadır. Gelişen teknoloji ve ileri toplum modelleriyle birlikte, sağlık hizmetlerine olan beklenti de artmakta ve çeşitlenmektedir. Sadece önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetler değil, insanların yaşam süresini ve kalitesini arttırıcı faaliyetler ile lüks yaşantıya, moda ve estetiğe kadar birçok konu da sağlık hizmetlerinin ilgi alanı içerisine girmiştir. Bu beklentilere cevap vermek için teknolojik ilerlemeyi yanına alan sağlık sektörü, her geçen gün hizmet yelpazesini çeşitlendirmekte ve standartlarını yükseltmektedir.

Somunoğlu, DSÖ' nün sağlık hizmetleri ile ilgili açıklamasını şu şekilde aktarmaktadır: "Gerek bireylerin gerekse toplumun, sağlığa ilişkin beklentilerini karşılamak için, sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık personeli tarafından

yürütülen her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmet olduğu vurgusunu yapmıştır.”¹ DSÖ’ nün tanımı Sağlık Bakanlığı yönergesine kıyasla daha sade olmakla birlikte, anlam olarak yine geniş bir alanı kapsamakta ve bazı farklı noktalara temas etmektedir. Tanıma göre, bireylerin ve toplumun sağlık beklentilerinin karşılanması ön plandadır. Sağlık beklentileri konusu kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürlere ve zamana göre değişkenlik gösterebilir. Sağlığın evrensel kurallarının ve değişmez uygulamalarının yanında, toplumsal farklılıklar ve beklentiler de sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde rol oynamaktadır. Nasıl ki ‘sağlık’ kavramı farklı bireyler ve toplumlar için değişik algılar oluşturuyorsa, sağlık hizmetlerinden olan beklenti de aynı şekilde farklı boyutlarda olacaktır. Önemli olan, hizmet planlamasında bu farklılıkları göz önünde bulundurarak, bütün beklentilere cevap verecek nitelikte bir hizmet ortaya koymaktır. DSÖ’ nün tanımında dikkat çeken bir diğer husus da sağlık hizmetlerinin, sağlık kurumlarında çalışan personel tarafından verilmekte olduğudur. Gerek koruyucu, gerekse tedavi edici hizmetler, sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir. DSÖ, toplumca resmiyeti ve geçerliliği kabul edilmiş sağlık kurumları ve bunların çalışanları dışındaki kişi ve kurumları, sağlık hizmeti sunucusu olarak kabul etmemektedir.

Sağlık konusu, ciddiye alınması gereken ve toplum için çok önemli bir konudur. Toplumlar ve devletler de bu konuda normlar belirlemişler, uygulama ve planlamaları bu normlar çerçevesinde yapmaktadırlar. Sağlık personelleri de bu normlar ve belirli standartlar çerçevesinde oluşturulan eğitim kurumlarında yetiştirilmekte ve yine belli kurallar çerçevesinde sağlık kurumlarında istihdam edilmektedirler. Bu kişilerin istihdamında da aldığı eğitim ve kişisel becerileri çerçevesinde bir takım eleme ve sınavlar tertip edilmektedir. Ancak bunun neticesinde, kişiler resmi anlamda sağlık personeli unvanı alabilmekte ve hizmet vermektedirler. Bunun dışında kulaktan dolma bilgilerle çalışan, etraftan gördükleri uygulamaları tatbik eden, mesleğiyle ilgili gerekli tahsil ve resmi kaydı bulunmayan kişiler, günümüz modern toplumlarında sağlık görevlisi olarak kabul görmemektedir. Bu tarz sağlık hizmeti eski devirlerde ve toplumlarda kabul görmüş; gelişen teknoloji, eğitim ve sağlık alanındaki ilerlemelere paralel olarak yerlerini sağlık profesyonellerine bırakmışlardır.

¹ Somunoğlu, 2012, s.12

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık alanındaki gelişmeler konusunda araştırma yapıldığında, görülmektedir ki modern tıbbın tarihi, yaşanan son iki yüzyılla sınırlıdır. Birçok buluş, yenilik, metot, ilaç ve aşı yakın zamanda hayatımıza girmiştir. Bundan önceki dönemlerde de tabi ki hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri vardı. Toplum sağlığının korunmasına yönelik çalışmalar yapılmaktaydı. Sağlık konusundaki çalışmalar, kurumlar, bilim adamları ve sağlık hizmetleri konusunda devlet politikaları vardı. Fakat sağlık hizmetlerinin ve uygulamalarının modern yapıya kavuşması ancak 19. yüzyıldan sonra gerçekleşebilmiştir. Günümüz tıbbının ve sağlık hizmeti sektörünün geldiği noktayı anlayabilmek için öncelikle eski dönemler incelemek gerekir.

2.2.1. Antik Dönem

Sağlık kavramının insanlık tarihiyle eşdeğerde bir geçmişe sahip olduğu daha önce anlatılmıştı. Sağlıklı olmak veya hastalıktan, acıdan, sakatlıktan kaçınmak da karnını doyurmak, korunmak, üremek gibi insanın yaratılışından gelen bir ihtiyaçtır. İlk insandan başlayarak, adı konmamış olsa bile içgüdüsel olarak bir takım sağlık davranışlarının sergilenmiş olduğu düşünülmektedir. Bu düşüncenin sebebi aynı içgüdüsel davranışların hayvanlarda, hatta bitkilerde dahi gözlenmesidir. Bu konuda Akdur, şu şekilde görüş bildirmektedir: “Gelişmiş bazı bitki türlerinin herhangi bir tehlike karşısında, kapandığı, geri çekildiği ya da beslenmek için böcek avladığı bilinmektedir. Hayvanlarda ise sağlığı koruma içgüdüğü daha da gelişmiş olup, doğrudan sağlığı korumaya yönelik davranışlara neden olabilmektedir. Örneğin, gözünde katarakt gelişen keçi, gözünü çalılara sürterek bir tür katarakt ameliyatı yapmakta, fazla yiyerek rahatsızlanan leylek, gagasıyla kendi kendine lavman yapmakta veya kabızlık çeken köpekler bir tür ayırık otu yiyerek onun müshil etkisinden yararlanmaktadır. Benzeri içgüdüsel davranışlara insanlarda da rastlanmaktadır.”¹ Akdur’ un örneklerinde de belirtildiği gibi doğadaki tüm canlıların hayatta kalma içgüdüğü vardır. Bu içgüdü sadece beslenme, barınma ve tehlikelerden korunma şeklinde değil, aynı zamanda sağlığı koruyucu ve hatta tedavi

¹ R. Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, 2000, s.2

edici davranışlara da sebebiyet verebilmektedir. Bu davranışların birçok hayvan tarafından gösterildiği gözlemlenmiştir. Hatta bazı bitki türlerinin bile benzer bazı eylemler sergilediği bilinmektedir. İnsanlar da içgüdüsel olarak hastalık ve sakatlıktan kaçınmış ve deneme-yanılma yoluyla, kişisel hatıralarla, çevreden gördükleriyle ya da atalarından öğrendikleri yoluyla bir takım sağlık davranışları göstermişlerdir. Bunlar her zaman başarılı ve doğru yöntemler olmasa bile ilk insanlar sağlık hizmetleri kendi kendilerine vermişler, deyim yerindeyse kendi kendilerinin doktoru olmuşlardır.

2.2.2. İlkel Toplular ve Sonrası Dönem

İlkel toplumlarda sağlık hizmetleri, daha çok mistik olaylara dayandırılmaktaydı. Bu nedenle yapılan tarihsel sınıflandırmalarda ‘mistik dönem’ olarak da adlandırılmaktadır. Bahsedilen zamanlarda, henüz semavi dinler dünyaya hâkim olmamıştı. İnsanlar ilkel topluluklar ve gruplar şeklinde yaşamakta idi. Gelişmiş devlet örgütlenmeleri henüz ortaya çıkmamıştı.¹ Sağlık hizmetleri de ilk insanlarda olduğu gibi, bireysel şekilde veya içinde yaşanılan toplumların dini liderleri, temsilcileri tarafından yürütülmekte idi. Bu dönemde içgüdülerin yanında bir takım dini inançlar da sağlık anlayışı üzerinde etkili olmaya başlamıştır. İlkel toplumlar ve sonrası dönemini kendi içerisinde ayırarak incelemek yerinde olacaktır.

2.2.2.1. İlkel Topluluklar Dönemi

Sağlık, yine hastalıklar üzerinden değerlendirilmekte, hastalıkların da ruhani varlıklar tarafından verildiği düşünülmekteydi. Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın adlı çalışmasında Kaplan konuyu şu şekilde ifade etmektedir: “Geleneksel halk tıbbında şifa, genel olarak hastanın yalnız bedenini değil ruhunu da iyileştirmeye dayanmaktadır. Sağlığı bir bütün olarak düşünerek, ‘bedenin iyileşmesini öncelikle ruhun iyileşmesine bağlayan’ anlayış, kökleri Şamanizm’de

¹ N. Yavuz, Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta, 2011, s.11

karşılık bulan sağaltıcı, şifa veren Şaman'ın tedavi anlayışını da ifade etmektedir.”¹ İnsanların yapmış olduğu eylemler neticesinde cezalandırılması veya sırf kötü tabiatından dolayı bazı ruhsal varlıkların insanlar üzerine hastalık ve felaketler gönderdiği düşünülürdü. Tedavi yöntemleri de yine aynı şekilde, mistik ve ayinsel metotlarla gerçekleştirilirdi. Genellikle topluluk içindeki dini liderin öncülüğünde yapılan kurban etme, ruh kovma, adak sunma ve değişik yöntemlerle tapınma gibi uygulamalar, kaybedilen sağlığın geri kazanılması için gerçekleştirilmiştir. Dünyanın her yerinde bu tür uygulamaların ipuçlarına ulaşmak mümkündür. Hatta bazıları bugün bile kulaktan kulağa, nesilden nesile aktararak ulaşmıştır. Örneğin Türk kültüründe yer alan nazar boncuğu takma geleneği, o dönemlerden kalma kötü ruhları ve düşünceleri uzak tutma düşüncesiyle ortaya çıkmış ve halen devam etmekte olan bir gelenektir.

2.2.2.2. Yerleşik Medeniyetler Dönemi

Sağlık hizmetlerinde, ilkel dönemden sonra ve modern dönemden önce uzunca bir süreç bulunmaktadır. Bu dönemde gerek Yunan, gerek Arap ve İslam ve daha sonrasında da Türk-İslam tıbbı ile bu medeniyetlerin yetiştirmiş olduğu bilim adamları, dünya tıp uygulamalarına yön vermişlerdir. Daha öncesinde Kur'an'da adı geçen peygamberlerin getirmiş olduğu öğretiler ve inananlara göstermiş oldukları yaşam tarzı, sağlıklı bir yaşamı ve sağlığa yönelik uygulamaları içermektedir. Yine İslam dininin de temel kurallarından birisi, temizliktir. İnsanları az, ölçülü ve dengeli beslenmeye, spora, kötü alışkanlıklardan uzak durmaya ve ruhsal dinginlik ve doyuma sevk etme özelliklerini göstermektedir. Bu özellikleriyle İslam inancının, insanları kendiliğinden koruyucu sağlık hizmetlerine yönelttiği söylenebilir. Nitekim Kur'an ve sünneti örnek alarak yaşam sürdürecektir olan bir Müslüman, vücuduna ve sağlığına da önem veriyor olacaktır.

İslam dini açısından, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, bir takım tedavi edici uygulamadan da bahsedilebilir. İslam dinindeki sağlık uygulamaları hakkında yapılan araştırmada şu bilgilere ulaşılmıştır: “Bir hadis-i şerifte; ‘Ey Allah'ın kulları!

¹ M. Kaplan, Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2010, s.7

Hasta olunca, tedavi ettiriniz! Çünkü Allah Teâlâ hastalık gönderince ilâcını da gönderir.’ buyruldu. Peygamberimiz, hastaların karantinaya alınmaları, perhiz yapmaları ve temizlenmeleri gibi birçok tedavi yolları göstermiştir.”¹ Bu hadis ile birlikte her hastalığın bir tedavisi olduğu söylenerek, inananların bir nevi tıp araştırmalarına yönlendirildiği, tedavi yöntemleri ve ilaç geliştirilmesi yönünde teşvik edildiği söylenebilir. Ayrıca her derdin bir dermanının olduğu düşüncesi bile hastalıklardan kurtulma yolunda, çok önemli bir psikolojik destek olacaktır. Bunların yanında yine hasta kişilerin karantinaya alınması ögüdüyle, hastalıkların kitlesel yayılımı engellenmektedir. Ayrıca hastaların temizliği ve beslenmesine de özel bir önem gösterilmesi gerektiği tavsiye edilmektedir.

Sağlık sektöründe çalışan kişilerce iyi bilindiği gibi, Batı-Yunan medeniyetinin sağlık alanında en tanınmış kişisi Hipokrat’tır. Hipokrat, döneminin en ünlü tıp bilgini olmanın yanında, kendinden sonraki dönem tıp çalışmalarına da ışık tutmuş ve kaynak oluşturmıştır. Okullarda alınan tarih derslerinden hatırlanacağı gibi, Rönesans sonrası dönemde bilimsel çalışmalara ivme kazandıran Avrupa kültürü, Doğu kaynaklarına yönelmiş, Hipokrat başta olmak üzere Arap-İslam bilginleri ve kaynakları da incelenerek kullanılmıştır. Günümüzde bile halen, hekimlerin mesleğe başlamadan önce ettikleri etik yemin, Hipokrat Yemini olarak adlandırılmaktadır. Diğer yandan İslam âleminin yetiştirmiş olduğu İbn-i Sina, Biruni, Razi gibi bilim adamı ve âlimler, tüm dünya tarafından bilinmektedir. Çalışmaları da modern tıbbı ilham ve kaynak teşkil etmiştir.

Bahsi geçen dönemlerde koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, tedavi edici sağlık hizmetleri de gelişim göstermiştir. Yavuz, proje çalışmasında konuya şu şekilde değinmektedir: “Günlük yaşamdaki rastlantılar sonucunda bazı bitkilerin, gıdaların veya maddelerin birtakım sıkıntılara iyi geldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler zamanla uygulamalarla zenginleştirilmiş ve pekiştirilmiştir. Böylece acı ve sıkıntıların bazı maddeleri kullanarak giderilmesi veya hafifletilmesi uygulamalarına başlanmıştır. Zamanla birçok hastalıkta ilaç diyebileceğimiz çeşitli maddeler kullanılır hale gelmiştir.”² Doğadaki birçok bitki ve çeşitli maddeler bugünün ilaç

¹, <http://www.guncelkaynak.com/nedir/tip/>, s.1, (18.12.2014)

² Yavuz, s.11

sanayinin de hammaddesini oluşturmaktadır. O dönemde de bitkilerin ve maddelerin karıştırılması, kaynatılması, bekletilmesi gibi metotlarla bir takım ilaçlar elde edilmekteydi. Bu yöntemlerle elde edilen şifa verici maddeler yeme, içme, sürme, soluma gibi yöntemlerle hastalara tatbik edilir ve tedavi uygulanırdı. Bunların tarif ve içerikleri tesadüfler ve denemeler sonucu meydana gelmekteydi. Devamlılığı da usta-çırak yöntemiyle kuşaktan kuşağa aktarılacak suretiyle sağlanmaktaydı. Teknolojik imkânlar ve endüstri henüz gelişmediği için sınırlı miktarda ve toplumdan topluma ve coğrafyaya göre değişim gösteren ilaçlar kullanılmıştır.

2.2.2.3. Osmanlı Dönemi

Osmanlı döneminde de sağlık, önem verilen bir konu olmuştur. Üç kıtaya yayılmış büyük ve zengin bir medeniyet kuran Osmanlılarda, gerek yaralı ve hastaların, gerekse yaşlı, sakat ve muhtaçların bakımıyla görevli birçok kurum ve kuruluş bulunmaktaydı. Yavuz, Osmanlı sağlık sisteminden şu şekilde bahsetmektedir: “Osmanlı Devleti’nin sağlık kuruluşları köklü ıslahat teşebbüslerinin başladığı III. Selim dönemine kadar gerek uygulama gerekse de görünüm açısından Selçuklu döneminin bir tekrarı niteliğindeydi. Darüşşifa, Bimarhane veya Tımarhane gibi çeşitli isimlere sahip olan bu sağlık kurumları devlet tarafından açılan resmi kurumlar olarak değil, genellikle devlet adamları ve şahısların vakıf sistemi içerisinde toplum hizmetine sundukları sosyal yardım kuruluşları şeklindeydi.”¹ Bu açıklamaya göre Osmanlı Devleti’nde sağlık hizmetlerinin, devlet eliyle değil, daha çok hayır sahipleri ve vakıflar aracılığı ile yürütüldüğü görülmektedir. Duyarlı ve yardımlaşma temeline kurulmuş bir toplum olduğu bilinen Osmanlı toplumunda, sağlık hizmetlerinin de devlet eliyle olmasa bile aksamadan ve eksiksiz şekilde yürütüldüğü tahmin edilebilir. Toplumsal dayanışma ve yardımseverlik kültürü devam ettiği müddetçe de başarılı şekilde sağlık hizmet sunumu devam etmiştir.

Teknolojik ve toplumsal gelişim ve değişimler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da zaman içinde yeni yapılanmaları gerekli kılmıştır. Özellikle Osmanlı’da duraklama dönemi ve sonrasında her alanda yapılan ıslahat çalışmaları, Avrupa’daki

¹ Y. Yavuz, “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Dergisi, C. 8, S.2, Ankara, 1988, s.123

teknolojik gelişime ayak uydurma adına, sağlık alanında da kendisini göstermektedir. Bu konuda Aydın şu şekilde bir görüş bildirmektedir: “Klasik ve Doğulu Osmanlı tıbbının Osmanlıdaki pek çok değişim gibi Tanzimat ile birlikte şekillenmeye başladığı kabul edilmektedir. XIX. yüzyıla gelinceye kadar Osmanlı Devleti de dâhil olmak üzere dünyadaki çoğu devletin planlı ve bilinçli bir sağlık politikası bulunmamaktaydı. IX. yüzyılda Avrupa’da koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşılması ile batılı devletler sağlık teşkilatlarını oluşturmaya başlamışlardır. Osmanlı Devleti de batıda yaşanan gelişmelerden etkilenecek, bu dönemde sağlık alanında teşkilatlanmaya başlamıştır.”¹ Bu dönemden sonra Osmanlı Devleti’nde de sağlık hizmetleri, devlet eliyle planlanmaya ve devlet kurumlarınca yürütülmeye başlanmıştır. Bunda Batının sağlık uygulamalarına uyum sağlamanın yanında, toplum yapısı ve vakıf sistemindeki bozulmanın etkisi de olduğu düşünülmektedir. Duraklama ve gerileme dönemiyle birlikte öncelikle mali yapı ve buna bağlı olarak da toplumsal yapıda bozulmalar meydana gelmiştir. Islahat çalışmalarının sebebi de bu bozulmaların önüne geçebilmektir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri alanında da köklü değişiklikler yapılması kaçınılmaz duruma gelmiştir.

Akdur, Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri adlı yazısında Osmanlı’da sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemine kadarki gelişimini şu şekilde ifade etmektedir: “Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19. yüzyılın ikinci yansına doğru Batı’ya yönelinmiştir. 1839 yılında kurulan, ‘Beynelmilel Sıhhiye Meclisi’ Osmanlı imparatorluğu döneminin ilk yaygın ve sivil kesimleri de kapsayan sağlık örgütü olarak kabul edilir. Hekim Başı Kurumu 1849’da kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti’ne devredilmiştir. 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesinde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurularak sivil sağlık örgütünün merkezi oluşturulmuştur. 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak ilk resmi ve yaygın örgütlenmenin adımları atılmıştır. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi

¹ E. Aydın, “19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, Ankara Üniversitesi, Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, S. 15, Ankara, 2004, s.186-187

Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dâhiliye Nezaretine bağlanarak, Dâhiliye Nezareti'nin adı Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak değiştirilmiştir. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.”¹ Yapılan çalışmalar içerisinde öncelikle sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, temel faktörlerden biri olan nitelikli insan gücü yetiştirilmesi alanında düzenlemeler yapıldığı görülmektedir. Bu alanda hizmet edecek kurumlar faaliyete geçirilerek, kanuni zemine oturtulmuştur. Daha sonrasında sağlık teşkilatının hem merkezi hem de taşra örgütlenmeleri tesis edilerek bir düzene kavuşturulmuştur. Son olarak da sağlık teşkilatının, bakanlık düzeyinde bir yönetime kavuşması sağlanmıştır.

2.2.3. Modern Dönem

Modern veya çağdaş denilen dönemde sağlık hizmetleri, bilimsel ve teknolojik gelişmenin etkisiyle büyük bir ilerleme ve değişim kaydetmiştir. Gerek hastalıkların etkenlerinin daha gerçekçi şekilde saptanması, gerekse yeni tedavi yöntemleri ve ilaç uygulamaların bulunması ile sağlık alanında birçok devrim niteliğinde gelişme yaşanmıştır. Her ne kadar modern tıbbın kurucusu olarak Hipokrat lanse edilse de, bilinen anlamda modern tıbbın temelleri 15-16. Yüzyıllarda Rönesans Dönemi ve sonrasında atılmaya başlanmıştır. Bu dönemde tıp alanındaki çalışmalarıyla, dünyaca ünlü bilim adamı ve sanatçı Leonardo Da Vinci öne çıkmaktadır. Özellikle anatomi alanındaki çalışmaları, o dönem tıp bilim çevrelerinde çığır açacak niteliktedir. 17. Yüzyılda William Harvey kan dolaşımını tanımlayan bilim adamı olmuştur. Yine aynı dönemde Anton Von Leewenhoek' in mikroskop üzerine yapmış olduğu çalışmalar bakterilerin tanımlanması yolunu açmıştır. 18. Yüzyılda Antonia Lavoisier solunum sistemini gerçek anlamıyla tanımlayan kişi olmuştur. 19. Yüzyılda Claude Bernard deneysel tıbbın yerleşmesine vesile olmuştur. Luis Pasteus ve Robert Koch bakteriyolojinin kurucusu olarak kabul edilirler. Birçok bakterinin tanımlanmasının

¹ R. Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi, S.4, Ankara, 1998, s.3

yanı sıra buldukları aşılar ve başka buluşlar ile tanınmaktadırlar. Halk sağlığı, koruyucu tıp, meslek hastalıkları gibi konularda yapılan ilerlemeler, antibiyotiklerin ortaya çıkmasına zemin oluşturmuştur. 20.yüzyıl gelişmelerini oluşturan farmakolojik buluşlar, tedavide başarıyı sağlamıştır.¹

Tıp ve sağlık hizmetleri alanındaki gelişmeler sonucunda, sağlıkta günümüzdeki çağdaş döneme gelinmiş bulunmaktadır. Çağdaş tıp DSÖ' nün tanımında da yer aldığı gibi sadece hastalık ve hastalık etkenlerini değil, insan sağlığını çevresel ve toplumsal etkileriyle birlikte, bütün olarak ele almakta ve değerlendirmektedir. Bu nedenle sağlığı tehdit eden durumlarla toplumsal mücadele yoluna gidilmekte, bu anlayış içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri, eski dönemlerde olduğu gibi yine ön plana çıkmaktadır. Tedavi edici hizmetlerde bilimsel ve teknolojik ilerleme doğrultusunda sağlık tesisleri, ileri teknoloji cihazlar ve nitelikli sağlık personeli tedarik edilmekte, sağlık yatırımları bu yönde planlanmaktadır. Akdur çağdaş sağlık anlayışının ilkelerini şu şekilde sıralamaktadır:

- i-** “Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılamaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur,
- ii-** Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı çevrenin, özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur,
- iii-** Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma, tedaviden daha önemlidir,
- iv-** Bir toplumda en sık görülen hastalık, en önemli hastalıktır,
- v-** Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir,
- vi-** Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmetidir.”²

¹ Y. I. Ülman, 17.-18. Yüzyıllarda Tıbbın Gelişimi, http://turkpedia.org/index.php?title=17-18._Y%C3%9CZYILLARDA_TIBBIN_GEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M%C4%B0, (11.10.2014)

² Akdur, 1998, s.4

Akdur'un anlatımına göre bireylerin yaşamı bir bütündür ve insanlar sağlık hizmetlerinden tüm yaşamları boyunca faydalanırlar. Sadece hastalık veya sakatlık durumunda değil, sağlıklıken de sağlık uygulama ve hizmetleri, kişinin gündelik hayatı içerisinde yer alması gereken unsurlardır. Sağlık, bir yaşam tarzıdır. Toplum yöneticileri ve sağlık hizmet planlayıcıları, sağlıklı yaşam tarzının bireylere öğretilmesi, sağlık alışkanlıklarının edindirilmesi, yaşam boyu sağlık bilincinin aşılması konusunda kendilerini sorumlu görmelidirler. Bu şekilde hastalık ve sakatlıkların, meydana çıkmadan önce engellenme şansı yakalanmış olur. Kişilerin sağlıklı oldukları dönemde göstermiş oldukları davranışlar, alışkanlıklar ve yaşam biçimi, ileride karşılaşılabilecekleri hastalık ve sakatlıkların hazırlayıcısı veya önleyicisi olacaktır.¹

Sağlığın tanımında da bahsedildiği gibi bireyin sağlığı, kişiye ait bedensel ve ruhsal yapının yanında fiziksel, biyolojik ve sosyal çevrenin de etkili olduğu bir iyilik durumunu ifade etmektedir. Sağlığını kaybeden bireyler değerlendirilirken, sadece fiziksel hastalık etkenleri ve bunun vücuda vermiş olduğu etkilerin göz önüne alınması yeterli olmayacaktır. Hastalık ve nedenlerini araştırırken bireyin içinde bulunduğu fiziksel ve biyolojik çevre başta olmak üzere, sosyal çevresinin de dikkate alınması gerekir. Çünkü bireyler, etraflarından izole bir hayat sürdüremezler. Mutlaka çevrelerindeki ortamlar, insanlar ve diğer organik canlılarla etkileşim halinde olmaktadır. Bu etkileşim esnasında, olumsuz fiziksel ve biyolojik çevreyle temas halinde bulunan kişilerde, bu çevreye bağlı hastalıkların meydana gelmesi de kaçınılmaz olacaktır. Aynı şekilde sosyal çevre de kişinin sağlık durumu üzerinde oldukça etkilidir. Sosyal çevre, bireylerin yaşam biçimlerini, alışkanlıklarını ve sağlık davranışlarını yakından ilgilendirmektedir. Örneğin herkesin sigara içtiği bir sosyal çevrede yaşayan bireyin, sigara konusunda sert bir tutum göstermesi beklenemez. Bağımlı olmasa bile sigara konusundaki tutumu, sigara içilmeyen çevrede yetişmiş bireylere göre daha toleranslı olacaktır. Sağlığını kaybeden bireylerin hastalık sebepleri araştırılırken, içinde yaşam sürdüğü çevrenin de bilinmesi ve hastalığının büyük oranda bu çevrenin bir fonksiyonu olduğunun düşünülmesi gerekir.

¹ Akdur, 1998, s.4

Sağlık hizmetlerinin birçok fonksiyonu vardır. Koruma, tedavi ve rehabilitasyon bunlardan bazılarıdır. Bu fonksiyonlar incelendiğinde hastalıklardan korumanın, tedavi etme fonksiyonundan daha önemli olduğu görülmektedir. Hastalıklar meydana geldikten sonra yürütülen tedavi hizmetlerinin her zaman iyileşme ile sonlanacağını söylemek mümkün değildir. Hastalıklar ölüm, kalıcı sakatlıklar, uzun süreli veya ömür boyu süren tedaviler gibi sonuçlar da doğurabilir. Bu durumlarda bireyler ya hayatlarını ya da yaşam kalitelerini kaybetmektedirler. Tedavi sonucu iyileşseler bile, bu süre zarfında işlerinden ve sosyal çevrelerinden uzak kalacaklardır. Diğer bir boyutuyla tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin, koruyucu hizmetlere göre daha fazla teknik altyapı, fiziksel ortam, cihaz, malzeme, ilaç ve personel gerektirdiği bilinmektedir. Bunların devletlere mali yükü de yadsınamayacak miktarlardadır ve sürekli artış göstermektedir. Bu boyutuyla da koruyucu hizmetlerin çok daha önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Farklı coğrafyalarda yaşayan, farklı kültürlerin ve farklı toplumların mensubu olan bireylerin, yaşam biçimleri, fizyolojik özellikleri, beslenmeleri, sağlık anlayışları ve sağlığını tehdit eden faktörler de farklılık gösterir. Bu nedenle nasıl ki her toplumun, kültürün sağlığa olan bakışı, sağlık anlayışı ve uygulamaları farklılık gösterebiliyorsa; o toplumda görülen hastalıklar da farklılık gösterebilir. O yüzden evrensel kabul edilen sağlık uygulamaları dışında, farklı toplumların sağlık planlayıcıları, kendi toplumlarının ihtiyaçları ve karşılaşılan sağlık problemlerini göz önüne alarak politika üretmelidirler. Dünya genelinde görülen ve geniş kitleleri tehdit eden hastalıklarla ortak veya benzer mücadele yöntemleri benimsenmelidir. Fakat bir en sık görülen hastalığın da, o toplum için en önemli hastalık olduğu ve mücadele edilmesinin öncelik olarak benimsenmesi gerektiği unutulmamalıdır. İktisattaki, tüm toplumlar için sınırlı ve kıt kaynaklar bulunduğu ilkesi göz önüne alındığında, sağlık için ayrılan kıt kaynaklar da öncelikle o toplumda en sık görülen hastalıkların önlenmesi ve önlenemediği durumlar için tedavisinde kullanılmak üzere planlanmalıdır.

Hastalıklar, bireyler kadar toplumları da ilgilendirmekte ve etkilemektedir. Bireyin hasta olması, kendi bedensel ve ruhsal yapısında hasar meydana getirir. Fakat hastalıkların sosyal boyutu, en yakınındaki ailesi başta olmak üzere tüm çevresini ve toplumu da etkilemektedir. Bu etki farklı şekillerde gerçekleşebilir.

Örneğin bulaşıcı hastalıklar bireyler arasında, aile fertlerinden başlamak kaydıyla yayılım gösterebilirler. Kolay bulaşan ve kısa sürede etki etki gösteren hastalıklar, bireysel değil, daha çok toplumsal ve kitlesel hastalıklar olarak görülmektedir. Bu tür hastalıklarla mücadele de kitlesel şekilde yapılmaktadır. Hastalıkların yayılmasını engellemek için toplumdaki tüm bireylerin bilinçlenmesi ve benzer tedbirleri alması gerekir. Hastalıkların bir diğer toplumsal boyutu da, sosyal boyutudur. Aile içinde bir kişinin hasta olması her yönüyle öncelikle tüm aile bireylerini etkiler. Bu etki hem psikolojik ve sosyal boyutlarda olabilir. Hasta kişi ev ekonomisine katkı yapan bir bireyse, ekonomik boyutundan da bahsetmek gerekir. Aynı şekilde hasta bireyler toplumları da olumsuz etkilemektedir. Hastalıkların toplumsal olarak da sosyal ve ekonomik etkileri vardır. Bu nedenle hastalıklar karşısında, toplum olarak ortak mücadele ve ortak düşünce ile hareket etmek gerekir.

Son olarak Akdur, sağlık hizmetlerinin birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmeti olduğundan bahsetmektedir. Modern çağda tüm sektörler karmaşıklaşmakta ve birbiri ile bağlantılı hale gelmektedir. Aynı şekilde sağlık sektörü teknolojik ve bilimsel gelişmeler ile toplumsal değişimler neticesinde çok yönlü bir hizmet haline gelmiştir. Verdiği bu çeşitli ve nitelikli hizmetler neticesinde de birçok kurum ve sektörle ilişki ve işbirliği içerisinde olması doğaldır. Sağlık hizmetlerinin planlama, uygulama ve denetimi Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu hizmetleri bünyesinde bulunan birçok kurum ve personel ile yürütmektedir. Bu hizmetleri sağlarken devletin ve özel sektörün farklı kurum ve kuruluşlarıyla da iletişim ve işbirliği halindedir. Sağlık hizmetleri dendiğinde inşaattan ilaç sektörüne, eğitimden maliyeye, üniversitelerden sivil toplum kuruluşlarına(STK) kadar geniş bir alandan bahsetmek mümkün olacaktır. Sağlık hizmetlerinin çeşitli evrelerinde bu farklı kurum ve kuruluşlar ile etkileşim halinde olduğu görülmektedir.

2.3. Türkiye’ de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri

Osmanlı döneminin son yıllarına kadar, sağlık hizmetleri alanında mevcut olan uygulamalar ve ıslahat hareketlerine paralel olarak yürütülen sağlık uygulamalarındaki değişiklik ve gelişmeler, daha önceki bölümde anlatılmıştı.

Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetleri anlatılırken çeşitli kaynaklarda, farklı tarih aralıklarıyla sınıflandırmalar yapıldığı görülmüştür. Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetlerini anlatırken Cumhuriyetin hemen öncesi 1920 yılından başlamak gerekir. Çünkü o tarihte Cumhuriyet ilan edilmemiş de olsa, imparatorluk haricinde bir hükümet kurulmuş ve icraatlarına başlamış idi. Ayrıca Cumhuriyet dönemini anlatmadan önce, hemen öncesine bir göz atmak yararlı olacaktır. Bu çalışmada Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetleri Cumhuriyet Öncesi, 1923-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002-2012 şeklinde değerlendirilmiştir.

2.3.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

1920-1923 yılları Türkiye'nin en sıkıntılı dönemlerinden biridir. Bir yandan işgaller, savaşlar, isyanlar, diğer yandan çift başlı bir yönetim ve bunlara ek olarak yoksulluk, eğitimsizlik, açlık, hastalıklar ile mücadele eden bir millet söz konusuydu. Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinden bahsetmek pek doğru olmayacak gibi görülebilir. Fakat Ankara'da kurulan yeni hükümet sağlık alanındaki çalışmalarına derhal başlamıştır. Akdur, bu dönemdeki sağlık hizmetlerinden şu şekilde bahsetmektedir: "Sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşu ile dir. Savaş yıllarında Ankara'da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti'ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşmuştur."¹ Burada belirtildiği gibi Anadolu'da kurulan hükümetin ilk icraatlarından biri, Osmanlı Dönemi'nin son yıllarında Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak adlandırılan bakanlığı, İçişleri ve Sağlık Bakanlığı olarak ayırmak olmuştur. Çağdaş medeniyetlerin, sağlık hizmetleri konusuna yeteri kadar önem vermediği bir dönemde ve bu kadar olumsuz şartlar altında kurulan bir yönetimde, ayrı bir Sağlık Bakanlığı'nın planlanmış olması; o dönem yöneticilerinin, sağlık konusuna ne kadar önem verdiğini göstermektedir.

¹ Akdur, 1998, s.3

Sağlık Bakanlığı Yayınları'ndan çıkan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri adlı çalışmada bu dönem, şöyle ifade edilmektedir: “Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.”¹ Yeni kurulan bakanlık dönem itibariyle, daha çok savaş şartlarında elinden geldiği ölçüde sağlık hizmeti verilmesine çalışmıştır. Savaş bölgelerinde sağlık hizmetlerinin ve organizasyonunun sağlanması, personel ve malzeme temini gibi hizmetler, büyük güçlüklerle yerine getirilmeye çalışılmıştır. Diğer yandan yeni kurulan bir bakanlık olması sebebiyle, yasal düzenlemeler ve mevzuat eksiklikleri üzerine çalışmalar yürütülmüştür. Ancak savaş son bulup Cumhuriyet ilan edildikten sonra, ülke genelindeki sağlık örgütlenmesi ve sağlık sorunlarına zaman ayrılabilmiştir.

2.3.2. 1923-1960 Dönemi

Bu uzun dönemde ülkede yeni bir yönetim kurulmuş, inkılaplar yapılmış, tek partiden çok partili döneme geçilmiş, bir büyük Dünya Savaşı daha atlatılmış, siyasi-ekonomik birçok olay yaşanmıştır. Bu süre içerisinde sağlık hizmetleri alanında da devrim niteliğinde çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu dönemi gerek yürütülen çalışmaların niteliği gerekse siyasi etkenlere bağlı olarak Cumhuriyetin ilk yılları ve İkinci Dünya Savaşı Sonrası şeklinde iki kısımda incelemek daha uygun olacaktır.

2.3.2.1. Cumhuriyet'in İlk Yılları

Sağlık Bakanlığı, hem idari anlamda kendini geliştirip, kurumsallaşmayı sağlarken, hem de yıllardır ihmal edilen Anadolu'da ve yurdun her köşesinde örgütlenmesini kurmaya, her vatandaşa sağlık hizmeti götürmeye çabalamıştır. Bu dönemi Aydın, şu şekilde anlatmaktadır: “Kurtuluş Savaşı'nın ardından Mustafa Kemal Atatürk tarafından kurulan Türkiye Cumhuriyeti çağdaş değerleri kendine ilke edinmiştir. Cumhuriyet'in ilanından sonra, diğer toplumsal ve kültürel alanlarda

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, Ankara, 2008, s.14

olduğu gibi sağlık alanında da çok önemli tarihsel değişimler yaşanmıştır. Bu değişim sürecinde, Atatürk'ün benimsemiş olduğu sağlık anlayışı son derece belirleyici olmuştur. Yeni dönemde kişi sağlığının korunması ve sürdürülmesi toplumsal bir olgu olarak kabul edilmiştir. Atatürk'ün vurguladığı nokta, halka sağlık hizmeti götürmenin devlete düşen bir görev olduğu şeklindedir. Cumhuriyet yönetimi sağlık sorunlarına hızlı bir şekilde çözüm getirirken, uzun süre Bakanlık görevinde bulunan Dr. Refik Saydam 'ın bu alandaki katkıları çok büyük ve kalıcı olmuştur. Onun çalışmaları neticesinde sağlık hizmetlerinin Türkiye 'de teşkilatlanma ve kurumsallaşmasının temelleri atılmıştır.”¹ Bu yazıdan da anlaşılacağı gibi, yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devleti her alanda yaptığı ve yapmaya niyetli olduğu inkılaplar ve ulaşmak için kararlı olduğu çağdaş değerler uğruna başlattığı çalışmalar içerisinde, sağlık alanında da birçok düzenleme mevcuttur.

Atatürk'ün kurmuş olduğu Cumhuriyetin dayandığı temel niteliklerden birisi, çağdaş medeniyetler seviyesine ulaşma ve hatta bu seviyenin üzerinde yer alma idealidir. Bu idealdeki bir devlet de öncelikle vatandaşlarının temel hak ve insan olmanın gerektirdiği temel ihtiyaçlarının giderilmesinden sorumlu politikalar izlemelidir. Özellikle eğitim ve sağlığın, çağdaşlaşma, ilerleme ve atılım yapma arzusu ve hedefindeki bu yeni devlet için önemi çok büyüktür. Aynı zamanda yine eğitim ve sağlık, çağdaş bir devletin vatandaşlarına sunması gereken en temel hizmetlerdendir. Bu sebepten halkın sağlığı, toplumsal bir mesele olarak görülmüş ve ülkede yaşayan her bir vatandaşa sağlık hizmeti götürmenin de bir devlet yükümlülüğü olduğu kabul edilmiştir.

Savaş döneminde Sağlık Bakan'lığı görevini yürüten Adnan Adıvar'ın yerini, bu dönemde Refik Saydam alacaktır. Refik Saydam, Türkiye Cumhuriyeti sağlık politikalarında uzun yıllar etkili olacaktır. Çalışmaları, Cumhuriyet'in ilk yıllarından 1950 sonrasına değin sürmüştür. Hatta bu alanda atmış olduğu temellerin ve yaptığı çalışmaların günümüze değin etkilerinin ulaştığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığı'nın bu döneme ilişkin sunduğu bilgiler şu şekildedir: “Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

¹ E. Aydın, “Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi, C.3, S.31, Ankara, 2002, s.183

- i- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- ii- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- iii- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- vi- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.”¹

Cumhuriyet döneminin başlangıcında, Refik Saydam'ın yürüttüğü sağlık politikalarının dayanmış olduğu ilkelere bakıldığında, ilk olarak sağlık hizmetleri planlaması, programlaması ve yönetiminin tek elden yürütülmesi gerektiği ilkesi yer almaktadır. Bu sebeple yeni kurulan devletin teşkilatlanma düzeninde, Sağlık Bakanlığı, ayrı bir bakanlık olarak yer almaktadır. Ülkedeki tüm sağlık işlerinin planlayıcısı, uygulayıcısı ve denetleyicisi, bu bakanlık olacaktır. Bu şekilde tüm iş ve işleyişin sorumluluğunun tek elde toplanması, hızlı hareket edilmesi, kararlar alınması ve uygulanması açısından önemli bir konudur. Çağdaş medeniyetler seviyesinin üzerini hedef almış olan bir ülke için, sağlık hizmetleri sektörü ne kadar önemli ise, bu sektörde alınacak kararların ve bunların hayata geçirilmesinin hızlı olması da o kadar önemli olacaktır. Bu sebeplerden sağlık işlerinin tek elden yürütülmesi ilkesi belirlenmiş ve bu yürütme işini de Sağlık Bakanlığı'nın üstlenmesi konusunda karar alınmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetime, tedavi edici hizmetlerin ise yerel yönetimlere bırakılması modeli, Cumhuriyetin ilk yıllarında kabul edilen bir modeldir. Daha doğrusu Cumhuriyet öncesinde de uygulanan bu sistemin devam ettirilmesi yoluna gidilmiştir. Bu dönemde koruyucu hekimliğe büyük önem verilmiştir. Koruyucu hekimlik çalışmaları bizzat merkezi yönetim tarafından planlanmakta ve yürütülmektedir. Giderleri de merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Bu sayede hızlı ve etkili bir uygulama ile bu hizmetin yurt geneline yayılması ve bu

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, s.15

sayede hastalıkların sebepleri ile mücadele edilerek, toplum sağlığının topyekûn temin edilmesi amaçlanmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise merkezi yönetimin planlaması ve denetimi ile yerel yönetimler eliyle yürütülecektir. Bu amaçla, taşrada belediyeler ve il özel idarelerince yataklı tedavi kurumları oluşturularak hizmet vermesi sağlanmıştır. Yerel yönetimlerce yürütülen bu hizmetleri teşvik etmek ve model oluşturmak amacıyla bazı büyük illerde, bulunduğu bölgeye hizmet vermesi amacıyla, direkt Sağlık Bakanlığı'na bağlı Numune Hastaneleri kurulmasına karar verilmiştir.¹

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin planlamaları yapılmakla birlikte, bunların uygulama aşamasında en önemli etken, sağlık personeli olacaktır. Yapılan planlamaların hayata geçirilebilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte personel istihdamı sağlanması gereklidir. Bu amaçla tıp fakültelerinin sayısının çoğaltılması, mevcut bulunanların da cazibesinin artırılması yoluna gidilmiştir. Ayrıca eğitimin başlangıcında zorunlu hizmet uygulaması hakkında bilgilendirme yapılarak, bu şartlarda öğrenci alınacağı bildirilmiştir. Bu sayede mezun olacak hekimlerin, bakanlığın planlaması doğrultusunda istihdam edilmesi amaçlanmıştır.

Refik Saydam'ın sağlık politikalarının temeline aldığı ilkeleri içerisinde bulunan son madde sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadeledir. Sayılan bu hastalıklar kişi sağlığını ciddi şekilde tehdit etmenin yanı sıra, çok bulaşıcı olmaları ve kısa zamanda geniş kitleleri etkileyebilmeleri sebebiyle toplumsal hastalıklardır. Toplum içerisinde salgınlara, ölümlere sebebiyet vermekte; ayrıca sosyal-psikolojik yönden de toplumu olumsuz etkilemektedirler. Bu nedenlerle ilk olarak bu toplumsal-bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacı güdülmüştür. Bu amaçla koruyucu hekimlik ve bilinçlendirme çalışmalarına ek olarak, özel olarak bu hastalıklarla mücadele konusunda uzmanlaşmış sağlık kurumları (verem-savaş dispanseri gibi) tesis edilmiştir.

Cumhuriyet sonrası yılların bu ilk döneminde daha çok sağlık hizmetleri uygulamalarının ve personel rejiminin planlaması yapılmış ve uygulamaya

¹ Akdur, 1998, s.3

geçilmiştir. Ülkenin sağlık stratejileri belirlenmeye çalışılmış, sağlık alanında ileriye yönelik temellerin atılmasına gayret edilmiştir. Bu amaçla, öncelikle mevzuat düzenlemelerine gerek duyulmuştur. Akdur, konuya ilişkin şu değerlendirmeyi yapmaktadır: “1928 yılında 1219 Sayılı ‘Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’ çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disipliniye edilmiştir. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı ‘Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’ çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetleri politikasının esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı ‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu’ çıkarılarak sağlık örgütünün temel çatısı kurulmuştur.”¹ Tüm bu yasal düzenlemeler ile sağlık hizmetlerinin çerçevesi çizilmiş ve temelleri oluşturulmuş oldu. Bu mevzuatlar aynı zamanda sağlık hizmet sunumunda temel alınan ilkelerin de uygulanması yolunu açmıştır. Personel rejiminin merkezden ve tek elden yönetilmesi, personelin hizmet tanımlarının yapılarak, görevlerinin belirlenmesi, sağlık kurumlarının yapısı ve işleyişinin belirlenmesi ile Sağlık Bakanlığının teşkilatlanması, bu yasalar çerçevesinde belirlenmiştir. Atılan bu temeller ve oluşturulan çerçeve, günümüz sağlık örgütlenmesi ve uygulamalarının da kaynağını teşkil etmektedir. İlerleyen zamanla birlikte temel çerçevesi çizilen sağlık hizmeti uygulamaları devam etmiştir.

2.3.2.2. İkinci Dünya Savaşı Sonrası

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, sağlık bakanı ve hükümet değişikliklerinin de etkisiyle izlenen politikalarda bazı farklılaşmalar olmuştur. Bu dönemle ilgili, Sağlık Bakanlığı’nın Stratejik Plan 2013-2017 adlı çalışmasında şu bilgilere yer verilmektedir: “Ülkemizin Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’ nca onaylandı. Bu plan, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklandı. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan, kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığından ayrılmak durumunda kaldı. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı hâline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM’nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği

¹ Akdur, 1998, s.4

hâlde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamadı. Yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemali Bayazit tarafından plan geri çekildi.”¹ Tasarlanan on yıllık sağlık planı, sağlık hizmetlerine verilen ehemmiyet ve bu konuda yürütülen çalışmaların kararlılık ve disiplinini göstermesi açısından önemlidir. Her ne kadar yasalaşamasa bile bu planın içerdiği düşünce ve ilkeler, sağlık hizmeti uygulamalarını etkilemiş ve rehberlik etmiştir. İlerleyen dönemde yürütülen çalışmalar da yine bu plan hükümlerine zıtlık teşkil etmeyecek uygulamalardır. O dönemin siyasi çalkantıları ve hükümet değişiklikleri göz önüne alınacak olursa, aynı kararlılık ve çizgide yürütülen sağlık politikalarının, haklılık ve doğruluğunu ispatlayacak nitelikte olduğu görülmektedir.

Dönemin uygulamaları konusundan Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu çalışmada şu şekilde bahsedilir: “ 1945’de, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır. Emekli Sandığı’nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri SB’na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır.”² Burada anlatılanlar ışığında, 2. Dünya Savaşı sonrasında ilk olarak sağlık hizmetlerinde sosyal sigortalar alanında çalışmalar yürütüldüğü görülmektedir. Hatırlanacağı gibi devletin kuruluş aşamasında sağlık hizmeti sunumu, devletin temel görevleri arasında kabul edilerek, her vatandaşa eşit şartlarda sağlık hizmeti ulaştırılması amaçlanmış ve toplumun tamamını kapsayan hizmetler uygulamaya konmuştur. İlerleyen dönemde sosyal ve ekonomik hayatın gösterdiği gelişmelere istinaden, sosyal güvenlik uygulamasının genişletilmesi ve yaygınlaştırılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Kamu ve özel sektörde iş alanlarının genişlemesi ve istihdamın artması neticesinde öncelikle Sosyal Sigortalar Kurumu’nun(SSK) temelleri atılmış, daha sonra Emekli Sandığı sisteminin oluşturulmasıyla da sosyal sigorta kapsamı kamu çalışanları yönünde de genişletilmiştir. SSK’nın ortaya çıkışı hem sosyal sigorta hem de sağlık hizmet

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2012, s.21

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Ankara, 2007, s.99

sunumu hizmetlerini kapsamaktadır. Bu özelliği ile sağlık hizmet sunumunda, Sağlık Bakanlığı tekelinin ortadan kalkarak, farklı bir kurum ve bakanlığın da sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermesi yolu açılmıştır.

Başlangıç döneminde koruyucu sağlık hizmetleri, merkezi yönetimin uygulama alanı içerisindeyken, yataklı tedavi kurumlarının faaliyetleri de belediye ve özel idareler kanalıyla yerel yönetimlere bırakılmıştı. 1945 yılı sonrasında bu uygulama değiştirilerek, yataklı tedavi kurumlarının işletmesi de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Böylelikle koruyucu ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin planlama, uygulama ve denetim faaliyetleri Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülecektir. Yine savaş sonrası dönemde, daha önce de bahsedildiği gibi bölgesel numune hastaneleri oluşturulmuştur. İlk başlarda bu hastaneler, yerel yönetimlerce ilçelerde kurulacak hastaneleri teşvik etmek ve model oluşturmak için kurulduysa da bu uygulamanın kaldırılarak, taşradaki yataklı tedavi kurumlarının da Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle bölge hastaneleri olarak hizmetlerini sürdürmüşlerdir. İllerde ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem-savaş dispanserleri ile ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de bu dönemde açılmaya başlanmış ve ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır.

Savaş sonrası sağlık hizmetlerine yön veren kişi, Behçet Uz olacaktır. Bu dönemle ilgili Akdur, şu açıklamalara yer vermektedir: “Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.”¹ Resmi olarak hayata geçirilemeyen planın, burada belirtilen ayağında da ülkenin sağlık bölgelerine ayrılmasından bahsedilmektedir. Bu sayede bölgesel sorunlara bölgesel çözümler üretilebilecek, planlamalar ve yatırımlar bölgesel özellikler dikkate alınarak yapılacaktı. Buna ek olarak sağlık bölgeleri de kendi içerisinde kısımlara ayrılarak her 40 köye 10 yataklı bir sağlık tesisi yapılması ve buralarda yeterli personelin istihdam edilerek hizmet

¹ Akdur, 1998, s.4

verilmesi planlanmıştı. Ayrıca bundan daha alt birimler olarak, her on köy için, bir ebe ve bir sağlık memurundan oluşan, bugünün ‘sağlık evi’ ölçülerinde sağlık birimleri kurulması düşünülmektedir. Bu şekilde ülke genelinde kurulacak sağlık ağı sayesinde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri, köylere kadar götürülerek vatandaşın yararlanması sağlanacaktı. Ayrıca bu sağlık bölgelerinde daha sonraki dönemde, her bir bölge için bir tıp fakültesi açılması planlanmıştı. Böylece bölgesel ihtiyaçlar içerisinde önemli yer tutan hekim ihtiyacı da yerinde çözüme kavuşmuş olacaktı.

1960’lı yıllara gelindiğinde sağlık alanındaki projelerde yer alan bazı tasarıların hayata geçerken, bazılarının da geçemediği görülecektir. Ama temelde bütün planlananlar, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygın şekilde yürütülmesi ve yürütülen hizmetlerin devlet eliyle, her vatandaşa ulaşacak şekilde sunulması amaçlanmıştır. 1923-1960 döneminin ilk safhası diyebileceğimiz 1940’lı yıllara kadarki bölümünde, daha çok sağlık mevzuatının ve temel yasaların oluşturulması ile sağlık hizmet sunumuna yol gösterecek olan ilkelerin belirlenmesi işleri yürütülmüştür. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ilk yapılanmaları görülmektedir. Bu dönemde özel sektörden bahsedilmemektedir. Tüm sağlık hizmetleri, başlangıçta merkezi yönetim ve yerel yönetimler olarak ayrılrsa da devlet eliyle yürütülmüştür. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine büyük hassasiyet gösterilmiş, tedavi edici hizmetlerin de en küçük yerleşim birimlerince ulaşılabilir şekilde konumlandırılmasına gayret edilmiştir. Toplumsal hastalıklarla mücadele de bu dönemde önemli bir yer tutmuştur.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, öncelikle toplumsal hastalıklarla mücadele konusu üzerine gidilmiş, bu alanda ihtisaslaşmış sağlık birimleri kurulmuştur. Sağlıkta sosyal sigorta uygulamalarının temelleri atılarak, sürdürülebilir ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunumunun garanti altına alınması amaçlanmıştır. Sağlık hizmet sunumunun en önemli faktörü olan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin eğitimi ve istihdamı konusunda çalışmalar yürütülmüş, bu eğitimlerin verildiği okul ve fakültelerin yaygınlaştırılmasına uğraşmıştır. Bu dönemdeki sağlık hedefleri ve planlamalarının hepsi hayata geçirilememiş olsa bile, bu çalışmaların toplumsal

fayda açısından gayet iyi niyetli olduğu söylenebilir. Bu sebeptendir ki o dönemde uygulanamayan bazı projeler daha sonraki dönemlerde hayata geçirilebilmiştir.

2.3.3. 1960-1980 Dönemi

Bu dönemdeki sağlık hizmetleri, toplumun ve devletin her kademesinde olduğu gibi, 1960 darbesi ve sonrasında kabul edilen 1961 Anayasası etkisinde şekillenmiş ve bazı köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişimin dayanak noktası ve temel felsefesinin anahtarı 1961 Anayasası'nın 2. Maddesinde yer almaktadır. Buna göre: “ Türkiye Cumhuriyeti insan haklarına ve başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, milli, demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devletidir.”¹ Anayasa'nın bu maddesinde, sağlık hizmeti politikalarını en çok etkileyen ibare, sosyal devlet ilkesidir. Ayrıca ‘insan haklarına dayalı devlet’ ibaresi de sosyal konularda devletin izleyeceği politikalar hakkında ipucu vermektedir. Cumhuriyetin bundan önceki dönemlerinde de sağlık hizmetleri, sosyal bir hizmet olarak görülmüş ve toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde, devlet eliyle yürütülmüştür. Fakat ilk defa bu Anayasa ile ‘sosyal devlet’ ibaresi Anayasal metinde ifade edilmiştir. Bu dönemde, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da devletçi yaklaşımlar ve uygulamalar ön planda olacaktır. Sağlık hizmetleri ve bunlardan faydalanmak, her vatandaşın hakkı, sağlık hizmetlerinin planlanması ile sunumu da devletin temel görevlerinden birisidir. Sağlık alanındaki icraatlar, bu anlayış çizgisinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık konusunda, 1961 Anayasa'sının 49. Maddesinde şu hüküm yer almaktadır: “ Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır.”² Bu maddeye göre, tüm vatandaşların beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesini sağlayacak asgari her türlü şartın yerine getirilmesi, devletin görev ve sorumluluğu altındadır. Bu geniş tanımın altında yatan, sosyal devlet anlayışı içerisinde yapılabilecek birçok çalışma ve devlet imkânlarının gelişmesine paralel olarak, bu hizmetlerin de artırılması düşüncesidir. Kişilerin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesinin temini,

¹ T.C., Resmi Gazete, Ankara, 1961, S. 10816, s.1

² Resmi Gazete, s.4

sağlıklı bir çevreden beslenmeye, koruyucu hekimlikten aşılarmaya, barınmadan diğersosyal olanaklara kadar çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu anlayış içerisinde, maddenin devamında, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesinin temini adına, yoksul ve dar gelirli kişilere konut sağlanması da devletin görevleri arasında sayılmaktadır.

Bu dönemi de 1923-1960 döneminde olduğu gibi iki kısma ayırmak mümkündür. 1970’li yıllara kadar olan anlayış ile 1970 sonrası yıllardaki sağlık politikası farklılık göstermektedir. Bu durumu da dönemin siyasi ortamındaki gerginlik ve değişimlere bağlamak mümkündür. Bu yirmi yıllık dönemde sağlık hizmetleri sektöründe dikkat çeken gelişmeler; sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi çalışmaları, nüfus planlaması çalışmaları, genel sağlık sigortası girişimleri, tam gün yasası çalışmaları ile tüm bunları kapsayan beş yıllık planlar olacaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın Stratejik Plan adlı çalışmasında, döneme ilişkin şu bilgiler yer almaktadır: “1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarıldı. Sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başladı. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidildi. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hâle getirildi. 1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarıldı. ‘Pro-natalist’ (nüfusu artırıcı) politikadan ‘anti-natalist’ (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçildi. ‘Geniş bölgede tek yönlü hizmet’ ilkesinin alternatifi olan ‘dar bölgede çok yönlü hizmet’ anlayışına geçildi.”¹ 224 sayılı kanun ile sağlıklı bir yaşam sürmenin doğuştan gelen bir hak olduğu düşüncesi yasal zemine oturtulmuş ve güvence altına alınmış olmaktadır. Buna göre devlet en küçük yerleşim birimlerine kadar, toplumun her kesiminin ve her vatandaşın sağlık hizmetlerinden, eksiksiz bir şekilde yararlanabilmesini temin edecektir. Kademeli olarak köylerden, büyük şehirlere kadar sağlık evleri, sağlık ocakları, hastaneler, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren kurumlar, sağlık müdürlükleri gibi yapılanmalar ve bunların nüfus dağılımına göre planlamasının yapılması tasarlanmıştır. En küçük birimlerde kabul edilen prensip, ‘dar bölgede çok

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, s.24

yönlü hizmet' prensibidir. Bu prensiple birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin farklı, tedavi edici hizmetlerin farklı birimler ve kurumlarca yürütülmesi yöntemi terkedilmektedir. Bu en küçük birimler köy, ilçe ve illerdeki sağlık ocaklarıdır. Özellikle kırsal nüfusun en kolay ulaşabileceği sağlık kurumları sağlık ocakları olduğundan, bu birimlerin, başvuran vatandaşın her türlü sağlık beklentisini karşılayacak şekilde dizayn edilmesi gerekmektedir.

Sağlık ocaklarında, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli ayağı olan, halkı sağlık davranışları konusunda eğitime ve bilgilendirme çalışmalarından, aşılama uygulamalarına, poliklinik hizmetlerinden, tedavi hizmetlerine kadar her türlü hizmetin verilmesi planlanmıştır. Bu sayede hem yurdun her köşesindeki vatandaş nitelikli sağlık hizmetinden yararlanacak hem de sağlıkla ilgili neredeyse bütün beklentilerini başka bir yere gitmesine gerek kalmadan, sağlık ocaklarında halledebilecekti. Bu sistem aynı zamanda daha büyük ölçekteki sağlık kurumlarına başvurulmadan önceki sevk zinciri vazifesini görerek, buralardaki yığılmaları önleme vazifesini de yerine getirmektedir. Bu şekilde, sevk zincirini bozmadan yapılan başvurular ve yararlanılan sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması planlanmıştır. Zaten sağlığın sosyal bir hak ve devletin de bu hakkın doğal sağlayıcısı olduğu fikri, sağlık hizmetlerinin de bedelsiz şekilde sunulması ilkesini zorunlu kılmaktadır.

Sağlığın sosyalleştirilmesi uygulamalarının dikkat çeken bir yönü de aile planlaması çalışmalarına başlanmasını prensip edinmesidir. O tarihe kadar nüfus arttırıcı politikalar yürütülmekte ve bu yönde çalışmalar yapılmaktayken, sağlığın sosyalleşmesi çalışmalarıyla birlikte nüfusu kontrol altında tutmayı, hatta azaltmayı öngören çalışmalar gündeme gelmiştir. Sağlık ocakları kanalıyla aile planlaması ve gebeliklerin önlenmesine yönelik eğitimler verilmek suretiyle halk, bu konuda bilgilendirilmeye ve uygulamaların yaygınlaştırılmasına çalışılmıştır. Nüfus artışının belirli seviyede tutulması, aile planlaması ve doğum kontrolü konuları, toplumsal bilinç halini alarak; yakın zamanda bu politikadan vazgeçilene kadar, gayet doğal ve gerekli olduğu algısı yaratılmıştır. 1962 yılında başlayan beş yıllık planlar uygulamasının ilk ayağında, sağlığın sosyalleştirilmesi uygulamaları yer almaktadır. Sayılanlara ek olarak sağlık çalışanlarının sözleşmesi olması, hekimlere ve sağlık

personeline özel muayenehanede çalışanlar düzeyinde maaş verilmek suretiyle kırsal bölgede çalışmanın teşvik edilmesi ve tam gün yasası gibi o dönemde uygulanamamış olsa bile, yakın zamandan hatırlayacağımız projeler planlanmıştır.

Bu konuda birçok çalışması bulunan Akdur 1961-1980 sağlık hizmetleri döneminin ikinci evresi olan 1970 ve sonrası dönemi şu şekilde ifade etmiştir: “...izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla, bu yasayla benimsenen sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı, merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır.”¹ Bahsedilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1970 sonrası Türkiye ve dünyada hüküm süren siyasi akımlar ile bunların mücadeleleri arasında pek uygulanma şansı bulamamıştır. Özellikle devletçi anlayışın terkedilerek, özel sektörün geliştirilmesi ve desteklenmesi anlayışının yerleşmesi, sağlık gibi her temel hakkın da bir meta olarak kabul edilip, pazarlanabileceği düşüncesini doğurmuştur. Bu yöndeki politikalar ve siyasi çalkantılar içerisinde sağlık hizmetlerinin planlaması ve sağlık harcamaları gerektiği şekilde yapılamadığı gibi sağlık ocakları sistemi ve koruyucu hekimlik uygulaması da beklendiği şekilde yürütülememiştir. Sağlık, siyasi iktidarların oy toplama sahası olarak görülmüş ve zaman içerisinde de özelleştirme ile özel sektörün geliştirilmesi düşünceleri sağlık politikalarının şekillenmesinde etkili olacaktır.

2.3.4. 1980-2002 Dönemi

Bu dönemin belirleyici olayları, 1980 askeri darbesi ve 1982 Anayasası’ nın kabulüdür. Sağlık hizmetlerinde izlenen politika ve yaşanan gelişmeler de bu yeni Anayasa çizgisinde şekillenmiştir. Bu dönemin dikkat çeken özellikleri, bir önceki dönemde belirtildiği gibi, sağlık konusundaki anlayışın bir nebze değişmiş olmasıdır. Bu anlayış yeni Anayasada da fark edilebilmektedir. 1960 Anayasası’nda ‘insan haklarına dayalı devlet’ ibaresi mevcutken, 1982 Anayasası’nda aynı ibare ‘insan haklarına saygılı devlet’ olarak değiştirilmiştir. Yine daha önce belirtildiği gibi 1960

¹ Akdur, 1998, s.5

Anayasası'nın 49. Maddesinde özetle, devletin tüm vatandaşların beden ve ruh sağlığının temininden sorumlu olduğu belirtilirken; 1982 Anayasası'nın 56. Maddesinde devletin, tüm vatandaşların sağlığının temini için yürütülecek faaliyetlerin planlayıcısı ve denetleyicisi olduğu vurgusu yapılmaktadır. Buradan hareketle yeni dönemde sağlık hizmetlerinde, özel sektörün de faaliyet göstermesinin teşvik edileceği, Sağlık Bakanlığı'nın da kamu ve özel sektör sağlık uygulamalarının planlayıcısı ve denetçisi olacağı söylenebilir. Her iki anayasada da sağlık sigorta sisteminden bahsedilmektedir. Amaç, tüm nüfusu bir şekilde sigorta sistemi içerisinde dahil edebilmektir.

Bu dönemin akılda kalan en önemli gelişmeleri, Recep Akdağ'ın Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri adlı çalışmasında şu şekilde ifade edilmektedir: “1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.”¹ Buradan anlaşılabileceği gibi doksanlı yılların başında yeni sağlık planlamalarına gidilmiştir. Bu amaçla, bir yıl arayla iki kongre gerçekleştirilerek, sağlık hizmetleri alanında yapılması planlanan reformların teorik altyapısı hazırlanmıştır. Ayrıca bu dönemde başlatılan uygulama ile sağlık sigortası olmayan ve de ücretli sağlık hizmetlerinden yararlanamayacak derecede ekonomik gücü zayıf vatandaşların, sağlık hizmetlerinden yararlanması amacıyla ‘Yeşil Kart’ uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu uygulama yakın zamana kadar devam etmiş, genel sağlık sigortası uygulaması ile birlikte son bulmuştur. Yeşil Kart uygulaması, sağlık hizmetlerinin sosyalliği açısından yararlı bir uygulama olmakla birlikte, zaman içinde suistimallere açık olduğu da görülmüştür.

Stratejik Plan’da doksanlı yılların sağlık kongrelerinde yapılan çalışmalardan şu şekilde bahsedilmektedir: “1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, Ankara, 2009, s.18

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.”¹

Sağlık kongreleri sırasında ortaya çıkan, sağlık alanında yapılması planlanan reformlar, yukarıda sıralandığı şekildedir. Bu reform planı incelendiğinde doksanlı yıllarda hiçbirinin gerçekleştirilemediği görülecektir. Bunun çeşitli sebepleri olabileceği gibi, o dönemde yaşanan politik olaylar, koalisyon hükümetleri, siyasi istikrarsızlıklar, ekonomik yapıdan kaynaklanan nedenler, başlıca etkenler olarak sıralanabilir. Reformlar içinde sayılan Genel Sağlık Sigortası sistemi, ancak yakın zamanda hayata geçirilebilmiştir. Yine aile hekimliği sistemi de planlanandan uzun süre sonra uygulamaya konabilmiştir. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri sistemi ile bir nebze de olsa başarılı olmakla birlikte, tam anlamıyla bir özerklikten bahsetmek de mümkün değildir. Aynı proje içerisinde yer alan, sağlık hizmetlerinin yürütme-uygulama işlerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumlarına devredildiği, merkezde Sağlık Bakanlığı, illerde de İl Sağlık Müdürlükleri'nin planlayıcı, denetleyici bir yapıya büründüğü sistem, ancak 2012 yılından bu yana yürürlüktedir.

2.3.5. 2002-2012 Dönemi (Sağlıkta Dönüşüm Programı)

Bu dönem sağlık hizmetleri konusundaki çalışmalar, daha çok ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ adı altında incelenmektedir. Bu çalışma içerisinde daha önceki bölümlerde, program hakkında genel bilgilere ve programın amacına yönelik

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2013, s.26

açıklamalara yer verilmişti. Şimdi de programın teknik detaylarına, getirdiği yenilik ve değişimlere değinilecektir. Bu program, özü itibariyle Cumhuriyetin kurulmasından itibaren geçen zaman içerisinde şekillenen, dünyadaki gelişmiş sağlık sistemlerinin de örnek alındığı, son olarak 1992-1993 yıllarında ayrıntılı şekilde planlanan çalışmaların uygulama fırsatının mümkün olduğu bir dönemdir. Hayata geçen çalışmalara bakıldığında, temel fikirleri Refik Saydam döneminden başlamak üzere, 1960'ların sosyalleştirme çalışmalarına, 1980 sonrası özelleştirme girişimlerinden, 1990'lı yıllardaki reform tasarılarına kadar Cumhuriyetin her döneminde planlanmış ve hayata geçememiş birçok projenin hayat bulduğu görülecektir. Çok geniş bir konu teşkil eden SDP dönemini de SDP öncesi durumdan başlayarak, alt başlıklar halinde incelemek yerinde olacaktır.

2.3.5.1. SDP Öncesi Sağlık Hizmetleri

Bu dönemi anlatırken, öncelikle dönüşüm programının başlatıldığı yıllarda, Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu Sağlıkta Dönüşüm adlı kaynağa dikkati çekmek gerekir. Bu kaynakta, programın başlangıcında sağlık hizmetleri alanındaki mevcut durum şu şekilde belirtilmiştir:

- Demografik ve Epidemiyolojik Özellikler: 67 milyonluk nüfusuyla Türkiye, dünyanın en kalabalık 20 ülkesinden birisidir. Nüfusun %30'u 15 yaş altı çocuk, %38'i 15-49 yaş aralığındaki doğurgan yaş grubunda olan kadınlardır. Anne ve bebek ölüm oranları, Avrupa ülkelerine nazaran yüksek seviyededir. Kentsel ve kırsal kesimin sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları farklılıklar göstermektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi, erkekler için 66, kadınlar için 71'dir. Bu rakamlar AB ortalamasının 10 yıl altındadır.

-Sağlık Düzeyi: Bütün annelerin 2/3 'ünden az bölümü, doğum öncesi bakım almakta ve 1/3'ünden az bölümüne de tam doz tetanos toksin enjeksiyonları yapılabilmektedir. Ortalama olarak 5 doğumdan sadece 2'sinde doktor hazır bulunabilmektedir. 5 yaş altı ölüm nedenlerinin başında perinatal sebepler yer almaktadır. 5 yaş üstü ölüm nedenlerinde ise kalp hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, şeker hastalığı ve kanser gibi hastalıklar ön plandadır. Bu durum hastalık

sıklığı bakımından bulaşıcı hastalıklardan, kronik hastalıklara geçiş olduğunu göstermektedir.

-Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu: Sağlık Bakanlığı, daha çok kendine bağlı tedavi kurumlarında hizmet vermeye odaklandığından, politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersiz kalmaktadır. Bakanlık hastaneleri, SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri, farklı kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında koordinasyon olmadığından; sağlıklı ve gerçekçi planlamalar yapılamamaktadır. Sağlık ocaklarının yapılanması ülke genelinde sağlandığı halde personel, özellikle hekim istihdamı konusunda yeterlilik sağlanamamaktadır. Verem-Savaş Dispanseri, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması gibi kurumlar zamanla işlevini yitirmiş ve atıl duruma dönüşmüştür. Hastane hizmetleri, sevk zincirinin işletilememesi nedeniyle yoğunluk altındadır. Ayrıca yüksek maliyetlerle düşük kalitede, işletme mantığından uzak, siyasi uygulamalar sebebiyle dengesiz yatırımlarla verimsizleştirilmiş haldedir. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur gibi sosyal sigortalara sahip vatandaşlar, farklı hastanelerden hizmet almak durumundadırlar.

-Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Türkiye’de sağlık harcamalarının devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin kişisel harcamaları olarak üç temel kaynağı vardır. Kaynaklar, sağlık hesaplarının doğru tutulmaması, sağlık planlamalarının tek elden ve doğru yapılamaması nedeniyle verimli kullanılamamaktadır. Sosyal sigorta sistemindeki kişi sayısı bile sağlıklı şekilde elde edilememektedir.

-İnsan Kaynakları: İnsan gücündeki sayısal eksikliğin yanında, personelin ülke geneline dağılımındaki dengesizlikler ve nitelik sorunları ön plandadır. Zorunlu hizmet uygulaması ile hedeflenen adil hekim dağılımı, başarı gösterememiştir. Sağlık çalışanlarının eğitimi üniversiteler, istihdamı Sağlık Bakanlığı ve SSK tarafından yapılmakta ve bunlar arasında koordinasyon bulunmamaktadır. Son yıllarda tıp fakültesi sayısındaki hızlı artışa rağmen, eğitim kalitesi endişe yaratmaktadır. Sağlık yöneticilerinin eğitimi yetersiz, görevlendirilmeleri objektif olmamaktadır.

-Bilgi Sistemleri: Veri toplanmasında ve akışında yeterli denetim sağlanamadığı için istatistikî sonuçlar, güvenilirlik açısından sorgulanmaktadır. Bireylerin sağlık kayıtları birçok yerde poliklinik kartı düzeyini aşmamakta, hastanelerde tutulan düzensiz

dosyalar da sıklıkla kaybolmaktadır. Yaygınlaşmaya başlayan elektronik hastane bilgi sistemleri, muhasebe kayıtlarının tutulmasından öteye geçmemekte, bazı hastanelerde hiç kullanılmamaktadır.

-İlaç Politikası: İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, rasyonel kullanımı, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili yaşanan sorunların yanında, artan ilaç harcamalarının devlet bütçesine ve sosyal güvenlik kuruluşlarına getirdiği yük, güncel problemler arasında ön plana çıkmaktadır.¹

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında, yani 2002 yılında teorik çalışmalarının başladığı SDP'nin hayata geçirilmeye başladığı yılda yapılan bu çalışma, ülkenin sağlık hizmetleri sunumunda yürütülmekte olan sistemini, bu sistemin işleyişini ve elde olan kaynaklar ile bu kaynakların kullanım şeklini göstermesi bakımından önemlidir. O yıllarda, 67 milyonluk bir nüfusa sahip olan ülkede sağlık göstergelerinin çok iyi olmadığı görülmektedir. Anne ve bebek ölüm oranlarının AB ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu tablonun ortaya çıkmasına çanak tutan etkenlerden bazıları, doğum öncesi kadınların gerekli tıbbi bakım ve eğitimi alamaması, tetanos aşısı uygulamasının büyük oranda hayata geçirilememesi, doğumlar esnasında hekim bulunmaması gibi durumlar sebep olmaktadır. Bunlara bağlı olarak da bebek ölümlerinin başlıca nedeni de doğum öncesinden kaynaklanan sebeplerdir.

Sadece anne ve bebek ölüm oranları değil, beklenen ortalama yaşam süresi de AB ortalamasının on yıl altındadır. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele konusunda sağlanan başarılar yanında, bu hastalıklar tam olarak kontrol altına alınamamış, buna ek olarak toplumda görülme sıklığı bakımından öne geçen kronik hastalıklarla mücadele konusunda ise kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık politikaları üretme, stratejiler geliştirme, planlama yapma, denetim ve koordinasyon gibi çalışmalara harcaması gereken kaynaklarını, tedavi hizmeti sunumuna harcamaktadır. Bakanlığa bağlı olan devlet hastanelerinin yönetilmesi ve takibi, Bakanlığın öncelikli görevi halini almıştır. Ayrıca Bakanlığa bağlı hastaneler dışında,

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, s.11-21

SSK, üniversiteler, vakıflar ve diğer kurumlara bağlı hastaneler de bulunmaktadır. Yine sosyal sigorta sistemi de bu çeşitliliğe ayak uydurmuş şekilde işlemekte, kişiler sigorta türlerine göre farklı hastanelere yönlendirilmekte ve sadece o hastaneden hizmet alabilmektedirler. Sağlık hizmet sunumunda faaliyet gösteren bu kadar çok türde yataklı tedavi kurumu varken, bu kurumlar arasında koordinasyon ve planlama yapabilmek zor olacaktır. Sağlık Bakanlığı da bu koordinasyonu sağlayamamakta, buna bağlı olarak da hem doğru kaynak tahsisi yapılamamakta hem de yatırım planlamaları sağlıklı olmamaktadır. Her hastane türü, bağlı olduğu kurum veya bakanlıkça yönlendirilmektedir.

Bu farklı uygulamalar personel dağılımını olumsuz etkilemekte, personelin çalışma ve maaş şartlarının da farklılaşmasına yol açmaktadır. Hastalar yönünden de sadece sosyal sigortaları yönünde sevk edildikleri hastaneler tarafından hizmet alabilmekte olduklarından, bu farklı hastanelerde farklı yoğunlukta başvurular, bazılarında yığılmalar yaşanmaktadır.

İnsan kaynakları bakımından şu anda da eksiklik duyan sağlık hizmetleri sektörü, o yıllarda daha sınırlı kaynaklara sahip idi. Fakat bu imkânsızlığın yaratmış olduğu negatif tablodan daha kötüsü, bu sınırlı kaynağın tahsisinde adaletsizlik ve dengesizliklerin yaşanıyor olmasıydı. Hem kentsel-kırsal bölgeler arasında hem de genel olarak ülkenin bölgeleri arasında ciddi personel adaletsizliği olduğu bilinmektedir. Bir dönem gündemde olan ‘zorunlu hizmet’ uygulaması, beklenen etkileri yaratmamış, geri kalmış bölgelerin mağduriyeti personel yönünden bir türlü giderilememiştir. Personel istihdamında zorlama değil, özendirme yöntemleri hayata geçirilmemiştir. Ayrıca personelin eğitimi ve istihdamı konusunda da hastane örneğinde olduğu gibi farklı uygulamalar olduğu görülmektedir. Sağlık personellerinin eğitimi üniversiteler tarafından verilmekte, istihdamı da Sağlık bakanlığı ve SSK tarafından yapılmaktadır. Bunların istihdam şekilleri, çalışma şartları, gelirleri ve bazı özlük hakları farklılık göstermektedir. Bu durum hem bazı sağlık kurumlarında personel açısından yığılmaları tetiklemekte, hem de aynı işi yapan kişiler arasında eşitsizlik duygusunu pekiştirmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve ülke geneline yayılması büyük oranda sağlandığı halde, personel istihdamı yeterli seviyeye ulaşamamıştır.

Özellikle hekimler açısından, hastanelerdeki denklerine nazaran, sağlık ocaklarında çalışanlar düşük gelir elde ettiğinden, bu kurumlarda çalışmayı dezavantaj olarak görmektedirler. Buralarda çalışma yolunu seçenler de genelde uzmanlık sınavına hazırlanan hekimler ile yoğun çalışma koşullarını tercih etmeyenler olmuştur. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı doğrultusunda kullanılamamasına ve bunun sonucu olarak da ikinci basamak sağlık kurumlarında da yığılmalara yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin planlanması işlerinin başarılı şekilde yürütülebilmesi için, sağlık istatistiklerinin iyi analiz edilmesi gereklidir. Bu analizlerin ve elde edilecek bilgiler doğrultuda oluşturulacak planlamaların ihtiyaçlar doğrultusunda yapılabilmesi için, öncelikle analizlere veri teşkil eden istatistiki bilgilerin doğru, eksiksiz ve güvenilir şekilde bildiriminin yapılması, toplanması, tasnif edilmesi gerekmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi 2003 öncesi dönemde elde edilen istatistiklerin güvenilirliği sorgulanmaktadır. Bunun nedenlerinin başında merkezi yönetimden kaynaklanan boşluklar yanında, farkı kurumlardan elde edilen sağlık hizmetleri verilerinin, tek merkezde toplanıp, işlenmesini ve karar mekanizmalarına iletebilmesini sağlayacak bir koordinasyon ve sistemin kurulamamış olmasıdır. Ayrıca o dönemde yaygınlaşmaya başlayan hastane bilgi sistemleri de bütün sağlık tesislerinde hizmete girmemiş, kullanılmaya başlananlarda ise istenen düzeye ulaşmamış, istatistiki veri üretecek boyutlarda kullanımı sağlanamamıştır. Sağlıklı bilgiler alınamaması, sağlık hizmet planlamalarında hatalara ve kaynakların gereksiz ve niteliksiz kullanımına yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulan finans kaynakları; merkezi bütçeden gelen kaynak, sosyal sigortalardan elde edilen gelir ve ücretli hastalardan tahsil edilen gelirlerden meydana gelmektedir. Sağlanan bu gelirlerin bir kısmı tesis ve personel giderleri için kullanılmakta, diğer kısmı da bağlı bulunan kurumlara aktarılmaktadır. Bu sistem içerisinde hem sağlık yatırımları, hem kurumların gelirleri hem de personel gelirleri açısından farklılıklar ve plansızlıklar bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli kısmını teşkil eden ilaç harcamalarının bu dönemde kontrolsüz şekilde artış gösterdiği görülmektedir. İlaçların hem üretiminde, hem ihracatında hem de kullanımında yanlış uygulamalar yapıldığı görülmektedir. İlaç konusunda devlet ve vatandaşın kaynakları gereksiz yere harcanmakta; bu konudaki

denetimsizlik ve boşluklardan yarar sağlayan kişiler sistemi kendi menfaatleri doğrultusunda kullanmaktadırlar. İlaç sektörünün denetimi ve fiyatlandırılması konusunda yeterince otorite sağlanmadığı gibi, ilaç geliştirme ve üretim faaliyetleri desteklenmemekte, ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirme eğitim faaliyetleri yeterli ciddiyetle ele alınmamaktadır.

Ülkenin, sağlık hizmetleri konusunda içinde bulunduğu mevcut koşullar, imkânlar ve uygulamalar, 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm hamleleri başlamadan önce, bu şekildeydi. Bakıldığında en büyük problemin sağlık hizmet sunumunun farkı kurumlar eliyle, farklı yöntemler ve farklı şartlarda verilmesi olduğu görülmektedir. Bu durumda Sağlık Bakanlığı da asli görevi olan yönlendirme, koordinasyon, planlama ve denetleme işlevlerini tam olarak yerine getirememektedir. Bu koordinasyonsuzluk, personel rejiminden, kaynak tahsisine, gelecek planlamasından, hizmetlerin standardizasyonuna kadar birçok alanı olumsuz etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı öncelikle özeleştiriyi yaparak, bu olumsuzlukları tespit etmiş, daha sonra yapılması gerekenlerin prensiplerini belirlemiş, sonrasında da radikal kararlar ve uygulamalarla ‘Sağlıkta Dönüşüm’ başlatılmış ve devam ettirilmiştir.

2.3.5.2. SDP Uygulamaları

Sağlıkta dönüşüm kapsamında hayata geçirilen uygulamalar, zaman zaman Sağlık Bakanlığı tarafından raporlanmakta ve basılmaktadır. Bu bağlamda 2010 yılında yapılan çalışmada, sekiz yıllık süreçte yapılanlar şu şekilde ifade edilmektedir: “Bu dönemde vatandaşımızın hayatını kolaylaştıran adımlar cesaretle ve kararlılıkla atıldı. Bu anlayış içinde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredildi. Dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşlarımızın hakları genişletildi. Yeşil-Kart sahiplerinin ‘ayakta tedavi’ kapsamında görecekleli sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır oldu. İlaçtaki KDV oranı düşürüldü ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirildi. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlandı. İlaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü büyük ölçüde hafifletildi. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynadı.

Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de ‘112 Acil Sağlık’ hizmeti sunulmaya başlandı, istasyon sayısı artırılıp, ambulanslarımız en son teknolojilerle donatıldı. Sisteme, hava ve deniz taşıma araçları eklendi. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildi, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatıldı ve tüm ülkeye yaygınlaştırıldı. Bebek olum hızında gelişmiş ülkelerin 30 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz son sekiz yıla sığdırmayı başardı. Aynı başarı, anne ölüm hızında da gösterildi ve OECD ülkelerinin anne ölümlerinde 23 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz yine son sekiz yıla sığdırdı.”¹ 2003 yılı raporunda değinilen birçok konunun, bu raporda karşılık bulduğu görülmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi uygulamada eşitsizlikler ve farklılıklar doğuran Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri sisteminin kaldırılarak, tüm yataklı tedavi kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na bağlanması kararı öncelikle ele alınmış ve uygulanmıştır. Bu ikiliğin ortadan kalkması ve tüm inisiyatifi Sağlık Bakanlığı’nın alması, yapılacak diğer çalışmaların da adeta önünü açmıştır. Diğer bir çalışma sosyal sigortalar alanında olmuştur. Bilindiği gibi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimine bakıldığında, hedefler arasında her zaman ‘genel sağlık sigortası’ bulunduğu görülmektedir. Bu konunun hayata geçirilmesi de yakın zamanda olmuştur. Tabi bu konu bir anda değil, kademeli olarak hayata geçirilmiştir. Raporun yazıldığı 2010-2011 yıllarında önce Yeşil Kart uygulaması hakkında yapılan düzenlemeden bahsedilmektedir. Bu dönemde, Yeşil Kart sahibi vatandaşların, bu kartlar sayesinde sağlık kurumlarında ücretsiz olarak muayene ve tedavilerinin yapılmasına ek olarak, ilaçlarını da ücretsiz olarak alabilmelerine olanak sağlayan düzenleme yapılmıştır. Bu sayede sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi adına bir adım daha atıldığı söylenebilir.

Diğer bir önemli konu olan ilaç sektöründeki Katma Değer Vergisi(KDV) oranı düşürülerek, ilaçların fiyatlandırma sistemi kontrol altına alınmıştır. Bu sayede hem vatandaşların hem de devletin ilaç harcamalarında önemli bir düşüş sağlanmıştır. Ayrıca bu piyasa kontrol altına alınarak, denetimi sağlanmış, farklı

¹ T.C, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2010), Ankara, 2011, s.25

uygulama ve haksız kazanç elde edilmesinin önüne geçilmiştir. Denetim ve planlama faaliyetleri ile birlikte ilaca ulaşım kolaylaşmış, vatandaşların ilaç kuyruklarında bekleme tablolarının arşivlerde kalması sağlanmıştır.

112 acil sağlık hizmetleri konusunda da olumlu gelişmelerin yaşandığı görülmektedir. Önceki dönemlerde sadece şehir merkezlerinde hizmet veren 112 birimleri, köylere de hizmet verecek şekilde dizayn edilmiştir. Hizmet kapsamının artması ile hizmet kalitesinin de azalmadan devam edebilmesi adına, istasyon sayısı ülke genelinde artırılmış ve konumları da hizmet bölgelerine göre planlanmıştır. Bunun yanında bu acil hizmet birimleri personel, malzeme ve araç-gereç yönünden desteklenmiştir. Hava ve deniz ambulans hizmetleri hayata geçirilerek, planlaması ve ihtiyaçlar doğrultusunda konuşlandırılması sağlanmıştır. Yine bu dönemde, yıllardan beri planlanan ve bir türlü hayata geçirilemeyen ‘aile hekimliği’ sisteminin de hayata geçirildiği görülmektedir. Aile hekimliği sisteminin, tam olarak istenildiği düzeyde hizmet vermesi sağlanamamış olsa da, gelişim göstermekte; personel ve fiziki eksiklerin tamamlanması sonrasında, sevk zincirinin de aktif olarak hayata geçirilmesiyle, arzulanan şekilde işlevselliğini kazanacağı düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler bununla sınırlı kalmamış, özellikle koruyucu hizmetler alanındaki çalışmalar neticesinde bebek ve anne ölüm hızlarında ciddi bir düşüş yaşanmıştır. Bu konuda kıyaslama yapılan AB ülkelerinin onlarca yılda gelmiş olduğu noktaya kısa sürede gelinmesi, diğer ülkelere şaşırtıcı bulunmaktadır.

Eksikliği belirtilen diğer bir konu da bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve toplumsal açıdan yaygınlığı artmakta olan kronik hastalıklarla ilgili çalışmaların yetersizliği idi. Raporda, konu hakkında ifade şu şekildedir: “Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirildi. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlandı ve uygulamaya konuldu. Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmaya başlanmasından sonra gelişmiş ülkeler düzeyine ulaştı.”¹ Şeklinde

¹T.C, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2010), s.26

ifade edilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar konusunda yapılan çalışmalar neticesinde, bu hastalıkların yaygınlığı ve toplumsal zararları en az seviyeye indirilmiştir. Bu başarının altında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan iyileşmeler ve aile hekimliği uygulamaları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca aşı uygulamaları da düzenlenerek, yaygınlaştırılmış, tanıtıcı ve eğitici faaliyetleri hızlandırılmış, halkın bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi konusuna ağırlık verilmiştir. Ayrıca toplumsal değişim ve yaşam şartlarına bağlı olarak görülme sıklığı artan kronik hastalıklarla mücadele konusunda programlar hazırlanarak, hem tedavi edici hizmetlerin iyileştirilmesi, hem de bu konudaki toplumsal farkındalığın ve bilincin artırılması yönünde çalışmalar yürütülmüştür. Bakanlığın bu çalışmalar içerisinde, medyayı da etkin şekilde kullandığı görülmektedir.

SDP, başlangıçta amaç ve hedefleri belirlenmiş olmasına karşın, zaman aralığıyla sınırlanmış bir program değildir. Bu konudaki çalışmalar bugün de devam etmektedir. Bu süreç içerisinde alınan kararların ve hayata geçirilen uygulamaların değiştirildiği ve geliştirildiği de gözlemlenmektedir. Örneğin ‘Tam Gün Yasası’ adıyla bilinen yasa üzerinde birçok değişiklik yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması hakkında da bazı değişiklikler gündeme gelmektedir. Doğru, adil, dünyanın gerçeklerine ve halkın beklentilerine cevap verebilecek nitelikte uygulamalar hayata geçirilmeye; mevcut uygulamalar da bu nitelikler tesis edilinceye kadar değiştirilmeye ve geliştirilmeye devam edecektir. Sağlık Bakanlığı ileriki yıllar için de planlamalarını yapmakta, izlenecek politika ve değişimin bundan sonra uyum göstereceği ilkeler belirlenmektedir.

On yılı aşkın süredir devam etmekte ve gelecek yıllarda da devam edecek olan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’, birçok yeniliği ve değişimi beraberinde getirmiştir. 2003’den bugüne alınan kararlar, oluşturulan mevzuatlar, bunların uygulanması sonucu ortaya çıkan farklılıklar sürekli gündeme gelmekte, hazırlanan raporlar sunulmakta, hatta diğer ülkelerle kıyaslamalar yapılmaktadır. Yapılan işlerin istatistiksel, yasal veya teknik boyutlarından ziyade, halk içerisinde yarattığı etki de çok önemlidir. Bu etki daha çok, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanması

noktasında bizzat karşılaştığı kolaylıklar ve iyileştirmeler üzerinden, verilen tepkilerle ölçülebilmektedir. SDP süresince hayata geçirilen ve halk arasında kullanılabilirliği ve bilinirliği yönünden öne çıkan bazı uygulamaların ayrıca incelenmesi uygun olacaktır.

2.3.5.2.1. Hekim Seçme Hakkı

Bireylerin, başvurdukları sağlık kurumlarında, istediği poliklinik ve istediği hekime muayene olabilme hakkı ile bu hakkı kullanabilmesine olanak sağlayacak düzenlemelerin yapılması anlamına gelmektedir. Bu hakkın temel bir hak olduğu, birçok uluslararası bildiride belirtildiği gibi, ülkemizde yürürlükte olan ‘Hasta Hakları’ uygulamaları içerisinde de yer almaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliğine göre: “Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.”¹ Bu yönetmeliğe göre hastaların sadece hekim değil, kendisine hizmet sunan tüm sağlık görevlilerini seçebilme, gerektiğinde değiştirebilme ve farklı hekimlerden konsültasyon muayenesi isteyebilme hakkı vardır. Bakanlık, 2004 yılından itibaren hekim seçme hakkı uygulamasını sağlık tesislerinde uygulamaktadır. Daha sonra çıkarılan bazı yönetmeliklerle de bu uygulamanın esasları belirlenerek, ülke çapında yaygınlaştırılmıştır. Bu konuda sağlık kurumları, hastalara elverişli şartları sunmalı, gerekli personel istihdamını sağlamalı ve hasta beklentilerine cevap verebilecek ortamı temin etmelidir.

2.3.5.2.2. Hasta Hakları-Halkla İlişkiler Birimleri

Hekim seçme konusunda bahsedildiği gibi Hasta Hakları Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu sebeple tüm sağlık tesislerinde, kolayca ulaşılabilecek bir alanda Hasta Hakları Birimleri oluşturulmuştur. Sağlık personeli olunması sebebiyle bilinmektedir ki hasta ve hasta yakınlarının başvurarak şikâyet, tebrik, öneri, yardım isteme gibi konularda görüşebileceği personel ve rahat iletişim imkânı sunulan bir ortam sunan bu birimler,

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, S. 23420, Ankara, 1998

hasta-hasta yakınları ile sağlık personeli ve sağlık yöneticileri arasında bir köprü vazifesi görmektedir. Yakın zamanda bu birimlerin ismi Hasta İletişim Birimi olarak değiştirilmiştir. Bu bağlamda hasta-hasta yakınlarının sadece sıkıntı ve şikâyetlerinde değil, her konuda iletişim ve çözüm sağlayan birimler olduğu yönünde vurgu yapılmaktadır.

2.3.5.2.3. Başbakanlık İletişim Merkezi(BİMER)

Bu uygulama, adından da anlaşılacağı gibi, Başbakanlık bünyesinde faaliyet göstermekte olan bir iletişim birimidir. Faaliyet konusu, sadece sağlık alanıyla sınırlı değildir. Vatandaşın her sektördeki, her alandaki şikâyet ve başvurularını değerlendirmek, ilgili kurumlara havale ederek sorunların çözümü ve başvurunun cevaplanmasını takip etmek üzere oluşturulan bir sistemdir. Sağlık hizmetleri alanında da yoğun şekilde kullanıldığından, burada bahis konusu edilmiştir. Sistemin kuruluş ve örgütlenmesi Başbakanlık İletişim Merkezi Hakkında Genelge 'de şu şekilde ifade edilmektedir: “Bakanlıklarda, fiziki olarak erişimi kolay bir noktada halkla ilişkiler müracaat bürosu kurulacak, bu bürolarda halkla ilişkiler konusunda hizmet verebilecek nitelikte ve yeterli sayıda personel görevlendirilecektir. Valilik ve kaymakamlıklar da kendi düzenlemelerini bu mantık içinde gerçekleştireceklerdir.”¹ Buradan da anlaşılacağı gibi iletişim merkezlerinin örgütlenmesi, merkezde bakanlıklar bünyesinde, illerde ve ilçelerde de valilik ve kaymakamlıklar bünyesinde gerçekleştirilmiştir.

2.3.5.2.4. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM)

Başbakanlık İletişim Merkezi gibi SABİM de sağlık hizmetleri konusunda hizmet veren bir iletişim uygulamasıdır. 184 numaralı telefonu aramak suretiyle vatandaşlar, günün her saati, her türlü şikâyet, sorun ve hata bildirimlerini yapabilmektedirler. Bu sistem, sağlık tesislerinde kurulan Hasta Hakları-Hasta İletişim Birimlerinin elektronik eşdeğerleri gibidir. Zaten bu hatta yapılan başvurular, sağlık tesislerindeki Hasta İletişim Birimlerince takip edilmektedir. Bakanlığın, halk ile iletişimini kesintisiz ve rahat bir şekilde yapmasını sağlayan, sorunların çözümü

¹ T.C., Resmi Gazete, Başbakanlık İletişim Merkezi(BİMER) Hakkında Genelge, S. 26055, Ankara, 2006

noktasında hızlı ve etkili uygulama fırsatı sunan bu hizmet, vatandaşlar tarafından da takdir görmektedir.

2.3.5.2.5. Merkezi Hekim Randevu Sistemi(MHRS)

Bu sistem de herkesin bildiği gibi 182 numaralı telefon aracılığıyla, TC kimlik numarasıyla veya internet üzerinden oluşturulan şifre ile günün her saati, ülkenin her yerindeki sağlık tesislerinde, istenilen poliklinik ve hekimden randevu almaya yarayan bir sistemdir. Bu uygulama ile poliklinik önlerinde saatler süren bekleyişlerin önüne geçmek, hastaların muayene olacakları saatte sağlık tesisine gelerek, beklemeden muayenesini yapabilmek amaçlanmıştır. Kullanılabilirliği gün geçtikçe artan ve hastaların hayatını oldukça kolaylaştıran bir uygulama olması ile dikkat çekmektedir.

2.3.5.2.6. Sigara Bırakma Danışma Hattı

Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz olarak, 171 numaralı telefon aracılığıyla, sigara bağımlılarının bu bağımlılıklarından kurtulmaları konusunda danışıp, bilgi alabilecekleri bir uygulamadır. Bu uygulama, Bakanlığın sağlıkta dönüşüm kapsamında yürüttüğü kronik ve toplumsal hastalıklarla mücadele anlayışı içerisinde değerlendirilebilir. Sigarayla mücadele konusunda, bilgilendirme ve yönlendirme amacıyla, sağlık tesislerinde 'sigarayı bırakma poliklinikleri' hizmet vermektedir. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma niyetindeki kişilere destek olunmakta, zaman zaman ücretsiz ilaç temin edilmektedir.

2.3.5.2.7. Dumansız Hava Sahası

Bakanlığın sigara konusundaki çalışmalarının en önemli ayağını, bu uygulama oluşturmaktadır. Toplumsal hayatı en çok etkileyen uygulamalardan bir tanesidir. 'Tütün Ürünlerinin ve Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun' ile bu konudaki düzenlemeler yapılmıştır. Kanunla birlikte tüm kamusal alanlarda, iş yerlerinde, taksilerde, özel araçlardaki sürücü koltuklarında, her türlü kapalı eğlence yerlerinde, evler haricindeki her türlü kapalı toplumsal alanda sigara içimi

yasaklanmıştır. Yasanın kontrolü Bakanlık bünyesinde oluşturulan ilgili birimlerce yapılmakta, ihlal durumlarında cezai müeyyideler uygulanmaktadır.¹ Ülke genelinde çok yaygın şekilde uygulanan, takibi sıkı şekilde yapılan ve vatandaş tarafından da yüksek oranda kabul gören bir uygulama olmuştur.

2.3.5.2.8. Aile Hekimliği Hizmeti

Aile hekimliği kavramı, Cumhuriyet Dönemi sağlık politikaları içerisinde zaman zaman gündeme gelmiştir. Daha önceki kısımlarda da anlatıldığı gibi, 1960'lı yıllara kadar, her vatandaşa hizmet götürecek şekilde sağlık ocakları açılarak, buralarda hükümet tabipleri görevlendirilmiştir. Böylece herkesin, yerinde ve eşit şekilde sağlık hizmeti alması amaçlanmıştır. Bu sistemde sağlık ocağı tabiplerinin, koruyucu hizmetlerden çok, tedavi edici hizmetleri yerine getirdiği söylenebilir. Daha sonraki yıllarda, sağlık ocakları, daha çok koruyucu faaliyetlerin yürütüldüğü sağlık birimleri halini alırken, il ve ilçe hastaneleri tedavi edici hizmetlerin verildiği kurumlar olarak yoğunlaşmıştır. SDP çalışmaları kapsamında yeniden gündeme gelen 'Aile Hekimliği' sistemi ile 1960 öncesinde uygulanmakta olan, 1. Basamağın hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri yürütürken, tedavi edici hizmetlerin ağır bastığı 'sağlık ocakları' sistemini geri getirdiği söylenebilir.

Aile hekimliği kavramı konusunu, Aksakoğlu, Kılıç ve Uçku şu şekilde açıklamaktadırlar: "Uygulama yabancı örneklerinde 'aile hekimliği modeli' ya da 'aile hekimliği sistemi' olarak iki şekilde gündeme gelmektedir. Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uzmanlığına dayanır. Bu durumda hasta bireyle ilk karşılaşan hekim olarak sadece aile hekimliği uzmanları görev alabilir. Aile hekimliği ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise, sağlık sisteminin bileşenleri olan finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insan gücü ile bağlantılı olarak değerlendirilir ve sistem içinde artık aile hekimliği uzmanlığı temel olarak alınamaz. Sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim aile hekimi olabilir. Yani aile hekimi bir pediatrist de olabilir, bir kardiyolog ya da dermatolog da, bir pratisyen hekim de. Türkiye'de önerilen yapı aile hekimliğini bir sistem olarak almaktadır."²

¹ T.C., Resmi Gazete, Tütün Ürünlerinin ve Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, S. 22829, Ankara, 1996

² G. Aksakoğlu-B. Kılıç-R. Uçku, "Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir", Toplum ve Hekim, C. 18, S. 4, İzmir, 2003, s.7

Burada da belirtildiği gibi aile hekimliği uygulamalarının dünyada farklı şekilleri mevcuttur. Bazı ülkelerde aile hekimliği hizmetlerini, aile hekimi uzmanları vermektedir. Bu uzmanlar, ailenin bütün fertleriyle ilgilenmekte ve her konuda ilk başvurulacak sağlık kaynağı olmaktadır. Bu uzmanların görüşleri ve yönlendirmesiyle, kişiler farklı sağlık kurumlarına ve uzmanlık alanlarına başvurabilirler. Bu şekilde uygulanan aile hekimliğine, 'aile hekimliği modeli' denmektedir.

Diğer bir uygulama da Türkiye'de de uygulanmakta olan 'aile hekimliği sistemidir'. Bu sistemde aile hekimlerinin, mutlak suretle aile hekimi uzmanı olması gerekmez. Herhangi bir uzmanlık dalında veya pratisyen hekimler, aile hekimi olarak görev yapabilirler. Türkiye'deki sistemde aile hekimleri, pratisyen hekimler arasından seçilerek görevlendirilmişlerdir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, kendisine bağlı olan 1. Basamak sağlık hizmetlerinin, önemli bir ayağını oluşturan Aile Hekimliği uygulamasını şu şekilde anlatmaktadır: "Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak temel hedefimizdir. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek, ikinci basamakta tedavi edilemesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Aile hekimliğinin multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünülürse bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak

karşılanabilecektir.”¹ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun bu açıklamasında aile hekimliği sisteminin temel ilkeleri, amacı ve işlevleri özet olarak anlatılmaktadır.

Aile hekimliği sisteminin amacı tüm vatandaşlara yaşadıkları, bulundukları ve çalıştıkları mahallerde kısa ve kolay yoldan sağlık hizmeti sunabilmektir. Bunu gerçekleştirmek için, tüm ülke il, ilçe ve köylere göre nüfus bölgelerine ayrılarak, her nüfus bölgesi için aile hekimi kadroları tahsis edilmiştir. Böylece her vatandaşın bu sistem içerisinde bulunması ve sağlık hizmetlerinden en kolay şekilde faydalanması amaçlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin, birinci basamak sağlık hizmeti özelliği taşımasının yanında; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin hepsini birden sunabilecek kapasitede tasarlandığı söylenebilir. Aile hekimlerinin sahip oldukları imkânlar ve destek personellerinin katkılarıyla bütüncül bir sağlık hizmeti sunmaları, bu sistemin temel ilkelerindendir. Ayrıca verilen hizmetler içerisinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olması amaçlanmıştır. Bu sistemin bir diğer ilkesi de kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanmasıdır. Bu sayede birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan yığılma ve yoğunluğun azaltılması amaçlanmıştır. Bu sayede ikinci basamakta tedavi görecektir olan hastalar için de daha fazla zaman ve imkân sunulabilmesi sağlanacaktır. Aile hekimliği hizmetleri, bütüncül bir sağlık hizmetleri yaklaşımını öngörmektedir. Hizmet verdiği kişilerle birebir ilişkileri, sağlıklı bir iletişimi, güveni ve ilişkilerde devamlılığı hedeflemektedir. Bu sayede hizmet sunulan kişiler, toplumsal, sosyal ve fiziksel çevre içerisinde daha iyi şekilde anlaşılacak ve değerlendirilecektir. Özellikle yaşlanmakta olan ülke nüfusu için, kendisini tanıyan, gereksinimlerini, rahatsızlıklarını bilen ve kolay ulaşabileceği bir hekimin bulunması çok önemlidir.

Aile Hekimliği uygulamasının getirdiği olumlu değişiklikler ve bunun vatandaş üzerindeki yansımaları daha çok gündeme gelmekle birlikte, bu sistemin eleştirileri de mevcuttur. Aksakoğlu, Kılıç ve Uçku, çalışmalarında ‘Aile Hekimliği Sistemine’ olumsuz eleştiriler yöneltmektedirler. Onların çalışmasına göre bu sistemin olumsuz noktaları, özetle şu şekilde ifade edilmektedir:

i- Aile hekimi sigorta sistemlerine dayalı, yapay bir hekim modelidir

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (28.12.2014)

- ii-** Aile hekimi nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiştir
- iii-** Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir
- iv-** Aile hekimliği ekip anlayışına aykırıdır
- v-** ‘Kişiye yönelik koruyucu hizmet’ anlayışı yanlıştır
- vi-** Olumlu rekabet söz konusu değildir
- vii-** Aile hekimliği çok pahalı ve “israf” a neden olan bir sistemdir
- viii-** Hekimler için yüksek ücret gerçek dışıdır
- ix-** Aile hekimlerinin meslek içi eğitimi amaçlanmamaktadır¹

Bu eleştiriye göre; aile hekimliği sistemi, toplumsal yarar ve gereklilik değil, sigorta sisteminin gelişmesini ve yaygınlaşmasını amaçlayan bir sistemdir. Her vatandaşın sağlık sistemi içerisine alınması, aynı zamanda sigorta sistemi içerisine de alınması anlamına gelmekte ve asıl amaç da böylece açığa çıkmaktadır. Aile hekimleri nüfus yapısına ve sağlık hizmetleri planlama bölgelerine uyumlu çalışma göstermezler. Her nüfus bölgesinden kişi, istediği aile hekimine kayıt yaptırabilir. Bu sebeple verilen hizmetlerin planlaması doğru şekilde yapılamamaktadır. Aile hekimi, tek başına çalışan bir hekimdir. Kendisine ait veya devlet mülkiyetinde bulunan muayenehanesinde, kendi prensipleri ve usulleri doğrultusunda çalışır. Sağlık sisteminin diğer bileşenleriyle ilişkileri kısıtlıdır. Bu nedenle bütüncül bir sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilemez. Sadece tedavi ve daha fazla hasta odaklı bir sistem içerisinde, koruyucu hizmetlerin de tam olarak verildiği söylenemez. Bu sistem aile hekimleri arasında da negatif rekabete sebep olmakta, daha fazla kazanç beklentisi, hasta kapma ve hastayı elinde tutma çabalarını beraberinde getirmektedir. Bu rekabet ve kazanç elde etme çabası, beraberinde israfı ve gereksiz uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Ayrıca bu sistem içerisindeki hekimlerin yüksek ücretler elde ettiği algısı oluşmasına rağmen, gerçeği yansıtmamaktadır. Bu şekilde hasta sayısı üzerinden yapılan hesaplar, rekabet ortamı ve ekip anlayışından uzak, tedavi odaklı hizmet şeklinde devam eden çalışma şartları altında olan hekimlerin, mesleki gelişim ve hizmet içi eğitimleri de sekteye uğramaktadır.

Her yeniliğin ve gelişmenin eleştirileri de olacaktır. Çünkü her yeniliğin ve gelişmenin eksikleri, hataları, zayıf yönleri bulunmaktadır. Fakat yapılan iş, doğru ve yararlı bir amaca hizmet ediyorsa, eksiklikleri zamanla giderilir ve toplumsal fayda

¹ Aksakoğlu-Kılıç-Uçku, s.5-7

getirecek şekilde dizayn edilebilir. Keza Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamaları konusunda şu bilgileri sunmaktadır: “2010 sonu itibariyle 3.600 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Yıllar itibariyle aile hekimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planladık. 2023 yılı hedefimiz 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesidir. Aile hekimliği hizmetini, kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakmaksızın herkes için tamamen ücretsiz vermekteyiz. Sağlığı teşvik edici ve koruyucu hizmetler, muayene, müdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aşılama, gezici sağlık hizmeti ve evde bakım hizmetini kapsayan bu paket için katkı payı da almıyoruz. Aile hekimliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasına devam ederken, bir yandan da mevzuat düzenlemeleri ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmaları dinamik olarak sürdürdük. Bu sebeple uygulama ve ücret yönetmeliklerinde çeşitli değişiklikler yaptık.”¹ Burada da bahsedildiği gibi sistem içerisinde mevcut eksiklikler, yapılan mevzuat düzenlemeleri yoluyla düzeltilmekte ve toplumun her kesimini tatmin edecek şekli verme yolunda çalışmalar devam ettirilmektedir. Aile hekimliği sisteminin, ülkenin her yanında ve her vatandaşı kapsayıcı olmasının yanı sıra, 2023 itibariyle her bir hekime 2 bin hasta düşmesi sağlanarak, verilen hizmetin kalitesinin artırılması da hedeflenmektedir. Ayrıca aile hekimliği sistemi ile her türlü sağlığı teşvik edici, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanında; tetkik, tarama ve evde sağlık gibi hizmetler de sunularak, sağlık hizmetlerinin bütüncül şekilde sunumu sağlanmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerden, sağlık sigortası sorgulanmaksızın herkesin faydalanması öngörülmüştür.

Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu bu çalışma, eleştirel görüşleri de cevaplandıran niteliktedir. Ayrıca bu hizmetlerin toplumsal ölçekte bulmuş olduğu karşılığa da şu şekilde yer verilmektedir: “Sağlıkta Dönüşüm Programı, insan odaklı olup vatandaşlarımızın verilen sağlık hizmetinden memnuniyetini önemli görmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimlerinin çalışma ortamları ve vatandaşlarımızın hizmet aldığı fiziki ve teknik şartları iyileştirdik. Aile sağlığı merkezlerine başvuran vatandaşlarımız, güler yüzle ve daha iyi eğitim almış personelle karşılaşmakta ve daha kaliteli sağlık hizmeti almaktadır. Bunun yansıması olarak da aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, vatandaşlarımızın birinci

¹T.C, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2010), s.80

basamak sağlık kuruluşlarını tercihi tüm muayeneler içinde 2002 yılında % 38’den 2010 yılında % 51’e çıkmıştır. Vatandaşlarımızın sağlık hizmetini birinci basamaktan alma talebi giderek artmaktadır.”¹ Sağlıkta Dönüşüm Programının temel prensiplerinden birisi insan odaklılık, temel amaçlarından birisi de hasta memnuniyetidir. Aile hekimliği sistemi ile de eğitimi ve donanımlı personel ile verilen güler yüzlü hizmet amaçlanmıştır. Bunun yanında fiziki şartların ve teknik imknların da en üst düzeyde olması hedeflenmiştir. Yapılan alışmalar ve uygulanmakta olan sistem neticesinde, vatandaşların 1. Basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği ve başvuru sayısındaki artış, vatandaş beklentilerine cevap verme yolunda doğru adımlar atıldığı düşüncesini kuvvetlendirmektedir.

2.3.5.3. SDP’ nin Değerlendirilmesi

Ulaşılabilir, etkin, kaliteli ve sürekli sağlık hizmeti anlayışıyla ve insan merkezli bir düşünceyle başlatılan, AB lkelerindeki sağlık sistemleriyle yarışacak seviyede bir sağlık hizmeti sunumu hedefleyen SDP ile 2002’ den bugüne birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Bu uygulamaların hem ülkede hem de hedef olarak gösterilen ülkeler nezdinde geniş yankı uyandırdığı, sağlık sisteminde köklü değişikliklere neden olduğu görülmektedir. Başlangıçta sisteme kökten karşı olan görüşler, sonrasında eleştiriler, yapılan protestolar, açılan davalarla birlikte değişim süreci yoluna devam etmiştir.

“2007 Türk Tabipler Birliği(TTB)’nin yayınlamış olduğu çalışmada, SDP şu şekilde eleştirilmektedir: “Sağlıkta Dönüşüm Programının, bir yıkım programı olduğu, bu yıkımın halkın sağlığının-dirliğinin yıkımı, mesleki değerlerimizin, bilimci kimliğimizin, etiki-ahlakçı davranışımızın yıkımı, insana ve sağlığına dönük yüzümüzün, paraya ve hastalığa çevrimi olduğu konularında görüş birliği olduğudur. Halkın sağlığını bilimsel uğraşı ve insanı kaygısı olarak görenler Sağlıkta Dönüşüm Programı adı verilen bu yıkım sürecinin farkında ve açıkça karşısındadır.”² Bu eleştiride, SDP’na kökten bir karşı duruş sergilendiği görülmektedir. Yapılan

¹T.C, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2010), s.83
²Trk Tabipler Birliği, Kentsel Bölgede Sağlık rgtlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım, Ankara, 2007, s.158

uygulamanın, bir yıkım programı olduğu belirtilmektedir. Eleştirinin mantığında, hekimlik bilinci ve ahlaki değerlerin, sistemin getirmiş olduğu, müşteri odaklılık ile performans sistemine dayalı gelir kaygılarının çelişkisi yer almaktadır. Bu sistem sayesinde hekim sınıfındaki idealist düşüncenin, yerini sisteme uyum ve para kazanma adına, hasta odaklı olmaktan uzaklaştığı görüşü savunulmaktadır. Mevcut sistemin, sağlık çalışanları ve özellikle hekimler açısından ‘performansa dayalı döner sermaye sistemi’ olması sebebiyle, maddi çıkarları ön plana iten bir sistem olduğu düşünülebilir. Ama buradan hareketle, SDP’nın tamamıyla bir yıkım projesi ve insan odaklılıktan uzak olduğunu söylemek mümkün görünmemektedir. Sistemin eksiklik ve açıklarını söylemek bir yana, bazı eleştirilerin de siyasi hesaplar ve çekişmeler sebebiyle yapıldığı da bir gerçektir.

1960’lardaki ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’ projesinin mimarı Nusret Fişek, sağlık hizmetlerinin gelişimi ile ilgili fikrini şu şekilde dile getirmektedir: “Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz.”¹ Nusret Fişek’in gösterdiği hedef, planlayıcısı ve savunucusu olduğu, ‘sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi’ düşüncesine yöneliktir. SDP ile bu hedeflerin ne oranda karşılanabildiği tartışılabilir. Ancak hedef olarak iki politikada da kapsayıcı, finanse edilebilir bir sağlık sistemi düşünülmektedir. Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlık ve etkinliğinin artırıldığı söylenebilir. Aktif sevk zincirinin uygulanması ile bu etkinlik daha ileri boyutlara taşınacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında yine sosyal sigorta kurumları ile ücretli hasta gelirleri, kurum gelirlerini oluşturmakta olsa da, sağlık kurumlarının bütçe denetimi ve harcamalarının kontrolü Bakanlık tarafından yapılmaktadır. Ayrıca ‘Genel Sağlık Sigortası’ uygulaması ile bu finansmanın sürdürülebilirliği garanti altına alınmaya çalışılmaktadır. Sağlıkta yönetici kadrolarının yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda ise inisiyatif halen siyasi iradenin elinde bulunmakta, atama ve görevlendirmelerde objektif kriterlerin göz önünde bulundurulması durumu sorgulanmaktadır.

¹ N. Fişek, “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I: Sağlık Yönetimi, Ankara, 1991, s.7

Türkiye’de son 12 yıldır uygulanmakta olan SDP ile birçok sağlık göstergesinde gelişme yaşanmıştır. Fakat yine de başlangıçta hedef alınan AB ülkeleri ile kıyaslandığında, alınması gereken mesafeler olduğu görülmektedir. Bundan daha önemlisi halen ülke içerisinde, bölgeler arasında hizmet sunumunda farklılık ve adaletsizlikler olduğu bilinmektedir. Sağlık-Sen sendikasının 2013 yılında hazırlamış olduğu Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu adlı çalışma, bugüne kadar yapılanlarla ilgili, sendikal pencereden fakat yapıcı bir eleştiri getirmektedir. Bu çalışmada aktarılan değerlendirmeler şu şekilde özetlenebilir: Hastanelere müracaat sayısı 2002 yılında 124 milyon iken, 2012’de 354 milyon olarak gerçekleşmiştir. Bu rakamlar nüfusa oranla AB’nin çok üzerindedir. Sağlık tesislerine yapılan başvuru sayısındaki bu artış, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve ulaşılabilirliğinin artışı ile açıklanamayacak düzeydedir. Bu yükselişin sebebi performansa dayalı ödeme sistemi ve halkın sağlık bilincinin yeteri düzeyde olmaması kadar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeteri kadar etkin rol alamaması olarak da gösterilebilir. Aile hekimliği sisteminin etkinliğinin ve niteliğinin artırılması gerekmektedir. TÜİK verilerine göre halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %40 seviyelerinde iken, 2012’de %75 civarına gelmiştir. Bu artışın sebebi kesinlikle SDP’dır. Fakat hasta memnuniyeti konusunda sağlanan başarıya rağmen, sağlık personeli üzerindeki iş yükü, mali sıkıntılar ve belirsizliklerden kaynaklanan baskı neticesinde, çalışanların memnuniyet oranları eksi yönde hareket etmektedir. Personel üzerindeki bu negatif etkinin zamanla hasta memnuniyetini de etkileyebileceği düşünülmektedir.

İlaç kullanımı konusunda yapılan çalışmalar ve uygulamalar başarı sağlamış olsa da yine de ülke, OECD ülkeleri içerisinde, ilaç harcaması yüksek bir ülke durumundadır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için ilaç kullanımında disiplinin sağlanması ve halk bilincinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Personelin, özellikle de hekimlerin gelirlerini doğrudan etkileyen performansa dayalı ödeme sistemi konusunda ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Performans ölçümü, yapılan iş sayısına yani nicel verilere dayalı bir sistemdir. Sistemin Avrupa’daki benzerleri gibi yapılan işin özelliğine, nitel verilere dayalı hale getirilmesi gerekmektedir. Gelişim göstermekte kararlı olan tüm sistemlerde olduğu

gibi, sağlık sisteminde de kaynakların rasyonel kullanımı zorunlu hal almaktadır. Bu kaynaklardan biri olan ‘insan’ faktörünün de rasyonel kullanımı açısından ‘Tam Gün Yasası’, etkin ve kararlı şekilde uygulanmalıdır. Ayrıca sağlık personelinin bölgesel dağılımının adaletli şekilde yapılması hayati önem taşımaktadır. Nüfus-personel hesaplamaları yapıldığında, AB ülkeleri ile oluşturulan kıyaslamalara göre ülkede 100 bin hekim, 400 bin hemşire açığı olduğu görülmektedir. Bu şekilde bir sağlık hizmeti yürütülmesi durumunda, hem sağlık personelinin dengeli dağılımı hem de mali-özlük haklarının yeteri kadar verilerek memnuniyetinin sağlanması gerektiği konusunun önem arz ettiği görülmektedir.¹ Sendikanın raporunda ve daha önce de belirtildiği gibi, SDP adı altında, sağlık hizmetleri alanında devrim niteliğinde uygulamalar hayata geçirilmiştir. Fakat her değişim ve gelişimde olduğu gibi, bu uygulamaların da eksik yönleri bulunmaktadır. Ülke insanının refahı ve hak ettiği ölçüde yaşam standartlarına ulaştırılması adına, dönüşümün devam edeceği ve mevcut uygulamaların da geliştirilerek, iyileştirileceği yönündeki beklentilerin yerine getirilmesi, sağlık çalışanları ve vatandaşlar tarafından umut edilmektedir.

2.3.6. Geleceğe Yönelik Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, SDP kapsamındaki çalışmalarını devam ettirip, mevcut uygulamalardaki eksiklikleri giderme yollarını aramakla birlikte, diğer tarafta ileriki yılların planlamalarını da yapmaktadır. Gelişen ve değişen bir dünya üzerinde, gelişme güçlenme hedefinde olan Türkiye, etrafındaki gelişmeler de dikkate alındığında, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da güçlü, dinamik ve türlü olumsuzluğa hazırlıklı bir yapıya sahip olmak zorundadır. Bu nedenle sağlık alanında da ileriye yönelik yeni programlar, stratejiler, ilkeler ve hedefler belirlenmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu Stratejik Plan 2013-2017 adlı çalışmada, yakın gelecekte sağlık hizmetleri alanında yapılması planlanan çalışmaların ana başlıkları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek;

¹ H.H. Yıldırım, Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Ankara, 2013, s.74-77

- i-** Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmak,
- ii-** Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak,
- iii-** Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek,
- iv-** Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek,
- v-** Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak,
- vi-** İş sağlığını iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek,
- vii-** Çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak
- viii-** Sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmak,
- ix-** Bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele etmek ve bunları izlemek,
- x-** Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek,

-Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak;

- i-** Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek,
- ii-** Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek,
- iii-** Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak,
- iv-** Acil sağlık hizmetlerine uygun ve zamanında erişimi sürdürmek,
- v-** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek,
- vi-** Bulaşıcı olmayan hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak,
- vii-** Etkililiği ve güvenliği sağlamak için geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri güçlendirmek,
- viii-** Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak,

ix- Sağlık altyapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak,

x- İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbi cihazların erişilebilirliğini, güvenliğini, etkinliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliliği tesis etmek,

xi- Sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve kanıta dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek,

-İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek;

i- Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak için rolünü güçlendirmek,

ii- Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermek,

iii- Sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet sağlanmasına ve bireylerin finansal riskten korunmasına katkıda bulunmak,

iv- Bireylerin aldıkları sağlık hizmetinden ve sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından duydukları memnuniyeti artırmak,

-Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek;

i- Hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak,

ii- Sağlık sistemi performansını izlemek, sağlığa ve milli ekonomiye katkısını kanıtlarıyla ortaya koymak,

iii- Sağlık sisteminin öncelikli alanlarında araştırmayı, geliştirmeyi ve inovasyonu teşvik etmek,

iv- Sağlık sektörünün ekonomiye katkısını artırmak,

v- Türkiye’de sağlık turizmini güçlendirmek,

vi- Küresel ve bölgesel sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında liderler arasında olmak,

vii- İşbirliği ve kalkınma yardımları aracılığıyla küresel sağlığa katkı sağlamak.¹

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu bu stratejik planın, daha çok ilkesel bir özellik gösterdiği söylenebilir. Yapılacak somut çalışmalardan ve projelerden ziyade, yürütülmesi planlanan uygulamaların yol göstericisi olma özelliğini taşımakta ve sağlık hizmet sunumunda yapılması gereken çalışmaların temel ilkelerini ortaya koymaktadır. Genel olarak SDP ile yürütülmekte olan uygulamaların devam ettirilmesini, geliştirilmesini ve sürdürülebilir olmasını amaçlamaktadır. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmakta ve bireylerin de kendi sağlık davranışlarını oluşturmaları, eğitimlerini ve sağlık bilinçlerini geliştirmeye yönlendirilmeleri konusuna önem vermektedir. Halk sağlığı konularında beslenme, zararlı alışkanlıklar, üreme sağlığı, iş sağlığı, çevre sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele hususları ön plana çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, acil sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, insan kaynaklarının etkin kullanımı ve çalışan motivasyonu, ilaç kullanımında bilincin artırılması ve sağlık bilgi sistemlerinin etkin kullanımı gibi konularda çalışmalar yapılması öngörülmüştür. Ayrıca ulusal ölçekte finansal sürdürülebilirliğin tesisi ile sağlık turizminin de geliştirilerek, sağlık sektörünün ülke ekonomisine katkı sağlar seviyeye getirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık alanında bölgesel ve küresel sorumluluk bilinciyle hareket edilmesi ve bu yönde politikalar üretilmesi, geleceğin sağlık planlaması içerisindeki yerini almaktadır.

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2012, s.135-148

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA SAĞLIK İLETİŞİMİ VE ÖNEMİ

1. SAĞLIK HİZMET SUNUMU

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Çalışmanın ilk bölümünde, sağlık ve sağlığın önemine çokça değinilmişti. Bu öneme istinaden, sağlık konusundaki bireysel davranışlardan toplumsal çalışmalara, devlet programlarına kadar, tarihsel gelişim ve uygulamalar irdelenmişti. Önemi bu derece anlaşılan, toplumsal kaygılar, beklentiler uyandıran, hükümet politikaları ve küresel ölçekli planlamalar gerektiren bir konu olan sağlık hizmetlerinin sunumu, farklı etkenlerden oluşmaktadır. Bu etkenlerin birleşimiyle meydana gelen sunumla birlikte, farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmet sunumundaki farklı bileşenlerden bazıları: Fiziksel ortamlar, teknik cihazlar, tıbbi malzeme ve ilaçlar, hizmet sunumunu gerçekleştiren ve daha önce sayılan bileşenleri kullanan sağlık çalışanları ile tabi ki bu sunumun muhatabı olan hastalardır.

Sunulan sağlık hizmetlerinin beklenen temel sonucu, genel tanımlama ile hastalığın iyileşmesidir. Somunoğlu, bu amacını şöyle ifade etmektedir: “Sağlık hizmetinin temel amacı; toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve sağlıklılık halinin devamının sağlanması için çaba sarf edilmesi, bireylerin hastalıklardan korunması, hastalananların uygun yöntemler ile tedavi edilmesi ve kimseye bağımlı olmadan kendi kendine yetecek şekilde yaşamalarının sağlanması şeklinde ifade edilmektedir.”¹ Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi, sağlık hizmetlerinin sunumundan beklenen sonuçların başında, bireylerin hastalıklardan korunması, hastalanmış olanların uygun şekilde tedavisi ve kesin tedavisi gerçekleştiremeyenlerin ise, kendi hayatlarını kimseye muhtaç olmadan, azami standartlarda devam ettirebilecek şekilde rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Bireysel sağlık kazanımlarının yanı sıra, toplumsal ölçekte de toplum sağlığının temini ile sağlıklı yaşam sürdürmenin sağlanması, sağlık hizmetlerinin amaçları arasında yer almaktadır. Toplumun sağlık statüsünün yükselmesi, ulusal ve küresel ölçekte çok önem verilmesi gereken bir

¹ Somunoğlu, 2012, s.10

konu olup, ülkelerin ve ulusların geleceklerini ve başarılarını yakından ilgilendiren bir husus olma özelliğindedir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda, yetkili olan kurum, Sağlık Bakanlığı’dır. Bakanlık, hizmet sunumunun gerçekleşmesi aşamalarında, diğer bazı bakanlıklar ve özel kurumlar ile de etkileşim ve işbirliği içerisinde. Sağlık kurumlarının yer tahsisi, fiziksel yapıları, altyapı hizmetleri, finansal kaynaklar, personel temini gibi birçok konuda devletin diğer kurum ve birimleriyle, hizmet çeşitliliği, alternatif sunma ve kamunun eksik kaldığı alanların doldurulması noktasında da özel sektör ile işbirliği içerisinde bulunmaktadır. Bu derecede karmaşık ve komplike bir iş olan sağlık hizmet sunumunun, taşıdığı bazı özellikler bulunmaktadır. Aslında, taşıdığı bu özellikler sebebiyle, bu kadar geniş kapsamlı ve bütüncül bir hizmet olduğunu söylemek daha doğru olacaktır. Somunoğlu, sağlık hizmetlerinin özelliklerini, özetle şu şekilde sıralamaktadır:

- i- Sağlık hizmetlerinin emek yoğun bir özellik göstermesi,
- ii- Sağlık hizmetlerinin ikame edilmezlik ve ertelenemezlik özelliği,
- iii- Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin eşitsizliği ve bilgi asimetrisinin olması,
- iv- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesinin yüksekliği,
- v- Sağlık hizmetinin tesadüfi bir özellik göstermesi ve stoklanamaması.¹

Sağlık hizmetleri, bir sektör olarak düşünüldüğünde, yaptığı üretim, hastalıkların önlendiği sağlıklı bir toplum, tedavisi gerçekleştirilerek eski sağlığına kavuşturulmuş bireyler ile tam olarak tedavisi gerçekleşmeyen, fakat topluma ve sosyal yaşantısına mümkün olan en iyi seviyede adapta olabilecek, rehabilite bireylerdir. Bu ürünlerin elde edilebilmesi içinse, teknolojinin en son yenilikleri, modern cihazlar ve teknikler, tıbbi malzeme ve ilaçlar kullanılmaktadır. Fakat bunların yanında, sağlık hizmet sunumunun en önemli unsuru, sağlık personelidir. Sağlık personeli, hem toplumsal sağlığın temini adına, eğitici ve koruyucu faaliyetleri yürütmekte, hem son teknoloji cihaz, tetkik, malzeme ve ilaçları tatbik

¹ Somunoğlu, 2012, s.10

etmekte, hem de şefkat ve özveri ile rehabilitasyon hizmetlerini yürütmektedir. Bu kadar geniş kapsamlı, değişken ve yoğun bir hizmeti sunmak, ancak fedakârlık göstermek ve emek harcamak ile mümkündür. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin en önemli sunum aracı olan sağlık personeli, hizmet sunumunun en önemli ögesi olan emek faktörünün sahibidir.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de ikame edilemez ve ertelenemez olmasıdır. İkame etmek; ihtiyaç duyulan bir ürünün yerini tutabilecek, onun vermiş olduğu faydayı verebilecek farklı bir ürün ile yer değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Örneğin, kişi buğday ekmeği bulamadığı bir fırından, bunun yerine kepek ekmeği alabilir. Sonuç olarak tadı ve içeriği aynı olmasa bile, ekmeği tüketen ve doyum sağlayacaktır. Fakat sağlık hizmetlerinde böyle bir durumun söz konusu edilmesi mümkün olmayacaktır. Diş dolgusu için hastaneye gelen bir hastanın, dolgu yapacak malzeme olmaması nedeniyle köprü yaptırması beklenemez. Aynı şekilde fitik ameliyatı olacak bir hastanın, onun yerine apandisit ameliyatı olması beklenemez. Bu sebeplerle sağlık hizmetlerinin sunumunda, her zaman, her duruma uygun hizmet verecek şekilde malzeme, personel, ilaç ve diğer sunum araçlarının bulunması gerekir. Ayrıca hizmet alımının ne zaman, ne sıklıkla veya ne kadar olacağı da belirsiz olduğu için, her duruma hazır olacak şekilde planlama gerektirmektedir. Bazı durumlar istisna olmak kaydıyla hizmetlerin ertelenmesi de söz konusu değildir. Sağlık, 7/24 olarak tabir edilen, kesintisiz bir hizmettir. Ayrıca, her zaman diliminde aynı nitelik ve özellikte hizmet vermek durumundadır.

Diğer bir husus arz-talep eşitsizliğidir. Daha çok üretim sektöründe, ekonomi alanında dile getirilen arz ve talep terimlerinin kullanımı, verilen hizmetlerin bir meta, hizmet alanların da müşteri olarak kabul edildiği bugünün sağlık sektörü anlayışına da uygun olacaktır. İktisat ve işletme alanlarında arz ve talep dengesinden bahsedilir. Arzı çoğalan bir malın fiyatının düştüğünden, talebi artan bir malın fiyatının yükseldiğinden bahisle, arz-talep dengesinden ve buna bağlı olarak oluşan piyasa fiyatlarından sıkça söz edilmektedir. Sağlık sektöründe ise bu şekilde bir arz ve talepten veya bunlar arasında oluşabilecek bir dengeden bahsetmek pek mümkün olmayacaktır. Çünkü talebin ne zaman, ne kadar ve nerede gerçekleşeceği bilinmemektedir. Buna karşın her duruma hazırlıklı olmak adına, her zaman arz miktarının belirli bir miktarda bulundurulması gerekmektedir. Bu durum, diğer

sektörlerdeki gibi kesin hesapların ve planlamaların yapılabilmesine imkân vermemektedir. Hizmet planlamaları ancak sağlıklı istatistiki veriler ışığında ve yaklaşık oranlar üzerinden yapılabilir.

Sağlık hizmet sunumunun bileşenlerinden bahsederken, sağlık personelinin bu bileşenler içerisinde en büyük öneme sahip olduğu ve yoğun emek gerektiren bir meslek icra edildiği konu edilmişti. Ayrıca sunulan hizmetlerin çok çeşitli olduğu ve sunum esnasında teknolojik gelişme ve ilerlemeye paralel bir değişim ve gelişme gösteren cihaz, teknik malzeme ve ilaç kullanımından bahsedilmişti. İşte tüm bu faktörler göstermektedir ki sağlık sektörü, sağlık çalışanları açısından yüksek seviyede bir uzmanlaşma gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri, hizmet sunduğu her alanda ve her görev tanımına uygun nitelikte eğitim görmüş personelleri istihdam etmektedir. Bunların içinde hekimden, hemşireye, ebeden, teknik hizmetlere, bilişim alanından, güvenliğe, yönetici sınıfından, temizliğe kadar çok çeşitli hizmet kolları yer almaktadır. Her hizmet kolu için işine uygun programlarda, farklı düzeyde ve nitelikte eğitim almış personel istihdamı sağlanmaktadır. Fakat iş öncesinde gerekli eğitimi almış olmak, iş hayatına başlayan sağlık personeli için yeterli olmayacaktır. Çok geniş yelpazede hizmet veren sağlık personelinin iş niteliği ve kullanılan alet, malzeme, cihaz envanteri sürekli bir değişim ve gelişim gösterdiğinden, buna cevap verebilmek adına hizmet içi eğitimleri de meslek hayatı boyunca devam etmektedir. Ayrıca değişen sağlık ihtiyaçları ve öncelikleri, hasta davranış ve tutumları, uygulanan yöntem ve tekniklerdeki değişimler, yönetsel değişiklikler, mevzuat değişiklikleri gibi birçok unsur da sağlık personelinin sürekli eğitimini gerekli kılmaktadır. Bu sebepten uzmanlaşmış sağlık personelinin, yetiştirilmesi ve gelişiminin devam ettirilmesi, çok önem verilmesi gereken bir konu olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin tesadüfi olması konusu, daha önce de bahsedildiği gibi önemli ve planlayıcılar açısından sıkıntı doğurabilecek bir özelliktir. İnsanların başına ne zaman ne geleceği hiçbir zaman kestirilemez. Gecede ortalama 100 hasta bakan bir hastane acil servisine, bir kaza veya toplu zehirlenme durumunda, bir anda 300 hasta gelebilmektedir. Böyle durumların istatistiki bir öngörülürlüğü de bulunmamaktadır. Diğer hizmet sektörlerinde, belki böyle olağandışı durumlar düşünülerek, hizmet ve ürün depolama gerçekleştirilebilir. Bu depo kaynaklar, ihtiyaç halinde kullanılmak üzere ayrılarak, normal tüketim seyrinde kullanılmazlar.

Fakat sağlık hizmeti için böyle bir depolama olanağı söz konusu değildir. Sağlık hizmeti, anlık ve ihtiyaa yönelik olarak üretildiği için stoklanma imkânı bulunmamaktadır.

Bahsedilen tüm bu özellikler, sağlık hizmet sunumunun diğer sektörlerle kıyaslanamayacak düzeydeki farklılıklarını ve bu farklılıklardan kaynaklanan zorluklarını gözler önüne sermektedir. Sağlık hizmetleri geniş bir yelpazede sunulan ve değişken bir yapıya sahip olan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunulmasında, sağlık çalışanları en önemli rolü oynamaktadırlar.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti verilen alanlarla ilgili sınıflama yapmak mümkündür. Bu sınıf türlerine göre verilen hizmetler ve bu hizmetlerin hedefinde olan hizmet kullanıcıları farklılık göstermektedir. Ayrıca bu sınıflandırma doğrultusunda verilen sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan sağlık kurumları da farklılık göstermekte, bakanlık da bu doğrultuda yönetim ve planlama hizmetlerini yerine getirmektedir. Sınıflandırmayı koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde yapmak mümkündür.¹

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmet sunumunun çok ön planda olmayan, siyasi ve popülist politikalara malzeme teşkil etmeyen, vatandaşlar tarafından da yeteri kadar önem verilmeyen bir kısmını teşkil etmektedir. Fakat daha önceki konularda da belirtildiği gibi aslında koruyucu hizmetler, sağlık sunumunun en önemli ve toplum sağlığı açısından en hayati bölümüdür. Nitekim Cumhuriyetin ilanından bu yana uygulanan sağlık politikalarının içerisinde, koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi gerektiği hususu, her zaman yer bulmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki ‘sağlık ocakları sistemi’, bunun sonrasında uygulamaya alınan bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bu konuda uzmanlaşmış sağlık kurumlarının hayata geçirilmesi (Verem, sıtma tedavi merkezleri), 1960’lı yıllardaki koruyucu

¹ A.E. Sargutan, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.3, Ankara, 2005, s.412

hizmetlerin ön plana çıkarılma politikaları ile nihayetinde SDP ile getirilen ‘aile hekimliği’ sistemi, koruyucu hizmetlerin önemini göstermektedir. Ayrıca daha önceki konularda bahsedilen geleceğe yönelik planlamalarda da koruyucu hizmetlerin ön planda olduğu bilgisi yer almaktaydı.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin, ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle alakalı olduğu bilinmektedir. Somunoğlu bu konuda şu görüşe yer vermektedir: “Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde başarı sağlayan ülkelerin temel sağlık sorunlarını çözdükleri ve sağlık göstergeleri açısından dünyanın iyi ülkeleri arasında yer aldığı ifade edilmektedir.”¹ Bu ifadede de açık şekilde belirtildiği gibi, koruyucu sağlık hizmetleri gerektiği şekilde yapıldığında, kendiliğinden birçok sağlık sorunu çözülmüş olacaktır. Koruyucu hizmetlerini kapsayıcı ve sürekli şekilde yerine getirebilen sağlık sistemlerinde, birçok hastalık faktörünün engellendiği, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin yoğunluğunun azaldığı, sağlık harcamalarının düştüğü ve toplumun genel sağlık seviyesinin yükseldiği görülecektir. Bunu başarabilen ülkelerin de genel sağlık seviyelerinin ve sağlık göstergelerinin olumlu yönde değiştiği söylenebilir.

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi konusu özellikle SDP çerçevesinde hız kazanmıştır. Bu konudaki çalışmaların odağında ‘aile hekimliği sistemi’ yer almaktadır. Bu sistem, yapısı itibarıyla bütüncül bir hizmet verecek şekilde tasarlanmıştır. Hem koruyucu hem de tedavi ve rehabilite edici hizmetler vermektedir. Fakat ilk başvuru mercii olması ve kapsayıcı hizmetleri sebebiyle, koruyucu hizmetlerin de temel kaynaklarından biri konumundadır. Kişilerin aile ve sağlık yapılarını en iyi bilen kişiler aile hekimleri olduğundan, hastalıktan korunma, bu konuda sağlık davranışları geliştirme ve eğitim hizmetlerini de aile hekimlerinden almaktadırlar. Aile hekimliği sisteminin sorunsuz, kapsayıcı ve sürekli hizmet vermesi, koruyucu hizmetlerin geleceğini de olumlu yönde etkileyecektir.

Aile hekimliği dışında, aile hekimlerinin bağlı olduğu Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde yürütülen bir takım koruyucu faaliyetler de mevcuttur.

¹ Somunoğlu, 2012, s.10

Bunlardan bazıları Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı'nın 2012 Faaliyet Raporunda şu başlıklar altında incelenmektedir:

- Anne ve çocuk sağlığı,
 - i-** Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı
 - ii-** Doğum Öncesi Bakım
 - iii-** Anne Ölümlerini İzleme
 - iv-** Demir Gibi Türkiye Projesi
 - v-** Yenidoğan Tarama Programları
 - vi-** Bebek Ölümlerini İzleme
- Bağışıklama Programları
 - i-** Aşılar
 - ii-** Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele
 - i-** Tüberküloz
 - ii-** Kızamık
 - iii-** Sıtma
 - iv-** Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar
 - v-** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve HIV/AIDS
 - vi-** Bulaşıcı Hastalıklar İhbarı ve Bildirim Sistemi
 - vii-** Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
- Kanserle Savaş Çalışmaları
 - i-** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri(KETEM)
- Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri
- Tütün, Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele
- Sağlıklı Gelecek İçin Sağlıklı Beslenme
 - i-** Obezite İle Mücadele¹

Rapordan da anlaşılacağı gibi koruyucu hizmetler geniş bir çalışma alanına sahiptir. Bunun içerisinde anne-çocuk sağlığı önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık, hayatın başlangıcı olan anne karnından itibaren korunmalıdır. Bu aşamada, annenin korunması ve bilinçlenmesi de büyük önem arz etmektedir. Daha sonrasında geniş kapsamlı ve kararlı bir aşılama politikası ile bebekliğin ilk yıllarındaki ve daha

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2012, Ankara, 2012, s.72-88

sonrasında yetişkinliğe ulaşacak olan bireydeki bağışıklığın artırılması amaçlanmaktadır. Aşılama konusunda ülkede önemli gelişmeler sağlanmış, ebeveynlerin bu konudaki bilinç düzeyi artırılmıştır. Aynı şekilde bulaşıcı hastalıklarla mücadele de artarak sürdürülmektedir. Bu mücadelede çevre sağlığının ve güvenliğinin sağlanması konuları önem kazanmaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların bir kısmının bulaşma yolları, çevre kaynaklı olmaktadır. Bu sebeple çevre sağlığının tesisi, bu tür hastalıklarla mücadelenin ilk aşaması olacaktır. Ayrıca, bu zamanın artış gösteren dertlerinden olan, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda da mücadele ve bilgilendirme çalışmaları yapılmaktadır. Bir diğer zamane hastalığı olan kanser konusunda da aktif bir mücadele sergilenmektedir. Ayrıca birçok toplumsal rahatsızlığın kaynağını oluşturan tütün, alkol, madde bağımlılığı ve obezite konularında yoğun bir bilgilendirme, tanıtım ve mücadele örneği gösterilmektedir.¹

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmet ihtiyacının koruyucu hizmetlerle sınırlı kalması temenni edilse de hastalıklar ve bunun neticesinde ortaya çıkan tedavi ihtiyacı, kaçınılamaz bir gerçek olarak ortaya çıkmaktadır. Kaybedilen sağlığın yeniden temini adına faaliyet göstermesi, büyük yatırımlar ve bütçeler gerektirmesi, vatandaşların önem gösterdiği bir hizmet olması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin en çok öne çıkan sınıfıdır. Tedavi edici hizmetler, aile hekimlerince aile hekimliği polikliniklerinde, devlet hastanelerinde, özel hastanelerde, üniversite hastanelerinde, özel kliniklerde olmak üzere farklı birçok kurum bünyesinde yerine getirilmektedir. Bu kurumlardaki personel ve yatak sayıları, cihaz ve ekipman envanterleri bakanlık tarafından idare, denetim ve koordine edilmektedir. 2012 Faaliyet Raporunda tedavi edici hizmetler ile ilgili şu bilgiye yer verilmiştir: “Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tartışılmazdır. Ancak hastaların da yerinde ve zamanında gerekli tedaviyi alması önemlidir. Sağlık hakkı, vazgeçilmez ve ertelenemez bir insan hakkıdır. Uygulanan politikalar ile vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı. 2002 yılında

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara, 2008, s.23-25

kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2012 yılında bu sayı 8,3'e çıktı."¹ Burada da aynı şekilde koruyucu hizmetlerin önemine vurgu yapılırken, tedavi edici hizmetlerin de gerekliliğinden bahsedilmektedir. Sağlık, her vatandaşın hakkıdır. Devlet de vatandaşların sağlığını korumak ve geliştirmekle yükümlüdür. Bu sebeple vatandaşların yerinde ve zamanında tedavi görebilmeleri çok önemlidir. Her vatandaşın kolay ulaşıp, her türlü teşhis ve tedavisini gerçekleştirebileceğı hastaneler planlamak, açmak, çalıştırmak ve denetlemek devlet tarafından verilen hizmetlerdir.

1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici hizmetlerden faydalanmak sonucunda beklenen sonuç, hastalığın iyileşmesi ve bireyin normal yaşantısına geri dönmesidir. Fakat durum her zaman beklendiğı gibi gerçektelememektedir. Bazı hastalıklar neticesinde kişiler, sağlıklarını tamamen veya kısmen geri dönüşü olmayacak şekilde kaybedebilmektedirler. Bu durumdaki kişilerin tedavileri de farklı yöntemlerle, uzun süreli olarak devam etmekte, sabır ve uzmanlık gerektiren bir süreç olarak işlemektedir. Bu süreç esnasında ve süreç sonunda sağlığını kaybeden kişilerin, mevcut durumları itibarıyla azami şekilde hayatlarını idame ettirmeleri, tamamen olmasa bile kısmen sosyal yaşantılarına geri dönmeleri amaçlanmaktadır.

Rehabilitasyon edici hizmetler kişilerin rahatsızlığına göre iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Bu konudan Somunoğlu şu şekilde bahsetmektedir: "Yataklı ve yataksız hizmet veren rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulan rehabilitasyon edici hizmetler, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi Rehabilitasyon, bedensel açıdan var olan sakatlıkların giderilmesine yönelik hizmetleri kapsamakta, işitme cihazı, protez gibi uygulamalar bu çerçevede değeriendirilmektedir. Bu sayede bireyin eski fonksiyonlarını yeniden kazanmasına yardımcı olunduğı gibi, ortopedik cihaz ve protezlere uyumu sağlanmaktadır. Sosyal Rehabilitasyon ise, bireyin yeniden topluma kazandırılması amacına yönelik olarak içinde bulunduğı duruma uyum sağlamaı için verilen, öğretim, iş bulma, destek programları vb. uygulamaları içermektedir."² Burada da bahsedildiğı gibi

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2012, Ankara, 2012, s.95

² Somunoğlu, 2012, s.12

rehabilitasyon çalışmaları, tedavi sonrası giderilemeyen hastalıkların sakatlığa dönüşmesi sonucu meydana gelen fiziksel durumun giderilmesi süreciyle başlamaktadır. Bu süreç içerisinde öncelikle fiziksel sakatlığın mümkün olduğunca tedavisine, tedavinin yetersiz kaldığı yerde de protez gibi tamamlayıcı uygulamalar yapılır. Bu fiziksel aşama bittiğinde kişinin mevcut durumuyla yaşamaya alışması, sosyal çevre içerisine yeniden girmesi ve yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi için sosyal rehabilitasyon faaliyetleri yürütölür.

1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık sektörü, bilimsel verilerden çokça faydalanmakta olan bir sektör olması sebebiyle sürekli bir değişim ve gelişim içerisinde olan bir konumdadır. Bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, sağlık uygulamaları da sürekli gelişim göstermektedir. Çevresel şartların, hastalık etkenlerinin, hastalıkların, yaşam şartlarının, sağlık davranışlarının ve toplumsal yapıların sürekli değiştiği bir dünyada, sağlık taleplerine karşılık verebilmesi için, sağlık sektörünün de sürekli gelişim içerisinde olması gerekir. Sağlık sistemlerini düzene koymuş ve belli bir gelişim göstermiş ölkeler, geleceğin sağlık planlamalarını ve stratejilerini de oluşturmaktadırlar. 2017 planlarından bahsederken, Türkiye'nin de sağlık alanındaki hedeflerinden söz edilmişti. Bu hedefler içerisinde mevcut uygulamaların geliştirilmesi yanında yeni uygulamaların da hayata geçirilmesi konusunda planlamalar yer almaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi konusunda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü adı altında ayrı bir birim kulmuş olması, bu konuya verilen önemin bir göstergesi niteliğindedir. 2013 Yılı Faaliyet Raporunda bu müdürlüğün görevleri şu şekilde ifade edilmektedir: "Toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini arttırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bilimsel çalışmalar yapmak veya yaptırmak,

eğitim kurumları ve basın yayın organları aracılığı ile toplumu bilgilendirmek, kampanyalar yapmak veya yaptırmak, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak, Bakanlığın halkla ilişkiler ve bilgi edinme hizmetlerini yürütmektir.”¹ Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, bu bilgilerden de anlaşılabacağı gibi, kişiler üzerinde eğitim faaliyetleri ile kişisel sağlık bilincinin oluşturulması ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesi amacını taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda eğitim kurumları ve basın yayın kuruluşları aracılığıyla bilgilendirme kampanyaları gerçekleştirmektedir. Ayrıca Bakanlığın halkla ilişkiler ve bilgi edinme hizmetleri de bu müdürlükçe yürütölmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, farklı amaçlarla, farklı kategorilerde de yapılabilmektedir. Bunlardan en bilineni sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarının niteliğine göre yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre sağlık hizmetleri şu gruplarda sıralanır:

- i-** Birinci basamak sağlık hizmetleri
- ii-** İkinci basamak sağlık hizmetleri
- iii-** Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Bu sınıflandırmadaki birinci basamak hizmet hizmetleri, eskiden sağlık ocakları, şimdi ise toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri gibi Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna ve illerde Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı olarak hizmet veren sağlık kurumlarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde, daha önce de ayrıntılı şekilde bahsedildiği gibi, koruyucu hizmetler ön plandadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin en yoğun ve kapsamlı sunulduğu kurumlar, birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Koruyucu hizmetlerin yanında tedavi ve rehabilite edici hizmetler de sunulmaktadır. Aile hekimliği sisteminin amacı da zaten, sağlık hizmetlerinin bütöncöl bir şekilde birinci basamakta sunulabilmesine olanak sağlamak olmuştur. İkinci basamak sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektöre ait hastanelerde verilmektedir. Kamudaki bu hastaneler, devlet hastanesi adını

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2013, Ankara, 2013, s.36

almaktadır. İl merkezleri ve ilçelerdeki tüm yataklı tedavi kurumları, ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır. İkinci basamak sağlık kurumlarında tetkik, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Ayrıca acil servis hizmetlerinin de en yoğun şekilde sunulduğu sağlık kurumlarıdır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversiteler bünyesinde kurulan üniversite hastaneleridir. Bu kurumlar ileri tetkik ve tedavi hizmeti sunmaktadırlar. Üniversite hastaneleri aynı zamanda eğitim ve uygulama yapılan kurumlar olması sebebiyle, hekim yetiştiren yapılardır.

Bunun dışında, sağlık kurumlarının kullandığı kaynaklar ve finansal yapıları göz önüne alınmak suretiyle, özel ve kamu sağlık hizmetleri şeklinde bir ayırım yapmak da mümkündür. Özellikle istatistik çalışmalarında ve devletin sağlık sektöründeki performansının ölçüldüğü çalışmalarda, kıyaslama olması açısından bu ayırma sık rastlanır. Özel sağlık kurumları daha çok birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan her türlü diş ve tıp hekimi klinikleri, özel hastaneler, özel tıp merkezleri şeklinde adlandırılan kurumlardır. Bu kurumlar şahıs veya şirketler adına kurulan ve faaliyet gösteren kurumlar olmanın yanında, Sağlık Bakanlığı gözetimi ve denetimindedirler. Gelirlerinin büyük kısmını da Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan elde etmektedirler. İllerdeki hekim, yatak ve cihaz gibi sağlık planlaması gerektiren çalışmalarda, özel sektörün sahip olduğu kaynaklar da dikkate alınmaktadır. Ayrıca özel sektör sağlık kurumları da devlet kurumları gibi Bakanlık bilgi sistemlerine veri göndermektedirler. Bu sayede istatistik anlamda verilerinin takibi yapılabilmektedir.¹

2. SAĞLIK İLETİŞİMİ

2.1. İletişimin Anlamı

İletişim, en basit anlamı ile insanların birbirleri üzerindeki etkileşimi, paylaşımı, haberleşmesi ve bunun sonucunda ortaya çıkan davranış ve durumlar olarak anlatılabilecek bir kavramdır. Sağlık iletişimi de genel iletişim içerisinde,

¹ Sargutan, s.406-420

sektörel bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık iletişimini anlatmadan önce, genel anlam itibarıyla, iletişim konusuna değinmek, daha sonrasında birbirinden ayrılmayacak şekilde, ortak özellik ve kavramlarıyla birlikte iki konuyu ortak olarak değerlendirmek daha yararlı olacaktır. Oskay, iletişimin kelime anlamına ilişkin şu bilgileri vermektedir: “İletişim sözcüğü Latince kökenli ‘communication’ sözcüğünün karşılığıdır. Birbirlerine ortamlarındaki nesneler, olaylar, olgularla ilgili değişimleri haber veren, bunlara ilişkin bilgilerini birbirine aktaran, aynı olgular, nesneler, sorunlar karşısında benzer yaşam deneyimlerinden kaynaklanan, benzer duygular taşıyıp bunları birbirine ifade eden insanların oluşturduğu topluluk ya da toplum yaşamı içinde gerçekleştirilen tutum, yargı, düşünce, duygu bildirimlerine iletişim diyoruz. Batı dillerindeki ‘communication’ sözcüğünün, Latince ’deki ‘communis’ sözcüğünden gelişi de bunu gösteriyor. Benzeşenlerin oluşturduğu ortaklık ya da topluluk anlamına gelen bir sözcükten kaynaklanıyor ‘communication’ ya da iletişim kavramı.”¹ Bu tanımda Oskay, iletişimin kelime olarak kökenine değinirken, iletişim kavramını da benzer durumlarda, benzer insanların verdiği benzer tepkiler olarak ifade etmektedir. Benzer bir hayat tarzı süren insanların oluşturduğu topluluklar, benzer olaylara ve durumlara karşı birbirine yakın duygular ve tepkiler geliştirirler. Bu duygu ve tepkilerini de birbirleriyle paylaşırlar. Bu durumda ortaya çıkan paylaşıma da iletişim denmektedir.

Kelime anlamı olarak ‘benzer topluluktan’ gelen ‘iletişim’ kavramının da ilk olarak bu şekilde tanımlanması doğaldır. Fakat kaynaklar iletişim kavramının daha farklı birçok tanımının olduğunu göstermektedir. Çünkü bilindiği gibi iletişim kavramı, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Daha doğru bir ifade ile iletişimin kavram olarak ortaya çıkmadığı dönemlerde bile, iletişim davranışının insanlar tarafından tatbik edildiği bilinmektedir. Çünkü iletişim davranışı, sosyal bir varlık olan insanın, yaratılıştan gelen özellikleri ve ihtiyaçları arasındadır. İletişimin bu yönüyle ilgili olarak Aziz şu ifadelerle yer vermektedir: “ İletişim, insanın tarihi ile başlayan bir olgu ve süreçtir. İnsanlığın var oluşundan beri insanlar bir şekilde birbirleri ile iletişim kurmuşlardır. Bu iletişimin bugünkü biçimi ile yöntem ve teknikleri ile yapılmadığı açıktır. İlk bilinen iletişim türleri ilkel insanların bir takım sesler çıkararak ve işaretlerle yaptıkları iletişimidir. Mağara duvarlarına, taşlara ve

¹ Ü. Oskay, İletişimin ABC’si, İstanbul, 2005, s.8

kayalara resimler çizerek yaptıkları iletişim ise ilk şekilsel ve uzaktan iletişim türüne örnek olarak verilmektedir. Zamanla dilin gelişimi ile sözlü iletişimin geliştiği, M.Ö. 4.000 yıllarında yazının bulunuşu ile de ilk yazılı iletişimin başladığı bilinmektedir. Ancak bu yazılı iletişimin de bugün tüm dünyanın kullandığı iletişim türlerinden ve tekniğinden çok farklı olduğu gerçeğinin de altını çizmek gerekir.”¹ Aziz, bu çalışmasında iletişimin insanlığın tarihi kadar eski olduğunun altını çizmektedir. İnsanlar, yaratılışları gereği birlikte yaşamak isteği içerisindeyler. Sosyal hayat ve toplu yaşam içerisinde olan insanların, bu yaşam tarzını sürdürmeleri esnasında, birbirleri ile mutlak suretle paylaşım yapmaları gerekli olacaktır. Tecrübelerini, isteklerini aktarmak, uyarılarda bulunmak, üstünlük kurmak, duygularını paylaşmak gibi sayılabilecek birçok sebepten dolayı bir şekilde iletişim kurma ihtiyacı doğmaktadır. Bu ihtiyaç doğrultusunda ilk olarak bir takım sesler ve işaretler kullanmışlardır. Zaman içerisinde, bunun yanında mağara duvarlarına, taşlara, ağaçlara çizilen şekiller, iletişimin diğer bir aracı olmuştur. Dillerin ortaya çıkışı ile birlikte iletişim, daha kolay bir hal almıştır.

İnsanlık tarihi, aynı zamanda, bilim tarihidir. İnsanlık medeniyeti hiçbir zaman yerinde saymamış, sürekli bir gelişim göstermiştir. Dillerin oluşumundan sonra da yazının icadı ile yazılı iletişim ortaya çıkmıştır. Böylece anlık ve yüz yüze iletişimin yanında, daha sonraki zamanlara aktarılabilen ve daha çok insana ulaşabilen bir iletişim aracı olmuştur, yazı. Tabi ki o dönemdeki diller ve yazının şimdinin modern dünyasındaki konuşma ve yazı ile aynı olduğu söylenemez. Değişim her alanda olduğu gibi diller ve buna bağlı olarak yazı üzerinde de etkili olmuş, aynı dili farklı devirlerde konuşan insanların, birbirini anlamasına olanak tanımayacak şekilde değişimler yaşanmıştır. Daha sonraki dönemlerde de teknolojik gelişme ve buluşlara paralel olarak, iletişim teknolojilerinde de büyük gelişim görülmüştür. Bu gelişmeler sayesinde, iletişime aracılık eden, yazı, resim ve konuşma dışında farklı araçlar, insan hayatındaki yerini almıştır. Bu sayede, iletişimde zaman ve mekânın hükmü kalmamıştır. Telgraf, telefon, televizyon, bilgisayar, internet, sosyal ağlar, CD, DVD, harici bellekler, akıllı telefonlar gibi icatlar iletişimi, yaygın, hızlı, kolay ve ulaşılabilir kılmaktadır.

¹ A. Aziz, İletişime Giriş, İstanbul, 2012, s.23

Türkçe’ deki ‘iletişim’ kelimesine de kısaca değinmek, yerinde olacaktır. Aziz, bu konuyu da şu şekilde açıklamaktadır: “ İletişim, sözcük olarak ‘iletmek’ sözcüğünden türetilmiştir. 25-30 yıl öncesine kadar ‘iletişim’ sözcüğü yerine Arapça kökenli ‘haber’ sözcüğünden türetilen ‘haberleşme’ sözcüğü kullanılıyordu. Haberleşme, kişiler arasında ‘haber’ niteliğinde bilgi, tutum ve davranışların aktarılmasını ifade etmektedir. Ancak bu sözcüğün giderek anlamının daralması, kitlelere haberleşme araçları ile daha dar anlamı ile olay niteliğinde mesajları kapsaması, bir takım mesajları dışta bırakması gibi nedenler ile daha kapsamlı olan ‘iletişim’ sözcüğü kullanılmaya başlandı.”¹ Bu açıklamadan da anlaşıldığı gibi, Türk dilinde kullanılan ‘iletişim’ sözcüğünün aslı, ‘iletmek’ kelime kökünden gelmektedir. Bu şekli ile çok geniş bir anlamı ihtiva ettiğini söylemek mümkündür. Çünkü iletmek kelimesi herhangi bir şeyi, bir yerden başka bir yere aktarmak şeklinde açıklanabilir. Fakat iletişim kelimesinde, bu iletmek fiili, duygu, düşünce ve fikirlerin taşınması şeklinde düşünülmektedir.

İletişim sözcüğünden önce kullanılan, Arapça ‘haber’ kökünden gelen ‘haberleşmek’ kelimesi, zamanla kastedilenden daha dar bir anlam ifade etmeye başlamış ve yetersiz kalmıştır. Bu sebeple bir süre sonra yerini iletişime bırakmıştır. İletişim sözcüğünün, bu anlamı ile Batı dillerindeki karşılığından daha kapsayıcı ve yerinde kullanılan bir terim olduğu söylenebilir. Başta Oskay’ın ifade ettiği gibi ‘communis’ kökünden gelen ‘communication’ kelimesi, sadece benzer yaşam tarzındaki kişilerin, benzer duygu ve düşünceleri aktarması şeklinde çevrilmiştir. Bu da kelimenin anlamını, Türkçe’ deki haberleşme sözcüğünde olduğu gibi, dar bir kalıba sokmaktadır. Bu özellikleriyle Türkçe’ deki iletişim sözcüğünün daha kapsayıcı ve yerinde bir ifade olduğu söylenebilir.

Kelime anlamı ve bir terim olarak anlamı dışında, iletişimin günlük hayatta, insanlara ilk anda çağrışım yapan bir anlamı daha vardır. Örneğin haberleşme terimi ile iletişim terimlerinin günlük hayattaki karşılığının ve anlamının çok farklı olduğu düşünülmektedir. Haberleşme dendiğinde, daha önce de bahsedildiği gibi, daha çok haber niteliğindeki paylaşımların alıcılara ulaştırılması akla gelmektedir. Bu sebepten ‘haberleşme’ ile daha çok kitle iletişim araçları akla gelmektedir. İletişim

¹ Aziz, s.26

sözcüğünde ise daha kişisel bir paylaşım akla gelmektedir. Bu sebeple iletişim, en çok karşılıklı ve sözlü iletişim olarak düşünülmektedir. İletişim kurmanın karşılığı, araya bazı teknolojik cihazlar girse bile, kişilerin birbirleri ile olan konuşması ve bu konuşmanın içeriğinden kaynaklanan mesajın iletilmesi şeklinde algılandığı söylenebilir. Fakat bilinmektedir ki iletişim, sadece konuşmaya dayanan sözel bir süreç içerisine sıkıştırılamayacak kadar kapsamlı bir kavramdır. Bu konuyu Oskay şu şekilde açıklamaktadır: “ Kısacası, iletişim, yalnızca sözel bir süreç değildir. İnsan ile insanını karşıladığı, ilişki kurduğu her yerde, her durumda, her mekânda ayrı bir dil bilimi içinde kodlanmış iletişim süreci yaşanır. Hiç sözel bir süreç olmaksızın, durakta otobüs bekleyen insanlardan iyice giyimli olanlara, daha sıradan giyimli olanların çoğunlukta otobüse binerken yol verdi(l)erini, öncelik tanıdıklarını, ayaklarına basmamak için daha özen gösterdiklerini hissetmişsinizdir.”¹ Burada da bahsedildiği gibi iletişim, sözel ve karşılıklı konuşma kalıbına sığdırılamayacak kadar geniş kapsamlı ve farklı öğeler barındıran bir süreçtir. Buradaki örnekte birbiriyle hiç konuşmayan insanların bile bir şekilde anlaşmış gibi hareket etmeleri, iletişim sözel araçlar dışında öğeleri olduğunu göstermektedir. Kişilerin kılık kıyafetleri bile iletişimi sağlayabilecek etkenlerdir.

İletişimin, insanlık tarihi kadar eski bir terim olduğundan bahsedildi. Ayrıca bilinmektedir ki iletişim konusu sosyoloji, psikoloji, toplumbilim gibi birçok bilim kolunun da ilgi alanına girmektedir. Bu bilimlerle uğraşan birçok kişi, kendi çalışma alanlarına uygun şekilde tanımlamalar yapmışlardır. Bu tanımların her birine yer vermek mümkün olmayacaktır. Kısaca, iletişimin insanın yaratılış özelliği olan sosyal yaşam sürme isteğinin doğal bir sonucu olduğu bilinmektedir. Çünkü, birlikte yaşama isteği gösteren insanlar, birbirleri ile duygu, düşünce, deneyim paylaşımı içerisine girmek durumunda kalmaktadırlar. Bu doğal gereklilik neticesinde, iletişim eylemi ortaya çıkmış ve sözlü, görsel, yazılı ve sonrasında teknolojik gelişmeler sonucu kitlesel bir hal alarak, gelişimini sürdürmüştür.

¹ Oskay, s.3

2.2. İletişimin Önemi

İletişim, bütün insanların toplumsal hayatta kullanmak zorunda oldukları bir araçtır. İletişim kurmaktan hoşlanmayan ve yalnız yaşayan bir insan bile, bir takım ihtiyaçlarını satın almak için tezgâhtarla, hastalandığında doktorla, adli bir durumda kolluk kuvvetleri ile iletişim kurmak zorunda kalmaktadır. İsteyerek veya istemeyerek de olsa kişilerin iletişim kurmayı öğrenmesi ve bunu uygulaması kaçınılmaz bir durumdur. Konu ile ilgili Işık, şu değerlendirmeyi yapmaktadır: " İnsan ilişkilerinde iletişimin önemi büyüktür. Hatta insan ilişkileri eşittir iletişim demek bile mümkündür. Çünkü ilişki, iletişimle aynı anlama gelmekte ve aynı önemi ifade etmektedir. Günümüzde artık iletişim insan ilişkilerinin merkezine oturmuş durumdadır. Kişilerarası ilişki, kişilerarası iletişim temelinde devam etmektedir."¹ Işık'ın da bahsettiği gibi iletişim, aynı zamanda ilişki anlamına gelmektedir. İnsanların birbirleri ile ilişki kurabilmesinin tek yolu iletişim kurmaktır. Zaten bunun dışında bilinen bir yöntem de yoktur. Zihin okuma gibi yöntemler veya empati, belki alternatif olarak gösterilebilse bile, onlar da sonuç olarak bir çeşit iletişimdir. Bu sebepten çok ender örnekler dışında tek başına yaşama şansı bulunmayan insanın, bir şekilde iletişime başvurduğu bir gerçektir.

İletişim kurmak, yalnızca doğal bir süreç veya bir mecburiyet değildir. Aynı zamanda iyi bir seçenektir. Toplumsal hayatta iletişim kurma konusunda başarılı olan insanları bekleyen birçok avantaj bulunmaktadır. Bu konuyu Landis, Ray ve Davis şu sözlerle ifade etmektedir: " İletişim, okulda edindiğiniz, sizi siz yapan ya da geçiminizi kazanmanızı sağlayan beceriler kadar önemli olan bir temel yaşam becerisidir. İletişim kurma yeteneğiniz, büyük oranda, kişisel mutluluğunuzun belirleyicisidir. Etkili bir biçimde iletişim kurduğunuzda arkadaş edinirsiniz ve arkadaşlıklarınızı sürdürürsünüz. İşinizde değer verilirsiniz. Çocuklarınız size saygı duyar ve güvenir. Cinsel ihtiyaçlarınızın karşılanmasını sağlarsınız."² Burada da belirtildiği gibi iletişim, kişinin ailede ve okulda öğrendiği temel bilgiler, hatta hayatını kazanmasını sağlayan işi kadar, önemli bir öğedir. Çünkü aile ve okulda öğrendiği bilgileri günlük yaşantısında uygularken veya iş hayatında da iletişime

¹ M. Işık, Genel ve Teknik İletişim, Konya, 2010, s.72

² J. Landis-N. Kesseling Ray-K. Davis, İletişim Becerileri(Çeviren Ö. Gelbal), Ankara, 2012, s.ix

ihtiyaç duyacaktır. Bu özellikleri ile iletişimin, bir temel yaşam becerisi olduğu söylenebilir. Temel yaşam gereksinimleri dışında iletişim, kişisel mutluluğun da belirleyicisi durumundadır. İyi iletişim kurabilen insanlar kolayca arkadaş edinirler. İletişim sayesinde bu arkadaşlıkların devamlılığı sağlanır. İş ve aile hayatı, iyi iletişim kurma sayesinde başarılı olur. İnsanların saygı ve sevgisini kazanmak da, inandırıcılık ve güvenirlik de iyi iletişim becerileri sayesinde elde edilebilir. İnsanlar eşlerini bile iyi bir iletişim ile seçer ve birlikteliklerini bu sayede sürdürebilirler.

Aynı kaynakta iletişimin eksikliğinde, kişilerin karşı karşıya kalabilecekleri durumlar şu şekilde ifade edilmiştir: “İletişim kurmada daha az etkiliyseniz, hayatınızın bir ya da daha fazla alanında yetersiz olduğunuzu görürsünüz: İşiniz yolunda gidebilir ancak aile bireyleri yemek masasında birbirine bağıyorlardır. Bir işten başka bir işe atlıyorsunuzdur, partneriniz genellikle soğuktur ancak eski ahablarınızla çok iyi vakit geçiriyorsunuzdur.”¹ İletişim kurma konusunda yetersiz ve etkisiz olan insanların da iş ve aile hayatları devam etmektedir. Hatta eski dostluklarını devam ettirip, onlarla iyi zaman geçirirler. Fakat yine de iyi iletişim becerisi olan insanlar gibi yenilik ve değişikliklere açık bir hayatları yoktur. İyi iletişim kuramayan insanların eşleriyle aralarındaki ilişki mesafeli ve soğuk olabilir. Yeni insanlar tanıma ve yeni arkadaşlıklar kurma konusunda iyi olmadıkları için, sadece eski dostlarıyla birlikte iyi vakit geçirebilirler. İletişimsizlik, aile bireylerinin arasındaki sorunların büyümesine ve gereksiz kırgınlıklara da yol açabilir.

İletişim, insan ilişkilerinin temelinde yatan etkidir. Hatta insan ilişkisinin, iletişim ile aynı anlama geldiği söylenebilir. Kişilerin birbiri ile kurduğu her türlü ilişki, iyi ya da kötü olsun aynı zamanda, bir iletişim demektir. Her insan günlük hayatta iletişim denen aracı kullanmak durumundadır. Bu konuda insanlar arasındaki fark, bu aracı iyi veya kötü kullanmak şeklinde olacaktır. İletişim, temek bir ihtiyaç ve toplumsal yaşamın zorunlu bir bileşeni olmasının yanında, iyi ya da kötü kullanılması durumunda kişiye yarar veya zarar getirme özelliğine de sahiptir. İyi iletişim kurabilen insanlar sosyal hayatlarında daha başarılı olan insanlardır. İş ve arkadaş çevrelerinde kolay ilişkiler kurarlar. Aile hayatları daha başarılı ve renklidir. Aynı şekilde iletişim becerileri zayıf olan insanlar da iş ve aile hayatlarında başarılı

¹ Landis-Kesseling Ray-Davis, s.ix

olabilirler. Fakat onların sağlam ilişkiler kurabilmeleri daha fazla zaman alır. Sosyal hayatları diğerleri kadar renkli ve değişime açık olmaz. İş ve aile ilişkileri daha rutin ve mesafelidir.

2.3. Sağlık İletişimi

İletişim, insan hayatında çok büyük öneme ve işlevselliğe sahiptir. Tüm insan ilişkileri, iletişim temeline dayanır. Sağlık, da insan ilişkilerinin yoğun şekilde yaşandığı bir sektördür. Sağlık konusu anlatılırken, sağlığın bireyler ve toplumlar açısından ne derece önemli olduğu, detaylı şekilde irdelenmişti. Sağlık hizmet sunumunda, Türkiye ve dünyada yaşanan gelişmeler, bu gelişmelerin tarihsel aşamaları ile ülkede SDP' na bağlı olarak son dönemde gerçekleşen atılım ve nihayetinde geleceğe yönelik hizmet planlamalarından bahsedildi. Fakat tüm bu kaynaklar, gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin mükemmelleşmesi için atılan adımların başarıya ulaşabilmesindeki en büyük etken, insan faktörüdür. Burada bahsedilen, tüm bu fiziksel, teknolojik ve mali gelişmişliğe ve kaynağa şekil verecek, hizmet sunumunu icra edecek, bu kaynakların kullanımına emeğini ve özverisini katacak olan, sağlık personelidir.

Tabak, sağlık iletişimi konusunu şu şekilde aktarmaktadır: “Rogers(2006) sağlık iletişimini ‘içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi’ diye tanımlamaktadır. Diğer bir anlatımla, sağlık iletişimi, bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır.”¹ Sağlık iletişimi, genel anlamda düşünüldüğünde farklı boyutlarının olduğu idrak edilebilir. Sonuçta iletişim, insanların birbiriyle ilişkilerine yön veren, kolaylaştıran paylaşımlarıdır. Bu paylaşımın sağlık hizmet sunumu esnasında oluşmasıyla da sağlık iletişimi yaşanmaktadır. Bu iletişimi meydana getirebilecek aktörler: Sağlık sunucuları olan hekimler, hekim dışı sağlık personelleri, sağlık tesis yöneticileri ile sağlık hizmet sunumundan faydalanan hastalar ve hasta yakınlarıdır. Sağlık hizmet sunumu içerisinde, iletişim olayını gerçekleştirebilecek bu aktörlerin iletişim örgüsünde, farklı kombinasyonların görülmesi söz konusu olacaktır. Örneğin, sağlık iletişimi denildiğinde ilk akla gelen hekim-hasta iletişimi, bunun dışında diğer sağlık

¹ R. S. Tabak, Sağlık İletişimi, İstanbul, 2006, s.26

personeli-hasta iletişimi, sağlık personeli-hasta yakını iletişimi, hasta-sağlık tesis yöneticileri iletişimi, sağlık personeli-sağlık personeli iletişimi, sağlık personeli-sağlık tesisi yöneticileri iletişimi ve hatta hasta-hasta iletişimi gibi farklı karşılaşma, paylaşım ve etkileşimler yaşanmaktadır. Tüm bu aktörler ve bunların ilişkilerinden oluşan iletişim faaliyetleri, sağlık iletişiminin malzemesi olabilir. Fakat yapılan çalışmalar, genellikle hizmet sunumunun ön plana çıkan aktörü hekimler ile hizmet sundukları hastaların iletişimi üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu konuda Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisinde yer alan çalışmada şu görüşlere yer verilmektedir: “Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek ve uygulamak, bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişimin önemi büyüktür. Yaşamın her döneminde var olan, ancak hastalık durumunda daha da önem kazanan iletişim kavramının tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyle ilk karşılaşmadan itibaren dikkate alınması gerekmektedir.”¹ Bu bakış açısının oldukça haklı yanları olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin planlama ve sunumu genellikle hekim odaklıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinin temel işlevinin teşhis ve tedavi olduğu düşünüldüğünde, hekimlerin ön planda olması da gayet doğaldır. Hastaların da sağlık hizmetlerinden faydalanma anlamında kafalarındaki imaj, öncelikle hekim temelli olmaktadır. Kişilerin başvurdukları sağlık kurumu tercihleri bile hekim unsuru göz önüne alınarak yapılmaktadır.

Sağlık iletişimi içerisinde, hekim dışı sağlık personeli ile hastaların iletişimi de önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle bugünün çağdaş sağlık kurumlarında, ileri derecede bir branşlaşma ve personel sayılarındaki artış düşünüldüğünde, hekim dışı sağlık personellerinin de sağlık hizmet sunumunda önemli yer teşkil ettiği görülmektedir. Hastaların, sağlık tesislerine ilk girişinden, poliklinik hizmetlerine başvurusuna, görüntüleme ve tetkik işlemlerinden, yataklı tedavi ve bakımlarına, rehabilitasyon hizmetlerinden, koruyucu hizmetler ve sağlık eğitime kadar her alanda hekim dışı sağlık çalışanlarının faaliyet gösterdiği ve hasta-hasta yakınları ile yoğun iletişim faaliyeti yürütmek durumunda kaldığı bilinmektedir. Bunların dışında, sağlık personellerinin birbirleri ile ve sağlık tesisi yöneticileri olan ilişkileri de, sağlık iletişimi içerisinde kabul edilebilir. Fakat çalışma sahası olarak çok fazla

¹ B. Babadağlı-S. Ekiz Erim-S. Erdoğan, “Hekim ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi”, Fırat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.3, Elazığ, 2006, s.55

incelenen bir alan olmadığı söylenebilir. Bu çalışmada da tüm sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişim konusuna ağırlık verildiği görülecektir.

Buraya kadar anlatılan kısımda, sağlık iletişiminin karşılıklı insan ilişkilerinden kaynaklanan, başka bir değişle kişilerarası iletişim ekseninde değerlendirmesi yapıldı. Ayrıca kişilerarası sağlık iletişiminden bahsederken, sağlık hizmetlerinin, daha çok tedavi hizmetleri alanıyla alakalı kısmı ön plana çıktı. Sağlık iletişimi konulu çalışmaların büyük kısmı da bu şablondaki çalışmalardır. Fakat sağlık iletişiminin kitle iletişim araçları yardımıyla ve farklı muhataplar arasında gerçekleşen şekli de göz ardı edilmemelidir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıktığı, gelişmiş devletlerin sağlık sistemlerinin koruyucu sağlık hizmetleri alanındaki başarısıyla değerlendirildiği, mevcut Türk sağlık sisteminin de bu yönde planlama ve çalışmalar içerisinde olduğu bir dönemde, sağlık iletişiminin kitle iletişimi şeklinde ve bilgilendirici-eğitici ekseninde gerçekleşen türü, daha çok önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü adlı çalışmasındaki sağlık iletişimi tanımı da, sağlık iletişiminin bu yönde değerlendirilmesine örnek teşkil etmektedir. Tanım şu şekildedir: "Sağlık iletişimi, halkı sağlık endişeleri hakkında bilgilendirmek ve önemli sağlık konularını kamunun gündeminde tutmak için kilit bir stratejidir. Halka yararlı sağlık bilgilerinin yayılması için kitle iletişim ve multi-medya araçlarının ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, bireysel ve toplum sağlığının belli konuları ve sağlık gelişiminin önemi hakkındaki farkındalığı artırır."¹ Bu tanımda sağlık iletişiminin toplumsal boyutuna işaret edilmektedir. İnsanlarda sağlık anlayışının oluşturulması ve geliştirilmesi, sağlık davranışlarının kazandırılması, sağlık konusunda eğitilmeleri gibi koruyucu sağlık hizmeti faaliyetlerine işaret edilmektedir. Bu çalışmaların, sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri sınıfında ve diğer sınıflandırma türünde, 1. Basamak sağlık hizmetleri kapsamında yoğun şekilde yapıldığından, daha önceki konularda bahsedilmişti. Burada, yapılan çalışmaların daha geniş halk kitlelerine ulaştırılması yönünde kitle iletişim araçlarının, medyanın ve diğer teknolojilerin kullanımının gerekliliğine değinilmektedir. Bu şekilde bireylerin ve toplumun sağlık düzeylerinin

¹ T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011, s.8

geliştirilmesi yönünde daha kapsamlı bir çalışma yürütmek mümkün olacaktır. Bu şekilde, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki tanıtıcı-eğitici faaliyetler de sağlık iletişimi olarak değerlendirilmektedir. Fakat bu kitle iletişimi şeklindeki iletişim, genellikle sağlık iletişimi çalışmalarına konu edilmemektedir.

2.4. Sağlık İletişimi Süreçleri

Sağlık iletişimi üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, genellikle iletişim konusunun detaylı bir şekilde analizi ve ardından sağlık iletişimi konularının anlatıldığı görülür. Sağlık iletişiminin de genel anlamdaki iletişimin, belli bir hizmet sektörü içerisindeki alt dalı olduğu düşünülecek olursa, iki konuyu ayrı ayrı incelemek yerine, birlikte ele almak ve ortak yönleriyle değerlendirmek daha yerinde olacaktır. İletişim süreçleri olarak bilinen konu da sağlık iletişiminin süreçleri olarak değerlendirilecektir.

İletişim üzerine yapılan bütün çalışmalarda, iletişim süreci, iletişimin aşamaları veya iletişim öğeleri olarak belirtilen ve sayıları bazı kaynaklarda farklı olarak bildirilen bir takım aşamalardan bahsedilir. Aziz'in eserinde bu süreçler şu şekilde ifade edilmektedir: “İletişim olgusunda temel olarak beş öge vardır:

- i-**Mesajı gönderen ya da başlatan (verici / kaynak)
- ii-**Mesajın hedefi (alıcı)
- iii-**Aktarılan, verilen bilgi, tutum ve davranış (mesaj / ileti)
- iv-**Mesajı ileten ortam
- v-**Mesajın alıcı tarafından alınıp alınmadığı (geribildirim)”¹

Burada, standart bir iletişim faaliyetinde meydana gelen bir sürecin aşamaları görülmektedir. Sağlık iletişiminde de bir iletişim süreci yaşandığı için, onu da aynı başlıklar altında incelemek mümkün olacaktır. Bazı kaynaklarda bu başlıkların sayısının artırıldığını, daha ayrıntılı bir sınıflandırma yapılabildiği görülmektedir. Örneğin Kırmızı, iletişim sürecini şu başlıklar altında incelenmektedir: “ İletişim süreci (aşamaları):

¹ Aziz, s.29

- i-Bilgi, duygu ve düşüncenin tanımlanması
- ii-Gönderici, kişi ya da kurumun bilgiyi kodlaması
- iii-Gönderme
- iv-Alıcı ve mesajı alma
- v-Kod çözümü (deşifreleme)
- vi-Eylem
- vii-Tepki (Geri bildirim), kaynağın mesajına verilen tepkidir.”¹

Bu sınıflandırmada da diğerinden farklı olarak mesaj, mesajın göndericisi ve gönderme olayı, ayrı başlıklar altında incelenmiştir. Ayrıca mesajın çözülmesi sonucunda meydana gelen eylem ve mesajın göndericisine yapılan geri bildirim süreçleri ayrı ayrı ele alınmaktadır. Fakat Kırmızı’nın sınıflamasında dikkat çeken farklılık, mesajın iletilmesi olayının gerçekleştiği ortamdan bahsedilmemesidir. Fakat iletişimin amacına ulaşması ve başarılı olması açısından, iletişimin gerçekleştiği ortamın da büyük fark yaratabildiği bilinmektedir. Ortamın göz ardı edilmesi, iletişim sürecinin doğru yorumlanması açısından olumsuzluk teşkil edebilir. Bu çalışmada, daha sade ve kapsayıcı olan Aziz’in sınıflandırması kullanılacaktır.

2.4.1. Mesajı Gönderen (Kaynak)

Sağlık hizmet sunumu sırasında meydana gelen sağlık iletişimi konusunda, bu çalışma kapsamında, sağlık tesisleri içerisinde hasta ile sağlık personelleri arasında gerçekleşen kişilerarası iletişimin baz alınacağından bahsedilmişti. Buradan hareketle sağlık iletişimi süreçleri içerisinde yer alan mesaj göndericisi (kaynak), sağlık tesislerine başvuran hasta ve hasta yakınları olacaktır. Çünkü sağlık iletişimi sürecinde talep ve beklenti içerisinde olan kişiler hasta ve hasta yakınlarıdır.

Mesajı gönderen kişilere aynı zamanda iletişimin başlangıcında yer aldıkları için kaynak, ya da mesajı ilk gönderen kişi olduklarından dolayı verici adı da verilebilmektedir. Kaynağın özelliğine ilişkin Başaran, şu bilgileri sunmaktadır: “İletişimi başlatan vericidir. İletişim bir çaba harcamayı gerektirir. Vericinin, iletişim

¹ H. Kırmızı, Kişisel Gelişimde ve İş Hayatında Başarının Anahtarı Genel ve Teknik İletişim, Trabzon, 2006, s.17

abasına girmeyi göze alabilmesi için bir amacı olmalıdır. Bu amaç, vericinin bir gereksinmesini doymak, bir sorununu çözmek ya da bir merakını gidermek olabileceği gibi karşıdakini etkilemek, eyleme geçirmek, hoşnut etmek ya da hoşça zaman geçirmek olabilir.”¹ Bu açıklamadan da anlaşılacağı gibi iletişimi başlatan kişinin öncelikle amacı olması gerekir. Bu amaca ulaşmak için çaba gösterir. Sağlık iletişimindeki verici olan hastanın amacı, sağlık hizmeti alabilmek, derdini anlatabilmek, hastalığının teşhis ve tedavisini gerçekleştirerek, sağlığına kavuşmak olacaktır. Bunun dışında, farklı amaçlarla sağlık kurumlarına başvuran kişiler de olabilir. Fakat genellikle sağlık sorunlarına çözüm bulmak isteyen insanlar, sağlık kurumlarına giderek sağlık personelleri ile iletişime geçerler.

Bu konuda zl ve Bostan’ın hazırlamış olduğu Hasta Rehberi adlı çalışmada şu ifadelere yer verilmektedir: “Hastanın sağlık durumu, hastalığı, tanı ve tedavi yöntemleri, ilaçlarını nasıl kullanacağı, tedavi olma olasılığı ve kontrolleri hakkında bilgi alma hakkı vardır.”² Gelişen teknoloji ve buna bağlı olarak bilgiye erişme konusundaki kolaylıklar neticesinde, sağlık hizmeti talep edenlerin de hizmet beklentileri artmakta ve çeşitlenmektedir. İnsanlar kitaplar, dergiler ve internet sayesinde sağlık sorunlarını ve bunların tedavi yöntemlerini araştırabilmekte ve hatta sağlık kurumları ve çalışanları hakkında ön bilgi edinebilmektedirler. Bu sebeplerden dolayı sağlık tesislerine başvuran hastaların tek beklentisi teşhis ve tedavi olmayabilir. Aynı zamanda bu teşhis, tedavi yöntemleri, tetkikler ve kullanılacak ilaçlar konusunda ayrıntılı bilgi almayı, görüş aliş-verişini amaçlamaktadırlar. Bu şekildeki iş birliğinin, hastanın tedavi ve bakımı sürecinde devam etmesinin çeşitli faydaları olduğu saptanmıştır.

Aktif katılım ile yapılan muayene ve tedaviler hakkında yapılan çalışmalar içerisinde, Hastanın Bakıma Katılımında Hemşirenin Rolü adlı çalışmanın sonucuna göre şu tespitler yapılmıştır: “ Sonuç olarak hastanın kendisiyle ilgili durumlarda sağlık ekibinden ayrı düşünülmemesi gerektiği, böylece bakımın kalitesinin artacağı, hastanın bakım ve tedavisine uyumunun kolaylaşacağı ve memnuniyetinin,

¹ İ. E. Başaran, Yönetim, Ankara, 2010, s.267

² T. Özlü-S. Bostan, Hasta Rehberi Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu, İstanbul, 2009, s.34

dolayısıyla hemşirenin iş doyumunun da artacağı unutulmamalıdır.”¹ Bu çalışmadan da anlaşılacağı gibi iyi bir iletişim kurarak, tedavi ve bakım uygulamaları hakkında söz sahibi olabilen, bu süreçlere katkıda bulunan hastaların, amaçlarına daha kolay ulaştıkları ve memnuniyetlerinin arttığı görülmüştür. Tabi ki bu örnekte de bahsedildiği gibi, bu sürecin herkesin lehine gelişebilmesi için gereken şartların sağlanması konusunda, tek çaba sarf eden kişi hasta değildir. Sağlık personelinin aynı istek ve çabayı göstermesi çok önemlidir.

İyi bir sağlık iletişiminin meydana gelmesinde birçok faktör vardır. Süreci başlatan kaynağın yani hastanın da taşıdığı bazı özellikler, iletişimin kalitesinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık tesisine başvuran her hastanın aynı istek ve amaçta olması, iletişime açıklığı, sağlık personeline bakışı veya o anki psikolojisi aynı olmayabilir. Bu sebepten her sağlık iletişiminin, istenilen şekilde sonuçlanmaması, hastadan da kaynaklanabilmektedir. Hasta tarafından yansıtılan olumsuzlukların sebebi, hastanın genel özellikleri ve karakteri dışında, o anki sıkıntı, kaygı ve hastalığının derecesinden de kaynaklanabilmektedir. Hastaların bu farklı özellikleriyle ilgili olarak Erbay, şu sıralamayı yapmaktadır:

- i-Çocuk hasta**
- ii- Suskun hasta**
- iii- Çok konuşan hasta**
- iv- Sinirli hasta**
- v- Paranoid hasta**
- vi- Dengesiz hasta**
- vii- Saldırgan hasta**
- viii- Yardımı reddeden hasta**
- ix- Demanslı hasta**
- x- Alkol vs. almış hasta**
- xi- İyileşmeyeceğini-öleceğini bilen hasta**
- xii- Komada olan hasta**
- xiii- Ölmekte olan hasta**

¹ E. Kocaçal Güler-İ. Eşer, “Hastanın Bakıma Katılımında Hemşirenin Rolü”, Fırat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.3, S.9, Elazığ, 2008, s.114

xiv-Doktor hasta¹

Burada, sağlık iletişimi içerisine girebilecek olan hastaların fiziksel, ruhsal, karakteristik özellikleri ile mevcut hastalıkları ve hastalıklarının derecesinden kaynaklanan durumları sıralanmaktadır. Bu farklı özelliklerdeki hastaların, sağlık hizmetinden yararlanma esnasındaki tutum ve davranışları farklılıklar gösterdiği gibi aynı şekilde bu hastalara hizmet sunan sağlık personellerinin de kişilerin içinde bulunduğu durumu göz önüne almasında yarar olacaktır.

2.4.1.1. Çocuk Hastayla İletişim

Mesleki tecrübelerden bilinmektedir ki çocuk hastalar, fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlanmamış bireylerdir. Genellikle sağlık tesisleri ve sağlık çalışanlarına karşı korku ve çekinme içerisinde olurlar. Hastalıkları konusunda da endişe taşırlar. Huzursuz, ağlayan, oradan uzaklaşmak isteyen, ebeveynlerinden yardım bekleyen pozisyonadırlar. Kendilerini, hastalıklarını, rahatsızlık sebeplerini ve derecesini anlatamayacak durumda olmaları muhtemeldir. Aynı şekilde, çocuk hastaların yakınlarının da diğer hasta yakınlarına kıyasla daha gergin ve endişeli olmaları beklenebilir. Bu durumdaki hasta ve hasta yakınlarıyla kurulacak iletişim de özen ve hassasiyet gerektirmektedir. Çocuğu ve ebeveynlerini sakinleştirmenin ilk şartı güven duymalarını sağlamak ve kendinden emin bir tavır sergilemektir. Çocuğun anlayacağı bir seviyede konuşmak, onu rahatlatıcı şekilde davranmak, ilgisini farklı alanlara çekmek gibi yöntemler faydalı olabilmektedir.

2.4.1.2. Suskun/Çok Konuşan Hastayla İletişim

Hastanın suskun veya çok konuşkan olması da iletişim konusunda sıkıntılar doğurabilmektedir. Sağlık personeli, özellikle hekimlerin çok yoğun çalışma şartlarında mesleklerini icra ettiklerinden bahsedilmiştir. Buradan hareketle çok fazla hastaya hizmet vermeye çalışan ve bu sebeple zamanı iyi değerlendirme amacıyla

¹ B. Erbay, Hastaya Yaklaşım Sistem Sorgulaması, <http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fnefroloji.medicine.ankara.edu.tr%2Ffiles%2F2013%2F10%2FYaklas.ppt&ei=FGnTVN-5GsutUYucgsAK&usg=AFQjCNH-cKJzTwVsjs8V8X3e458b234B9ew&bvm=bv.85142067,d.d24>, (20.12.2014)

olan sağlık personellerinin varlığı, suskun hasta açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir. Yine mesleki tecrübelere dayanılarak söylenebilir ki, kendini ifade edemeyen, iletişimi başlatamayan, sadece sorulara cevap veren bir hasta profili karşısında, işini hızlı halletme eğiliminde olan sağlık personelinin çok zorlayıcı olması ve iletişim çabası göstermesi beklenmeyecektir. Doğru olan uygulama, bu tür hastaların iletişime geçirilmesi için cesaretlendirilmesi, sabır gösterilmesi ve sorunlarını anlatmasının sağlanması şeklinde olmalıdır. Fakat özellikle kamu hizmeti sunan sağlık kurumlarındaki hasta ve personel sayılarına bakıldığında, bunun pek de mümkün olmadığı söylenebilir.

Aynı şekilde çok fazla konuşan hastalar da iletişimi zorlaştırmaktadır. Bu durumda tam tersi şekilde, hasta iletişime çok açıktır. Sağlık personelinin durumunu, iş yükünü, fiziksel ve ruhsal halini umursamaz. Yeterli olanın dışında bir ilgi, alaka, zaman beklentisi içerisindedir. Bu kişilik tipindeki hastalar soruları, yorumları ve nerileri ile sağlık personelini, standart işlerini ve yöntemleri uygulayamayacak derecede yormaktadırlar. Sonuç olarak istediklerinin aksine kendilerine normalden daha az zaman ayrılabilmekte ve gereksiz konuşmalar sebebiyle asıl sıkıntılarını ve hastalık sebeplerini yeterince anlatamamaktadırlar.

2.4.1.3. Öfkeli Hastayla İletişim

Sinirli hastalar da iletişim kurulması zor olan bir hasta grubudur. Kızgınlık genel bir karakteristik özellik olabileceği gibi, doğrudan sağlık tesisindeki uygulamalara, sağlık personeline, hastanın o anki durumuna karşı yönelmiş de olabilir. Böyle durumlarda hastanın kızgınlık sebebinden çok, bu kızgınlığın yatıştırılması önem taşımaktadır. Tate, fkeli hastalar ile iletişim konusunda şu önerilerde bulunmaktadır:

- i- Hastanın kızgın olduğunu anladığınızda bu durumu onula paylaşarak, nedenini sorabilirsiniz.
- ii- Tıbbi tanı ve tedavinin zayıflığını ve hatalarını kabul edin. Hastalar genellikle beklemekten dolayı sinirli olurlar. Bekletilmenin ve gecikmenin sebeplerini paylaşın.

iii- Her şeye gücünüzün yetmediğini kabul edin ve suçluluk duygusunu yenin. Sağlık personeli de her zaman haklı olmayabilir. Hataları açık yüreklilikle hastaya söyleyebilmek gerekir.¹

Tate' nin belirttiği gibi, hastayı dinlemek, anlamaya çalışmak, dürüst olmak ve doğruları söylemek, sinirli olan hastalarla iletişimde de başvurulması gereken en doğru yöntemdir.

2.4.1.4. Paranoid Hastayla İletişim

Paranoid hastalar, bilindiği gibi kuşkucu ve güvensiz bir davranış içerisindeyler. Hem hastalıkları hem de muhatap oldukları sağlık personeline karşı kuşkuları vardır. Paranoid hastalıkların özellikleri ve sağlık personelinin bu hastalara yaklaşımı konusunda, Hocaoglu şu görüşleri bildirmektedir: “Paranoid semptomlu hastaların tedavisi kimi zaman oldukça güçtür. Hasta şüpheli ve güvensiz olabilir. Psikiyatrik tedavinin kendisine zarar vermek için yapıldığına inanabilir. Bu nedenle paranoid semptomlu hastaların tedaviyi kabul etmelerini sağlamak için büyük ustalık ve inandırıcılık gereklidir. Bu bazen anksiyete ve insomni gibi nonspesifik semptomlar yardımı ile yapılabilir. Kendisinin kötülük yapmak isteyenlerle çevrildiğine inanan bir hasta sonuç olarak sinirlerinin gergin olduğunu ve bu gergin sinirlerinin tedaviye ihtiyacı olduğu kanaatine varabilir.”² Hocaoglu'nun da belirttiği gibi, bu tür hastaların tedavisi kadar, iletişim kurmak da oldukça zor olacaktır. Çünkü karşısındaki sağlık çalışanına güvensiz olacak ve kendisine zarar verilmek istendiğini düşünecektir. Böyle hastaların, tedaviyi kabul etmelerini sağlamak, büyük ustalık, inandırıcılık ve sabır gerektirir. Hastayı, sinirlerinin gergin olduğuna ve tedaviye ihtiyacı bulunduğuna inandırmak ve güvenini de kazanarak işe başlamak gerekir.

¹ P. Tate, “Doktorun İletişim El Kitabı”(Çev. S. Köseoğlu-G. Belendir), İstanbul, 1998, s.118

² Ç. Hocaoglu, “Paranoid Semptomlar ve Sendromlar”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Dünyası Dergisi, C.5, S.3, Trabzon, 2001, s.103

2.4.1.5. Dengesiz Ve Saldırgan Hastayla İletişim

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, özellikle son yıllarda, sağlık personelinin karşı karşıya kaldığı en büyük zorluk, saldırgan hastalar ve hasta yakınları tarafından meydana getirilen şiddet olaylarıdır. Basına yansıyan boyutu bile, durumun vahametini göstermektedir. Dengesiz ve saldırgan davranışların çeşitli sebepleri olabilir. Bu hareketler, kişinin genel karakter özelliklerine bağlı olabileceği gibi, sağlık hizmet sunumu esnasındaki olumsuzluklardan da kaynaklanıyor olabilir. Fakat ne sebeple olursa olsun, şiddet sergilemenin haklı bir yönü bulunmamaktadır. Sağlık personeli, dengesiz hareket ve şiddet eğilimi gösteren hasta ve hasta yakınlarına da hizmet sunmakla yükümlüdür. Bu tipteki hastalara daha anlayışlı, sakinleştirmeye yönelik, kızgınlığını desteklemeyecek şekilde yaklaşmak gerekir. Fakat bu ruh halinin yansıması şiddete dönüştüğünde, hastanın hiçbir haklı yanı kalmayacaktır.

SDP' nın belki de en çok eleştirilen yönü, hasta memnuniyetini artırmak adına, çalışan hakları ve güvenliğinin geri planda bırakılması idi. Daha önce de değinildiği gibi SDP ile sağlık sisteminde olumlu yönde ve köklü birçok değişiklik yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin niteliği, yaygınlığı, ulaşılabilirliği, fiziki, teknik ve teknolojik imkânları artırıldıkça, sağlık tesislerine başvuru sayıları ile hastaların beklentileri de epeyce yükselmiştir. Ayrıca sonradan adı 'Hasta İletişim Birimi' olarak değiştirilen 'Hasta Hakları Birimleri' kurulmuş, bu birimler vasıtasıyla hastaların her türlü şikâyet, öneri ve sorunları çözüme kavuşturulmaya çalışılmaktadır. Buna ek olarak SABİM, BİMER gibi sistemler sayesinde hastaların günün her saati başvurabileceği, yardım isteyebileceği, sorununu iletebileceği kanallar meydana getirilmiştir. Fakat bilinmektedir ki tüm bu iletişim birimlerine yapılan başvuruların büyük çoğunluğu, şikâyet içeriklidir. Bu şikâyetlerin önemli bir bölümü de sağlık çalışanları ile ilgilidir. Bu iletişim kanalları ve bu kanallara erişimin kolay olması, hastaların birçok sorununun hızlı ve yerinde çözümü imkânını getirmiştir. Bu durumun hasta memnuniyeti açısından da olumlu etkileri olduğu bir gerçektir.

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında, her türlü hasta şikâyetinin değerlendirildiği ve sürekli yönetimle karşı karşıya kalmalarını gerektiren bu sistem, olumsuz etkiler ortaya çıkarmıştır. İş yükü, özlük hakları, yönetsel sorunlar yanında bir de sürekli şikâyet ve savunmaya maruz kalmak, sağlık çalışanları üzerindeki baskı ve gerilimi artırmıştır. İlginç olanı, bu duruma karşın yine de şiddet gösteren, darp eden, hatta öldürenlerin hasta ve hasta yakınları olmasıdır. Bu konuda Sağlık-Sen sendikasının, sağlık çalışanları arasında yapmış olduğu bir çalışma, çarpıcı sayısal veriler sunmaktadır. Buna göre: “1300 sağlık çalışanından 1065’i (%81,9), işyerinde şiddetle karşılaşma endişesi yaşadıklarını belirtti. 1300 sağlık çalışanın 1128’i (%86,8), meslek hayatları boyunca en az bir kez, herhangi bir şiddet türünü tecrübe etmişlerdir. 1128 çalışandan 921’i (%81,4) son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüyle karşılaşmışlardır. Bu sistematik inceleme sonunda, sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet türünün yüksek olduğu, şiddetin en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve bunu hastaların izlediği sonucu bulunmuştur.

Kadınların sözel, erkeklerin ise fiziksel şiddete uğramada daha riskli gruplar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve hemşirelerin, şiddete maruz kalmada daha riskli gruplar olduğu görülmüştür. Şiddet olayının, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde meydana gelme riski, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.”¹ Bu araştırma şiddet olaylarının sayısal çokluğu ve yaygınlığını gözler önüne sermektedir. Hemen hemen araştırmaya konu olan her sağlık çalışanın en az bir kez şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Şiddet olaylarını daha çok hasta yakınlarının gerçekleştirdiği, şiddete de en çok hekim ve hemşirelerin uğradığı görülmektedir. Ayrıca kadın çalışanların en çok sözlü, erkeklerinse fiziksel şiddete uğradığı, şiddet vakaları bakımından ülke içerisinde bölgesel farklılıklar da görüldüğü belirtilmektedir.

Geç de olsa çalışan memnuniyetinin de artırılması gerektiği, aksi takdirde SDP ile yakalanan olumlu havanın tersi yöne dönebileceği düşüncesi ile bir takım

¹ Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Ankara, 2013, s.22

alışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların başında 14.02.2012 tarih ve 2012/23 sayılı alışan Güvenliğı Genelgesi gelmektedir. Bu genelgeye göre:

- i- “alışan Güvenliğı Komitesinin kurulması,
- ii- alışan Güvenliğı Programının hazırlanması,
- iii- çalışanlara yönelik sağık taramalarının yapılması,
- iv- çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağılanması,
- v- çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesine yönelik düzenleme yapılması,
- vi- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
- vii- Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
- viii- çalışanlara, çalışan güvenliğı konusunda eğıtimlerin verilmesi.”¹

Bu genelge uyarınca yapılan çalışmalar içerisinde ‘alışan Güvenliğı Birimleri’ kurulması ve ‘Beyaz Kod’ uygulaması öne çıkmaktadır. Hastalar gibi, çalışanların da sorun, sıkıntı ve şikâyetlerini iletebileceğı bir muhatap birimin olması, yararlı olacaktır. Ayrıca beyaz kod uygulaması da doğrudan şiddet olaylarını engelleme ve meydana gelenlerine anında müdahale amaçlı kullanılmaktadır. Son zamanlarda yargıya yansıyan vakalarda verilen cezalar, şiddet karşıtı kampanyalar ve bilinçlendirme çabalarının sonuç getirmesi umut edilmektedir.

2.4.1.6. Yardımı Reddeden Hastayla İletişim

Sağık iletişiminin amacı, hasta yönünden bakıldığında, sorunun, hastalığın ifade edilmesi neticesinde teşhis ve tedavinin yapılarak, sağığın yeniden teminidir. Fakat bunun hasta tarafından istenmediğı durumlar olabilir. Yardımı ve tedaviyi reddeden hastalar olabilmektedir. Bu kişiler yakınlarının, arkadaşlarının zorlaması ile sağık kurumlarına başvurumaktadırlar. Durum böyle olunca sağık personeli açısından da işler zorlaşmaktadır. Sessiz hasta başlığında da anlatıldığı gibi zamanın kısıtlı ve değerli olduğu bir çalışma ortamında, bu türdeki hastalara zaman ayırmak, sabır ve ilgi göstermek, sağık çalışanları için bir özveri gerektirmektedir.

¹ T.C., Sağık Bakanlığı, “alışan Güvenliğı Genelgesi”,
<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/Dokumanlar/calisangenelgesi.pdf> (30.12.2014)

2.4.1.7. Demanslı Hastayla İletişim

Demans denen hastalık, yaşlılığın ileri döneminde görülen ve kısaca zihnin kaybedilmesi olarak açıklanabilecek bir hastalıktır. Bu hastalığı taşıyan bireylerle kurulacak iletişim de hassasiyet gerektirmektedir. Bu konuda Akyar, şu tavsiyelerde bulunmaktadır:

- i-** “Bireye yetişkin gibi davranın.
- ii-** Anlaşıldığınızı düşünün ve hastanın sizi anladığını aklınızda bulundurun
- iii-** Sözel olmayan duygu ifadelerini gözlemleyin ve takip edin
- iv-** Sohbeti mimik ve dokunma ile kolaylaştırın.
- v-** Cevaplaması için zaman verin
- vi-** Hastalığın arkasında bir birey olduğunu hatırlayın ve iletişim esnasında hastayı tanımak için özelliklerine dikkat edin
- vii-** İletişim amacına göre iletişim stratejilerini değiştirin”¹

Bu tavsiyelerden de anlaşılacağı gibi, demanslı hastalarla kurulacak iletişimde sabır ve ilgi ön planda olmalıdır.

2.4.1.8. Alkol vs. Almış Hastayla İletişim

Alkol ve diğer uyarıcı maddeler almış hastalar, sağlık tesislerinde sorun çıkarabilecek ve şiddet gösterebilecek potansiyele sahip hastalardır. Kullanmış oldukları maddelerin etkisiyle saldırgan davranışlarda bulunabilirler. Bunlarla muhatap olacak sağlık personellerinin de dikkatli olmaları, öncelikle kendi güvenliklerini sağlamaları gerekir. Bu hastalarla iletişimde de, gerginlikten uzak durulması, hastanın sorununa odaklanılması ve gereksiz tartışmalara girmekten kaçınılması gerektiği düşünülmektedir.

¹ İ. Akyar, “Demanslı Hasta Bakımı Ve Bakım Modelleri”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, C.18, S.2, Ankara, 2011, s.85

2.4.1.9. Ölmekte Olan, Öleceğini Bilen Ve Komadaki Hastayla İletişim

Her sağlık çalışanı bilmektedir ki ölmek üzere olan, tedavisi mümkün olmayan veya komadaki hastalar ile iletişim kurmak, onlara kötü haber vermek, hastalıkları hakkındaki gerçeği söyleyebilmek, en zor görevlerden biridir. Bu durumdaki hastalar, çoğu kez iletişim kurulamayacak derecede rahatsız veya bilinçsiz durumda olurlar. Bu defa da aynı iletişimi, hasta yakınları ile kurmak gerekir. Bu da en az hasta ile olduğu kadar zordur. Hasta yakınları, sevdikleri insanı kaybedecek olmanın üzüntüsü içerisinde olurlar. Bazıları ise durumu kabullenmekte zorlanabilir. Hatta yapılabilecek herhangi bir tıbbi müdahale ihtimali olmayan hastaların ölümünden bile sağlık personellerinin sorumlu tutulduğuna şahit olunmaktadır. Bu şekildeki kötü haber verme durumlarında yapılması gerekenler ile ilgili olarak Tate şu görüşü savunmaktadır: “ Dört tane önemli kural vardır:

1. Hastanızı olaya dâhil edin
2. Hastanıza sempati gösterin
3. Hastanızı eğitin
4. Hastanıza tedavi planını açıklayın”¹

Burada bahsedilen konu, bilinci açık olan ve tedavisi mümkün olmayıp, ölümle sonuçlanacağı bilinen hastalara karşı takınılması gereken tavırlardır. Hastaya sempati ve açık yüreklilikle yaklaşılması, hastalığı konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi ve bundan sonra neler yapılabileceği konusundaki fikirlerin paylaşılması uygun olacaktır. Böylece hastalığı konusunda bilgilenen ve tedavi süreci konusunda bilgilendirilen hastaların, sürece katılımı sağlanarak morali yüksek tutulabilir.

Sağlık iletişimini başlatan hastaların ve hasta yakınlarının özellikleri ve bazı durumlarda iletişimin zorlaştığı konusunu bu şekilde ifade etmek mümkündür. İletişimi zorlaştıran hasta tipleri ve bu tipteki hastalarla karşılaşan sağlık personellerinin uygulaması gereken bazı yöntemler hakkında bilgi verilmiştir. Bunlar dışında, iletişim kaynağının kültürel özelliklerinin de iletişim açısından önemli olduğunun vurgulanması gerekir. Bu konuda Erdem ve Günlü’ nün çalışmasında şu

¹ Tate, s.115

bilgilere yer verilmektedir: “ İletişimde etkinlik sağlayabilmek için, içinde bulunulan toplumun kültürel eğilimlerinin bilinmesi önemli yararlar sağlar. Özellikle farklı kültürel geçmişi olan kişilerin, insanları anlama ve mesajlarını anlamlandırmada karşıdaki kişinin kültürel iletişim eğilimlerini bilmeleri gerekir. Kültürel farklılıklardan habersiz şekilde kurulacak iletişim, yanlış anlamalara ve iletişimin etkililiğinin kaybolmasına neden olur.”¹ Buradan da anlaşılacağı gibi, hastanın içerisinde bulunduğu kültürün göz önüne alınmadığı bir iletişimin, sağlıklı olması mümkün görünmemektedir. İçinde bulunulan toplumun kültürel eğilimleri, sağlık davranışları, öncelikleri, anlayış ve konuşma tarzı gibi faktörler, derdini doğru şekilde ifade edebilmesi konusunda son derece etkilidir. Sağlık personellerinin de bu faktörü göz ardı etmemeleri gerekir.

2.4.2. Mesaj (İleti)

İletişim sürecinin diğer bir faktörü, karşı tarafa aktarılan mesajdır. Bu mesaj, iletişimin amacını ifade eder. Mesajın vericisi, alıcısı, mesajlaşmanın gerçekleştiği ortam gibi faktörler, bu amaca hizmet etmektedir. İletişimde asıl istenen, mesajın doğru şekilde iletilmesi ve doğru şekilde anlamlandırılarak, karşılık bulmasıdır. Tüm bu işlemlerin kaynağındaki ana faktör ise mesajın kendisidir. Tayfun, mesaja ilişkin şu bilgileri vermektedir: “ Kısa bir ifade ile mesaj, akılda bulunan ve iletişimde kullanılmak istenendir. Zihinsel anlamda akılda tutulan bir bilgi, görüş, düşünce, inanç ya da eğilimin paylaşımını içermektedir.”² Mesaj, iletişim süreci içerisinde, iletişimi başlatan kişi tarafından zihinde oluşturulan, düşünülen ve iletişimin başlaması ile aktarılanlardır. İletişim, süreklilik arz eden bir durumdur. Yani başta bahsedilen süreç aşamalarının tamamlanmasıyla, iletişim sona ermez. Mesajın ilk gönderimi, iletişimi başlatan tarafından yapılır. İletişimin muhatabı olan alıcı, mesajı alır yorumlar. Daha sonra geri bildirimde bulunur. Bu geribildirim de aslında bir mesajdır. Sonrasında ilk gönderici tekrar bir mesaj gönderebilir ve süreç böylece kendini tekrarlayarak ve mesajın içeriği değişerek devam eder. Ta ki taraflar istediğini elde edene veya farklı sebeplerden iletişim sonlanana dek.

¹ R. Erdem-E. Günlü, “İletişim Eğilimlerinin Yüksek Bağlam-Düşük Bağlam Ayırımı İle İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C.9, S.2, Ankara, 2006, s.179

² R. Tayfun, Etkili İletişim Ve Beden Dili, Ankara, 2007, s.12

Sağlık iletişimindeki, verici tarafından gönderilen ilk mesaj, sağlık sorununun karşıdaki sağlık personeline aktarılması olacaktır. Bu mesajın içeriği kişinin sağlık sorunları, şikâyetleri, ağrı, acı hissetmesi, daha önce geçirdiği hastalıklar olabileceği gibi, sadece genel sağlık durumu hakkında bilgi almak amaçlı da olabilir. Bu süreçte hastanın veya hasta yakınının sorumluluğu, mesajı doğru ve amaca uygun şekilde karşı tarafa iletebilmektir. Bu başarıldığı takdirde, mesajın yorumlanması ve geribildirimi, sağlık personeli tarafından yapılacaktır. Sağlık personeli tarafından yapılan geribildirim de özü itibarıyla bir mesajdır. Bu şekilde kişilerin aktarımı bitene ve amaca ulaşılan kadar, mesajların gönderimi devam edecektir.

Bahsedilen mesajın, her zaman sözlü iletişimin malzemesi olan, konuşma olması gerekmez. Beden dili ile karşı tarafa verilen de bir mesajdır. Her iletişim süreci içerisinde beden dili ile gönderilen mesajlar büyük önem taşımaktadır. Hatta iletişim konusunda yapılan çalışma ve ulaşılan kaynaklarda, beden dilinin sözlü iletişime göre çok daha fazla etkili olduğu görüşüne rastlanmaktadır. Bu konuda Tayfun şu bilgileri sunmaktadır: “Birçok meslek gurubunda isabetli sonuçlar alabilmek, karşıdaki kişinin davranışlarını doğru değerlendirmeye bağlıdır. Konuşulanlar ile insanın vücut hareketleri, yüz ifadeleri veya ses tonu zaman zaman farklı bir ifadeyi taşıyor olabilir. Kelimelerin gerçek anlamları, jestler ve mimikler ile kuvvetlenip zayıflamaktadır. Değerlendirme yaparken sadece kişinin söyledikleri değil, davranışları da dikkate alınmalıdır.”¹ Bu ifadelerden anlaşılacağı gibi, iletişimin doğru mesajlar verebilmesi için sözlü ifadeler kadar, bedensel ifadelerin de önemi büyüktür. Kişinin söylediği sözlerin anlamlandırması yapılırken, konuşması esnasındaki vücut hareketleri, yüz ifadeleri, jest ve mimikleri de dikkate alınmalıdır. Bu şekilde daha sağlıklı bir iletişim kurmak mümkün olacaktır. Sözler ile beden dilinin örtüştüğü bir iletişim, daha güven verici ve etkili bir iletişimdir.

Sağlık iletişiminde de beden dilinin önemli bir yeri vardır. Özellikle iletişimi başlatan vericinin yani hastanın, sağlık sorunlarını anlatırken, beden dilini kullanması çok faydalı olacaktır. Ağrı duyduğu bölgeyi göstermesi, vücut şeklindeki değişiklikler, duruşu ve diğer fiziksel özelliklerini yansıtarak daha doğru bir iletişim

¹ Tayfun, s.137-138

sağlayabilir. Aynı şekilde iletişimin muhatabı olan sağlık personelleri de karşısındaki insanın fiziksel özellikleri, yüz hareketleri, jest ve mimiklerinden faydalanarak mesajı doğru okuma şansını yakalayabilir. Örneğin çok ağrısı olduğunu söyleyen bir hastanın duruş şekli ve yüz hareketleri, bu durumu doğrulayabilir. Aksi durumda da hastanın, sağlık sorununu abarttığı düşünülebilir. Aynı şekilde iskelet yapısındaki görülür bir bozulma, hasta hiç konuşmasa bile hekimin kırık teşhisi koymasını sağlayabilir. Bu şekilde örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bu örneklerden anlaşıldığı kadarıyla, beden dili sağlık hizmetlerindeki iletişim açısından çok değerlidir. Beden dili yöntemiyle gönderilen ve alınan mesajlar, sağlıklı ve etkili bir iletişimin anahtarı olma özelliğini gösterebilecek önemdedir.

2.4.3. Mesajın Hedefi (Alıcı)

İletişim sürecinin, iletişimi başlatan kişi ve bu kişinin gönderdiği mesajdan sonraki aşaması, mesajın hedefinde olan kişi, yani alıcıdır. Mesajın hedefi ile ilgili tanımlama, Aziz tarafından şu şekilde yapılmaktadır: “Her iletişim olgusunda göndericinin(kaynağın) iletinin(mesajın) hedefi olarak seçtiği bir ‘alıcı’ taraf vardır. Alıcı tek bir birey olabileceği gibi, küme, topluluk(lar) ya da kurum ve kuruluşu(lar) olabilir. Hedefteki bu alıcı, kaynağın duygu, düşünce, fikir, istek ve ihtiyaçlarına cevap verecek olan kişidir. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda başlayan iletişim ve kaynağın zihnindekileri taşıyan mesaj alıcıya iletilir. Alıcı ya da hedef olmadan iletişimden söz etmek olanaksızdır. Çünkü kaynağın gönderdiği mesajın hedefe bilgi aktarımı, hedefte tutum ve davranış değişikliği yapması gibi bir amacı vardır.”¹ Burada da belirtildiği gibi iletişimin amacı, mesajın muhatabına yani alıcıya iletilebilmesidir. İletişimin başarılı olabilmesi için mesajın iletilmesi yeterli olmayacak, alıcı tarafından anlaşılması, yorumlanması ve geribildirim yapılması gerekecektir. Bu bağlamda alıcı olmadan, bir iletişimden söz etmek mümkün görünmemektedir. Çünkü daha önce de bahsedildiği gibi iletişim, süreklilik arz eden bir süreçtir. Gerçek bir iletişimden bahsedebilmek için döngünün en az bir kez gerçekleşmesi gerekir. İletişim döngüsündeki süreçlerden bir tanesinin eksikliği, iletişimi koparır ve amaca ulaşılmasını engeller. Burada da alıcının olmaması iletişimi, bilinen tabirle ‘kendi

¹ Aziz, s.29-30

kendine konuşma' şekline sokar. Böyle bir eylemin iletişim olarak kabul edilmesi, sağlık iletişimi içerisinde mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerindeki iletişimin hedefi, alıcısı, sağlık personelleridir. Bu iletişim dalındaki kaynak olan, hastaların, sağlık kurumlarına başvurma amaçları genel olarak, sağlık sorunlarıdır. Bu sorunların sözlü ve beden dili şekline getirilmesi ile oluşan mesajın muhatabı ise sağlık personelleridir. Daha önce de bahsedildiği gibi, sağlık sektörü dendiğinde, bu sektörün insan gücü olarak akla ilk gelenler, hekimlerdir. Sağlık iletişimi dendiğinde de en çok araştırmaya konu olan sağlık personelleri, yine hekimlerdir. Sağlık iletişimi araştırmacıları daha çok hasta-hekim ilişkisi üzerine yoğunlaşmışlardır. Bunu hasta-hemşire iletişimi takip etmektedir. Aslında hasta ile en çok karşı karşıya gelen ve hasta ile iletişim sonucu, etkileşimi en fazla olan sağlık personelleri de hekim ve hemşirelerdir. Bunun kötü bir ispatı da sağlık personellerine şiddet konusunda bahsedildiği gibi, en çok şiddete uğrayan sağlık personellerinin de hekim ve hemşireler olmasıdır. Aslında bugünün sağlık sisteminde, taşeronlaşma neticesinde sayıları hızla artan poliklinik sekreterliği çalışanları da önemli bir sayıya ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin yoğun şekilde sunulduğu hastanelerde görev yapmakta ve hastalarla ilk temas kuran, sonrasında da işlemlerini takip eden kişiler olarak, hastalarla ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olmaktadır. Fakat bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanamamıştır. Sağlık hizmetlerinde, iletişimin diğer paydaşları da ebeler, sağlık memurları, laborantlar, anestezi ve görüntüleme teknisyenleri/teknikerleri, diyetisyenler, fizyoterapistler, eczacılar, psikologlar, acil tıp teknisyenleri gibi daha sayılabilecek birçok ölüm ve branştaki sağlık çalışanlarıdır.

2.4.3.1. Hekim

Hekimler, sağlık hizmetlerinin her biriminde, Bakanlık ve taşra teşkilatlarının yönetiminde, sağlık hizmet basamaklarının hepsinde asli unsur olarak görev yapmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin planlaması, hekim sayıları üzerinden yapılır. Sağlık istatistikleri, kişi başına düşen hekim sayısı üzerinden değerlendirilir. Sağlığın planlaması ve yönetiminin siyasi ayağını hekim kökenliler, bürokratik ayağını ise yine hekimler yürütmektedir. Vatandaş açısından da sağlık hizmetinin ana kaynağı

hekimdir. Hal böyle olunca da sağlık iletişiminin de büyük kısmını hasta-hekim iletişimi teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında çalışanlar arasında, yüksek oranda branşlaşma ve uzmanlaşma mevcuttur. Buna hekimler de dâhildir. Hekimlik eğitiminin sonucunda, pratisyen hekim ünvanı ile mezun olunur. Pratisyen hekimlik hakkında, Hasta Rehberi' nde şu bilgilere yer verilmiştir: "Altı yıllık (bazıları yabancı dil hazırlık sınıfı ile 7 yıldır) Tıp Fakültesi eğitimi tamamlayan tıp öğrencileri, Pratisyen Hekim olarak mezun olurlar. Eğitim düzeyi bakımından pratisyen hekimlik, yüksek lisansa muadildir. Pratisyen hekimler, kamu veya özel sektöre ait bir sağlık kurumunda (kendi muayenehanelerinde) 1. Basamak sağlık hizmeti olarak adlandırılan ayaktan hasta muayenesi, teşhis ve tedavisi ile koruyucu hekimlik hizmetlerini (aşılama, aile planlaması, gebe ve çocuk takibi gibi...) ve kurumdaki diğer hizmetleri, gerekiyorsa yönetsel görevleri yürütürler."¹ Tıp Fakültelerinden pratisyen hekim olarak mezun olan hekimler, bu düzeyde en çok aile hekimi olarak görev yapmaktadırlar. Bilindiği gibi ülkedeki aile hekimliği sistemi, aile hekimliği eğitime tabi tutulmuş pratisyen hekimler üzerinden yürütülmektedir. Bunun dışında, birinci basamak hizmetlerin diğer kurumlarında ve hastanelerin acil servislerinde genellikle pratisyen hekimlerin görev yaptığı görülmektedir. Ayrıca birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, il-ilçe sağlık müdürlüklerinde, halk sağlığı müdürlüklerinde, kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerinde, merkez teşkilata bağlı kurumlarda ve bakanlık bünyesindeki idari birimlerde görev yapmaktadırlar. Sağlık hizmet sunumunda görev yapan hekimler, sadece pratisyen unvanında çalışmazlar. Asistan hekim, uzman hekim, üniversite kadrolarındaki akademik unvanlardaki hekimler ve dış hekim gibi kadrolar da sayılabilir.

Hasta-hekim iletişiminin, sağlık iletişimi içerisindeki yeri ve önemi konusuna sıkça vurgu yapıldı. Bu iletişimi önemli kılan ilk nokta, teşhis aşamasıdır. Kurulacak iyi bir iletişim, hastanın sorunlarının doğru anlaşılmasına ve gerçekçi bir tanı konulabilmesine olanak sağlayacaktır. Bu ikili arasında sağlıklı bir iletişimin gerçekleşebilmesi için, çeşitli etkenler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi, hastanın hekime duyduğu güvendir. Bu konuda Karsavuran, Kaya ve Akturan' ın yapmış

¹ Özlü-Bostan, s.41

olduğu bir çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın sonucunda şu görüşlere yer verilmiştir: “Hasta-hekim ilişkisinin temelini güven oluşturur. Hastalar hekimlerinden gerekli bilgiyi edinme, kişisel bilginin saklanacağına inanma ve gerekli sağlık hizmeti alacaklarına dair güven duyma ihtiyacı hissederler. Hekimlerine güven duymayan hastalar, hekimlerinin uygulamalarını, önerilerini yerine getirmeyebilirler. Dolayısıyla tanı ve tedavileri tamamlanamayabilir. Ayrıca çalışmalar güvenin hastaların aynı sağlık kurumuna ve aynı hekime devam etmelerinde de önemli role sahip olduğunu göstermektedir.”¹ Bu geniş kapsamlı çalışma, hasta-hekim iletişiminin birçok yönünü ve sonucunu ortaya koyması bakımından önemlidir. Hasta-hekim iletişiminin temelini güven duygusu oluşturur. Hastanın hem hekimin mesleki yeterliliğine ve bunun sonucunda doğru teşhis ve tedavi hizmeti alabileceğine, hem de kişilik haklarının korunacağına ve gizlilik kuralına uygun hareket edileceğine güven duyması, sağlıklı bir iletişimin temelini oluşturur.

Güven duygusu temelinde başlayan iletişimin, etkili bir iletişim olmasının tek sonucu, hekimin doğru teşhis koyması ve doğru tedavi yöntemini uygulamasıyla sınırlı değildir. Güven duygusunun olması, hastanın teşhis sonrasında hekimin verdiği tedavi programını eksiksiz yerine getirmesi konusunda da etkilidir. Hekim ile iyi iletişim kurmayı başaran ve hekimine güven duyan hastaların, verilen tedaviye olan inançlarının da güçlü olduğu ve bu tedaviyi uygulama konusunda istekli oldukları gözlenmiştir. Ters durumda, hastasına güven vermeyen bir hekimin önermiş olduğu tedavi programını uygulama konusunda, hastaların tereddüt ve tedirginlik yaşaması olağandır. Böyle durumlarda hastaların genellikle, aynı şikâyetlerle farklı hekimlere gittikleri ve onların teşhis ve tedavilerini de karşılaştırmak isteği duydukları gözlemlenmektedir. Hasta-hekim iletişimindeki güven duygusuna bağlı olarak değişen bir diğer faktör de hastaların, başvurdukları sağlık kurumları tercihidir. Hekim tercihinde olduğu şekilde, hekime karşı güvenini kaybeden hastaların, başka hekimler bulma gayretiyle, başvurdukları sağlık kurumlarını da değiştirmeleri olasıdır.

¹ S. Karsavuran-S. Kaya-S. Akturan, “Hasta Hekim İletişiminde Güven”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C. 14, S. 2, Ankara, 2011, s.199-200

Hasta-hekim iletişiminin, hasta gözüyle bakıldığında görülen öncelikleri dışında, hekimin, bazı durum ve davranışları yönünden de etkileri olduğu bilinmektedir. Hekimlerin kendilerine başvuran hastalara güler yüz göstermesi, sorunlarını anlatması için zaman tanınması, iletişim becerisi olmayan türde hastalarını bu konuda cesaretlendirmesi, onları anlamaya çalışması, onları dinlediğini belli etmesi, hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi vermesi ve onların bu konudaki görüşlerini alması gibi sayılabilecek birçok davranış şekli, hasta-hekim ilişkisini ve hastanın güvenini olumlu yönde etkileyecektir. Bunların yanında daha önce de bahsedildiği gibi hastanın kültürel özelliklerinin bilinmesi ve bunların da dikkate alınması, iletişimi kolaylaştıracak bir etken olacaktır.

Hasta-hekim iletişiminin bir diğer faktörü de hekimin kişilik özelliğidir. Bu kişilik özellikleri, hastanın kafasındaki hekim imajının ne şekilde karşılandığıyla ilgilidir. Bu konuda Tate şu bilgileri vermektedir: “ Hastaların beklentisi güçlü bir doktordur ve çoğu zaman bunu isterler; yani güven tazeleyici bir otoriteye sahip olan, açıklamaları endişeyi azaltan bir doktor. Tıp ya da ‘Asklepyon’ otoritesinin bir tanımlaması bu otoriteyi üçe ayırır: akılsal, törel ve karizmatik otorite.”¹ Tate’ nin bu açıklamasında bahsettiği akılsal otorite; hekimin, alanındaki uzmanlığı ve bilgi birikiminden kaynaklanan otoritedir. Hekim, bilgi birikimini hastanın anlayamayacağı terimler ve yabancı kelimelerle süslediği konuşmasıyla değil, hastasının anlayacağı dildeki açıklamaları ile göstermelidir. Aksi takdirde, bilgi çağı denen bu zamanda, hastaların gözünü boyamak ve kafasını karıştırarak üstünlük sağlamak, riskli bir yöntem olacaktır. Bilgi, deneyim ve uzmanlığını hastaların da anlayacağı bir dille ve yöntemle aktararak sağlanan otorite ve güven, daha sağlıklı olacaktır.

Törel otorite; toplum içerisindeki ‘hekim’ imajından kaynaklanan bir otorite şeklindedir. Hipokrat’tan beri hekimler, toplum içinde saygı gören, el üstünde tutulan, tolerans gösterilen bir meslek grubu olmuşlardır. Törel otorite de bu gelenekten gelen bir otorite türüdür. Hekimin yapması gereken bu doğal ve geleneksel otoritesini korumak ve toplum nezdinde saygınlığına gölge düşürecek tutum ve davranışlardan uzak durmak olacaktır. Gerçi son dönemlerde bu geleneksel saygınlık ve itibar hiçe

¹ Tate, s.15

sayılarak, yapılan şiddet eylemleri bu otoriteye gölge düşürse de, bu durum hekimlerden değil toplumun değer yargılarındaki bozulmalardan ve içinde bulunduğu ruh halinden kaynaklanan bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Son olarak karizmatik otorite de hekimin genel duruş, davranış, mesleğinin getirmiş olduğu ağırbaşlılık, mesleğin sahip olduğu kutsallık ve idealistlikten kaynak almaktadır.

2.4.3.2. Hemşire

Sağlık hizmet sunumunda, hekimlerden sonra en ön planda olan sağlık çalışanları, hemşirelerdir. Bunda, sağlık personelleri içerisindeki sayısal fazlalıkları, hekimin olduğu her alanda onların da yer alması, yaptıkları iş ve görevlerin çeşitliliği, mesleklerinin tarihsel derinliği gibi birçok neden sıralanabilir. Bu sebeplerden dolayı hekimler gibi, sağlık göstergelerinin istatistiki analizlerine, personel planlamalarına ve ne yazık ki hasta ve hasta yakınlarının şiddetine maruz kalmaktadırlar. Oysaki hemşire figürü, herkesin belleğinde, beyazlar içindeki kıyafetiyle, hastane duvarlarından eksik olmayan fotoğrafıyla, şefkat ve merhamet duygularıyla hizmet veren, yeri geldiğinde kendi anne babasına göstermediği ilgi ve alakayı hastalara gösteren, kazandığı para ile ölçülemeyecek değerde özveri ve emek ile çalışan insanlardır.

Hemşire olabilmek için gerekli olan eğitim ve hemşirenin görevleri konusunda, Hasta Rehberi'nde şu bilgilere yer verilmektedir: “ Hemşireler, Sağlık Meslek Lisesi(4 yıl), Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu(2 yıl), Sağlık Yüksek Okulu veya Hemşirelik Yüksek Okulu(4 yıl) mezunudurlar. Hemşirelerin esas görevi hasta bakımındır. Hasta bakımının tıbbi yönünü doktor belirler, hemşire uygular. Tıbbi olmayan kişisel bakım yönünü ise, hemşire almış olduğu eğitime bağlı olarak gerçekleştirir. Hemşireler, hasta servisleri dışında laboratuvar, ameliyathane, sağlık ocağı gibi ünitelerde de çalışırlar.”¹ Bu bilgilerden de anlaşılacağı gibi, hemşirelik mesleği hem lise, hem ön lisans hem de lisans eğitimi neticesinde icra edilebilmektedir. Lise düzeyindeki eğitimden sonra meslek hayatına geçiş mümkün olduğundan, hemşirelik, her zaman ‘kolay yoldan meslek sahibi’

¹ Özlü-Bostan, s.44

olmanın anahtarı olarak gösterilmiştir. Fakat hemşirelik, kolay bir meslek değildir. Hekimler tanı ve tedavi programını belirledikten sonraki süreç tamamen hemşirenin kontrolünde sürdürülmektedir. Tedavinin uygulanması sürecini hemşireler yürütmektedir. Standart tedavinin yanında, hastanın bakımı da hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşireler bu bakım olayını da mekanik şekilde değil, insani şekilde ve ilgi, şefkat temelinde yürütmektedirler.

Hemşirelik mesleğinin, bu yönleriyle insan ilişkileri ve iletişim temeline dayalı bir meslek olduğu söylenebilir. Bu konuda yapılan Hekim ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi adlı çalışmada şu ifadeye yer verilmektedir: “Hemşirelik, insan ilişkileri üzerine temellenmiş bir meslektir ve hemşirelik bakım sürecinin etkinliği, hemşirenin diğer bireylerle etkin iletişim kurma yeteneğine bağlıdır.”¹ Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi, hemşirelik mesleğinin temeli insan ilişkileri ve iletişim üzerine kuruludur. Nasıl ki hekimin doğru teşhis koyması ve tedavinin başarılı devam etmesi, hastasıyla olan iletişiminin niteliğiyle bağlantılıysa, hemşirenin de hastayla olan iletişiminin kalitesi, hastanın tedavi ve bakım süreçlerinin kesintisiz ve amacına uygun şekilde sürdürülmesi ile yakından alakalıdır.

Hemşirelerin, hastaların tedavi ve bakım süreçlerindeki etkinliğinden ve bu etkinliğin sağlanabildiğinde görülen olumlu etkilerden bahsederken, olaya hemşireler tarafından da bakmakta yarar vardır. Hemşireler, göreve gelirken, görev tanımlarında belirtilenleri yapmakla yükümlü olduklarını bilmektedirler. Ayrıca meslek hayatlarını sürdürürken, görev tanımlarında yer almayan birçok işi de yüklenmekte, işlerine sevgi ve şefkat gibi duyguları, ilgi, alaka, sabır gibi davranışları da katmaya çalışmaktadırlar. Fakat nihayetinde tüm sağlık çalışanları gibi, hemşireler de insandır. Bu sebeple, onların da bir takım sıkıntıları, sorunları ve endişeleri olabilmektedir. Bu sorunlar içerisinde, iş yoğunluğu ile işin niteliğinin değişmesi ve sınırlarının sürekli artması da yer almaktadır. Bu konuda Gordon ve Edwards şu bilgileri vermektedir: “Hemşireler artık teknolojik bakımla daha çok ilgililer. Yoğun kırtasiye işlemleri ve karmaşık makinelerle uğraşmak zorunda kalmaları, onları başlarda kendilerini hemşireliğe iten nedenlerden ve hastaya şefkat göstermekten

¹ Babadağlı-Ekiz Erim-Erdoğan, s.53

alıkoyabiliyor.”¹ Daha önce de söylendiği gibi, hasta-hemşire ilişkilerindeki belirleyici unsur, ilgi ve şefkat temellidir. Fakat artan iş yükü, buna karşın hemşire sayısının ülke genelindeki yetersizliği, adaletsiz personel dağılımı gibi sebeplerle hemşireler, mesleklerinin asli unsuru olan hasta ilişkilerine yeteri derecede zaman ayıramamaktadırlar. Bunun yanında bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak, sağlık sektöründe de yüksek oranda makineleşme ve tıbbi cihaz kullanımı olduğu görülmektedir. Hemşireler de bu cihazların kullanıcısı olarak, sürekli kendilerini geliştirmek ve öğrenmek durumundadırlar. Ayrıca kalite uygulamaları, istatistik ve arşiv çalışmaları kapsamındaki birçok evrak ve kırtasiye işini de hemşireler yapmaktadır. Durum böyle olunca, onlardan hasta bakımı konusunda yüksek performans beklemek, daha fazla fedakârlık anlamına gelecektir.

Hemşirelerin çalışma şartları ve mesleklerini uygulama esnasında karşılaştıkları zorluklar hakkında birçok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalar olumsuzlukların giderilmesi adına bazı ipuçları sunabilmektedir. Bu konuda Karadağ ve Taşçı'nın yapmış olduğu çalışmanın sonuç kısmında şu bilgilere yer verilmektedir: “Hastalara etkin bir bakımın verilmesi motivasyon, fizik ortam, ücret gibi faktörlere bağlıdır. Çalışmada hemşireler çalışma koşullarının uygunsuzluğu, iletişim sorunları, görevi olmayan uygulamaları yapma ve motivasyon eksikliğinin verdikleri bakımı etkilediğini ifade etmiştir.”² Bu ifadeler, hemşirelerin sorunları hakkında doğru değerlendirmeler yapıldığını göstermektedir. Hemşirelerin çalıştıkları ortamların uygunsuzluğu, hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar ve iletişim eksikliği, fazla iş yükü ve tüm bunların sonucunda ortaya çıkan motivasyon eksikliği, görevlerini yerini getirmelerini ve sonucunda da hasta tedavi ve bakım sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmalar ve değerlendirmeler ışığında atılacak adımlar, sağlık sisteminin geleceği adına yararlı olacaktır.

¹ T. Gordon-W. S. Edwards, Doktor Hasta İşbirliği (Çev. E. Aksay), İstanbul, 1995, s.10

² S. Karadağ-S. Taşçı, “Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler”, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, C. 14, Hemşirelik Özel Sayısı, Kayseri, 2005, s.14

2.4.3.3. Ebe

Ebeler de sayıları hemşireler kadar olmasa ve çalışma alanları sınırlı olsa da sağlık sisteminin önemli bir kısmını temsil ederler. Bu kısım, kutsal ve mucizevi bir olay olan, doğumdur. Doğum olayında görev alan ebeler de hem bebek hem de anne sağlığı ve eğitimi konularında önemli görevler üstlenmişlerdir. Ebelik mesleği hakkında Hasta Rehberinde şu bilgilere yer verilmiştir: “Ebeler, sağlık meslek lisesi, meslek yüksek okulu veya yüksek okul mezunudurlar. Görevleri; doğum ve doğum kontrolü ile ilgilidir. Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların sağlıklı olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler.”¹ Burada da belirtildiği gibi ebelerin görevleri doğumla ilgilidir. Fakat sadece doğum esnasında değil, doğum öncesinde, gebelerin doğuma hazırlanması, bilgilendirilmesi, anne ve bebeğin takibi, kontrolleri ile doğum sonrasındaki bakım, tedavi, bilgilendirme ve annenin eğitimi de ebelerin vazifeleri arasındadır. Bu şekilde bakıldığında, toplum sağlığı açısından görevlerinin ehemmiyeti ortaya çıkmaktadır. Uluslararası sağlık göstergeleri içerisinde yer alan bebek ve anne ölüm oranlarının önemi ve SDP ile bu oranlarda yaşanan düşüş konularına değinilmişti. Bu iyi göstergelerin ortaya çıkmasında, ebelerin büyük katkı yaptığı düşünülmektedir.

Ebelik mesleği, kutsal bir meslektir. Çünkü doğum olayı, kutsal bir olaydır. İşin içerisinde doğum, anne ve bebek gibi bileşenler olduğunda, hem anne hem de yakınlarının hassasiyeti, endişesi, gerginliği tahmin edilebilir. Durumun böyle olması, ebelerin iletişim konusundaki ilgi ve becerisini ön plana çıkarmaktadır. Ebelerin, iletişim becerilerini kullanmasını engelleyen durumlar da mevcuttur. Hemşirelerde olduğu gibi, ebelerde de iş yükü, uzun çalışma saatleri, mali ve özlük hakların yetersizliği gibi konularda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu sebeple ebelik mesleği konusunda da bir takım çalışma ve araştırmalar yapılmaktadır.

Ebelik mesleği ve mesleğin sorunları hakkında yapılan çalışmalardan biri de Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri adlı çalışmadır. Bu

¹ T. Özlü-S. Bostan, s.44

çalışmanın sonuç kısmında şu değerlendirmelere yer verilmiştir: “ Bu araştırmada ebelerin temel sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri arttıkça iletişim becerilerinin azaldığı, her zaman sağlık eğitimi yapanların iletişim becerilerinin daha iyi olduğu, iletişimle ilgili bilgi alma durumunun iletişim becerilerini etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda: Ebelerin iletişim becerilerini arttırmak için iletişimle ilgili hizmet içi eğitim almaları, ebelerin iletişimde yaşadıkları sorunları ifade edebilecekleri ve bilgi eksikliklerini tamamlayabilecekleri eğitim programlarının düzenlenmesi, önerilebilir.”¹ Çalışmaya göre ebelerin çalışma sürelerinin, iletişim becerilerini doğrudan etkilediği görülmektedir. Çalışma süresi arttıkça, iletişim bozuklukları yaşanmaktadır. Ayrıca bu çalışma göstermektedir ki iletişim konusunda, sürekli eğitim alan ebelerde, iletişim bilinci ve isteği daha fazla olmaktadır. Çalışmanın sonunda hizmet içi eğitimlerde, iletişim becerileri eğitiminin de bulunmasının yararlı olacağı görüşü hâkimdir.

2.4.3.4. Diğer Sağlık Çalışanları

Konunun başında da belirtildiği gibi, sağlık çalışanı ve sağlık iletişimi denildiğinde ilk akla gelen, hekimler olmaktadır. Daha sonrasında hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları gelmektedir. Bu sıralamada, yapılan işin niteliğinden, sayısal çokluğa, görev alanlarından, hasta ile karşılaşma oranına kadar çeşitli kriterlerin etkili olduğu söylenebilir. Hekim, hemşire ve ebeler dışında sağlık memurları, laboratuvar, görüntüleme, anestezi, ortopedi, diş, acil tıp, odyometri, ameliyathane teknisyen/teknikerleri, tıbbi sekreterler, eczacı, diyetisyen, psikologlar gibi birçok bölüm ve branşta sağlık çalışanı mevcuttur. Bu sağlık çalışanlarının tümü, bir şekilde hastalar ile iletişim kurmak durumundadır. Bunların da iletişimini etkileyen etkenler mevcuttur. Ebe ve hemşirelerde bahsedilen konular ve sıkıntılar, diğer sağlık çalışanları için de geçerlidir. Onlar da hasta iletişimi konusunda sorunlar ve eksiklikler yaşayabilmektedirler.

¹ İ. Aydın Avcı-B. Altay-H. Gökuğur-A. Yılmaz-N. Güzel, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri”, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.15, S.3, Erzurum, 2012, s.166

2.4.4. Mesajı İleten Ortam (Kanal)

İletişimin sürecinin bir diğer etkeni de mesajın iletildiği ortam, yani kanaldır. Kanal konusunda Aziz, şu açıklamayı yapmaktadır: “İletişim olgusunun dördüncü ögesi, iletinin aktarılmasında izlenecek yol, yöntem ya da kanal, araçtır. Bu kanalın, aracın niteliği ise iletişimin türünü belirler. Söz gelişi, mesaj aktarımında kullanılan araç, radyo ve televizyon ise, mesajın niteliği ve niceliği de değişir. Kuşkusuz buna bağlı olarak hedef(alıcı) da farklılık gösterecektir.”¹ Bu açıklamadan da anlaşılacağı gibi, kanal, iletinin alıcıya ulaştırılması sürecinde izlenecek yol, yöntem ve araçları ifade etmektedir. Kanalın niteliği ise iletişimin türünü belirlemektedir. İletişim sürecinde, mesajın gönderilmesi için kullanılan yöntemin sözlü, yazılı veya görsel olması, iletişim türünün de bu şekilde adlandırılması sonucunu doğurur. Tabi ki iletişim kanalının türüne bağlı olarak, hedefteki alıcının da farklılık göstermesi beklenir. Örneğin kullanılan kanal, görsel medya araçları ise, iletişimin hedefinde de bu araçların kullanıcıları olacaktır.

Sağlık iletişimi açısından düşünüldüğünde, sağlık iletişiminin gerçekleştiği fiziki mekânlar, sağlık tesisleridir. Bu tesisler, aile hekimliği poliklinikleri, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, il ve ilçe devlet hastaneleri, üniversite ve eğitim-araştırma hastaneleri, özel poliklinik ve hastaneler şeklinde sıralanabilir. İletişim sürecinde, izlenen mesaj gönderme yöntemi ise, kişilerarası, yüz yüze iletişim şeklinde gerçekleşen, sözlü ve sözsüz iletilerin kullanıldığı bir iletişim modelidir. Bütün sağlık tesislerinde gerçekleşen hasta-sağlık personeli iletişimi, bu şekilde yapılmaktadır. Bu iletişimin kaynağı olan hastalar, iletinin alıcısı olan sağlık personellerine, iletinin içeriği olan sağlık sorunlarını, sözlü ve sözsüz yollarla aktarmak suretiyle sağlık iletişimini gerçekleştirirler. İletişimin başarılı olabilmesi için, kaynak ve hedefin özellikleri ve iletişim becerileri yanında, iletişim kanalının doğru ve etkili kullanılması da önem arz etmektedir. Bu noktada sözlü iletişimin kalitesi kadar, sözsüz iletişimin de etkili kullanımı, iletişimin başarısını artırıcı bir etkidir.

¹ Aziz, s.30

Diğer taraftan sağlık iletişiminde, mesajın iletilmesi için kullanılan farklı kanallar da mevcuttur. Yazılı ve görsel basın ve yayınlar kanalıyla gerçekleştirilen bir sağlık iletişiminden bahsedilmişti. Daha çok bilgilendirme, yararlı sağlık davranışlarının kazandırılması ve sağlık eğitimi amaçlı olan bu iletişim türündeki kaynak ve alıcılar da farklılık göstermektedir. Bu türlü sağlık iletişiminin kaynağı sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarıdır. İletişimin hedefinde ise toplumun tüm bireyleri yer almaktadır. Bu şekilde, toplum sağlığının geliştirilmesi ve bireylerin bilgilendirilmesi ise iletişimin amacını ortaya çıkarmaktadır. Fakat bu çalışmanın konusunu, daha çok hasta-sağlık çalışanları iletişimi teşkil ettiğinden, diğer iletişim kanallarına detaylı şekilde değinilmeyecektir.

2.4.5. Mesajın Alıcı Tarafından Alınıp Alınmadığı (Geribildirim)

Geribildirim, iletişim sürecinin son aşamasıdır. İletişim sırasında kaynaktan aktarılan mesajın, alıcı tarafından doğru olarak anlaşıldığının, bir şekilde kaynağa belli edilmesi anlamına gelmektedir. Kırmızı'nın bu konudaki açıklaması şu yöndedir: “ Başarılı bir iletişimde, mesajın doğru bir şekilde alındığının teyit edilmiş olması gerekmektedir. Mesaj alındığının teyidi (Geri bildirim) göndericilerin en sık unuttukları konudur, buna karşı son derece önemlidir. Aktarılan mesajın gereği yapılmaya başlamadan son kontrol geri bildirim isteyerek yapılmalıdır. Böylece, konu yanlış anlaşılmışsa düzeltilir. Genellikle şu nedenlerle geri bildirim ihmal edilir:

- i- Bizce açık olan mesajın, karşı taraf için de açık olduğu şeklindeki yanlış,
- ii- Genellikle mesajın anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol için zaman olmaması veya bunun bir zaman kaybı olarak görülmesi.”¹

Gerçekleştirilen bir iletişimin başarılı olarak kabul edilebilmesi için, geribildirim mutlakla gerçekleşmesi gereklidir. Aksi takdirde kaynak, gönderdiği mesajın doğru bir şekilde alıcı tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı bilemeyecektir.

¹ Kırmızı, s.26

Sağlık iletişimi açısından da geribildirim, iletişimin kalitesini artıran ve amacına uygunluğunu sağlayan bir faktördür. Örneğin hasta-hekim görüşmesinde, sağlık sorunlarını anlatan bir hasta karşısında, hekimin hiçbir tepki vermeden dinlemesi ve sonucunda tedaviye başlaması, belki de doğru teşhis ve tedavi uygulamasını engelleyebilecektir. Hekimin teşhis ve tedavisinin hatasız olduğu düşünülse bile hastanın hekime olan güveni, tedaviyi uygulamadaki isteği ve sağlık hizmetinden kaynaklanan memnuniyeti olumsuz yönde etkilenecektir. Günlük hayatta karşılaşılan durumlar, teşhis ve tedavileri çok iyi olan hekimlerin, sırf iyi iletişim kuramadıkları için, hastalar tarafından tercih edilmediklerini göstermektedir. İyi bir iletişim kuramayan hasta, büyük olasılıkla başka bir hekime veya başka bir sağlık kurumuna yönelecektir. Doktor-Hasta İşbirliği adlı çalışmaya göre hekimlerin iletişim kurma konusundaki tutumları hakkında şu sonuca varılmıştır: “Son zamanlarda yapılan bir çalışma, 20 dakika süren görüşmelerde, doktorların, bu sürenin yalnızca bir dakikasını biraz aşan bölümünde hastalarına bilgi verdiklerini ortaya çıkarmıştır.”¹ Bu örnekten de anlaşılacağı gibi, görüşmenin çok kısa bir kısmının hastaya cevap verilmek için harcandığı bir muayenenin sağlıklı bir uygulama olabileceği tartışılabilir. Fakat bu muayene uygulamasından hastaların memnun kalmadığı konusu kesinlik arz etmektedir.

Geribildirim konusundaki diğer bir husus da süreklilik arz etmesidir. İletişimin devamlılık gösteren bir süreç olduğundan bahsedilmişti. İletişim çemberi kaynak, mesaj, alıcı, hedef ve geribildirim şeklinde tamamlandığında, iletişimin amacına ulaşmış ve bitmiş olduğu söylenemez. Çoğu defa bu zincir devam ettirilmektedir. Kişiler arasında mesajlar gidip geldikçe hangisinin mesaj, hangisinin geribildirim olduğunun pek önemi kalmayacaktır. Yeniden gönderilen her mesaj, aynı zamanda bir önceki mesajın geribildirimi özelliğini de gösterecektir. Bu durum, taraflar amacına ulaşana veya iletişim farklı nedenlerle kesilene kadar devam edecektir. Örneğin polikliniğe gelen bir hasta öncelikle sağlık sorunu hakkında sözlü olarak ve beden dili ile bilgi verir. Bu esnada hekim de sık sık geribildirim yaparak, hastanın, öyküsünü detaylandırmasını sağlar veya farklı sorularla hastayı yönlendirir.

¹ Gordon-Edwards, s.12

Bu durum hekim teşhis koyana, hastayı bilgilendirene ve tedavi konusunda ikna edene kadar sürer. Bu anlatılan, ideal bir iletişim şekli olarak görünmektedir.

2.5. Sağlık İletişiminden Sağlanan Yararlar

Sağlık iletişimi, birçok araştırmaya ve çalışmaya konu olmuştur. Bu araştırmaların hemen hepsinin vardığı ortak sonuç, sağlıkta etkili bir iletişimin faydalı olduğu yönündedir. Etkili bir sağlık iletişimi, hem sağlık personellerinin iş doyumunu ve motivasyonu açısından olumlu etkiler yaparken, hem tanı ve tedavi süreçlerinin başarısını etkilemekte, hem de hastaların sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına olan güvenini artırmaktadır. Ayrıca etkili bir iletişim süreci eşliğinde sağlık hizmeti alan hastaların, tedaviye uyma, başvurduğu sağlık kurumu ve hekimine devam etme ve aldığı hizmetten memnun olma oranları, artış göstermektedir.

Etkili sağlık iletişiminin faydaları konusunda Gordon ve Edwards 'ın çalışmasında şu başlıklara yer verilmektedir:

- i-** “Doktorlar daha doğru bilgi topluyor ve daha doğru tanı koyuyor.
- ii-** Hemşireler hastaların gerçek duygularını öğreniyor.
- iii-** Hastalar kendilerine bakanlara daha çok güveniyor
- iv-** Hastaların terapi ve yönetime direnci azalıyor.
- v-** Hastaların gerginlik ve korkularını dışa vurmaları kolaylaşıyor.
- vi-** Hastalarla sağlık personeli arasındaki olumsuz sözsüz iletiler azalıyor.
- vii-** Hastaların sorun çözümüne yardım ediliyor.
- viii-** Sağlık personeli, sorunu olan hastalara danışmanlık yapmaları için daha iyi donatılıyor.
- ix-** Sağlık personeli, hastalarını kötüleştirecek durumlarla baş etmede hastalara daha çok yardımcı olabiliyor.
- x-** Sağlık personeli, zor hastalar, yaşlı ve ölüme yaklaşan hastalar, eşini ya da sevdiği bir kişiyi yeni kaybetmiş kişiler, yetişkinler, zeka özüllü

ve çok küçük çocuklar, kronik hastalar gibi özel hastalarla uğraşmada daha etkili oluyor.

- xi-** Doktorlarını dinleyen hasta sayısı yükseliyor.
- xii-** Doktora gitmekten memnun olanların sayısı artıyor.
- xiii-** Çok sayıda hasta, doktorların teknik becerilerini değerlendiriyor.
- xiv-** Hastaneye yatan hastaların depresyona girme, birisine muhtaç olma ve çaresiz kalma olasılığı daha azalıyor.
- xv-** Hastalar daha erken taburcu ediliyor.
- xvi-** Hastalar doktorlarını daha seyrek değiştiriyor ve aynı doktora yeniden gitme olasılıkları artıyor.
- xvii-** Hastalar tedaviye daha az direnç gösteriyor.
- xviii-** Hastaların doktora yanlış tedavi nedeniyle dava açma eğilimleri azalıyor.
- xix-** Hastaların iyimserlikleri ve yaşama istekleri artıyor.”¹

Burada maddeler halinde sıralanan, etkili bir sağlık iletişiminden elde edilecek faydalar hakkındaki başlıklar, aslında bu çalışmanın, sağlık iletişimi kısmında anlatılanların bir özeti niteliği taşımaktadır. Sıralanan maddelerin çoğu, konular içerisinde anlatılan ve vurgu yapılan kısımlar olarak göze çarpmaktadır. İyi bir sağlık iletişimi, hem sağlık çalışanları hem de hastalar yönünde olumlu etkiler yapmaktadır. Sağlık çalışanları açısından, hastalar ve hasta yakınları ile kurulacak iyi bir iletişim, meslek hayatlarını oldukça kolaylaştıracaktır. En başta, iletişim sayesinde, yaptıkları işin karşılığını alabilmeleri kolaylaşacaktır. Sağlık çalışanlarının yaptıkları işin karşılığı, kendilerine başvuran hastaların sorunlarının kısa yoldan çözümüdür. Etkili bir sağlık iletişimi, sorunları çözenin bir numaralı kuralıdır. Bu sayede, sağlık çalışanlarının iş doyumunu da artmaktadır. Hastalar açısından bakıldığında, daha önce de söylendiği gibi, iyi bir iletişim sonucunda, sağlık personellerine ve sağlık kurumlarına olan güvenleri artmaktadır. Bu güvene bağlı olarak kendilerini daha rahat hissetmekte ve sorunlarını daha açık şekilde ifade edebilmektedirler. Neticede hastalıkların teşhisi kolaylaşmaktadır. Buna ek olarak güven duygusu, tedavi safhasında da hastanın teslimiyet göstermesi ve tedavi programına uyumunu kolaylaştırmaktadır. Bu şekilde sunulan bir sağlık hizmetinden

¹ Gordon- Edwards, s.17-19

faydalanan hastaların, hekim deęiřtirme oranı dūřmektedir. Ayrıca iyi bir iletiřim sūrecinde hizmet alan hastaların saldırgan davranıřlar gōsterme, saęlık personellerini řikāyet etme ve dava açma oranları dūřmektedir. Toplamda bu tablo hasta ve çalıřan memnuniyetini artırmaktadır.

2.6. Sağlık İletişiminde Engeller

İletiřim kurmak konusunda, iletiřimin tarafları, sūrecin yūrūmesi konusunda istekli dahi olsalar, bazı engeller, etkili bir iletiřimin gerçekleřmesine mani olabilmektedir. Tutar, Yılmaz ve Erdōnmez, konuya iliřkin řu tespitleri yapmaktadırlar: “İletiřim engelleri çeřitli faktōrlerden doęabilir. İletiřime engel olan faktōrlerden bazıları; fiziksel uzaklık, statū farklılıęı, cinsiyet farklılıkları, kūltūrel ve dil farklılıklarıdır. İletiřim engelleri ařaęıdaki faktōrlerden kaynaklanır:

- İnsanların, iletişime olan ihtiyaçlarının farkında olmamaları,
- İnsanların iletişimin önemini yeterince kavrayamamaları,
- İnsanların etkin iletişim yōntemlerini bilmemeleri.”¹

Bu çalıřmada, iletiřime engel teřkil edebilecek faktōrlerden bahsedilmektedir. Fiziksel olarak uzak olmak, iletiřim konusundaki en önemli engellerdendir. Uzakta olan kiřilerin iletiřimi, yazılı veya iletiřim cihazları yardımıyla sesli ve gōrūntūlū řekilde yapılabilir. Fakat teknoloji ne kadar geliře de karřılıklı yūz yūze olan iletiřimin ve beden dilinin yerini tutamayacaęı dūřūnūlmektedir. Statū farklılıęı olan kiřilerin iletiřiminde, statūřu dūřūk olan kiřinin karřısındakinden çekinmesi ve yeterince açık olamamasından kaynaklanan bir iletiřimsizlik yařanabilir. Cinsiyet farklılıkları, hem karřı cinslerin yeterince birbirini anlayamaması hem de karřı cinse karřı duyulan ekingenlikten kaynaklanıyor olabilir. Kūltūrel ve dil farklılıkları ise sayılanlar içerisinde en ōne çıkan faktōrdūr. ūnkū iletiřimin evrensel dili, beden dili olmasına karřın, sōzlū iletiřimin saęlanamadıęı durumlar, iletiřimi engellemektedir. Bu engel sadece kullanılan dillerin farklı olmasından deęil, içinde bulunan kūltūrlerin farklı olmasından da kaynaklanıyor olabilir. İletiřim engellerinin devamında ise kiřisel ōzelliklerden kaynaklanan durumlar sıralanmıřtır. İnsanların

¹ H. Tutar-M. K. Yılmaz-C. Erdōnmez, Genel Ve Teknik İletişim, Ankara, 2005, s.49

iletişime olan ihtiyacın farkında olmaması, günlük hayatta karşılaşılabilecek bir durumdur. Bazı insanlar kimseye ihtiyaç duymadan sorunlarını halledebileceklerini düşünebilirler. Doğal olarak iletişim kurmaya da gerek duymazlar. Fakat bilinmelidir ki insan ilişkilerinin temelinde, iletişim yer almaktadır.

Bazen insanlar iletişim kurma sürecinden haberdar olmak ve iletişimi kullanmakla birlikte, bunun öneminden yeterince haberdar olmayabilirler. Yeterince önem verilmeyen bir iletişimin de etkili olması beklenemez. Son olarak iletişim sürecinden ve sürecin öneminden haberdar olursa bile, gerekli iletişim becerilerine sahip olmamak, etkili bir iletişim kurulmasını engelleyebilmektedir. Bu sayılanlar dışında da iletişim engelleri saymak veya sınıflandırma yapmak mümkündür. Genel olarak iletişim engelleri fiziksel, anlamsal ve psikososyal engeller olarak sınıflandırılacaktır.

2.6.1. Fiziksel Engeller

Fiziksel engeller, adından da anlaşılacağı gibi, iletişim kuran kişiler dışındaki faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bunlara iletişimi engelleyen dış faktörler de denilebilir. İletişim kurulan ortam, çevrenin olumsuz koşulları, etkili bir iletişime engel teşkil edebilir. İletişim kurulmak istenen ortamdaki gürültü, havasızlık, kalabalık, yetersiz veya fazla ışık, oturma alanlarının yetersizliği, ortam sıcaklığının uygun olmaması gibi birçok fiziksel etken sıralanabilir. Sağlık iletişimi de fiziksel olarak sağlık kurumlarında gerçekleşmektedir. Yukarıda sayılan olumsuzluklar, yakın zamanın sağlık kurumlarında yaşanan olumsuzlukların benzeridir. Ülkede doksanlı yılların sonlarına gelindiğinde hastanelerin kalabalığı, pisliği, gürültüsü, oturma ve refakat alanlarının yetersizliği gibi birçok fiziksel sorunla karşı karşıya idi. SDP sürecinde, bu olumsuzlukların giderilmesine çalışılmış ve bu sıkıntıların önemli kısmı giderilmiştir. Daha çağdaş ve kullanışlı sağlık kurumlarında, nitelikli ve hasta konforunu ön planda tutan hizmetler verilmeye çalışılmaktadır. Yine de bazı fiziksel sıkıntıların yaşandığı kurumlar mevcuttur. Bu kurumlarda, hem hastalar hem de çalışanlar yönünden, iletişime engel teşkil eden sıkıntılar yaşanabilmektedir.

2.6.2. Kişisel (Psikososyal) Engeller

Kişisel engeller, iletişimin kaynağı, alıcısı veya her ikisinden de kaynaklanan nedenler olabilir. Sağlık iletişimindeki hastalar ve sağlık personellerinin iletişim açısından farklılık yaratabilecek kişilik özellikleri hakkında açıklamalar yapılmıştı. Yukarıda da kişilerin iletişim kurmakta isteksiz olması, iletişime önem vermemesi ve iletişim becerilerinden yoksun olması gibi kişisel engellerden bahsedilmişti. Kişisel engellerin kişilerin bilinçli veya bilinçsiz şekilde iletişim kurmalarına olanak tanımayan durumlardır. Bu engeller doğrudan kişilik özelliği, hastalık, yaşlılık veya psikolojik durumundan da kaynaklanıyor olabilir. Kırmızı, kişisel engelleri konuşmacıdan ve dinleyiciden kaynaklanan engeller şeklinde sınıflandırmakta ve şu şekilde sıralamaktadır:

“ **Konuşmacıdan kaynaklanan engeller:** Temelinde ifade güçlüğü vardır.

- i- Amacı bilinmeyen ve iyi hazırlanmamış konuşma
- ii- Eksik bilgi, yanlış anlam veya eksik mesaj
- iii- Alıcıya uygun olmayan konuşma (uygun olmayan dil, hızlı veya yavaş)
- iv- Bozuk ses, monoton sunuş, anlam ve duygu eksikliği
- v- Önyargılar, dinleyiciyi küçümseme veya dinleyiciye güvensizlik
- vi- İnandırıcılığı olmayan gönderici
- vii- Eksik beden dili kullanımı ve rahatsız edici giyim ve görünüm
- viii- Söz hakkı vermemek, dinleyicilerle etkileşim içine girmemek
- ix- Fizyolojik durum; çok yorgun, stres, aşırı heyecan, kaygı ve korkular...

Dinleyiciden kaynaklanan engeller: Temelinde dinleme sorunları vardır.

- i- Hazırlıksız, ilgisiz ve amaçsız dinleme
- ii- Bilgi ve düşünce eksikliği (düşünmeden dinleme)
- iii- Önyargılı dinleme ve güvensizlik
- iv- Geribildirim yapmama, soru sormama

- v- Yetersiz algılama, yanlış yorumlama
- vi- Dikkat ve konsantrasyon eksikliği
- vii- Rahat olmayan giyim ve görünüm
- viii- Fizyolojik durum; çok yorgun, uykusuz, aç...”¹

Konuşmacı, iletişimi başlatan, ‘kaynak’ olabileceği gibi, geribildirimde bulunan ‘hedef’ de olabilir. Bu durum, sağlık iletişiminde düşünülürse, konuşmacı, genellikle sağlık sorunlarını anlatan hasta/hasta yakını, dinleyici de sağlık personelleri olacaktır. Konuşmacı, amaca uygun ve önceden tasarladığı şekilde sorununu anlatmalıdır. Konuşmacının, alıcının anlayamayacağı tarzda hızlı, yavaş veya farklı bir dilde konuşması, iletişimi olumsuz etkileyecektir. Ayrıca konuşma esnasında beden dili kullanılmadan, bozuk ses tonuyla, monoton, duygu taşımayan ve inandırıcılığı olmayan bir konuşma, karşı tarafın ilgisini çekmediği gibi, iletişimi kısa kesmesine de sebep olabilir. Konuşmacının önyargılı olması da iletişime engel teşkil etmektedir. Muayene için hekimine giden hasta, eğer o hekim hakkında önyargılı düşünceler taşıyorsa, iletişime geçmek konusunda isteksiz ve çekingen davranabilir. Konuşmacının, konuşma esnasında karşı tarafa hiç söz hakkı vermemesi de iletişimi olumsuz yönde etkiler. Çünkü iletişim, karşılıklı şekilde sürdürülen bir süreçtir. Sürekli geribildirim yapılarak gerçekleştirildiğinde ise etkinliği artmaktadır. Ayrıca, konuşmacının fiziksel durumu da iletişim sürecini etkilemektedir. Konuşmacının yorgun, heyecanlı, stresli oluşu, konuşmasını da olumsuz yönde etkileyecektir.

Dinleyiciden kaynaklanan engeller de hemen hemen konuşmacıdan kaynaklananlar ile aynıdır. Farklı noktalardan biri dinleyicinin geribildirim yapmamasıdır. Dinleyicinin geribildirimde bulunmaması, konuşmacı üzerinde, dinlenilmediği ya da anlattıklarının ilgi uyandırmadığı izlenimi yaratabilir. Konuşmacının iletişim isteğini azaltır. Geribildirim yapılmayan iletişim de sağlıklı bir iletişim olamaz. Diğer bir farklı nokta ise dinleyicinin anlatılan konuyu yeterince anlayamaması veya yanlış yorumlamasından kaynaklanan engellerdir. Bu duruma dinleyicinin dikkat ve konsantrasyon eksikliği neden olabileceği gibi, anlatılan

¹ Kırmızı, s.32-33

konudaki bilgi yetersizliği de etkili olabilir. Böyle durumlarda yapılan iletişimin amacına ulaşması mümkün görünmemektedir.

2.6.3. Anlamsal Engeller

Anlamsal engeller, iletişime giren kişilerin farklı diller kullanmasından değil de daha çok aynı dili kullanan insanlar arasındaki, kültür farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Farklı kültürler içerisinde yaşayan insanların kelimelere ve beden diline yükledikleri anlamlar farklı olabilir. Bir kültüre göre hastalık veya sorun olarak görülmeyen sağlık durumu, farklı bir kültüre göre önemli bir sağlık sorunu olarak görülebilmektedir. Aynı şekilde bazı kelime ve cümleler, söyleyen için gayet doğal ve olumlu iken, dinleyici bunu hakaret veya alay etme olarak algılayabilir. Bu şekildeki iletişim engeline, anlamsal engel denir. Anlamsal engeller yaşamamak için, iletişim sürecine girilen kişinin kültürel özelliklerini de bilmek ve karşıdaki kişiye bu özelliklere göre değerlendirmek gerekir.

2.7. Sağlık İletişiminde İletişim Eğitiminin nemi

Sağlık iletişiminin başarılı olabilmesi için, öncelikle hem hastanın hem de sağlık personelinin, iletişim kurma konusunda istekli olması gerekir. Fakat bazı durumlarda tarafların istekli olmaları da yeterli olmayabilir. Bu durumlar, kişilerin özelliklerinden kaynaklandığı gibi çevresel faktörlerden de kaynaklanabilmektedir. İletişimin tarafları, etkili iletişim kurma konusunda istekli ve diğer faktörler de uygun olsa bile, kişilerin iletişim konusunda bilgi ve becerisi eksik olduğu durumlarda da iletişim kurulamamaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarının, kişilerarası iletişim konusunda eğitim almış olmaları, hastalar ile olan iletişimlerine olumlu katkılar yapacaktır. Bu konuda, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisinde yayınlanan bir çalışmanın sonucunda şu değerlendirme yapılmaktadır: “Sağlık alışanlarında iletişim becerileri de en az kişisel gayretleri kadar önemlidir. Bu nedenle günümüzün değerşen sağlık hizmeti sunum koşullarında tıp fakülteleri ve diğer sağlık eğitimi veren kurumların, eğitim programlarında iletişim becerileri ve kişisel gelişimle ilgili derslerin yer almasının önemli ve faydalı olacağı göz

önünde bulundurulmalıdır.”¹ Sağlık çalışanlarının kişisel gayretlerinin karşılık bulabilmesi için, iletişim becerilerinin de gelişmiş olması gereklidir. Bilinmektedir ki sağlık çalışanları kutsal ve özveri gerektiren bu işi, ağır şartlarda, iş yoğunluğunda, emek ve alın teri harcayarak yerine getirmektedirler. Bu şartlar altında iletişim becerilerinden yararlanmaları, hem işlerini kolaylaştıracak hem de sağlık hizmetlerinden alınan sonuçları olumlu yönde etkileyecektir. Bu durumun sağlanması için mesleğe başlamadan önce, eğitim kurumlarında, bu eğitimi almalarında yarar vardır.

Eğitim hayatında, iletişimin önemi, iletişim teknikleri ve sağlık iletişiminin faydaları konusunda bilgi sahibi olan sağlık personellerinin, meslek hayatlarında da bu bilinç ve bilgi ile hareket etmeleri beklenebilir. Sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık personellerinin, eğitim programlarında, iletişim ile ilgili derslerin verildiği bilinmektedir. Bu konuyla ilgili Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi’nde yayınlanan çalışmada şu örnek yer almaktadır: “ Hemşirelik öğrencilerin bazı iletişim becerilerini öğrenmesi amacıyla müfredat programında ‘Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler’ dersi verilmektedir. Bu dersin içeriği kişilerarası ilişkilerin önemi, mesleki ilişki, iletişim biçimleri, hastanede yatma, ağlayan hasta, kişisel sorular soran, gizlilik isteyen, sözel iletişim kurmayan, sürekli konuşan, cinsel içerikli davranışta bulunan hasta ile iletişim, terminal dönemde iletişim, hasta ailesi ile çocukta iletişim, hasta hakları gibi konulardan oluşmaktadır.”² Burada hemşirelik eğitimi müfredatında, kişilerarası iletişim konulu bir ders bulunduğu ve dersin içeriğinden bahsedilmektedir. Ders konularına bakıldığında kişilerarası iletişim hakkında genel bilgiler yanı sıra meslek hayatı süresince karşılaşılabilecek her türlü hasta tipi ve bu tür hastalarla iletişim kurma yolları hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu türde eğitimlerin hekimler başta olmak üzere, her sağlık çalışanının eğitim programında yer alması faydalı olacaktır.

İletişim eğitimi, sadece öğrencilik döneminde değil, meslek hayatı süresince, hizmet içi eğitim programları vasıtasıyla da devam ettirilmelidir. Bu konudaki bilgi

¹ Ü. H. Gür-M. Ateş-G. Bektaş-A. İrban, “Hastane Hizmetleri Hakkında Sağlık Çalışanlarının Algıları İle Hastaların Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması”, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, C.3, S.1, İstanbul, 2012, s.39

² Babadağlı-Ekiz Erim-Erdoğan, s.53

ve bilinç düzeyinin yüksek tutulması faydalı olacaktır. Sürdürülen görev sebebiyle bilinmektedir ki Türkiye Kamu Hastaneler Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde, iletişim eğitiminin, yılda en az bir defa, tesislerde çalışan tüm personel için verilmesi ve katılım oranının yüzde doksan olarak gerçekleşmesi istenmektedir. Bu eğitimler, tesis ve tesis yöneticilerinin başarı karnelerine etki edeceğinden, eğitimlerin aksatılması durumunda yaptırım uygulanması da söz konusu olacaktır.

SONUÇ

Sağlık anlayışı ve sağlık arayışı, insanlık ve toplum için büyük önem arz etmektedir. Çünkü sağlık, en temel insani içgüdü olan, hayatta kalma içgüdüsünün bir gereğidir. Bu sebeptendir ki tarih boyunca, sağlık uygulamalarının, insan hayatında önemli yer teşkil ettiği görülmektedir. Yapılan incelemelerde, zaman içerisinde sağlık anlayışında ve uygulamalarında değişimler olduğu gözlenmekle birlikte, konunun her zaman önemini koruduğu görülmüştür. Toplumsal açıdan bakıldığında da geçmiş dönemlerde, gerek savaşlar gerekse bulaşıcı ve kitlesel hastalık tehdidi gibi nedenler, sağlık konusunu sürekli olarak gündeme getirmiştir. Çünkü toplum sağlığının, insanların bir arada ve diğer toplumlara karşı güçlü şekilde kalabilmesinin sonucunu doğurduğu görülmüştür. Diğer taraftan, artan insan nüfusu, çevresel etkiler, doğanın kirlenmesi, hastalık nedenlerinin çeşitlenerek artması, insan yaşantısının ve alışkanlıklarının değişmesi, kültürlerarası etkileşimler gibi sebeplerle insan ve toplum sağlığının sürekli olarak tehdit altında olduğu görülmüştür. Bu tehditlere karşı bireylerde sağlık anlayışı ve davranışları, toplumlarda da sağlık uygulamaları sürekli olarak değişim ve gelişim göstermiştir. Bugün de hem sağlığı bozan etkenler hem de buna karşı yürütülen mücadele, sürekli değişmekte ve bu değişime uygun şekilde sağlık hizmetleri de şekillenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin en büyük destekçisi, bilim ve teknoloji olmuştur. Bilim ve teknoloji geliştikçe, hem sağlığı bozan etkenler tanımlanabilmekte, hem de bunlarla mücadele yöntem ve araçları çeşitlenerek artmaktadır. Toplumsal olarak da bilim ve teknolojideki gelişmeye paralel şekilde, sağlık hizmetleri sektörü de gelişim göstermektedir. Özellikle belli bir refah seviyesine ulaşmış toplumlarda, daha üst düzey sağlık sistemlerinin hayata geçirildiği görülmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin finansal ve mali kaynak gereksinimi göstermektedir. Bugünün gelişmiş toplumları, sağlıklı olmak hakkını, vatandaşlarının en temel haklarından biri olarak görmektedirler. Bu düşünce etrafında şekillenen sosyal devlet modellerinde, hükümetler vatandaşlarının sağlığını güvence altına alma gayreti içerisinde girmektedirler. Sağlık sektörünün gelişmişliği ve sağlık göstergelerinin iyiliği, devletlerin gelişmişlik düzeyini gösteren bir parametre halini almıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’ de de sağlık hizmetlerinin planlanması ve halk sağlığı konuları, önemli yer tutmaktadır. Cumhuriyet’in kurulmasından bugüne, değişen siyasi atmosfere ve dönemsel farklılık gösteren politik akım ve süreçlere rağmen, her dönemde sağlık hizmetleri, devletin en önemli görevlerinden biri olarak görülmüştür. Geçen, yaklaşık doksan yıllık sürede, farklı programlar, farklı sistemler ve farklı uygulamalar denenmiş olsa da amaç değişmemiştir. Türk sağlık sisteminin ve politika üretenlerin amacı, her dönemde sağlık hizmetlerinin yaygın, eşit, ulaşılabilir ve kaliteli şekilde sunumunu sağlamak olmuştur. Son geline nokta, ülkedeki her vatandaş kapsayan bir ‘Genel Sağlık Sigortası’, her vatandaşın dâhil olduğu bir ‘Aile Hekimliği Sistemi’, ülkenin her yanına dağılmış olan hastaneler ve diğer sağlık tesisleri, son dönemde yapımına hız verilen ‘Şehir Hastaneleri’ adı altında hizmet verecek olan sağlık kompleksleri, bunun yanında herkesin kullanımına açık olan özel sağlık kurumları mevcuttur. Vatandaşların bu kurumlara sürekli olarak ve kolayca ulaşabilmesi sağlanmıştır. Sağlık kurumlarına ulaşamayan hastalar için ‘Evde Sağlık Birimleri’ hizmet götürmektedir. Kanseri ve diğer taraması gibi çalışmalar ile sahada erken teşhis ve tedaviye yönelik hizmetler verilmektedir. Sağlık tesislerinin fiziksel yapıları, donanımları, içlerindeki cihaz ve malzemelerinin mevcudu ve kalitesi her geçen gün artırılmaktadır.

Tüm bu hizmetlerin yanında halk sağlığı alanında, halkı eğitmeye ve bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar hız kazanmaktadır. Çeşitli projeler adı altında tanıtım, reklam, afiş, organizasyon, eğitim çalışmaları yapılarak, bireylerin kendi sağlıklarını koruması konusunda farkındalık ve bilinç düzeylerinin artırılmasına çalışılmaktadır. Bu hizmetler yerine getirilirken, hedef olarak görülen bir diğer husus da hasta memnuniyetinin artırılması ve tamamen hasta odaklı bir hizmet anlayışının yerleştirilmesi olmuştur. Bu amaçla, hastaların her türlü öneri, şikayet, görüş ve düşüncelerini paylaşabileceği sistemler kurulmuştur. Bunlardan bazıları BİMER, SABİM, Hasta İletişim Birimleri gibi uygulamalardır. Tüm bu çalışmalar neticesinde bugün, Türkiye’nin sağlık göstergelerinde önemli ilerleme olduğu görülmektedir. Hedef olarak gösterilen AB ülkeleri seviyesinde olmasa da birçok alanda göstergelerin iyileştirildiği ve bu iyileşmenin çok kısa zamanda ve kısıtlı kaynaklar ile başarıldığı görülmektedir. Bu hizmet ve uygulamalara paralel olarak, vatandaşın memnuniyet oranlarında da ciddi derecede artış olduğu görülmüştür. Bu sürecin

devamında, ileriye yönelik proje ve hedefler konularak çalışmalara ve mevcut sağlık sisteminin daha ileri seviyelere getirilmesi için planlamalara devam edilmektedir.

Tüm bu fiziksel, teknik ve metodik gelişme ve ilerlemeler, sonuç olarak bir etkene dayanmaktadır. Bu etken de insandır. Sağlık sistemi içerisindeki en önemli faktör, insandır. Çünkü sistemin asıl başarısı, hizmet sunan sağlık personeline dayanacaktır. Hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişki, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu ilişkinin uygun şekilde ve başarılı olarak yürütülmesi neticesinde, sağlık hizmetlerinin de amacına uygun ve kaliteli bir hizmet olabilmesi mümkün kılınacaktır. Bu ilişkinin, amaçlanan şekilde yürütülebilmesi için etken olan taraf, genellikle sağlık personeli olarak görülmektedir. Çünkü hastaların istek ve beklentileri her şart altında değişmeyecektir. Hastalar, sağlık hizmetini en iyi şekilde, en kısa zamanda, en güvenilir yerden ve kişilerden almak gayesindedirler. Bu durumda, etkileşim içindeki taraflardan değişken olanına, sağlık personeline dikkati çekmek gerekecektir. Ülkede, sağlık alanında bahsedilen gelişmeler hayata geçirilmeden önce, her alanda olduğu gibi sağlık personelinin sayısal çokluğu ve bu sayının ülke genelindeki dağılımı da yetersizdi. Yaşanan fiziki ve teknik gelişmelerle birlikte sağlık personelinin sayısının artırılmasına ve bu sayının ülke genelinde orantılı bir dağılımının gerçekleştirilmesine çalışıldı. Fakat gelinen bu noktada, sağlık tesislerine yapılan başvurular yüksek oranlarda artmasına rağmen, sağlık personeli sayısı aynı oranda artırılamamıştır. Bunun kanıtı, gelişmiş ülkelerdeki nüfus-sağlık personeli kıyaslamaları ile Türkiye’de yapılan kıyaslamalar arasındaki fark ile görülmektedir.

Sağlık tesisleri, ülke genelinde her vatandaşın hizmet alabileceği yaygınlık ve dağılımda planlanırken, sağlık personellerin de aynı şekilde dağıtımını gerçekleştirilememiştir. Personel bakımından bazı bölge ve şehirlerde yığılmalar görülürken, bazılarında da yetersizlik gözlenmektedir. Diğer bir nokta da iş yoğunluğu, işin niteliği, çeşitlenmesi her geçen gün artarken, sağlık personellerinin mali ve özlük haklarının aynı oranda artış gösterememesidir. Ayrıca bu ortamda, hasta ve hasta yakınlarının sağlık personellerine karşı giriştikleri, her geçen gün artan sayı ve şiddetteki sözlü ve fiziki saldırıları da gündemi meşgul etmektedir. Mevcut sistemde hasta memnuniyeti hızla artarken, çalışan memnuniyeti konusunun çok

fazla dikkat çekmediği düşünülmektedir. Sağlık personelleri ile hastalar arasındaki ilişkiler ve iletişim konusu incelenirken, sağlık personellerinin iş ortamlarının, sosyal ve mali haklarının da dikkate alınmasında fayda görülecektir.

İletişim, tıpkı sağlık gibi, insan olmanın gerektirdiği ve insanlık özelliklerinin önemli kıldığı bir araçtır. Toplum içerisinde yaşayan ve diğer insanlarla ilişki kuran her bireyin, iletişim aracını kullanması gerekecektir. İletişimin iyi veya kötü kullanılması, kişilerin hayatının başarılı ve mutlu sürdürebilmesinin anahtarı olacaktır. Sağlık sektörü de yoğun şekilde insan ilişkilerine sahne olan bir sektördür. Sağlık iletişimini, günlük hayattaki iletişimden farklı kılan, iletişimin tarafları ve amacıdır. Sağlık iletişiminin tarafları, hastalar ve sağlık çalışanlarıdır. İletişime taraf olan kişilerden hastaların, sağlık sorunlarının olması, endişeli, korkulu, öfkeli, yardıma muhtaç olmaları, diğer taraftan sağlık çalışanlarının da yoğun iş temposu, stres, uygun olmayan iş şartları, baskı gibi olumsuz etkiler altında çalışıyor olmaları, sağlık iletişimini özel ve hassas kılmaktadır. Sağlık iletişimi incelenirken, bu özellik ve şartlar göz önüne alınmalıdır. Aksi takdirde sorunlar ve çözüm yollarının bulunması noktasında, doğru sonuçlara ulaşılamaz. Sağlık iletişiminin etkili ve amaca uygun şekilde yapılabilmesi için, sadece sağlık personelinden özveri ve bilinç beklemek, çok doğru olmayacaktır. Sağlık personelinin bu konudaki bilinç düzeyi, farkındalığı ve eğitimi tabi ki önemlidir. Fakat onların çalışma koşullarını ve sorunlarını da görmezden gelmemek gerekir. Hasta ve hasta yakınları da iletişim konusunda bilgi, sağduyu ve empati sahibi olmalıdırlar.

Daha önce yapılan sağlık iletişimi çalışmalarında, belli başlı şablonlar ve konu seçimi yapıldığı görülmüştür. Çalışmaların büyük kısmında iletişim ve sağlık iletişimi konularının ayrı ayrı kısımlarda incelendiği görülmektedir. Diğer çalışmalarda ise sağlık iletişimi konusunun, genellikle belli bir sağlık personeli gurubu üzerinden yürütüldüğü görülür. Örneğin; hasta-hekim, hasta-hemşire veya hasta ebe iletişimi gibi. Fakat sağlık iletişimini değerlendirmek için, öncelikle sağlık hizmetlerinin durumunu gözden geçirmenin yararlı olacağı düşünülmüştür. Sağlık hizmetleri alanında kat edilen aşamalar ve sistemin mevcut durumunu görmek gerekir. Bu tablo içerisinde hem sağlık sektörünün yapısı, büyüklüğü hem de sağlık personellerinin çalışma şartlarını değerlendirmek mümkün olacaktır. Sonrasında,

iletişim ile sağlık iletişimini birbirinden ayırmadan incelemek mümkün olmuştur. İletişimin amaçları, özellikleri ve süreçleri, sağlık iletişimi yönünden değerlendirilmiş ve incelenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık iletişiminin, toplumsal sağlık ve ülkedeki sağlık politikalarının başarısı açısından çok önemli olduğu anlaşılmıştır. Başarılı bir sağlık iletişimi ile hastalıkların önlenmesi, tedavisi, rehabilitasyonu daha başarılı şekilde yürümekte, gereksiz yere sağlık kurumu ve hekim değiştirme davranışları azalmaktadır. Bu süreç içerisinde yer alan sağlık personellerinin çalışma koşulları ve mali-özlük hakları da göz ardı edilmemelidir. Sağlık personellerinin iletişimin önemini kavraması ve uygulama konusunda istekli olması, biraz da onların beklentilerinin karşılanması ile mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akar, S., “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Celal Bayar Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim ve Ekonomi, C.21, S.1, Manisa, 2014
- Akdur, R., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, 2000
- Akdur, R., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi, S.4, Ankara, 1998
- Aksakoğlu, G-Kılıç, B.,-Uçku, R., Aile Hekimliği Modeli/Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir, Toplum ve Hekim, C. 18, S. 4, İzmir, 2003
- Akyar, İ., “Demanslı Hasta Bakımı Ve Bakım Modelleri”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, C.18, S.2, Ankara, 2011
- Aydın, E., “Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi, C.3, S.31, Ankara, 2002
- Aydın, E., “19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, Ankara Üniversitesi, Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, S. 15, Ankara, 2004
- Aydın Avcı, İ.-Altay, B.-Gökuğur, H.-Yılmaz, A.-Güzel, N., “Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri”, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.15, S.3, Erzurum, 2012
- Aziz, A., İletişime Giriş, İstanbul, 2012

Babadağı, B.,- Ekiz Erim, S.,-Erdoğan, S., “Hekim ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi”, Fırat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.3, Elazığ, 2006

Başaran, İ. E., Yönetim, Ankara, 2010

Çarkoğlu, A.,- Kalaycıoğlu, E., Türkiye’de Sağlık: Toplumbilimsel Bir Değerlendirme, http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf (04.11.2014)

Erbay, B., “Hastaya Yaklaşım Sistem Sorgulaması”,
<http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fnefroloji.medicine.ankara.edu.tr%2Ffiles%2F2013%2F10%2FYaklas.ppt&ei=FGnTVN-GsutUYucgsAK&usg=AFQjCNH-cKJzTwVsj8V8X3e458b234B9ew&bvm=bv.85142067,d.d24>, (20.12.2014)

Erdem, R.-Günlü, E., “İletişim Eğilimlerinin Yüksek Bağlam-Düşük Bağlam Ayırımı İle İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C.9, S.2, Ankara, 2006

Ersöz, F., “Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, İstatistikçiler Dergisi, S.2, İstanbul, 2008

Fişek, N., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I: Sağlık Yönetimi, Ankara, 1991

Gordon, T.- Edwards, W.S., Doktor Hasta İşbirliği (Çev. E. Aksay), İstanbul, 1995

Gür, Ü.H.-Ateş, A-Bektaş, G-İrban, A., “Hastane Hizmetleri Hakkında Sağlık Çalışanlarının Algıları İle Hastaların Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması”, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, C.3, S.1, İstanbul, 2012

Hocaoğlu, Ç., “Paranoid Semptomlar ve Sendromlar”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Dünyası Dergisi, C.5, S.3, Trabzon, 2001

Işık, M., Genel ve Teknik İletişim, Konya, 2010

Kaplan, M., Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Etnoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2010

Karadağ, S.-Taşçı, S., “Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler”, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, C. 14, Hemşirelik Özel Sayısı, Kayseri, 2005

Karsavuran, S.-Kaya, S.-Akturan, S., “Hasta Hekim İletişiminde Güven”, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, Sağlık İdaresi Dergisi, C. 14, S. 2, Ankara, 2011

Kırmızı, H., Kişisel Gelişimde ve İş Hayatında Başarının Anahtarı Genel ve Teknik İletişim, Trabzon, 2006

Kocaçal Güler, E.-Eşer, İ., Hastanın Bakıma Katılımında Hemşirenin Rolü, Fırat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.3, S.9, Elazığ, 2008

Landis J.-Kesseling Ray J.-Davis K., İletişim Becerileri(Çeviren Ö. Gelbal), Ankara, 2012

Oskay, Ü., İletişimin ABC’si, İstanbul, 2005

Özlü, T.-Bostan, S., Hasta Rehberi Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu, İstanbul, 2009

Özmen, M., "Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2013",
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> (08.12.2014)

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Ankara, 2013

Sargutan, A.E., "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.3, Ankara, 2005

Somunoğlu, S. , "Kavramsal Açıdan Sağlık", Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi C.4, S.1, Ankara, 1999

Somunoğlu, S. , Sağlık Kurumları Yönetimi 1, Eskişehir, 2012

Tabak, R.S., Sağlık İletişimi, İstanbul, 2006

Tate, P., "Doktorun İletişim El Kitabı"(Çev. S. Köseoğlu-G. Belendir), İstanbul, 1998

Tayfun, R., Etkili İletişim Ve Beden Dili, Ankara, 2007

Tutar, H.-Yılmaz, M. K.-Erdönmez, C., Genel Ve Teknik İletişim, Ankara, 2005

T.C., Resmi Gazete, Ankara, 1961, S.10816

T.C., Resmi Gazete, Başbakanlık İletişim Merkezi(BİMER) Hakkında Genelge, S. 26055, Ankara, 2006

T.C., Resmi Gazete, Tütün Ürünlerinin ve Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, S. 22829, Ankara, 1996

- T.C., Sağlık Bakanlığı, “Çalışan Güvenliği Genelgesi”,
<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/Dokumanlar/calisangenelgesi.pdf>
(30.12.2014)
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, S. 23420, Ankara, 1998
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2012, Ankara, 2012
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2013, Ankara, 2013
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın
Korunması Modülleri, Ankara, 2008
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge,
S. 8597, Ankara, 2001
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2012
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme
Raporu(2003-2011), Ankara, 2012
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum
Raporu, Eskişehir, 2014
- T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık
Hizmetleri Kasım 2002-2008, Ankara, 2008

T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2010), Ankara, 2011

T.C., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,
<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
(28.12.2014)

T.C., 1982 Anayasası, Madde(m.)56,
http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf , (20.12.2014)

Y. I. Ülman, 17.-18. Yüzyıllarda Tıbbın Gelişimi,
http://turkpedia.org/index.php?title=17-18._Y%C3%9CZYILLARDA_TIBBIN_GEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M%C4%B0, (11.10.2014)

Yavuz, N., Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta, 2011

Yavuz, Y., “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Dergisi, C. 8, S.2, Ankara, 1988

Yıldırım, H. H., Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, (Sağlık-Sen Yayınları-21), Ankara, 2013

....., <http://www.guncelkaynak.com/nedir/tip/>, s.1, (18.12.2014)

ÖZGEÇMİŞ

21/03/1983 tarihi Balıkesir ili Susurluk ilçesi doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi aynı ilçede, lise öğrenimimi Balıkesir ilinde tamamladım. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Tıbbi Laboratuvar bölümünü 2003 yılında bitirdim. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi bölümünü tamamladım. 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde yüksek lisans eğitimine başladım.

İlk olarak 14/01/2004 tarihinde Erzurum ili, İspir ilçesi, İspir Devlet Hastanesi'nde Laboratuvar Teknikeri olarak görev aldım. 24/03/2009 tarihinde aynı görevi Balıkesir ili Dursunbey ilçesi Dursunbey Devlet Hastanesi'nde devam ettirmeye başladım. 13/03/2012'de Rize iline tayinimi alarak, Rize Devlet Hastanesi'nde görevime devam ettim. 01/09/2014 tarihinde Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ndeki görevime başladım. Halen bu kurumda Verimlilik ve İstatistik Uzmanı olarak görevime devam ediyorum.

Özel ilgi alanlarım; sağlık istatistiği, sağlıkta verimlilik, sağlık iletişimi ve sağlık sendikacılığıdır.

Evli ve bir çocuk babasıyım.

Aday: Murat AYDOĞAN